

รายงานการวิจัย

(ฉบับสมบูรณ์ ภาษาไทย)

เรื่อง

ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย
ของผู้ป่วยในที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ในจังหวัดสงขลา

(Study On Family's Ability To Pay And Financially Catastrophic Illness (FCI) Among
Out-of-Pocket In-Patients: Songkhla Province)

ใน

“ชุดโครงการวิจัย การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบประกันสุขภาพ
ในสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย”

โดย

นายแพทย์อนุพงศ์ สุจริยากุล

รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์

หน่วยระบาดวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ธันวาคม 2542

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยนี้ ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง ด้วยความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลวิจัยของเจ้าหน้าที่พยาบาล และเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ด้วยความอนุเคราะห์ และความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วยและญาติ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานสังคมสงเคราะห์ งานการเงิน และงานเวชระเบียนของโรงพยาบาล ตลอดจนผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ได้กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลทุกแห่งที่เป็นโรงพยาบาลศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่ได้ช่วยอ่านและให้ข้อเสนอแนะที่ดีต่อการปรับปรุงโครงร่างวิจัย (Proposal development) และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ได้อ่านรายงานฉบับนี้ในคราวแรกๆ และกรุณาให้ความเห็นอันมีคุณค่าต่อการนำเสนองานวิจัยนี้ ขอกราบขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะคงเป็นประโยชน์ในการวางแผนจัดระบบประกันสุขภาพในอนาคต สำหรับผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพในขณะนี้ ตลอดจนการกำหนดนโยบายที่เหมาะสม เกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ ในการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง (High-cost care) และสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย (Financially catastrophic illness) ต่อไป

อนึ่ง หากรายงานวิจัยฉบับนี้ ยังปรากฏมีความบกพร่อง และต้องปรับปรุงแก้ไข คณะผู้วิจัยขอน้อมรับนำไปปรับปรุงแก้ไข พัฒนาให้ดีขึ้น ด้วยความเคารพอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ii
สารบัญ.....	iii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	v
บทนำ	v
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	v
งานวิจัยแรก: การสำรวจความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนที่ต้องจ่ายเงินเอง (FCI-1 Study)	vii
ผลการศึกษา.....	viii
งานวิจัยที่สอง: การสำรวจผู้ป่วยที่มีปัญหาการจ่ายค่ารักษาต้องขอสงวนสิทธิ์ (FCI-2 Study)	ix
ผลการศึกษา.....	ix
สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล	x
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	xii
Executive Summary	xv
บทที่ 1: บทนำ.....	20
เกริ่นนำ	20
ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
เหตุผลและความจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัย	32
เหตุที่เลือกจังหวัดสงขลาเป็นกรณีศึกษา	34
วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย.....	34
คำถามวิจัย.....	35
การจัดการเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย.....	35
บทที่ 2: FCI-1 Study.....	37
วัตถุประสงค์เฉพาะของ FCI-1 Study	37
ระเบียบวิธีวิจัย	37
ผลการศึกษา.....	41
1. ประชากรตัวอย่าง	41
2. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ทางประชากร และ สังคม	44
3. ระดับรายได้ของครอบครัว	45

4. ความสามารถในการจ่ายของครอบครัว.....	46
5. แหล่งเงินที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	47
6. ลำดับของการใช้แหล่งเงินเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล	49
7. ผลกระทบที่เกิดตามมาจากจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาล	51
8. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้	52
9. ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ (able-to-pay) และ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่าย ค่ารักษาฯ (unable-to-pay).....	60
10. การวัดความสามารถในการจ่าย (Measure of ATP)	63
บทที่ 3: FCI-2 Study.....	74
วัตถุประสงค์เฉพาะ	74
ระเบียบวิธีการวิจัย	75
ผลการศึกษา.....	76
ก) ผลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Study).....	76
B) ผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Study)	88
บทที่ 4: สรุปผลการศึกษา บทวิจารณ์ และข้อเสนอแนะ.....	100
ก) บทวิจารณ์ทั่วไป (General discussion)	104
ข) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy recommendations).....	105
ค) ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ (The limitations of the studies)	106
ง) การศึกษาเพิ่มเติม (Further research).....	108
ภาคผนวก.....	109
แบบสอบถามชุดที่ 1 (QUESTIONNAIRE 1: FCI-1 & FCI-2 STUDY).....	109
แบบสอบถามชุดที่ 2 (QUESTIONNAIRE 2: Question guidelines for Qualitative In-depth interviewing).....	120
เอกสารและหนังสืออ้างอิง (Reference)	122

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทนำ

การศึกษานี้มุ่งวิจัยเพื่อนำผลการศึกษาไปสู่การพัฒนาการจัดระบบประกันสุขภาพที่คุ้มครองการเจ็บป่วยจนถึงขั้นล้มละลายทางเศรษฐกิจของครอบครัว (Financially catastrophic illness-FCD) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการจัดระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย แม้ว่าการครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันจะสูงถึงร้อยละ 76 ก็ตาม แต่หลักประกันที่มีอยู่ไม่ได้ระบุชัดเจนว่า จะให้คุ้มครองครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลเพียงไร ฉะนั้น ครอบครัวที่มีหลักประกันอาจจะประสบกับสถานะล้มละลายจากการเจ็บป่วย ถ้าการเจ็บป่วยมีราคาแพงมาก สำหรับกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากเงินในกระเป๋าของครัวเรือนเมื่อเจ็บป่วยนั้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดสถานะล้มละลายจากการเจ็บป่วยได้มากกว่า เพราะโอกาสเกิดสถานะล้มละลายจากการเจ็บป่วยขึ้นกับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนมาก (Family's ability to pay - ATP) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม อาจเป็นตัวกำหนดความสามารถในการจ่ายของครอบครัว แต่ไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนจากงานวิจัย

เนื่องจากการเจ็บป่วยจนถึงขั้นล้มละลายนั่น ไม่จำเป็นต้องเกิดกับการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาราคาแพงเสมอไป ค่ารักษาพยาบาลไม่มาก ก็อาจทำให้ครอบครัวล้มละลายทางเศรษฐกิจได้ ถ้าความสามารถในการจ่ายไม่เพียงพอ จากการทบทวนความคุ้มครองที่จัดให้โดยหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนี้ ผู้ที่มีหลักประกันนั้นพอจะแน่ใจว่า จะไม่มีปัญหาในความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนเมื่อมีภาระค่ารักษาพยาบาล โครงการประกันสุขภาพที่มีอยู่ขณะนี้ ส่วนใหญ่ให้การคุ้มครองถึงบาทสุดท้ายของค่าใช้จ่าย แต่ผู้ที่ไม่ได้หลักประกันสุขภาพเลย การที่สามารถจ่ายได้หรือไม่ขึ้นกับความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาถึงความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ วิธีการจัดการทางการเงินของครัวเรือนเมื่อประสบกับภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และโอกาสการเกิดสถานะการเจ็บป่วยจนถึงขั้นล้มละลายของคนกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) พรรณนาถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครัวเรือนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ หรือ ครัวเรือนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง (pay out of the pocket)
- 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร

- 3) วิเคราะห์พฤติกรรม วิธีการจัดการทางการเงินของครัวเรือนเมื่อประสบกับภาระในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และผลกระทบของการเจ็บป่วย และภาระการเงินต่อครอบครัว
- 4) ศึกษาลักษณะโรคที่พบบ่อย ค่ารักษาพยาบาล วันนอนโรงพยาบาล วงเงินสูงสุดที่ครัวเรือนสามารถจ่ายได้ของผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาด้วยเงินในกระเป๋าของครัวเรือน ในภาวะทั่วไป และเมื่อเผชิญกับภาระค่ารักษาที่เข้าข่ายสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย
- 5) คาดประมาณอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยจนล้มละลายในจังหวัดสงขลา

การวิจัยนี้ ได้ออกแบบโดยแบ่งเป็น 2 งานวิจัยย่อย งานวิจัยแรก เรียกว่า FCI-1 Study เป็นการสำรวจเก็บข้อมูลผู้ป่วยในรายใหม่ที่มาอาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา ที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง เป็นผู้ป่วยที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชนในจังหวัดสงขลา ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2541 จนถึงเดือนเมษายน 2542 โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบแล้ว งานวิจัยที่สอง เรียกว่า FCI-2 Study เป็นการสำรวจผู้ป่วยในอาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลาที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง และมีปัญหาในการจ่ายค่ารักษา ต้องขอรับการสงเคราะห์ของโรงพยาบาลภาครัฐสองแห่งที่เลือกอย่างเจาะจง ระยะเวลาที่ศึกษาคือ เดือนพฤษภาคม และมิถุนายน 2542

ในการวิจัยทั้งสอง ใช้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงวิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ และความสามารถในการจ่ายของครอบครัว โดยเฉพาะถึงแหล่งที่มาของเงินที่ครอบครัวใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในการศึกษาวิจัย ได้ออกแบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เสริมการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้

- 1) คัดเลือกผู้ป่วยในรายใหม่ที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ประมาณ 10% ของตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลที่คัดเลือกในการวิจัยเชิงปริมาณใน FCI-1 Study แล้วติดตามผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่าย สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลทุกครั้งที่มีการจ่ายค่ารักษาในระหว่างที่นอนโรงพยาบาล วิจัยเก็บข้อมูลนี้ เรียกว่า time-series data collection
- 2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประมาณ 40 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยในที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และมีปัญหาในการจ่าย ต้องขอสงเคราะห์ในโรงพยาบาล โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในหอผู้ป่วย ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน เพื่อเสริมกับข้อมูลเชิงปริมาณใน FCI-1 Study

พื้นที่ใช้ในการศึกษา คือ จังหวัดสงขลา เนื่องจากมีจำนวนประชากรไม่มากเกินไป และระบบบริการสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลนั้น ประกอบด้วยโรงพยาบาลหลายระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน ในจำนวนที่ไม่มากเกินไป จึงมีความเหมาะสมในการศึกษาวิจัย

งานวิจัยแรก: การสำรวจความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนที่ต้องจ่ายเงินเอง (FCI-1 Study)

ในการศึกษา ได้แบ่งกลุ่มโรงพยาบาลที่ศึกษา เป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนโรงพยาบาลจังหวัด ตัวแทนโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทนโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ตัวแทนโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหากำไร และโรงพยาบาลเอกชนแบบมูลนิธิ โรงพยาบาลที่ศึกษาครั้งนี้จึงประกอบด้วยทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในจังหวัดสงขลา ดังต่อไปนี้คือโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 8 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลระโนด โรงพยาบาลนาทวี โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลสะเดา โรงพยาบาลรัตภูมิ โรงพยาบาลควนเนียง และโรงพยาบาลสะทิงพระ (โดยข้อสมมุติ ผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินเองที่มารักษาในโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง มีลักษณะไม่แตกต่างกัน ในการวิเคราะห์ถือว่า เป็นโรงพยาบาลแห่งเดียว) โรงพยาบาลจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ ทบวงมหาวิทยาลัย ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลเอกชนแสวงหากำไร ได้แก่ โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี และโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงหากำไร ได้แก่ โรงพยาบาลมิตรภาพสามัคคี

ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเอง และอาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา ซึ่งถูกคัดกรองตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาล และถูกสัมภาษณ์โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมแล้ว เมื่อนอนโรงพยาบาลไปแล้วมากกว่า 48 ชั่วโมง หรือก่อนที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือ ประมาณ 300 ตัวอย่างต่อหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลที่ศึกษา และประมาณ 10% ของตัวอย่างในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล จะถูกคัดเลือกศึกษาแบบอนุกรมเวลา (time-series study) เพื่อติดตามผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล เพื่อตอบคำถามว่า ทุกครั้งที่โรงพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษา หรือมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ครัวเรือนมีวิธีจ่ายเงินอย่างไร มีแหล่งที่มาของเงินจากที่ใดบ้าง

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปริมาณนั้น พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินเองที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา และเข้าหลักเกณฑ์ในการศึกษา คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 4-38 ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่นอนโรงพยาบาลในช่วงที่ทำวิจัย แสดงว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ในจังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมอยู่แล้ว เพียงส่วนน้อยที่ครัวเรือนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ในการศึกษาครั้งนี้สามารถเก็บตัวอย่างได้ทั้งหมด 1731 ตัวอย่าง ความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในระหว่างโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน เกือบไม่มีปัญหาว่าจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้เลย ขณะที่โรงพยาบาลรัฐ พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจ่าย คือไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ทั้งหมดหรือบางส่วน แตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 23.8 จนถึง 36.8 โดยร้อยละที่พบจะแปรผันไปตามศักยภาพ หรือขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมหลายตัวแปร มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการจ่าย ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ป่วย อาชีพ รายได้ของครอบครัว และจำนวนผู้ที่ก่อรายได้ให้แก่ครัวเรือน เมื่อวิเคราะห์ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถจ่ายค่ารักษาได้มากน้อยเพียงไรด้วยวิธี life-table method ปรากฏว่า ณ ค่ารักษาที่ 14,700 บาท ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรกลุ่มตัวอย่างจะประสบกับปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ ครัวเรือนส่วนใหญ่ร้อยละ 89 จะใช้เงินสด หรือเงินออม เป็นแหล่งเงินแรกที่สำคัญในการจ่ายค่ารักษา ขณะที่ประมาณร้อยละ 8 ต้องใช้การหยิบยืมเงินเป็นแหล่งเงินแรกในการจ่ายค่ารักษา และร้อยละ 21 ของประชากรในกลุ่มตัวอย่างต้องใช้แหล่งเงินจากเงินยืม เป็นส่วนหนึ่งของค่ารักษาพยาบาลครั้งปัจจุบัน และพบว่าร้อยละ 1 ของตัวอย่าง ต้องให้เด็กออกจากโรงเรียน สืบเนื่องจากการจ่ายค่ารักษาในการเจ็บป่วยคราวนี้ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่จ่ายค่ารักษาได้นั้น มีรายได้ครัวเรือน การศึกษา และสถานภาพอาชีพสูงกว่า กลุ่มที่จ่ายค่ารักษาไม่ได้ทั้งหมด สัดส่วนของค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บต่อรายได้ทั้งปีของครอบครัวในกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาไม่ได้นั้น สูงกว่า กลุ่มที่จ่ายค่ารักษาได้ถึง 3 เท่า ขณะที่วันนอนโรงพยาบาล ความซับซ้อนของโรคที่เจ็บป่วยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่ารักษาพยาบาล ทั้งสองกลุ่มไม่ได้แตกต่างกันอย่างชัดเจน ผู้ป่วยทางศัลยกรรมกระดูก ผู้ป่วยเด็ก และศัลยกรรมทั่วไปนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยนานกว่าผู้ป่วยอื่นๆ และมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยที่จ่ายไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเอง สามารถจ่ายค่ารักษาต่อครั้งผู้ป่วยในได้ที่ประมาณร้อยละ 6 ของรายได้ต่อปี โดยกว่าร้อยละ 58 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดได้รับการช่วยเหลือสงเคราะห์(ในกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาไม่ได้) ยังพบว่า ประมาณร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเอง มีค่าใช้จ่ายการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ เกินกว่าร้อยละ 15 ของรายได้ต่อปี และไม่พบว่ามีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมใด (DRGs) อย่างชัดเจนว่า เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้

ผู้ป่วยที่ติดตามศึกษาแบบอนุกรมเวลา มีทั้งหมด 144 ตัวอย่าง (ร้อยละ 8.3) พบว่า แหล่งเงินที่ใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาลครั้งนี้ ส่วนใหญ่มาจากภายในครัวเรือนเอง คือ เป็นเงินสดที่มีอยู่ หรือเงินออมที่เก็บไว้ หรือเป็นเงินที่มาจากการขายผลผลิต ขายทรัพย์สินมีค่าที่แลกเปลี่ยนเป็นเงินได้ง่าย ลำดับการใช้แหล่งเงินเหล่านี้มีหลากหลายรูปแบบ ทั้งนี้ขึ้นกับวงเงินค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ หรือวงเงินค่ารักษาที่ผู้ป่วยต้องจ่าย และจำนวนครั้งของการจ่ายค่ารักษา อย่างไรก็ตาม พบว่า ร้อยละ 61 ของตัวอย่างจ่ายจากแหล่งเงินภายในครัวเรือนอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ประมาณ 10% จ่ายด้วยแหล่งเงินภายในครัวเรือนก่อนแล้วตามด้วยการขอลดหย่อนค่ารักษาในวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประมาณ ร้อยละ 5 เริ่มต้นด้วยการผ่อนผันขอค้างจ่ายก่อน แล้วสามารถจ่ายได้ด้วยแหล่งเงินภายในครัวเรือนในท้ายสุด ประมาณ 5% จ่ายด้วยแหล่งเงินภายในครัวเรือนก่อน แล้วตามด้วยการขอสงวนสงเคราะห์ ประมาณร้อยละ 20 ที่เหลือใช้แหล่งเงินจากหลายแหล่งคละกัน

งานวิจัยที่สอง: การสำรวจผู้ป่วยที่มีปัญหาการจ่ายค่ารักษาต้องขอสงวนสงเคราะห์ (FCI-2 Study)

ในการศึกษานี้ โรงพยาบาลที่ศึกษาคือ โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินเอง และมีปัญหาในการจ่ายเงิน โดยต้องขอสงวนสงเคราะห์ค่ารักษาในโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยคาดหวังว่า จะพบผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจ่ายรุนแรง และกรณีการเจ็บป่วยจนล้มละลายมากขึ้น ด้วยเหตุที่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในการจ่ายอยู่แล้ว ทำให้มีโอกาสศึกษาลักษณะเฉพาะของผู้ที่เจ็บป่วยจนล้มละลายมากขึ้น

ผลการศึกษา

สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 300 คน มาจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ 201 คนและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 99 คน ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมหลายตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ป่วย อาชีพ อยู่ในสถานภาพค่า รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ปานกลางถึงยากจน และพบชัดเจนว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง อายุมาก แหล่งเงินแรกที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กว่าร้อยละ 36 มาจากการหยิบยืมเงิน และร้อยละ 62 ของกลุ่มตัวอย่างต้องใช้แหล่งเงินจากเงินยืม เป็นส่วนหนึ่งของค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ ปัจจุบัน ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้เลยหรือได้บางส่วนนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมและผู้ป่วยเด็ก พบว่าผู้ป่วยศัลยกรรม โดยเฉพาะศัลยกรรมกระดูกมีค่ารักษาค่อนข้างสูง ขณะที่ผู้ป่วยเด็กโดยเฉลี่ย นอนโรงพยาบาลนานกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยประเภทอื่น ในแง่ผลลัพธ์ของการรักษา สถานภาพขณะจำหน่ายของผู้ป่วยสุตินรีเวชกรรม และผู้ป่วยเด็ก ส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นมาก ขณะที่ผู้ป่วยศัลยกรรม

มีโอกาสเสียชีวิตสูง โดยเฉลี่ย ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถจ่ายค่ารักษาได้ที่ประมาณร้อยละ 11 ของรายได้ต่อปี โดยร้อยละ 63 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดได้รับการช่วยเหลือสงเคราะห์ ไม่พบว่ามีการวินิจฉัยโรคใด (DRGs) อย่างชัดเจนว่า เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ จากตัวอย่าง เพศชาย 26 คน เพศหญิง 12 คน ครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 31-59 ปี และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป ส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 3000 บาท (9/38) รองลงมา คือรายได้อยู่ระหว่าง 3000-4999 บาท (8/38) และไม่มีรายได้ (8/38) ตามลำดับ แหล่งรายได้ ส่วนใหญ่มาจากการรับจ้าง (20/38) ไม่มีเงินออม (30/38) และที่ดิน หรือบ้านเป็นของตนเอง (29/38) โรคที่เจ็บป่วย เรียงตามลำดับคือ โรคที่เกิดจากอุบัติเหตุ (15/38) โรคติดเชื้อ (9/38) และโรคมะเร็ง (8/38) ผลการรักษา เรียงตามลำดับคือ หาย (18/38) ไม่หาย หรือพิการ (13/38) และเสียชีวิต (7/38) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ใช้เงินสด หรือเงินออม เป็นแหล่งเงินแรกในการจ่ายค่ารักษา ก่อนที่จะหาเงินจากแหล่งอื่น เมื่อเงินสดหรือเงินออมไม่พอ การขาย / จำนำ / จำนองทรัพย์สิน การกู้ยืม และขอรับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง รวมถึงนายจ้าง จะเป็นแหล่งเงินอันดับถัดไปที่มีความสำคัญต่อความสามารถในการจ่ายเงิน และการจัดการต่อภาระค่ารักษาในบริบทสังคมไทย การได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน หรือคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติโดยตรง เช่น การจัดเลี้ยงน้ำชา / ขนมน้ำใจ พบไม่บ่อย ต้องเป็นกรณีพิเศษที่ต้องใช้ค่ารักษาจำนวนมาก โดยมีเงื่อนไขว่าคน/ครอบครัวที่ประสบปัญหาต้องเป็นคนดี เมื่อไม่สามารถหาเงินอีกแล้ว การขอสังคมสงเคราะห์จะเป็นที่พึ่งสุดท้าย มีข้อค้นพบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ ไม่ทราบว่ามีระบบสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล จนกว่าเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ จะให้คำแนะนำ หรือเรียกไปพบ (27/38) ทำให้ครอบครัวต้องพยายามค้นหาทางแก้ปัญหาเอง อย่างไรก็ตาม สังคมสงเคราะห์ ช่วยให้ครอบครัวไม่ต้องเป็นหนี้มากขึ้นเนื่องจากภาระค่ารักษา และไม่ต้องสูญเสียทรัพย์สินก่อนเวลาอันควร นอกจากการเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อสถานะการเงินของครอบครัวแล้ว ผลของการเจ็บป่วยยังก่อให้เกิดการสูญเสียของสมาชิกในครอบครัว ความพิการ การขาดรายได้ และ การต้องหาเงินชำระหนี้ หรือไถ่ถอนทรัพย์สินที่ไปจำนำจำนอง

สรุปผลการศึกษาและอภิปรายผล

งานวิจัยแรก พบว่าความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันตามประเภทของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเลือกใช้บริการกล่าวคือ ผู้ป่วยที่ใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน เกือบทั้งหมดไม่มีปัญหาการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐ มีปัญหาจ่ายค่ารักษา ร้อยละ 23.8 - 36.8 โดยร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ทั้งหมดหรือบางส่วน จะแปรผันไปตามศักยภาพ หรือขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลรัฐ รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่

กำหนดว่า ครอบครัวจะมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาเพียงไร ส่วนค่ารักษาพยาบาล วันนอน โรงพยาบาล และความซับซ้อนของโรคที่เจ็บป่วย ไม่ได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง ขณะที่สัดส่วนของค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บต่อรายได้ทั้งปีของครอบครัว น่าจะเป็นดัชนีที่สำคัญในการคาดคะเนว่า เมื่อไร ครอบครัวเริ่มไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้อีก กลุ่มที่จ่ายค่ารักษาได้นั้น นอกจากมีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าแล้ว ยังมีรายได้ครัวเรือน การศึกษา และสถานภาพอาชีพสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาไม่ได้ เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในงานวิจัยทั้งสอง พบว่า ผู้ป่วยซึ่งจ่ายค่ารักษาไม่ได้บางส่วน หรือทั้งหมด มีฐานะยากจน ร้อยละ 15 (FCI-1 Study) และ ร้อยละ 22 (FCI-2 Study) มีรายได้ครัวเรือนต่ำกว่า 2800 บาทต่อเดือน แหล่งเงินแรกที่ใช้จ่ายในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มาจากการหยิบยืมเงินถึง ร้อยละ 8 (FCI-1 Study) และ 36 (FCI-2 Study) ตามลำดับ สัดส่วนค่ารักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ต้องช่วยเหลืออุดหนุน สูงถึง ร้อยละ 58 และ 63 ของค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บในงานวิจัยทั้งสองตามลำดับ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related-Group: DRG) ที่ต้องใช้ทรัพยากรในการรักษามาก มีแนวโน้มพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาไม่ได้ แต่ไม่พบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมใดที่เกิดขึ้นบ่อย หรือเป็นสาเหตุของปัญหาการจ่ายค่ารักษาไม่ได้

ถ้าให้นิยาม การเจ็บป่วยจนล้มละลาย คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ แสดงตัวขอสงวนสิทธิ์ จะมียุติบัตรการเจ็บป่วยจนล้มละลายประมาณร้อยละ 21.5 ของผู้ป่วยในที่ต้องจ่ายเงินเอง อย่างไรก็ตาม การนิยามในนัยนี้ไม่ค่อยรัดกุม เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมาก อาจไม่เข้าเกณฑ์เจ็บป่วยจนล้มละลาย การจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ อาจเป็นเพราะเหตุผลทางเศรษฐกิจ เพราะไม่มีสภาพคล่องในระหว่างนั้น หรือไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งเงินอื่น ขณะเดียวกัน อาจมีผู้ป่วยบางคน เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการเงิน แต่ไม่แสดงตัวเพื่อขอสงวนสิทธิ์ จะไม่ถูกนับรวมตามนิยามนี้ ถ้าถือว่า ผลกระทบต่อครัวเรือน ที่ถูกต้องออกจากโรงเรียนเนื่องจากภาระค่ารักษาพยาบาล เป็นหลักฐานของการเจ็บป่วยจนล้มละลาย ก็จะมีอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยจนล้มละลายในจังหวัดสงขลาอยู่ประมาณ 3.6 ต่อพันประชากรผู้ป่วยในที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง อย่างไรก็ตาม การนิยามในนัยนี้ อาจมีข้อโต้แย้งได้ เนื่องจากการที่เด็กต้องออกจากโรงเรียน อาจมีได้หลายสาเหตุ ถ้าถือว่า การต้องเป็นหนี้สินเนื่องจากภาระค่ารักษาพยาบาล เป็นหลักฐานของการเจ็บป่วยจนล้มละลาย ก็จะมีอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยจนล้มละลายในจังหวัดสงขลาอยู่ที่ประมาณ 48.5 ต่อพันประชากรผู้ป่วยในที่ต้องจ่ายเงินเอง การนิยามในนัยนี้ อาจมีปัญหว่า เมื่อไรถึงจะตัดสินว่า ครอบครัวมีหนี้สินจนถึงขั้นล้มละลาย หรือเกินกว่าที่ครอบครัวสามารถจ่ายได้ ถ้าถือว่า เมื่อไรที่ครัวเรือนต้องรับภาระค่าพยาบาล เกินกว่าร้อยละ 15 ของรายได้เฉลี่ยต่อปี เป็นค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายทางเศรษฐกิจแล้ว จะมีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ล้มละลายประมาณร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยในที่จ่ายเงินเอง การนิยามในนัยนี้ ก็อาจมีข้อโต้แย้งได้เช่นกัน เนื่องจากในข้อเท็จจริง ผู้ป่วย / ครอบครัวกลุ่มนี้ นอกจากรายได้แล้ว ยังมีความสามารถหาแหล่งเงินอื่น

มาจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ โดยเฉพาะการขอรับความช่วยเหลือจากเครือญาติ และเครือข่ายทางสังคม แต่ข้อดีคือ สามารถค้นหาผู้ป่วย / ครอบครัวที่เข้าเกณฑ์ล้มละลายได้ง่าย ง่ายต่อการวางแผน และจัดการ

อย่างไรก็ตาม สถานะการณ์ของการเจ็บป่วยจนล้มละลายในประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพในจังหวัดสงขลา ในขณะที่ทำการศึกษาวิจัย ดูเสมือนว่าไม่รุนแรงนักแม้ว่าขณะนี้ประเทศกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้เนื่องจากครัวเรือนสามารถคาดประมาณความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ดีพอสมควรก่อนการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ตัวอย่างเช่น ถ้าฐานะการเงินไม่ตึงเครียด จะเลือกใช้บริการโรงพยาบาลรัฐมากกว่า โรงพยาบาลเอกชน ในกรณีไปรักษาโรงพยาบาลเอกชน เมื่อหมดเงิน หรือเริ่มไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้อีก ก็จะขอออกจากโรงพยาบาลก่อนกำหนด หรือขอย้ายมาโรงพยาบาลของรัฐ เพื่อลดค่าใช้จ่าย ในกรณีที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ เมื่อเริ่มไม่มีความมั่นคงทางการเงิน หรือไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้อีก จะขอปรึกษาเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ขอลดหย่อนค่ารักษาให้จ่ายในวงเงินที่ครัวเรือนพอที่จะสามารถรับภาระได้

ถ้าใช้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย FCI-1 Study คาดประมาณค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือรัฐบาลต้องใช้เพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเอง แต่มีไม่พอจ่าย ไม่ให้ประสบปัญหาล้มละลายทางเศรษฐกิจ พบว่า โรงพยาบาลของรัฐขณะนี้ ต้องให้ความช่วยเหลือประมาณ 3.45 ล้านบาทต่อปี ถ้าถือว่า ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ครัวเรือนไม่ควรรับภาระค่ารักษาพยาบาลต่อครั้งนอนโรงพยาบาล เกินร้อยละ 15 ของรายได้ต่อปี ส่วนที่เกินเป็นภาระที่รัฐต้องอุดหนุนแล้วโรงพยาบาลของรัฐ หรือรัฐบาลก็จะมีภาระรายจ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 6.56 ล้านบาทต่อปี ในทางปฏิบัติ การที่รัฐจะต้องหาเงินประมาณ 7 ล้านบาทต่อปี สำหรับสร้างหลักประกันสุขภาพให้ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเองจำนวนทั้งหมด 355, 321 คน (ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัดสงขลา - ข้อมูลปี พ.ศ. 2541) นั้น ไม่ให้ประสบปัญหาล้มละลายทางเศรษฐกิจ ผู้ไม่มีหลักประกันขณะนี้ ต้องจ่ายเบี้ยประกันประมาณ 20 บาทต่อปี และต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลทุกครั้งทีนอนโรงพยาบาล แต่ไม่เกินร้อยละ 15 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มที่จ่ายเงินเอง เพราะไม่มีหลักประกันสุขภาพ แม้ว่าจะไม่ได้ยากจนตามเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อย แต่ก็มีโอกาสประสบกับปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ หรือสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย สมควรที่รัฐควรขยายความครอบคลุมในหลักประกันสุขภาพ จากงานวิจัยพบว่า ประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็น ครอบครัวที่มีระดับการศึกษาน้อย รายได้ครัวเรือนปานกลางถึงต่ำ มีอาชีพรับจ้าง และมีครอบครัวจำนวนไม่น้อยที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นแบ่งความยากจน และไม่ได้

- สิทธิจากสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อย ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญเรื่องหลักประกันสุขภาพเป็นลำดับแรกๆ
2. การใช้ระบบประกันสุขภาพโดยระดมเงินจากการเก็บค่าเบี้ยประกันรายปี น่าจะมีความเหมาะสมมากกว่า การระดมเงินจากระบบภาษีในการหาเงินเพื่อจัดประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกัน ทั้งนี้ การเรียกเก็บภาษีเพิ่ม จะกระทบคนส่วนใหญ่ของประเทศ อย่างน้อยคนกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่ยังพอมีความสามารถในการจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ในระดับหนึ่ง จึงมีความเป็นไปได้ที่จะขยายหลักประกัน ไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ โดยการขายบัตรประกันสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข หรือสนับสนุนให้ประกันเอกชนมีบทบาทมากขึ้น ทางเลือกอื่น คือขยายโครงการประกันสังคมไปสู่ผู้ประกอบการอาชีพส่วนตัว อาชีพรับจ้างและเกษตรกรในชนบท แต่จะมีปัญหามากในการเก็บเบี้ยประกันสำหรับประชากรที่อยู่ในภาคนี้ เพราะไม่ทราบจำนวนแน่นอน และยังไม่มีการขึ้นทะเบียน ฉะนั้น การสนับสนุนให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนทุกคน โดยรัฐรับผิดชอบเบี้ยประกันคนที่ไม่สามารถจ่ายเบี้ยประกันได้ เพราะยากจน หรือเพราะขึ้นทะเบียนลำบาก อาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสม โดยทุกคนได้รับการบริการขั้นต่ำที่เหมือนกัน
 3. จากการศึกษาแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่ประสบปัญหาในการจ่าย ต้องพึ่งพาระบบสังคมสงเคราะห์ มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษายาบาลได้ต่ำกว่าผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองทั่วไป ดังนั้น การประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นแผนประกันสุขภาพที่มีอยู่ หรือแผนประกันสุขภาพสำหรับค่ารักษาราคาแพง ควรคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของครอบครัวด้วย
 4. เพื่อกระตุ้นประสิทธิภาพของระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ ประกันสุขภาพที่รัฐให้การอุดหนุนทุกโครงการ สมควรที่จะกำหนดให้ชัดเจนว่า จะครอบคลุมเฉพาะชุดสิทธิประโยชน์บริการขั้นพื้นฐานเท่านั้น ส่วนบริการราคาแพง บริการที่เน้นความสะดวกสบาย และไม่จำเป็น สมควรที่จะแยกไว้ต่างหาก โดยครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพอื่น
 5. จากการศึกษาวิจัย พบว่า การที่โรงพยาบาลรัฐต้องช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาทั้งที่จ่ายได้บางส่วนและจ่ายไม่ได้เลย โดยผ่านระบบสังคมสงเคราะห์นั้น เป็นเกราะป้องกันที่ดีพอควร ทำให้ผู้ป่วยไม่ถึงกับต้องอยู่ในสถานะล้มละลาย (FCI) ฉะนั้น ควรพิจารณาส่งเสริมระบบนี้ให้มีอยู่ต่อไปเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษา ควบคู่กับระบบประกันสุขภาพ ในกรณีที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม การที่โรงพยาบาลรัฐ ต้องนำงบประมาณผู้มีรายได้น้อยซึ่งได้ไม่พออยู่แล้วมาจุนเจือค่าใช้จ่ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้ว่าบางแห่งจะมียอดเงินบริจาคมาอุดหนุนค่าใช้จ่ายส่วนนี้บ้าง แต่ก็ไม่พอเพียง ทำให้เกิดปรากฏการณ์ การอุดหนุนข้ามกลุ่ม (cross-subsidization) โดยนำรายได้จากผู้ที่สามารถจ่ายได้มาจุนเจือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่าย จึงควรมีการศึกษาต่อไปในรายละเอียดเกี่ยวกับความสามารถในการ cross subsidize ของโรงพยาบาลรัฐระดับต่างๆ

6. จากงานวิจัยพบว่า แม้ว่าจะมีการช่วยเหลือที่จัดไว้ในโรงพยาบาลของรัฐโดยผ่านขั้นตอนการพิจารณาของนักสังคมสงเคราะห์แล้ว เด็กในครอบครัวในกลุ่มที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษานั้น ยังต้องเผชิญกับการออกจากโรงเรียน บ่งบอกว่า ครอบครัวเหล่านี้มีปัญหาทางสังคม และการเงิน อยู่แล้ว กระบวนการช่วยเหลือในโรงพยาบาลล่าช้าไป สมควรที่จะมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของระบบการให้ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล โดยผ่านกลไกของนักสังคมสงเคราะห์

Executive Summary

This current research aims to develop basic knowledge about family's ability to pay and financially catastrophic illness (FCI). At present, 76 percent of total population are covered by one of the existing health insurance schemes. Among the insured, not all the schemes state clearly about maximum liability of benefits package. It does not guarantee that the insured will be free from financially catastrophic illness. Moreover, the uninsured who pay the out-of-pocket when seeking care have a certain probability to incur a large medical expense relative to their ability to pay. As a result, the uninsured have a high chance to be a FCI case because FCI is highly associated with family's ability to pay. Knowledge about ability to pay for health care expenditures is limited and information about its determinants is lacking. Some socio-demographic factors such as family income may be related to ability to pay but these have never been documented. There are evidences that user fees are unaffordable by the poor who are sensitive to price and they will reduce utilization proportionately more than the rich. The understanding about family's ability to pay and its measure is important for health planning and financing among out-of-pocket patients. Since the insured have less opportunity to be a FCI case, this research emphasizes on family's ability to pay and FCI among the uninsured groups. This baseline information will help for developing policy options for FCI in Thai society

The objectives of the study are: 1) to describe family's ability to pay for hospital charges, 2) to find out the relationship between family's ability to pay and socio-demographic determinants, 3) to analyse financial coping strategies for the costs of illness, 4) to study disease profiles, hospital charges, length of stay, affordable out-of-pocket expenses, and clinical outcome in the current admission and, 5) to estimate the incidence of FCI among out-of-pocket in-patients in Songkhla Province. Methodology includes both quantitative and qualitative methods. This research is divided into two studies: FCI-1 Study and FCI-2 study. FCI-1 Study (sample are out-of-pocket Songkhla in-patients) comprises of a hospital-based survey and a time-series study, while FCI-2 Study (sample are out-of-pocket Songkhla in-patients asking for fee exemption) comprises of a hospital-based survey and a qualitative in-depth interview.

FCI-1 Study , hospital-based study results: A total of 1731 inpatients was recruited from November 1998 to April 1999 in 6 types of hospitals. Family's ability to pay in the government hospitals varied from 25.8 - 36.8 percent while private hospital varied from 0-3.2 percent. Ability to pay was highly associated with education level, occupation, family income, and number of income earners. Fifteen percent of sample in-patients had mean family income less than 2800 Baht / month. Life-table method revealed that half of the sample (50%) could afford hospital charges at expense of 14700 Baht. Eighty-nine percent used cash or mobilized savings and 8 percent borrowed cash to pay the first bill. Approximately 21 percent of total used borrowing as one of finance sources in the current admission. Our findings show that family income, patient's education and occupation in unable-to-pay were lower than able-to-pay cases. Charge as percent of income in unable-to-pay was 3 times higher than able-to-pay group. Whilst case-mix index which indicated the severity of disease treated and hospital stay were statistically different, but charges were not different between able vs. unable-to-pay group. Orthopaedics, paediatrics and surgical cases had longer hospital stay than others with a tendency to be unable-to-pay cases. On average, affordable out-of-pocket expenses paid for one episode of admission among out-of-pocket patients were about 6 percent of gross annual income. The hospitals, on average, subsidized 58 percent of total charges to unable-to-pay cases. There were 7.5 percent of total samples which incurred catastrophic expenditures if defined as out-of-pocket greater than 15% of income. The incidence of FCI events was 3.6 per 1000 out-of-pocket admissions if considered school leaving of the children and 48.5 per 1000 out-of-pocket admissions if considered indebtedness as criterion of financial catastrophe respectively.

