



วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร

MUT Journal of Business Administration

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2565)

Volume 19 Number 2 (July – December 2022)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคม ของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ในเขตกรุงเทพมหานคร

Factors affecting Willingness to Pay for Copayment in Social Security System of Insurer under Section 33 in Bangkok

Received: October 10, 2022

Revised: December 9, 2022

Accepted: December 9, 2022

นนท์ วรพานิช Non Vorlapanit¹, อัศนันท์ ดิดสม Akaranant Kidsom²
นพมนิ ภารุ่งโรจน์รัตน์ Nopmanee Parungrojrat³, พิชลันดาห์ สนธิวิรุฬห์ Pichlanda Sonthiwilon⁴

^{1 และ 2} ประ.ด., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

³ บธ.ม., ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร
กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

⁴ ประ.ด., อาจารย์ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

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

³ M.B.A., Assistant Professor, Faculty of Business Administration Mahanakorn University of Technology,
Bangkok, Thailand

⁴ Ph.D., Lecturer, Faculty of Applied Arts King Mongkut's University of Technology North Bangkok,
Bangkok, Thailand

¹ E-mail address: non.v@ku.th

² E-mail address: akidsom@gmail.com

³ E-mail address: nopmanee555@gmail.com

⁴ E-mail address: dr.chalanda.s@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ไม่แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้มาใช้บริการที่มีสิทธิประกันสังคมตามมาตรา 33 ในโรงพยาบาลรัฐจำนวน 2 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 400 ชุด ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน การวิเคราะห์สมการการถดถอยแบบโลจิสติกส์แบบเรียงลำดับ และการวิเคราะห์ความเต็มใจจ่ายของตัวอย่าง โดยใช้วิธีประเมินมูลค่าทางตรงภายใต้ตลาดสมมติ Contingent Valuation Method (CVM) จากนั้นจะเป็นการใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model-SEM)

ผลการวิเคราะห์ด้วยสมการการถดถอยแบบโลจิสติกส์แบบเรียงลำดับ พบว่า ความพึงพอใจในสภาวะร่างกาย คุณภาพโดยรวมในการให้บริการของบุคลากร และคุณภาพการรักษาด้านการเจ็บป่วยเฉพาะโรค ส่งผลทางบวกต่อระดับความเต็มใจจ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคม คุณภาพการรักษาของแพทย์ และการแสวงหาความรู้ด้านการดูแลและควบคุมความเจ็บป่วย ส่งผลทางลบต่อระดับความเต็มใจจ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มูลค่าความเต็มใจจ่ายเพื่อการประกันร่วมของผู้ประกันตนตัวอย่าง อยู่ที่ประมาณ 950.50 บาทต่อคน/เดือน และจากผลการประมาณการตาม แบบจำลองสมการโครงสร้าง (SEM) สรุปได้ว่า การรับรู้สารสนเทศต่างๆ เกี่ยวกับประกันสังคม ความพึงพอใจในสภาวะร่างกายของผู้ประกันตน และคุณภาพการบริการของสถานพยาบาล (ทั้งแพทย์ การรักษาเฉพาะโรค และคุณภาพการบริการโดยรวม) ส่งผลทางบวกต่อมูลค่าความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้น ภาครัฐควรเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ กิจกรรม ความเคลื่อนไหวของประกันสังคม ให้เกิดการรับรู้โดยง่าย และให้ผู้ประกันตนตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับเพิ่มขึ้น ตลอดจนควรมีการบริการของประกันสังคมเชิงรุก และควรให้ความสำคัญกับความเอาใจใส่และการพัฒนาคุณภาพการบริการของสถานพยาบาล เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีส่วนทำให้ผู้ประกันตนมีส่วนทำให้มูลค่าความเต็มใจจ่ายเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ความเต็มใจจ่าย, การประกันร่วม, ประกันสังคม, ผู้ประกันตนตามมาตรา 33

ABSTRACT

The research on factors affecting willingness to pay for copayment in Social Security System of insured people under Section 33 in Bangkok aims to study factors that affected

willingness to pay in the joint insurance of the insured people under Section 33 in order to receive similar benefits to the universal health insurance system. The data were collected from the questionnaires for clients who had social security rights under Section 33 in two public hospitals in Bangkok, consisting of 400 samples. The ordered logistic regression was applied.

The results of the ordered logistic regression analysis showed that satisfaction with physical condition, overall quality of service of personnel and the quality of treatment for specific illnesses positively affected the level of willingness to pay with statistical significance at the level of 0.05 while receiving information about social security, doctor's treatment quality and the pursuit of knowledge in care and control of illness negatively affected the level of willingness to pay at a statistically significant level of 0.05.

The value of willingness to pay for the joint insurance of the insured people was approximately 950.50 baht per person/month. The result of the structural equation model (SEM) concluded that perception of various information about social security, satisfaction with the insured people's physical condition and service quality of hospitals (including physicians, specific treatment, and overall service quality) had a positive effect on the co-insured willingness to pay at a statistically significant level of 0.01.

Therefore, the government should improve the public relations for social security activities to help insured people realize the additional benefits. Also, they should provide proactive social security services and improve service quality.

Keywords: willingness to pay, copayment, social security, insurer under section 33

บทนำ

ประเทศไทยพัฒนาระบบสวัสดิการแก่พนักงาน ลูกจ้างภาคเอกชน (และต่อมาขยายไปยังผู้ประกอบการอาชีพอิสระ) ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่มที่ 107 ตอน 161 วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2533 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 และต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม ในฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) และฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2542) ตามลำดับ โดยเป็นระบบที่เอกชน (นายจ้างและผู้ประกันตน) เป็นผู้จ่ายร่วม ทั้งนี้ พระราชบัญญัติประกันสังคม มีหลักการในการสร้างหลักประกันให้แก่ผู้ประกันตนโดยให้ความคุ้มครองผู้ประกันตนใน 7 กรณี ได้แก่ 1. กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย 2. กรณีคลอดบุตร 3. กรณีทุพพลภาพ 4. กรณีตาย 5. กรณีสงเคราะห์บุตร 6. กรณีชราภาพ และ 7. กรณีว่างงาน (Ministry of Labor, 2020)

ถึงแม้ว่าจะมีความคุ้มครองที่ครอบคลุมทั้ง 7 กรณีแล้ว อย่างไรก็ตาม หากพิจารณารายละเอียดโดยเปรียบเทียบระหว่างสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 พรบ.ประกันสังคม นั้น ยังคงมีความแตกต่างและด้อยกว่าสิทธิประกันสุขภาพรูปแบบหลักของประเทศ ได้แก่ สิทธิ

พนธ์ วรพาณิชย์ อัครนันท์ คิตสม นพณีย์ ภารุณโรจน์รัตน์ พิชลันดาห์ สนธิวิพุลย์

ประโยชน์ของบัตรทอง ในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ 1. การใช้บริการ ที่สิทธิบัตรทองสามารถเข้าโรงพยาบาลชุมชนที่ร่วมโครงการและอยู่ในพื้นที่ที่ลงทะเบียนไว้เท่านั้น แต่สิทธิประกันสังคมเข้าโรงพยาบาลคู่สัญญาที่เลือกไว้ 2. การเจ็บป่วยเฉพาะโรค ที่สิทธิบัตรทองจะคุ้มครองไม่ว่าจะเป็นมาก่อนหรือไม่ แต่สิทธิประกันสังคมจะไม่คุ้มครองบางกรณี 3. บริการด้านทันตกรรมที่สิทธิบัตรทองใช้ได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และไม่มียาเงิน แต่สิทธิประกันสังคม ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ไม่เกิน 900 บาท/ปี 4. การรักษาตัวแบบต่อเนื่อง ที่สิทธิบัตรทองให้บริการครอบคลุมส่วนนี้ ในขณะที่สิทธิประกันสังคมไม่คุ้มครอง 5. ยาและเวชภัณฑ์ ที่สิทธิบัตรทองใช้ยาที่มีอยู่ในบัญชีหลักแห่งชาติ ส่วนยานอกบัญชียาหลักขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ในขณะที่สิทธิประกันสังคมใช้ยาทั้งในและนอกบัญชีหลักแห่งชาติ และ 6. ค่าห้องและค่าอาหาร สิทธิบัตรทองครอบคลุมค่าห้องและค่าอาหารสามัญ (รพ.รัฐบาล) ในขณะที่สิทธิประกันสังคม ค่าห้องและค่าอาหารสามัญไม่เกิน 700 บาท/วัน (Siam Commercial Bank, 2019) ดังนั้น จึงเป็นที่น่าสนใจว่า หากมีระบบประกันชีวิตภาคสมัครใจ ที่ผู้เอาประกันต้องทำการจ่ายร่วมเอง หรือที่เรียกว่า ระบบประกันร่วม (Coinsurance) ซึ่งผู้เอาประกันต้องจ่ายเบี้ยประกันจำนวนหนึ่ง เพื่อให้ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาล (โดยปกติจะได้รับสิทธิประโยชน์จากประกันชีวิตส่วนหนึ่งและต้องจ่ายเองอีกส่วนหนึ่ง) หรือสิทธิประโยชน์อื่นๆ เพื่อให้สิทธิของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เสมอหรือเทียบเคียงได้กับสิทธิประกันสุขภาพของประเทศในส่วนอื่นๆ แล้ว ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จะยอมจ่ายร่วมเพิ่มเติมหรือไม่อย่างไร

จากความแตกต่างระหว่างของสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 และผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจทำให้เกิดความแตกต่างในการเลือก (หรือไม่เลือก) ที่จะเข้ารักษาพยาบาล และอาจส่งผลต่อทางคำแนะนำ หรือทำให้เกิดข้อจำกัดของทางเลือกที่แพทย์จะทำการรักษาให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อสวัสดิการและสุขภาพของผู้ป่วยได้โดยตรง ตัวอย่างเช่น หากผู้ป่วยใช้สิทธิตามประกันสังคม มาตรา 33 ก็จะไม่ได้รับการคุ้มครองหากต้องมีการรักษาต่อเนื่อง เช่น โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ในหนึ่งปี ดังนั้น ทางเลือกในการรักษาของผู้ประกันตนตามสิทธิประกันสังคมจึงเกิดขึ้นว่า จะทำการรักษาโดยคงความเป็นคนไข้ในต่อไปหรือไม่ หากแพทย์แนะนำ โดยหากต้องการทำการรักษาต่อเนื่องจะต้องจ่ายเอง และหลักฐานจากงานวิจัยที่ผ่านมาชี้ชัดเจนว่า ผู้ป่วยจะมีความยืดหยุ่นต่อราคาเพิ่มขึ้นหากมีสัดส่วนที่ผู้ป่วยต้องทำการจ่ายเองเพิ่มขึ้น (Esan, 2016) และกรณีนี้ สัดส่วนที่ต้องจ่ายเองคือ 100% ดังนั้น การมีประกันสุขภาพเพิ่มเติม โดยการจ่ายร่วมเพื่อซื้อประกันในส่วนนี้ น่าที่จะมีส่วนทำให้ทางเลือกดังกล่าวเป็นทางเลือกที่แพทย์แนะนำโดยมีข้อตระหนักเกี่ยวกับรายจ่ายของผู้ป่วยน้อยลง ในขณะที่ผู้ใช้สิทธิสามารถลดภาระรายจ่ายส่วนเพิ่มนี้ได้ โดยเปลี่ยนเป็นการจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพเพิ่มเติมโดยสมัครใจเอง นอกจากนี้ งานวิจัยที่กล่าวมานี้ ด้วยเหตุนี้ คำถามหลักของการวิจัยชิ้นนี้คือ หากให้มีการจ่ายประกันร่วมเพื่อให้สิทธิของผู้ประกันตนเพิ่มขึ้น (เช่น ไม่แตกต่างจากสิทธิประโยชน์จากผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง) ผู้มีสิทธิประกันสังคมตามมาตรา 33 จะยอมจ่ายหรือไม่ ดังนั้น การศึกษาเรื่องความความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมเพื่อแสดงให้เห็นว่ามีมูลค่าความเต็มใจจ่ายในขนาดเท่าใด รวมถึงปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจจ่ายบ้าง จึงมีความสำคัญในการนำไปพัฒนานโยบายในการจ่ายประกันร่วม (หากมีระบบนี้เกิดขึ้นในอนาคต) ในระบบประกันสังคมต่อไป

