

การวิเคราะห์เส้นทางสำหรับรายจ่ายส่วนเพิ่ม ของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

PATH ANALYSIS FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE BENEFICIARIES' ADDITIONAL PAYMENTS

อัคนันท์ คิตสม¹และ นนทร์ วรพานิช²
Akarant Kidsom¹ and Non Vorlapanit²

Received 14 April 2020

Revised 25 December 2020

Accepted 25 December 2020

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์เส้นทางสำหรับรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวัตถุประสงค์สำคัญคือ เพื่อศึกษาถึงข้อเท็จจริงและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกำหนดต่าง ๆ สำหรับรายจ่ายเพิ่มเติมจากการใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้มาใช้บริการที่มีใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร และมีรายจ่ายเพิ่มเติม จำนวน 400 ชุด และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เส้นทาง ผลการศึกษาพบว่า การมีประกันสุขภาพแบบอื่นครอบคลุมอยู่ ส่งผลทางตรงต่อการเคยต้องมีรายจ่ายเพิ่มเติมในการใช้สิทธิประกันสุขภาพ ส่วนการที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวนั้น ทำให้การไปรักษาไม่ใช่เหตุฉุกเฉินและมักไม่ใช่การเป็นโรคร้ายแรง แต่การเป็นโรคเจ็บป่วยร้ายแรงนั้น ส่งผลทางตรงในทางบวกต่อความเร่งด่วนฉุกเฉินในการรักษา และความเร่งด่วนฉุกเฉินในการเข้ารักษานั้น มีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยได้เคยจ่ายเพิ่มเติมในการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ แต่ก็ไม่สามารถสรุปไปยังความสัมพันธ์ต่อขนาดของค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมได้ จึงอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเคยจ่ายเพิ่มเติมเมื่อจะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ กลุ่มที่มีประกันสุขภาพแบบอื่นคุ้มครองอยู่ รวมทั้งกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือมีความเร่งด่วนในการเข้ารักษา

คำสำคัญ: การวิเคราะห์เส้นทาง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายจ่ายส่วนเพิ่ม

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร., ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Assistant Professor, Ph.D., Department of Economics, Faculty of Economics, Kasetsart University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร., ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Assistant Professor, Ph.D., Department of Economics, Faculty of Economics, Kasetsart University

Corresponding Author Email: feoanki@ku.ac.th, feonov@ku.ac.th

Abstract

The research on Path Analysis for Universal Health Coverage Beneficiaries' Additional Payments has the main objective of studying the facts and the relationships between various variables for additional payments on universal health coverage (UHC). By utilizing 400 sets of completed questionnaire data from the UHC beneficiaries with additional expenses, the path analysis shows that having other types of health insurance coverage directly affects the additional payments in terms of the "used to pay". As for patients with chronic illnesses, making treatment is generally not an emergency and not a serious illness. On the other hand, being a serious illness has a direct positive effect on the urgency for treatment, and thus such urgency leads to a tendency for patients to pay the additional payments. However, it cannot be concluded that there is a relationship between the size of the additional payments and the urgency of the case. It can be said that the groups of patients who are likely to pay more when using UHC include those with other types of health insurance coverage and groups with serious illnesses or having an urgency of treatment.

Keywords: Path Analysis, Universal Health Care Coverage, Additional Payments

บทนำ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2545) กำหนดให้คนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานทำหน้าที่บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน เพื่อสร้างความมั่นคง และยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย ภายใต้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้ประชากรไทยผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวน 47.84 ล้านคน โดยรายได้ของ สปสช. ในปีงบประมาณ 2561 นั้น อยู่ที่ราว 171,373 ล้านบาท หรือมีอัตราเหมาจ่ายรายหัว อยู่ที่ 3,283.11 บาท ต่อผู้มีสิทธิ

ทั้งนี้ ระบบการจ่ายเงินเพื่อผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย อยู่ในระบบที่เรียกว่าระบบดูแลสุขภาพถ้วนหน้าที่มีผู้จ่ายแบบผู้จ่ายเงินรายเดียว (Single-payer) ซึ่งในกรณีนี้ เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนจากภาษีส่วนกลาง ที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนทุกคน โดยต้นทุนดังกล่าวจ่ายโดยองค์กรภาครัฐเพียงแห่งเดียว ในกรณีของประเทศไทยคือ สปสช. สำหรับกรณีของประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือประเทศที่มีรายได้สูงที่ใช้ระบบผู้จ่ายเงินรายเดียวกัน และอาจเทียบได้กับระบบบัตรทอง หรือระบบสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยมี ได้แก่ แคนาดา ไต้หวัน และเกาหลีใต้ อีกทางเลือกหนึ่งคือ ระบบการรักษาพยาบาลผู้จ่ายเงินหลายราย (Multi-payer) ซึ่งบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและหรือนายจ้างจ่ายค่าประกันสุขภาพ โดยมีข้อจำกัดด้านความคุ้มครองด้านสาธารณสุข มีแหล่งที่มาของเงินดังกล่าวร่วมสมทบทั้งจากแหล่งเงินทุนภาครัฐและเอกชน ซึ่งอาจเทียบได้กับระบบประกันสังคมของลูกจ้างหรือพนักงานประจำของประเทศไทย นั้นแสดงถึงลักษณะเบื้องต้นที่มีความเหลื่อมล้ำระหว่าง 2 ระบบประกันสุขภาพแบบทั่วถึงของประเทศไทย ซึ่งเริ่มจากวิธีการจัดหาเงินทุนที่แตกต่างกัน และสุดท้ายนำมาซึ่งความครอบคลุมและสิทธิต่าง ๆ ของผู้ใช้สิทธิที่แตกต่างกัน