FCI-1 Study, time-series study results: A sample of 144 cases was sub-selected from FCI-1 hospital-based study. Sixty-one percent used intra-household resources to pay for all hospital bills. Ten percent paid by intra-household resources first and then asked for discount at the discharged day. Five percent postponed the bill and then used intra-household resources to pay all. Five percent used intra-household resources to pay some parts and asked for fee exemption for the remaining. The other 20 percent used multiple sources.

FCI-2 Study, hospital-based study results: 300 inpatients who asked for exemption in Hat-Yai and PSU Hospital between May and June 1999 were studied. Index patients had rather low family income, low education, and poor employment status. They tended to be old female, and resided in

rural area. Twenty-two percent had mean family income less than 2800 Baht / month. Thirty-six percent borrowed cash to pay the first bill and 62 percent of total used borrowing as one of finance sources in this admission. Orthopedics and surgical case were more costly and had longer hospital stay than others. OBGYN and pediatric cases had a good clinical outcome while surgical cases had rather poor outcome. On average, affordable out-of-pocket expenses paid for one episode of admission among study cases were about 11 percent of gross annual income. The hospitals, on average, subsidized 63 percent of total charges to unable-to-pay cases.

FCI-2 Study, qualitative findings: 38 in-patients who were Songkhla residents, whose admission incurred medical expenses above 40000 Baht, and declared not being able to pay the bills were in-depth interviewed between April and June 1999. Several patterns of resource mobilization to pay for the bills were captured. Cash / savings was the most common resource use. Usually, more than one strategies were used to cope with the costs of illness. Family networks played an important role if cash / savings was not available. Additional resources from assets sale, loans, and community support were also sought. Taking a loan was limited because economic crisis led to difficulty to earn money or lose confidence of capacity to pay back. The patient / family who got community support should be guaranteed as a good socialized person. If any resources were exhaustive, asking support from the hospitals were the last option. However, exemption policies were not well known by general population. A large number of families did not know whether the fee exemptions existed until they were notified by medical social workers. Not only the financial implication, but also some social impacts hit to the families. Current illness led to loss of income earning capacity in the families, in particular, principal income earner being a case.

Discussion: Out-of-pocket patients are mixtures of upper, middle, and lower socioeconomic status. Family's ability to pay depends not only on SES but also on coping strategies adopted to deal with the costs of illness. Higher SES and strong kinship and social networks are better ability to pay for the bills. Real need for health insurance coverage among these patients varies because of different ability to pay. However, non-poor, as well as marginally poor, uninsured patients have a tendency to face with financially catastrophic event (FCI).

Financial requirements for protection against FCI in Songkhla among out-of-pocket admissions were computed. Current hospital subsidization for those who were unable to pay was about 3.45

million Baht per year. If the expenses were considered that the patients should not pay more than 15 percent of gross annual income for a single admission, the government or the hospitals had to subsidise 6.56 million Baht per year. To raise 7 million to protect FCI, every currently uninsured should contribute about 20 Baht for yearly premium and pay user charges of not more than 15 percent of annual family income as deductible amount for each admission.

Policy recommendations:

- 1) Extended coverage of health insurance and welfare schemes to the uninsured are the most important issues.
- 2) Without regard to a maximum household liability, the expenses of health services should be collected from health insurance premium. The government takes responsibility for subsidizing the indigent who are unable to pay their premium. The subsidy is spent from the general tax. In this way, insurance functions could guarantee access to health care and financial protection against the risk of incurring expensive medical care. It is feasible to increase insurance coverage through the existing insurance schemes, in particular, in the umbrella of the Social Security Scheme or the Health Card Project. Registration among informal workers is the problem of extending the Social Security Scheme. Universal insurance coverage policy should be considered to provide minimum benefit package for all.
- 3) The decision should be made regarding what benefits should be covered in the existing publicly organized health insurance and medical welfare system, and under universal coverage policy whether basic essential package, catastrophic and expensive chronic illnesses only, or comprehensive care is covered.
- 4) Catastrophic health insurance is appropriate to implement for providing both access to health care and financial protection especially for expensive medical care if comprehensive package of medical care is not possible.
- 5) Among out-of-pocket patients, those who are unable to pay afford less than those who are able to pay. Insurance premium, whatever plans, should be levied by family's ability to pay.
- 6) The government hospitals play a significant role to support those who are unable to pay for the bills. It is also a good safety net to prevent income / asset loss among those who face with financial insecurity. Thus, fee exemption system should be available whenever universal coverage is not achieved. At the moment, the appropriateness of this exemption policy and the

effectiveness of the waiving mechanism are questioned. Therefore, the policy and the role of cross subsidization in the government hospitals should be evaluated.

- 7) Among those who need financial assistance, attempts should be made to assist the families to overcome financial consequence from FCI, not just waiving the bills. For instance, if appropriate measure is generated for screening the vulnerable case, it would protect income/asset spend-down at the time of illness and other social impacts could be averted.

บทที่ 1: บทนำ

เกริ่นนำ

รายงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาองค์ความรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครอบครัว (Family's Ability to Pay - ATP) ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาเอง (Out-of-pocket or Self-pay Inpatients) เพราะไม่มีระบบประกันสุขภาพคุ้มครอง วิธีการจัดการทางการเงินของครอบครัว (Financial Coping Strategies) กับภาระค่ารักษาที่เกิดขึ้น และเป็นการสำรวจขนาดปัญหา หรืออุบัติการณ์ของสภาวะการเจ็บป่วยจนล้มละลาย (Financially Catastrophic Illness - FCI) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและสร้างระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลราคาแพง (Catastrophic Health Insurance - CHI) ในอนาคต รายงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยการศึกษาสองชิ้น คือ FCI-1 Study และ FCI-2 Study เนื้อหาของรายงานวิจัย แบ่งเป็น 4 บท ดังนี้

1. บทที่ 1 : บทนำ เนื้อหาจะกล่าวถึงหลักการและเหตุผลของการวิจัย ทบทวนสถานการณ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพของคนไทย และระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ ความจำเป็นที่ต้องมีองค์ความรู้เรื่องความสามารถในการจ่ายของครอบครัว และทราบอุบัติการณ์ของสภาวะการเจ็บป่วยจนล้มละลาย ซึ่งขณะนี้ยังมีน้อยมาก ต้องมีการวิจัยเพิ่ม การกำหนดคำถามวิจัย วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย และขอบเขตของการวิจัย
2. บทที่ 2 : FCI-1 study เนื้อหาจะกล่าวถึงวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และผลการศึกษาวิจัย การศึกษานี้ เก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาเอง เพราะไม่มีระบบประกันสุขภาพคุ้มครอง
3. บทที่ 3 : FCI-2 study เนื้อหาจะกล่าวถึงวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และผลการศึกษาวิจัย การศึกษานี้ เก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาที่ต้องจ่ายเงินค่ารักษาเอง และประสบปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ ต้องขอสงวนสิทธิ์
4. บทที่ 4 : บทสรุปผลการศึกษา บทวิจารณ์ และข้อเสนอแนะ เนื้อหาจะกล่าวถึงข้อสรุปที่สำคัญจากการศึกษาวิจัย ข้อคิดเห็นของผู้วิจัย และวิจารณ์ผลการศึกษา ข้อเสนอแนะทางนโยบายจากผลการวิจัย พร้อมระบุข้อจำกัดการศึกษาวิจัย และการศึกษาวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม

เนื้อหาในตอนต่อไปนี้จะเป็นการทบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพของคนไทย และระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทย และความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

ของคนไทย นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้ทบทวนบทความหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาฯ และสภาวะการเจ็บป่วยจนล้มละลาย ทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ และชี้ให้เห็นว่ามโนทัศน์ความรู้ที่จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติม และวางแผนวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาพรวมของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

โดยทั่วไป การจัดระบบประกันสังคมมีแนวทางดำเนินการพื้นฐานอยู่ 3 ลักษณะคือ ¹ (1) การให้ความช่วยเหลือแบบให้เปล่าเฉพาะแก่ผู้ยากจนและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล (2) การจัดบริการสาธารณะโดยรัฐแก่ประชาชนทุกคนในสังคมและ (3) การประกันสังคมให้แก่สมาชิกทุกคนในสังคม โดยใช้หลักการกระจายความเสี่ยงของคนกลุ่มใหญ่ ด้วยการที่สมาชิกมีส่วนร่วมจ่ายในลักษณะของเบี้ยประกัน ระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคมในประเทศไทย เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพแก่ประชาชน ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ได้ยึดหลักผสมผสานการจัดการตามแนวทางที่ 1 และ 3 ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทย สามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ² (1)สวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนควรช่วยเหลือเกื้อกูล ครอบคลุมตั้งแต่ โครงการบัตรผู้มีรายได้น้อย (Low Income Card Scheme - LICS) เด็กอายุ 0-12 ปี ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทหารผ่านศึกและครอบครัว ภัยพิบัติและผู้นำศาสนาอื่น และผู้พิการ (2) สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้างของราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (Civil Servants Medical Benefit Scheme - CSMBS) (3) การประกันสุขภาพภาคบังคับ ครอบคลุมลูกจ้างทั้งหมดของสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปในโครงการประกันสังคม (Social Security Scheme - SSS) และกองทุนทดแทนแรงงานในกรณีได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน (Workmen Compensation Scheme - WCS) ยังหมายรวมถึงพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งคุ้มครองตั้งแต่ผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร และคนเดินเท้าที่ได้รับอุบัติเหตุจากรถ และ (4) การประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ได้แก่ การประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private Indemnity Insurance - PI) และ บัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Voluntary Health Card Scheme - VHCS)

การศึกษาเกี่ยวกับการมีหลักประกันสุขภาพของคนไทย พบว่าความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากร้อยละ 68 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2538 ¹ เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 76 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2540 ³ โดยประชาชนคนไทยที่มีหลักประกันสุขภาพ จะถูกคุ้มครองด้วยระบบประกันสุขภาพอันใดอันหนึ่งที่มีอยู่ โดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาเพิ่ม หรืออาจต้องสำรองจ่ายก่อนแล้วขอเบิกคืนภายหลัง เมื่อไปรับบริการที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลที่ระบุไว้ ขณะที่ผู้ที่ไม่มียหลักประกันสุขภาพ ซึ่งมีประมาณร้อยละ 24 ต้องจ่ายเงินเองเมื่อไปใช้บริการ หรือขอ

สังคมสงเคราะห์จากสถานบริการของรัฐในกรณีที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้ ในปัจจุบัน ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรมากที่สุดถึงร้อยละ 45 ของประชากรทั้งหมด (27.0 ล้านคน) คือสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล ขณะที่ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรมากรองลงมาคือ สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด (6.6 ล้านคน) เนื่องจากระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ขณะนี้ แต่ละระบบมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ปรัชญาและที่มาของการจัดโครงการ (Scheme Nature) ประชากรเป้าหมาย (Target Population) สิทธิประโยชน์ หรือความคุ้มครอง (Benefit Package) ผู้รับผิดชอบหรือผู้บริหารกองทุน (Funding Managers) แหล่งที่มาของเงินหรือกองทุน (Source of funds) วิธีการจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ (Provider Payment Mechanism) และการอุดหนุนจากงบประมาณของรัฐ (Government Subsidy) ความแตกต่างเหล่านี้ นำมาซึ่งปัญหาเรื่องความคืบหน้าประสิทธิภาพของระบบ และประเด็นความไม่ธรรมในการใช้บริการของผู้มีสิทธิ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.1) สิทธิประโยชน์ หรือความคุ้มครอง

แม้ว่าระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ จะมีความแตกต่างในสิทธิประโยชน์ หรือความคุ้มครอง แต่ส่วนใหญ่ก็ให้ความคุ้มครองครอบคลุมถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการบัตรรายได้น้อย เด็กอายุ 0-12 ปี และ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นต้น แต่ละคนได้รับความคุ้มครองครอบคลุมถึงบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่เฉพาะในสถานบริการของรัฐเท่านั้นและต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขการส่งต่อ ผู้ได้รับสิทธิตามโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้างนั้น นอกจากได้รับความคุ้มครองครอบคลุมถึงบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานบริการของรัฐ เช่นเดียวกับผู้ได้รับสิทธิตามโครงการบัตรรายได้น้อย ยังได้รับสิทธิเพิ่มเติมเช่น การนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน และการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการนอกจากความคุ้มครองตัวข้าราชการและลูกจ้างที่ทำงานอยู่ขณะนี้ ยังครอบคลุมถึงข้าราชการและลูกจ้างที่เกษียณจากราชการด้วย และสิทธิยังขยายไปถึงบิดามารดา คู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมาย และบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายไม่เกิน 3 คนของข้าราชการและลูกจ้างนั้นด้วย โครงการประกันสังคมให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วย/ได้รับบาดเจ็บของลูกจ้างที่ไม่เกี่ยวกับการทำงานเกือบทุกประเภท ยกเว้น 15 รายการที่เป็นข้อยกเว้น และไม่จำกัดจำนวนครั้งและวงเงินค่ารักษา ขณะที่กองทุนทดแทนแรงงานให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วย/ได้รับบาดเจ็บของลูกจ้างที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน มีการจำกัดวงเงินค่ารักษาไม่เกิน 30,000 บาทต่อครั้ง ทั้งสองโครงการนี้ ลูกจ้างมีอิสระเลือกจะไปใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานพยาบาลเอกชนก็ได้ โครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ให้ความคุ้มครองบัตรละไม่เกิน 5 คน มีข้อกำหนดค่าใช้จ่ายเฉพาะ

โรงพยาบาลของรัฐเท่านั้นและต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขการส่งต่อ แต่ไม่จำกัดจำนวนครั้งและวงเงินการรักษา

1.2) ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเข้ารับบริการ และงบประมาณที่รัฐบาลอุดหนุนในแต่ละระบบ

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการไปรับบริการต่อหัวประชากรในแต่ละระบบประกันฯ มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้าง จัดเป็นโครงการที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวต่อปีสูงสุด คือ 1,781 บาท ขณะที่โครงการประกันสังคมมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวต่อปี คือ 712 บาท ส่วนโครงการที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวต่อปีต่ำสุด คือ โครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจน และโครงการบัตรประกันสุขภาพ เมื่อมองถึงงบประมาณที่รัฐบาลอุดหนุนแต่ละโครงการแล้ว พบว่า ผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้าง ได้รับงบประมาณสนับสนุนมากเป็น 8 เท่าของผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจน ขณะที่ผู้มีสิทธิในโครงการประกันสังคม ได้รับงบประมาณสนับสนุนมากเป็น 5 เท่าของผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจน เป็นต้น

1.3) อัตราของการไปใช้บริการและกลไกการจ่ายเงินแก่สถานบริการในแต่ละระบบประกัน

เนื่องจากในแต่ละระบบประกันในขณะนี้ มีกลไกการจ่ายเงินแก่สถานบริการที่แตกต่างกัน เป็นต้นว่า การจ่ายเงินแก่สถานบริการในโครงการประกันสังคม มีลักษณะเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนขึ้นทะเบียน (Capitation) ขณะที่การจ่ายเงินแก่สถานบริการในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้าง มีลักษณะเป็นการจ่ายตามรายกิจกรรม (Fee-for-service) มีการศึกษาวิจัย พบว่า กลไกการจ่ายเงินแก่สถานบริการที่แตกต่างกัน นำไปสู่การไปใช้บริการที่แตกต่างกัน คือ โครงการที่มีการจ่ายเงินตามรายกิจกรรม เช่น โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้าง และการประกันสุขภาพเอกชน มีอัตราของการไปใช้บริการสูงกว่าโครงการอื่น ขณะที่โครงการที่มีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว เช่น โครงการประกันสังคม และโครงการประกันสุขภาพ มีอัตราของการไปใช้บริการต่ำกว่าโครงการอื่น⁴

1.4) ปัญหาอื่นๆ ที่พบในแต่ละระบบ

ความไม่เพียงพอในด้านงบประมาณสำหรับโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนและผู้ที่ยากจน เป็นประเด็นปัญหาสำคัญของการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และยังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ยอมรับกันว่า ด้วยปัญหาดังกล่าว ทำให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐต้องหาช่องทางอื่นเพื่อเพิ่มรายได้ โดยเฉพาะโครงการที่มีกลไกการจ่ายเงินแบบเบิกคืนย้อนหลังตามรายกิจกรรม (Fee-for-service retrospective reimbursement) เช่นการ

เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เบิกได้ตามโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้างในอัตราที่สูงกว่าโครงการอื่น เป็นต้น ปัญหาความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณสู่จังหวัด และจังหวัดไปอำเภอตำบล ที่ไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน เป็นจุดอ่อนของการบริหารโครงการนี้ นอกจากนั้น การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้⁵ พบว่า ยังมีปัญหาในเรื่องการขึ้นทะเบียน โดยผู้ป่วยที่สมควรได้รับบัตรผู้มีรายได้น้อยหรือเข้าเกณฑ์ผู้มีรายได้น้อย ยังไม่ได้รับสิทธิ (under-coverage) และ ผู้ที่ได้รับสิทธิบางคน ไม่ได้เป็นผู้มีรายได้น้อยจริง (leakage of card) และเกณฑ์รายได้ที่ใช้ ในการพิจารณาให้สิทธิ (means test) ประเมินค่อนข้างยากในทางปฏิบัติ นอกจากนั้น ผู้ถือบัตรผู้มีรายได้น้อยบางคน หันไปใช้บริการในสถานพยาบาลของเอกชน โดยไม่ยอมไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐที่ระบุไว้ในบัตร เพราะไม่มีความมั่นใจในเรื่องของคุณภาพบริการฟรีที่ได้รับ และผู้ถือบัตรผู้มีรายได้น้อยบางคนไม่ยอมแสดงบัตร เพราะกลัวว่าจะไม่ได้ยาหรือได้รับบริการที่ไม่ดี ในภาพรวมของปี พ.ศ. 2536 อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างต่ำ โดยพบว่ามีเพียงหนึ่งในสามถึงครึ่งหนึ่งของผู้ถือบัตรที่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น อีกประมาณครึ่งหนึ่งถึงสองในสามเลือกไปใช้บริการในสถานพยาบาลของเอกชน

โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้าง มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และปัญหาการขาดประสิทธิภาพของระบบ ตัวเลขของงบประมาณสำหรับโครงการนี้ ในปี พ.ศ. 2538 สูงมากกว่า 2 เท่าของงบประมาณสำหรับโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเหลือเกิน ขณะที่ความครอบคลุมของประชากรภายใต้สิทธินี้ เมื่อเปรียบเทียบกับโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเหลือเกิน มีน้อยกว่าประมาณ 3 เท่า ผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2536 พบว่า มากกว่าสองในสามของผู้ที่เป็นข้าราชการและลูกจ้าง เลือกไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ และสัดส่วนของการใช้บริการลดลง เมื่อข้าราชการดำรงตำแหน่งสูงขึ้น⁶ นอกจากนั้น พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของบิดามารดาข้าราชการ และหนึ่งในสามของข้าราชการเลือกไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ และ ประมาณครึ่งหนึ่งของบุตรข้าราชการเลือกไปใช้บริการในสถานพยาบาลของเอกชน⁷

โครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มีปัญหาเรื่องกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ชัดเจน งบประมาณของรัฐที่อุดหนุนให้โครงการนี้ ถูกเบียดบังโดยประชากรที่ไม่ได้ยากจนแต่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการบริหารโครงการ เพราะผู้เข้าร่วมโครงการ มีแนวโน้มเป็นผู้ที่เจ็บป่วยอยู่แล้ว ซึ่งไม่ได้เป็นไปตามหลักการ กระจายความเสี่ยง ทำให้อัตราการใช้บริการค่อนข้างสูง

โดยภาพรวม ปัญหาของระบบประกันสุขภาพที่กล่าวมาเบื้องต้น กำลังถูกหยิบยกขึ้นมาศึกษาและเสนอแนวทางแก้ไข ภายใต้การดำเนินการของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

(Health Care Reform Project) เน้นการปฏิรูประบบการเงินการคลัง เพื่อบรรเทาเรื่องของประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข ประกอบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น นอกจากส่งผลถึงระบบสุขภาพ งบประมาณด้านสาธารณสุข ยังมีผลกระทบต่อระบบประกันสุขภาพของคนไทยด้วย เนื่องจากการมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุม เปรียบเสมือนดาบเขี่ยป้องกันทางสังคมอย่างดี ที่จะส่งเสริมให้สามารถเข้าถึงบริการ โดยเรื่องเศรษฐกิจไม่เป็นอุปสรรค โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยากจน ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้อัตราการเติบโตทางธุรกิจชะลอตัวลง ส่งผลให้อัตราการจ้างงานลดลงชัดเจน ลูกจ้างในสถานประกอบการ ซึ่งแต่เดิมได้รับสิทธิรักษาพยาบาลภายใต้โครงการประกันสังคม หหมดโอกาสที่จะได้ใช้สิทธิภายใน 6 เดือนภายหลังถูกเลิกจ้าง อย่างไรก็ตาม รัฐบาลเล็งเห็นความสำคัญในประเด็นนี้ และได้ขยายโอกาสให้สามารถใช้สิทธิประกันสังคมต่อไปเป็นเวลา 1 ปีภายหลังถูกเลิกจ้าง^๙ ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ และความจำกัดเรื่องงบประมาณ ส่งผลกระทบต่อโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้างเช่นเดียวกัน ทั้งยังช่วยเร่งให้กระแสปฏิรูปในโครงการนี้ที่ต้องการเปลี่ยนกลไกการจ่ายเงินแก่สถานบริการเพื่อปรับประสิทธิภาพของระบบและควบคุมค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีความเคลื่อนไหวที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น เป็นต้นว่า การกำหนดมาตรการระยะสั้นและระยะกลาง เช่น การระงับการให้บริการในโรงพยาบาลเอกชน การจำกัดระยะเวลาอนโรพยาบาล และการกำหนดให้ใช้ยาเฉพาะในบัญชียาหลักแห่งชาติ และบัญชียาของโรงพยาบาล และการผลักดันให้มีการใช้ DRG เป็นกลไกในการจ่ายเงินแก่บริการผู้ป่วยในของสถานบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ อีกเช่นกัน อาจส่งผลกระทบต่อประชาชนหันมาบัตรประกันสุขภาพมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้โครงการมีความไม่มั่นคงทางการเงินได้

2. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ปี พ.ศ. 2540 ระบุชัดเจนในมาตรา 52 ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผลการศึกษาวิจัย แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยที่ผ่านมา ความเจริญเติบโตกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ประชาชนบางกลุ่มเท่านั้นที่ได้ประโยชน์ คือมีรายได้ดี โดยคนรวยรวยมากขึ้น ขณะที่คนจนแอ่งลง มีผลให้ช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนกว้างออกไปเรื่อยๆ และส่งผลให้เกิดความไม่ธรรมด้านสุขภาพหลายประการ^๘ ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ขณะนี้ ก็มีประเด็นปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรมด้วย เช่น การศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายต่อหัว และค่าใช้จ่ายทั้งหมดด้านสุขภาพที่ผู้ป่วย ทั้งที่มีหลักประกันสุขภาพ และไม่มีหลักประกันสุขภาพ ต้องจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนเมื่อใช้บริการ เมื่อจำแนกตามระดับรายได้ (income quintile) ของครอบครัวที่อาศัยในเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก^๙ ประชาชน

^๙ it was extended to one year according to the social impact from economic crisis

หรือผู้ที่เป็นกลุ่มด้อยโอกาสกว่า (ได้แก่ ผู้ที่มีสิทธิตามโครงการสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล และผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ต้องจ่ายเงินเอง เป็นต้น) มีค่าใช้จ่ายต่อหัว หรือต้องจ่ายเงินเมื่อใช้บริการสาธารณสุข ในสัดส่วนที่สูงกว่าประชาชนที่เป็นกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่า (ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและลูกจ้าง) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับรายได้ของครัวเรือน ในรายงานวิจัยฉบับเดียวกัน มีตัวเลขชัดเจนว่า ผู้ที่มีระดับรายได้ต่ำที่สุด ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วย ทั้งที่ต้องนอนและไม่นอนโรงพยาบาลสูงสุด มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวที่ต้องจ่ายเอง สูงสุด คือร้อยละ 21.2 ของรายได้ครัวเรือนต่อปี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับรายได้อื่น

ประชาชนคนไทยอย่างน้อยร้อยละ 30 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ จะต้องจ่ายเงินด้วยกระเป๋าครัวเรือนเมื่อเจ็บป่วยหรือใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ถ้าต้องมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงถึง ประมาณหนึ่งในห้าของรายได้ต่อปี หรือมากกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อย หรือมีฐานะยากจน แต่ไม่เข้าข่ายผู้ได้รับสิทธิผู้มีรายได้น้อย และไม่สามารถเข้าถึงหรือซื้อบัตรประกันสุขภาพ มีโอกาสเกิดภาวะไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ หรือมีปัญหาจ่ายเงินไม่ได้ แม้ว่าในโรงพยาบาลของรัฐ จะมีนโยบายให้สงเคราะห์ ผู้ป่วยที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ โดยผ่านระบบสังคมสงเคราะห์ ก็ตาม การช่วยเหลือเช่นนี้ จะต้องใช้งบประมาณจากภาครัฐเช่นกัน ประกอบกับการวางแผนงบประมาณ ทำให้ไม่ได้ง่ายนัก เพราะไม่ทราบจำนวนผู้ที่อาจเกิดปัญหาแน่นอน เพื่อไม่ให้ประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เผชิญกับปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ หรือไม่ต้องเผชิญกับภาวะที่เลวร้ายมากกว่านี้จากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ คือ ครอบครัวต้องล้มละลายทางเศรษฐกิจ รัฐควรต้องมีมาตรการที่เหมาะสมกว่าที่เป็นอยู่

3. ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

แนวคิดความสามารถในการจ่าย^๙ เกี่ยวข้องกับความสามารถของครอบครัวในการโยกย้ายถ่ายเททรัพย์สินที่มีอยู่มาจ่ายค่ารักษาที่เกิดจากการเจ็บป่วย ทรัพยากรของครอบครัว ไม่ได้หมายถึงเงินสดที่มาจากรายได้ประจำอย่างเดียว ยังหมายรวมทั้งเงินสด เงินออม ทรัพย์สินมีค่า ผลผลิตที่เก็บไว้เพื่อขาย และความช่วยเหลือที่มาจากเครือข่ายทางสังคม¹⁰ เมื่อครอบครัวประสบกับความจำเป็นที่ต้องใช้เงินโดยเร่งด่วน การใช้จ่ายเงินขึ้นกับ (1) ธรรมชาติของการเจ็บป่วย ทั้งความถี่ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และค่ารักษาพยาบาลที่ต้องใช้ (2) ความหลากหลายของทรัพยากรที่ครอบครัวมีอยู่และ (3) การตอบสนอง หรือวิธีการเคลื่อนย้ายทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้¹¹

4. สถานะการเจ็บป่วยจนล้มละลาย และวิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย (Financially Catastrophic Illness - FCI) น้อยมาก การศึกษาเชิงสำรวจ เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของครอบครัวคนไทยในชนบท 5 จังหวัดในปี พ.ศ. 2534 ได้แก่ เชียงใหม่ ลำปาง มหาสารคาม สุราษฎร์ธานี และระยอง พบว่า ร้อยละ 13 ของครัวเรือนตัวอย่าง เคยประสบกับสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลายในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 90 ของครัวเรือนเหล่านี้ ประสบกับสถานะดังกล่าวตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งที่ทำให้ครัวเรือนประสบกับสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย อยู่ที่ 6,656 บาท นอกจากนี้ ประมาณร้อยละ 33 ของครัวเรือนเหล่านี้ จัดการกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยการขายทรัพย์สินที่มีค่า เพื่อแลกเป็นเงินสดมาจ่าย ขณะที่ร้อยละ 54 ต้องใช้วิธีการกู้ยืมเงินจากเพื่อนและญาติพี่น้อง¹²

5. การเจ็บป่วยจนล้มละลายและการประกันสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจนล้มละลาย

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีระบบประกันสุขภาพค่อนข้างเข้มแข็ง ก็ยังมีข้อถกเถียงถึงการนิยามสถานะการเจ็บป่วยจนล้มละลาย โดยเฉพาะประเด็นของค่าใช้จ่ายที่จ่ายโดยกระเป๋าครัวเรือน ค่าใช้จ่ายสูงมากขนาดใด ถึงเข้าข่ายสถานะการเจ็บป่วยจนล้มละลาย ที่เรียกว่า ค่าใช้จ่ายที่ทำให้เกิดล้มละลาย (Catastrophic costs) ในประเทศสหรัฐอเมริกา แผนการประกันการเจ็บป่วยจนล้มละลายที่ผ่านมา ได้นำเสนอค่าใช้จ่ายที่ทำให้เกิดล้มละลายต่าง ๆ กัน (ดังตารางที่ A)

ถ้าถือว่าค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่าย เกินกว่าร้อยละ 15 ของรายได้ต่อปีคือสถานะการเจ็บป่วยจนล้มละลาย พบว่า ในปี พ.ศ. 2521 ครอบครัวชาวอเมริกันประมาณร้อยละ 9 ประสบค่าใช้จ่ายที่ทำให้เกิดล้มละลาย นอกจากนั้น ครอบครัวชาวอเมริกันที่มีรายได้ต่ำกว่า \$5000 เหรียญสหรัฐ ประมาณร้อยละ 28 ประสบค่าใช้จ่ายที่ทำให้เกิดล้มละลาย ขณะที่ครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า \$20000 เพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้นที่ประสบค่าใช้จ่ายที่ทำให้เกิดล้มละลาย¹³

ถ้าถือว่าค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่าย มากกว่า \$2000 เหรียญสหรัฐ (1987 dollar) บวกกับร้อยละ 10 ของรายได้ คือสถานะการเจ็บป่วยจนล้มละลาย พบว่า ในปี พ.ศ. 2530 ครอบครัวชาวอเมริกันที่มีหัวหน้าครอบครัวอายุน้อยกว่า 65 ปี ประมาณร้อยละ 2.4 ประสบค่าใช้จ่ายที่ทำให้เกิดล้มละลาย ขณะที่ครอบครัวชาวอเมริกันที่มีหัวหน้าครอบครัวอายุมากกว่า 65 ปี ประมาณร้อยละ 7.0 ประสบค่าใช้จ่ายที่ทำให้เกิดล้มละลาย¹⁴

ตาราง A: ความหมายของค่าใช้จ่ายที่ทำให้เกิดล้มละลาย (Catastrophic costs) ในต่างประเทศ

	ความหมายของค่าใช้จ่ายที่ทำให้เกิดล้มละลาย
สหรัฐอเมริกา	1) out-of-pocket costs more than \$5000 per calendar year (1974 dollars) 2) out-of-pocket expenses US\$ 2,000 per family (1979 dollars) 3) out-of-pocket expenses US\$ 2,000 (1987 dollars) + 10% of annual household income 4) out-of-pocket costs exceed 20% of income : 20% (when only acute care costs were measured) - 30% (when long-term care were included) 5) out-of-pocket costs exceed 10% of income 6) out-of-pocket costs exceed 20-30% of household income (depending on income) 7) out-of-pocket costs exceed 30% of net income + 10% of net worth over \$20,000
เนเธอร์แลนด์	ไม่ได้นิยามคำนี้อย่างชัดเจน แต่มีการประกันการเจ็บป่วยจนล้มละลาย (Catastrophic package รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - long-term care) แยกออกจากบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (Basic medical package)
สิงคโปร์	หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่าย หรือมีส่วนร่วมจ่าย (deductible amount) เกินกว่าร้อยละ 20 ของรายจ่ายต่อหัวต่อปี ก่อนได้ใช้สิทธิประกัน

Source: 1) Wyszewianski 1986 ¹³

2) Van de Ven WP et al 1994 ¹⁵

3) Nichois LM et al 1997 ¹⁶

ตอนต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของการประกันการเจ็บป่วยจนล้มละลาย (Catastrophic Health Insurance - CHI) ในประเทศพัฒนาแล้ว 3 ประเทศ

1) ประเทศสหรัฐอเมริกา

แผนประกันสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจนล้มละลายที่เกิดขึ้น มักถูกมองอย่างเรียบง่ายว่า เป็นเรื่องของการประกันการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลแพง ที่ผู้ป่วย/ครัวเรือนที่มีแผนประกันสุขภาพทั่วไปไม่คุ้มครอง ฉะนั้นแผนประกันนี้ จึงมีขึ้นโดยมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองผู้ป่วย/ครัวเรือนที่ประสบปัญหา ค่ารักษาพยาบาลที่สูงเกินกว่าที่ครัวเรือนจะมีความสามารถจ่ายเองได้ ได้มีความพยายามแก้ปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้นี้ โดยมุ่งที่ตัวโรคที่มักก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูง และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือมีความพิการสูงเป็นหลัก ด้วยการผลักดันให้มีแผนประกันสุขภาพเฉพาะโรคสำหรับประชาชนทุกคน ตัวอย่างเช่น แผนประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Renal

Disease - ESRD program) นอกจากนี้ยังมีความพยายามเสนอแผนประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจระยะสุดท้าย โรคฮีโมฟีเลีย แต่เนื่องจากมีประสบการณ์เรื่องค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากการบังคับให้ทุกคนมีแผนประกันสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวาระระยะสุดท้าย ทำให้การดำเนินการดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม มีทั้งข้อดีและข้อด้อยในการจัดให้มีแผนประกันสุขภาพเฉพาะโรค มีข้อเท็จจริงที่ทุกคนต้องตระหนัก ก็คือ การป้องกันไม่ให้เกิดสถานะการเจ็บจนล้มละลาย ไม่สามารถเน้นเฉพาะเจาะจงที่ตัวโรคอย่างเดียว [One must recognize that true protection against financially catastrophic health care expenditures cannot be directly linked to specific diseases.]

การประกันสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจนล้มละลาย นอกจากต้องคำนึงถึงระดับรายได้ และประเด็นที่นอกเหนือความคุ้มครองของแผนประกันสุขภาพทั่วไปที่มีอยู่ ควรคำนึงถึงทรัพย์สินที่มีอยู่ในความครอบครองของครอบครัวด้วย มีตัวอย่างแผนประกันสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจนล้มละลาย ที่ตระหนักถึงความสามารถในการจ่ายของกลุ่มที่มีรายได้แตกต่างกัน คือ The Martin Bill 1980 โดยมีสาระสำคัญดังนี้ ถ้าครัวเรือนมีรายได้น้อยกว่า \$4000 เหรียญสหรัฐ ครัวเรือนจะต้องจ่ายเองไม่เกิน \$300 ก่อนที่จะได้รับการคุ้มครอง ถ้าครัวเรือนมีรายได้ตั้งแต่ \$4000-\$9999 เหรียญสหรัฐ ครัวเรือนจะต้องจ่ายเอง \$300 บวกกับหนึ่งในห้าของรายได้ ก่อนที่จะได้รับการคุ้มครอง และถ้าครัวเรือนมีรายได้มากกว่า \$10000 เหรียญสหรัฐ ครัวเรือนจะต้องจ่ายเอง \$1500 เหรียญสหรัฐบวกกับหนึ่งในห้าของรายได้ ก่อนที่จะได้รับการคุ้มครอง

2) ประเทศเนเธอร์แลนด์

ระบบบริการสาธารณสุขของเนเธอร์แลนด์ แม้ว่าจะมีสถานบริการที่ส่วนใหญ่มีเอกชนเป็นเจ้าของ แต่ทุกอย่างก็อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐบาลค่อนข้างมาก ประเทศเนเธอร์แลนด์มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นแผนประกันสุขภาพที่คุ้มครองบริการพื้นฐานที่จำเป็น โดยประชาชนทุกคนมีอิสระในการเลือกทำประกันกับกองทุนประกันสุขภาพ (Sickness fund) ที่ส่งเสริมให้มีการแข่งขันที่มีการควบคุมกำกับโดยรัฐ บริการพื้นฐานที่จำเป็น ถูกนิยามไว้ค่อนข้างกว้าง ครอบคลุมบริการ ทั้งบริการสาธารณสุขพื้นฐาน (เช่น บริการในโรงพยาบาล ค่าแพทย์ ค่ายา บริการฟื้นฟูสภาพ และบริการทันตกรรมบางอย่าง) และบริการที่มีราคาค่อนข้างแพง (เช่น การดูแลพยาบาลที่บ้าน การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความพิการ) รวมทั้งสวัสดิการสังคมบางอย่าง (เช่น บ้านพักคนชรา) ประชาชนทุกคนอาจได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาล เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถซื้อแผนประกันสุขภาพที่คุ้มครองบริการพื้นฐานจากกองทุนผู้เอาประกัน นอกจากนี้ ประชาชนมีอิสระในการเลือกซื้อแผนประกันสุขภาพเสริมโดยสมัครใจต่างหาก ที่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลราคาแพง เบี้ยประกันในกรณีนี้ไม่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาล โดยทั่วไป ผู้ทำประกันจะ

ต้องมีส่วนร่วมจ่าย อย่างน้อยร้อยละ 10 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด ก่อนที่จะได้รับการคุ้มครอง
ในกรณีค่ารักษาราคาแพง ¹⁴

3) ประเทศสิงคโปร์

แผนประกันสุขภาพ MediSave เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับที่รัฐบาลสิงคโปร์ต้องการให้ผู้มี
รายได้ทุกคนได้ออมเงินประมาณร้อยละ 6-8 ของรายได้เพื่อไว้ใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะบริการ
ในโรงพยาบาลในช่วงปีบปลายของชีวิต ขณะที่แผนประกันสุขภาพ MediShield เป็นการประกันที่
ที่รัฐบาลสิงคโปร์บังคับให้ทุกคนมีไว้เพื่อเสริมความคุ้มครองเรื่องค่ารักษาพยาบาลราคาแพง หรือ
การเจ็บป่วยที่อาจทำให้ครอบครัวล้มละลายทางเศรษฐกิจ ที่ไม่ถูกรอบครองด้วยแผนประกันสุขภาพ
MediSave เช่น การรักษาพยาบาลในภาวะวิกฤต การล้างไต การรักษาโรคมะเร็ง เป็นต้น แต่จะ
ไม่คุ้มครองโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น โรคเอดส์ โดยผู้ร่วมโครงการทุกคนต้องจ่ายเบี้ยประกันใน
อัตราต่ำ ประมาณ S\$12-132 ต่อปี แต่ความคุ้มครองสูงสุด (Maximum liability) ที่ผู้ประกันได้รับ
มากมายถึง S\$20000 ต่อปี และ S\$70000 ตลอดชีวิต ขณะเดียวกันประชาชนยังมีอิสระในการเลือกที่
จะทำประกันสุขภาพอย่างอื่น เช่น MediShield Plus (ทั้งกรมธรรม์แบบ A และ B) เพื่อคุ้มครองการ
บริการที่นอกเหนือจากความคุ้มครองที่มีในแผนประกันสุขภาพ MediShield ¹⁷

ตาราง B: ค่าเบี้ยประกันสุขภาพในแผนประกัน MediShield ประเภทต่างๆ จำแนกตามกลุ่มอายุ

	เบี้ยประกันต่อปี		
อายุนับจากวันที่เกิด	MediShield	MediShield + Plan B	MediShield + Plan A
Up to 30	S\$ 12	S\$ 36	S\$ 60
31-40	S\$ 18	S\$ 54	S\$ 90
41-50	S\$ 36	S\$ 108	S\$ 180
51-60	S\$ 60	S\$ 180	S\$ 300
60-65	S\$ 96	S\$ 288	S\$ 480
66-70	S\$ 132	S\$ 396	S\$ 660

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศสิงคโปร์ มีเป้าหมายเน้นการบริการพื้นฐานที่ดีและมีราคา
เหมาะสม รัฐบาลให้การอุดหนุนโรงพยาบาลโดยยึดข้อมูลการใช้บริการ และประเภทหอผู้ป่วย หอ
ผู้ป่วยในบริการโรงพยาบาล สามารถแบ่งเป็น 4 ประเภทตามคุณภาพบริการ หอผู้ป่วยชั้น C ซึ่งมี
คุณภาพแย่ที่สุด ราคาต่ำที่สุด ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการ โดยกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำสุด จะได้รับการ
อุดหนุนจากรัฐมากที่สุด ขณะที่หอผู้ป่วยชั้น A ตรงกันข้าม เป็นหอผู้ป่วยที่มีคุณภาพดีที่สุด ราคา

แพงที่สุด ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการในกลุ่มผู้มีรายได้สูงสุด จะได้รับการอุดหนุนจากรัฐน้อยที่สุด ประชาชนมีอิสระในการเลือกที่จะอยู่หอผู้ป่วยประเภทใดก็ได้ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นกับวงเงินที่อยู่ในกองทุนอัตรพยัตามแผนประกันสุขภาพ MediSave มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่า ประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 15 ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเลือกอยู่หอผู้ป่วยชั้น C¹⁶

ตาราง C: ประเภทของหอผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายก่อนรับการคุ้มครอง (Deductible amount)

Class	ผู้ให้บริการ จำแนกตามระดับรายได้	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวต่อปี (annual expenditure)	Deductible amount	as % of annual expenditure
C	Lowest 20%	S\$ 3,430	S\$ 500	15
B2	Second quintile	S\$ 4,728	S\$ 1,000	21
B1	Fourth quintile	S\$ 8,224	S\$ 2,500	30
A	Richest 20%	S\$ 17,700	S\$ 4,000	23

โดยสรุป การประกันการเจ็บป่วยจนล้มละลาย ต้องสามารถคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลที่สูงเกินกว่าที่ผู้ป่วย หรือครัวเรือนสามารถจ่ายได้ โดยไม่คำนึงว่า ค่าใช้จ่ายสูงที่เกิดขึ้นเกิดจากโรคที่มีราคาแพง หรือเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือเป็นโรคระบาดเช่น โรคเอดส์

6) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage)

การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเป้าหมาย หรือนโยบายด้านสุขภาพในหลายๆประเทศทั่วโลก เพื่อบรรลุถึงความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ การจัดให้มีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ 2 แนวทาง คือโดยอาศัยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (Social Health Insurance) ที่ประชาชนต้องจ่ายค่าเบี้ยประกัน หรือโดยระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Service) ที่บริการทุกอย่างรัฐเป็นผู้อุดหนุนโดยผ่านระบบภาษี สำหรับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาความไม่ธรรมด้านสุขภาพ และการขาดประสิทธิภาพของระบบ ทำให้ไม่สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนทุกคน การเคลื่อนไหวเพื่อเกิดระบบบริการที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง จำเป็นที่ต้องมีการปฏิรูปใน 3 ด้านคือ การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการปฏิรูปในเรื่องสิทธิของประชาชนผู้ให้บริการ¹⁸

ประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ขณะที่ประเทศที่กำลังพัฒนาบางประเทศ กำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพ การเปลี่ยนแปลง ส่วน

ใหญ่เริ่มต้นด้วยการมีระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการประเภทโรงงานอุตสาหกรรม จากนั้น การประกันสุขภาพจะขยายไปครอบคลุมประชาชนที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม และผู้ที่ประกอบอาชีพส่วนตัว จนเป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับประเทศไทย โครงการสวัสดิการแก่ผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงต้องการช่วยเหลือเกื้อกูล น่าจะเป็นจุดเริ่มต้นในการเดินไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะมีหลักการที่ดี สามารถยกระดับความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ โดยเรื่องเศรษฐฐานะไม่เป็นอุปสรรค และยังคงสอดคล้องกับหลักการเรื่องสิทธิมนุษยชน อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาวิจัยหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะที่มาของแหล่งทุน หรือระบบการคลังสาธารณสุข¹⁹

นโยบายเพื่อดำเนินการให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประเทศไทย ได้ถูกบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (8th National Health Plan 1997-2001) โดยคาดว่า แหล่งทุนน่าจะมาจากการเก็บเบี้ยประกันจากประชาชนที่อยู่เหนือเส้นแบ่งความยากจน สำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยต่ำกว่า 12 ปีและผู้พิการ จะได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลแทนการจ่ายเบี้ยประกัน²⁰ โดยรัฐบาลมีทางเลือกการจัดบริการสาธารณสุขในแผนการประกันสุขภาพดังกล่าว หลายทางเลือก เช่น 1) การให้ความคุ้มครองเฉพาะบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นเท่านั้น 2) การให้ความคุ้มครองเฉพาะการเจ็บป่วยจนล้มละลาย หรือบริการที่เป็นโรคเรื้อรังราคาแพงเท่านั้น 3) การให้ความคุ้มครองโดยแผนประกันสุขภาพ จะเกิดขึ้นต่อเมื่อได้จ่ายค่าบริการส่วนหนึ่งแล้ว แต่ไม่เกินความสามารถในการจ่าย (Maximum Household Liability) 4) การให้ความคุ้มครองบริการแบบเบ็ดเสร็จ หรือ 5) ผสมผสานในแต่ละทางเลือกเบื้องต้น²¹

เหตุผลและความจำเป็นต้องการศึกษาวิจัย

วงการแพทย์และสาธารณสุขไทยกำลังอยู่ระหว่างการปรับเปลี่ยนและพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าประสงค์สำคัญ 2 ประการ คือความมีประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ขณะเดียวกัน ระบบประกันสุขภาพก็ถูกท้าทายด้วยปัญหาการขาดความครอบคลุมของผู้มีหลักประกันสุขภาพ และการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างรวดเร็ว ถ้าค่าใช้จ่ายยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอัตราที่เป็นอยู่ขณะนี้ และประชาชนจำนวนมากยังขาดหลักประกันสุขภาพ การเจ็บป่วยที่มีราคาแพง หรือสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย ก็จะทวีความสำคัญและรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจเช่นนี้ ประชาชนที่ยากจน ทั้งที่ต่ำกว่าเส้นแบ่งความยากจน และที่ใกล้เส้นแบ่งความยากจน มีโอกาสประสบกับปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ หรือเกิดสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลายมากขึ้น เรื่องความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่น่าจะเป็นปัญหาของผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพ

เพราะคนเหล่านี้ได้รับการคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในวงเงินจำนวนหนึ่งอยู่แล้ว โดยที่ขอบเขตของความคุ้มครองแตกต่างกันตามชนิดของประกันสุขภาพ ขณะที่ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ การเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลราคาแพง เพียงครั้งเดียว อาจทำให้รายได้ของครัวเรือน รวมทั้งทรัพย์สินหมดสิ้นไป กลายเป็นคนล้มละลาย สิ้นเนื้อประดาตัว โดยข้อเท็จจริง โรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะมีกลไกให้การลดหย่อนค่ารักษา คอยช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ หรือจ่ายได้ไม่หมด สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ยากจน หรือไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษาใดๆ ที่เรียกว่า ผู้ป่วย ประเภท ข ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนต่อภาระค่ารักษาฯ และให้ผู้ป่วยจ่ายค่ารักษาได้เท่าที่สามารถจ่ายได้ โดยผ่านระบบสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ในแต่ละปี ผู้ป่วย ประเภท ข มีค่าใช้จ่ายเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่ถือบัตรผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลแต่ละแห่งประสบปัญหาคล้ายคลึงกันคือ มีงบประมาณอุดหนุนผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม กลไกการสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาล ยังไม่ทราบกันแพร่หลาย ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้ประโยชน์

แนวคิดการเฉลี่ยความเสี่ยงของคนจำนวนมากและการรวมกองทุนเงินเบี้ยประกันสุขภาพในการประกันสุขภาพ ทำให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามที่กำหนดคุ้มครองไว้ ขณะที่ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ที่เจ็บป่วยในโรคเดียวกัน โดยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง อาจมีปัญหาในการจ่ายเงินจริง ทำให้เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้

องค์ความรู้ที่จำเป็นซึ่งยังขาดอยู่ในเรื่องความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Ability to pay - ATP) คือ เราจะวัด ATP อย่างไร ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม มีความสัมพันธ์กันอย่างไร ยังต้องค้นคว้าเพิ่มเติมต่อไป การศึกษาวิจัยนี้ ต้องการตอบคำถามวิจัยที่สำคัญ ดังนี้ สภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย คืออะไร ควรจะให้นิยามของสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลายในบริบทของสังคมไทยอย่างไร ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย คืออะไร และใคร คือกลุ่มคนที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ หรือมีโอกาสประสบปัญหาสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลายมากที่สุด

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อแสวงหาองค์ความรู้ที่ยังขาดอยู่เกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพขณะนี้ และกำหนดมาตรการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย

เหตุที่เลือกจังหวัดสงขลาเป็นกรณีศึกษา

เนื่องจากการวิจัยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละจังหวัด ทั้งในแง่โครงสร้างประชากร ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ และระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องคัดเลือกจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งเป็นกรณีศึกษา จังหวัดสงขลา เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่เป็นที่สามของภาคใต้ มีพื้นที่ 7.39 ล้านตารางกิโลเมตร ประกอบด้วย 16 อำเภอ 124 ตำบล 982 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 1.16 ล้านคน ร้อยละ 67 และ 33 ของประชากรนับถือศาสนาพุทธและอิสลาม ตามลำดับ รายได้ประชาชาติของจังหวัด (Gross Provincial Product - GPP) ณ ราคาของปี พ.ศ. 2539 เท่ากับ 75.6 ล้านล้านบาท รายได้ต่อหัวประชากร เท่ากับ 60,350 บาทต่อปี อัตราการตายของทารก และอัตรามารดา อยู่ที่ 9.47 ต่อพันเด็กเกิดมีชีวิตทั้งหมด และ 4 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีวิตทั้งหมด ประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพครอบคลุม ร้อยละ 70.4 ของประชากรทั้งหมด สถานพยาบาลภาครัฐ ประกอบด้วยโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 18 แห่ง มีเตียงประมาณ 1,898 เตียง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่นๆ 5 แห่ง มีเตียงประมาณ 830 เตียง และสถานอนามัยทั้งหมด 169 แห่ง สถานพยาบาลภาคเอกชน ประกอบด้วยโรงพยาบาลเอกชน 7 แห่ง มีขนาดแตกต่างกันตั้งแต่ 27-200 เตียง จำนวนเตียงทั้งหมด 655 เตียง อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ และพยาบาล ในปี พ.ศ. 2540 เท่ากับ 3105:1 และ 716:1 ตามลำดับ จังหวัดสงขลา มีความเหมาะสมเป็นจังหวัดศึกษาหลายประการในบริบทของจังหวัดในภาคใต้ โดยเฉพาะมีสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีขีดความสามารถในการบริการหลากหลายระดับ โรงพยาบาลภาครัฐ ประกอบด้วยโรงพยาบาลของทบวงมหาดไทย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป อย่างละ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 16 แห่ง ขณะที่โรงพยาบาลเอกชน มีทั้งโรงพยาบาลเอกชนประเภทแสวงหากำไร และโรงพยาบาลมูลนิธิ ด้วยเหตุผลดังกล่าว การเลือกศึกษาในจังหวัดสงขลา ทำให้ได้ภาพที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลที่หลากหลายระดับ และสามารถหา หรือประมาณการอุบัติการณ์การเกิดสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลายในผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเพราะไม่มีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมในจังหวัดนี้ด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครอบครัว วิธีการจัดการทางการเงินกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา

2. เพื่อศึกษาถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครอบครัว วิธีการจัดการทางการเงิน กับภาระค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในที่เข้าข่าย “การเจ็บป่วยจนล้มละลาย” ที่อาศัยอยู่ในจังหวัด สงขลา

คำถามวิจัย

1. ใครคือผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครอบครัวของคนเหล่านี้เป็นอย่างไร
2. ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครอบครัว และปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์กันอย่างไร ในผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เราจะวัดความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครอบครัวได้อย่างไร
3. อุบัติการณ์การเกิดสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลายในผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเพราะไม่มีหลักประกันสุขภาพมีมากน้อยเพียงไร ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่โรงพยาบาลหรือรัฐบาลต้องใช้อุดหนุนผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือเผชิญกับสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย มีมากเพียงไร
4. พฤติกรรมการจัดการทางการเงินของครอบครัว และวิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร ปัญหาอุปสรรคที่ครอบครัวต้องเผชิญมีอะไรบ้าง มีมากเพียงไรเมื่อต้องจัดการกับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ผลข้างเคียงหรือผลกระทบของการจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีอะไรบ้าง ภายหลังจากที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว
5. ผู้ป่วยในที่เข้าข่าย “การเจ็บป่วยจนล้มละลาย” มีลักษณะอย่างไร ทั้งในแง่ลักษณะประชากร ปัจจัยทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ โรคที่เจ็บป่วย การให้การรักษายาบาล ผลลัพธ์ของการรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ และจำนวนเงินที่ผู้ป่วย / ครอบครัวสามารถจ่ายได้

การจัดการเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้ออกแบบการศึกษานี้เป็น 2 งานวิจัย และใช้ทั้งวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ งานวิจัยแรก ต่อไปนี้ เรียกว่า FCI-1 Study ประกอบด้วยการวิจัยเชิงสำรวจผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospital-based study) และการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเชิงอนุกรมเวลา (time-series data collection) ตั้งแต่นอนโรงพยาบาลจนแพทย์สั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล งานวิจัยที่สอง ต่อไปนี้ เรียกว่า FCI-2 Study ประกอบด้วยการวิจัยเชิงสำรวจผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospital-based study) และการวิจัยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviewing) งานวิจัยทั้งสอง มีความแตก

ต่างที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างและโรงพยาบาลที่ศึกษา ตัวอย่างใน FCI-1 Study เป็นผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองที่เข้าเกณฑ์คัดเลือก ส่วนตัวอย่างใน FCI-2 Study เป็นผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองที่เข้าเกณฑ์คัดเลือก และมีปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยต้องขอสังคมสงเคราะห์ ซึ่งในการศึกษานี้ เรียกว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจนล้มละลาย ฉะนั้น FCI-2 Study ช่วยให้เราสามารถศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจนล้มละลายมากขึ้น นอกจากนั้น ยังช่วยคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เจ็บป่วยจนล้มละลายเพิ่มเติมในกรณีที่ FCI-1 Study ได้ตัวอย่างผู้ป่วยดังกล่าวไม่เพียงพอ การเก็บข้อมูลผู้ป่วยเชิงอนุกรมเวลาและการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เกี่ยวกับชนิดและวิธีการจัดการทางการเงินต่อการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ลักษณะทั่วไปของการศึกษาได้สรุปไว้ในตาราง D

ตาราง D: การจัดการเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

งานวิจัยและผู้เก็บข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง	โรงพยาบาลศึกษา	ระยะเวลาศึกษา
FCI-1 Study (พยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นผู้เก็บข้อมูล)	ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เกณฑ์คัดเลือก: อาศัยอยู่ใน จังหวัดสงขลา นอนโรงพยาบาล ≥ 48 ชั่วโมง จำนวน 1731 ตัวอย่าง (ในจำนวนนี้ 144 ตัวอย่าง ถูกคัดเลือกเข้าศึกษาแบบอนุกรมเวลา)	โรงพยาบาลชุมชน 8 ใน 16 แห่ง (ได้แก่ ระโนด สทิงพระ ควนเนียง รัตภูมิ สะเดา นาทวี เทพา จะนะ) ร.พ. สงขลา ร.พ. หาดใหญ่ ร.พ. สงขลานครินทร์ ร.พ. ราษฎร์ยินดี ร.พ. มุลนิธิ สามัคคี	เดือนพฤศจิกายน 2541 - เดือนเมษายน 2542
FCI-2 Study - วิจัยเชิงปริมาณ (พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้เก็บข้อมูล)	ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เกณฑ์คัดเลือก: อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา มีปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยต้องขอสังคมสงเคราะห์ จำนวน 300 ตัวอย่าง	ร.พ. หาดใหญ่ ร.พ. สงขลานครินทร์	เดือนพฤษภาคม 2542 - เดือนกรกฎาคม 2542
FCI-2 Study - วิจัยเชิงคุณภาพ (ผู้วิจัยหลักเป็นผู้เก็บข้อมูล)	ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เกณฑ์คัดเลือก: อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา มีปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยต้องขอสังคมสงเคราะห์ ค่ารักษาพยาบาล > 40000 บาท จำนวน 38 ตัวอย่าง	ร.พ. สงขลานครินทร์	เดือนเมษายน 2542 - เดือนมิถุนายน 2542

บทที่ 2: FCI-1 Study

วัตถุประสงค์เฉพาะของ FCI-1 Study

1. ประเมินความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในจังหวัดสงขลา
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กับปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
3. ประเมินพฤติกรรมการจัดการทางการเงินของครอบครัว และวิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาล ของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
4. วิเคราะห์โรคที่เจ็บป่วย การให้การรักษายาบาล ผลลัพธ์ของการรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ และจำนวนเงินที่ผู้ป่วย / ครอบครัวสามารถจ่ายได้ ของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง
5. ประเมินการอุปถัมภ์การเกิดสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลายในผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และคำนวณค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ต้องใช้อุดหนุนผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือเผชิญกับสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลายในจังหวัดสงขลา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยส่วนนี้ ประกอบด้วยการศึกษาเชิงสำรวจโรงพยาบาล (Hospital-based survey) และการศึกษาแบบเก็บข้อมูลเชิงอนุกรมเวลา (Time-series data collection) ดังนี้

A. Hospital-based survey

1. การออกแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้ เป็นการสำรวจผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า ตั้งแต่ตัวอย่างถูกรับไว้วันนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ผู้เข้าร่วมการศึกษา คือ ผู้ป่วย /ญาติที่ใกล้ชิดที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเฉพาะ ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2541 - เดือนเมษายน 2542

2. โรงพยาบาลที่ศึกษา

ในการศึกษากครั้งนี้ ได้เลือกทั้งโรงพยาบาลภาครัฐ และภาคเอกชนเข้าศึกษา โดยได้แบ่งโรงพยาบาลออกเป็น 6 ประเภท ประเภทแรก คือโรงพยาบาลชุมชน ได้คัดเลือกโรงพยาบาลชุมชน 8 ใน 16 แห่งอย่างเฉพาะเจาะจงเป็นตัวแทนกลุ่มนี้ได้แก่ ระโนด สทิงพระ ควนเนียง รัตภูมิ สะเดา นาทวี เทพา และจะนะ โดยเน้นที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 30 เตียงขึ้นไป ที่ผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษา

พยาบาลเอง มีโอกาสประสบปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ ร.พ. สงขลา เป็นตัวแทนโรงพยาบาลจังหวัด / โรงพยาบาลทั่วไป ร.พ. หาดใหญ่ เป็นตัวแทนโรงพยาบาลศูนย์ ร.พ. สงขลา นครินทร์ เป็นตัวแทนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร.พ. ราษฎร์ยินดี เป็นตัวแทนโรงพยาบาลเอกชนแสวงหากำไร และร.พ. มุลินธิมิตรภาพสามัคคี เป็นตัวแทนโรงพยาบาลมุลินธิ งานวิจัยนี้ ตั้งอยู่บนข้อสมมุติที่ว่า ผู้ป่วยตัวอย่างทั้งหมดในโรงพยาบาลศึกษา เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเกือบทั้งหมด ที่เป็นผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดสงขลา ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

3. กลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลศึกษาในระยะเวลาที่ศึกษา ที่เข้าเกณฑ์ศึกษา

3.1 เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา และนอนโรงพยาบาล ≥ 48 ชั่วโมง

3.2 เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิ / ได้รับสวัสดิการรักษายาบาล / ได้รับการคุ้มครองจากการมีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง และนอนโรงพยาบาล < 48 ชั่วโมง

4. ขนาดของตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ - EPI INFO software version 6.0 โดยมีข้อสมมุติว่า โอกาสที่จะพบผู้ป่วยที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ หรือ เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนล้มละลายในแต่ละโรงพยาบาลศึกษา มีประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์ ขอมให้มีความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 2.5 เปอร์เซ็นต์ ณ ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ในแต่ละโรงพยาบาลเท่ากับ 289 คน ขนาดตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้ เท่ากับ 1734 คน

5. การเก็บข้อมูล

5.1 แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย 6 ตอน ตอนแรก เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะของประชากรตัวอย่าง ตอนที่สอง เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเลือกใช้บริการ และค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลก่อนมานอนโรงพยาบาลครั้งนี้ ตอนที่สาม เป็นคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับค่ารักษาพยาบาล และความสามารถในการจ่ายฯ ตอนที่สี่ เป็นคำถามเกี่ยวกับรายได้และรายจ่ายของครัวเรือนในเดือนหนึ่งๆ ตอนที่ห้า เป็นคำถามที่ถอดมาจากเวชระเบียนและบันทึกการเงินของแต่ละบุคคล และตอนที่หก เป็นคำถามเกี่ยวกับแหล่งเงิน ใช้เฉพาะตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลแบบอนุกรมเวลา

5.2 แบบสอบถาม ได้ผ่านการทดสอบโดยผู้วิจัยหลัก ที่โรงพยาบาลระโนด โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2541 และได้รับการแก้ไขก่อนนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับผู้เข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยหลักได้จัดการอบรมพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลก่อนการเก็บข้อมูล ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจะถูกคัดกรองตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาลทุกวันตอนเย็นที่ศูนย์รับผู้ป่วยใน (admission center) พยาบาลที่

ผ่านการอบรมจะมีการเยี่ยมผู้ป่วยอย่างไม่เป็นทางการตั้งแต่วันแรกของการนอนโรงพยาบาล แต่การสัมภาษณ์จะมีขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมง หรือก่อนที่ผู้ป่วยกลับบ้านเท่านั้น โดยคาดหวังว่า ผู้ป่วย / ญาติที่ใกล้ชิด ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลไปบ้างแล้ว และสามารถคาดคะเนว่า ครอบครัวสามารถรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นหรือไม่ ตลอดจนได้วางแผนการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาล ผู้วิจัยหลักได้ให้การแนะนำเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลให้มีการเก็บแบบสอบถามคืนทุกสองสัปดาห์ นอกจากนั้นจะให้การสะท้อนกลับ (feed back) เรื่องคุณภาพของข้อมูลแก่ผู้เก็บทุกครั้งที่พบปะ

5.3 คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

5.3.1 Ability to pay - ATP หมายถึง ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามบิลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ มีหน่วยวัดเป็นเงิน ในการศึกษาจัดแบ่ง ATP เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) จ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมดหรือทุกบิลที่เรียกเก็บ 2) จ่ายค่ารักษาพยาบาลได้บางส่วน และ 3) จ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้เลย ในการวิเคราะห์ ATP จะถูกจัดกลุ่มใหม่ เป็นจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ (able to pay) และจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ (unable to pay)

5.3.2 Financial coping strategies หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวจัดการกับสินทรัพย์ (รายได้และทรัพย์สิน) ที่มีอยู่ เพื่อนำมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล สินทรัพย์ (Resource) ในการศึกษา ผู้วิจัยจำแนกเป็น 1) สินทรัพย์ภายในครัวเรือน (intra-household resources) ได้แก่ เงินสด เงินออม และทรัพย์สิน 2) สินทรัพย์ภายนอกครัวเรือน (Extra-household resources) ได้แก่ เงินที่มาจากการหยิบยืม หรือความช่วยเหลือของเครือข่ายของครอบครัว หรือ เครือข่ายทางสังคม และ 3) เงินหรือค่ารักษาฯ ที่รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาล ในลักษณะของการลดหย่อน หรือการสงเคราะห์ (hospital resources)

5.3.3 Financial consequence หมายถึง ผลกระทบ หรือผลข้างเคียงที่เกิดจากการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้น ตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วก็ได้

5.3.4 Catastrophic costs / medical expenses หมายถึง ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นต่อครั้งนอนโรงพยาบาล มีมูลค่า มากกว่า 15% ของรายได้ครัวเรือนต่อปี

5.3.5 Financial catastrophic case / event หมายถึง เหตุการณ์ / สถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย ในการศึกษาวิจัยนี้ ได้กำหนดนิยามปฏิบัติการไว้ 3 อย่าง นิยามแรก “การเจ็บป่วยจนล้มละลาย” หมายถึง ผู้ป่วยทุกคนที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาฯไม่ได้ ต้องของสงเคราะห์ หรือลดหย่อน นิยามที่สอง “การเจ็บป่วยจนล้มละลาย” หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาฯไม่ได้ และได้รับผลกระทบจากภาระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น เช่น ครอบครัวต้องมีหนี้สินเกิดขึ้นมากมาย และ/หรือ ลูกต้องออกจากโรงเรียน ส่วนนิยามที่

สาม “การเจ็บป่วยจนล้มละลาย” หมายถึง ผู้ป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นต่อครั้งนอนโรงพยาบาล มีมูลค่า มากกว่า 15% ของรายได้ครอบครัวต่อไป

5.3.6 Financially catastrophic illness - FCI หมายถึง โรค หรือการเจ็บป่วยที่มักจะก่อให้เกิด “การเจ็บป่วยจนล้มละลาย”

5.3.7 Family income หมายถึง รายได้ ทั้งที่เป็นประจำ และไม่เป็นประจำของสมาชิกทั้งหมดในครอบครัวหนึ่งๆ โดยรายได้ประจำ มีหน่วยนับเป็นรายเดือน ขณะที่รายได้ไม่เป็นประจำ มีหน่วยนับเป็นรายปี รายได้ทั้งหมดต่อเดือน จะถูกคำนวณ และแปลงเป็นรายได้ทั้งหมดต่อปีด้วยการคูณด้วย 12

5.4 ตัวแปรในการศึกษา

ในการศึกษานี้ ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการจ่าย (Ability to pay - ATP) และจำนวนเงินที่ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถจ่ายได้ (Affordable out-of-pocket expense) ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ สินทรัพย์ของครอบครัว โรคที่เจ็บป่วย ผลลัพธ์ของการรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ และดัชนีความรุนแรงของโรคที่เจ็บป่วย (case-mix index)

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ STATA software version 6.0 หน่วยในการวิเคราะห์ คือเหตุการณ์ที่เกิดในระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งปัจจุบัน ในการวิเคราะห์ ใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ สัดส่วน อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Chi-square test) เนื่องจากความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับสถานะภาพในการจ่ายเมื่อกลับบ้าน และจำนวนเงินค่ารักษาฯที่สามารถจ่ายได้ ความสามารถในการจ่ายจึงมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาเกี่ยวกับการหย่านมมารดาและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการหย่านม แทนที่ตัวแปรจะเป็นเรื่องของระยะเวลา ตัวแปรในการศึกษาความสามารถในการจ่ายเป็นจำนวนเงินค่ารักษาฯ ที่สามารถจ่ายได้ ฉะนั้น ในการวิเคราะห์ความสามารถในการจ่ายและหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจ่ายกับปัจจัยต่างๆ จึงใช้วิธี Life-table method, Logrank test, Survival analysis และ Cox regression analysis

B. การเก็บข้อมูลเชิงอนุกรมเวลา (Time-series study)

เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของเงินและแหล่งเงิน ลำดับในการใช้จ่ายแหล่งเงินในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประมาณร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงสำรวจโรงพยาบาล ได้ถูกคัดเลือกอีกครั้ง เพื่อเก็บข้อมูลเชิงอนุกรมเวลา ระเบียบวิธีวิจัย ทำโดยคัดเลือกตัวอย่างที่เป็นลำดับลงท้ายด้วย 10 ของตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล แล้วติดตามสัมภาษณ์ทุกๆครั้งที่ผู้ป่วย/ครอบครัวมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ว่าแหล่งที่มาของเงินคืออะไร จ่าย

เป็นยอดเงินเท่าไรในแต่ละครั้ง และยอดที่โรงพยาบาลเรียกเก็บแต่ละครั้งเป็นเท่าไร ในการวิเคราะห์ข้อมูล แหล่งที่มาของเงิน จะถูกจำแนกเป็นกลุ่มดังนี้ คือ สินทรัพย์ภายในครัวเรือน (intra-household resources : cash / savings / assets & store sales) สินทรัพย์ภายนอกครัวเรือน (extra-household resources : borrowing) ขอค้างจ่ายไว้ก่อน (postpone payment) ขอส่วนลดค่ารักษาฯ (ask for discount) และขอลดหย่อนหรือสงเคราะห์ค่ารักษาฯ (fee exemption) นอกจากแหล่งที่มาของเงินแล้ว การวิเคราะห์ จะแสดงให้เห็นลำดับของแหล่งที่มาของเงินที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาฯ ตั้งแต่วันที่นอนจนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ประชากรตัวอย่าง

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองที่เข้าเกณฑ์ศึกษา และจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดในแต่ละโรงพยาบาลศึกษา ในทางปฏิบัติ แม้ว่าทราบจำนวนผู้ป่วยใน แต่จะไม่ทราบจำนวนที่แน่ชัดของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่แจ้งว่าจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง อาจมาแสดงสิทธิรักษาฯ ภายหลัง และผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพชนิดต่างๆ จะมีส่วนร่วมจ่ายบ้างไม่มากนักน้อย ทำให้ตัวเลขนี้ไม่แน่นอน ฉะนั้นจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ศึกษา จึงเป็นตัวเลขประมาณการ ถ้าตัวเลขนี้ต่ำกว่าความเป็นจริง อาจมีผลทำให้ร้อยละของผู้ป่วยในต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย โดยประมาณการ ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง คิดเป็นร้อยละ 4-38 ของผู้ป่วยในทั้งหมด จะเห็นว่า ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ในแต่ละโรงพยาบาล ไม่เท่ากัน โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสงขลา ใช้เวลาเก็บข้อมูล 4 เดือน ขณะที่โรงพยาบาลหาดใหญ่และสงขลานครินทร์ใช้เวลา 5 เดือน โรงพยาบาลเอกชนสองแห่ง ได้ยุติการเก็บข้อมูลเมื่อสิ้นเดือนที่ 6 แม้จะไม่ได้จำนวนตัวอย่างตามที่ต้องการ สาเหตุหลักเกิดเนื่องจากมีพยาบาลช่วยเก็บข้อมูลไม่เพียงพอ ต้องใช้เวลาเก็บข้อมูลนานกว่าที่อื่น และผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ศึกษาจำนวนหนึ่งกลับบ้านโดยไม่ได้มีถูกสัมภาษณ์

ตารางที่ 2.1: ร้อยละของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในแต่ละโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่ศึกษา

โรงพยาบาล	ระยะเวลาเก็บข้อมูล (เดือน)	ผู้ป่วยในทั้งหมด (คน)	ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ศึกษา *	คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยในทั้งหมด
ชุมชน	4	7,423	350	5
สงขลา	4	11,129	450	4
หาดใหญ่	5	14,730	700	5
สงขลานครินทร์	5	11,054	700	6
ราษฎร์ยินดี	6	2,622	800	31
มูลนิธิมิตรภาพสุมัตถ์	6	924	350	38

Note: * ตัวเลขประมาณการ

ตารางที่ 2.2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1731 คน ขนาดของตัวอย่างมีความแตกต่างกันตามโรงพยาบาล ตั้งแต่ 14-19 เปอร์เซ็นต์ของตัวอย่างทั้งหมด ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ศึกษาเกือบทั้งหมดในโรงพยาบาลชุมชนได้รับการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล ขณะที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลราษฎร์ยินดีถูกสัมภาษณ์ในอัตราต่ำสุด (ร้อยละ 32)

ตารางที่ 2.2 : การ กระจายของตัวอย่าง

โรงพยาบาล	ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ศึกษา * (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่เก็บข้อมูล (คน)	คิดเป็นร้อยละของตัวอย่างทั้งหมด	คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์
ชุมชน	350	332	19	95
สงขลา	450	300	18	67
หาดใหญ่	700	295	17	42
สงขลานครินทร์	700	299	17	43
ราษฎร์ยินดี	800	258	15	32
มูลนิธิมิตรภาพสุมัตถ์	350	247	14	70
	รวม	1731	100	

Note: * ตัวเลขประมาณการ

ตารางที่ 2.3 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 42, 27, และ 17 ของตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม สูติรีเวชกรรม และศัลยกรรม ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลของรัฐ เป็นผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ยกเว้น โรงพยาบาลชุมชน เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม ขณะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลเอกชน เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม

ตารางที่ 2.3: ประเภทของผู้ป่วยจำแนกตามหอผู้ป่วย และโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	หอผู้ป่วย (ราย, %)						
(ราย)	OBG	Surg	Med	Ped	Ortho	EENT	Others
ชุมชน (332)	60 (18)	61 (18)	209 (63)	1 (<1)	1 (<1)	-	-
สงขลา (300)	128 (43)	63 (21)	95 (32)	-	10 (3)	4 (1)	-
หาดใหญ่ (295)	132 (45)	50 (17)	112 (38)	1 (<1)	-	-	-
สงขลานครินทร์ (299)	79 (26)	63 (21)	38 (13)	50 (17)	18 (6)	42 (14)	9 (3)
ราษฎร์ยินดี (258)	25 (10)	47 (18)	121 (47)	29 (11)	24 (9)	11 (4)	1 (<1)
มูลนิธิสามัคคี (247)	35 (14)	13 (5)	157 (64)	42 (17)	-	-	-
รวม (1731 ราย)	459 (27)	297 (17)	732 (42)	123 (7)	53 (3)	57 (3)	10 (1)

2. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ทางประชากร และ สังคม

ดังแสดงในตารางที่ 2.4 ประมาณร้อยละ 77 ของผู้เข้าร่วมในการศึกษา คือผู้ป่วยเอง นอกนั้นเป็นญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมในการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือร้อยละ 63 และร้อยละ 75 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 69 ของผู้ป่วยแต่งงานแล้ว มีเพียงร้อยละ 21 ที่เป็นโสด ผู้ป่วยส่วนมากมีอาชีพรับจ้างถึงร้อยละ 46 รองลงมา คือพวกที่ต้องพึ่งพาคนอื่นในครอบครัว ร้อยละ 42 สถานที่พำนักอาศัยอยู่ในเขตเมืองหรือเทศบาล ในสัดส่วนเท่าๆกันกับอยู่ในเขตชนบท ส่วนมากอาศัยอยู่ในอำเภอขนาดใหญ่ เมือง และสะเดา ร้อยละ 86 นับถือศาสนาพุทธ ที่เหลือนับถือศาสนาอื่นๆ แหล่งรายได้หลักของครอบครัวมาจากค่าจ้างร้อยละ 46 ภาคเกษตรกรรมร้อยละ 25 และค้าขายร้อยละ 23