คำถามของการวิจัย

1. ผู้มีสิทธิประกันสังคมตามมาตรา 33 จะยอมจ่ายหรือไม่ และยอมจ่ายเป็นจำนวนเงินกี่บาท เพื่อให้ได้สิทธิของผู้ประกันตนที่ไม่แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ในเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ไม่แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ไม่แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประโยชน์ของการวิจัย

1. การได้ทราบถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุปัจจัยในการยอมจ่ายประกันร่วม และระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 แล้ว จะสามารถระบุเพื่อเป็นทางเลือกในเชิงนโยบายได้ เพื่อให้สิทธิในการรักษาพยาบาลของทุกระบบในประเทศไทย มีความแตกต่างกันน้อยลง และไม่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการวินิจฉัย การรักษาพยาบาลของแพทย์ ที่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของสิทธิประเภทต่างๆ และลดข้อจำกัดและภาระที่มากเกินไปสำหรับผู้ประกันตนกรณีที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง
2. สามารถใช้เป็นแนวคิดในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของไทยให้มีความสมบูรณ์และเท่าเทียมกันมากขึ้น โดยไม่เกิดภาระทางงบประมาณแก่ภาครัฐ

นิยามศัพท์

ความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วม หมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายินดีที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือจากสิทธิที่ได้รับจากการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ของระบบประกันสังคม เพื่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลตามสิทธิและความจำเป็นของผู้ป่วยที่ขยายขอบเขตครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

การทบทวนวรรณกรรม

1. ระบบประกันสังคม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรายจ่ายที่สำคัญ

ระบบประกันสังคมของไทยเป็นระบบด้านสวัสดิการสุขภาพของพนักงานลูกจ้างภาคเอกชน ซึ่งในพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้ระบุให้นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไปทั่วราชอาณาจักร (ยกเว้นหน่วยงานที่ได้รับการยกเว้น เช่น หน่วยงานของรัฐ องค์การระหว่างประเทศ โรงเรียนเอกชน) ต้องเป็นผู้มีหน้าที่ต้องขึ้นทะเบียนนายจ้างพร้อมกับขึ้นทะเบียนลูกจ้างภายใน 30 วัน เพื่อเข้าสู่ระบบประกันสังคมโดยให้ลูกจ้างเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 โดยระบบนี้มุ่งส่งเสริมให้ลูกจ้างได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพและทางด้านอื่นๆ โดยที่นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ต้องถูกหักเงินสมทบเข้าสู่กองทุนประกันสังคมในอัตราร้อยละ 5 สำหรับนายจ้าง ร้อยละ 5 สำหรับลูกจ้าง (กำหนดไว้ไม่ต่ำกว่าเดือนละ 1,650 บาท และสูงสุดไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท) และร้อยละ 2.75 สำหรับรัฐบาล (Muansrichai, 2018) ซึ่งตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยมีจำนวนผู้ประกันตนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามการขยายตัวของสถานประกอบการ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2553 – 2562 พบว่ามีจำนวนสถานประกอบการเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.20 ส่วนผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ขยายตัวเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 30.70 (Social Security Office, 2020) ทั้งนี้ ระบบประกันสังคมมีสิทธิประโยชน์ครอบคลุมค่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและค่าใช้จ่ายเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้ความคุ้มครองสิทธิประโยชน์กรณีว่างงาน นายจ้างหยุดกิจการชั่วคราวเนื่องจากเหตุสุดวิสัยโดยยังไม่มีเลิกจ้าง สิทธิประโยชน์แก่ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยทำให้ตนเองบาดเจ็บ ทุพพลภาพ และตาย หรือยินยอมให้ผู้อื่นก่อให้เกิดขึ้น สิทธิประโยชน์กรณีตายแก่ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง/ ทุพพลภาพ แม้ส่งเงินสมทบไม่ครบตามสิทธิ โดยผู้ประกันตนซึ่งสูญเสียสมรรถภาพ ไม่ถึงร้อยละ 50 ของร่างกายมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีทุพพลภาพ ส่วนกรณีคลอดบุตร ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ไม่จำกัดจำนวนครั้ง แต่ในกรณีสงเคราะห์บุตร ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ได้คราวละไม่เกิน 3 คน ส่วนกรณีเสียชีวิต ถ้าก่อนถึงแก่ความตาย ผู้ประกันตนได้ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่สามสิบหกเดือนขึ้นไป แต่ไม่ถึงหนึ่งร้อยยี่สิบเดือน ให้จ่ายเงินสงเคราะห์เป็นจำนวนเท่ากับร้อยละห้าสิบของค่าจ้าง รายเดือน ที่คำนวณได้ตามมาตรา 57 คูณด้วยสี่ หรือถ้าก่อนถึงแก่ความตายผู้ประกันตนได้ส่งเงินสมทบมาแล้วตั้งแต่หนึ่งร้อยยี่สิบเดือนขึ้นไปให้จ่ายเงินสงเคราะห์เป็นจำนวนเท่ากับร้อยละห้าสิบของค่าจ้าง รายเดือน ที่คำนวณได้ตามมาตรา 57 คูณด้วยสิบสอง (Kanchanaburi Provincial Social Security Office, 2020)

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบที่มีความสำคัญมากในการบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิประโยชน์ ได้แก่ 1) การรับบริการตรวจรักษาอย่างครอบคลุมทุกโรค 2) การเข้ารับการรักษาตัดทุกโรคและการทำคลอด 3) ได้รับสิทธิคำห้อง ค่าอาหาร กรณีผู้ป่วยสามัญ 4) การคุ้มครองดูแลสุขภาพเด็ก 5) การรับบริการให้คำปรึกษา โดยภาครัฐสนับสนุนงบประมาณ และจากข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2560 มีประชากรที่มีสิทธิด้านสุขภาพ (ที่ไม่ใช่สิทธิประกันสุขภาพเอกชนที่ทำเพิ่มเติม) จำนวน 66,611,083 คน โดยสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

มีความสำคัญที่สุด 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 คิดเป็นร้อยละ 7.13 โดยการดำเนินการพัฒนาระบบนี้มุ่งเน้นการพัฒนาให้ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 4 (แผนระยะที่ 4: พ.ศ. 2560 - 2564) มีวิสัยทัศน์ คือ ทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองหลักประกัน สุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ และได้กำหนดเป้าประสงค์ไว้ 3 ประการ คือ ประชาชนเข้าถึง บริการ (C: Effective, equitable and responsive Coverage) การเงินการคลังมั่นคง (S: Safe financing system) และดำรงธรรมาภิบาล (G: Good Governance) (Social Security Office, 2020)

ทั้งนี้ เมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ระบบประกันสังคมของผู้ประกันตนตาม มาตรา 33 พรบ.ประกันสังคม กับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) แล้ว พบว่า แม้ว่าสิทธิ ประโยชน์ที่ได้รับจากระบบประกันสังคมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จะมีความครอบคลุมในหลาย ประการ แต่มีข้อจำกัดในการใช้สิทธิประโยชน์บางประการที่มากกว่า กล่าวคือ 1) การเจ็บป่วยเฉพาะ โรค บัตรทองจะคุ้มครองการรักษาทั้งหมด ในขณะที่ประกันสังคมจะไม่คุ้มครองการปลูกถ่ายไตหาก เป็นโรคไตเรื้อรังมาก่อนโดยจะมีสิทธิรักษาได้ไม่เกิน 60 วัน ไม่คุ้มครองการปลูกถ่ายไขกระดูกหากเป็น มะเร็งชนิดที่ประกันสังคมกำหนดไว้มาก่อน เช่น เป็นมะเร็ง มะเร็งไขกระดูกชนิดมัลพิกซ์มาก่อน 2) การ บริการด้านทันตกรรม บัตรทองจะใช้สิทธิถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ฟันเทียม รักษาโพรงประสาทฟัน น้ำนมได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งและไม่มีวงเงิน ในขณะที่ประกันสังคมจะใช้ได้เฉพาะถอนฟัน อุดฟัน ขูด หินปูน และผ่าตัดฟันคุด จำกัดวงเงินไม่เกิน 900 บาทต่อปี ทำฟันเทียมถอดได้บางส่วนจำกัดวงเงิน สูงสุดไม่เกิน 1,500 บาท และถอดได้ทั้งปากจำกัดวงเงินสูงสุดไม่เกิน 4,400 บาท 3) การรักษาตัว แบบต่อเนื่อง บัตรทองจะใช้บริการรักษาตัวแบบพักฟื้นหลังผู้ป่วยกลับบ้านและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่างกายหลังสิ้นสุดการรักษา ในขณะที่ประกันสังคมจะไม่คุ้มครอง 4) ค่าห้องและค่าอาหาร บัตรทองจะ ครอบคลุมค่าห้องและค่าอาหารสามัญ (รพ.รัฐบาล) ในขณะที่ประกันสังคมจะจำกัดวงเงินค่าห้องและ ค่าอาหารสามัญไม่เกิน 700 บาท/วัน 5) การเจ็บป่วยในกรณีฉุกเฉิน บัตรทองจะใช้บริการได้ไม่จำกัด จำนวนครั้ง ในขณะที่ประกันสังคมจะใช้ได้ปีละไม่เกิน 4 ครั้ง กำหนดเป็นผู้ป่วยนอก 2 ครั้ง และผู้ป่วย ใน 2 ครั้ง

2. แนวคิดการแบ่งปันค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพ

การแบ่งปันค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพเป็นแนวคิดที่ให้ผู้ประกันตนแบ่งปันการออกค่าใช้จ่าย ร่วมกับหน่วยที่รับประกันสุขภาพ เพื่อให้ผู้ประกันตนยังคงได้รับการดูแลรักษาสุขภาพ ในขณะเดียวกัน จะช่วยป้องกันการให้บริการด้านสุขภาพเกินความจำเป็น และบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้ บริการสุขภาพของหน่วยที่รับประกันสุขภาพ โดยรูปแบบการแบ่งปันค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ดังนี้ 1) ระบบจ่ายร่วม (Co-payment) เป็นการที่ผู้ประกันตนจ่ายค่าใช้จ่ายในระดับคงที่ต่อการรับ บริการซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นค่าใช้จ่ายไม่มากนักหากเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดเฉลี่ยต่อครั้งจาก การรับบริการ เช่น ผู้ประกันตนจะต้องจ่าย 200 บาทต่อครั้งของการรับบริการหรือจ่ายทั้งหมดในกรณีที่ ต่ำกว่า 200 บาท 2) ระบบประกันร่วม (Co-insurance) เป็นการที่ผู้ประกันตนจ่ายค่าใช้จ่ายคิดเป็น