ด้วยความแตกต่างดังกล่าว ที่เริ่ม ณ จุดเริ่มต้นของกระบวนการบริหารจัดการที่มาของเงินทุนในระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าของไทย ทำให้เกิดความแตกต่างในความครอบคลุมด้านบริการสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดแนวโน้มในความจำเป็นที่จะต้องมีการจ่ายเพิ่มเติมแก่ผู้ใช้ระบบ ซึ่งรายจ่ายเหล่านี้ อาจได้แก่ รายจ่ายสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมโดยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น ค่ารักษาพยาบาลโรคที่ไม่ครอบคลุม รายการรายจ่ายค่ายารักษาโรค หรือบริการต่อเนื่องที่ไม่มีอยู่ในรายการที่สามารถเบิกจ่ายได้ และอาจรวมไปถึงรายจ่ายที่เป็นรายจ่ายไม่เป็นทางการ (Informal payment) ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งได้แก่ รายจ่ายที่ไม่เป็นทางการที่ทำให้ได้รับบริการดีขึ้น มีคิวรอคอยสั้นลง ได้รับคำปรึกษา ดูแล เป็นพิเศษ หรืออนุมัติยานอกรายการบัญชีหลัก โดยมีข้อแลกเปลี่ยนทางการเงิน ซึ่งหากพิจารณาแล้วรายจ่ายเพิ่มเติมเหล่านี้ จะทำให้ระบบ Single-payer ที่มีฐานจากเงินภาษีทั่วไปของประชาชนเกิดความเหลื่อมล้ำมากขึ้นไปอีก ประชาชนผู้ใช้ระบบที่ยอมจ่ายเพิ่มทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีแนวโน้มจะได้ใช้บริการที่เหนือกว่าประชาชนหรือผู้ใช้ระบบที่ด้อยโอกาสทางการเงินมากกว่าโดยเปรียบเทียบ ดังนั้น งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีคำถามที่สำคัญคือ การสืบแสวงหาข้อเท็จจริง เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดรายจ่ายส่วนเพิ่มนี้ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงระบบสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยต่อไป

การทบทวนวรรณกรรม

สำหรับตัวแปรในการอธิบายรายจ่ายส่วนเพิ่ม ในส่วนของประเทศพัฒนาแล้ว Corrieri et al (2010) ได้ทำการศึกษากลุ่มผู้รับผลประโยชน์ด้านการบริการสุขภาพที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในกลุ่มประเทศ OECD โดยการรวบรวมรายงานการศึกษาออนไลน์จากฐานข้อมูลวิจัยของ The National Center for Biotechnology Information (NCBI), U.S. National Library of Medicine (NLM) หรือ Pubmed โดยคัดเลือกเริ่มต้นจากงานเผยแพร่รวม 1,012 งาน และคัดเลือกเฉพาะงานที่มีการศึกษาเกี่ยวกับรายจ่ายเพิ่มเติมของผู้รับประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ (Out-of-Pocket Payments-OOPP) โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป และมีข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ระดับการศึกษา และระดับรายได้ของผู้รับผลประโยชน์ด้วย จึงทำให้จำนวนงานที่ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลลดลงเหลือ 29 งาน โดยจากการศึกษาข้อมูลที่ได้จาก 29 งานดังกล่าว พบว่า รายจ่ายเพิ่มเติมของกลุ่มผู้ที่มีรายได้ต่ำเป็นกลุ่มที่มีรายจ่ายนี้สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ ทั้งนี้รายจ่ายเพิ่มเติมส่วนมากเกิดจากรายจ่ายที่เกี่ยวข้องกับยาตามใบสั่งแพทย์ นอกจากนี้ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า มีแนวโน้มที่จะต้องจ่ายเพิ่มเติมเพื่อซื้อยาตามใบสั่งแพทย์มากกว่า และมีโอกาสมากกว่าที่จะไม่มีประกันสุขภาพอื่น ๆ รองรับที่เพียงพอ ส่วนในประเด็นที่เกี่ยวกับเพศนั้น เพศหญิง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะจ่ายเพิ่มเติมสูงกว่า จากเหตุที่มีระดับรายได้ต่ำกว่า สัดส่วนการเข้าร่วมในตลาดแรงงานที่ต่ำกว่าเพศชาย และการขาดนายจ้างที่จะช่วยให้เพื่อการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้สาเหตุความไม่เท่าเทียมกันนี้ ยังไม่เป็นที่แน่ชัด แต่คาดว่าความไม่เท่าเทียมกันในการที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมนี้ อาจเกิดจากความแตกต่างด้านระดับการศึกษา หรืออาจเกิดจากกลุ่มโรคที่เกิดขึ้นเฉพาะเพศ โดยข้อเสนอแนะจากการวิจัยที่ได้ อาทิ รายจ่ายส่วนเพิ่มที่อาจจะเกิดขึ้น พึ่งที่จะมีการคำนึงถึงขนาดของรายจ่ายดังกล่าวเมื่อเปรียบเทียบกับระดับรายได้ของผู้รับผลประโยชน์ และรัฐบาลควรมีการควบคุมวิธีการดำเนินธุรกิจของประกันสุขภาพเอกชน โดยเฉพาะพฤติกรรมในการเลือกรับประกันเฉพาะส่วนที่ดีที่สุด (Cream-skimming) (ซึ่งมักเป็นผู้ที่มีรายได้สูง การศึกษาดี สุขภาพดี) ส่งผลให้กลุ่มผู้ที่มีรายได้สูงเป็นกลุ่มเดียวที่ได้รับการประกันสุขภาพเอกชน และระบบประกันสุขภาพโดยรวมของประเทศขาดความสมดุล

ต่อมา Poulsen (2014) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับข้อถกเถียงในเดนมาร์กเกี่ยวกับการนำระบบการจ่ายเพิ่มเติมของผู้ป่วยเมื่อได้รับบริการจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice-GP) มาใช้ในประเทศซึ่งในการได้รับบริการจาก GP ในเดนมาร์กนั้นผู้ป่วยไม่ต้องทำการจ่ายเพิ่มเติม แต่ GP จะเป็นผู้นำรายจ่ายต่าง ๆ ที่