ตารางที่ 2.4: ลักษณะของตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	ผู้ป่วย	ญาติผู้ป่วย
ผู้เข้าร่วมในการศึกษา, ราย (ร้อยละ)	1338 (77)	393 (23)
อายุเป็นปี; mean (SD)	33 (17)	36 (10)
เพศชายร้อยละ (เพศหญิงร้อยละ)	37 (63)	25 (75)
ระดับการศึกษา; ร้อยละที่จบประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	65	54
ระดับการศึกษา; ร้อยละที่จบมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	35	46
	ลักษณะของตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย	
สถานภาพแต่งงาน, ร้อยละ	แต่งงานแล้ว 69, โสด 21, อื่นๆ 10	
อาชีพ, ร้อยละ	รับจ้าง 46, ไม่มีงานทำ / แม่บ้าน / นักเรียนนักศึกษา / ผู้สูงอายุ 42, อื่นๆ 12	
ที่อยู่อาศัย, ร้อยละ	เมือง 50, ชนบท 50	
อำเภอที่อาศัยอยู่, ร้อยละ	หาดใหญ่ 39, เมือง 13, สะเดา 8, ระโนด 7, รัตภูมิ 6, อื่นๆ 34	
ศาสนา, ร้อยละ	พุทธ 86, อื่นๆ 14	
แหล่งรายได้หลักของครอบครัว, ร้อยละ	ค่าจ้าง 46, เกษตรกรรม 25, ค้าขาย 23, อื่นๆ 6	

3. ระดับรายได้ของครอบครัว

ผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉลี่ยส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน สูงกว่าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ เมื่อดูที่ค่ามัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดเล็กกว่า มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดใหญ่กว่า ตัวอย่างเช่น รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ 5000 บาท/เดือน ขณะที่รายได้ของของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่ากับ 6000 บาท/เดือน ดังแสดงในตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2 5: รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)

โรงพยาบาล	ระดับรายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)			
	mean	median	minimum	maximum
ชุมชน	7,287	5,000	833	60,125
สงขลา	7,145	5,000	1,666	120,000
หาดใหญ่	7,694	6,000	500	113,000
สงขลานครินทร์	12,388	6,000	983	400,333
ราษฎร์ยินดี	33,765	22,000	1,000	550,500
มูลนิธิมิตรภาพสุวักคี	14,807	15,000	1,000	60,000

4. ความสามารถในการจ่ายของครอบครัว

ตารางที่ 2.6 แสดงความสามารถในการจ่ายของครอบครัวในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมในการศึกษา กว่าร้อยละ 70 รายงานว่าครอบครัวสามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้ทั้งหมด แต่พบว่ามีมากถึงร้อยละ 80 ที่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้ทั้งหมด ขณะเดียวกัน ร้อยละ 1.5 ของผู้ป่วย / ญาติที่รายงานว่า ครอบครัวไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้เลย แต่กลับพบว่า มีมากถึงร้อยละ 1.8 ที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้เลย แสดงว่า ในช่วงเวลาที่ศึกษา มีผู้ป่วย/ญาติบางคน ประเมินความสามารถในการจ่ายต่ำกว่า หรือสูงกว่าที่ควรเป็น และตัวเลขประมาณร้อยละ 10 ที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกลุ่มที่จ่ายได้ทั้งหมด แหล่งเงินที่นำมาจ่ายค่ารักษาฯ น่าจะมาจากหรือได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางครอบครัวและสังคม มากกว่ารายได้ของครอบครัวเอง

ตารางที่ 2. 6: ความสามารถในการจ่ายของครอบครัวในการเจ็บป่วยครั้งนี้

ความสามารถในการจ่าย	ความสามารถในการจ่าย ตามที่ครอบครัวรายงาน, ราย (ร้อยละ)	ความสามารถในการจ่าย ตามที่ครอบครัวจ่ายได้จริง, ราย (ร้อยละ)
จ่ายได้ทั้งหมด	1206 (69.7)	1381 (79.8)
จ่ายได้บางส่วน	498 (28.8)	318 (18.4)
จ่ายไม่ได้เลย	27 (1.5)	32 (1.8)
รวม	1731 (100)	1731 (100)

ในการวิเคราะห์ความสามารถในการจ่ายของครอบครัว ดูที่สถานะภาพในการจ่ายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาได้ทั้งหมด อีกร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่จ่ายได้บางส่วนและจ่ายไม่ได้เลย ถูกจำแนกอยู่ในกลุ่มจ่ายค่ารักษาไม่ได้ จากตารางที่ 2.7 พบว่าความสามารถในการจ่ายของครอบครัว แตกต่างกันตามโรงพยาบาลที่ใช้บริการ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลของเอกชน มีปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐมาก ขนาดของปัญหาการจ่ายค่ารักษาไม่ได้ในโรงพยาบาลของรัฐ เพิ่มขึ้นตามระดับขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะ ปัญหาการจ่ายค่ารักษาไม่ได้ในโรงพยาบาลของรัฐ อยู่ที่ร้อยละ 23.8 - 36.8

ตารางที่ 2. 7: สถานะภาพในการจ่ายของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

	สถานะภาพในการจ่าย	
โรงพยาบาล (ราย)	สามารถจ่ายได้, ราย (%)	ไม่สามารถจ่ายได้, ราย (%)
ชุมชน (332)	253 (76.2)	79 (23.8)
สงขลา (300)	223 (74.3)	77 (25.7)
หาดใหญ่ (295)	219 (74.2)	76 (25.8)
สงขลานครินทร์ (299)	189 (63.2)	110 (36.8)
ราษฎร์ยินดี (258)	258 (100.0)	0
มูลนิธิมิตรภาพสามัคคี (247)	239 (96.8)	8 (3.2)
รวม (1731)	1381 (79.8)	350 (20.2)

5. แหล่งเงินที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ตารางที่ 2.8 แสดงว่า มีเพียงร้อยละ 66.9 ของผู้ป่วยในการศึกษานี้ (1158 ราย) ที่ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งครั้งในวันที่เก็บข้อมูล โดยร้อยละ 89 ใช้เงินสด และหรือเงินออมเป็นแหล่งเงินแรกในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และพบว่า กว่าร้อยละ 8 ต้องหยิบยืมเงินมาจากภายนอกครัวเรือน มาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่บิลใบแรกที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ

ตารางที่ 2.8: แหล่งเงินแรกที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

แหล่งเงิน	ราย	คิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาแล้วในวันที่สัมภาษณ์
เงินสด / เงินออม	1034	89.3
เงินยืมมีดอกเบี้ย	95	8.2
เงินจากขาย / จำนองทรัพย์สินมีค่า	8	0.7
เงินจากการขายผลผลิต	6	0.5
เงินช่วยเหลือจากเครือข่ายของครอบครัว *	15	1.3
รวม	1158	100.0

* หมายถึง เงินช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงแบบให้เปล่า รวมทั้งเงินให้ยืมโดยไม่คิดดอกเบี้ย

ตารางที่ 2.9 แสดงว่า ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ เงินสด เป็นแหล่งเงินที่ครอบครัวใช้มากที่สุด คือร้อยละ 89 รองลงมาคือ แหล่งเงินจากเงินออม ร้อยละ 33 การหยิบยืมเงินโดยมีดอกเบียมาจ่ายเป็นค่ารักษามีมากถึงร้อยละ 21 ขณะที่เงินช่วยเหลือจากเครือข่ายของครอบครัว เป็นแหล่งเงินที่พบได้ถึงร้อยละ 4 และพบว่า ร้อยละ 20 ต้องแสดงตนเพื่อขอลดหย่อนค่ารักษาฯ หรือขอรับการสงเคราะห์จากโรงพยาบาล

ตารางที่ 2.9: แหล่งเงินที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาฯ ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ (ตอบได้ >1 คำตอบ)

แหล่งเงิน	ราย	ร้อยละ
เงินสด	1543	89
เงินออม	579	33
เงินยืมมีดอกเบีย	370	21
เงินจากขาย / จำนองทรัพย์สินมีค่า	60	4
เงินจากขายผลผลิต	39	2
เงินช่วยเหลือจากเครือข่ายของครอบครัว	70	4
โรงพยาบาลสงเคราะห์ / ลดหย่อน	350	20
รวม 1731 ตัวอย่าง		

6. ลำดับของการใช้แหล่งเงินเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล

เนื่องจากในขณะนี้ ยังไม่มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบในโรงพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วย/ญาติ อาจจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพียงครั้งเดียวในวันออกจากโรงพยาบาล เช่นที่พบมากในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีค่ารักษาไม่มากนัก ขณะที่โรงพยาบาลสงขลา และหาดใหญ่ ผู้ป่วย/ญาติต้องจ่ายทุกครั้งที่แพทย์ผู้ดูแลรักษา มีการสั่งยาใหม่ ส่วนโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีการเรียกค่ารักษาพยาบาลทุก 3 วันที่ยังมีค่ารักษาค้างอยู่ ตารางที่ 2.10 แสดงผลการศึกษาในส่วนที่เก็บข้อมูลแบบอนุกรมเวลา พบว่า ในผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างศึกษา 144 คน มีการเรียกเก็บค่ารักษาทั้งหมด 356 ครั้ง จำนวนเรียกเก็บสูงสุดต่อผู้ป่วย 1 รายที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ 7 ครั้ง ขณะที่จำนวนเรียกเก็บต่ำสุด คือ 1 ครั้ง แหล่งเงินที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษา มาจากแหล่งเงินภายในครัวเรือนร้อยละ 79 และแหล่งเงินภายนอกครัวเรือนร้อยละ 5 ตามลำดับ ในการเรียกเก็บครั้งแรก (บิลใบแรก) นั้น แหล่งเงินที่ใช้บ่อยคือ แหล่งเงินภายในครัวเรือน (119 ครั้งหรือราย) และพบว่า มีผู้ป่วย 1 รายต้องขอลดหย่อนค่ารักษาฯ หรือขอสงเคราะห์จากโรงพยาบาล และมีผู้ป่วย 13 ราย ไม่มีเงินจ่ายขณะนั้น ต้องขอเลื่อนการจ่ายไปวันอื่น ส่วนลำดับของการใช้แหล่งเงิน ตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่าย ได้แสดงไว้ในตาราง 2.11

ตารางที่ 2.10: แหล่งเงินที่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล

	ลำดับของการเรียกเก็บ (บิลใบที่)							
แหล่งเงิน	Bill1	Bill2	Bill3	Bill4	Bill5	Bill6	Bill7	Total(%)
แหล่งเงินภายในครัวเรือน	119	90	46	13	9	3	1	281 (79)
แหล่งเงินภายนอกครัวเรือน	9	3	2	1	2	0	0	17 (5)
เลื่อนการจ่ายเป็นวันอื่น	13	6	1	2	0	0	0	22 (6)
ขอส่วนลด	2	10	1	2	2	1	0	18 (5)
ขอลดหย่อน / สงเคราะห์	1	9	6	2	0	0	0	18 (5)
Total	144	118	56	20	13	4	1	356 (100)

ตารางที่ 2.11: ลำดับของการใช้แหล่งเงิน ตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่าย

Sequence	Freq.	Percent	Sequence	Freq.	Percent
1.....	20	13.89	131....	1	0.69
11.....	35	24.31	131111.	1	0.69
111....	27	18.75	135....	2	1.39
1111...	3	2.08	14.....	8	5.56
11111..	3	2.08	15.....	3	2.08
111114.	1	0.69	2.....	3	2.08
11114..	2	1.39	21.....	1	0.69
11121..	1	0.69	235....	1	0.69
11131..	1	0.69	24.....	2	1.39
1114...	2	1.39	25.....	2	1.39
1115...	2	1.39	31.....	6	4.17
112....	1	0.69	31232..	1	0.69
114....	1	0.69	3131111	1	0.69
115....	2	1.39	331121.	1	0.69
12.....	1	0.69	35.....	4	2.78
12111..	1	0.69	4.....	2	1.39
125....	1	0.69	5.....	1	0.69
			Total	144	100.00

Note: 1 = แหล่งเงินภายในครัวเรือน (intra-household resources), 2 = แหล่งเงินภายนอกครัวเรือน (extra-household resources), 3 = เลื่อนการจ่ายเป็นวันอื่น (postpone payment), 4 = ขอส่วนลด (asking discount), 5 = ขอลดหย่อน / สงเคราะห์ (fee exemption)

จากตารางที่ 2.11 ลำดับของการใช้แหล่งเงิน ตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่ายมีหลากหลาย เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย จึงได้จัดกลุ่มของลำดับการใช้แหล่งเงินใหม่ ถ้าแหล่งเงินที่ใช้ในการเรียกเก็บครั้งก่อนมีการซ้ำกับแหล่งเงินที่ใช้ในการเรียกเก็บครั้งหลัง ถือว่า แหล่งเงินมาจากแหล่งเดียวกัน ให้ยึดถือตามแหล่งเงินครั้งก่อน จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปใช้แหล่งอื่นที่ไม่เหมือนครั้งก่อนๆ เช่น ผู้ป่วยถูกเรียกเก็บเงิน 5 ครั้ง คือ 11121 ซึ่งหมายถึงแหล่งเงินที่ใช้ในสามครั้งแรก คือ แหล่งเงินภายในครัวเรือน จะถูกนับเป็นแหล่งเงินเดียว คือ แหล่งเงินภายในครัวเรือน ตามด้วยครั้งที่สี่ คือ แหล่งเงินภายนอกครัวเรือน และครั้งที่ห้า คือ แหล่งเงินภายในครัวเรือน ฉะนั้นในกรณีนี้ มีลำดับการใช้แหล่งเงิน จาก 3 แหล่ง โดยอาศัยแนวทางดังกล่าว ได้นำเสนอลำดับของการใช้แหล่งเงินใหม่ ในตารางที่ 2.12 พบว่า ร้อยละ 61 ใช้แหล่งเงินภายในครัวเรือนเพียงแหล่งเดียวตลอดระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาล ร้อยละ 10 ใช้แหล่งเงินภายในครัวเรือนก่อน แล้วตามด้วยการขอส่วนลดก่อนจ่ายส่วนที่ค้างจ่ายทั้งหมดในวันกลับบ้าน ประมาณร้อยละ 5 ต้องเลื่อนจ่ายเป็นวันอื่นก่อน และสามารถจ่ายได้หมดโดยใช้แหล่งเงินภายในครัวเรือน ประมาณร้อยละ 5 ใช้แหล่งเงินภายในครัวเรือนก่อน แล้วตามด้วยการขอลดหย่อน / สงเคราะห์ในส่วนที่ไม่สามารถจ่ายได้ ส่วนร้อยละ 20 ที่เหลือใช้แหล่งเงินจากหลายแหล่งคละกัน

ตารางที่ 2.12: ลำดับของการใช้แหล่งเงิน คัดแปลงตารางที่ 2.11

ลำดับของการใช้แหล่งเงิน	ราย	ร้อยละ
1	88	61.11
12	2	1.39
121	2	1.39
125	1	0.69
131	3	2.08
135	2	1.39
14	14	9.72
15	7	4.86
2	3	2.08
21	1	0.69
235	1	0.69
24	2	1.39
25	2	1.39
31	7	4.86
3121	1	0.69
31232	1	0.69
35	4	0.70
4	2	1.39
5	1	0.69
ทั้งหมด	144	100.00

7. ผลกระทบที่เกิดตามมาจากการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาล

ในการศึกษานี้ (FCI-1 Study) พบว่า ผู้ป่วยที่รายงานว่า ครอบครัวได้รับผลกระทบจากภาระค่ารักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยคราวนี้ โดยทำให้ต้องลดปริมาณบริโภคที่จำเป็น ร้อยละ 37.2 มีผลต้องให้ลูกออกจากโรงเรียนร้อยละ 0.8 และมีผลทำให้มีหนี้สินเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากภาระค่ารักษานี้ มีทั้งผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาได้ทั้งหมด และผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาไม่ได้ (ดูตาราง 2.13)

ตารางที่ 2.13: ผลกระทบจากภาระค่ารักษาพยาบาล

ผลกระทบ	ราย (ร้อยละของตัวอย่าง)	Able-to-pay	Unable-to-pay
● Reduction of essential consumption	644 (37.2)	430	214
● School drop-out	14 (0.8)	8	6
● Indebtedness	194 (11.2)	108	86

8. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

8.1) วันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล

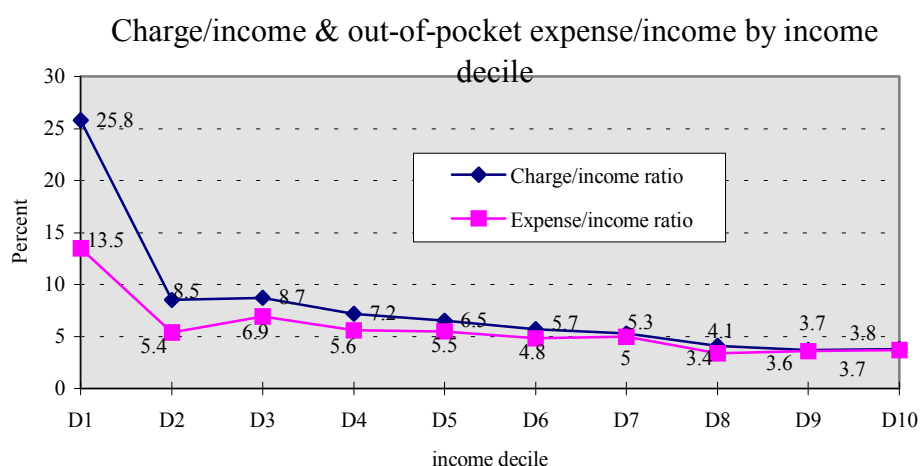
ค่ารักษาพยาบาล และวันนอนโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลของรัฐ เพิ่มขึ้นตามระดับศักยภาพของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น วันนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 4-10 วัน ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บต่อวัน ต่ำสุดในโรงพยาบาลชุมชน และสูงสุดในโรงพยาบาลราษฎร์ยินดี สัดส่วนค่ารักษาที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ต่อค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บในโรงพยาบาลของรัฐ ลดลงเมื่อระดับศักยภาพของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สัดส่วนนี้มีค่าต่ำสุดที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งนี้มีความสามารถในการจ่ายน้อย หรือมีปัญหาในการจ่ายมาก เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่น ในทางกลับกัน โรงพยาบาลแห่งนี้ต้องอุดหนุน หรือให้การสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมาก ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 2.5 - 14.7 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี ขณะที่ ค่ารักษาที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ โดยเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 1.8 - 13.4 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี แต่ระดับค่ารักษาที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ โดยเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 6.1 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี (ตารางที่ 2.14)

ตารางที่ 2.14: วันนอนโรงพยาบาล (LOS) ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ (charge) และ ค่ารักษาที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ (Out-of-pocket expense)

Hospital	Com.	SK	HY	PSU	RYD	FU	Overall
1.LOS							
mean	4.2	5.7	6.0	9.5	5.7	3.8	5.9
SD	5.3	4.5	4.9	8.9	8.0	2.7	6.4
min	1	2	2	3	2	1	1
max	39	35	35	79	94	31	94
2.CHARGE PER DAY							
mean	340	602	870	994	3,845	981	1,203
SD	290	483	822	730	2,515	1,809	1,718
min	8	14	40	100	191	148	8
max	2,013	4,277	9,675	4,301	18,847	23,862	23,862
3. Out-of-pocket expense / Charge (%)							
mean	86	87	85	77	100	98	88
SD	28	25	29	34	0	13	26
min	0	0	0	0	100	0	0
max	100	100	100	100	100	100	100
4. Charges as % annual family income							
mean	2.5	5.6	14.7	13.1	13.4	3.1	8.7
SD	4.3	7.0	109.0	18.3	45.6	8.7	49.3
min	0	0.1	0.1	0.2	0.4	0.2	0
max	47.4	58.8	1862.2	148.3	683.5	119.3	1862.2
5. Out-of-pocket expenses as % annual income							
mean	1.8	4.1	7.4	8.1	13.4	2.5	6.1
SD	3.1	4.5	23.5	13.0	45.6	4.4	21.3
min	0	0	0	0	0	0	0
max	32.1	38.8	359.0	148.3	683.5	32.0	683.5

ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ และค่ารักษาที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ ในแต่ละกลุ่มรายได้ เรียงจากต่ำสุดไปสูงสุดได้แสดงไว้ในรูปภาพที่ 2.1 สัดส่วนระหว่างค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล

เรียกเก็บกับรายได้ของครอบครัวต่อปี และ สัดส่วนระหว่างค่ารักษาที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้กับรายได้ต่อปี มีค่าสูงสุด เท่ากับ 25.8% และ 13.5% ตามลำดับในผู้ป่วยกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุด ขณะที่สัดส่วนระหว่างค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บกับรายได้ของครอบครัวต่อปี และ สัดส่วนระหว่างค่ารักษาที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้กับรายได้ต่อปี มีค่าต่ำสุด เท่ากับ 3.8% และ 3.7% ตามลำดับในผู้ป่วยกลุ่มที่มีรายได้สูงสุด ช่องว่าง หรือความแตกต่างของสัดส่วนทั้งสอง บ่งบอกถึงปริมาณเงินที่โรงพยาบาลต้องให้การอุดหนุน



รูปภาพที่ 2.1: Charges/income and out-of-pocket expenses/income by income decile

8.2) ค่ารักษาที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ คิดเป็นร้อยละ ของรายได้ของครอบครัวต่อปี

ในการศึกษานี้ ผู้ป่วยตัวอย่าง ประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 72) จ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินร้อยละ 5 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี ผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล เกินร้อยละ 5, 10, 15 และ 20 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี พบประมาณร้อยละ 28, 14, 8, และ 5 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลมาก ซึ่งมีจำนวนไม่มาก เช่น จ่ายค่ารักษาพยาบาล เกินร้อยละ 15 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี มีประมาณร้อยละ 8 ของตัวอย่างทั้งหมด แต่ค่ารักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สูง คิดเป็นร้อยละ 35 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดในประชากรตัวอย่าง (ตารางที่ 2.15)

ตารางที่ 2.15: ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดในประชากรตัวอย่าง และกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่ารักษาฯ เกินร้อยละ 5, 10, 15 and 20 รายได้ของครอบครัวต่อปี

กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่ารักษาฯ คิดเป็นร้อยละของรายได้ครอบครัวต่อปี	ตัวอย่าง (ราย)	% ตัวอย่าง	ค่ารักษาฯ ทั้งหมด (บาท)	คิดเป็นร้อยละของค่ารักษาฯ ทั้งหมด
5% และต่ำกว่า	1237	72	4,384,539	34
สูงกว่า 5%	490	28	8,372,852	66
10% และต่ำกว่า	1496	86	6,977,244	55
สูงกว่า 10%	235	14	5,780,147	45
15% และต่ำกว่า	1596	92	8,339,630	65
สูงกว่า 15%	135	8	4,417,761	35
20% และต่ำกว่า	1651	95	9,125,026	71
สูงกว่า 20%	80	5	3,632,365	29

หนึ่งในนิยามปฏิบัติการของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจนขั้นล้มละลายที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ เมื่อไรที่ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล เกินร้อยละ 15 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี ถือว่า เมื่อนั้น ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนขั้นล้มละลาย ตารางที่ 2.16 พรรณาดังลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนขั้นล้มละลาย และผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนขั้นล้มละลาย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนขั้นล้มละลาย มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยมีอายุมาก เพศหญิง การศึกษาดำรงระดับมัธยม จำนวนผู้ก่อรายได้ในครอบครัวน้อย และมีระดับรายได้ต่ำ และมีแนวโน้มเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลเอกชน ด้วยนิยามนี้ กว่าร้อยละ 81 ของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนขั้นล้มละลาย ยังสามารถจ่ายค่ารักษาได้ทั้งหมด

ตารางที่ 2.16: ลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนขั้นล้มละลาย

	ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนขั้นล้มละลาย (Non - FCI patients)	ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนขั้นล้มละลาย (FCI patients)	P-value, Chi-square
จำนวนตัวอย่าง (%)	1592 (92)	139 (8)	
กลุ่มอายุ <15	8.9	6.5	<0.001

15-30	41.4	24.5	
31-45	27.6	22.3	
46-60	15.1	23.7	
>60	7.0	23.0	
เพศ			0.031
ชาย	36.1	45.3	
หญิง	63.9	54.7	
สถานภาพสมรส			0.074
แต่งงานแล้ว	69.3	65.5	
โสด	21.6	19.4	
อื่นๆ	9.2	15.1	
การศึกษา			<0.001
จบประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	64.0	70.5	
จบมัธยมศึกษา	22.7	17.3	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	13.3	12.2	
อาชีพ			0.265
แรงงานฝีมือ	11.9	19.4	
แรงงานกึ่งฝีมือ	46.8	36.0	
ไม่มีงานทำ	41.3	44.6	
ศาสนา			0.324
พุทธ	85.7	85.6	
อิสลาม	13.4	12.2	
อื่นๆ	0.9	2.2	
ที่อยู่อาศัย			0.129
เขตเมือง	50.1	56.8	
เขตชนบท	49.9	43.2	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			0.191
=< 2	18.0	23.7	
3-4	41.5	43.9	
5-6	29.3	22.3	
>=7	11.1	10.1	

จำนวนผู้มีรายได้ในครอบครัว			0.036
0-1	31.1	41.7	
2	49.6	42.6	
>=3	19.4	15.8	
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน			<0.001
=<3000 บาท	6.7	19.0	
3001-6000	28.2	39.4	
6001-12000	32.2	28.5	
12001-30000	22.9	11.0	
>30000 บาท	10.1	2.2	
โรงพยาบาล			<0.001
ชุมชน	20.5	3.6	
สงขลา	18.2	7.2	
หาดใหญ่	16.8	19.4	
สงขลานครินทร์	16.0	31.7	
ราษฎร์ยินดี	13.2	34.5	
มูลนิธิมิตรภาพสามัคคี	15.2	3.6	
สถานะภาพการจ่ายเงิน			0.643
จ่ายทั้งหมด	79.7	81.3	
จ่ายบางส่วน	18.3	18.7	
ไม่ได้จ่าย	2.0	0.0	

8.3 ดัชนีความยากง่ายของโรคที่รักษา

ดัชนีความยากง่ายของโรคที่รักษา หรือ Case-mix index เป็นค่าเฉลี่ย ของน้ำหนักสัมพัทธ์ของทุกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยทั้งหมดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ถ้าดัชนีความยากง่ายของโรคที่รักษามีค่ามาก หมายถึงโรงพยาบาลแห่งนั้น ับรักษาผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างมาก หรือผู้ป่วยที่ยาก หรือผู้ป่วยที่ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษามาก ทำให้มีค่ารักษาค่อนข้างแพง ในการศึกษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งดูแลผู้ป่วยระดับตติยภูมิ มีดัชนีความยากง่ายของโรคที่รักษาสูงสุด ขณะที่โรงพยาบาลมูลนิธิมิตรภาพสามัคคี มีดัชนีความยากง่ายของโรคที่รักษาคต่ำสุด

ตารางที่ 2.17: ดัชนีความยากง่ายของโรคที่รักษา จำแนกตามชนิดโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ดัชนีความยากง่ายของโรคที่รักษา
ชุมชน	.60
สงขลา	.73
หาดใหญ่	.85
สงขลานครินทร์	1.12
ราษฎร์ยินดี	.87
มูลนิธิมิตรภาพสามัคคี	.57

8.4 โรคที่เจ็บป่วย และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

ตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้ สามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมทั้งหมด 224 กลุ่ม มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) อยู่ระหว่าง 0.05 - 7.54 (หลังจากที่ได้ตัด 128 ตัวอย่างที่ไม่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ออก)

ตารางที่ 2.16 แสดงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบบ่อย 10 อันดับแรก ซึ่งครอบคลุมร้อยละ 43 ของผู้ป่วยทั้งหมดในการศึกษานี้ เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐแตกต่างจากโรงพยาบาลเอกชนมาก ฉะนั้น ค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหนึ่งๆ ที่พบบ่อย จึงได้นำเสนอค่ารักษาของโรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลราษฎร์ยินดี เพื่อการเปรียบเทียบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบบ่อยทั้ง 10 อันดับ มีค่ารักษาฯ ค่อนข้างต่ำ ยกเว้นการผ่าท้องคลอด (cesarean section -DRG 371) ค่ารักษาพยาบาลในเกือบทุกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบบ่อย ของโรงพยาบาลราษฎร์ยินดี มีราคาสูงสุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และ โรงพยาบาลสงขลา ตามลำดับ

ตารางที่ 2.18: กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบบ่อย 10 อันดับแรก (Ten most common DRGs)

			ค่ารักษาฯ (บาท)			LOS
DRG (RW)	ชื่อกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	จำนวน	SK	PSU	RYD	(วัน)
183 (.42)	Esophagitis, Gastroenteritis & Misc Digestive Disorders age >17 W/O CC	161	1130	3751	5972	3
373	Vaginal Delivery W/O Complicating	154	1586	2145	11550	5

(.30)	Diagnoses					
371 (.85)	Cesarean Section W/O CC	96	5966	8803	28187	6
384 (.39)	Other Antepartum Diagnoses W/O Medical Complications	60	3605	3480	11783	4
420 (.66)	Fever of Unknown Origin age >17 W/O CC	50	1059	-	13281	4
321 (.65)	Kidney & Urinary Tract Infections age >17 W/O CC	45	1173	-	8519	5
184 (.22)	Esophagitis, Gastroenteritis & Misc Digest Disorders age 0-17	32	1299	6635	6026	3
450 (.67)	Poisoning & Toxic Effects of Drugs age >17 W/O CC	31	1731	-	-	3
421 (.58)	Viral Illness age >17	29	585	2430	8077	4
69 (.51)	Otitis Media & URI age>17 W/O CC	28	669	-	12460	3
Total	686/1603*100 = 42.8%	686				

Note: SK = Songkhla Hospital, PSU = Songklanagarind Hospital, RYD = Rajyindee Hospital.,

W/O = without, CC = co-morbidity / complication

ตารางที่ 2.19 แสดง กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีราคาสูงสุด 10 อันดับแรก ซึ่งมีเพียงร้อยละ 0.87 ของตัวอย่างทั้งหมด โดยแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีราคาสูงสุด จะมีผู้ป่วยจำนวนไม่มาก คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ อยู่ระหว่าง .28 - 4.11 ซึ่งมีเพียง 4 กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีราคาสูงสุด มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ มากกว่า 2 (RW>2) ฉะนั้น การนิยามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีราคาสูงสุด ด้วยราคารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ ซึ่งไม่ใช่ต้นทุนบริการ จึงมีข้อจำกัดและอาจไม่เหมาะสม

ตารางที่ 2.19: กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีราคาสูงสุด 10 อันดับแรก (Ten most high-cost DRGs)

DRG (RW)	ชื่อกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	จำนวน (ราย)	ค่ารักษาฯ (บาท)	LOS (วัน)
483 (4.11)	Tracheostomy Except for Face,Mouth & Neck Diagnoses	1	844,159	94
3 (2.88)	Craniotomy age 0-17	1	167,639	15
400 (2.17)	Lymphoma & Leukemia W Major O.R. Procedure	1	59,861	12
330 (.28)	Urethral Stricture age 0-17	1	58,051	6
14 (1.47)	Specific Cerebrovascular Disorders except TIA	3	49,103	26
358 (1.31)	Uterine & Adnexa Proc for Non- Malignancy W Cc	1	42,949	5
301 (1.02)	Endocrine Disorders W/O Cc	2	41,879	17
451 (.34)	Poisoning & Toxic Effects of Drugs age 0-17	3	39,929	14
219 (.91)	Lower Extrem & Humer Proc except Hip, Foot, Femur Age >17 W/O CC	1	39,922	4
2 (3.83)	Craniotomy for Trauma age >17	1	37,280	21
Total	=14/1603*100=0.87%	14		

9. ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ (able-to-pay) และ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ (unable-to-pay)

9.1) ผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ มีความแตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ค่อนข้างชัดเจน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.20 พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ มีแนวโน้มมีระดับรายได้ต่อเดือนต่ำ มีค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างสูง ป่วยเป็นโรคที่รุนแรงซับซ้อนกว่า ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษามาก และนอนโรงพยาบาลนานวันมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ นอกจากนั้น ค่ารักษาฯ ที่เรียกเก็บ เมื่อคิดเทียบเป็นร้อยละของรายได้ครอบครัวต่อปี ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ยังสูงเป็นเป็น 3 เท่า ของผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้

ตารางที่ 2.20: ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

	able-to-pay (1381 ราย)	unable-to-pay (350 ราย)	Mann-Whitney test, significant P- value
รายได้ต่อเดือน (บาท)	14,972	6,229	<.0001
ค่ารักษาที่เรียกเก็บ (บาท)	7,360	7,622	<.0001
ค่ารักษาที่เรียกเก็บ เมื่อคิดเป็นร้อยละของรายได้ครอบครัวต่อปี	6.1	18.6	<.0001
ค่ารักษาที่จ่ายได้ (บาท)	7,360	2,693	<.0001
ค่ารักษาที่จ่ายได้ เมื่อคิดเป็นร้อยละของรายได้ครอบครัวต่อปี	6.1	5.9	.5466
อัตราส่วน ระหว่าง ค่ารักษาที่จ่ายได้ กับค่ารักษาที่เรียกเก็บ (%)	100	42	<.0001
LOS (วัน)	5	9	<.0001
Case-mix index	1.1	1.2	.0018

9.2) กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบบ่อย

เมื่อพิจารณากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบบ่อย 10 อันดับแรก (Ten most common DRGs) ของทั้งผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ และ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ แล้วดังแสดงในตาราง 2.21 พบว่า มีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 5 ใน 10 กลุ่มที่พบร่วมกันทั้งสองกลุ่ม และพบว่า 4 ใน 5 กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมดังกล่าว มีค่ารักษาที่เรียกเก็บ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ของกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาฯไม่ได้ ต่ำกว่า ของกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาฯได้ แสดงว่ากลุ่มที่จ่ายค่ารักษาฯไม่ได้ มีความสามารถในการจ่ายต่ำกว่ากลุ่มที่สามารถจ่ายค่ารักษาฯได้หมด ฉะนั้นความสามารถในการจ่ายของครอบครัว ขึ้นกับระดับรายได้ หรือความมีสภาพคล่องทางการเงินของครอบครัว มากกว่า ขนาดของค่ารักษาที่เรียกเก็บ มีข้อที่น่าสนใจว่า ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอด (caesarean section - DRG 371) มีโอกาสที่จะมีปัญหาจ่ายค่ารักษาฯไม่ได้ค่อนข้างมากถึงร้อยละ 35 [$34/(62+34) = 0.35$]

ตารางที่ 2.21: กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบบ่อย 10 อันดับแรก

	Able-to-pay				Unable-to-pay			
Rank	DRG	N	Charge	LOS	DRG	N	Charge	LOS
1	183	147	1,663	3	373	36	1,703*	6
2	373	118	2,273	5	371*	34	6,420*	6
3	371*	62	11,847	6	183	14	1,182*	4
4	384	52	3,130	4	167	10	8,241	6
5	420	46	2,697	4	486	9	10,002	13
6	321	38	3,437	5	384	8	5,841	6
7	184	30	2,866	3	490	7	8,291	9
8	69	28	5,482	3	321	7	1,732*	5
9	450	27	2,085	3	281	7	621	2
10	421	27	2,777	4	365	6	12,649	11
Total	(1381)	575			(350)	138		

9.3) ผลลัพธ์ของการรักษา

เมื่อจำแนกผลลัพธ์ของการรักษา (Clinical outcome) เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เป็นดีขึ้น (improved) ไม่ดีขึ้น (not improved) ส่งต่อไปรักษาที่อื่น (referred) และเสียชีวิต (dead) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ มีผลลัพธ์ของการรักษาในทางดีขึ้น และเสียชีวิตน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 2.22)

ตารางที่ 2.22: ผลลัพธ์ของการรักษา

	ผลลัพธ์ของการรักษา (ราย, ร้อยละ)				
	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	ส่งต่อ	เสียชีวิต	รวม
able-to-pay	1342 (97.2)	10 (0.7)	29 (2.1)	0 (0.0)	1381 (100.0)
unable-to-pay	333 (95.1)	5 (1.4)	10 (2.9)	2 (0.6)	350 (100.0)
รวม	1675 (96.8)	15 (2.3)	39 (2.3)	2 (0.1)	1731 (100.0)

Note: ทดสอบด้วย Chi Square test, P-value=0.016

10. การวัดความสามารถในการจ่าย (Measure of ATP)

ในจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 1731 ราย ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชน (รพ. ราษฎร์ยินดี) ทุกคนจำนวน 258 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจ่ายทั้งนั้น ฉะนั้น สถานะภาพในการจ่าย ทุกคนจึงเป็นจ่ายได้หมด ไม่มีใครล้มเหลว (no failure event) ซึ่งไม่เกิดประโยชน์ในการวิเคราะห์ความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลดังกล่าว จึงตัดผู้ป่วยเหล่านี้ออกจากการวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ ทั้งหมด 1472 ราย โดยมีผู้ป่วย 350 รายที่จ่ายค่ารักษาฯ ไม่ได้ (failure data) และมีผู้ป่วย 1122 รายที่จ่ายได้หมด (censored data) ผลการวิเคราะห์ดูรายละเอียดในตาราง 2.23 ปัจจัย / ตัวแปรหลายตัวถูกนำมาทดสอบและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ความสามารถในการจ่ายในแต่ละระดับของปัจจัย / ตัวแปร และได้รับการทดสอบด้วย logrank test ในสมมติที่ 2 และ 3 เป็นจำนวนผู้ป่วยที่จ่ายได้และจ่ายไม่ได้ ในแต่ละระดับของตัวแปรต่างๆ ระดับค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายได้สูงสุด (maximum affordable limit) ณ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25, 50, และ 75 แสดงไว้ในสามสมมติถัดไป ความสามารถในการจ่ายในแต่ละระดับของปัจจัยด้านอายุ สามารถอธิบายได้ดังนี้ ถ้าค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ เกิน 3,295 บาท ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี จะมีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้ และ ถ้าค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ เกิน 20,647 บาท ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี จะมีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้ ขณะที่ไม่พบระดับค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายได้สูงสุด ณ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 แสดงว่า ไม่มีผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีรายใด มีค่ารักษาพยาบาล ณ ค่ารักษาฯ ระดับนี้ เช่นเดียวกัน ระดับค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บสูงสุด ณ เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 ของผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 46-60 ปีมีค่ารักษาฯ เท่ากับ 44,987 บาท ถ้าค่ารักษาฯ เกินกว่านี้ ประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาจ่ายค่ารักษาฯ เมื่อพิจารณาภาพรวมของผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้ ณ ระดับค่ารักษาฯ ที่เกิน 14,700 บาท สมมติสุดท้ายในตาราง เป็นผลของการทดสอบสถิติ logrank ซึ่งมีการกระจายของค่าคล้ายกับสถิติ Chi-square การทดสอบ logrank นำมาใช้ในการวิเคราะห์ความสามารถในการจ่าย เพื่อบ่งบอกว่า ความสามารถในการจ่าย ในแต่ละระดับของปัจจัยที่สนใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวอย่าง เช่น ในปัจจัยด้านอายุ ค่า p-value ของการทดสอบ logrank มีค่า เท่ากับ 0.206 (Chi-square มีค่า 5.92 ที่ degree of freedom เท่ากับ 4) สรุปว่า ความสามารถในการจ่าย ไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ ความสามารถในการจ่าย ในปัจจัย / ตัวแปรอื่น ก็อธิบายในทำนองเดียวกัน

ตารางที่ 2.23: ผลการวิเคราะห์ Univariate ด้วยวิธี Survival analysis

	# of cases		Maximum affordable limit (Baht)			logrank test*
	able	unable	25%	50%	75%	P-value
Age group						0.206
<15 year	89	26	3,295	20,647	.	
15-30	493	144	3,000	11,880	.	
31-45	299	90	3,661	20,145	.	
46-60	162	63	3,000	9,625	44,987	
>60	79	27	4,800	12,111	.	
Sex						0.561
male	380	132	3,403	10,430	44,987	
female	742	218	3,362	18,173		
Education						<0.001
primary school	721	262	3,000	9,313	44,987	
secondary	266	68	4,000	21,542	.	
> secondary	135	20	.	.	.	
Occupation						<0.001
skilled	105	22	44,987	44,987	.	
unskilled	580	152	3,600	15,853	.	
jobless	438	176	3,010	8,885	21,542	
Residence						0.056
urban	528	150	4,300	44,987	.	
rural	594	200	2,600	8,258	21,542	
Religion						0.092
Buddhist	965	285	3,500	18,173	.	
Islam	149	63	2,000	5,794	9,313	
others	9	2	4,400	.	.	
Family size						0.119
<=2 persons	222	64	3,354	.	.	
3-4	486	133	3,640	20,145	.	