นนท์ วรพาณิชย์ อัครนันท์ คิตสม นพมณี ภารุณโรจน์รัตน์ พิชลันดาห์ สนธิวิรุฬห์

ร้อยละของค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่น สมมติกรณีผู้ประกันตนต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มร้อยละ 20 ผู้ประกันตนประสบอุบัติเหตุเสียค่าใช้จ่ายทั้งหมด 1,000 บาท ผู้ประกันตนจะจ่ายค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ 200 บาท และ 3) ระบบที่หักได้ (Deductible) เป็นการที่ผู้ประกันตนจ่ายค่ารับผิดชอบเบื้องต้นก่อนที่ระบบประกันจะจ่ายส่วนที่เหลือ (Davis, 2019; Berman and Giardino, 2018)

ทั้งนี้ ภายใต้ระบบเหล่านี้ การแบ่งปันค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพยังมีการกำหนดค่าใช้จ่ายสูงสุดที่ผู้ประกันตนจะจ่ายในแต่ละปีหรือแต่ละครั้ง (Out of Pocket Maximum) โดยในกรณีที่เกินกว่าวงเงินค่าใช้จ่ายที่กำหนดผู้ประกันตนไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เพิ่มอีก ซึ่งในต่างประเทศหลายประเทศได้พัฒนาระบบประกันสุขภาพบนพื้นฐานแนวคิดนี้ ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีระบบร่วมจ่ายแบบผันแปร (Variable Co-payment) หรือระบบประกันร่วมแบบผันแปร (Variable Co-insurance) ที่แตกต่างกันในแต่ละสถานการณ์ เช่น ผู้ประกันตนเสียค่าใช้จ่าย 25 USD ทุกครั้งที่ไปพบแพทย์ แต่จะเสียค่าใช้จ่าย 30 USD ทุกครั้งที่ไปพบกุมารแพทย์ นอกจากนี้ ยังมีกรณีที่จ่ายแตกต่างกันเมื่อไปรับบริการทางการแพทย์ในหรือนอกสถาบันเครือข่าย ทั้งนี้ ระบบประกันร่วมของสหรัฐอเมริกาอยู่บนสมมติฐานร่วมกันของความเสียระหว่างบริษัท ประกันภัย และผู้ประกันตน โดยในการประกันสุขภาพ ระบบประกันร่วม (Co-insurance) บางครั้งใช้คล้ายกันกับระบบจ่ายร่วม (Co-payment) แต่จะแตกต่างกันโดยในส่วนหลังเป็นแบบกำหนดการจ่ายคงที่ แต่ส่วนแรกจะกำหนดเป็นร้อยละที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินหลังจากกรมธรรม์ประกันหักลดหย่อนจากระบบที่หักได้ (Deductible) ทั้งนี้ ร้อยละของการจ่ายที่กล่าวมา อาจกำหนดสูงสุด คือ 100 กล่าวคือ ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งหมดจนกว่าจะถึงค่าใช้จ่ายสูงสุดที่กำหนดไว้ในแต่ละปี (Out of Pocket Maximum) ซึ่งเรียกว่า นโยบายหยุดขาดทุน (Policy's Stop Loss) (Berman and Giardino, 2018)

นอกจากนี้ ประเทศในทวีปยุโรป ได้แก่ ออสเตรีย เบลเยียม โครเอเชีย เดนมาร์ก เอสโตเนีย เยอรมนี กรีซ ฮังการี ลัตเวีย ลิทัวเนีย และโปรตุเกสใช้ระบบประกันร่วม (Co-insurance) โดยผู้ป่วยจะจ่ายค่าธรรมเนียมเพิ่มสำหรับการดูแลในแต่ละวันประมาณ 10 ยูโร สูงสุด 28 วันต่อปี และในกรณีที่ผู้ป่วยมีการทำประกันร่วม (Co-insurance) จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 10 และครอบคลุมสูงสุด 28 วัน และหากพิจารณาในมิติของการดูแลผู้ป่วยนอกที่ปกติแล้วจะต้องเสียค่าธรรมเนียมรายปี เช่น ค่าบัตรกำนัลการดูแลสุขภาพ ในกรณีนี้ผู้ป่วยที่มีการทำประกันร่วมจะไม่ต้องเสียค่าบริการในส่วนนี้ (European Hospital and Healthcare Federation, 2015) ส่วนประเทศเยอรมนี ซึ่งเป็นประเทศที่มีชื่อเสียงในด้านการมีระบบการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดและครอบคลุมมากที่สุดแห่งหนึ่งในโลก โดยให้บริการด้านสุขภาพการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการประกันการพยาบาลระยะยาว ประมาณร้อยละ 88 ของประชากรเป็นสมาชิกของโครงการสาธารณสุข

ส่วนประเทศออสเตรียมีระบบประกันสุขภาพ Medicare ซึ่งใช้เงินภาษีที่กำหนดอัตราการจัดเก็บไว้ที่ร้อยละ 1.5 ของรายได้ (ยกเว้นผู้มีรายได้น้อย) และร้อยละ 2.5 ของรายได้สำหรับผู้ที่มีรายได้สูงแต่ไม่ทำประกันสุขภาพของตนเอง เป็นงบประมาณหลักในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมีหลักการว่าเหล่าผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนประเทศสิงคโปร์ ซึ่งใช้หลักการว่าประชาชนแต่ละ

คนมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง ระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆ เป็นเพียงการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชาชนเท่านั้น ได้มีระบบประกันสุขภาพ 4 กลุ่ม คือ 1. Medisave เป็นระบบที่ให้ประชาชนกันเงินเดือนส่วนหนึ่งของตนเองไว้ในบัญชีธนาคารในลักษณะภาคบังคับ เพื่อสำรองไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลในอนาคต 2. MediShield เป็นระบบประกันสุขภาพที่ใช้สำหรับกรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยประชาชนสามารถเลือกที่จ่ายค่าเบี้ยประกันหรืออยู่ในโครงการก็ได้แล้วแต่ความสมัครใจ 3. Medifund เป็นระบบประกันสุขภาพที่มีลักษณะเป็นกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ โดยจะพิจารณาเป็นกรณีไป และ 4. ElderShield เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ โดยการจ่ายเงินช่วยเหลือรายเดือน

3. ทฤษฎีความเต็มใจที่จะจ่าย (Willingness to Pay หรือ WTP)

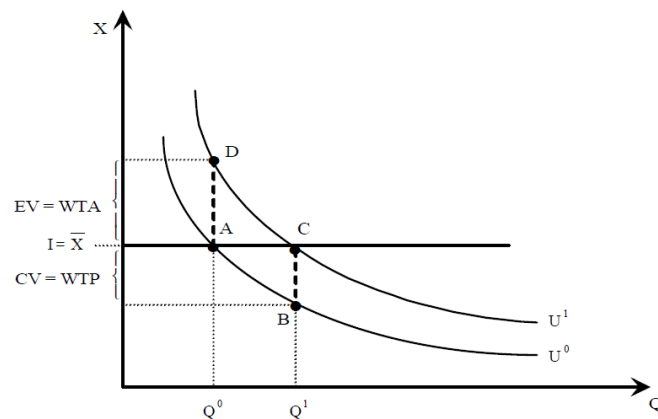
เมื่อใดก็ตามที่การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจเกิดขึ้นแต่ละคนจะย้ายจากจุดดุลยภาพหนึ่งไปยังอีกจุดดุลยภาพหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงในอรรถประโยชน์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถสังเกตเห็นได้ ส่งผลให้เหล่านักเศรษฐศาสตร์พยายามที่จะประเมินการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวให้สามารถบ่งชี้ได้ชัดเจนมากขึ้น หรือสังเกตและบ่งชี้ได้ในลักษณะของการตีมูลค่าได้หรือคิดเป็นจำนวนเงิน ซึ่งจะช่วยให้สามารถวัดสวัสดิการทางสังคมได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยในการวัดสวัสดิการทางสังคมสามารถคำนวณได้จากฟังก์ชันอุปสงค์ชดเชย (Compensated demand function) ซึ่งการวัดสวัสดิการทางสังคมของ Hicksian ได้อาศัยแนวคิดการวัดการเปลี่ยนแปลงอรรถประโยชน์ในลักษณะของการใช้แนวคิดการจ่ายและการชดเชย โดยใช้แนวคิดความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to Pay, WTP) และความยินดีที่จะรับ (Willingness to Accept, WTA) เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้บริโภคหรือผู้ได้รับผลกระทบจากสิ่งที่เกิดขึ้นซึ่งแนวคิด WTP และ WTA มีแหล่งกำเนิดมาจาก The Compensating variation (CV) และ The Equivalent variation (EV) โดยที่ฟังก์ชันเป็นดังนี้ (Ahlheim and Buchholz, 1999)

The Compensating variation (CV)

$$CV = e(p, Q^1, U^1) - e(p, Q^0, U^0) \quad (1)$$

$$EV = e(p, Q^0, U^1) - e(p, Q^0, U^0) \quad (2)$$

โดยที่ $e(p, Q, U)$ คือ ฟังก์ชันการใช้จ่ายของครัวเรือนที่ขึ้นอยู่กับราคา ปริมาณสินค้าและบริการ และอรรถประโยชน์ และ U คือ อรรถประโยชน์ และ 1, 0 คือ สถานะก่อนและหลังเกิดการเปลี่ยนแปลง



รูปที่ 1: การเชื่อมโยง CV และ EV กับ WTP และ WTA
ที่มา: Ahlheim and Buchholz (1999)

ทั้งนี้ กล่าวได้ว่า อีกด้านหนึ่งของความสัมพันธ์ระหว่าง The Compensating variation (CV) และ The Equivalent variation (EV) คือแนวคิดความยินดีที่จะจ่าย (Willingness to Pay, WTP) และความยินดีที่จะรับ (Willingness to Accept, WTA) แสดงดังรูปที่ 1 โดยที่สามารถสรุปความเชื่อมโยงของแนวคิดเหล่านี้ได้ดังนี้ (Ahlheim and Buchholz, 1999)

ตารางที่ 1: ความสัมพันธ์ระหว่าง CV และ EV กับ WTP และ WTA

	CV or EV ($\Delta U > 0$)	CV or EV ($\Delta U < 0$)
CV	WTP	WTA
EV	WTA	WTP

ที่มา: Ahlheim and Buchholz (1999)

จากรูปที่ 1 และตารางที่ 1 อรรถประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากระบบประกันสังคมพื้นฐานจะเท่ากับ U^0 ณ ระดับรายได้ I ครัวเรือนจะบริโภคสินค้า $\bar{X}$ ที่คุณภาพ Q_0 ดุลยภาพ ณ ตำแหน่ง A ซึ่งการศึกษา การประกันร่วมเพื่อจะปรับปรุงคุณภาพและความครอบคลุมในการรักษา เช่น ครอบคลุมเบิก ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมที่เพิ่มขึ้น ครอบคลุมโรคที่ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้อรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นจาก U^0 เป็น U^1 ซึ่งจาก The Equivalent variation (EV) จะเห็นได้ว่า CV กรณีที่มี $\Delta U > 0$ จึงเป็นการศึกษา ความเต็มใจที่จะจ่ายในการประกันร่วมเพื่อยกระดับอรรถประโยชน์ในการบริโภคที่เพิ่มขึ้นเป็น U^1 ซึ่ง ครัวเรือนจะบริโภคเปลี่ยนแปลงจากตำแหน่ง A เป็นตำแหน่ง C กล่าวคือ ยกระดับคุณภาพในการ บริโภคให้สูงขึ้นจาก Q_0 เป็น Q_1 ดังนั้น การศึกษาความเต็มใจจ่ายในส่วนนี้จะพิจารณาตำแหน่ง C ถึง B เพื่อชดเชยกับอรรถประโยชน์ที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น (Harris and Roach, 2018)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่า ในการศึกษาหรือประเมินความเต็มใจจ่ายการศึกษาเกี่ยวกับการประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะอาศัยการประเมินมูลค่าความเต็มใจจ่ายด้วยวิธี Contingent Valuation ในลักษณะของการเสนอคำถามแบบ Double Bounded ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้การตีมูลค่าความยินดีจ่ายตามแนวทางนี้เช่นเดียวกับกับงานศึกษาของ Al-Hanawi *et al.* (2018) Azhar *et al.* (2018) Ogasawara and Abe (2013) และ Shirowa *et al.* (2010) นอกจากนี้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ยังได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับมูลค่าความเต็มใจจ่ายร่วมเพิ่มเติมด้วย โดยใช้ Structural equation model เช่นเดียวกับกับงานศึกษาของ Bosomptra *et al.* (2001) ซึ่งจะทำให้ผลการศึกษาที่สามารถสะท้อนได้ถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเหตุปัจจัยในการยอมจ่ายประกันร่วม และระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่สามารถนำไปเป็นทางเลือกในเชิงนโยบาย เพื่อให้สิทธิในการรักษาพยาบาลของทุกระบบในประเทศไทย มีความแตกต่างกันน้อยลง และใช้เป็นแนวคิดในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของไทยให้มีความสมบูรณ์และเท่าเทียมกันมากขึ้น โดยไม่เกิดภาระทางงบประมาณแก่ภาครัฐต่อไป