เกิดขึ้นไปเบิกจ่ายจากท้องถิ่น โดยที่ท้องถิ่นนั้นใช้เงินจากภาษีที่จัดเก็บได้และนำมาใช้จ่ายในส่วนนี้ จึงเป็นข้อถกเถียงระหว่างความเหมาะสมในวิธีการใช้จ่ายภาษีและความเท่าเทียมกันในระบบประกันสุขภาพ โดยข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยมาจากบันทึกของรัฐบาลรวมทั้งข้อเขียนในหนังสือพิมพ์ (1990-2012) ที่เกี่ยวกับข้อถกเถียงดังกล่าว และนำมาวิเคราะห์แยกแยะกลุ่มความคิดที่เห็นด้วยและคัดค้านในการนำระบบจ่ายเพิ่มเติมมาใช้ในระดับการได้รับบริการจาก GP ผลการศึกษาพบว่า ในส่วนที่เห็นด้วยกับการนำระบบการจ่ายเพิ่มเติมมาใช้ให้เหตุผลหลักว่า การจ่ายเพิ่มเติมเมื่อพบ GP จะลดแรงกดดันต่อระบบประกันสุขภาพพื้นฐาน ในขณะที่ฝ่ายที่ต่อต้านแนวคิดนี้ ให้เหตุผลหลักว่าการจ่ายเงินส่วนเพิ่มนี้จะเพิ่มความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมในด้านการดูแลสุขภาพ และดูเหมือนว่าจะมีการใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล เช่น การเปรียบเทียบการจ่ายเพิ่มเติมกับสิ่งต้องห้ามเช่น สงครามหรือศาสนา ในขณะที่เหตุผลที่แท้จริงของนักการเมืองที่ไม่กล้าที่จะนำระบบการจ่ายเพิ่มเติมขึ้นมาใช้ อาจเกี่ยวข้องกับการเสียคะแนนเสียงสนับสนุนในการเลือกตั้งจากประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบ นอกจากนี้สภาพแรงงานของ GP ก็เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่คัดค้านการนำระบบจ่ายเพิ่มเติมนี้มาใช้ด้วย ดังนั้นจึงนำมาสู่ข้อเสนอแนะในการผลักดันนโยบายทางการแพทย์เช่นนี้ รัฐบาลไม่พึงที่จะประเมินผลกระทบจากความเห็นของกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพต่ำเกินไป

สำหรับในกรณีของประเทศกำลังพัฒนานั้น Thuanet et al (2006) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคภัยไข้เจ็บ สถานะทางสังคม และรายจ่ายส่วนเพิ่มของครัวเรือน โดยใช้การสัมภาษณ์ต่อเนื่องทุกเดือนเป็นระยะเวลา 12 เดือน ของครัวเรือน จำนวน 621 ครัวเรือน (หรือ 2,727คน) ในเขตบาห์วี่ (Bavi) ประเทศเวียดนาม และใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา เพื่อการอธิบายรายจ่ายส่วนเพิ่ม ผลการศึกษาพบว่าโรคภัยไข้เจ็บหลักของกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มโรคติดต่อ ส่งผลให้รายจ่ายหลักส่วนเพิ่มกว่าครึ่งหนึ่งมาจากการรักษาตัวจากโรคติดต่อ และเมื่อให้นิยามรายจ่ายส่วนเพิ่มที่ล้นพ้นตัว (Catastrophic payments) คือรายจ่ายสุขภาพที่สัดส่วนเกินกว่า ร้อยละ 40 ของความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนส่วนใหญ่ มีรายจ่ายส่วนนี้น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 ของความสามารถในการจ่าย และมี 7 ใน 621 ครัวเรือน ที่เข้าข่ายมีรายจ่ายส่วนเพิ่มอย่างล้นพ้นตัว โดยรายจ่ายส่วนมากมาจากโรคติดต่อ ทั้งนี้อุบัติของโรคติดต่อนี้เกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรที่ยากจนมากกว่ากลุ่มที่ร่ำรวย และเกิดขึ้นมากกว่าในครัวเรือนที่ต้องมีรายจ่ายเพิ่มเติมแบบล้นพ้นตัว ทั้งนี้รายจ่ายแบบล้นพ้นตัวมักเกิดจากการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ (โรคติดต่อ) ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันหลายครั้ง มากกว่าการเกิดโรคภัยไข้เจ็บเพียงครั้งเดียว และเป็นโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นโรคติดต่อสามัญพบเห็นได้เป็นประจำในประเทศกำลังพัฒนา ไม่ใช่การบาดเจ็บหรือโรคไม่ติดต่อเช่น โรคหัวใจ (ที่มักเกิดในประเทศพัฒนาแล้ว) ดังนั้นการตกอยู่ในสภาพยากจนของครัวเรือนของผู้ป่วย อันเกิดจากรายจ่ายเพิ่มเติมแบบล้นพ้นตัวนี้ จึงไม่ใช่เหตุกะทันหันเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว แต่ครัวเรือนจะค่อย ๆ ถูกทำให้ยากจนลง จาการจ่ายส่วนเพิ่มอันเกิดจากโรคภัยไข้เจ็บโดยเฉพาะกลุ่มโรคติดต่อที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันหลายครั้งในครัวเรือน

ต่อมา Leive and Xu (2008) ทำการศึกษาประเด็นเกี่ยวกับการรับมือกับรายจ่ายส่วนเพิ่มของครัวเรือน ในกลุ่มประเทศแอฟริกันจำนวน 15 ประเทศ จากฐานข้อมูล World Health Survey 2002-2003 เกี่ยวกับวิธีการจัดหาเงินที่ครัวเรือนเพื่อนำไปเป็นรายจ่ายส่วนเพิ่มด้านสุขภาพในปีที่ผ่านมา ซึ่งทางเลือกของครัวเรือนทางการเงินจัดแบ่งออกเป็นสองทางเลือก คือ (1) การขายสินทรัพย์และหรือการกู้ยืมเงิน และ (2) ทางเลือกอื่น ๆ เช่น การแบ่งเงินบางส่วนจากรายได้หรือเงินออมออกมาใช้จ่ายในส่วนนี้ หรือการมีประกันด้านสุขภาพจ่ายให้ และจากการใช้ Logistic regression เพื่อการอธิบายความน่าจะเป็นที่ครัวเรือนจะเลือกทางเลือกทั้งสองนี้ ผลการวิเคราะห์สรุปได้ว่า สัดส่วนร้อยละของครัวเรือนที่ใช้วิธีการจัดหาเงินโดยการกู้ยืมหรือขายทรัพย์สินอยู่ในช่วงร้อยละ 23 (กรณีของ Zambia) ถึงร้อยละ 68 (กรณีของ Burkina Faso) ทั้งนี้กลุ่มครัวเรือนรายได้สูงมีความน่าจะเป็นในการกู้ยืมหรือขายทรัพย์สินต่ำกว่าโดยเปรียบเทียบ กลุ่มครัวเรือนที่มี