	# of cases		Maximum affordable limit (Baht)			logrank test*
	able	unable	25%	50%	75%	P-value
5-6	322	104	4,000	10,430	.	
>=7	92	49	2,184	4,980	20,647	
Income earners						<0.001
0-1 person	314	153	2,170	9,313	44,987	
2	586	145	4,641	14,700	.	
>=3	222	52	4,000	.	.	
Income class (Baht)						<0.001
<3000	75	55	1,000	3,900	7,757	
3001-6000	322	168	1,885	5,000	18,173	
6001-12000	396	102	4,000	20,145	.	
12001-30000	283	17	.	.	.	
>30000	46	8	.	.	.	
Charges (Baht)						<0.001
<=2500	713	127	2,200	.	.	
2501-7500	256	121	3,500	7,250	.	
7501-15000	113	65	5,014	.	.	
>15000	40	37	6,266	21,542	.	
Length of stay						.1251
<=3 days	522	67	5,100	.	.	
4-6	399	122	3,775	.	.	
>6	199	161	6,266	8,350	44,987	
Case-mix index						0.5496
<1.5	959	272	3,415	18,173	.	
1.5-3.0	78	30	3,811	.	.	
>3.0	12	18	2,800	11,039	44,987	
Total 1472 cases	1122	350	3,363	14,700	.	

Note * = logrank test stratified by hospital

ผลการทดสอบ logrank ในตารางที่ 2.23 สรุปว่า ความสามารถในการจ่าย มีความสัมพันธ์กับปัจจัย / ตัวแปรหลายตัว ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนผู้ก่อรายได้ในครอบครัว ระดับรายได้ต่อเดือน และระดับค่ารักษาพยาบาล โดยที่ความสามารถในการจ่าย เพิ่มขึ้นเมื่อระดับของปัจจัย / ตัวแปรไปในทิศทางดีขึ้น โดยสังเกตจากระดับค่ารักษาสูงสุดที่เปอร์เซ็นต์ไคส์ต่างๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยม มีความสามารถในการจ่ายมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นประถม ทำนองเดียวกัน ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนสูง มีความสามารถในการจ่ายมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำเป็นต้น อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้น เป็นผลของการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude / Univariate analysis) โดยไม่ได้ปรับด้วยปัจจัย / ตัวแปรตัวอื่น ดังนั้น กลุ่มปัจจัย/ตัวแปรต่างๆ เช่น ปัจจัยทางประชากร (ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา และอาชีพ) ปัจจัยทางสังคม (ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และศาสนา) ปัจจัยของครอบครัว (ได้แก่ ขนาดของครอบครัว และ จำนวนสมาชิกที่ก่อรายได้) และปัจจัยทางเศรษฐกิจ (ได้แก่ รายได้ครัวเรือนต่อเดือน) ค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ และ case-mix index ได้นำไป modeling เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ และหาตัวแปรที่สามารถอธิบายความสามารถในการจ่าย ของครอบครัวโดยการวิเคราะห์แบบ multivariate Cox regression เนื่องจากค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ และวันนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กัน (สัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์ - $r = 0.4852$) จึงนำเฉพาะค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ เข้าในการวิเคราะห์ อนึ่ง ความสามารถในการจ่าย ของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี อาจมีข้อโต้แย้งว่า ขึ้นกับ ความสามารถในการจ่าย ของพ่อแม่ เพราะตัว เองยังไม่มีอาชีพ และไม่มีรายได้ เพื่อหลีกเลี่ยงสถานะต้องพึ่งพาของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีผลต่อการ วิเคราะห์ความสามารถในการจ่ายของครอบครัว จึงตัดข้อมูลผู้ป่วยที่มีอายุ น้อยกว่า 15 ปี จำนวน 115 รายออก ทำให้ตัวแปรอายุเหลืออยู่ 4 ระดับ และมีผู้ป่วยตัวอย่างคงเหลือจำนวน 1357 รายในการวิเคราะห์แบบ multivariate Cox regression ผลของการ modeling ในการวิเคราะห์แบบ multivariate โดยตัวแปรทั้งหมดในตาราง 2.23 ยกเว้นวันนอนโรงพยาบาล ปรากฏอยู่ในสมการสุดท้ายของตาราง 2.24 โดยสมการที่ 2 แสดง model ที่มีตัวแปรทุกตัวแปร ให้ค่า log likelihood เท่ากับ -1354.3078 ถือเป็น model อ้างอิง (referent model) ในที่นี้ ส่วน model ที่เหลือ จะมีตัวแปรน้อยกว่า model อ้างอิง หนึ่งตัวแปร ตัวอย่างเช่น ใน model 1 จะไม่มีตัวแปรอายุ ค่า log likelihood เปลี่ยนไป เป็น -1355.5779 ความแตกต่างของค่า log likelihood ใหม่และ log likelihood เดิมใน model อ้างอิง ถ้าคูณด้วย -2 จะได้ค่า log likelihood ratio เท่ากับ 2.54 ที่มี degree of freedom เท่ากับ 4 เมื่อเปิดตารางจะได้ค่า p-value เท่ากับ 0.4681 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงสรุปว่า ปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่ายของครอบครัว เมื่อปรับตัวแปรอื่นๆแล้ว Model ที่เหลือทั้งหมดได้ใช้วิธีการเดียวกันในการทดสอบหาความสัมพันธ์ และพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ และค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่ายของครอบครัว การวิเคราะห์แบบ Cox regression จำเป็นต้องตรวจสอบว่าข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เข้ากันได้กับข้อสมมุติของ Cox's proportional hazard model หรือไม่ ถ้าใช้โปรแกรม STATA ในการ

วิเคราะห์ จะมีการทดสอบที่เรียกว่า Global test ซึ่งมีการ กระจายแบบสถิติ Chi-square ถ้าค่า p-value ต่ำมากแสดงว่าข้อมูลมีโอกาสละเมิดข้อสมมุติของ Cox's proportional hazard มาก หมายถึงผลการวิเคราะห์ด้วย Cox's proportional hazard ไม่น่าเชื่อถือ ต้องใช้วิธีอื่นที่เหมาะสมในการวิเคราะห์ข้อมูลชุดนี้ ในการศึกษาการทดสอบ Global test ใน referent model ให้ค่า Chi-square เท่ากับ 33.77 มี degree of freedom เท่ากับ 25 และ ค่า p-value เท่ากับ 0.1129 แสดงว่าข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ เข้าได้กับ หรือไม่ละเมิดข้อสมมุติของ Cox's proportional hazard โดยสรุป ในการศึกษา ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ และค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่ายของครอบครัว

11. อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ล้มละลายในจังหวัดสงขลา

ตามที่เกริ่นนำในระเบียบวิธีวิจัยว่านิยามปฏิบัติการของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ล้มละลายที่ใช้ในการศึกษานี้หมายถึง 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ต้องขอสงวนสงเคราะห์ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯและผลกระทบจากภาระค่ารักษาฯ มีผลให้ลูกออกจากโรงเรียน หรือครอบครัวมีหนี้สินเพิ่มขึ้น และ 3) ผู้ป่วยที่มีภาระค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ เกินกว่าร้อยละ 15 ของรายได้ครอบครัวต่อปี เนื่องจากตัวอย่างทั้งหมด 1,731 ราย มาจากโรงพยาบาลทั้งหมด 6 ประเภทในจังหวัดสงขลาโดยมีระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลแตกต่างกัน โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสงขลาเก็บรวบรวมเสร็จในระยะเวลา 4 เดือน โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์เก็บรวบรวมเสร็จใน 5 เดือน โรงพยาบาลราชบุรียูนดี และโรงพยาบาลมิตรภาพสามัคคีเก็บรวบรวมเสร็จใน 6 เดือน แต่ละโรงพยาบาลมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากภาระค่ารักษาฯ ทำให้ลูกออกจากโรงเรียน หรือครอบครัวมีหนี้สินเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่มีภาระค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ เกินกว่าร้อยละ 15 ของรายได้ครอบครัวต่อปี แตกต่างกัน การหาอุบัติการณ์ หรือสัดส่วนของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ล้มละลาย ตามนิยามทั้งสาม จึงมีความจำเป็นต้องมีการถ่วงน้ำหนักใหม่ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ศึกษาหารด้วยจำนวนเดือนที่ศึกษาในแต่ละโรงพยาบาลศึกษา วิธีการคำนวณและผลการคำนวณได้แสดงไว้ในตาราง 2.25 โดยนิยามอันแรก ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ต้องขอสงวนสงเคราะห์ในจังหวัดสงขลา พบประมาณร้อยละ 21.5 โดยนิยามอันที่สอง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯและมีผลกระทบจากภาระค่ารักษาฯ ทำให้ลูกออกจากโรงเรียน พบประมาณร้อยละ 0.36 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯและมีผลกระทบจากภาระค่ารักษาฯ ทำให้ครอบครัวมีหนี้สินเพิ่มขึ้น พบประมาณร้อยละ 4.85 ส่วนผู้ป่วยที่มีภาระค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ เกินกว่าร้อยละ 15 ของรายได้ครอบครัวต่อปี พบประมาณร้อยละ 7.5

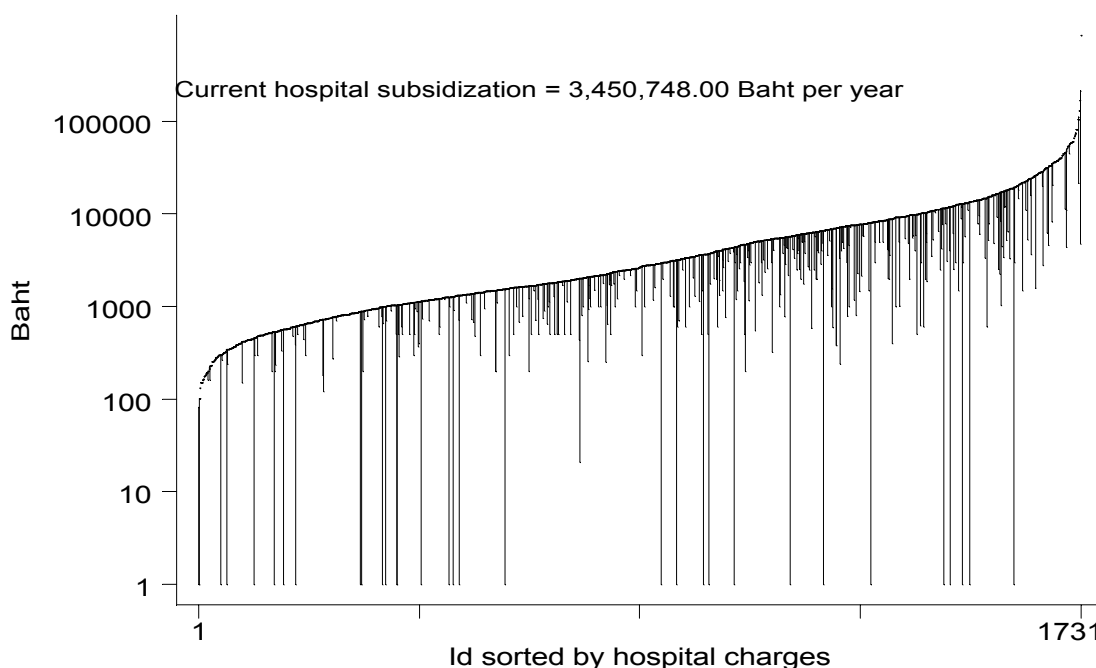
ตารางที่ 2.25: Weighted proportion of FCI in various definitions

	SIZE	MONTH	WEIGHT (W)	UNABLE-TO-PAY (U)			UNABLE-TO-PAY & SCHOOL DROP-OUT(X)			UNABLE-TO-PAY & INDEBTEDNESS (Y)			>=15% OF INCOME (Z)		
Hosp	n_i	m_i	n_i/m_i	u_i	$P1 = u_i/n_i$	$W*P1$	x_i	$P2 = x_i/n_i$	$W*P2$	y_i	$P3 = y_i/n_i$	$W*P3$	z_i	$P4 = z_i/n_i$	$W*P4$
Comm.	332	4	83	79	.238	19.75	1	.003	.249	23	.069	5.73	5	.015	1.245
SK	300	4	75	77	.257	19.28	2	.007	.525	20	.067	5.03	10	.033	2.475
HY	295	5	59	76	.258	15.22	2	.007	.413	14	.047	2.77	27	.092	5.428
PSU	299	5	59.8	110	.368	22.01	1	.003	.124	29	.097	3.99	44	.147	6.05
RYD	258	6	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48	.186	11.123
FU	247	6	41.17	8	.032	1.31	0	0	0	0	0	0	5	.020	0.86
All	1731			350			6			86			139		
			$\Sigma W = 360.97$			$\Sigma(W*P1)$ =77.57			$\Sigma(W*P2) =$ 1.31			$\Sigma(W*P3)$ =17.52			$\Sigma(W*P4)$ =27.18
Weighted proportion $= (\Sigma(W*P_i) / \Sigma W) * 100$				21.5%			0.36%			4.85%			7.53%		

Note: The unit of data is number of cases. Month =study month, Size n=sample, size N=total out-of-pocket, Unable-to-pay = in-patients who are unable to pay the whole bills, >=15% of income = Out-of-pocket expense >= 15% of income.

12. ประมาณการค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้เพื่ออุดหนุน / ป้องกันไม่ให้เกิดสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลายใน จังหวัดสงขลา (financial requirements for protection against FCI)

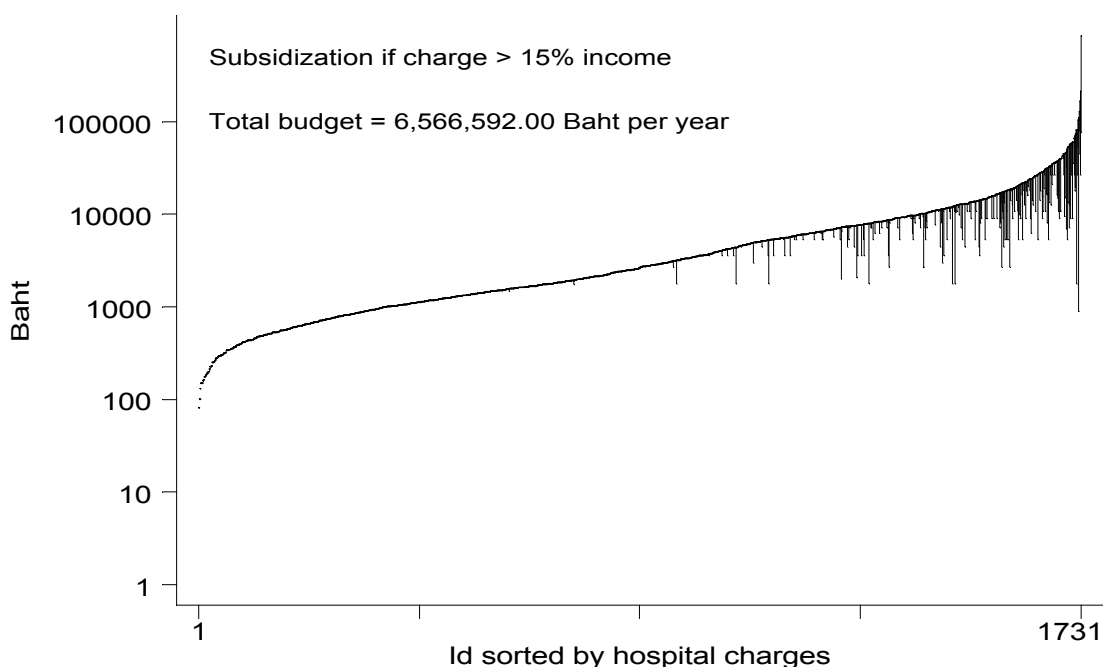
ในการคำนวณ ตั้งอยู่บนข้อสมมุติว่า ในช่วงเวลาที่ศึกษา ประมาณ 6 เดือน ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ศึกษาที่แต่ละโรงพยาบาลศึกษารวบรวมได้ เป็นส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ที่เจ็บป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดสงขลาในรอบ 6 เดือน การเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในรอบ 6 เดือนข้างหน้า ยังคงเป็นเช่นเดิม ไม่เปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาฯ และปริมาณเงินที่โรงพยาบาลต้องอุดหนุน ไม่เปลี่ยนแปลง ดังนั้น ในการประมาณการค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้อุดหนุนทั้งปี หรือในรอบ 1 ปี จึงนำปริมาณเงินที่โรงพยาบาลต้องอุดหนุนในแต่ละโรงพยาบาลในรอบ 6 เดือน แปลงเป็นปริมาณเงินที่โรงพยาบาลต้องอุดหนุนผู้ป่วยที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาฯ ต่อเดือน แล้วคูณด้วย 12 เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย ข้อมูลดังกล่าวได้แสดงด้วยกราฟ ดังในภาพที่ 2.2 และ ภาพที่ 2.3



รูปภาพที่ 2.2: Charges, paid and hospital subsidization

ในภาพที่ 2.2 แกน Y คือ จำนวนเงินมีหน่วยเป็นค่า log ของบาท แกน X คือ ผู้ป่วยทั้งหมดที่เรียงตามลำดับจากผู้ที่มีค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บน้อยที่สุดไปหามากที่สุด เส้นกราฟ

เรียบ (a smooth curve line) แสดงค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บในการเจ็บป่วยครั้งนี้สะสม โดยที่อยู่บนขวาและปลายสุด คือค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บทั้งหมด เส้นตรงแนวดิ่งเชื่อมระหว่างสองตัวแปรในผู้ป่วยแต่ละคน ตัวแปรที่อยู่ปลายบนคือ ค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ตัวแปรที่อยู่ปลายล่างคือ จำนวนเงินที่ผู้ป่วยจ่ายได้ ดังนั้น เส้นนี้หมายถึง ส่วนต่าง หรือปริมาณเงินที่โรงพยาบาลอุดหนุน แต่เนื่องจากแกน Y อยู่ในหน่วย logarithmic scale ความยาวของเส้นนี้ จึงไม่แสดงถึงจำนวนเม็ดเงิน อย่างไรก็ตาม จากกราฟในรูปภาพที่ 2.2 ในสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลต้องอุดหนุนผู้ที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ 3,450,748 บาทต่อปี



รูปภาพที่ 2.3: ปริมาณเงินที่โรงพยาบาลอุดหนุน เพื่อไม่ให้เกิดสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย (FCI)

ถ้าตั้งข้อสมมุติว่า ผู้ป่วย / ครอบครัว จะไม่มีปัญหาการจ่ายรักษาพยาบาลเลย ถ้าค่ารักษาในการเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลครั้งหนึ่งๆ ไม่เกินร้อยละ 15 ของรายได้ครอบครัวต่อปี หมายความว่า ครอบครัวเรือนสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ไม่เกินร้อยละ 15 ของรายได้โดยอาศัยรายได้ที่มีอยู่ ส่วนค่ารักษาพยาบาลที่เกินร้อยละ 15 เป็นหน้าที่ของรัฐ หรือโรงพยาบาลของรัฐต้องช่วยอุดหนุน ในสถานการณ์เช่นนี้ ปริมาณเงินที่รัฐ หรือโรงพยาบาลของรัฐต้องช่วยอุดหนุนย่อมเปลี่ยนไปจากสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้เข้าใจง่าย ได้แสดงด้วยกราฟในรูปภาพที่ 2.3 ผู้ป่วยทุกรายที่มีค่ารักษาพยาบาลไม่มาก (เช่น ประมาณ 1000 บาทต่อครั้งนอนโรงพยาบาล) จะไม่มีการอุดหนุนโดยรัฐ เพราะค่า

รักษาในระดับนี้ ครอบครัวสามารถรับภาระด้วยรายได้เพียงลำพัง ตรงกันข้าม ในมุมมองของกราฟ จะต้องมีการอุดหนุนจากรัฐเป็นจำนวนมาก เพราะค่ารักษามีราคาแพง (อยู่ใน logarithmic scale) ภายใต้สถานการณ์ใหม่นี้ รัฐหรือโรงพยาบาลของรัฐจะต้องมีเงินอุดหนุนเพิ่มขึ้น 6,566,592 บาทต่อปี โดยที่ครอบครัวของผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาเอง หรือผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพในจังหวัดสงขลาขณะนี้ ไม่มีปัญหาในการจ่ายค่ารักษาฯ หรือไม่ต้องประสบกับสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย ยกตัวอย่างกรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีประชากรปี พ.ศ. 2542 ทั้งหมด 1,201,801 คน มีประชากรประมาณร้อยละ 30 (355,321 คน) ที่ยังไม่มี หลักประกันสุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพแก่คนเหล่านี้ เพื่อปกป้องไม่ให้คนเหล่านี้ประสบกับสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย เป็นสิ่งที่จำเป็น และมีความเป็นไปได้ในกรณีที่ไม่สามารถหาแหล่งเงินจากงบประมาณมาอุดหนุน โดยผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพในจังหวัดสงขลาขณะนี้ทุกคน จะต้องช่วยจ่ายเบี้ยประกันประมาณ 20 บาทต่อคนต่อปี จะสามารถสมทบเงินประมาณ 7 ล้านบาทต่อปีเพื่อคุ้มครองค่ารักษาฯ ที่อาจเกินความสามารถในการจ่ายของครอบครัว และทุกครั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล จะมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาฯ ไม่เกินร้อยละ 15 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี

บทที่ 3: FCI-2 Study

FCI-2 Study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพรรณาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ต้องขอสงเคราะห์ค่ารักษาฯ จากโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งถือว่า เป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนล้มละลาย (Financially catastrophic illness - FCI) ตามนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) อันแรกในการศึกษาวิจัยนี้ อนึ่งการศึกษานี้มีขึ้น ด้วยเหตุผลสองประการ เพื่อเสริมการศึกษาวิจัยในบทที่แล้ว (FCI-1 Study) ให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ประการแรก ในการศึกษาบทที่แล้ว มีโอกาสที่ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนล้มละลายน้อยหรือไม่เพียงพอ ความจำกัดนี้ อาจทำให้ไม่สามารถทำความเข้าใจผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างคึก ประการที่สอง ตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯได้อยู่แล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้กำลังเผชิญกับค่ารักษาที่เกินความสามารถจ่าย หรือค่ารักษาราคาแพง และมีระดับความรุนแรงของปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายมากกว่าตัวอย่างที่มีปัญหาจ่ายไม่ได้ในการศึกษาบทที่แล้ว ทำให้ได้ตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนล้มละลายจริงๆ ในสังคมไทยจึงเป็นประโยชน์ในการศึกษาลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยเหล่านี้

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อพรรณาดังความสามารถในการจ่ายของครอบครัว และปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้และต้องขอสงเคราะห์ในโรงพยาบาลศึกษา
- 2) เพื่อศึกษาถึงวิธีการจัดการทางการเงินของครอบครัวต่อภาระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการเจ็บป่วยในผู้ป่วยกลุ่มนี้
- 3) เพื่อศึกษาถึงชนิดของแหล่งเงิน และลำดับการใช้แหล่งเงินในการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการเจ็บป่วย ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้
- 4) เพื่อศึกษาถึงโรคที่เจ็บป่วย (ด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม - DRG) ผลลัพธ์ของการรักษา จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ และค่ารักษาที่ผู้ป่วย / ญาติสามารถจ่ายได้ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ระเบียบวิธีการวิจัย

ในการศึกษานี้ ใช้วิธีการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการสำรวจโรงพยาบาลแบบตัดขวาง (cross sectional, hospital-based survey) โดยทำการศึกษาในเดือน พฤษภาคม และมิถุนายน 2542 เป็นเวลา 2 เดือน เจาะจงเลือกโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาล สงขลาครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่สองแห่งในจังหวัดสงขลา ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน และเดือนมิถุนายน 2542 เจาะจงเลือกศึกษาในโรงพยาบาลสงขลา ครินทร์ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. การสำรวจโรงพยาบาลแบบตัดขวาง

1.1 ตัวอย่างที่ศึกษา

ตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล ต้องขอลดหย่อน / ขอสงวนสงเคราะห์ จากโรงพยาบาลที่ศึกษา ในช่วงเวลาที่ศึกษา

- เกณฑ์คัดเข้า : ผู้ป่วยในที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเพราะไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ อาศัย อยู่ในจังหวัดสงขลา และมีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล
- เกณฑ์คัดออก : ผู้ป่วยในที่มีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง

1.2 ขนาดของตัวอย่าง ประมาณจากสถิติของผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์ศึกษาที่มาขอสงวนสงเคราะห์ใน โรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นระยะเวลา 2 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล ซึ่งโดยเฉลี่ย พบว่า มีผู้ป่วยในที่เข้า เกณฑ์ศึกษา ประมาณ 100 และ 50 คนต่อเดือนมาปรึกษาขอสงเคราะห์ ที่งานสังคมสงเคราะห์ของ โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลาครินทร์ ตามลำดับ ประชากรตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 300 ราย

1.3 การเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถามอันเดียวกับการศึกษาในบทที่แล้ว (FCI-1 Study) ผู้ป่วยใน ที่ รับใหม่และเข้าเกณฑ์ศึกษา ทุกรายจะได้รับการสัมภาษณ์ สำหรับโรงพยาบาลสงขลาครินทร์ ผู้ป่วยในที่เข้าเกณฑ์ จะถูกคัดเข้าศึกษาโดยนักสังคมสงเคราะห์ในวันแรกที่ขอสงวนสงเคราะห์ การ สัมภาษณ์ทำโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมแล้วที่ห่อผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ส่วนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ใน โรงพยาบาลหาดใหญ่จะถูกคัดเข้าศึกษาและสัมภาษณ์โดยนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการอบรมแล้ว ในวันแรกที่ขอสงวนสงเคราะห์ ณ งานสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

1.4 ตัวแปรที่น่าสนใจ : ตัวแปรตาม คือ Ability to pay (ATP) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ สิทธิทรัพย์ของครอบครัว โรคที่เจ็บป่วย ผลลัพธ์ของการรักษา จำนวนวันนอน โรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ และดัชนีความรุนแรงของโรคที่เจ็บป่วย (case-mix index)

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เน้นการใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลทั้งหมดที่อยู่ใน .DBF file ถูกนำเข้าโปรแกรมการจัดกลุ่มวินิจัยโรคร่วม (DRG Grouper) ก่อนเพื่อให้ได้กลุ่มวินิจัยโรคร่วม และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ประมวลผลด้วยโปรแกรม STATA version 6.0

2. การสัมภาษณ์เชิงลึก

2.1 ตัวอย่างที่ศึกษา และจำนวนตัวอย่าง

- ตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยอาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา มีค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากการเจ็บป่วยครั้งนี้มากกว่า 40,000 บาท และมีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล ต้องขอลดหย่อน / ขอสงวนสงเคราะห์จากโรงพยาบาลที่ศึกษา ในช่วงเวลาที่ศึกษา

2.2 การเก็บข้อมูล ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ จะถูกคัดเข้าศึกษาโดยนักสังคมสงเคราะห์ โดยผู้ป่วย 25 ราย เป็นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลระหว่างเดือนเมษายน และมิถุนายน 2542 ที่มีภูมิลำเนาปัจจุบันในจังหวัดสงขลา และผู้ป่วย 13 ราย เป็นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลระหว่างเดือนมกราคม และมีนาคม 2542 ที่มีภูมิลำเนาปัจจุบันในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยหลักได้บันทึกสถานที่อยู่ที่ผู้ป่วย / ญาติแจ้งไว้กับโรงพยาบาล และไปตามหาผู้ป่วยที่บ้าน การสัมภาษณ์ทำโดยผู้วิจัยหลัก สถานที่สัมภาษณ์คือที่บ้านผู้ป่วย กรณีที่เป็นผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านแล้ว หรือห่อผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยกลับบ้าน สำหรับผู้ป่วยที่ยังอยู่โรงพยาบาล และกำลังถูกจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยหลักจะขออนุญาตติดตามไปเยี่ยมบ้านในวันต่อมา เพื่อศึกษาและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล que ผู้ป่วย/ญาติให้ไว้ โดยประเมินฐานะความเป็นอยู่ ด้วยการสังเกต สภาพแวดล้อมบ้านที่อยู่อาศัย และสัมภาษณ์เพื่อนบ้าน เนื้อหาที่พูดคุย หรือสัมภาษณ์ จะมีการจดบันทึกอย่างย่อ (Field note) และบันทึกโดยละเอียด (Full note) โดยผู้วิจัยหลักในวันเดียวกัน ผู้วิจัยไม่ได้มีการบันทึกเทปในการศึกษานี้ เพราะได้รับการขอร้องจากผู้เข้าร่วมศึกษา

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้โปรแกรม Ethnograph 4.0

ผลการศึกษา

ก) ผลการศึกษาวินิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Study)

1) ลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เก็บได้ทั้งหมดในระยะเวลาที่ศึกษา 2 เดือน ซึ่งเป็นผู้ป่วยในที่ต้องจ่ายค่ารักษาเองและมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดสงขลา พบมีปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ต้องขอสงวนสงเคราะห์

ประมาณร้อยละ 3.40 และ 2.10 ของผู้ป่วยในทุกประเภทของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตามลำดับ และสามารถจำแนกตัวอย่างเหล่านี้ตามประเภทผู้ป่วย ดังที่แสดงในตาราง 3.1 พบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมในโรงพยาบาลหาดใหญ่ และผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กุมารเวชกรรม และศัลยกรรมในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้บ่อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น

ตารางที่ 3.1: กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประเภทผู้ป่วย

ประเภทผู้ป่วย	โรงพยาบาลหาดใหญ่			โรงพยาบาลสงขลานครินทร์		
	ผู้ป่วยใน ทุก ประเภท (N1)	จำนวน ตัวอย่าง (n1)	%สัดส่วน $n1/N1*100$	ผู้ป่วยใน ทุก ประเภท (N2)	จำนวน ตัวอย่าง (n2)	%สัดส่วน $(n2/N2*100)$
สูตินรีเวชกรรม	2320	48	2.07	931	12	1.29
ศัลยกรรม	1107	96	8.67	946	26	2.75
อายุรกรรม	1035	52	5.02	1133	17	1.50
กุมารเวชกรรม	564	1	0.18	899	24	2.67
ศัลยกรรมกระดูก	411	2	0.49	248	11	4.44
ตา หู คอ จมูก	480	2	0.42	531	9	1.69
อื่นๆ	2	0	0.00	34	0	0.00
Total	5919	201	3.40	4722	99	2.10

ผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นตัวผู้ป่วยเอง 108 คน (ร้อยละ 36) และ เป็นญาติผู้ป่วย 192 คน (ร้อยละ 64) ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของผู้ให้สัมภาษณ์ อยู่ที่ 35 และ 38 ปี ขณะที่เพศและการศึกษาล้ากถึงกันคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและการศึกษาระดับชั้นประถมหรือต่ำกว่า ผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างร้อยละ 67 มีสถานภาพแต่งงานแล้ว และร้อยละ 17 เป็นโสด ร้อยละ 50 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และร้อยละ 44 ไม่มีงานทำและอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 88.0 และ ร้อยละ 11.7 เป็นอิสลาม แหล่งรายได้หลักมาจากค่าจ้างและการเกษตรกรรม ร้อยละ 69 และ 20 ตามลำดับ

ตารางที่ 3.2: ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่าง

อายุเป็นปี	ค่าเฉลี่ย 35 (ส่วนเบี่ยงเบนฯ 18)
เพศ : ร้อยละ	ชาย 36 (หญิง 64)
การศึกษา : ร้อยละ	ชั้นประถมหรือต่ำกว่า 76 ชั้นมัธยมหรือสูงกว่า 24
สถานภาพสมรส : ร้อยละ	แต่งงานแล้ว 67 โสด 17 อื่นๆ 16
อาชีพ : ร้อยละ	รับจ้างทั่วไป 50 ไม่มีงานทำ/แม่บ้าน/คนชรา/นักเรียน 44 อื่นๆ 6
แหล่งที่อยู่อาศัย : ร้อยละ	เขตเมือง 34 เขตชนบท 66
นับถือศาสนา : ร้อยละ	พุทธ 88.0 อิสลาม 11.7 อื่นๆ 0.3
แหล่งรายได้หลัก : ร้อยละ	ค่าจ้าง 69 เกษตรกรรม 20 ค้าขาย/ธุรกิจ 8 อื่นๆ 3

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีฐานะปานกลางถึงยากจน มีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่มีรายได้ต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป ถ้ายึดถือเกณฑ์รายได้ของครอบครัวที่ต่ำกว่า 2800 บาทต่อเดือนว่า สมควรจะได้ รับบัตรและสิทธิประโยชน์ตามโครงการผู้มีรายได้น้อยแล้ว กว่าร้อยละ 22 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ รับสิทธิประโยชน์ดังกล่าว

ตารางที่ 3.3: รายได้ต่อเดือนเฉลี่ยของครัวเรือน

	จำนวนตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
1000 บาทหรือต่ำกว่า	15	5.0
1001-2800	51	17.0
2801-5000	169	56.3
5001-10000	55	18.3
10000 บาทหรือมากกว่า	10	3.3
รวม	300	100

เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีรายได้โดยเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลหาดใหญ่ ค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อยู่ที่ 4,000 และ 3,000 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 3.4: รายได้ต่อเดือนเฉลี่ยของครัวเรือน จำแนกตามโรงพยาบาล

	โรงพยาบาลหาดใหญ่	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Minimum	500	200
ที่ Percentile 10	2,300	833
ที่ Percentile 25	3,000	1,917
ที่ Percentile 50	4,000	3,000
ที่ Percentile 75	5,000	4,833
ที่ Percentile 90	6,500	8,000
Maximum	20,000	30,000
Mean +/- SD.	4,551 +/- 2,500	4,141 +/- 4,163

2) แหล่งที่มาของเงินเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล

เงินสด / เงินออม เป็นแหล่งเงินแหล่งแรก ที่ครอบครัวส่วนใหญ่ใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กว่าร้อยละ 36 ของตัวอย่าง ไม่มีเงินสด / เงินออม เพียงพอ ต้องหยิบยืมจากแหล่งเงินภายนอกครัวเรือน และประมาณร้อยละ 2 ต้องขาย / จำนองทรัพย์สินเพื่อแลกเงินมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ตารางที่ 3.5: แหล่งเงินแรกที่ใช้เพื่อจ่ายค่ารักษาฯ

	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
เงินสด / เงินออม	135	52.3
เงินยืมต้องส่งดอกเบี้ย	94	36.4
ขายผลผลิต	8	3.1
ขาย / จำนองทรัพย์สินมีค่า	6	2.3
เงินช่วยเหลือจากเครือข่ายครอบครัว	15	5.8
รวม	258	100

ตัวอย่างทั้งหมด ได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาฯ จากโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นเพียงบางส่วนของค่ารักษาฯ ที่เรียกเก็บ หรือค่ารักษาฯทั้งหมด ประมาณร้อยละ 73 ใช้เงินสดที่มีอยู่จ่ายค่ารักษาฯ ขณะที่มากถึงร้อยละ 62 ต้องหยิบยืมจากแหล่งเงินภายนอกครัวเรือน มาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล

ตารางที่ 3.6: แหล่งเงินที่ใช้จ่ายค่ารักษาฯ ตลอดระยะเวลาในอน โรงพยาบาล (ตอบได้ >1 ตัวเลือก)

	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ
เงินสด	221	73.0
เงินออม	40	13.3
เงินยืมต้องส่งดอกเบี้ย	187	62.3
ขายผลผลิต	11	3.7
ขาย / จำนองทรัพย์สินมีค่า	14	4.7
เงินช่วยเหลือจากเครือข่ายครอบครัว	27	9.0
เงินอุดหนุนจากโรงพยาบาล	300	100.0

3) ผลกระทบของครอบครัวจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ประมาณร้อยละ 68 ของตัวอย่าง บอกว่า ภาระค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ มีผลให้ครอบครัวบริโภคสิ่งจำเป็นเพื่อดำเนินชีวิตประจำวัน ในอนาคตอันใกล้ลดลง ร้อยละ 28 รายงานว่า ครอบครัวจะมีรายได้น้อยลง เนื่องจากต้องจ่ายหนี้ที่เพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 3 บอกว่า ลูกต้องออกจากโรงเรียนในภาคการศึกษาที่จะมาถึง (ดังตารางที่ 3.7)

ตารางที่ 3.7: ผลกระทบของครอบครัวจากการจ่ายค่ารักษาฯ

	ตัวอย่าง (จำนวนทั้งหมด 300 คน)	ร้อยละ
มีผลให้ครอบครัวบริโภคสิ่งจำเป็นเพื่อดำเนินชีวิตประจำวันลดลง (essential consumption)	204	68.0
มีผลให้เด็กต้องออกจากโรงเรียน	8	2.7
มีผลให้มีภาระหนี้สินเพิ่มขึ้น	85	28.3

4) ข้อมูลการเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลครั้งนี้

ตัวอย่างในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ นอนโรงพยาบาลนานเป็นสองเท่า และค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าของตัวอย่างในโรงพยาบาลหาดใหญ่ อัตราส่วนของค่ารักษาฯ ที่จ่ายได้ ต่อค่ารักษาฯ ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ของโรงพยาบาลหาดใหญ่สูงกว่าของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คือร้อยละ 43 และ 26 ตามลำดับ ตัวอย่างในโรงพยาบาลทั้งสอง มีความสามารถในการจ่ายแตกต่างกัน ทั้งนี้ ดูจากค่ารักษาฯ ที่จ่ายได้เมื่อเทียบกับรายได้ครอบครัวต่อปี (Out-of-pocket expense as % annual income) มีความแตกต่างกันที่ร้อยละ 9.7 ของตัวอย่างในโรงพยาบาลหาดใหญ่ และ 12.7 ของตัวอย่างในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเฉลี่ย ผู้ป่วยตัวอย่างสามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้ไม่เกินร้อยละ 10.7 ของรายได้ครอบครัวต่อปี

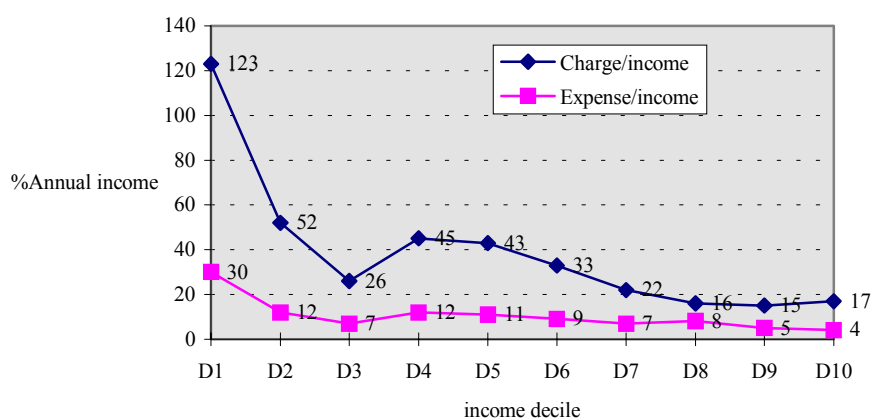
ตารางที่ 3.8: จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (Length of stay -LOS) ค่ารักษาฯ ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ (hospital charges) และค่ารักษาฯ ที่จ่ายได้ (Out-of-pocket expenses)

	โรงพยาบาลหาดใหญ่ (201 cases)	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (98 cases)	รวม (299 cases)
1. LOS			
Mean	9.9	19.2	12.9
SD	15.3	19.6	17.4
Min	2	3	2
Max	140	132	140
2.CHARGE			
Mean	13,873	19,659	15,769
SD	31,705	31,834	31,811
min	991	1605	991
max	277,831	222,274	277,831
3. อัตราส่วน Out-of-pocket expense ต่อ charge (%)			
mean	43.3	26.0	37.6
SD	22.6	20.3	23.3
min	0	0	0
max	93.0	87.9	93.0
4. Out-of-pocket expense as % annual income			
mean	9.7	12.7	10.7

SD	16.5	25.1	19.8
min	0	0	0
max	149.3	213.8	213.8

ค่ารักษาฯ ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ และค่ารักษาฯ ที่จ่ายได้ เทียบกับรายได้ครัวต่อปี เมื่อจำแนกตามระดับรายได้ (income decile) มีความแตกต่างกันมาก พบว่า ในกลุ่มคนรวย แยกภาระค่ารักษาฯ เพียงร้อยละ 17 ของรายได้ครัวต่อปี ขณะที่กลุ่มคนจน ต้องแบกภาระค่ารักษาฯ ที่ร้อยละ 123 ของรายได้ครัวต่อปี ในทางตรงข้าม ค่ารักษาฯ ที่จ่ายได้ เทียบกับรายได้ครัวต่อปี เมื่อจำแนกตามระดับรายได้ เช่นกัน พบว่า ค่ารักษาฯ ที่จ่ายได้ คิดเป็นร้อยละ 30 ของรายได้ต่อปีของกลุ่มคนจน และเพียงร้อยละ 4 ของกลุ่มคนรวยเท่านั้น ดังแสดงในรูปภาพที่ 3.1

Charge/income vs. Affordable expenses/income



รูปภาพที่ 3.1: ค่ารักษาฯ ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ และค่ารักษาฯ ที่จ่ายได้ เทียบกับรายได้ จำแนกตามรายได้ในแต่ละเดซิส์ (income decile)

โดยทั่วไป ค่ารักษาฯ ที่จ่ายได้ของตัวอย่างแต่ละคน ส่วนใหญ่ ไม่เกินร้อยละ 5 ของรายได้ครัวต่อปี (ประมาณร้อยละ 48 ของตัวอย่างในการศึกษานี้) พบว่า ร้อยละ 52, 25, 16, และ 12 ของตัวอย่างทั้งหมด สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้เกินกว่า ร้อยละ 5, 10, 15, และ 20 ของรายได้ครัวต่อปีตามลำดับ และพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดที่จ่ายค่ารักษาฯ เมื่อเทียบกับรายได้ครัวต่อปีในอัตราที่สูง ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีมูลค่ารวมเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดในภาพรวม ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยทั้งหมดที่จ่ายค่ารักษาฯ เกินกว่าร้อยละ 15

ของรายได้ครอบคลุมต่อปี ซึ่งมีเพียงร้อยละ 15 ของผู้ป่วยทั้งหมด แต่มูลค่ารวมของค่ารักษาฯ คิดเป็นร้อยละ 41 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3.9: ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด และ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีค่ารักษาฯ เกินกว่าร้อยละ 5, 10, 15 และ 20 ของรายได้ครอบคลุมต่อปี

ค่ารักษาฯ เทียบกับรายได้	จำนวนตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ	ค่ารักษาพยาบาล ทั้งหมด (บาท)	ร้อยละ
มากกว่า 5%	155	52	3,469,738	74
มากกว่า 10%	75	25	2,411,030	51
มากกว่า 15%	49	16	1,926,096	41
มากกว่า 20%	37	12	1,603,834	34
ตัวอย่างทั้งหมด	300	100	4,717,981	100

ตารางที่ 3.10 แสดงจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามประเภทผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยศัลยกรรมและกุมารเวชกรรม นอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น ขณะเดียวกันค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยศัลยกรรมและกุมารเวชกรรม มีราคาแพงกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น

ตารางที่ 3.10: วันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล จำแนกตามประเภทผู้ป่วย

		LOS (วัน)		Charges (บาท)	
		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนฯ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนฯ
ประเภทผู้ป่วย	N				
สูติรีเวชกรรม	60	7.5	8.7	5,784	5,467
ศัลยกรรม	122	14.4	21.3	20,798	36,720
อายุรกรรม	69	10.3	10.9	13,401	34,740
กุมารเวชกรรม	25	20.1	22.3	15,783	25,579
รวม	276				

ผลลัพธ์ของการรักษา จำแนกตามประเภทผู้ป่วย ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.11 พบว่า ร้อยละ 93 มีผลลัพธ์ของการรักษาอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น ขณะที่ร้อยละ 2.5 ผลการรักษาไม่ดีขึ้น ประมาณร้อยละ 2 ต้องนำส่งต่อเพื่อการรักษาในสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงขึ้น และร้อยละ 2.5 เสียชีวิตขณะรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมและกุมารเวชกรรม ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีขึ้นหลังจากให้การรักษา ผู้ป่วยศัลยกรรมมีโอกาสเสียชีวิตสูง ขณะที่ผู้ป่วยอายุรกรรมมีโอกาสถูกส่งต่อไปรักษาที่อื่นน้อยกว่า

ตารางที่ 3.11: ผลลัพธ์ของการรักษา จำแนกตามประเภทผู้ป่วย

	ผลลัพธ์ของการรักษา- จำนวนคน (ร้อยละ)				
ประเภทผู้ป่วย	ดีขึ้น	ไม่ดีขึ้น	ส่งต่อ	เสียชีวิต	รวม
สูตินรีเวชกรรม	60 (100)	-	-	-	60
ศัลยกรรม	113 (92.6)	2 (1.6)	2 (1.6)	5 (4.1)	122
อายุรกรรม	59 (85.5)	5 (7.3)	3 (4.4)	2 (2.9)	69
กุมารเวชกรรม	25 (100)	-	-	-	25
รวม	257 (93.1)	7 (2.5)	5 (1.8)	7 (2.5)	276

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการให้การรักษาที่อยู่ในระบบเวชระเบียนของผู้ป่วยตัวอย่างทุกคน ได้รับการจัดประเภทตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group - DRG) โดยใช้โปรแกรมการจัดกลุ่ม DRG grouper software version 1.0 ผลการวิเคราะห์ประมวลผล พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยในการศึกษาสามารถจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมได้ 116 กลุ่ม คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight) อยู่ระหว่าง 0.1 ถึง 6.57 ข้อมูลผู้ป่วยประมาณร้อยละ 9 (จำนวน 28 ระเบียน) อยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ไม่มีความหมาย คือ ไม่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เนื่องจากความไม่สมบูรณ์หรือความผิดพลาดของข้อมูล และความจำกัดของตัวโปรแกรมจัดกลุ่ม ตารางที่ 3.12 แสดงกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบบ่อย 10 กลุ่มอันดับแรก (Ten most common DRGs) ที่พบในตัวอย่าง กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบบ่อยเหล่านี้ พบประมาณร้อยละ 41 ของตัวอย่างทั้งหมด และพบว่า DRG 486 มีค่ารักษาค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมอื่น DRG 90 มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมอื่น

ตารางที่ 3.12: กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่พบบ่อย 10 กลุ่มอันดับแรก

RW	DRG	ชื่อกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	จำนวน ตัวอย่าง	Charge	LOS
.30	373	Vaginal Delivery W/O Complicating Diagnoses	20	1,865	4
.85	371	Cesarean Section W/O CC	17	8,914	7
2.49	468	Extensive O.R. Procedure unrelated to Principle Diagnosis	17	20,291	17
.57	167	Appendectomy W/O Complicated Principal Diag W/O CC	15	6,923	5
3.39	486	Other O.R. Procedures for Multiple Significant Trauma	14	29,712	13
.39	384	Other Antepartum Diagnoses W/O Medical Complications	7	3,073	4
1.99	489	HIV W Major Related Condition	6	3,670	5
.75	90	Simple Pneumonia & Pleurisy age >17 W/O CC	5	7,932	38
1.29	165	Appendectomy W Complicated Principal Diag W/O CC	5	11,794	13
1.15	367	Malignancy, Female Reproductive System W/O CC	5	9,226	14
	รวม	271 ราย	111	=41%	

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง 10 อันดับแรก (Ten most high-cost DRG) ของผู้ป่วยตัวอย่าง ได้นำเสนอในตารางที่ 3.13 กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงเหล่านี้ พบประมาณร้อยละ 5.2 ของตัวอย่างทั้งหมด และมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์อยู่ระหว่าง 0.85 ถึง 6.57 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงมากกว่า 36000 บาท และเพียง 7 ใน 10 กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเท่านั้นที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์มากกว่า 2 ($RW > 2$)

ตารางที่ 3.13: กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง 10 อันดับแรก

RW	DRG	ชื่อกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม	จำนวน ตัวอย่าง	CHARGE	LOS
6.57	484	Craniotomy for Multiple Significant Trauma	2	202,480	77
5.71	483	Tracheostomy except for Face,Mouth & Neck Diagnoses	1	191,427	79
1.62	443	Other O.R. Procedures For Injuries W/O Cc	1	134,412	140
1.45	180	G.I. Obstruction w CC	2	71,371	34
1.14	388	Rematurity w/o Major Problems	1	47,675	55
.85	236	Fractures of Hip & Pelvis	1	44,293	31
.91	222	Knee Procedures w/o CC (No Longer Valid 98)	2	41,597	53
.91	219	Lower Extrem & Humer Proc except Hip, Foot, Femur Age >17 w/o CC	2	40,668	15
2.77	217	Wnd Debrid & Skn Grft except Hand, for Muscskelet & Conn Tiss	1	37,037	39
1.24	407	Myeloprolif Disord or Poorly Diff Neopl w Maj O.R.Proc w/o CC	1	36,748	30
		ผู้ป่วยทั้งหมด 271 คน	14	14/271=5.2%	

5) เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระดับน้อยกว่าและมากกว่า ร้อยละ 15 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี

ในการศึกษานี้ ตัวอย่างทั้งหมด ประกอบด้วยผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ร้อยละ 40 และของโรงพยาบาลหาดใหญ่ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมถึงร้อยละ 56 อาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ร้อยละ 74 และ 26 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระดับมากกว่า ร้อยละ 15 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี มีลักษณะตัวแปรด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ และเขตที่อยู่อาศัย แตกต่างกับ ผู้ป่วยที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระดับน้อยกว่าร้อยละ 15 ของรายได้ของครอบครัวต่อปี อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ นอกจากนี้ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ประเภทโรงพยาบาล และหอผู้ป่วย ก็มีความแตกต่างกันด้วย

ตารางที่ 3.14: ความแตกต่างของผู้ป่วยที่มีภาระค่ารักษาพยาบาลที่มากกว่า และน้อยกว่าร้อยละ 15 ของรายได้ครัวเรือนต่อปี

ตัวแปร	จำนวน degree of freedom	Chi-squared	P-value
Age-group	4	24.51	<.001
Sex	1	3.46	.063
Education	2	8.13	.017
Occupation	2	2.33	.312
Family income	4	54.10	<.001
Place of residence	1	4.56	.033
Religion	2	1.26	.534
Family size	2	0.39	.821
Number of earner	2	2.32	.314
Case-mix index	2	15.36	<.001

B) ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study)

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยตัวอย่างทั้งหมด 38 คนได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เป็นเพศชาย 26 คน และ เพศหญิง 12 คน ตัวอย่างทุกคน เป็นผู้ป่วยในที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดสงขลา ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บมากกว่า 40,000 บาท มีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลและขอสงวนสงเคราะห์ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยตั้งแต่ทารกแรกเกิด จนถึงผู้สูงอายุมากกว่า 81 ปี จำนวนสมาชิกในครอบครัวของตัวอย่างแต่ละราย มีตั้งแต่ 1 ถึง 15 คน รายได้ครัวเรือนมีตั้งแต่ไม่มีรายได้ จนถึง 20,000 บาทต่อเดือน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับรายได้อยู่ระหว่าง 3000 ถึง 8000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีเงินสดไม่มากและไม่มีเงินออมเลย (30 ใน 38 ราย) รวมทั้งไม่มีที่ดินหรือบ้านที่อยู่อาศัยของตัวเอง (29 ราย) แหล่งรายได้หลักของครัวเรือนมาจากค่าจ้าง (20 ราย) โรคที่เจ็บป่วย 3 อันดับแรกคือ โรคที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ โรคติดเชื้อ และโรคมะเร็ง สถานภาพผู้ป่วยขณะกลับบ้าน ส่วนใหญ่ หายหรือดีขึ้นจากโรคที่เจ็บป่วย (18 ราย) โดยผู้ป่วย ประมาณ 13 รายไม่ดีขึ้นหรือมีความพิการ และ 7 รายเสียชีวิต

2. การจัดการทางการเงินกับภาระค่ารักษาพยาบาล (Financial coping strategies)

การวิเคราะห์การจัดการทางการเงิน มองที่ชนิดหรือวิธีการจัดการ (Types) และลำดับในการแหล่งเงินที่ครอบครัวใช้ในการจ่ายค่ารักษาฯ (Sequences) วิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาลในการศึกษานี้ สรุปได้ดังตารางที่ 3.15

ตารางที่ 3.15: วิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาล

ชนิดหรือวิธีการจัดการ	จำนวนตัวอย่าง
เงินสด / เงินออม	25
เงินช่วยเหลือจากเครือข่ายของครอบครัว	22
เงินยืมมีดอกเบี้ย	12
จำนอง / ขายทรัพย์สิน	6
รักษาฟรี / ขอสงเคราะห์ค่ารักษาฯ	5
สังคมให้การช่วยเหลือ	1

พบว่า เงินสด/เงินออม เป็นวิธีการแรกที่ครอบครัวส่วนใหญ่ใช้จัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาล อย่างน้อย 22 ครอบครัว มีวิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาล มากกว่าหนึ่ง และ 9 ครอบครัว มีการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาล มากกว่าสองวิธี

(1) การใช้แหล่งเงินจากเงินสด / เงินออม

ครอบครัวส่วนใหญ่ ใช้แหล่งเงินจากเงินสด/เงินออมในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้ มักประสบปัญหาเงินสด/เงินออมไม่เพียงพอ จึงต้องพึ่งพาเงินจากแหล่งเงินอื่นๆ ที่ครอบครัวสามารถหามาได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอย่างน้อย 13 รายในการศึกษา ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลเลย

(2) การใช้แหล่งเงินที่มาจากเงินช่วยเหลือจากเครือข่ายของครอบครัว

ความช่วยเหลือจากเครือข่ายของครอบครัว เช่นญาติพี่น้อง ลูกหลานที่แยกออกไป รวมทั้งเพื่อนสนิทที่ใกล้ชิด เป็นแหล่งเงินแหล่งที่สองที่ครอบครัวพึ่งพาและใช้ในการจ่ายค่ารักษาฯ ทั้งนี้ มีทั้งที่ให้การช่วยเหลือเพราะรู้ว่ามีอาการจำเป็นต้องใช้เงิน และ ให้การช่วยเหลือเพราะครอบครัวผู้ป่วยร้องขอ โดยที่ผู้ให้การช่วยเหลือเต็มใจช่วยเหลือโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน คือ ไม่ต้องใช้เงินคืน หรือใช้คืนภายหลังแต่ไม่มีดอกเบี้ย

“ ภรรยาและฉันเคยมีบัตรประกันสุขภาพ แต่หมดอายุเมื่อหนึ่งเดือนก่อน ฉะนั้น จึงต้องจ่ายค่ารักษาฯ ครั้งนี้ด้วยตัวเอง ฉันทิ้งไปแล้ว 400 บาท ฉันได้ขายวัวที่เลี้ยงไว้ 3 ตัวได้เงินมา 7000 บาท บุตรชายทั้งสองคนที่แต่งงานไปอยู่ข้างนอก ได้ช่วยเหลือเอาเงินมาให้ 5000 บาท เงินที่ได้มาทั้งหมด ฉันได้นำมาจ่ายเป็นค่ายาให้ภรรยาค่ะ และส่วนหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายประจำวัน เพราะต้องนอนเฝ้าภรรยาที่นี่ (ในโรงพยาบาล) ฉันไม่รู้ผู้หญิงของฉัน (ภรรยา) ต้องนอนโรงพยาบาลอีกนานเท่าไร และต้องจ่ายเงินอีกเท่าไร ฉันจำเป็นต้องเก็บเงินไว้บ้าง และทยอยจ่ายเป็นค่ายาครั้งหนึ่งๆ ประมาณ 300-500 บาท เจ้าหน้าที่ (การเงิน) บอกเลยว่า ค้างค่ายา โรงพยาบาลมากแล้ว ” (สามีของผู้ป่วยหญิง อายุ 45 ปี -ป่วยเป็น JE encephalitis)

“ ฉันและสามีไม่มีรายได้ โดยปกติ ทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิตประจำวันได้รับการดูแลจากลูกสาวคนโต ครอบครัวของนางกริดยงหาเลี้ยงชีพ มีรายได้ ประมาณ 8000 บาทต่อเดือน นางรับภาระค่ารักษาพยาบาลของฉันตั้งแต่ครั้งนอนที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ปีที่แล้ว ครั้งนี้ (นอนที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) นางได้จ่ายค่ายาหลายครั้ง บุตรสาวฉัน ไม่กล้าหยิบยืมเงินจากใครเพราะนางไม่มั่นใจว่า สามารถส่งเงินคืนและดอกเบี้ย ฉันมีลูกทั้งหมด 4 คน ลูกคนอื่นๆ ไม่มีใครช่วยเหลือค่ายาฉันได้ แต่ลูกทุกคนก็ได้ทำดีที่สุดแล้ว (หญิงวัย 60 ปีป่วยเป็น carcinoma of cervix)

“ฉันและภรรยาไม่มีพี่น้องหลายคน แต่ไม่มีใครสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เลย ฉันไม่มีเงินแล้วเวลานี้ ไม่รู้จะไปหาเงินจากที่ไหน ถ้าจะมีทาง (เงิน) ก็คงมีแต่นายจ้างเจ้าของสวนยาง เพราะครอบครัวฉันกรีดยางให้นายจ้างชาวจีนมาเป็นเวลานานแล้ว เขารู้ว่าภรรยาได้รับบาดเจ็บตั้งแต่วันแรก เขารับปากจะช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล ” (สามีของผู้ป่วยหญิงวัย 40 ปี ได้รับอุบัติเหตุหนั่งศีรษะถูกจักรกรีดยางดังหลุด)

(3) การใช้แหล่งเงินที่มาจากเงินยืมมีดอกเบี้ย

การกู้ยืมเงิน เป็นหนึ่งในวิธีการที่พบบ่อยถ้าครอบครัวผู้ป่วยขาดเงิน แต่ปริมาณเงินที่ให้กู้ยืม ขึ้นอยู่กับความน่าเชื่อถือของผู้กู้ยืม หรืออยู่ที่การมีหลักทรัพย์ค้ำประกันของผู้กู้ยืม ทั้งนี้ ผู้กู้ยืมต้องมีความมั่นใจสามารถจ่ายคืนได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยทั่วไป การกู้ยืมในตลาดที่ไม่ใช่ธนาคารพาณิชย์ อัตราดอกเบี้ยอยู่ระหว่างร้อยละ 10-20% ต่อเดือน

“ฉันได้ใช้เงินที่เก็บออมไว้จนหมดสิ้น ฉันจำเป็นต้องกู้ยืมจากญาติ/เพื่อนบ้าน ประมาณ 10000 บาทคิดดอกเบี้ยร้อยละ 10 ต่อเดือน เพื่อให้บุตรชายฉันหายจากการเจ็บป่วย จะเสียเงินมากเท่าไร ฉันก็ยอมจ่าย” (บิดาของผู้ป่วยชาย อายุ 19 ปี ป่วยเป็นโรค JE encephalitis)

“ถ้าเป็นเมื่อก่อน (ช่วงที่เศรษฐกิจดี) ฉันจะหยิบยืมจากญาติเมื่อจำเป็นต้องใช้เงิน แต่เพราะเศรษฐกิจตกต่ำขณะนี้ บริษัทห้างร้านหลายแห่งบริเวณนี้ ได้เลิกกิจการไป ลูกค้าขาประจำที่เคยมาซื้อข้าวแกง ได้ลดน้อยลง รายได้ของฉันก็ลดลงทุกวัน ฉันไม่กล้าไปยืมใคร เพราะกลัวว่าไม่สามารถจ่ายเงินคืนเจ้าหนี้ได้ อนึ่ง ญาติสนิทของฉัน ก็ประสบปัญหาไม่มีรายได้ไม่พอเหมือนฉันด้วย ” (มารดาของผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 12 ปี ป่วยเป็น SLE with visual involvement)

“ตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา มันเป็นการยากที่จะสามารถหารายได้ในระดับที่เหมือนแต่ก่อน ฉันไม่มีความมั่นใจในธุรกิจของฉัน (ขายเสื้อผ้ามือสอง) ถ้าฉันไม่สามารถจ่ายเงินคืนเจ้าหนี้ได้ เปรียบเสมือนว่า ฉันทำผิดสัญญา และฉันคงต้องสูญเสียความเชื่อมั่นที่คนอื่นมีต่อฉัน ” (บุตรสาวของผู้ป่วยชายอายุ 61 ปี ป่วยเป็น carcinoma of esophagus)

การกู้ยืมเงิน ถือว่าเป็นบาปในศาสนาอิสลาม ไม่สามารถทำได้ เพราะศาสนาห้ามไว้

“การกู้ยืมเงินโดยคิดอัตราดอกเบี้ย เป็นบาปทั้งผู้กู้ยืมและผู้ให้กู้ยืมในสังคมอิสลาม ฉะนั้น การช่วยเหลือทางการเงิน ไม่ว่าจะจากเครือญาติหรือเพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่เป็นลักษณะช่วย

เหลือแบบให้เปล่า แต่บางครั้ง การกู้ยืมเงินจากเพื่อนบ้านหรือญาติ ไม่มีการส่งจ่ายดอกเบี้ย พบได้บ้าง แต่ผู้กู้ยืมจะตอบแทนผู้ให้กู้ยืมในลักษณะอื่น เช่น ให้สิ่งของตอบแทน เมื่อมี โอกาสสำคัญ การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยเปิดเผย เช่น ขอผ่านมัสยิด ไม่สามารถ กระทำได้ เพราะเป็นบาป” (น้องเขยของผู้ป่วยชายวัย 42 ปี ป่วยเป็น necrotizing fasciitis with sepsis & Diabetes Mellitus)

(4) การใช้แหล่งเงินที่มาจากจำนอง / ขายทรัพย์สิน

การขาย/จำนองทรัพย์สินมีค่า รวมทั้งผลผลิตทางการเกษตรที่เก็บไว้ ก็เป็นวิธีที่พบได้บ่อย ถ้าเงินสด/เงินออมในครอบครัวไม่เพียงพอ ประชาชนในชนบท นิยมเลี้ยงสัตว์บางประเภท เช่น วัว แพะ หมู เป็นต้น ไว้ขายเมื่อจำเป็นต้องใช้เงินทันที การมีสัตว์เลี้ยงไว้ขาย สามารถขายแลกเป็นเงินสดได้ ง่าย และสะดวกกว่าในชนบท เมื่อเปรียบเทียบกับกรถอนเงินจากบัญชีในธนาคาร การขาย/จำนอง ที่ดิน ทำได้ลำบากในช่วงที่มีวิกฤตเศรษฐกิจเช่นนี้ ส่วนการขายปัจจัยที่ใช้ในการผลิต ไม่พบในการ ศึกษา

“ฉันเลี้ยงวัว และ หมู ซึ่งเป็นพ่อพันธุ์อย่างละตัวไว้เพาะพันธุ์ขาย เมื่อเร็ว ๆ นี้ ฉันได้ลูกวัว หนึ่งตัว และลูกหมูหนึ่งคอก เมื่อลูกไม่สบาย ฉันต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ ฉันใช้ เงินที่เก็บออมไว้จนหมด และจำเป็นต้องใช้เงินอีก ฉันได้ขายลูกหมูและลูกวัวทั้งหมด ” (บิดาของผู้ป่วยชายวัย 19 ปี ป่วยเป็นโรค JE encephalitis)

“ ฉันตั้งใจเลี้ยงวัว 3 ตัวไว้ขาย เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้เงิน ฉันได้ขายไปทั้งหมด ตั้งแต่ ภรรยาฉันป่วย ” (สามีของผู้ป่วยหญิงวัย 45 ปี ป่วยเป็นโรค JE encephalitis)

“ฉันตั้งใจที่จะนำที่ดินไปจำนอง/ขาย แต่ไม่มีใครเอา เนื่องจากเศรษฐกิจไม่ดี และชื่อเจ้าของที่ดิน เป็นชื่อของลูก ” (มารดาของผู้ป่วยเด็กหญิงวัย 15 ปี ป่วยเป็น brain tumor)

(5) การใช้แหล่งเงินที่มาจากสังคม/ชุมชนให้การช่วยเหลือ

ความช่วยเหลือที่มาจากคนที่ไม่ใช่เครือญาติ พบได้ไม่บ่อยนัก ส่วนใหญ่มาจากเพื่อนบ้านที่รู้จักมัก คุ่นและอาศัยในชุมชนเดียวกันหรือชุมชนใกล้เคียง

“ สามีฉันได้รับอุบัติเหตุถูกรถชน เจ้าหน้าที่การเงินบอกว่าค่ารักษาพยาบาลมากกว่าหนึ่ง แสนบาท ขณะที่ พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถให้การคุ้มครอง ไม่เกิน 50000 บาท (เรื่องราว ยังอยู่ในชั้นศาล) ฉันไม่รู้จะหาเงินมาจากไหน ถ้าไม่มีเพื่อนบ้าน และเพื่อนๆ ของสามีช่วย

เหลือ คงแน่แน่ ฉันรวบรวมเงินมาจ่ายได้มากกว่า 20000 บาท ที่เหลือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้สงเคราะห์” (กรรยาของผู้ป่วยชายวัย 42 ปี ได้รับอุบัติเหตุทางสมอง ต้องผ่าสมอง)

ความช่วยเหลือที่มาจากชุมชน เริ่มจากคนในชุมชน พบได้เช่นกัน เมื่อคนในชุมชนทราบว่า มีครอบครัวที่กำลังประสบภาวะค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก แต่ไม่ใช่ทุกคนในสังคมจะได้รับการช่วยเหลือเช่นนี้ ฉะนั้น คนที่ได้รับการช่วยเหลือ จะต้องเป็นคนดีในสังคมจริงๆ

“ ฉันป่วยเป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย เมื่อเดือนมีนาคม 2541 ฉันต้องไปโรงพยาบาลเพื่อล้างไตอยู่บ่อย มีค่าใช้จ่ายประมาณ 2000 บาทต่อครั้ง ครั้งนี้ หมอนัดมาผ่าตัดเปลี่ยนไต โดยใช้ไตของลูก ฉันรู้ว่า ต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากเพราะต้องผ่าตัดทั้งสองคน เพื่อนบ้านทั้งใกล้และไกลทราบข่าว ต่างเต็มใจเอาเงินช่วยเหลือ ด้วยการจัดให้มีงานเลี้ยงขมขมเงินสามารถรวบรวมเงินได้ มากกว่า 90000 บาท ” (ผู้ป่วยชายอายุ 38 ปี ป่วยเป็น end stage renal disease)

“ ในงานเลี้ยงขมขมเงิน ซึ่งไม่ได้มีบ่อย เพื่อนบ้านช่วยกันจัดให้มีขึ้นที่บ้าน และบอกต่อกันไป บางคนทำน้ำแกงมาให้ บางคนนำเส้นขมขมเงินมาร่วมงาน ทุกคนได้ใช้โอกาสนี้ ร่วมบริจาคเงินเพื่อเป็นค่ารักษาให้พ่อลูก เขา (ผู้ป่วย) เป็นคนดี มีอัธยาศัย เป็นที่รักใคร่ของคนในชุมชน เขาจะให้การช่วยเหลือคนอื่นทั้งใกล้และไกลอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น เมื่อคนอื่นทราบข่าวว่า เขาป่วย และพ่อลูกต้องผ่าตัด ทุกคนจึงร่วมกันให้ความช่วยเหลือ ” (ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ที่รู้จักผู้ป่วยชายวัย 38 ปี ที่ป่วยเป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายเป็นอย่างดี)

ในสังคมเขตเมือง โดยเฉพาะเมืองใหญ่ การขอรับความช่วยเหลือจากชุมชน และหน่วยงานของรัฐ เช่นเทศบาล ก็มีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยที่เป็นคนต่างถิ่น หรือย้ายมา โดยเฉพาะที่ไม่มีสำมะโนครัว

“ ฉันไปขอพบนายกเทศมนตรี เทศบาลนครหาดใหญ่เพราะคิดว่าท่านจะช่วยเราได้ แต่ท่านไม่อยู่ เลขาฯ นายกฯ แนะนำให้ไปพบเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่บอกว่าเขาไม่สามารถช่วยเหลือได้ เพราะฉันและสามี ไม่มีทะเบียนอยู่ที่เขตเทศบาล ” (กรรยาของผู้ป่วยชายวัย 36 ปี ได้รับอุบัติเหตุจากรถบรรทุกชนแล้วหนี มีบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง)

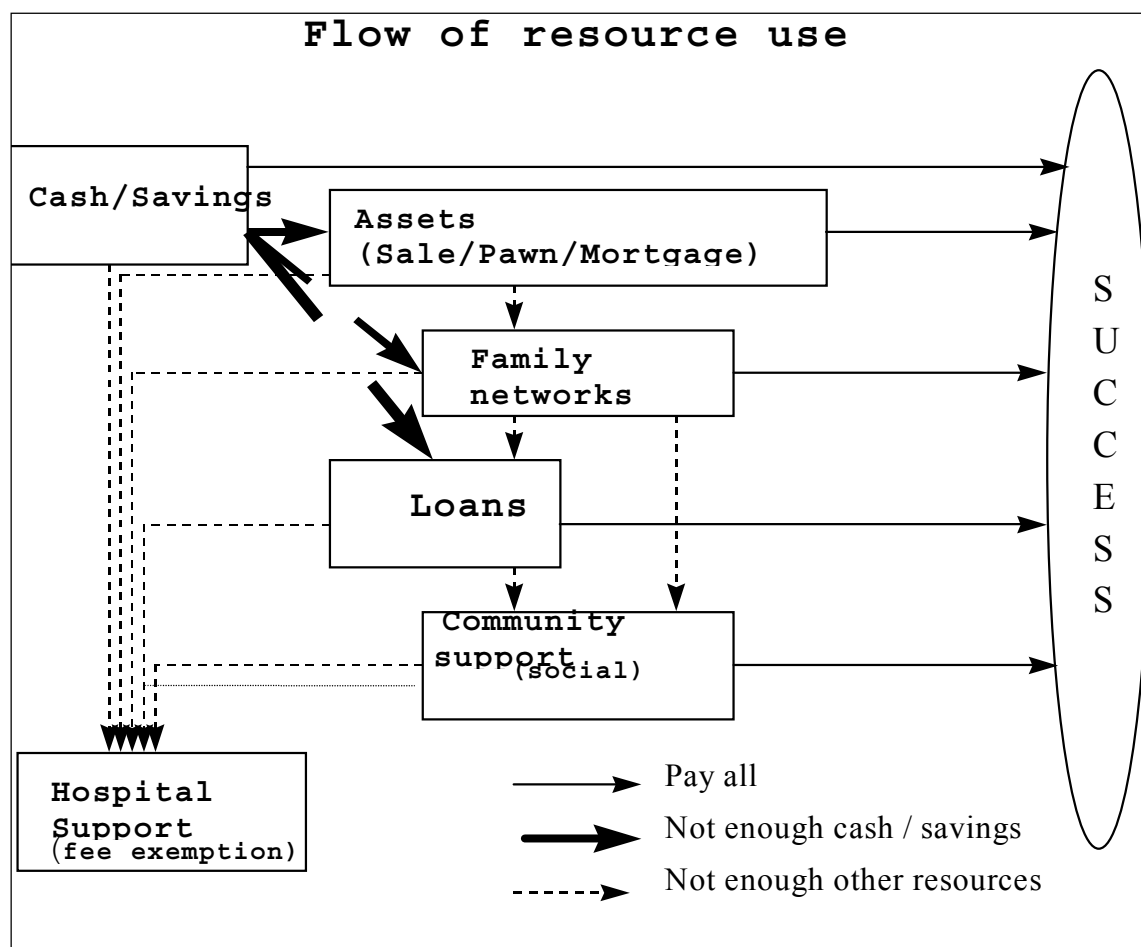
(6) การให้การรักษาฟรี หรือสงเคราะห์ค่ารักษา

ผู้ป่วยตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้รับการสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลทุกคน แต่มีอย่างน้อย 5 รายที่ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาฯ เลย ต้องสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด

“ฉันไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพราะฉันไม่มีเงินเวลานี้ (หล่อนร้องไห้) ฉันสัญญาว่าจะผ่อนจ่ายให้ถ้าโรงพยาบาลอนุญาต” (มารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด อายุ 1 วัน เป็นแฝดพี่ และคลอดก่อนกำหนด)

โดยสรุป ชนิดและลำดับการใช้แหล่งเงินที่อาจเป็นไปได้เพื่อจ่ายค่ารักษาฯ แสดงไว้ในรูปภาพที่ 3.2 เงินสด/เงินออม เป็นแหล่งเงินแรกสุดที่ครอบครัวใช้ (ถ้ามี) เพื่อจ่ายเป็นค่ารักษาฯ ถ้าค่ารักษาฯ ไม่มากเกินไปกว่าระดับรายได้ของครัวเรือน เงินสด/เงินออม ที่มีอยู่ จะสามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้หมด ถ้าค่ารักษาฯ สูงมากขึ้น ครัวเรือนจะมองหาแหล่งเงินจากแหล่งอื่นๆ การขาย/จำนองทรัพย์สินเพื่อแลกเป็นเงินสด ความช่วยเหลือจากเครือข่ายครอบครัว และการกู้ยืมเงิน เป็นแหล่งเงินขั้นที่สองที่ครัวเรือนใช้ในการจ่ายค่ารักษาฯ การขอรับความช่วยเหลือจากชุมชน เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับกรณีที่ประสบกับค่ารักษาฯ ราคาแพงมาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐทุกคน เมื่อมีเงินสด/เงินออมไม่พอ และ/หรือไม่มีญาติพี่น้อง ไม่มีสินทรัพย์ในครอบครอง อาจต้องร้องเพื่อขอลดหย่อนค่ารักษาฯ หรือขอสงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลบางส่วนหรือทั้งหมด จากงานสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล เพื่อไม่ต้องจ่ายค่ารักษาฯ ส่วนที่เกินจากความสามารถในการจ่ายของครอบครัว