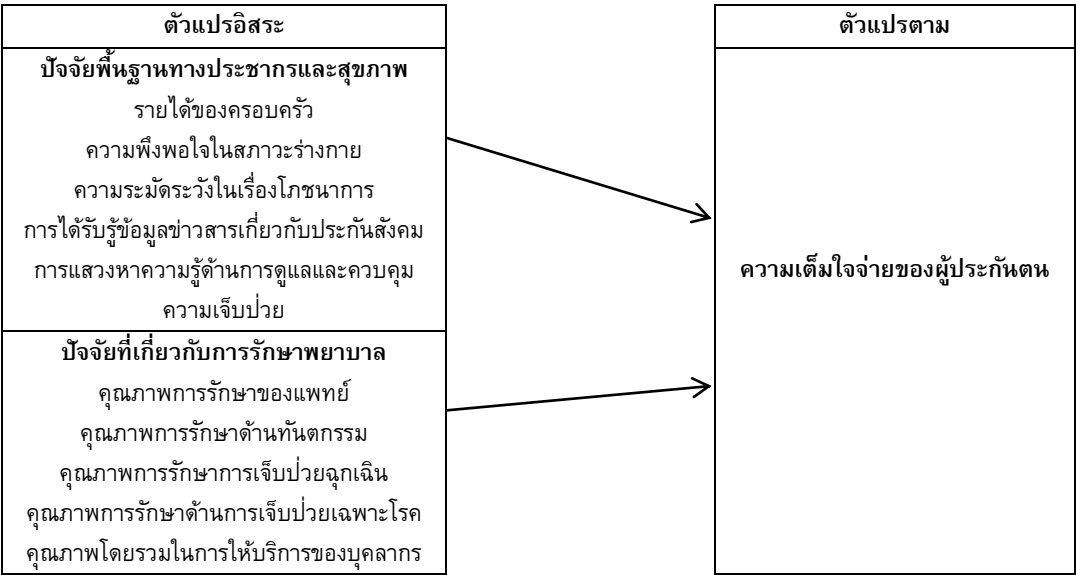
ตารางที่ 2: สรุปงานวิจัย

ผู้แต่ง/ปี	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เทคนิค/เครื่องมือและการประยุกต์ใช้
Al-Hanawi <i>et al.</i> (2018)	Investigating the Willingness to Pay for a Contributory National Health Insurance Scheme in Saudi Arabia: A Cross-sectional Stated Preference Approach	ศึกษาจากความเต็มใจที่จะจ่ายของครัวเรือนสำหรับโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ	Contingent Valuation ใช้คำถามแบบ double-bounded dichotomous choice with the follow-up elicitation method และใช้ Tobit Regression ประยุกต์ใช้พัฒนาแบบสอบถาม
Azhar <i>et al.</i> (2018)	Willingness to Pay For Health Insurance in Sarawak, Malaysia	เพื่อประเมินความเต็มใจที่จะจ่ายสำหรับการประกันสุขภาพของผู้ใหญ่โดยใช้ปัจจัยตามทฤษฎี	ใช้วิธี Contingent Valuation with bidding style ใช้ Logistic Regression ประยุกต์ใช้พัฒนาแบบจำลอง Logistic
Hong <i>et al.</i> (2017)	Multigroup Path Analysis of the Influence of Healthcare Quality, by Different Health Insurance Types	เพื่อตรวจสอบความแตกต่างระหว่างบุคคลที่ได้รับการคุ้มครองจากการประกันประเภทต่าง ๆ	Multigroup Path Analysis ประยุกต์ใช้พัฒนาเส้นทางของ SEM
Nosratnejad <i>et al.</i> (2016)	Systematic Review of Willingness to Pay for Health Insurance in Low and Middle	เพื่อประเมินความเต็มใจที่จะจ่ายของผู้ค้นหาบริการทางสุขภาพของกลุ่ม	ใช้ Systematic Review จาก 21 บทความครอบคลุม 16 ประเทศ ใช้เทคนิค

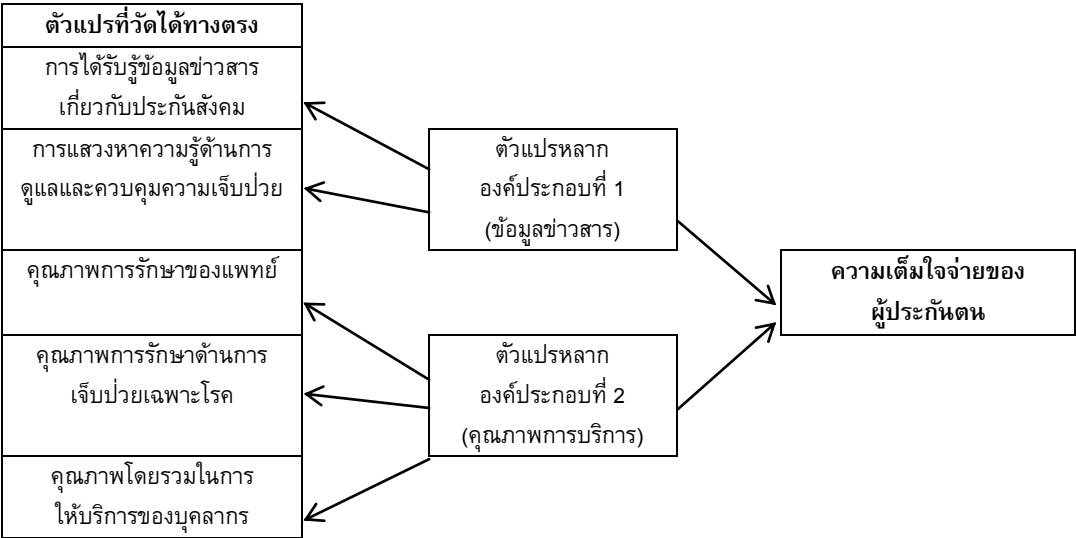
ผู้แต่ง/ปี	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีการ/เทคนิค/เครื่องมือและการประยุกต์ใช้
	Income Countries	ประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ	meta-analysis ประยุกต์ใช้ในการสร้างตัวแปรศึกษา
Ogasawara and Abe (2013)	WTP (Willingness To Pay) for Tele-Health Consultation Service in Hokkaido, Japan	เพื่อประเมินความเต็มใจที่จะจ่าย (WTP) สำหรับการบริการให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ	WTPอาศัย Double-Bounded Dichotomous-Choice model/Logistic-regression ประยุกต์ใช้พัฒนาแบบจำลอง Logistic
Shiroiwa <i>et al.</i> (2010)	International survey on willingness-to-pay (WTP) for one additional QALY gained: what is the threshold of cost effectiveness?	เพื่อวัดและเปรียบเทียบเกณฑ์ในประเทศพัฒนาแล้วบางแห่งในเอเชียตะวันออกและตะวันตก	WTP/The contingent valuation (CVM) ประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์มูลค่าความเต็มใจจ่าย
Carlssona and Martinsson (2003)	Design techniques for stated preference methods in health economics	เพื่อวิเคราะห์เทคนิคการออกแบบที่แตกต่างสำหรับ stated preference เพื่อประยุกต์ใช้ในเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข	Stated preference/Choice experiments/ประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแบบสอบถาม
Bosompra <i>et al.</i> (2001)	Psychosocial factors associated with the public's willingness to pay for genetic testing for cancer risk : a structural equations model	เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความเต็มใจที่จะจ่ายโดยใช้ Andersen's behavioral model of health services utilization	Structural equations model ประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ SEM

กรอบแนวคิด

รูปที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยในอดีต โดยในรูปที่ 2ก. เป็นกรอบแนวคิดที่แสดงการศึกษาเหตุปัจจัยในการยอมจ่ายประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จะใช้แบบจำลอง Ordered Logit ที่สามารถอธิบายความน่าจะเป็นของความเต็มใจจ่ายของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 โดยวิเคราะห์จากเหตุปัจจัยที่เป็นสาเหตุ โดยตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษา คือ ความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ในระบบประกันสังคม และตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะเหตุปัจจัยในการยอมจ่ายดังกล่าวมีของรูป



รูปที่ 2ก.



รูปที่ 2ข.

รูปที่ 2: กรอบความคิดการวิจัย

ส่วนในรูปที่ 2ข. แสดงกรอบแนวคิดในส่วนของการศึกษาเต็มใจจ่ายของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 จะใช้วิธี Contingent Valuation Method (CVM) ทำการทดสอบการกระจายของความยินดีจ่ายในรูปแบบต่างๆ และเลือกรูปแบบการกระจายที่เหมาะสมโดยใช้ Maximum Log-likelihood และทำการประมาณค่าตามรูปแบบที่เหมาะสม และการศึกษาระดับความเต็มใจจ่ายของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่ศึกษาจากตัวแปรที่วัดได้ทางตรง ได้แก่ การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคม

การแสวงหาความรู้ด้านการดูแลและควบคุมความเจ็บป่วย คุณภาพการรักษาของแพทย์ คุณภาพการรักษาด้านการเจ็บป่วยเฉพาะโรค คุณภาพโดยรวมในการให้บริการของบุคลากร และตัวแปรหลากหลายองค์ประกอบหรือตัวแปรที่สกัดขึ้น จะใช้แบบจำลองสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model-SEM) โดยระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ในระบบประกันสังคม จะวิเคราะห์และสกัดตัวแปรจากตัวแปรที่คาดว่าจะเป็เหตุปัจจัยในการยอมจ่ายดังที่กล่าวมา

ระเบียบวิธีการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะทำความเข้าใจถึงความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วม และปัจจัยที่ส่งผลต่อความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ไม่แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเก็บรวบรวมข้อมูลจึงครอบคลุมทั้งข้อมูลทุติยภูมิที่รวบรวมทั้งข้อมูลสถิติผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ทฤษฎีการประเมินมูลค่าความเต็มใจจ่าย และงานวิจัยเกี่ยวข้องกับการตีมูลค่าความเต็มใจจ่ายด้านสุขภาพ เพื่อการคุ้มครองหรือการประกันตนเองเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข จากแหล่งที่เชื่อถือได้ที่มีการเผยแพร่สาธารณะ เช่น หนังสือ ตำรา บทความวิจัย บทความวิชาการ และฐานข้อมูลต่าง ๆ เป็นต้น และข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งอาศัยแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ในระบบประกันสังคม ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิประกันสังคม และระดับราคาความยินดีจ่ายเพิ่มเพื่อให้ได้รับสิทธิเพิ่มเติมนอกเหนือจากระบบประกันสังคม จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยแบ่งออกเป็นผู้ที่เต็มใจจ่ายจำนวน 300 ตัวอย่าง และผู้ที่ไม่เต็มใจจ่ายจำนวน 100 ตัวอย่าง ที่อาศัยการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้เป็นไปตามลักษณะความเต็มใจจ่ายที่กำหนด ดำเนินการเก็บข้อมูลในบริเวณหน้าโรงพยาบาลรัฐบาลจำนวน 2 แห่งในเขตกรุงเทพมหานครจากผู้ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Taro Yamane ที่ระดับความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 จากจำนวนประชากรผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมตามมาตรา 33 ที่ 11,694,184 คน ข้อมูลประจำเดือนพฤศจิกายน 2562 (Social Security Office, 2020)

1. แบบสอบถามสำหรับการสำรวจภาคสนาม

คณะผู้วิจัยได้มีการยื่นเรื่องขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งผลการพิจารณาระบุว่า โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองแล้ว เมื่อวันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2563 ซึ่งได้มีการออกแบบแบบสอบถามไว้ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คำถามคัดกรอง โดยได้กำหนดคำถามเพื่อคัดกรองตัวแทนที่จะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ไว้ในขั้นตอนของแบบสอบถามรวมคำถาม 3 ข้อ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ในระบบประกันสังคม มีอายุระหว่าง 20 –

60 ปีที่เคยใช้สิทธิประกันสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และเป็นผู้ที่มีความเต็มใจจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิในระบบประกันสังคมหรือไม่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคที่ป่วยประจำ การประเมินสภาวะและการเผชิญความเสี่ยงด้านสุขภาพ เป็นต้น และข้อมูลค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิประกันสังคม เช่น จำนวนครั้งที่มีการใช้จ่ายเพิ่มเติม จำนวนครั้งที่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคม การประเมินคุณภาพการรักษาตามสิทธิประกันสังคม ความยินดีจ่ายเพิ่มและระดับความยินดีจ่ายเพิ่มเพื่อให้เข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่มากขึ้น และสาเหตุของความยินดีและไม่ยินดีจ่าย เป็นต้น ทั้งนี้ การกำหนดราคาเริ่มต้นเพื่อการประเมินความเต็มใจจ่ายในแบบสอบถาม ได้อาศัยผลการศึกษาเรื่องความเต็มใจจ่ายสำหรับการจ่ายร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Vorlapanit and Kidsom, 2019) เป็นฐานในการวิเคราะห์เพื่อใช้ในการกำหนดราคาเริ่มต้น ซึ่งผลการศึกษาในเรื่องดังกล่าวมีการประเมินว่าความยินดีจ่ายเฉลี่ยสูงสุดเพื่อเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ต้องการ นอกเหนือจากการใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรครอยู่ที่ประมาณ 2,538.61 บาท/คน/ปี และยินดีจ่ายเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ที่ประมาณ 882.96 บาท/คน/ปี และกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ยินดีจ่ายที่ระดับราคา 1,500 บาท/คน/ครั้ง โดยในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สิทธิบัตรทองโดยเฉลี่ยจำนวน 2 ครั้ง และส่วนใหญ่ร้อยละ 91.8 ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม ในขณะที่ร้อยละ 8.2 มีค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมเฉลี่ย 826.09 บาท/ครั้ง โดยมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมต่ำที่สุดคือ 50 บาท/ครั้ง และสูงที่สุด 3,000 บาท/ครั้ง ซึ่งเกิดขึ้นในกรณีที่เป็นคนไข้นอก (Out-patient care) มากที่สุด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วม

อาศัยวิธี Contingent Valuation Method (CVM) ในการศึกษาเกี่ยวกับระดับความเต็มใจในการจ่ายร่วมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความเต็มใจจ่ายของตัวอย่าง จากนั้นจะเป็นการใช้แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model-SEM) ในการอธิบายขนาดของความเต็มใจจ่ายของผู้ประกันตน เพื่อทำการสรุปและเสนอแนะต่อไป ซึ่งตัวชี้วัดและเกณฑ์ทั่วไปเพื่อการวัดความเหมาะสมของแบบจำลองกับข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ (Model Fit) สามารถสรุปได้ดังนี้ (Cornell University, 2008)

ตารางที่ 2: ตัวแปรและความหมาย

ค่าตัวชี้วัด	เกณฑ์มาตรฐาน
NFI	NFI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.95
TLI	TLI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.95
CMIN/DF	2 ถึง 5 คือช่วง Reasonable Fit (Marsh & Hocevar (1985))
GFI	GFI > 0.95
AGFI	AGFI > 0.9
CFI	CFI อย่างน้อยเท่ากับ 0.9
RMSEA	RMSEA น้อยกว่า 0.08

3. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วม

เริ่มจากสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่อให้เกิดความเข้าใจภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างและในแต่ละประเด็นที่ศึกษา และใช้แบบจำลอง Ordered Logit เพื่อระบุระดับความน่าจะเป็นเชิงลำดับของการยอมจ่ายประกันร่วมของผู้ประกันตน โดยกำหนดเหตุปัจจัยต่าง ๆ ที่จะทำให้การพิสูจน์ กำหนดตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิเคราะห์ตามทฤษฎีและงานวิจัยจำนวน 10 ตัวแปร ดังนี้

$$\ln(Y_i / 1 - Y_i) = \beta_0 + \beta_1 \text{ inc} + \beta_2 \text{ sat} + \beta_3 \text{ car} + \beta_4 \text{ inf} + \beta_5 \text{ see} + \beta_6 \text{ qmd} + \beta_7 \text{ qdt} + \beta_8 \text{ qer} + \beta_9 \text{ qsd} + \beta_{10} \text{ qse} + \varepsilon$$

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

ตารางที่ 3: ตัวแปรและความหมาย

ตัวแปร	ความหมาย	คำถามที่ใช้
Y	สัดส่วนความน่าจะเป็นเชิงระดับของระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคม (กำหนด คือ 1 = เต็มใจจ่ายไม่เกิน 0.5% ของรายได้ต่อเดือน 2 = เต็มใจจ่ายไม่เกิน 1.0% ของรายได้ต่อเดือน 3 = เต็มใจจ่าย 1.01% ขึ้นไป ของรายได้ต่อเดือน)	ท่านเต็มใจจ่ายเพิ่มขึ้นในระดับใดเพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ใหม่ที่เพิ่มขึ้น
inc	รายได้ของครอบครัว (หน่วย: บาท/เดือน)	กรุณาระบุระดับรายได้ของครอบครัวต่อเดือน
sat	ความพึงพอใจในสภาวะร่างกายของท่าน 1 ปีที่ผ่านมา (หน่วย: ระดับความพึงพอใจ โดย 1 หมายถึงน้อยที่สุด และ 5 หมายถึงมากที่สุด)	ความพึงพอใจในสภาวะร่างกายของท่าน 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ระดับใด (5 ระดับ)
car	ความระมัดระวังในเรื่องโภชนาการต่อการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อของท่าน (หน่วย: ระดับความระมัดระวัง โดย 1 หมายถึงน้อยที่สุด และ 5 หมายถึงมากที่สุด)	ความระมัดระวังในเรื่องโภชนาการต่อการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อของท่านอยู่ระดับใด (5 ระดับ)
inf	การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคมในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (หน่วย: ครั้ง/ปี)	ท่านได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคมในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมากี่ครั้ง
see	การแสวงหาความรู้ด้านการดูแลและควบคุมความเจ็บป่วย (หน่วย: ระดับการแสวงหาความรู้ โดย 1 หมายถึงน้อยที่สุด และ 5 หมายถึงมากที่สุด)	ท่านแสวงหาความรู้ด้านการดูแลและควบคุมความเจ็บป่วยอยู่ในระดับใด (5 ระดับ)
qmd	คุณภาพการรักษาของแพทย์ (หน่วย: ระดับคุณภาพที่ได้รับ โดย 1 หมายถึงน้อยที่สุด และ 5 หมายถึงมากที่สุด)	กรุณาประเมินคุณภาพที่ได้รับตามสิทธิ (5 ระดับ)

ตัวแปร	ความหมาย	คำถามที่ใช้
qdt	คุณภาพการรักษาด้านทันตกรรม (หน่วย: ระดับคุณภาพที่ได้รับ โดย 1 หมายถึงน้อยที่สุด และ 5 หมายถึงมากที่สุด)	กรุณาประเมินคุณภาพที่ได้รับตามสิทธิ (5 ระดับ)
qer	คุณภาพการรักษาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (หน่วย: ระดับคุณภาพที่ได้รับ โดย 1 หมายถึงน้อยที่สุด และ 5 หมายถึงมากที่สุด)	กรุณาประเมินคุณภาพที่ได้รับตามสิทธิ (5 ระดับ)
qsd	คุณภาพการรักษาด้านการเจ็บป่วยเฉพาะโรค (หน่วย: ระดับคุณภาพที่ได้รับ โดย 1 หมายถึงน้อยที่สุด และ 5 หมายถึงมากที่สุด)	กรุณาประเมินคุณภาพที่ได้รับตามสิทธิ (5 ระดับ)
qse	คุณภาพโดยรวมในการให้บริการของบุคลากร (หน่วย: ระดับคุณภาพที่ได้รับ โดย 1 หมายถึงน้อยที่สุด และ 5 หมายถึงมากที่สุด)	กรุณาประเมินคุณภาพที่ได้รับตามสิทธิ (5 ระดับ)

ก่อนการวิเคราะห์จะตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสมการการถดถอยแบบโลจิสติกส์ ได้แก่ 1) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง (multicollinearity) ใช้การทดสอบด้วยสถิติ Pearson's Correlation กำหนดให้มีค่าไม่เกิน 0.8 และ 2) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีผลต่อตัวแปรตามเหมือนกันในทุกระดับของตัวแปรตาม (proportional odds assumption) ใช้การทดสอบเส้นคู่ขนาน (Test of Parallel Lines) ตลอดจนการวิเคราะห์เริ่มจากการวิเคราะห์ความเหมาะสมของสมการจะทำการทดสอบดังต่อไปนี้ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ภาพรวมของสมการว่าอธิบายได้อย่างมีนัยสำคัญ ใช้ข้อมูลความเหมาะสมของแบบจำลอง (Model Fitting Information) โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) 2) การวิเคราะห์ความกลมกลืนของสมการที่สร้างขึ้นว่ามีความเหมาะสมกับข้อมูล ใช้ภาวะสารูปสนิทธิ (Goodness of Fit) โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) 3) การวิเคราะห์ความสามารถในการอธิบายของสมการโดยใช้ค่า Pseudo R Square ใช้ Cox & Snell R Square และ Nagelkerke R Square เพื่ออธิบายร้อยละของสมการที่ทำนายได้ถูกต้อง และ 4) การวิเคราะห์ความสามารถในการที่ตัวแปรอิสระจะทำนายตัวแปรตามได้อย่างมีนัยสำคัญ ใช้สถิติทดสอบของวอลด์ (Wald Statistic) และในกรณีที่มีนัยสำคัญจะใช้การวิเคราะห์ค่าผลกระทบส่วนเพิ่ม (Marginal Effect) และค่าสัมประสิทธิ์เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 21 – 30 ปี มีสถานภาพโสด มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชน มีสถานะเป็นบุตรซึ่งไม่ใช่หัวหน้าครัวเรือน โดยมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 – 5 คนเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้น ส่วนมากเป็นครัวเรือนที่ไม่มีสมาชิกที่กำลังศึกษาอยู่ ไม่มีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และอายุมากกว่า 65 ปี รายได้ส่วนบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000 - 20,000 บาทต่อเดือน