รายจ่ายเกี่ยวเนื่องกับการเป็นคนไข้ใน (Inpatient) สูงกว่า มีแนวโน้มที่จะจัดหาเงินโดยการกู้ยืมหรือขายทรัพย์สินมากกว่ากรณีคนไข้นอก (Outpatient) หรือการตรวจรักษาตามปกติ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่าการมีระบบจ่ายล่วงหน้า (เช่น การมีระบบการจ่ายประกันสุขภาพ ประกันรายได้จากการเจ็บป่วย) และการมีโครงข่ายคุ้มครองทางสังคมแบบถ้วนหน้า น่าจะทำให้สามารถลดผลกระทบระยะยาวเกี่ยวกับรายจ่ายเพิ่มเติมด้านสุขภาพ เพื่อการสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีและลดความยากจนของครัวเรือน

Hajizadeh and Nghiem (2011) ได้ทำการศึกษาถึงตัวแปรกำหนดรายจ่ายส่วนเพิ่มและความเสี่ยงที่จะต้องทำการจ่ายอย่างสิ้นพันธุ์ ในกรณีของประเทศอิหร่าน โดยใช้ฐานข้อมูลเชิงสำรวจของครัวเรือนของคนไข้ใน 3,514 กรณีศึกษา (สำรวจปี 2003) โดยในการศึกษาปัจจัยกำหนดขนาดของรายจ่ายส่วนเพิ่มและรายจ่ายอย่างสิ้นพันธุ์ได้ใช้ Seemingly unrelated regression ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติเพื่ออธิบายตัวแปรตามทั้งสอง ผลการศึกษาในส่วนนี้พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดรายจ่ายส่วนเพิ่ม ได้แก่ ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ความเป็นโรงพยาบาลเอกชน/โรงพยาบาลของรัฐ และการอยู่ในพื้นที่ห่างไกล และได้ใช้ Ordered-probit model ในการวิเคราะห์หาปัจจัยกำหนดความน่าจะเป็นของการจ่ายเพิ่ม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ความน่าจะเป็นของครัวเรือนที่จะต้องทำการจ่ายอย่างสิ้นพันธุ์เพิ่มขึ้น ได้แก่ ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล การมีความมั่งคั่งครัวเรือนต่ำ (วัดจาก Household Wealth Index) และการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน ข้อเสนอแนะที่ได้ ได้แก่ การมีระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงระบบเดียว (Single Universal Health Insurance Scheme) ที่ครอบคลุมทั้งผู้ที่ได้รับ/ไม่ได้รับการจ้างงาน น่าจะเป็นเครื่องมือในการป้องกันไม่ให้ครัวเรือนชาวอิหร่านต้องทำการจ่ายอย่างสิ้นพันธุ์ได้

Séne and Cissé (2015) ทำการศึกษาประเด็นเกี่ยวกับความยากจนและรายจ่ายส่วนเพิ่มนี้ในประเทศเซเนกัล (Senegal) โดยใช้ข้อมูล 2011 Poverty Monitoring Survey ของเซเนกัล และใช้การประมาณการชุดสมการโดยใช้ Seemingly Unrelated Equations (SUR) ของแบบจำลอง Tobit สองชุด ได้แก่ แบบจำลองเพื่อการอธิบายรายจ่ายส่วนเพิ่มของครัวเรือน และแบบจำลองเพื่อการอธิบายส่วนต่าง (Gap) ระหว่างรายจ่ายส่วนเพิ่มและรายจ่ายอย่างสิ้นพันธุ์ ประกอบกับแบบจำลองเพื่อการอธิบายสถานะด้านสุขภาพของครัวเรือน ผลการศึกษาจากข้อมูลตัวอย่าง 5,953 ราย พบว่า สาเหตุสำคัญของรายจ่ายเพื่อสุขภาพที่ต้องจ่ายเพิ่มอย่างสิ้นพันธุ์ (Catastrophic health expenditures) ได้แก่ ราคาค่าสินค้าและบริการด้านสุขภาพที่แพงขึ้นในแต่ละปี ลักษณะของสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ (อาทิ ลักษณะของสถานพยาบาล) การเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันของสต็อกด้านสุขภาพ (Health stock shocks) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายนอกอันจะส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยด้านสุขภาพ (Health deterioration) เช่น การล้มป่วย การประสบอุบัติเหตุและการไม่มีประกันสุขภาพอื่น ๆ รับรอง นอกจากนี้ รายจ่ายส่วนเพิ่มอย่างสิ้นพันธุ์นี้ลดทอนสวัสดิการของครัวเรือน และในบางกรณีทำให้ครัวเรือนตกอยู่ในสภาพยากจน ส่งผลลบต่อรายได้ที่เหลือไว้เพื่อจับจ่ายใช้สอย และมาตรฐานการครองชีพทางวัตถุของครัวเรือน จึงนำมาสู่ข้อเสนอแนะจากการวิจัยที่เสนอให้มีความจำเป็นจะต้องปรับปรุงนโยบายเกี่ยวกับรายจ่ายส่วนเพิ่มนี้ เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ เพื่อทำให้เป็นกลยุทธ์ในการลดความยากจนที่มีประสิทธิผลเพิ่มสูงขึ้น

ในกรณีของประเทศไทย นนทร์ วรพาณิชย์ และอัศรินทร์ คิตสม (2563) ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดความน่าจะเป็นในการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ Logistic regression ของตัวอย่าง จำนวน 500 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่ได้มีการจ่ายเพิ่มเติม (400 ราย) และกลุ่มที่ไม่มีการจ่ายเพิ่มเติม (100 ราย) และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้การสนทนากลุ่มโดย กลุ่มละ 4 คน จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงวัยชาย กลุ่มผู้สูงวัยหญิง กลุ่มวัยทำงานชาย และกลุ่มวัยทำงานหญิง ผลการศึกษารูปได้ว่า

ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่จะทำให้โอกาสที่ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องมีรายจ่ายเพิ่มเติม ได้แก่ ความเร่งด่วนในการต้องรักษา และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในขณะที่ระดับความมั่นใจในคุณภาพแพทย์ คุณภาพยา และเวชภัณฑ์ และคุณภาพโดยรวมของการรักษาตามสิทธิของผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ความน่าจะเป็นในการต้องมีรายจ่ายส่วนเพิ่มนี้ลดลง