รูปภาพที่ 3.2: ชนิดและลำดับการใช้แหล่งเงินเพื่อจ่ายค่ารักษาฯ



3. ผลกระทบของการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

การเจ็บป่วยก่อให้เกิดผลกระทบแก่ครอบครัวหลายประการ ผลกระทบที่เกิดขึ้นเบื้องต้น คือ ความเครียด หรือสภาพอารมณ์ที่แปรวนแปรของสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ขึ้นกับความหนักเบาของผู้ที่เจ็บป่วย อย่างน้อยผลกระทบประการหนึ่งที่เห็นได้โดยทั่วไป คือ การสูญเสียรายได้ ถ้าผู้ที่เจ็บป่วย หรือผู้มาเฝ้าไข้ เป็นผู้ก่อรายได้ในครอบครัว ถ้าการเจ็บป่วยรุนแรง อาจหมายถึง การต้องสูญเสียสมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกอาจถึงขั้นพิการไม่สามารถก่อรายได้อย่างถาวร ภาระค่ารักษาที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษา อาจหมายถึงการที่ครอบครัว มีรายได้ลดลง เป็นหนี้สินเพิ่มขึ้น หรือต้องดิ้นรนเพื่อหาเงินมาจ่ายค่ารักษาฯ หรือจ่ายชดใช้หนี้ เช่น การต้องขาย/จำนองทรัพย์สินมีค่า หรือขายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผลิตเพื่อแลกเป็นเงินสด ถ้าประสพภาวะเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาแพง ครอบครัวอาจถึงขั้นล้มละลาย ผลกระทบเหล่านี้ อาจเกิดแก่ครอบครัว ทั้งในระยะที่เจ็บป่วยนอนในโรง

พยาบาล หรืออาจเกิดต่อเนื่องในระยะพักฟื้น หรือออกจากโรงพยาบาลแล้ว ถ้าผู้เจ็บป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือเป็นผู้ก่อรายได้หลักของครอบครัว สถานการณ์ของครอบครัวภายหลังออกจากโรงพยาบาล จะมีความรุนแรงมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีผู้เจ็บป่วยเป็นเพียงสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ก่อรายได้

“ หลังผ่าตัด สามีและลูกกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ฉันลำบากมาก ต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว ฉันไม่สามารถกรีดยางในสวนของตัวเองที่อยู่ไกลจากบ้าน ปกติต้องเดินทางไปพร้อมกับสามี จึงไปรับจ้างกรีดยางในสวนของคนอื่น มีรายได้จากขายน้ำยางประมาณ 150 บาทต่อวัน อย่างไรก็ตาม ฉันกรีดยางได้น้อยมาก เพราะฝนตกบ่อยมาก เวลานี้ แผลผ่าตัดสามี ค่อยๆ ดีขึ้น เขาสามารถขับรถได้แล้ว เราสองคนได้ไปซื้อเสื้อผ้ามือสอง เพื่อนำมาขายในตลาดเปิดท้ายขายของ ขณะที่ลูกชาย ก็ได้ออกจากบ้าน รับจ้างทั่วไปเพื่อหาเงินมาจ่ายเป็นค่าหน่วยกิต ” (ภรรยาของผู้ป่วยชายวัย 38 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต เนื่องจากป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง)

“ หลังจากตัดขาไป ฉันลำบากมากขึ้นมาก เมื่อก่อน ฉันยังมีสองขาครบ แม้ตามองเห็นเพียงเล็กน้อย ฉันสามารถเคลื่อนตัวจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งโดยอาศัยเก้าอี้ที่มีล้อเลื่อน และสามารถขายของภายในบ้านได้ เดิมนั้น ฉันขายของไม่ได้ ไม่มีเงินไปพบหมอเพื่อรับยาเบาหวาน และนั่งรถจักรยานยนต์ลำบากกว่าเดิมมาก ” (ผู้ป่วยหญิงวัย 56 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานและแผลที่เท้า ได้รับการตัดขา)

“ เมื่อไม่มีสามี (สามีเสียชีวิต) ฉันต้องมีหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงครอบครัว จากที่เคยเป็นแม่บ้าน ฉันพยายามปักเย็บเสื้อผ้าด้วยจักร ทั้งที่เมื่อก่อนไม่เคยทำ ฉันอยากจะเรียนรู้การตัดเย็บเสื้อผ้าเพิ่มเติม ที่วิทยาลัยการอาชีพ สิ่งหนึ่งที่อาจเกิดขึ้น คือ ฉันและลูกๆ ต้องย้ายออกจากบ้านหลังนี้ เนื่องจากน้องสามียื่นขอบ้านคืน ” (แม่หม้ายสูญเสียชีวิต 48 ปี จากอุบัติเหตุรถชน มีบาดเจ็บของสมอง)

4. นโยบายการให้การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายเงินได้ในโรงพยาบาลของรัฐ

การให้สังคมสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีปัญหาการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้มีการปฏิบัติสืบต่อกันมาเป็นเวลานานแล้ว ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีระบบงานสังคมสงเคราะห์ หน้าที่นี้จะเป็นของเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ส่วนในโรงพยาบาลของรัฐที่ไม่มีเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ หน้าที่นี้จะอยู่ในดุลพินิจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยผู้เกี่ยวข้อง จะพิจารณาว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงิน จะสามารถรับภาระค่ารักษาฯ เพียงไร มีเหตุผลเพียงพอที่จะให้การลดหย่อนค่ารักษาฯ หรือให้การสงเคราะห์ค่ารักษาฯ ตามที่ร้องขอหรือไม่ ในทางปฏิบัติ มีเพียงผู้มีความรู้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงินมาก หรือผู้ที่ทราบว่ามิถิลไคโนในโรงพยาบาล จึงจะได้ประโยชน์จากช่องทางดังกล่าว โดยทั่วไป มูลเหตุที่ต้องนำครอบครัวมาพบเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์มี 2 ประการคือ 1) ภาระค่ารักษาฯที่จะเกิดขึ้น สร้างความไม่มั่นคงทางการเงินแก่ครอบครัว ทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัวไปพบ/ปรึกษาเจ้าหน้าที่ฯไว้ก่อน เพราะกลัวว่ามีเงินไม่พอจ่าย 2) ภาระค่ารักษาฯที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินแก่ครอบครัว ผู้ป่วย/ครอบครัวหมดหนทางที่จะหาเงินส่วนเหลือมาจ่ายให้โรงพยาบาล ผู้ป่วย/ครอบครัวจึงต้องพบเจ้าหน้าที่ฯ หรือถูกแนะนำให้พบเจ้าหน้าที่ฯ เพราะมีหนี้ค้างอยู่มาก

“ฉันไปพบเจ้าหน้าที่ฯด้วยตัวเอง ฉันกลัวว่าไม่มีเงินพอจะจ่ายค่ารักษาฯ เพราะฉันมานอนโรงพยาบาลหลายวันแล้ว (ทั้งที่ยังไม่ทราบว่าค่าใช้จ่ายทั้งหมดเท่าไร)” (ผู้ป่วยชายวัย 57 ปีป่วยเป็นโรคตับอักเสบ)

“(ก่อนสามิมานอนโรงพยาบาลครั้งนี้ เราหมดเงินไปกับการรักษาที่คลินิกและโรงพยาบาล 2 แห่งมากพอควร) นายแพทย์บอกว่าต้องผ่าตัดเพราะเป็นก้อนเนื้อในช่องท้อง และต้องนอนโรงพยาบาลหลายวัน ฉันจึงไปปรึกษาเจ้าหน้าที่ฯ เพราะกลัวรับภาระค่าใช้จ่ายไม่ไหว” (ภรรยาของผู้ป่วยชาย ภายหลังผ่าตัดวินิจัยเป็นฝีที่ไส้ติ่ง)

ในการศึกษาครั้งนี้ ตัวอย่างส่วนใหญ่ (27 ใน 38 ราย) มาพบเจ้าหน้าที่ฯ เพราะมีหนี้ค้างโรงพยาบาลอยู่มาก โดยแต่ละคนได้รับใบแจ้งหนี้และแนะนำให้พบเจ้าหน้าที่ฯ ผู้ป่วย/ครอบครัวที่เคยมีประสบการณ์ขอสังคมสงเคราะห์มาจากการรักษาครั้งก่อนๆ ส่วนใหญ่จะมาพบเจ้าหน้าที่ฯ ตั้งแต่วันแรกๆ ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วย/ครอบครัวจำนวนหนึ่ง ได้รับคำแนะนำให้พบเจ้าหน้าที่ฯ จากญาติเพื่อน หรือญาติของผู้ป่วยที่อยู่ข้างเตียง การให้สังคมสงเคราะห์ สามารถแก้ไขหรือป้องกันไม่ให้อาการครอบครัวต้องหมดเนื้อหมดตัวเนื่องจากภาระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วย/ครอบครัวที่ประสบกับค่าใช้จ่ายสูง

“ฉันไม่ได้จ่ายค่ายามาหลายวัน เพราะไม่มีเงิน พยาบาลมาบอกฉันว่า เจ้าหน้าที่สังคมฯ ขอให้ไปพบ” (มารดาของผู้ป่วยเด็กหญิงวัย 7 ปีป่วยเป็น Non-Hodgkin lymphoma)

“ฉันรู้ว่าเป็นหนี้โรงพยาบาลแล้วประมาณ 30,000 บาท เจ้าหน้าที่ที่เรียกให้ไปพบ (หลังจากคุยกัน) ขอให้ฉันจ่ายอีกอย่างน้อย 8,000-10,000 บาท ส่วนที่เหลือโรงพยาบาลจะสงเคราะห์ให้” (มารดาของผู้ป่วยหญิงวัย 15 ปีป่วยเป็นก้อนเนื้ออกในสมอง)

“เจ้าหน้าที่สังคมฯ เรียกไปพบ เมื่อฉันเป็นหนี้โรงพยาบาลแล้วประมาณ 30,000 บาท ฉันบอกเจ้าหน้าที่ฯ ตามตรงว่า เวลานี้การค้าแย่มาก ฉันไม่กล้าไปขอยืมเงินจากใคร เจ้าหน้าที่ฯ เห็นใจ และขอให้ฉันหาเงินมาจ่ายอีก 10,000 บาท ส่วนที่เหลือโรงพยาบาลจะสงเคราะห์ให้ ฉันดีใจมาก เพราะจำนวน 10,000 บาทนี้ ไม่มากนัก อยู่ในวิสัยที่ฉันพอหาได้ คิดว่าญาติของฉันสามารถช่วยเหลือได้ ฉันต้องขอบคุณเจ้าหน้าที่ฯ มากๆ และจะไม่ลืมบุญคุณของโรงพยาบาล” (บุตรสาวของผู้ป่วยชายวัย 61 ปีป่วยเป็นโรคมะเร็งหลอดอาหาร)

“ฉันไม่รู้มาก่อนเลยว่า โรงพยาบาลมี(ระบบ)สังคมสงเคราะห์ ฉันเป็นกังวลอย่างมากเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายขณะที่สามีฉันนอนป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ไม่รู้ไปปรึกษาใคร อึดอัดใจมาก ฉันจึงระบายให้พยาบาลบนเตียงฟัง โดยไม่ได้คิดว่าเขาจะช่วยเหลือเราได้ พยาบาล(คง)เห็นใจ แนะนำให้ฉันพบกับเจ้าหน้าที่สังคมฯ ฉันดีใจมากเพราะเจ้าหน้าที่ฯ รับปากจะช่วยเหลือฉัน เดิมฉันมีความคิดจะเอาที่ดินที่มีอยู่ประมาณ 3 ไร่ขณะนี้ปลูกลองกองอยู่ไปขาย जानอง เอาเงินมาจ่ายค่ารักษาฯ หลังจากที่ได้พบเจ้าหน้าที่ฯ ฉันได้ยกเลิกความคิดนี้ไป” (ภรรยาของผู้ป่วยชาย ป่วยด้วยอุบัติเหตุทางสมอง - head injury)

“ใบแจ้งหนี้ค่ารักษาฯ ของพ่อเลี้ยงใบแรก เรียกเก็บมากกว่า 40,000 บาท ฉันตกใจและเป็นกังวลมาก ฉันได้รวบรวมเงินที่ฉันเก็บสะสมไว้จ่ายเป็นค่ายาจำนวนหนึ่ง เพราะมีเงินไม่พอล้นคุยกับนางพยาบาล เขาแนะนำให้ไปหาเจ้าหน้าที่ฯ เจ้าหน้าที่รับปากให้การช่วยเหลือ จึงรู้สึกสบายใจมากขึ้น” (บุตรสาวของผู้ป่วยชายวัย 69 ปีป่วยด้วย โรคหัวใจวายและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)

แม้ว่าโรงพยาบาลของรัฐจะมีระบบการให้สังคมสงเคราะห์ แต่ผู้ป่วย/ครอบครัว ที่มีปัญหาทางการเงิน อาจไม่ได้รับการช่วยเหลือจากการสงเคราะห์คำรักษาฯ ส่วนที่เกินความสามารถก็ได้ ถ้าผู้ป่วย/ครอบครัว มีความรู้สึกเงินอายุ ไม่กล้ายอมรับความจริง ไม่ไปพบและพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สังคมฯ

“ หมอบอกว่าฉันต้องผ่าตัดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้าฉันไม่รีบทำการผ่าตัด ฉันอาจต้องถึง ตา บอดก็ได้ ฉันบอกหมอว่าฐานะทางการเงินไม่สู้ดี หมอแนะนำให้ไปพบกับเจ้าหน้าที่ ที่ แรก ฉันไม่ยอมไปพบ เพราะฉันรู้สึกอายที่ต้องไปบอกว่า ฉันไม่มีเงิน ” (ผู้ป่วยชายวัย 33 ปี ได้รับอุบัติเหตุหินกระเด็นเข้าตา - penetrating injury of the eye, macular hole)

กระบวนการต่อรองและการให้สงเคราะห์ ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ฯ แต่ละราย ข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ฯ ได้จากผู้ป่วย/ครอบครัวจากการสัมภาษณ์ จำนวนเงินที่ค้างจ่าย และแพทย์จะอนุญาตให้จ่ายเมื่อไร ในทางปฏิบัติ การต่อรองที่เกิดขึ้นมี 2 ลักษณะคือ 1) เจ้าหน้าที่ฯ ให้ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้จ่ายให้มากที่สุดเท่าที่สามารถจ่ายได้ โดยอาจกำหนดเพดานเงินไว้ วงเงินส่วนที่เหนือเพดานนั้น โรงพยาบาลจะสงเคราะห์หรืออุดหนุนทั้งหมด 2) เจ้าหน้าที่ฯ ให้ผู้ป่วย/ครอบครัวได้จ่ายให้มากที่สุดเท่าที่สามารถจ่ายได้ ถ้าเจ้าหน้าที่ฯ พิจารณาว่าส่วนที่เหลือยังเป็นเงินก้อนใหญ่มาก เจ้าหน้าที่ฯ อาจร้องขอให้ผู้ป่วย/ครอบครัวจ่ายอีกจำนวนหนึ่ง เพื่อเป็นการลดภาระที่โรงพยาบาลต้องอุดหนุน การต่อรองในลักษณะหลังใช้บ่อยกว่าลักษณะแรก อย่างไรก็ตาม ถ้าคำรักษาพยาบาลสูงมาก วงเงินที่ต้องให้สงเคราะห์มาก อาจต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล

“วงเงินที่ให้การสงเคราะห์ พิจารณาเป็นรายๆไป เราต้องเรียนรู้จากผู้ป่วย/ครอบครัวที่เดือดร้อนให้มากที่สุดเพื่อทราบข้อมูลของครอบครัว และต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวจ่ายค่ารักษาฯ มากที่สุดเท่าที่เขาสามารถจ่ายได้” (เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์คนหนึ่ง)

ด้วยวิธีการดังกล่าว ถ้าผู้ป่วย/ครอบครัวให้ข้อมูลที่เบี่ยงเบนจากความจริง อาจไม่สามารถตรวจสอบได้ ขึ้นอยู่กับดุลพินิจเจ้าหน้าที่ฯ ก่อนข้างมาก แต่ก่อน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เคยใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน หรือขอข้อมูลบางส่วนเพิ่มเติมจากประชาสงเคราะห์จังหวัดเพื่อประกอบการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการเยี่ยมบ้านไม่สามารถทำได้ถ้าอยู่ไกล และยังคงทุ่มเหตุผลการเพื่อทำงานส่วนนี้ อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากประชาสงเคราะห์ไม่ทันสมัยและขัดแย้งกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จึงได้ยกเลิกวิธีการทั้งสองไป

บทที่ 4: สรุปผลการศึกษา บทวิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

บทนี้ เป็นบทสรุปของผลการศึกษาทั้งสองเรื่องในบทที่ 2 และบทที่ 3 โดยจะพยายามสรุปข้อค้นพบที่สำคัญให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย การวิจารณ์ผลการศึกษาที่สำคัญในประเด็นของความสามารถในการจ่าย วิธีการจัดการกับแหล่งเงินที่นำมาใช้จ่ายค่ารักษาฯ และสถานะการเจ็บป่วยจนล้มละลาย พร้อมให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และงานวิจัยที่ควรดำเนินการต่อไปในอนาคต

1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างประชากรผู้ป่วยใน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสงขลา

บทสรุปและวิจารณ์

ผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ และต้องจ่ายค่ารักษาฯเอง (Out-of-pocket patients) มีแนวโน้มเป็นทั้งผู้ที่มีเศรษฐกิจทั้งดี ปานกลางและไม่ดี ผู้ที่มีเศรษฐกิจค่อนข้างดีถึงปานกลาง ส่วนใหญ่จะใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน ขณะที่ผู้ที่มีเศรษฐกิจปานกลางถึงไม่ดี ส่วนใหญ่ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ ฉะนั้นจึงพบสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาไม่ได้ในโรงพยาบาลของรัฐมากกว่า โรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาฯ ส่วนใหญ่มีระดับรายได้ การศึกษา และสถานะทางอาชีพ แย่กว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาจ่ายค่ารักษาฯ

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีเศรษฐกิจที่หลากหลาย ทำให้ระดับความสามารถในการจ่ายแตกต่างกัน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและต้องคำนึงถึงในการจัดบริการ และสวัสดิการให้แก่คนกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีเศรษฐกิจปานกลางถึงไม่ดี มีโอกาสประสบปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ มากกว่ากลุ่มอื่น ภายใต้ทรัพยากร / งบประมาณที่มีอยู่จำกัด การจัดบริการและสวัสดิการรักษายาบาลควรมุ่งเน้นที่คนกลุ่มนี้ก่อน ข้อควรพิจารณา คือผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีสถานะทางอาชีพที่หลากหลาย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพส่วนตัว และ/หรือ รับจ้างทั่วไป การวินิจฉัยหรือการขึ้นทะเบียนคนกลุ่มนี้เป็นเรื่องที่ไม่ง่าย

2. ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของครอบครัว

บทสรุปและวิจารณ์

จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยในที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพและต้องจ่ายเงินเอง ที่ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสงขลา ประมาณหนึ่งในสี่ มีปัญหาทางการเงิน ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หมด

ปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการจ่ายของครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานะภาพอาชีพ ระดับรายได้ของครอบครัว และจำนวนสมาชิกที่ก่อรายได้ให้ครอบครัว ขณะที่อายุและเพศของผู้ป่วย และปัจจัยด้านสังคม เช่น สถานที่อยู่อาศัย และการนับถือศาสนา ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจ่ายของครอบครัว

จากการวิเคราะห์โดยวิธี Survival หรือ Life-table พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยในการศึกษานี้ มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงสุด โดยเฉลี่ยที่ 14,700 บาทต่อการนอนโรงพยาบาลครั้งหนึ่งๆ

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีเศรษฐกิจตั้งแต่ร่ำรวย จนถึงยากจนปะปนกัน ทำให้มีความสามารถในการจ่ายแตกต่างกัน มีค่านิยมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ไม่เหมือนกัน นอกจากระดับรายได้แล้ว ระดับการศึกษา อาชีพ และจำนวนสมาชิกที่ก่อรายได้ให้ครอบครัว สามารถใช้ทำนายระดับความสามารถในการจ่ายของคนกลุ่มนี้ได้

3. วิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น และผลกระทบทางการเงินต่อครอบครัว

บทสรุปและวิจารณ์

แหล่งเงินที่ใช้มาจ่ายค่ารักษาพยาบาลมากที่สุดและใช้ก่อนแหล่งเงินอื่นคือ เงินสด / เงินออม การช่วยเหลือทางการเงินจากเครือข่ายของครอบครัว และการกู้ยืมเงิน เป็นแหล่งเงินที่สำคัญรองลงมา ลำดับการใช้แหล่งเงิน ขึ้นกับความสมบูรณ์ของแหล่งเงินภายในครอบครัว โดยเฉพาะสภาพคล่องของเงินสด/เงินออม และมูลค่าของค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ถ้าเงินสด/เงินออมไม่พอ ครอบครัวจะมองหาแหล่งเงินอื่น เช่น การขายผลผลิตที่เก็บไว้ การขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายของครอบครัว และการกู้ยืมเงิน เป็นต้น เมื่อหมดสิ้นหนทางแล้ว การขอสงเคราะห์จากโรงพยาบาล จะเป็นทางออก/วิธีสุดท้าย

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย/ครอบครัวมีวิธีการจัดการที่หลากหลายกับภาระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น นอกจากเงินสด/เงินออมที่มาจากรายได้ส่วนใหญ่ของครอบครัวแล้ว เครือข่ายทางครอบครัวและทางสังคม ก็มีบทบาทสำคัญในการจัดการกับภาระค่ารักษาฯ ผู้ป่วย/ครอบครัวที่มีเครือข่ายเครือญาติที่เข้มแข็ง หรือได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม จะรอดพ้นจากการต้องสิ้นเนื้อประดาตัวเพราะค่ารักษาฯแพง หรือสภาวะการเจ็บ

ป่วยจนล้มละลาย (Financially catastrophic case) ขณะที่ผู้ป่วย/ครอบครัว ที่ไม่มีตาข่ายป้องกันทางสังคม (Social safety net) ดังกล่าว เช่น คนย้ายถิ่น (Immigrants) คนจรจัด (homeless) และคนว่างงาน (unemployment) อาจต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาลมากกว่าประชาชนทั่วไป ด้วยวิธีการจัดการกับค่ารักษาฯ ที่ได้นำเสนอข้างต้น พบว่า ครอบครัวจำนวนไม่น้อย มีอันต้องลดการใช้เครื่องอุปโภค/บริโภคที่จำเป็น บางครอบครัวต้องมีหนี้สินเพิ่มขึ้น และบางก็ต้องให้ลูก/เด็กออกจากโรงเรียน การเจ็บป่วย นอกจากทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียแรงงานในภาคการผลิต และความสามารถในการหาเงินเลี้ยงครอบครัวแล้ว ในกรณีที่ผู้ป่วย คือ ผู้ที่สร้างรายได้หลัก เป็นที่พึ่งของครอบครัว หรือหัวหน้าครอบครัวแล้ว ความสูญเสียที่เกิดขึ้น ยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

นอกจากเงินสด/เงินออมแล้ว การช่วยเหลือทางการเงินจากเครือข่ายของครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นของสังคมไทย ครอบครัวที่มีเครือข่ายเข้มแข็งในสังคมที่อยู่กันแบบพึ่งพา จะเป็นเสมือนตาข่ายป้องกันทางสังคม (Social safety net) ที่ดี แต่การพึ่งพาควรมีระดับใดถึงเหมาะสม เป็นเรื่องที่ต้องศึกษาต่อไป

4. นโยบายการให้สังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลของรัฐ

บทสรุปและวิจารณ์

มีหลักฐานพบว่า ผู้ป่วย/ครอบครัวได้ดิ้นรนต่อสู้เพื่อหาเงินจากแหล่งเงินต่าง ๆ มาจ่ายค่ารักษาพยาบาล ก่อนที่จะมาขอสังคมสงเคราะห์จากโรงพยาบาล ขณะนี้ โรงพยาบาลของรัฐมีกลไกให้การอุดหนุนช่วยเหลือค่ารักษาฯ ส่วนที่ไม่สามารถจ่ายได้ โดยผ่านกระบวนการให้สังคมสงเคราะห์ โดยเฉลี่ย กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้ โรงพยาบาลของรัฐต้องอุดหนุนช่วยเหลือค่ารักษาฯ มากถึงร้อยละ 60 ของค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ เนื่องจาก กลไกดังกล่าว ประชาชนทั่วไป ยังไม่ทราบโดยทั่วกัน คนที่ทราบว่ามีกลไกนี้อยู่ในโรงพยาบาล จึงจะได้รับประโยชน์

ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด การให้สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลรัฐ ก็มีความจำกัดในตัว เนื่องจากประเทศไทย มีระบบประกันสุขภาพหลากหลาย แต่ละระบบได้รับแหล่งเงินสนับสนุนไม่เท่าเทียมกัน โรงพยาบาลของรัฐมีความพยายามที่จะนำระบบประกันสุขภาพที่มีรายได้มากกว่า มาอุดหนุนจนเจือข้าม (Cross-subsidization) ไปยังระบบประกันสุขภาพที่มีรายได้น้อยกว่า รวมทั้งอุดหนุนผู้ป่วยที่มาขอลดหย่อนผ่านระบบสังคมสงเคราะห์ ด้วย ฉะนั้น กลไกการให้สงเคราะห์ จำเป็นต้องส่งเสริมให้มีความเข้มแข็ง และเผยแพร่ให้ประชาชนทราบโดยทั่วกัน มีงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ ไม่ใช่มาจากการอุดหนุน

จนเจ็บป่วยอย่างทุกวันนี้ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิผลของกลไกสงเคราะห์ที่มีอยู่ และระดับการอุดหนุนจนเจ็บป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ

ข้อเสนอแนะ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน ประชาชนทุกคนยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วย/ครอบครัวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง กลไกให้การอุดหนุนหรือสงเคราะห์ แสดงให้เห็นว่า มีประโยชน์มาก สามารถแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดครอบครัวที่ประสบปัญหาไม่มีเงินพอจ่าย ต้องสิ้นเนื้อประดาตัว หรือเป็นหนี้สินพันตัว จึงควรส่งเสริมให้กลไกนี้มีต่อไป และทำให้มีความเข้มแข็ง ด้วยการสนับสนุนงบประมาณเพื่ออุดหนุนผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายได้ และมีกระบวนการตรวจสอบที่ดีว่า กลไกนี้ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

5. สัดส่วนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ และอุบัติการณ์ของสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย

บทสรุปและวิจารณ์

ปัญหาไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาฯ พบได้บ่อยในโรงพยาบาลของรัฐ ในการศึกษาี้ พบว่ากว่าหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐและต้องจ่ายเงินเอง ประสบปัญหาไม่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาฯ ถ้าถือว่าผู้ป่วยทุกคนที่มีปัญหาไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาฯ ต้องขอสงวนสงเคราะห์คือ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนล้มละลายแล้ว อุบัติการณ์ของสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย ในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรัฐและต้องจ่ายเงินเอง อยู่ที่ร้อยละ 21.5 อย่างไรก็ดี การนิยามเช่นนี้ ขาดหลักฐานชี้ชัดว่าผู้ป่วยดังกล่าว อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลายจริง หรือมีการขอสงเคราะห์ทั้งที่ไม่มีความจำเป็นจริง (abuse) ถ้าใช้หลักฐานเช่นการที่มีหนี้สินเพิ่มขึ้นล้นตัว หรือเด็กต้องออกจากโรงเรียนจากผลพวงการจ่ายค่ารักษาฯ ครั้งนี้ อุบัติการณ์ของสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย ในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรัฐและต้องจ่ายเงินเอง อยู่ที่ร้อยละ 0.36 และ 4.85 ตามลำดับ ถ้าถือว่าผู้ป่วยทุกคนที่จ่ายค่ารักษาฯ ครั้งนี้มากกว่าร้อยละ 15 ของรายได้ของครอบครัวต่อปีเป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนล้มละลายแล้ว อุบัติการณ์ของสภาวะเจ็บป่วยจนล้มละลาย ในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรัฐและต้องจ่ายเงินเอง อยู่ที่ร้อยละ 7.5 การนิยามโดยใช้เกณฑ์รายได้ต่อปีนั้น พบว่า ตัวอย่างผู้ป่วยจำนวนมาก ยังอยู่ในสภาพที่ยังสามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้ การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้ทราบว่า แท้จริงนั้น ผู้ป่วยส่วนมาก พยายามดิ้นรนทุกวิถีทางเพื่อหาเงินมาจ่ายค่ารักษาฯ โดยใช้แหล่งเงินจากเงินสด / เงินออมที่มีอยู่ การขายผลผลิตที่เก็บไว้ การกู้ยืมเงิน และการช่วยเหลือทางการเงินจากเครือข่ายครอบครัวก่อนขอสงวนสงเคราะห์

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาเกณฑ์ชี้วัดสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย เป็นเรื่องค่อนข้างยาก เกณฑ์ที่ใช้ในการศึกษานี้ มีข้อพิจารณาว่า เป็นเกณฑ์ที่ค่อนข้างวัดยาก และ subjective บางเกณฑ์อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การที่เด็กต้องออกจากโรงเรียน หรือการที่ครอบครัวมีหนี้สินล้นพ้นตัว ขณะที่นิยามโดยใช้จุดตัดเกณฑ์รายได้ครอบครัวต่อปีที่ค่ารักษาที่จ่าย เกินร้อยละ 15 อาจไม่เหมาะสม เพราะสังคมไทยมีลักษณะอยู่กันแบบการพึ่งพาค่อนข้างมาก ถ้าพิจารณาว่าเป็นเรื่องขอขบธรรมแล้วที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลอย่างเต็มความสามารถเมื่อถึงที่สุดแล้ว รัฐจึงให้การอุดหนุน ผ่านระบบสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลแล้ว การพึ่งพากันผ่านเครือข่ายของครอบครัว และทางสังคม เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุนให้คงอยู่ในสังคมไทย ถ้าใช้จุดตัดเกณฑ์รายได้ครอบครัวต่อปีมาตัดสินว่า ผู้ป่วยใดเข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนล้มละลายนั้น เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีเศรษฐานะแตกต่างกันตั้งแต่รายถึงจน อาจเป็นการสมควรให้มีจุดตัดเกณฑ์รายได้หลายระดับ ตั้งแต่ร้อยละ 5-20 ของรายได้ครอบครัวต่อปี ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะแย่ที่สุด หรืออยู่ในชั้นรายได้ที่ต่ำสุด (fifth income quintile) เมื่อไรที่จ่ายค่ารักษาเกินกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ครอบครัวต่อปี ถือว่าเข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนล้มละลาย ขณะที่ผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะดีที่สุด หรืออยู่ในชั้นรายได้ที่สูงสุด (first income quintile) เมื่อไรที่จ่ายค่ารักษาเกินกว่าร้อยละ 20 ของรายได้ครอบครัวต่อปี ถือว่าเข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนล้มละลาย เป็นต้น

ก) บทวิจารณ์ทั่วไป (General discussion)

เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีเศรษฐานะที่แตกต่างกันตั้งแต่รายถึงจน ทำให้มีระดับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาฯ ที่แตกต่างกัน ในการศึกษาี้ ผู้ป่วยในที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพและต้องจ่ายเงินเอง ที่ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดสงขลา ประมาณหนึ่งในสี่ มีปัญหาทางการเงิน ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หมด ระดับการศึกษา สถานะภาพอาชีพ ระดับรายได้ของครอบครัว และจำนวนสมาชิกที่ก่อรายได้ให้ครอบครัว สามารถทำนายระดับความสามารถในการจ่ายของครอบครัว

ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาฯ นอกจากขึ้นกับรายได้ของครอบครัว ยังขึ้นกับแหล่งเงินและวิธีการจ่ายเงินของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะดี มีเครือข่ายและเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง มักจะไม่มีปัญหาในเรื่องความสามารถในการจ่าย การมีหลักประกันสุขภาพ ไม่เพียงสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีมาตรฐานเดียวกัน ยังช่วยป้องกันการสูญเสียรายได้และทรัพย์สินจากการค่ารักษาพยาบาลที่ราคาแพง ด้วยข้อเท็จจริงเช่นนี้ จึงมีความจำเป็นที่

จะมีการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทุกคนที่ไม่มีประกันสุขภาพ โดยระดับการจ่ายเบี้ยประกันอาจจะแตกต่างกันไปตามระดับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาฯ

ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนี้ ปีหนึ่งๆ รัฐ มีความจำเป็นต้องใช้เงินงบประมาณอุดหนุนผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาและต้องขอสงวนสิทธิ์หลายล้านบาทต่อปี ในจังหวัดสงขลาที่เช่นกัน ในการศึกษาี้ พบว่า งบประมาณที่โรงพยาบาลของรัฐต้องอุดหนุนผู้ป่วยที่จ่ายไม่ได้ประมาณ 3.45 ล้านบาทต่อปี ถ้ากำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนที่ไม่มีหลักประกัน ต้องจ่ายค่ารักษาฯ ไม่เกินร้อยละ 15 ของรายได้ครอบครัวต่อปีในการนอนโรงพยาบาลของรัฐครั้งหนึ่งๆ และส่วนที่เกินกว่านั้น เป็นเรื่องที่รัฐต้องอุดหนุนแล้ว เงินที่โรงพยาบาลของรัฐต้องอุดหนุนผู้ป่วยที่จ่ายไม่ได้ จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 6.56 ล้านบาทต่อปี แหล่งทุนที่จะมาสนับสนุนการจัดบริการให้ผู้ป่วยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ประมาณ 7 ล้านบาทต่อปี ซึ่งค่อนข้างมาก ถ้ามาจากระบบภาษีอาจเป็นเรื่องยาก ถ้ามาจากการเก็บเบี้ยประกันสุขภาพมีความเป็นไปได้ โดยเฉลี่ย ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพต้องจ่ายเบี้ยประกัน ประมาณ 20 บาทต่อคนต่อปี โดยมีเงื่อนไขต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งหนึ่งๆ ไม่เกินกว่าร้อยละ 15 ของรายได้ครอบครัวต่อปี

ข) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy recommendations)

การศึกษาวิจัยนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองที่มีเศรษฐกิจแย่ มีโอกาสเกิดปัญหาจ่ายเงินค่ารักษาฯไม่ได้ หรือเกิดสถานะการเจ็บป่วยจนล้มละลายได้มาก โดยปัญหาจะพบชัดเจนและมากขึ้นถ้าต้องประสบกับภาระค่ารักษาพยาบาลที่แพงมากเกินความสามารถในการจ่าย จากข้อค้นพบในการศึกษาี้ มีข้อเสนอแนะทางนโยบายดังนี้

- 1) การขยายระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ไปยังผู้ที่ไม่มียหลักประกัน เป็นสิ่งที่จำเป็นและเร่งด่วนมาก เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้ที่ไม่มียหลักประกันขณะนี้ ให้รอดพ้นจากการสูญเสียรายได้และทรัพย์สิน และสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย โดยผ่านระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ เช่น ระบบสวัสดิการผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล ระบบประกันสังคม และระบบบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
- 2) การสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้ที่ไม่มียหลักประกันขณะนี้ เป็นเรื่องที่ท้าทายมาก เนื่องจากคนในกลุ่มนี้ มีเศรษฐกิจแตกต่างกันตั้งแต่รายถึงจน และมีสถานะอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างและประกอบอาชีพส่วนตัว การขึ้นทะเบียนเพื่อสร้างหลักประกันให้คนกลุ่มนี้ เป็นเรื่องค่อนข้างยาก การมีนโยบายสร้างหลักประกันโดยถ้วนหน้า (Universal coverage policy) และการให้มีระบบประกันสุขภาพเพียงระบบเดียวที่ครอบคลุมบริการพื้นฐานทั้งหมด เป็นทางเลือกที่สำคัญที่มีความเป็นไปได้ และอาจมีทางเลือกให้มีการประกันค่ารักษาพยาบาลราคาแพงด้วย

- 3) การเก็บเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันฯ นี้ ควรคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายด้วย โดยกำหนดอัตราเบี้ยประกันตามระดับรายได้ของครอบครัวต่อไป สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายเบี้ยประกันได้ รัฐบาลอาจต้องรับผิดชอบอุดหนุนโดยผ่านระบบการเก็บภาษี
- 4) โรงพยาบาลของรัฐ มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาฯ ได้หมด โดยผ่านระบบสังคมสงเคราะห์ ด้วยกลไกที่มีอยู่ สำหรับบางครอบครัว อาจเป็นการช่วยเหลือที่ล่าช้าไป เพราะครอบครัวได้คืนเงินต่อผู้ดูแลจัดการกับการรักษาฯ อย่างเต็มที่แล้ว แต่สำหรับบางครอบครัว กลับเป็นค่าใช้จ่ายป้องกันทางสังคมที่ดี สามารถปกป้องไม่ให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และทรัพย์สิน ไม่ต้องประสบภาวะความไม่มั่นคงทางการเงิน หรือภาวะล้มละลายทางเศรษฐกิจ ระบบการให้สงเคราะห์สมควรคงอยู่ต่อไปตราบดีที่ยังไม่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 5) การประกันค่าใช้จ่ายสูง หรือค่ารักษาพยาบาลราคาแพง (Catastrophic Health Insurance) มีประโยชน์และอาจมีความจำเป็น ในสถานการณ์ของระบบประกันสุขภาพปัจจุบัน เพื่อประสิทธิภาพของระบบแล้ว อาจต้องมีการระบุ/จำแนกความคุ้มครองให้ชัดเจนว่า ระบบประกันสุขภาพใดครอบคลุมเพียงบริการขั้นพื้นฐาน (Essential Medical Package) ระบบใดครอบคลุมได้ทั้งบริการพื้นฐานและบริการราคาแพง (Comprehensive Package of medical care) ในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ ถ้าไม่มีระบบใดสามารถคุ้มครองทั้งบริการพื้นฐานและบริการราคาแพง ระบบประกันค่ารักษาฯ ราคาแพง สมควรเสนอเป็นทางเลือกที่ต้องดำเนินการเพื่อคุ้มครองประชาชนให้รอดพ้นจากภาวะล้มละลายทางเศรษฐกิจ โดยออกเป็นกฎหมายบังคับให้ทุกคนต้องมีเพื่อครอบคลุมการรักษาที่เข้าข่ายราคาแพง (Catastrophic Package) รายละเอียดในการดำเนินการเพื่อให้มีประกันสุขภาพประเภทนี้ แหล่งที่มาของกองทุนและการเก็บเบี้ยประกันความเป็นไปได้ทางการเงินและการบริหารจัดการของกองทุน จำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาต่อไป