และรายได้ครัวเรือนส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงมากกว่า 60,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนผลการประเมินสภาวะด้านสุขภาพภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินตัวเองว่าสภาวะด้านสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับต่ำ แม้ส่วนใหญ่จะประเมินว่ามีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยในโรคประจำตัวอยู่ในระดับน้อยที่สุด ระดับความเร่งด่วนที่ต้องเข้ารักษาของอาการเจ็บป่วยในโรคประจำตัวอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีการเจ็บ ไข้ ป่วย ไม่สบายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาเฉลี่ยอยู่ที่ 2 ครั้ง มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาเฉลี่ยอยู่ที่ 1 ครั้ง และมีความพึงพอใจในสภาวะร่างกายของตนเอง ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับปานกลางก็ตาม ส่วนผลการประเมินการเผชิญความเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า โดยส่วนใหญ่มีความระมัดระวังในเรื่องโภชนาการ มีความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย และมีความสม่ำเสมอในการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีการแสวงหาข้อมูลหรือความรู้และการระมัดระวังการแพร่การเจ็บป่วยต่อคนอื่นอยู่ในระดับมาก ทำให้ผลการประเมินภาพรวมในการเผชิญความเสี่ยงด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนการประเมินความรู้สึกปลอดภัยต่อการมีสิทธิประกันสังคม พบว่า โดยส่วนใหญ่ มีความรู้สึกปลอดภัยต่อการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ มีความคาดหวังต่อคุณภาพการได้รับบริการด้านสุขภาพ และมีความรู้สึกว่าการมีสิทธิประกันสังคมช่วยลดภาระทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ในส่วนของค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม (จ่ายให้โรงพยาบาล/สถานพยาบาล/บุคลากร) จากสิทธิบัตรประกันสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติม ส่วนคนที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมได้ระบุว่ามีการใช้จ่ายเพิ่มเติมจากสิทธิบัตรประกันสังคมเฉลี่ยอยู่ที่ 2,775 บาท และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมน้อยที่สุดจำนวน 100 บาท มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมมากที่สุด 5,000 บาท โดยส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มในลักษณะที่เป็นคนไข้ใน (In-patient care) เช่น ค่าผ่าตัดพิเศษ เฉลี่ย 4,000 บาท/คน/ปี ค่าเครื่องมือ-อุปกรณ์ทางการแพทย์มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเฉลี่ย 1,550 บาท /คน/ปี

สำหรับผลการประเมินคุณภาพการรักษาตามสิทธิบัตรประกันสังคม พบว่า ในภาพรวมมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการรักษาตามสิทธิบัตรประกันสังคมอยู่ในระดับมาก โดยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในคุณภาพการรักษาและการให้คำปรึกษาของแพทย์มากที่สุด รองลงมาคือ คุณภาพการรักษา และการให้คำปรึกษาของพยาบาลผู้ช่วยพยาบาล เกสซึก และคุณภาพโดยรวมของยาและเวชภัณฑ์ คุณภาพเครื่องมือ-อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้รับ ตามลำดับ ในขณะที่ด้านคุณภาพการรักษาการเจ็บป่วยเฉพาะโรค ได้รับความพึงพอใจต่ำที่สุด แต่ยังคงอยู่ในช่วงระดับความพึงพอใจมากเช่นเดียวกับด้านอื่น ๆ

สำหรับผลการวิเคราะห์ความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ไม่แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75.0 เต็มใจจ่ายเพื่อเข้าถึงสิทธิประโยชน์ใหม่ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพของประกันสังคม โดยผลการประมาณ Maximum Likelihood พบว่า การกระจายแบบ Logistic ให้ค่า Log-likelihood สูงสุด เท่ากับ -2,090.048 (Normal เท่ากับ -2,132.136 และ Weibull เท่ากับ -2,144.784) ซึ่งได้ข้อสรุปว่าข้อสมมติการกระจายแบบ Logistic นั้น เป็นข้อสมมติที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการ

กระจายเชิงประจักษ์ดังกล่าว (เมื่อเทียบกับข้อสมมติการกระจายแบบอื่น ๆ) ซึ่งจากการกระจายแบบ Logistic ค่าเฉลี่ย (MU) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) (ตารางที่ 5) ที่ประมาณค่าได้สามารถแสดงค่าเฉลี่ยของความเต็มใจจ่ายนี้ เท่ากับ 950.4979 บาท โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 133.7872 บาท

ตารางที่ 4: ค่าประมาณการ Parameter MU และ S

Method: Maximum Likelihood (Marquardt)				
Convergence achieved after 5 iterations				
Covariance matrix computed using second derivatives				
Parameter	Value	Std. Error	z-Statistic	Prob.
MU	950.4979	12.77169	74.42226	0.0000
S	133.7872	6.937971	19.28333	0.0000
Log likelihood	-2090.048	Mean dependent var.		940.5000
No. of Coefficients	2	S.D. dependent var.		295.8488

ที่มา: คณะผู้วิจัย

นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความเต็มใจจ่ายเพิ่มไม่เกินร้อยละ 0.50 ของรายได้ต่อเดือน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 56.3 รองลงมาคือ มีความเต็มใจจ่ายเพิ่มไม่เกินร้อยละ 1.0 ของรายได้ต่อเดือน (คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 33.0) และมีความเต็มใจจ่ายเพิ่มร้อยละ 1.01 ขึ้นไปของรายได้ต่อเดือน (คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.7) นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยินดีจ่ายเพิ่ม 1,000 บาท/คน/เดือน โดยมีความเต็มใจจ่ายเพิ่มสูงสุดที่ 3,000 บาท/คน/เดือน และต่ำสุดที่ 100 บาท/คน/เดือน ทั้งนี้สาเหตุที่ทำให้เต็มใจจ่ายเพิ่มเพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ใหม่ที่เพิ่มขึ้นนั้น โดยส่วนใหญ่ระบุว่า เป็นการจ่ายเพิ่มเพื่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อช่วยทำให้การให้บริการการประกันสุขภาพในภาพรวมดีขึ้น เพื่อช่วยขยายขอบเขตประกันสังคมให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพมากขึ้น และให้เหตุผลว่าการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงรับผิดชอบ รวมทั้งระบุว่าเพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการด้านสาธารณสุขให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกล ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เต็มใจจ่ายเพิ่มให้เหตุผลว่า เป็นผู้มีรายได้น้อย แต่เต็มใจที่จะจ่ายถ้ามีรายได้มากขึ้น และมีมุมมองว่าค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เป็นสวัสดิการที่ภาครัฐควรจัดให้กับประชาชนประชาชนจึงไม่จำเป็นต้องจ่ายเพิ่ม

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เรื่อง ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ใช้การทดสอบด้วยสถิติ Pearson's Correlation พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันในระดับสูง อย่างไรก็ดี พบว่า 1) ความพึงพอใจในสภาวะร่างกาย (sat) กับการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคม (inf) มีค่าสหสัมพันธ์ 0.558 อย่างมีนัยสำคัญ ณ ระดับ 0.01 2) คุณภาพการรักษาก่อนแพทย์ (qmd) กับคุณภาพโดยรวมในการให้บริการของบุคลากร (qse) มีค่าสหสัมพันธ์ 0.765 อย่างมีนัยสำคัญ ณ ระดับ 0.01 3) คุณภาพการรักษาของแพทย์ (qmd) กับคุณภาพการรักษาด้านทันตกรรม รวพณิษฐ์ อัครนันท์ คิตสม นพณณ์ ภารุณโรจน์รัตน์ พิชลันดาห์ สนธิวิพสุห์

ดกรรม (qdt) มีค่าสหสัมพันธ์ 0.505 อย่างมีนัยสำคัญ ณ ระดับ 0.01 และ 4) คุณภาพการรักษาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (qer) กับคุณภาพการรักษาด้านการเจ็บป่วยเฉพาะโรค (qsd) มีค่าสหสัมพันธ์ 0.595 อย่างมีนัยสำคัญ ณ ระดับ 0.01

สำหรับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ไม่แตกต่างจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์แบบเรียงลำดับ (Ordered Logistic Regression) (ตารางที่ 5) พบว่า จากตัวแปร 10 ตัวแปร มีเพียง 6 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

1) ความพึงพอใจในสภาวะร่างกาย (sat) มีความสัมพันธ์กับในทิศทางเดียวกันกับความเต็มใจจ่ายฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ประกันตนมีความพึงพอใจในสภาวะร่างกายเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะส่งผลให้ระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมมีโอกาสเพิ่มขึ้นร้อยละ 286.6

2) การได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคม (inf) มีความสัมพันธ์กับในทิศทางตรงข้ามกับความเต็มใจจ่ายฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.01 แสดงว่า เมื่อมีการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคมเพิ่มขึ้น 1 ครั้ง ส่งผลให้โอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมลดลงร้อยละ 63

3) การแสวงหาความรู้ด้านการดูแลและควบคุมความเจ็บป่วย (see) มีความสัมพันธ์กับในทิศทางตรงข้ามกับความเต็มใจจ่ายฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 แสดงว่า เมื่อมีการการแสวงหาความรู้ด้านการดูแลและควบคุมความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมลดลงร้อยละ 39.7

4) คุณภาพการรักษาของแพทย์ (qmd) มีความสัมพันธ์กับในทิศทางตรงข้ามกับความเต็มใจจ่ายฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 แสดงว่า เมื่อมีคุณภาพการรักษาของแพทย์ เพิ่มขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมลดลงร้อยละ 54.4

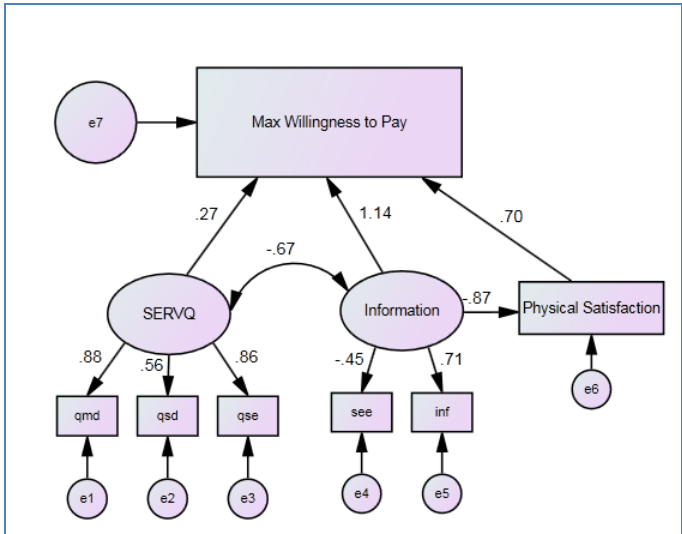
5) คุณภาพการรักษาด้านการเจ็บป่วยเฉพาะโรค (qsd) มีความสัมพันธ์กับในทิศทางเดียวกันกับความเต็มใจจ่ายฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 แสดงว่า เมื่อมีคุณภาพการรักษาด้านการเจ็บป่วยเฉพาะโรค เพิ่มขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นร้อยละ 214.1