ดังนั้น จากการศึกษาวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) เพื่อศึกษาเชื่อมโยงและลำดับความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยต่าง ๆ ดังที่ได้ทำการ ทบทวนมาเบื้องต้น ที่ทำให้เกิดรายจ่ายเพิ่มเติมแก่ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันจะทำให้เกิดความ เข้าใจที่ดี และละเอียดมากขึ้นในลำดับขั้นตอนของเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดรายจ่ายส่วนเพิ่ม เพื่อจะได้นำข้อ ค้นพบที่ได้ เพื่อการเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

ระเบียบวิธีการวิจัย

วิธีการศึกษาในครั้งนี้ ได้ทำการเก็บตัวอย่างผู้ใช้บริการที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 แห่ง และได้ใช้แบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ เพื่อความชัดเจน ถูกต้อง นักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตัวอย่าง และนักวิจัยเป็นผู้กรอกแบบสอบถามเอง หลังการรวบรวมและ คัดกรองแบบสอบถามที่จัดเก็บ ได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้ได้รวม 400 ตัวอย่าง จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาทำ การวิเคราะห์เส้นทาง เพื่อการอธิบายตัวแปรกำหนดการจ่ายเพิ่มของผู้ประกันตน ดังรายละเอียดด้านล่าง

ในแบบจำลองการวิเคราะห์เส้นทาง ได้กำหนดให้การจ่ายเพิ่มของผู้ประกันตน (Add payment- y_6) เป็นตัวแปรภายใน (Endogenous variable) ซึ่งเป็นตัวแปรตาม (Dependent variable) ตัวแปรสุดท้าย ของเส้นทางที่ได้ทำการวิเคราะห์ โดยที่ตัวแปรภายในและภายนอกแบบจำลองที่เหลือทั้งหมด คือ

1. การมีประกันประเภทอื่นครอบคลุมอยู่ (Insurance- y_1)
2. ระดับรายได้ส่วนตัว (P_Income- y_2)
3. ความเร่งด่วนฉุกเฉินในการเข้ารับรักษา (Urgency- y_3)
4. ความรุนแรงของโรคที่เข้าไปรักษา (Severe- y_4)
5. การที่ผู้ป่วยเคยจ่าย (Used to Pay- y_5)
6. การมีโรคประจำตัว (Chronic D- x) กำหนดให้เป็นตัวแปรภายนอก

ตัวแปรทั้งหกต่างส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการที่ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเพิ่มหรือไม่ ดังนั้นจึง สามารถเขียนระบบสมการเพื่อการวิเคราะห์เส้นทางเบื้องต้นได้ดังนี้

$$Y = BY + \Lambda x + E \text{ หรือ}$$

$$\begin{bmatrix} y_1 \\ y_2 \\ y_3 \\ y_4 \\ y_5 \\ y_6 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} b_{11} & b_{12} & b_{13} & b_{14} & b_{15} & b_{16} \\ b_{21} & b_{22} & b_{23} & b_{24} & b_{25} & b_{26} \\ b_{31} & b_{32} & b_{33} & b_{34} & b_{35} & b_{36} \\ b_{41} & b_{42} & b_{43} & b_{44} & b_{45} & b_{46} \\ b_{51} & b_{52} & b_{53} & b_{54} & b_{55} & b_{56} \\ b_{61} & b_{62} & b_{63} & b_{64} & b_{65} & b_{66} \end{bmatrix} \cdot \begin{bmatrix} y_1 \\ y_2 \\ y_3 \\ y_4 \\ y_5 \\ y_6 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} \lambda_1 \\ \lambda_2 \\ \lambda_3 \\ \lambda_4 \\ \lambda_5 \\ \lambda_6 \end{bmatrix} \cdot x + \begin{bmatrix} e_1 \\ e_2 \\ e_3 \\ e_4 \\ e_5 \\ e_6 \end{bmatrix}$$

ทั้งนี้ กำหนดให้

- Y คือ เวกเตอร์ของตัวแปรภายในแบบจำลอง
- B คือ เมทริกซ์ของค่าสัมประสิทธิ์เชิงเส้นตรงของตัวแปรภายในแบบจำลอง
- x คือ ตัวแปรภายนอก
- Λ คือ เวกเตอร์ของสัมประสิทธิ์ของตัวแปรภายนอก และ
- E คือ เวกเตอร์ของ error terms

จากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกำหนดต่าง ๆ ที่มีส่วนกำหนดรายจ่ายส่วนเพิ่มจากวรรณกรรมปริทัศน์ที่ได้กล่าวมาแล้ว ทำให้ได้สมมติฐานของแบบจำลอง คือ

1) การมีประกันสุขภาพแบบอื่น (Insurance) ครอบคลุมอยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถจ่ายส่งผลโดยตรงทำให้เคยจ่ายเพิ่มเติม (Used to Pay) และส่งต่อไปยังขนาดของรายจ่ายเพิ่มเติม (Add payment) ดังนั้นการมีประกันสุขภาพแบบอื่นครอบคลุมอยู่จึงส่งผลทั้งทางตรง (Direct effect) ต่อรายจ่ายเพิ่มเติมและทางอ้อม (Indirect effect) ต่อรายจ่ายเพิ่มเติมผ่านการที่เคยจ่ายมาก่อน

2) การมีโรคประจำตัว (Chronic D) ส่งผลทางตรงต่อ (1) การมีประกันสุขภาพแบบอื่น (Insurance) (2) ระดับรายได้ส่วนบุคคล (P_Income) (3) ความฉุกเฉินของการเข้ารักษา (Urgency) และ (4) ความรุนแรงของโรคที่รักษา (Severe) ซึ่งที่สุดแล้วจะส่งผลทางอ้อมต่อขนาดของรายจ่ายเพิ่มเติมผ่านตัวแปรทั้งสิ้น

3) ระดับรายได้ส่วนบุคคล (P_Income) ส่งผลโดยตรงต่อขนาดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