ค) ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ (The limitations of the studies)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดดังนี้

- 1) การศึกษาวิจัยทั้งสอง จำกัดขอบเขตการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาฯ และการสำรวจสถานะการเจ็บป่วยจนล้มละลายของผู้ป่วยในที่ต้องจ่ายเงินเอง เนื่องจากในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินเอง อาจหมายรวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ และผู้ป่วยที่มีหลักประกันสุขภาพประเภทใดประเภทหนึ่ง แต่ไม่สามารถใช้สิทธิที่มีอยู่ได้ เนื่องจากการรักษานั้นไม่อยู่หรือเกินกว่าที่ระบุไว้ในความคุ้มครอง หรือมาผิดขั้นตอนการใช้สิทธิ เป็นต้น ฉะนั้นการศึกษาวิจัยนี้ จึงได้จำกัดชัดเจนว่า ผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินเอง หมายถึงผู้ป่วยที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพ

ภาพ หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพประเภทใดประเภทหนึ่งเมื่อมาใช้บริการในโรงพยาบาลที่ศึกษา ด้วยเหตุผลดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างที่ได้จึงไม่มีผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ ขณะที่พบผู้ป่วยเหล่านี้ในโรงพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัยและของเอกชน นอกจากนั้น ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เด่นอนโรงพยาบาลสั้นกว่า 48 ชั่วโมงได้คัดออกจากการศึกษาด้วย และผู้ป่วยบางรายที่เข้าเกณฑ์ศึกษา แต่สัมภาษณ์เก็บข้อมูลไม่ทัน ดังนั้นสัดส่วนของผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินเองและเป็นคนในจังหวัดสงขลาที่มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 4-38 ของผู้ป่วยในทั้งหมด อาจต่ำกว่าที่ควรเป็นจริง

- 2) โดยนิยามปฏิบัติการของสภาวะการเจ็บป่วยจนล้มละลายที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยให้ความสำคัญเฉพาะค่าใช้จ่ายรักษาฯ ในการนอนโรงพยาบาลครั้งปัจจุบันครั้งเดียว จึงไม่ใช่เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลทุกประเภทตลอดช่วงชีวิต สภาวะการเจ็บป่วยจนล้มละลายที่เกิดกับกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือกรณีรักษาประเภทผู้ป่วยนอกที่ต้องมาติดต่อกันหลายครั้ง ซึ่งครั้งหนึ่งๆ อาจมีค่าใช้จ่ายสูงด้วยหรือไม่ก็ได้ ผลการศึกษานี้จึงไม่สามารถสะท้อนภาพของสภาวะการเจ็บป่วยจนล้มละลายที่เกิดกับกรณีดังกล่าว
- 3) การศึกษาโดยวิธีการสำรวจในโรงพยาบาล อาจไม่ได้ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเจ็บป่วยจนล้มละลายแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ เพราะมีอุปสรรคทางด้านเศรษฐกิจคือ ยากจนถึงขนาดไม่มีเงินมารักษา หรือไม่มีแม้แต่ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาในโรงพยาบาล
- 4) การศึกษาวิจัยที่ทำในช่วงเวลานี้ ผลการศึกษาวิจัย อาจมีโอกาสคาดการณ์ปัญหาความสามารถในการจ่ายค่ารักษาฯ และอุบัติการณ์ของสภาวะการเจ็บป่วยจนล้มละลายสูงกว่าที่ควรเป็นจริง เพราะประชาชนทุกคนกำลังเผชิญกับวิกฤตเศรษฐกิจอยู่ ผู้วิจัยคาดหวังว่า ผลกระทบทางเศรษฐกิจน่าจะส่งผลให้ประชาชนมีรูปแบบ/แนวคิดการเลือกใช้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมและสมเหตุสมผลมากขึ้นกว่าช่วงที่เศรษฐกิจขยายตัวที่มีการใช้บริการภาคเอกชนเกินสมควร ฉะนั้น ถ้าการปรับตัวในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจของประชาชนอยู่ในเกณฑ์ดี ผลการศึกษาที่ได้ ก็ควรที่ต้องมีความน่าเชื่อถือ การอนุมานสิ่งที่ค้นพบไปยังประชากรเป้าหมายจึงมีความเป็นไปได้มาก อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยที่ทำเพียงในจังหวัดสงขลาแห่งนี้ อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชาชนทั้งหมดในระดับประเทศ ได้
- 5) ประการสุดท้าย การวิเคราะห์ความสามารถในการจ่ายของครอบครัวด้วยสถิติขั้นสูงอย่าง Survival analysis (life-table method) และ Cox regression เป็นแนวคิดและวิธีการใหม่ที่ใช้วิเคราะห์ความสามารถในการจ่ายฯ ยังไม่พบมีการนำเสนอในที่อื่น จากการศึกษาวิจัยนี้แสดงว่าการใช้ Cox regression สามารถเอาชนะหรือแก้ไข ผลของตัวแปรกวนอย่างค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บและความรุนแรงของการเจ็บป่วยในการอธิบายความสัมพันธ์ของความสามารถในการจ่ายและจำนวนเงินที่ครอบครัวสามารถจ่ายได้ ซึ่งไม่สามารถทำได้ในการใช้สถิติขั้นสูงอย่าง Logistic regression จึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวความคิดนี้ให้เป็นที่ยอมรับต่อไป

ง) การศึกษาเพิ่มเติม (Further research)

1. สมควรที่จะมีการศึกษาประเมินถึงความเหมาะสม ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของตัวนโยบาย/ระบบ/กระบวนการการให้สงเคราะห์ของโรงพยาบาลของรัฐ ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ หรือจ่ายได้แต่ไม่หมด ในด้านงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ ระดับการอุดหนุนข้ามกลุ่ม (Cross subsidization) ระหว่างเงินงบประมาณและเงินบำรุงของโรงพยาบาล ความสามารถของกลไกในการแก้ไขการสูญเสียรายได้และทรัพย์สิน และการป้องกันการล้มละลายทางเศรษฐกิจ
2. สมควรให้มีการศึกษาถึงการดำเนินการเพื่อให้มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่ารักษาฯ ราคาแพง แหล่งที่มาของกองทุนและการเก็บเบี้ยประกัน ความเป็นไปได้ทางการเงินและการบริหารจัดการของกองทุน

ภาคผนวก

แบบสอบถามชุดที่ 1 (QUESTIONNAIRE 1: FCI-1 & FCI-2 STUDY)

แบบสอบถามเลขที่ _____

ชื่อเรื่องวิจัย ความสามารถในการจ่ายเงินและกลไกการจัดการทางการเงินของครอบครัวเมื่อประสบ
ภาวะค่ารักษาพยาบาลในสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย

สวัสดิ์ศรีรัมย์(คะ) ผู้ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามทุกท่าน

คณะวิจัยของเรา กำลังทำวิจัยเรื่องความสามารถในการจ่ายเงินและกลไกการจัดการทางการเงินของครอบครัวเมื่อประสบภาวะคำรักษาพยาบาลในสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลาย วัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือทางรัฐบาลหามาตรการและเสนอทางเลือกการจัดระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมในอนาคต ท่านเป็นคนหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างของเรา ข้อมูลอันมีคุณค่าของท่านจะเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยชิ้นนี้ เราจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ

แบบสอบถามนี้ผ่านกระบวนการ ☐ coded ☐ checked
☐ data entry 1 ☐ data entry 2

หมายเลขผู้ถูกสัมภาษณ์ _____

หมายเลขโรงพยาบาลที่สัมภาษณ์

หมายเลขประจำตัวทั่วไปของผู้ป่วย _____

หมายเลขประจำตัวของผู้ป่วยใน _____

วันเดือนปีที่นอน รพ. ---- /----/ ----

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์ --- /---/ ---

ชื่อผู้สัมภาษณ์

ชื่อetikผู้ป่วย

IDNUM [][][]

HOSPID []

HN [II II II II / II]

$$\text{AN} [\quad] [\quad] [\quad] [\quad] / [\quad] [\quad]$$

ADMDAT [][][][][]

INTDAT [][][][][][]

INCODE []

WARDID []

ข้อสังเกต แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 5 ตอน เฉพาะตอนที่ 1-4 โปรดกาเครื่องหมาย (x) หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถาม กรณีที่เป็นคำถามเปิด กรุณาเขียนตามคำบอกของผู้ตอบแบบสอบถามให้มากที่สุด ส่วนตอนที่ 5 ขอให้เติม หรือตอบคำถามหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากรพ.

แล้ว โดยคัดลอกจากเวชระเบียน และ บันทึกการเงินของผู้ป่วย ตอนที่ 6 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาเก็บข้อมูลอนุกรมเวลา

คำนิยาม

ครอบครัว หมายถึง

- 1) บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป กินอยู่ และใช้สิ่งอุปโภคบริโภคที่จำเป็นแก่การดำเนินชีวิตร่วมกัน บุคคลเหล่านั้น อาจจะเป็นผู้มีความเกี่ยวพันทางสายโลหิต หรือโดยการแต่งงาน หรือรับมาเป็นบุตรธรรม หรือมีความเกี่ยวพันฉันญาติหรือไม่ก็ได้ หมายความว่ารวมถึงผู้อาศัยซึ่งไม่มีความสัมพันธ์ฉันญาติ ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวมาอยู่ด้วยหรือไม่ก็ตามและไม่ได้จ่ายค่าที่พักและอาหาร และคนใช้ที่ไม่มีครอบครัวอยู่ด้วย ได้รับอาหาร เสื้อผ้า และที่อยู่อาศัยเป็นส่วนหนึ่งของค่าแรงหรือได้รับฟรีก็ตาม
- 2) บุคคลคนเดียวอาศัยอยู่ตามลำพัง กินอยู่และใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคที่จำเป็นแก่การดำรงชีพสำหรับตนเอง โดยไม่มีบุคคลอื่นร่วมด้วย

สมาชิกของครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีส่วนร่วมในการจัดหา และใช้สิ่งอุปโภคบริโภคที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตร่วมกัน สมาชิกอาจมีเพียงคนเดียว หรือมีตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป

หัวหน้าครอบครัว หมายถึง ผู้ซึ่งเป็นที่ยอมรับนับถือของสมาชิกอื่นในครอบครัว โดยยกย่องให้เป็นหัวหน้า อาจจะเป็นผู้รับผิดชอบทางการเงินและสวัสดิการของครอบครัวหรือไม่ก็ได้

อาชีพ หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานที่บุคคลนั้นทำ ปกติบุคคลมีอาชีพเดียว หากในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา บุคคลใดมีอาชีพมากกว่า 1 ชนิด ให้ถืออาชีพที่มีจำนวนเดือนทำงานมากที่สุด หากจำนวนเดือนเท่ากัน ให้นับอาชีพที่มีรายได้มากที่สุด

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ก) ข้อมูลด้านสังคม เศรษฐฐานะและประชากร

ข้อมูลถามผู้ตอบแบบสอบถาม

- | | |
|---|-------------|
| 1. อายุ _____ ปี _____ เดือน วันเกิด ____/____/____ (d/m/y) | RAGE [] |
| 2. เพศ | |
| []1 ชาย []2 หญิง | RSEX [] |
| 3. ท่านเกี่ยวข้อง โดยเป็นอะไรกับผู้ป่วย | RRELATE [] |
| []1 บิดามารดา []2 คู่สมรส | |
| []3 ตัวผู้ป่วย []4 บุตรธิดา | |
| []5 อื่นๆระบุ _____ | |
| 4. ท่านจบการศึกษาระดับใด | REDUC [] |
| []1 ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือไม่จบ ประถมศึกษาภาคบังคับ | |

- []2 จบ/ กำลังเรียนชั้นประถมศึกษา
- []3 จบ / กำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษา
- []4 จบ / กำลังเรียนชั้นปวส/ ปวช
- []5 จบ/ กำลังเรียนชั้นวิทยาลัย/ มหาวิทยาลัย
- []6 อื่นๆระบุ _____

ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วย

5. นับถือศาสนา

- []1 พุทธ []2 อิสลาม
- []3 คริสต์ []4 อื่นๆระบุ _____

6. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

_____ คน

7. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ และสร้างรายได้ให้แก่ครอบครัว

_____ คน

8. หัวหน้าครอบครัว คือใคร เป็นอะไรกับผู้ป่วย

- []1 พ่อ []2 แม่
- []3 สามี []4 ภรรยา
- []5 คนอื่นระบุ _____

RELIG []

FSIZE []

NEMPLOY []

FHEAD []

ข้อมูลของผู้ป่วย

9. อายุ _____ ปี _____ เดือน วันเกิด ____/____/____ (d/m/y)

10. เพศ

- []1 ชาย []2 หญิง

11. สถานภาพสมรส

- []1 โสด
- []2 แต่งงานและอยู่ด้วยกัน
- []3 แต่งงานและแยกกันอยู่
- []4 หย่า []5 หม้าย

12. การศึกษา

- []1 ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือไม่จบ ประถมศึกษา ภาคบังคับ
- []2 จบ / กำลังเรียนชั้นประถมศึกษา
- []3 จบ / กำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษา

PAGE [] []

PSEX []

PMARRY []

PEDUC []

- []4 จบ / กำลังเรียนชั้นปวส/ ปวช
 []5 จบ / กำลังเรียนชั้นวิทยาลัย/ มหาวิทยาลัย
 []6 อื่นๆระบุ _____

13. อาชีพ

- []1 รับราชการ
 []2 นักบริหาร/ วิชาชีพอิสระ
 []3 นักธุรกิจและค้าขายส่วนตัว []4 แรงงานกึ่งฝีมือ
 []5 กรรมกร/ รับจ้าง / เกษตรกรรม []6 ไม่มีงานทำ
 []7 อื่นๆ ระบุ _____

POCCUP []

ตอนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน และอดีต และคำรักษาพยาบาล

ก) ข้อมูลการเจ็บป่วยปัจจุบัน และอดีต

ถามถึงผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัว

14. ท่านเคยรักษาตัวที่อื่นมาก่อน สำหรับการเจ็บป่วยปัจจุบัน นับตั้งแต่เริ่มป่วย

[]1 เคย, ไปข้อ 15

[]2 ไม่เคย, ไปข้อ 17

5. ท่านรักษาตัวที่ไหนมาก่อน ก่อนที่มานอน รพ. แห่งนี้

16.1 สถานีนอนมัย []1 ใช่ []2 ไม่ใช่

16.2 คลินิก/ โพลีคลินิก []1 ใช่ []2 ไม่ใช่

16.3 รพ. ของรัฐ []1 ใช่ []2 ไม่ใช่

16.4 รพ. เอกชน []1 ใช่ []2 ไม่ใช่

16. สาเหตุที่ต้องย้ายมารักษาพยาบาลใน รพ. แห่งนี้ (เหตุผลที่สำคัญที่สุดเพียงข้อเดียว)

[]1 ไม่พึงพอใจการรักษา

[]2 แพทย์ส่งมารักษาต่อ

[]3 มีปัญหาเรื่องเงินที่เก็บเป็นค่ารักษา-ไม่พอจ่าย

[]4 ต้องการประหยัดค่าใช้จ่าย

[]5 เหตุผลอื่นระบุ _____

EVERSEEK []

SEEK1 []

SEEK2 []

SEEK3 []

SEEK4 []

CHANGE []

ข) ข้อมูลคำรักษาพยาบาล (เฉพาะที่รักษาในสถานพยาบาลของทั้งรัฐและเอกชน)
สำหรับผู้ป่วยรายนี้ ตอบคำถามข้อ 18 และ 19

17. คำรักษาพยาบาลทั้งหมดที่จ่ายก่อนมารักษาตัว รพ. แห่งนี้

17.1 กรณีผู้ป่วยนอก _____ บาท

17.2 กรณีผู้ป่วยใน _____ บาท

AMBUP [][],[][][]

INPAP [][],[][][]

18. สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้, สมาชิกในครอบครัวต้องจ่าย ส่วนที่ไม่ใช่คำรักษา เพื่อมาดูแลตัวผู้ป่วยที่รพ. ดังต่อไปนี้ เท่าไร

19.1 ค่าเดินทางเฉลี่ยต่อวัน _____ บาท

19.2 ค่าอาหารเฉลี่ยต่อวัน _____ บาท

19.3 ค่าใช้จ่ายอื่นๆต่อวัน _____ บาท

TRAVELC [][][]

FOODC [][][]

OTHERC [][][]

สำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัวในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (ไม่รวมการเจ็บป่วยปัจจุบัน ของผู้ป่วยรายนี้) ตอบคำถามข้อ 19 และ 20

19. . ท่านและสมาชิกเจ็บป่วยและเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลบ่อยครั้งเพียงไร

19.1 รักษาแบบผู้ป่วยนอก _____ ครั้ง	AMFREQ [] []
19.2 รักษาแบบผู้ป่วยใน _____ ครั้ง	INFREQ [] []
20. ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด ที่จ่ายไป	
20.1 กรณีผู้ป่วยนอก _____ บาท	AMBUC [] [], [] [] []
20.2 กรณีผู้ป่วยใน _____ บาท	INPAC [] [], [] [] []

ตอนที่ 3 วิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาลของครอบครัว และมาตรการแก้ปัญหากรณีผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ และข้อมูลด้านประกันสุขภาพ

ก) วิธีการจัดการทางการเงินของครอบครัว

21. ท่าน บริหารจัดการกับรายได้และทรัพย์สินของครอบครัว อย่างไร นอกจากเงินสดติดตัว

21.1 เก็บออม/เปิดบัญชีธนาคาร []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	ARRANGE1 []
21.2 ซื้อทรัพย์สิน เช่น บ้านที่ดิน พันธบัตร ทองรูปพรรณเก็บไว้ []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	ARRANGE2 []
21.3 ปล่อกู้ []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	ARRANGE3 []
21.4 ซื้อประกัน สุขภาพ []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	ARRANGE4 []
21.5 อื่นๆระบุ _____ []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	ARRANGE5 []

2. แหล่งเงินแรกสุดที่ท่านใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้

[]1 เงินสด / เงินออม / เงินฝากธนาคาร	MONEY []
[]2 ขายผลผลิตที่เก็บไว้เพื่อแลกเป็นเงินสด	
[]3 ขายทรัพย์สิน เช่น ที่ดิน ทองรูปพรรณ ฯลฯ	
[]4 กู้ยืมเงินมาจ่าย	
[]5 อื่นๆระบุ _____ ประกันจ่าย	

23. ท่าน หรือครอบครัวของท่าน ใช้รายการทรัพย์สินดังต่อไปนี้อะไรบ้าง เพื่อจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้

23.1 เงินสด []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	CASH []
23.2 เงินออม /เงินฝาก []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	SAVING []
23.3 ขายทรัพย์สินมีค่า []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	VALASSET []
23.4 ขายผลผลิต []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	PROASSET []
23.5 กู้ยืมเงิน []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	BORROW []
23.6 ขออนุเคราะห์พ. []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	BEGGING []

23.8 อื่นๆระบุ _____ []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	OTHERM []
24. สืบเนื่องจากคำตอบในข้อ 23, เมื่อใช้ทรัพยากรสิ้นตามรายการที่ระบุแล้ว จะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในอนาคตอันใกล้หรือไม่ อย่างไร เช่น	
24.1 ลูกต้องย้ายหรือออกจากโรงเรียน / ไม่สามารถส่งลูกเข้าเรียนได้ []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	IMPACT1 []
24.2 มีรายได้ลดลงด้วยเหตุได้ขายปัจจัยการผลิตไป []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	IMPACT2 []
24.3 มีรายได้ลดลงด้วยเหตุต้องไปชำระดอกเบี้ยเงินกู้ []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	IMPACT3 []
24.4 อื่นๆระบุ _____ []1 ใช่ []2 ไม่ใช่	IMPACT 4 []
25. ระดับความสามารถในการจ่ายค่ารักษาท่าน เป็นอย่างไร []1 มีความสามารถในการจ่ายได้ ทั้งหมด []2 มีความสามารถในการจ่ายได้ บางส่วน []3 ไม่มีความสามารถในการจ่าย-จ่ายไม่ได้เลย	ATP []
26. ท่าน หรือครอบครัว เคยประสบปัญหาจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ หรือไม่ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (ทั้งกรณีที่ยังไม่ได้เลย และจ่ายได้บางส่วน) []1 ไม่เคย, ไปข้อ 29 []2 เคย, ไปข้อ 27	EVERSUF []
27. วิธีการแรกที่ใช้จัดการกับค่ารักษาพยาบาลที่สูง เกินกว่าความสามารถในการ จ่าย (ถ้ามถึงประสบการณ์ครั้งล่าสุดของการเจ็บป่วย รวมถึงการเจ็บป่วยปัจจุบัน ในสถานพยาบาลอื่นด้วย)คือ []1 กู้/ยืมเงิน []2 ขายทรัพยากรที่เป็นปัจจัยการผลิต เช่น วัวควาย รถยนต์ที่ใช้บรรทุก-ส่งของ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นของการหารายได้ []3 ขอลดหย่อนค่ารักษา []4 ขอสังคมสงเคราะห์จากกรพ. []5 ขอ / ขออนุเคราะห์จากคนอื่น หรือ หน่วยงานอื่น []6 อื่นๆระบุ _____	COPE1 []
	COPE2 []

28 สืบเนื่องจากคำตอบในข้อ 27 ถ้ายังไม่พอจ่าย วิธีการถัดไปที่ใช้จัดการกับค่ารักษาพยาบาลที่เกินกว่าความสามารถในการจ่าย คือ อะไร

[]1 กู้ / ยืมเงิน

[]2 ขายทรัพย์สินที่เป็นปัจจัยการผลิต เช่น วัวควาย รถยนต์ที่ใช้บรรทุก-ส่งของ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นของการหารายได้

[]3 ขอลดหย่อนค่ารักษา

[]4 ขอสงวนสิทธิ์จากกรมสรรพากร.

[]5 ขอ / ขออนุญาตจากคนอื่น หรือหน่วยงานอื่น

[]6 อื่นๆระบุ _____

ตอนที่ 4 ข้อมูลรายได้ และรายจ่าย ของครอบครัว

29. รายได้ทั้งหมดและแหล่งที่มาของรายได้และรายรับของสมาชิกทุกคนในครอบครัว รอบเดือนและรอบปีที่ผ่านมา

คิดเป็นรายเดือน (กรณีรายได้ประจำ)

เงินเดือน ค่าจ้าง เงินรางวัลบริการและโบนัส

SAWABO [][],[][][]

_____ บาท

เบี้ยหวัด เงินบำนาญ บำนาญ _____ บาท

PENSION [][],[][][]

คิดเป็นรายปี (กรณีรายได้ หรือรายรับที่ไม่ประจำ)

เงินค่าชดเชยจากการป่วยจากบริษัทประกัน / แผนประกันสุขภาพ

CLAIM [][],[][][]

_____ บาท

เงินกำไรสุทธิจากขายผลผลิต- การประกอบธุรกิจการเกษตรและธุรกิจอื่นๆ

SURPLUS [][],[][][]

_____ บาท

เงินได้สุทธิจากการขายทรัพย์สินเช่น ที่ดิน ปัจจัยการผลิต

SALE [][],[][][]

_____ บาท

รายได้สุทธิจาก ค่าเช่าที่ดิน ค่าเช่าบ้าน

RENT [][],[][][]

_____ บาท

ดอกเบี้ย เงินปันผล

_____ บาท

INTER [][],[][][]

เงินรางวัลจากถูกลอตเตอรี่ทุนการศึกษา การคืนเงินกู้

LOT [][],[][][]

_____ บาท

เงินได้ หรือ รายรับที่เป็นตัวเงินอื่นๆ _____ บาท

OTHERR [][],[][][]

30. รายจ่ายทั้งหมดของครอบครัว ในรอบเดือนที่ผ่านมา	MEXPEN [][], [][][]
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ _____ บาท (= %ของรายจ่าย)	FEXPEN [][][], [][][][]
รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค _____ บาท (= %ของรายจ่าย)	OEXPEN [][][], [][][][]
รายจ่ายอื่นๆ _____ บาท (= %ของรายจ่าย)	

ปด. ผู้สัมภาษณ์ เมื่อจบการสัมภาษณ์แล้ว กรุณากล่าวขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ที่ให้ความร่วมมือ และให้ความมั่นใจอีกครั้งว่าข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยอย่างเดียว

ตอนที่ 5 ข้อมูลที่คัดลอกจากเวชระเบียนและการเงิน

31. วันเดือนปีที่ออกจากรพ. ____/____/____ (d/m/y)	DISCHDAT [][][]/[][][]/[][][]
32. จำนวนวันนอนรพ. _____ วัน	LOHS [][][][]
33. ข้อมูลวินิจฉัยโรค	ICD-10 CODE
33.1 วินิจฉัยโรคหลัก _____	DX1 [][][][][][]
33.2 วินิจฉัยโรคที่2 _____	DX2 [][][][][][]
33.3 วินิจฉัยโรคที่3 _____	DX3 [][][][][][]
34. ข้อมูลหัตถการ และการตรวจรักษาและบำบัด	ICD-9CM CODE
34.1 หัตถการ1 _____	OP1 [][][][][]
34.2 หัตถการ2 _____	OP2 [][][][][]
34.3 รังสีรักษา [] 1 ใช่ [] 2 ไม่ใช่	RADIOT [][]
34.4 เคมีบำบัด [] 1 ใช่ [] 2 ไม่ใช่	CHEMO [][]
34.5 ตรวจด้วยเครื่อง CT [] 1 ใช่ [] 2 ไม่ใช่	CTSCAN [][]
34.6 ตรวจด้วยเครื่อง MRI [] 1 ใช่ [] 2 ไม่ใช่	MRI [][]
34.7 รักษาด้วยเครื่อง ESWL [] 1 ใช่ [] 2 ไม่ใช่	ESWL [][]
35 สถานภาพการจำหน่าย	DISCHS [][]
[] 1 หายเป็นปกติ แพทย์อนุญาตจำหน่าย	
[] 2 ดีขึ้น แพทย์อนุญาตจำหน่าย	
[] 3 ไม่ดีขึ้น แพทย์อนุญาตจำหน่าย	
[] 4 อื่นๆระบุ _____	
	CHARGE [][], [][][][], [][][][][]

36. ข้อมูลการเงิน ค่ารักษาทั้งหมด _____ บาท
37. จำนวนเงินทั้งหมดที่ชำระได้ _____ บาท
38. แจกแจงรายการค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด
- 38.1 ค่าห้องและอาหาร _____ บาท
- 38.2 ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ _____ บาท
- 38.3 ค่ายาและเวชภัณฑ์ _____ บาท
- 38.4 ค่าผ่าตัด _____ บาท
- 38.5 ค่าเอ็กซเรย์ _____ บาท
- 38.6 ค่าธรรมเนียมแพทย์ _____ บาท

PAID [],[][][],[][][]

BEDFO [][][],[][][]

LAB [][][],[][][]

MED [][][],[][][]

OP [][][],[][][]

XRAY [][][],[][][]

DRFEE [][][],[][][]

วันที่	ค่า ห้อง และ อาหาร	ค่า แล็บ	ค่ายา และเวช ภัณฑ์	ค่าผ่า ตัด	ค่าเอ็กซ เรย์	ค่าธรรม เนียม แพทย์	รวมค่า รักษาๆ	แหล่ง ที่มา ของ เงิน *	มีการเจรจาต่อ รองค่ารักษา **	ผลการเจรจาต่อรอง

ตอนที่ 6 แบบเก็บข้อมูลอนุกรมเวลา (เฉพาะผู้รับการคัดเลือก 203 คนในตัวอย่างทั้งหมด 2,030 คน)

*แหล่งที่มาของเงิน หมายถึง เงินที่นำมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล อาจมาจากเงินสด เงินออมทั้งที่เก็บไว้ที่บ้านหรือฝากในบัญชีธนาคาร หรืออาจได้จากการขายทรัพย์สินที่มีค่า เช่น เพชร เงิน-ทองรูปพรรณ บ้านที่ดิน หรือมาจากการกู้ยืม หรือได้จากการขายทรัพย์สินที่เป็นปัจจัยการผลิต รวมทั้งกรณีที่ซื้อประกันสุขภาพ ประกันเป็นผู้จ่ายบางส่วนหรือทั้งหมด

**มีการเจรจาต่อรองค่ารักษา หมายถึง การเจรจา ผัดผ่อน โดยทยอยจ่าย หรือจ่ายเมื่อมี แต่ก่อนผู้ป่วยออกจาก รพ. หรือต่อรองขอลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล หรือต่อรองขอสงเคราะห์ค่ารักษา กรณีไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้

แบบสอบถามชุดที่ 2 (QUESTIONNAIRE 2: Question guidelines for Qualitative In-depth interviewing)

ตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นทั้งผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์รับเข้าเป็นผู้ป่วยในและกำลังนอนรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยขณะนี้ และผู้ป่วยในที่พึงจำหน้าเร็วๆนี้ โดยทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสงขลา มีค่ารักษาพยาบาลค่อนข้างมากตั้งแต่ 40,000 บาทขึ้นไป และแสดงตนต่อเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ว่า มีปัญหาทางการเงิน ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้หมด ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาคือ ผู้ที่มาพบเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ จึงอาจเป็นผู้ป่วย หัวหน้าครอบครัว หรือผู้ที่รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาฯ ครั้งนี้ ทั้งนี้ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เจาะลึกถึงวิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาลของครอบครัว โดยเน้นเรื่องแหล่งที่มาของเงินที่ใช้จ่ายค่ารักษาฯ และลำดับการใช้แหล่งเงิน ก่อนที่ผู้ป่วย/ครอบครัวจะประสบกับปัญหาจ่ายไม่ได้และต้องขอสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนผลกระทบที่เกิดจากวิธีการจัดการต่อครอบครัวทั้งในระยะสั้นและอนาคต

ลำดับการพูดคุยในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีดังนี้

- 1) เริ่มต้นด้วยการซักถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์และของผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ และการนับถือศาสนา เป็นต้น
 - 2) การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว เช่น ขนาดของครอบครัว จำนวนสมาชิกที่ก่อรายได้ให้แก่ครอบครัว แหล่งรายได้หลักของครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน/ต่อปี และค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคของครอบครัวต่อเดือน เป็นต้น
 - 3) เมื่อได้ซักถามข้อมูลเบื้องต้นพอสมควร และสามารถสร้างความคุ้นเคย เป็นกันเองกับผู้ให้ ข้อมูลแล้ว การซักถามต่อไป ก็จะซักถามลงในรายละเอียดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- คำถามที่ใช้ถาม ได้แก่:

- 3.1) ผู้ป่วย/ครอบครัว มีวิธีการจัดการกับภาระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น อย่างไร ใช้แหล่งเงินอะไรบ้าง มาจากที่ใดบ้าง และมีลำดับการใช้แหล่งเงินที่มีอยู่อย่างไร เมื่อประสบปัญหาไม่มีเงินไม่พอจ่ายค่ารักษาฯ ผู้ป่วย/ครอบครัวทำอย่างไร ทำไมจึงใช้วิธีการจัดการเช่นนั้นพร้อมเหตุผล มีอุปสรรคอะไรบ้าง และมีวิธีการแก้ไขอย่างไร ถ้าไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้
- 3.2) ใครเป็นคนแนะนำให้พบกับเจ้าหน้าที่สงเคราะห์ของโรงพยาบาล ผู้ป่วย/ครอบครัวต่อรองกับเจ้าหน้าที่ อย่างไรถึงได้รับการช่วยเหลือหรือให้การสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ฯ ต้องการให้ผู้

ป่วย/ครอบครัวทำอะไรบ้าง อย่างไรก็ตาม ก่อนจะให้การสงเคราะห์ อะไรเป็นเหตุผลของการให้
การสงเคราะห์ ทำไมจึงคิดเช่นนั้น

3.3) ในการที่จะต้องคืนเงินต่อผู้ เพื่อหาเงินมาจ่ายเป็นค่ารักษาฯ มีปัญหาหรือผลกระทบต่อครอบ
ครัวอะไรบ้าง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย/ครอบครัวแก้ปัญหาเหล่านี้ อย่างไร

ในการศึกษานี้ได้ใช้เทคนิคของ “Triangulation” เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่รวบรวม
ได้ โดยผู้วิจัยหลัก ทำการสุ่มเลือกผู้ป่วยเพียงบางราย เพื่อนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์
เชิงลึก เปรียบเทียบกับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ในขั้นตอนของการพิจารณาให้การสงเคราะห์
สำหรับรายที่มีการเยี่ยมบ้าน นอกจากพูดคุยกับผู้ป่วย/ครอบครัว ยังจะพยายามพูดคุยกับเพื่อนบ้าน
ข้างเคียง ร่วมกับการสังเกตสภาพความเป็นอยู่ ที่อยู่อาศัย เครื่องเรือนและเฟอร์นิเจอร์ในบ้าน เพื่อนำ
ข้อมูลจากที่พบเห็นมาร่วมวิเคราะห์ ความเหมาะสมของการให้สงเคราะห์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยหลัก จะ
สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ เพื่อทราบถึงนโยบาย
ของโรงพยาบาลในการอุดหนุนผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ แนวทางที่เจ้าหน้าที่ได้ใช้ในการ
การวินิจฉัย “ผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถจ่าย” รวมทั้งการพิจารณาให้หรือไม่ให้การสงเคราะห์ และ
ขอบเขต/วงเงินที่เจ้าหน้าที่ฯ สามารถให้การสงเคราะห์ได้

เอกสารและหนังสืออ้างอิง (Reference)

¹ Supachutikul A. Situation Analysis On Health Insurance And Future Development; July 1996,
Funded by Thailand Health Research Institute, National Health Foundation

² Tangchareonsathein V, Supachutikul A. Health insurance in Thailand: Present and Future; 1993
In Annual Report Of The Health Insurance Office 1992, MOPH

³ Na-Songkhla M, et al. Equity in health and health care in Thailand; 1997

⁴ Donaldson D, Pannarunothai S and Tangchareonsathien V. Health financing in Thailand:
Technical Report; December 1998

⁵ Gilson L et al. Exempting the poor: a review and evaluation of the low income card scheme in
Thailand; 1998

⁶ National Statistic Office . Report of the Health And Welfare Survey 1991; 1993, Bangkok:
Office of the Prime Minister.

⁷ Tangchareonsathein V et al. Illness and Medical Service Utilisation of Civil Servants and
Families; 1996, A working paper presented to the consultative committee on CSMBS reform
project, HSRI, 15 March 1996.

⁸ Sarntisart I. Poverty, income inequality, and health care consumption in Thailand. Southeast.
Asian. J. Trop. Med. Public. Health. 1994; 25: 618-627.

⁹ Pannarunothai S, Mills A. The poor pay more: Health-related inequality in Thailand. *Soc. Sci. Med.* 1997; 44(12): 1781-90.

¹⁰ Wallman S, Baker M. Which resources pay for treatment? A model for estimating the informal economy of health. *Soc. Sci. Med.* 1996; 42(5): 671-79.

¹¹ Russell S. Ability to pay for health care: concepts and evidence. *Health Policy and Planning.* 1996; 11(3): 219-237.

¹² Hongvivatana T, Manopimoke S. A baseline survey of preference for Rural Health Insurance; 1991, Center for Health Policy Studies, Faculty of School Science and Humanities, Mahidol University.

¹³ Wyszewianski L. Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implications for policy formulation. *Inquiry.* Winter 1986; 23: 382-394.

¹⁴ Wyszewianski L. Family with Catastrophic Health Care Expenditures. *Health Service Research.* Dec 1986; 21(5): 617-634.

¹⁵ . Van de Ven WP, Schut FT. Should Catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market? *Soc. Sci. & Med.* Nov 1994; 39(10): 1459-72

¹⁶ Len M. Nichois, Phua Kai Hong, Nicholus Prescott. Medical Savings Accounts for developing countries in *Innovations in Health Care Financing*, Proceeding of a World Bank Conference, March 10-17, 1997

¹⁷ Phua, Kai Hong. Medical Saving Accounts and Health Care Financing in Singapore. *Innovations in Health Care Financing*, (ed) Schiebes, George J. World Bank Discussion Paper No. 365, 1997; 247-255.

¹⁸ Nittayarumphong S. Towards Universal Coverage of Health Insurance for Thai People. *Health System Research Journal*, vol. 3, No. 3, July - September 1995

¹⁹ Leesmith V, Pannarunothai S. Literature reviews: Medical Assistance for the Indigent. 1999. Funded by Thailand Health Research Institute, National Health Foundation.

²⁰ Nittayarumphong S, Pannarunothai S. Thailand Country Report. In proceedings of the International Seminar on Health Care Financing Reform achieving Universal Coverage for health care through Health Insurance: Experiences from Middle and Upper Income Countries, 15-17 March 1998

²¹ Chunharas S et al. Thailand: Health Management and Financing Study Project ADB No. 2997-THA, Final integrated report. February 23, 1999