6) คุณภาพโดยรวมในการให้บริการของบุคลากร (qse) มีความสัมพันธ์กับในทิศทางเดียวกันกับความเต็มใจจ่ายฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ 0.05 แสดงว่า เมื่อมีคุณภาพโดยรวมในการให้บริการของบุคลากร เพิ่มขึ้น 1 ระดับ ส่งผลให้โอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นร้อยละ 278.7

ตารางที่ 5: ผลประมาณค่าตามแบบจำลอง (Parameter Estimates)

Parameter	B	Std. Error	Hypothesis Test			Exp(B)	Confidence Interval	
			Wald Chi-Square	df	Sig.		Lower	Upper
Threshold [Y=1.00]	1.036	1.4689	.498	1	.480	2.819	.158	50.173
[Y=2.00]	3.784	1.4904	6.446	1	.011	43.989	2.370	816.546
inc	-5.208E-06	8.0183E-06	.422	1	.516	1.000	1.000	1.000
sat	1.053	.2379	19.591	1	.000	2.866	1.798	4.569
car	-.340	.2332	2.128	1	.145	.712	.451	1.124
inf	-.993	.2303	18.601	1	.000	.370	.236	.582
see	-.506	.2212	5.221	1	.022	.603	.391	.931
qmd	-.785	.3399	5.328	1	.021	.456	.234	.888
qdt	-.235	.2701	.760	1	.383	.790	.465	1.342
qer	-.153	.3501	.192	1	.661	.858	.432	1.704
qsd	.761	.3179	5.731	1	.017	2.141	1.148	3.992
qse	1.025	.3270	9.823	1	.002	2.787	1.468	5.290
(Scale)	1 ^a							
Dependent Variable: Y								
Model: (Threshold), inc, sat, car, inf, see, qmd, qdt, qer, qsd, qse								
a. Fixed at the displayed value.								

นอกจากนี้ เมื่อดำเนินการประมาณการแบบจำลอง Ordered Logit เพื่ออธิบายระดับขั้นความเต็มใจจ่ายประกันร่วมของผู้ประกันตน โดยมีตัวแปรที่วัดได้ทางตรง (Measurable Variable) คือ ความพึงพอใจในสภาพร่างกาย (sat) ตัวแปรหลักองค์ประกอบที่ 1 คือ ข้อมูลข่าวสาร (Information) ซึ่งประกอบด้วยการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคม (inf) และการแสวงหาความรู้ด้านการดูแลและควบคุมความเจ็บป่วย (see) ส่วนตัวแปรหลักองค์ประกอบที่ 2 คือ คุณภาพการบริการ (SERVQ) ซึ่งประกอบด้วยคุณภาพการรักษาของแพทย์ (qmd) คุณภาพการรักษาด้านการเจ็บป่วยเฉพาะโรค (qsd) และคุณภาพโดยรวมในการให้บริการของบุคลากร (qse) (รูปที่ 3)



รูปที่ 3: การวิเคราะห์เชิงลำดับเพื่อการประมาณการแบบจำลองเชิงโครงสร้าง

เมื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมที่ระหว่างแบบจำลองกับข้อมูลดิบหรือข้อเท็จจริง (หรือ Goodness of Fit) ของแบบจำลองข้างต้นแล้วพบว่า อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถยอมรับได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้ (1) ค่า CMIN/DF นั้นมีค่าเท่ากับ 5.2 ซึ่งมีค่าสูงกว่าเกณฑ์ระดับยอมรับได้ (ค่านี้ยิ่งสูงยิ่งเหมาะสม) ที่ช่วง 2 ถึง 5 (ดังตารางที่ 4.48) (2) GFI และ AGFI มีค่าใกล้เคียงเกณฑ์มาตรฐานของ Cornell Statistical Consulting Unit มาก ทั้งนี้ GFI และ AGFI ที่ได้มาจากแบบจำลองนี้ มีค่าเท่ากับ 0.9 ซึ่ง Schermelleh-Engel and Moosbrugger (2003) ระบุว่า GFI และ AGFI ที่มีค่ามากกว่า 0.85 นั้น อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (3) ค่า CFI นั้นมีค่าเท่ากับ 0.9 ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ที่ต้องมีค่าอย่างน้อยเท่ากับ 0.9 (4) ค่า RMSEA เท่ากับ 0.1 ซึ่งสูงเกินกว่าเกณฑ์ของ Cornell Statistical Consulting Unit (ที่แนะนำให้ค่าต่ำกว่า 0.08) อย่างไรก็ตาม Schermelleh-Engel and Moosbrugger (2003) ระบุว่า ค่า RMSEA ที่เกินกว่า 0.1 จึงจะอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สามารถยอมรับได้ ดังนั้น RMSEA ของแบบจำลองนี้ ยังอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถยอมรับได้

โดยผลการประมาณแบบจำลอง พบว่า จำนวนเงินเต็มใจจ่ายสูงสุด (Max Willingness to Pay) อธิบายจากคุณภาพการบริการ (SERVQ) ข้อมูลข่าวสาร (Information) และความพึงพอใจในสภาพร่างกาย (Physical Satisfaction) โดยสมมติให้คุณภาพการบริการและข้อมูลข่าวสาร มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันได้ด้วย (ตามทฤษฎีกำหนดคุณภาพการบริการ ที่ข้อมูลที่ได้รับมาก่อนหน้าการรับบริการจะมีส่วนกำหนดคุณภาพบริการที่ประเมินโดยลูกค้า เมื่อได้สัมผัสบริการนั้นจริง) และยังพบว่า มูลค่าความเต็มใจจ่ายมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับระดับความพึงพอใจในสภาพร่างกายตัวเอง ระดับการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับการประกันสังคม และระดับคุณภาพการบริการ นั่นคือ เมื่อระดับความพึงพอใจในสภาพร่างกาย หรือความพึงพอใจในสุขภาพของผู้ประกันตนเพิ่มสูงขึ้น จะมีแนวโน้มทำให้มูลค่าของความเต็มใจจ่ายประกันร่วมสูงขึ้น ตลอดจนระดับการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับการประกันสังคม และระดับคุณภาพการบริการ (ทั้งแพทย์ การรักษาเฉพาะโรค และคุณภาพการบริการของบุคลากรโดยรวม) ที่เพิ่มขึ้น ก็จะมีแนวโน้มทำให้มูลค่าของความเต็มใจจ่ายประกันร่วมสูงขึ้นในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบระดับอิทธิพลของทั้ง 3 ปัจจัย ดังกล่าว พบว่า การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับประกันสังคม มีระดับอิทธิพล (พิจารณาจาก Direct Effect) สูงที่สุด รองลงมา คือ ความพึงพอใจในสภาพร่างกายในปัจจุบัน และคุณภาพการบริการ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม มูลค่าความเต็มใจจ่ายมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับการแสวงหาความรู้ด้านการดูแลและควบคุมความเจ็บป่วย นั่นคือ เมื่อระดับการแสวงหาความรู้ด้านการดูแลและควบคุมความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น จะมีแนวโน้มทำให้มูลค่าของความเต็มใจจ่ายประกันร่วมต่ำลง นอกจากนี้ หากพิจารณาจากผลของอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect) ที่พบว่า ข้อมูลข่าวสาร (Information) มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับความพึงพอใจในสภาพร่างกาย (Physical Satisfaction) นั่นคือ เมื่อการรับรู้สารสนเทศและการแสวงหาความรู้การดูแลและควบคุมความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้ความพึงพอใจในสภาพร่างกายลดลง ซึ่งจะส่งอิทธิพลทางอ้อมไปยังมูลค่าความเต็มใจจ่ายที่มีแนวโน้มเต็มใจจ่ายลดลง

อภิปรายผลการวิจัย

1) ระดับความเต็มใจจ่ายเพิ่มเพื่อให้ได้สิทธิประโยชน์ใหม่ที่เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เต็มใจจ่ายเพิ่มในระดับน้อย (ไม่เกิน 0.50% ของรายได้ต่อเดือน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.3 รองลงมา ตอบในระดับปานกลาง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 โดยที่เต็มใจจ่ายเพิ่ม ระบุสาเหตุว่า เพื่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมา คือ เพื่อช่วยทำให้การให้บริการการประกันสุขภาพในภาพรวมดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 45.3 สำหรับสาเหตุที่ไม่เต็มใจจ่ายซึ่งส่วนใหญ่ตอบว่า รายได้น้อย แต่เต็มใจที่จะจ่ายถ้ามีรายได้มากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 19.8 รองลงมา ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ เป็นสวัสดิการที่ภาครัฐควรจัดให้กับประชาชนประชาชนจึงไม่จำเป็นต้องจ่ายเพิ่ม เป็นร้อยละ 15.3 ไม่เห็นความจำเป็น ซึ่งจากระดับความเต็มใจจ่ายเพิ่มที่เต็มใจจ่ายเพิ่มนั้นจะสอดคล้องกับแนวคิดการแบ่งปันค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพในระบบจ่ายร่วม (Co-payment) ที่จะเป็นการออกค่าใช้จ่ายร่วมกันระหว่างผู้ประกันตนและภาครัฐ โดยเมื่อวิเคราะห์ร่วมกับความเต็มใจจ่ายเพิ่มในระดับน้อย การระบุสาเหตุแห่งการเต็มใจจ่ายเพิ่ม คือ เพื่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว และการที่จะเต็มใจที่จะจ่ายเพิ่มมากขึ้นถ้ามีรายได้มากขึ้น ภาครัฐควรตระหนักถึงช่วงเวลาในการออกและพัฒนาแนวนโยบายในระบบจ่ายร่วมที่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและรายได้ที่เหมาะสม

2) มูลค่าความเต็มใจจ่ายเพื่อการประกันร่วมของผู้ประกันตนตัวอย่าง อยู่ที่ราว 950.50 บาทต่อคน/เดือน และมูลค่าความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมของผู้ประกันตน (สูงสุด) มีทิศทางเดียวกัน (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) กับปัจจัยต่าง ๆ เรียงตามลำดับอิทธิพล ได้แก่ การรับรู้สารสนเทศต่าง ๆ เกี่ยวกับประกันสังคม ความพึงพอใจในสภาพร่างกายของผู้ประกันตน และคุณภาพการบริการของสถานพยาบาล (ทั้งแพทย์ การรักษาเฉพาะโรค และคุณภาพการบริการโดยรวม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะเห็นว่า มูลค่าความเต็มใจจ่ายเพิ่ม 950.50 บาทต่อคน/เดือน ซึ่งจะใกล้เคียงกับในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ผู้ประกันตนเสียค่าใช้จ่าย 25 ดอลลาร์สหรัฐฯ ที่ไปพบแพทย์ และจะต่ำกว่าในกลุ่มประเทศยุโรปที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่าธรรมเนียมเพิ่มสำหรับการดูแลในแต่ละวันประมาณ 10 ยูโร

3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเต็มใจจ่ายในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความพึงพอใจในสภาวะร่างกาย (sat) คุณภาพโดยรวมในการให้บริการของบุคลากร (qse) และคุณภาพการรักษาด้านการเจ็บป่วยเฉพาะโรค (qsd) โดยเมื่อกลุ่มปัจจัยดังกล่าวนี้มีคะแนนเพิ่มขึ้น 1 ระดับจะทำให้โอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 286.6 278.7 และ 214.1 โดยเปรียบเทียบกับระดับความเต็มใจจ่ายระดับเดิม ทั้งนี้ สามารถตั้งข้อสังเกตถึงความพึงพอใจในสภาวะร่างกาย (sat) ที่หากพึงพอใจในร่างกายเพิ่มมากขึ้น สิ่งนี้將會หมายถึงการเห็น/รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้น แต่กลับเป็นปัจจัยที่ทำให้โอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะเกิดจากความต้องการในการได้รับการสุขภาพที่ครอบคลุมเพื่อรักษาให้ตนเองคงการมีสุขภาพดี และความพึงพอใจในสภาวะร่างกายในระดับสูงต่อไป

4) ปัจจัยการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคม (inf) คุณภาพการรักษาของแพทย์ (qmd) และการแสวงหาความรู้ด้านการดูแลและควบคุมความเจ็บป่วย (see) เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญบนทฤษฎีการรับรู้ อัครนันท์ คิตสม นพมณี ภารุณโรจน์รัตน์ พิชลันดาห์ สนธิวิรุฬห์

ทางสถิติในทิศทางตรงกันข้าม กล่าวคือ เมื่อกลุ่มปัจจัยดังกล่าวนี้มีคะแนนเพิ่มขึ้น 1 ระดับจะทำให้โอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมลดลงร้อยละ 63.0 54.4 และ 39.7 โดยเปรียบเทียบกับระดับความเต็มใจจ่ายระดับเดิม โดยจะเห็นได้ว่า เมื่อยิ่งได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประกันสังคม (inf) เพิ่มมากขึ้น ยิ่งจะทำให้โอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมนั้นลดลง ในส่วนนี้ทำให้เกิดคำถามเรื่องการสื่อสารข้อมูลข่าวสารในเรื่องนี้ว่า ได้สร้างความตระหนักรู้ถึงประโยชน์ของสิทธิทางประกันสังคมได้มากน้อยระดับใดจึงทำให้มีโอกาสด้อยที่ลดลง

ข้อเสนอแนะ

1) จากผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า มูลค่าความเต็มใจจ่ายเพื่อการประกันร่วมของผู้ประกันตนอยู่ที่ประมาณ 950.50 บาทต่อคนต่อเดือน ฉะนั้น หากมีนโยบายให้ผู้ประกันตนต้องทำการจ่ายร่วมในระบบ มูลค่าสูงสุดที่พึงจะกำหนดไว้ จึงไม่ควรเกิน 950.50 บาทต่อเดือน

2) จากผลการประมาณการตามแบบจำลองชี้ให้เห็นว่า การรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับการประกันสังคมที่เพิ่มขึ้น ก็จะมีแนวโน้มทำให้มูลค่าของความเต็มใจจ่ายประกันร่วมสูงขึ้น และปัจจัยด้านการรับรู้สารสนเทศเกี่ยวกับประกันสังคมมีระดับอิทธิพลทางตรงสูงที่สุดต่อมูลค่าความเต็มใจจ่ายเพื่อการประกันร่วมของผู้ประกันตน ด้วยเหตุนี้ จึงควรเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ กิจกรรม ความเคลื่อนไหวของประกันสังคม ให้เกิดการรับรู้โดยง่าย และให้ผู้ประกันตนตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ประกันตน มีความต้องการจ่ายร่วมเพิ่มขึ้น

3) ภาครัฐควรเพิ่มการให้บริการของประกันสังคมเชิงรุก เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ประกันตน และการดูแลกลุ่มอ่อนไหว (เด็ก คนชรา สตรีมีครรภ์ ผู้มีโรคประจำตัว) เพื่อให้มีสุขภาพดี ซึ่งนอกจากจะส่งผลในทางด้านการป้องกันโรคและการเข้าถึงการรักษาที่เกิดประสิทธิภาพรวดเร็ว จะทำให้เกิดการประหยัดงบประมาณและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และการที่ประชาชนมีความพึงพอใจในสภาวะร่างกายที่หากพึงพอใจในร่างกายเพิ่มมากขึ้นจะทำให้โอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นเพื่อรักษาให้ตนเองคงการมีสุขภาพดี และความพึงพอใจในสภาวะร่างกายในระดับสูงต่อไป

4) ความเอาใจใส่และการพัฒนาคุณภาพการบริการของสถานพยาบาล (ทั้งแพทย์ การรักษาเฉพาะโรค และคุณภาพการบริการโดยรวม) มีผลทำให้ความต้องการจ่ายประกันร่วมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หากต้องการระดมเงินจากผู้ประกันในรูปแบบการจ่ายร่วม โรงพยาบาล ทั้งรัฐและเอกชน ที่รับผู้เอาประกัน จะต้องมีความสนใจในการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ชัดเจน

5) ในกรณีที่มีการร้องเรียนหรือมีปัญหาด้านบุคลากรที่เกิดขึ้นกับผู้ประกันตน รวมทั้งมีปัญหาด้านคุณภาพการรักษาเฉพาะโรค ภาครัฐควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษในการแก้ไขปัญหาและ/หรือการพัฒนา เช่น มีหน่วยที่กำกับดูแลและดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยเร่งด่วน มีลักษณะการทำงานในแบบการบูรณาการ ซึ่งจะให้เกิดความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากคุณภาพโดยรวมในการให้บริการของบุคลากร และคุณภาพการรักษาด้านการเจ็บป่วยเฉพาะโรค จะส่งผลต่อโอกาสที่จะมีระดับความเต็มใจจ่ายในการประกันร่วมในระบบประกันสังคมในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

1) เนื่องจากประชากรผู้ประกันตน ตามมาตรา 33 มีจำนวนมาก และในการศึกษครั้งนี้ จำกัดขอบเขตไว้เพียงการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น สำหรับการศึกษาในครั้งต่อไปควรจำแนกการศึกษาออกเป็นจังหวัด ภาค และประเทศ

2) สามารถขยายผลการศึกษาไปในลักษณะของการประเมินโครงการ หรือประเมินความคุ้มค่าทาง เศรษฐศาสตร์ ในลักษณะของการกำหนดการศึกษาออกเป็นภาพในอนาคต (Scenario) ต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้ได้ผลการศึกษาใน ลักษณะทางเลือกนโยบายให้กับรัฐบาลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง/References

- Ahlheim, M. and Buchholz, W. 1999. **WTP or WTA-Is that the Question? Reflections on the Difference between “Willingness To Pay” and “Willingness to Accept”**. Retrieved January 20, 2021 from <https://www.semanticscholar.org/paper/WTP-or-WTA-Is-that-the-Question-Reflections-on-the-Buchholz/0915507475f07500154b3325c40dc0bed59d9815>
- Al-Hanawi, M. K. *et al.* 2018. Investigating the Willingness to Pay for a Contributory National Health Insurance Scheme in Saudi Arabia: A Cross-sectional Stated Preference Approach. **Appl Health Econ Health Policy**. 16 (2): 259 - 271. Retrieved January 1, 2021 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29307076>
- Azhar, A. *et al.* 2018. **Willingness to Pay For Health Insurance in Sarawak, Malaysia: A Contingent Valuation Method**. Retrieved January 5, 2021 from https://www.researchgate.net/publication/323968171_Willingness_to_Pay_For_Health_Insurance_in_Sarawak_Malaysia_A_Contingent_Valuation_Method
- Berman, S. and Giardino, P. 2018. **Understanding Cost Sharing: Deductibles, Copayments & Coinsurance**. Retrieved January 7, 2021 from <https://www.healthychildren.org/English/family-life/health-management/health-insurance/Pages/Understanding-Cost-Sharing-Deductibles-Copayments-Coinsurance.aspx>
- Bosompra, K. *et al.* 2001. **Psychosocial factors associated with the public's willingness to pay for genetic testing for cancer risk: a structural equations model**. Retrieved January 9, 2021 from https://www.researchgate.net/publication/11979915_Psychosocial_factors_associated_

with_the_public's_willingness_to_pay_for_genetic_testing_for_cancer_risk_a_structural_equations_model

- Carlssona, F and Martinsson, P. 2003. Design techniques for stated preference methods in health economics. **Health Economics**. 12: 281 – 294. Retrieved January 11, 2021 from <https://doi.org/10.1002/hec.729>
- Cornell University. 2008. **Fit Statistics commonly reported for CFA and SEM**. Retrieved January 13, 2021 from https://www.hrstud.unizg.hr/_download/repository/SEM_fit.pdf
- Davis, E. 2019. **An Overview of Health Insurance Cost-Sharing**. Retrieved January 5, 2021 from <https://www.verywellhealth.com/what-is-cost-sharing-1738709>
- Esan, O. 2016. **Price elasticity of demand for psychiatric consultation in a Nigerian psychiatric service**. Retrieved January 8, 2021 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398448/>
- European Hospital and Healthcare Federation. 2015. **Out-of-pocket Payment in healthcare systems in the European Union**. Retrieved January 20, 2021 from 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
- Harris, J. M. and Roach, B. 2018. **Environmental and Natural Resource Economics A Contemporary Approach**. 4th ed. Routledge, New York.
- Hong, Y. *et al.* 2017. Multigroup Path Analysis of the Influence of Healthcare Quality, by Different Health Insurance Types. **Journal of Healthcare Management**. 62 (2): 93 – 105, MAR 2017. Retrieved January 1, 2021 from 10.1097/JHM-D-17-00008
- Kanchanaburi Provincial Social Security Office. 2020. **Privileges of the insured will receive according to the Social Security Act (No. 4) B.E. 2558**. Retrieved January 19, 2021 from <http://www.sso.go.th/wprp/kanchanaburi/content.jsp?id=10379&cat=1655&lang=en>
- Ministry of Labor. 2020. **Social Security Act, B.E. 2533**. Retrieved January 1, 2021 from <https://lb.mol.go.th/%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%9A-%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1-2533>
- Muansrichai, S. 2018. **Social security rights Benefits that workers should know and must receive**. Retrieved January 22, 2021 from <https://flowaccount.com/blog/%E0%B8%AA%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%98%E0%B8%B4%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1/#i-2>

- Nosratnejad, S. *et al.* 2016. **Systematic Review of Willingness to Pay for Health Insurance in Low and Middle Income Countries**. Retrieved January 24, 2021 from <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0157470&type=printable>.
- Ogasawara, K and Abe, T. 2013. WTP (willingness to pay) for tele-health consultation service in Hokkaido, Japan. **Stud Health Technol Inform**. 2013; 192:1026. Retrieved January 25, 2021 from <http://ebooks.iospress.nl/publication/34242>
- Schermelleh-Engel, K. and Moosbrugger, H. 2003. **Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures**. Retrieved January 2, 2021 from https://www.researchgate.net/publication/251060246_Evaluating_the_Fit_of_Structural_Equation_Models_Tests_of_Significance_and_Descriptive_Goodness-of-Fit_Measures
- Shiroiwa, T. *et al.* 2010. International Survey on Willingness-to-Pay (WTP) for one Additional Qaly Gained: What is the threshold of cost effectiveness?. **Health Economics**. 19: 422 – 437. Retrieved January 22, 2021 from <https://doi.org/10.1002/hec.1481>
- Siam Commercial Bank. 2019. **Differences in benefits (Social Security - Gold Card)**. Retrieved January 29, 2021 from: <https://www.scb.co.th/th/personal-banking/stories/how-to-choose-social-security-gold-card-and-health-insurance.html>
- Social Security Office. 2020. **Social Security Fund Statistics**. Retrieved January 24, 2021 from [https://www.sso.go.th/wpr/main/knowledge/social security fund statistics_category_list-label_1_168_0](https://www.sso.go.th/wpr/main/knowledge/social%20security%20fund/statistics_category_list-label_1_168_0)
- Vorlapanit, N. and Kidsom, A. 2019. **Willingness to pay for co-payment in the universal health insurance system**. Department of Economics Faculty of Economics Kasetsart University.