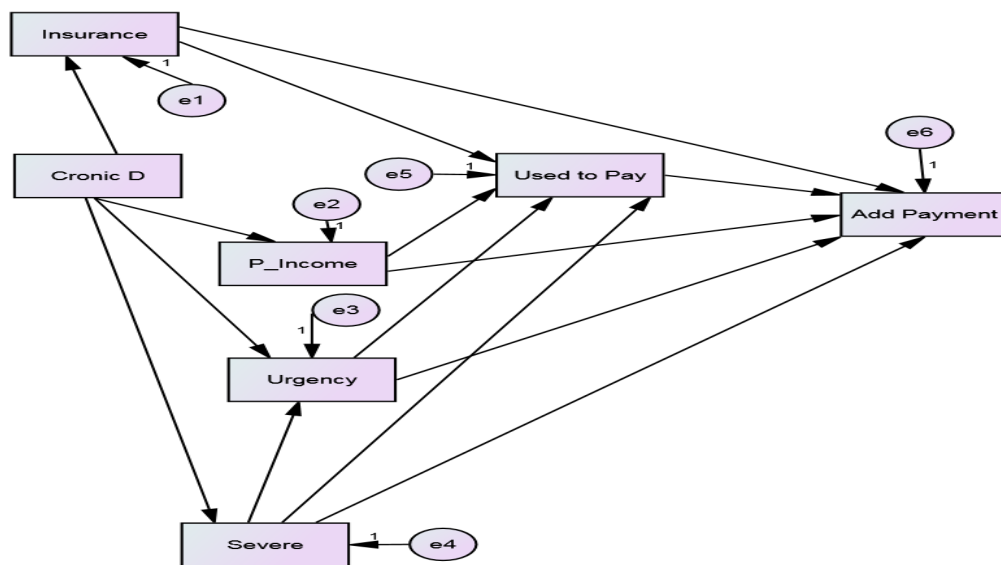
4) ความเร่งด่วนฉุกเฉิน (Urgency) ในการเข้ารักษาส่งผลโดยตรงต่อขนาดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม และส่งผลทางอ้อมผ่านการที่เคยจ่าย (Used to pay)

5) การเป็นโรคเจ็บป่วยร้ายแรง (Severe) ส่งผลทางอ้อมต่อขนาดของรายจ่ายเพิ่มเติมผ่านความเร่งด่วนฉุกเฉิน (Urgency) ในการรักษาและการที่เคยจ่ายเพิ่มเติม (Used to Pay) นอกจากนี้ยังส่งผลทางตรงต่อขนาดของรายจ่ายเพิ่มเติมด้วย

จึงกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงได้ใหม่คือ

$$\begin{bmatrix} y_1 \\ y_2 \\ y_3 \\ y_4 \\ y_5 \\ y_6 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & b_{34} & 0 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 \\ b_{51} & b_{52} & b_{53} & b_{54} & 0 & 0 \\ b_{61} & b_{62} & b_{63} & b_{64} & b_{65} & 0 \end{bmatrix} \cdot \begin{bmatrix} y_1 \\ y_2 \\ y_3 \\ y_4 \\ y_5 \\ y_6 \end{bmatrix} + x \cdot \begin{bmatrix} \lambda_1 \\ \lambda_2 \\ \lambda_3 \\ \lambda_4 \\ 0 \\ 0 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} e_1 \\ e_2 \\ e_3 \\ e_4 \\ e_5 \\ e_6 \end{bmatrix}$$

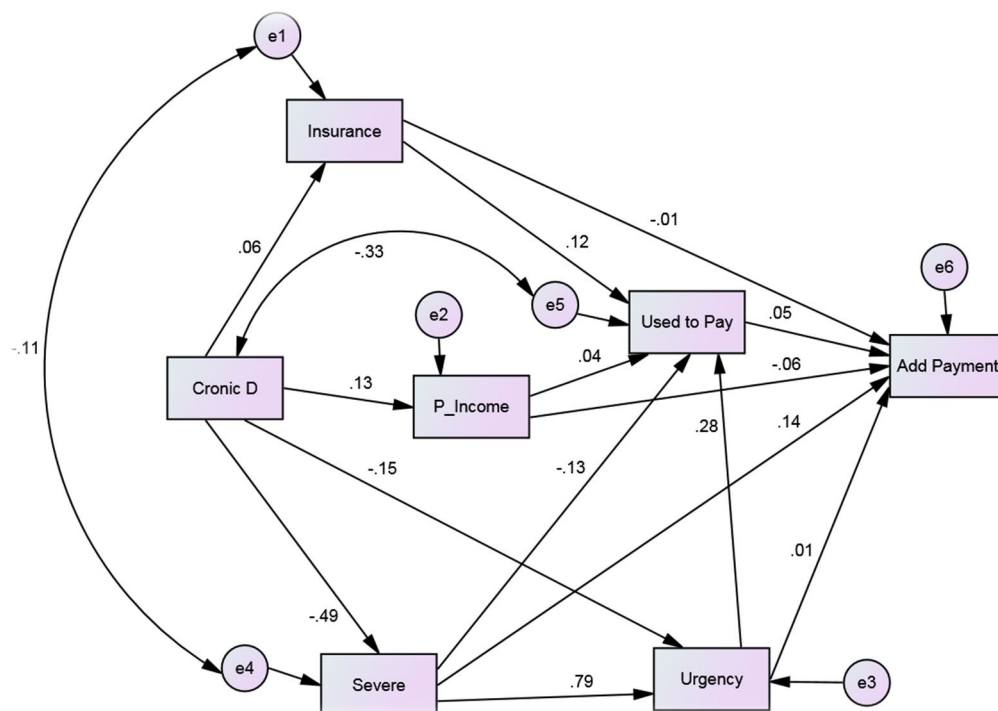
แสดงได้ดัง Path Diagram หรือแผนภูมิเส้นทาง ด้านล่าง



ภาพที่ 1 แผนภูมิการวิเคราะห์เส้นทางของการวิจัย

ผลการวิจัย

จากแบบจำลองเส้นทางข้างต้น ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลและปรับแก้แบบจำลองในการระบุความแปรปรวนร่วมของความคลาดเคลื่อนและตัวแปรในแบบจำลอง และได้ทำการประเมินผลอีกครั้ง จึงได้ผลลัพธ์ (Standardized) ดังนี้



ภาพที่ 2 ผลการประมาณการพารามิเตอร์ในแบบจำลองการวิเคราะห์เส้นทางของการวิจัยที่ปรับปรุงแล้ว สามารถสรุปความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม และนัยสำคัญทางสถิติได้ตามตารางด้านล่าง

ตารางที่ 1 Regression Weights

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Severe	<---	Chronic_D	-1.047	.084	-12.536	***	par_5
Insurance	<---	Chronic_D	.026	.018	1.424	.154	par_3
Urgency	<---	Chronic_D	-.344	.057	-5.985	***	par_4
Urgency	<---	Severe	.856	.027	31.843	***	par_15
P_Income	<---	Chronic_D	.280	.096	2.923	.003	par_16
Used_to_Pay	<---	Insurance	.237	.081	2.927	.003	par_1
Used_to_Pay	<---	P_Income	.014	.016	.890	.373	par_12
Used_to_Pay	<---	Urgency	.099	.030	3.336	***	par_13
Used_to_Pay	<---	Severe	-.049	.031	-1.567	.117	par_14
Add_Payment	<---	Severe	1185.519	723.669	1.638	.101	par_2
Add_Payment	<---	Insurance	-260.041	1909.341	-.136	.892	par_6
Add_Payment	<---	Used_to_Pay	1130.864	1004.136	1.126	.260	par_7
Add_Payment	<---	Urgency	57.529	684.293	.084	.933	par_8
Add_Payment	<---	P_Income	-492.504	359.968	-1.368	.171	par_9

ตารางที่ 2 Standardized Regression Weights

			Estimate
Severe	<---	Chronic_D	-.489
Insurance	<---	Chronic_D	.064
Urgency	<---	Chronic_D	-.149
Urgency	<---	Severe	.792
P_Income	<---	Chronic_D	.130
Used_to_Pay	<---	Insurance	.119
Used_to_Pay	<---	P_Income	.036
Used_to_Pay	<---	Urgency	.278
Used_to_Pay	<---	Severe	-.127
Add_Payment	<---	Severe	.144
Add_Payment	<---	Insurance	-.006
Add_Payment	<---	Used_to_Pay	.053
Add_Payment	<---	Urgency	.008
Add_Payment	<---	P_Income	-.060

ตารางที่ 3 Standardized Total Effects

	Chronic_D	Severe	P_Income	Urgency	Insurance	Used_to_Pay
Severe	-.489	.000	.000	.000	.000	.000
P_Income	.130	.000	.000	.000	.000	.000
Urgency	-.537	.792	.000	.000	.000	.000
Insurance	.064	.000	.000	.000	.000	.000
Used_to_Pay	-.075	.094	.036	.278	.119	.000
Add_Payment	-.087	.155	-.058	.022	.000	.053

ตารางที่ 4 Standardized Direct Effects

	Chronic_D	Severe	P_Income	Urgency	Insurance	Used_to_Pay
Severe	-.489	.000	.000	.000	.000	.000
P_Income	.130	.000	.000	.000	.000	.000
Urgency	-.149	.792	.000	.000	.000	.000
Insurance	.064	.000	.000	.000	.000	.000
Used_to_Pay	.000	-.127	.036	.278	.119	.000
Add_Payment	.000	.144	-.060	.008	-.006	.053

ตารางที่ 5 Standardized Indirect Effects

	Chronic_D	Severe	P_Income	Urgency	Insurance	Used_to_Pay
Severe	.000	.000	.000	.000	.000	.000
P_Income	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Urgency	-.388	.000	.000	.000	.000	.000
Insurance	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Used_to_Pay	-.075	.220	.000	.000	.000	.000
Add_Payment	-.087	.011	.002	.015	.006	.000

ดังนั้น จากตารางผลการประมาณการพารามิเตอร์ของแบบจำลองข้างต้น จึงสามารถสรุปผลการศึกษาในส่วนนี้ เรียงตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ได้ดังนี้

1) การมีประกันสุขภาพแบบอื่น (Insurance) ครอบคลุมอยู่ มีนัยสำคัญทางสถิติในทางบวก ($p\text{-value} = 0.003$) ต่อการเคยจ่ายเพิ่มเติม (Used to pay) แต่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า จะส่งต่อไปยังขนาดของรายจ่ายเพิ่มเติม (Add payment) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การมีประกันสุขภาพแบบอื่น ครอบคลุมอยู่จึงส่งผลทางตรง (Direct effect) ในเชิงบวกต่อการเคยมีรายจ่ายเพิ่มเติมเท่านั้น

2) การมีโรคประจำตัว (Chronic D) ส่งผลทางตรงในเชิงลบต่อ ความฉุกเฉินของการเข้ารับรักษา (Urgency) ($p\text{-value} = 0.001$) และการเป็นโรคร้ายแรง (Severe) ($p\text{-value} = 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีผลต่อการมีประกันสุขภาพแบบอื่น (Insurance) ($p\text{-value} = 0.154$) หรือไม่ และจาก Regression weight ที่ได้จะเห็นได้ว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับระดับรายได้ส่วนบุคคล

(P_Income) (p-value = 0.003) อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ทางอ้อมของการมีโรคประจำตัวต่อขนาดของรายจ่ายเพิ่มเติมผ่านตัวแปรเหล่านี้ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ระดับรายได้ส่วนบุคคล (P_Income) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในการที่จะส่งผลทางตรงต่อขนาดของค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม (p-value = 0.171)

4) ความเร่งด่วนฉุกเฉิน (Urgency) ในการเข้ารับรักษา ส่งผลทางตรงในเชิงบวกต่อการที่เค้ายจ่ายเพิ่มเติม (Used to pay) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) แต่ไม่ส่งผลโดยตรงต่อขนาดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.933)

5) การเป็นโรคเจ็บป่วยร้ายแรง (Severe) ส่งผลทางตรงในทางบวกต่อความเร่งด่วนฉุกเฉินในการรักษา (Urgency) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.001) อย่างไรก็ตาม เราไม่สามารถพิสูจน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ว่า การเป็นโรคเจ็บป่วยร้ายแรงจะส่งผลทางตรงต่อขนาดของรายจ่ายเพิ่มเติม (p-value = 0.101) หรือการที่เค้ายจ่ายเพิ่มเติม (Used to pay) (p-value = 0.117)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์เส้นทางเพื่อศึกษาตัวแปรและกลไกกำหนดการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มในการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การที่ผู้ใช้สิทธิมีประกันสุขภาพแบบอื่นครอบคลุมอยู่ส่งผลทางตรงต่อการเค้ายต้องมีรายจ่ายเพิ่มเติมในการใช้สิทธิประกันสุขภาพ ส่วนการที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวนั้น ทำให้การไปรักษาไม่ใช่เหตุฉุกเฉินและมักไม่ใช่การเป็นโรคร้ายแรง นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะมีระดับรายได้ส่วนบุคคลสูงกว่าโดยเปรียบเทียบ ในขณะที่ระดับรายได้ส่วนบุคคลไม่ได้ส่งผลทางตรงต่อขนาดของค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม แต่การเป็นโรคเจ็บป่วยร้ายแรงนั้นส่งผลทางตรงในทางบวกต่อความเร่งด่วนฉุกเฉินในการรักษา และความเร่งด่วนฉุกเฉินในการเข้ารักษานั้นมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยได้เค้ายจ่ายเพิ่มเติมในการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ แต่ก็ไม่สามารถสรุปไปยังความสัมพันธ์ต่อขนาดของค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมได้

จึงอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเค้ายจ่ายเพิ่มเติมเมื่อจะใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ กลุ่มที่มีประกันสุขภาพแบบอื่นคุ้มครองอยู่ รวมทั้งกลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือมีความเร่งด่วนในการเข้ารับรักษา ส่วนขนาดของรายจ่ายเพิ่มเติมนั้น ยังไม่สามารถพิสูจน์ทางสถิติได้ ว่ามีความสัมพันธ์กับตัวแปรทั้งหมดเหล่านี้ ทั้งนี้ผลการศึกษายังได้เพิ่มเติมความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นนี้ จากผลการศึกษาวรรณกรรมที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกรณีประเทศกำลังพัฒนาที่งานวิจัยที่ผ่านมาที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการเป็นเหตุฉุกเฉินเร่งด่วน แต่เน้นการสืบเสาะหาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กลุ่มโรค (โรคติดต่อ/ไม่ติดต่อ) ลักษณะของสถานพยาบาล (เช่น รัฐ/เอกชน) และวิธีการจัดหาเงินเพื่อใช้จ่ายส่วนเพิ่มนี้ (Thuanet et al, 2006; Hajizadeh & Nghiem, 2011; Sène & Cissé, 2015)

ดังนั้น จากผลการศึกษาข้างต้น สามารถสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ ดังนี้

1) จากผลการศึกษาเห็นได้ว่า ผู้ที่มีแนวโน้มเค้ายจ่ายเพิ่มเติม ได้แก่ กลุ่มที่มีประกันสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ คุ้มครองอยู่ด้วย ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความครอบคลุมของสิทธิรักษาพยาบาลนั้น ประกันสุขภาพในรูปแบบอื่น อาจมีความครอบคลุมมากกว่า หรืออีกประเด็นหนึ่งที่เป็นไปได้ คือ สถานพยาบาลที่เลือกใช้สิทธิอาจถามผู้ป่วยถึงสิทธิคุ้มครองสุขภาพทั้งหมดที่ผู้ป่วยมีและอาจเลือกใช้สิทธินั้น ๆ ให้ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีสิทธิอื่น ๆ มีรายจ่ายเพิ่มเติมได้ (จากความคุ้มครองเพิ่มเติมอื่น นอกจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมกัน และเป็นประเด็นที่พึงพิจารณาให้สิทธิในการคุ้มครองสุขภาพ โดยเฉพาะของรัฐมีความเท่าเทียมกันมากขึ้น

2) เมื่อผลการศึกษาระบุชัดเจนว่ามีการจ่ายเงินเพิ่มเติมในการใช้สิทธิหลักประกันถ้วนหน้า ในกรณีนี้ สปสช. อาจทำการพิจารณาปรับปรุงระบบการจ่ายเงินนี้ให้เป็นทางการและมีมาตรฐานมากขึ้น เช่น กรณีของระบบที่เรียกว่า Beveridge model ในกลุ่มสแกนดิเนเวีย สหราชอาณาจักร หรือระบบจ่ายผสมแบบ เป็นทางการเช่นในสหรัฐอเมริกา อาจสามารถลดภาระการดำเนินงาน และลดทอนความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ใช้ สิทธิที่มีความสามารถในการจ่ายเพิ่มเติมและไม่มีได้

3) จากผลการศึกษาที่ว่า กลุ่มที่มีอาการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือมีความเร่งด่วนในการเข้ารับรักษา มี แนวโน้มที่จะเคยต้องจ่ายเพิ่มเติม เมื่อใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีความจำเป็นที่จะต้อง ทบทวนกระบวนการในการบริหารจัดการระบบ ในกรณีเจ็บป่วยร้ายแรงหรือฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่อ่อนไหว และแม้ว่าอาจไม่จำเป็นที่จะต้องจ่าย ก็ยังมีแนวโน้มที่จะยินดีจ่ายเพิ่มเติมทันที เนื่องจาก ความร้ายแรงหรือฉุกเฉินของอาการที่เป็นอยู่ การเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ฉุกเฉิน และการ ปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการ (เช่น การรับเข้าคนไข้ใน/นอกกรณีฉุกเฉิน ร้ายแรง และการตรวจสอบ สิทธิ ตลอดจนการโอนย้ายผู้ป่วยข้ามสถานพยาบาลในกรณีดังกล่าว)

เอกสารอ้างอิง

- นนท์ วรพาณิชย์ และอัคนันท์ คิตสม. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีรายจ่ายส่วนเพิ่มของผู้ใช้สิทธิ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการใช้สิทธิการรักษาจริง. *วารสารบริหารธุรกิจมหานคร*, 17(1), 73-105.
- Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E., & König, H. M. (2010). Income, education and gender-related inequalities in out-of-pocket health care payments for 65+ patients - a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 9(20). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-20>
- Hajizadeh, M., & Nghiem, H. S. (2011). Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments?. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 11(4), 267-285
- Leive, A., & Xu, K. (2008). Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organisation*, 86(11), 849-856.
- Poulsen, C. A. (2014). Introducing out-of-pocket payment for General Practice in Denmark: Feasibility and Support. *Health Policy*, 117(1), 64-71.
- Séne, L. M., & Cissé, M. (2015). Catastrophic out-of-pocket payments for health and poverty nexus: evidence from Senegal. *International Journal of Health Economics and Management*, 15(3). Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s10754-015-9170-4>
- Thuan, N. B. T., Lofgren, C., Chuc, N. T. K., Janlert, U., & Lindholm, L. (2006). Household out-of-pocket payments for illness: Evidence from Vietnam. *BMC Public Health*, 6(283). Retrieved from <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-283>