

ลักษณะทางประชากรและสังคมของบุคคลที่เสี่ยงต่อวงจรอุบาทว์ “โง่-จน-เจ็บ”: ข้อค้นพบจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558

จิรพันธุ์ จรัสภัทรโรจน์*
สุพล ลิ้มวัฒนานนท์†‡
วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร†
กาญจนา สิริโกมล*

วลัยพร พิษณุกุล†
จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์‡
จเด็จ ธรรมธัชอารี*

ผู้รับผิดชอบบทความ: จิรพันธุ์ จรัสภัทรโรจน์

บทคัดย่อ

เป้าประสงค์หลักของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการทำให้ประชาชนมีสิทธิในการใช้บริการสุขภาพโดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน เป็นการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนทุกคน และลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน โดยปกป้องครัวเรือนไม่ให้ประสบวิกฤติทางการเงิน หรือต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนบางส่วนที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ **วัตถุประสงค์** ของการศึกษาคั้งนี้คือเพื่อประมาณการจำนวนประชากรกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะของครัวเรือนยากจนที่สุด มีการศึกษาต่ำที่สุด ไม่มีงานทำ และไม่มีสวัสดิการรักษายาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อวงจรอุบาทว์ “โง่ จน เจ็บ” ว่ามีมาก-น้อยเพียงใด คือใคร อยู่ที่ไหน และมีความเสี่ยงทางการเงินจากความเจ็บป่วยเพียงใด **วิธีการศึกษา** ใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา **ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์** ได้แก่ ลักษณะทางประชากร และ การใช้บริการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทางเลือกการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลที่จ่ายเอง **ผลการศึกษา** ประชากรไทยทั่วประเทศที่มีเศรษฐกิจฐานะครัวเรือนยากจนที่สุด การศึกษาไม่เกินระดับประถมศึกษา และไม่ได้ทำงานมีจำนวนทั้งสิ้น 2.4 ล้านคน ในประชากรเหล่านี้ ผู้ไม่มีสวัสดิการรักษายาบาล มีจำนวน 59,779 คน เป็นเพศหญิงมากถึงร้อยละ 86 อายุเฉลี่ย 38 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 72 โดยมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครและภาคกลางร้อยละ 82 คนเหล่านี้เมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) เลือกซื้อหายากินเองหรือใช้การแพทย์พื้นบ้าน/แผนโบราณ และเมื่อป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล ทั้งหมด (ร้อยละ 100) เลือกโรงพยาบาลรัฐ โดยต้องจ่ายเงินเองทุกคน และมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9,999 บาท **สรุป** นโยบายเชิงรับและเชิงรุกด้วยความร่วมมือจากทั้งสถานพยาบาล กระทรวงต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะช่วยบรรเทาและแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในวงจรอุบาทว์ “โง่ จน เจ็บ” ให้น้อยลงจนหมดไปได้ในอนาคต

คำสำคัญ: ความยากจน, การศึกษา, ความเจ็บป่วย และ การใช้บริการสุขภาพ

*สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

†สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

‡คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract Socio-demographic Characteristics of Persons at Risk of Falling into a Vicious Cycle of “Low education, Poverty and Illness”: Findings from a National Health and Welfare Survey, 2015 Jiraphan Jaratpatthararoj*, Walaiporn Patcharanarumol[†], Supon Limwattananon^{†,‡} Chulaporn Limwattananon[‡], Viroj Tangcharoensathien[†], Jadej Thammatach-aree* Kanjana Sirigomon*

*National Health Security Office, [†]International Health Policy Program, [‡]Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

Corresponding author: Jiraphan Jaratpattararoj, jiraphan.j@nhso.go.th

The ultimate aim of Universal Health Coverage (UHC) is 1) to ensure that all Thai citizens have access to essential health services when needed without financial barriers, 2) to improve equity in utilization of health services and 3) to protect households from financial catastrophe and impoverishment due to medical bills. Thailand has achieved UHC since 2001. However, some are still uninsured and may face difficulties when they need health services. **Objective:** This study aims to estimate the number of Thai population who were at risk of potentially falling into a vicious cycle of “low education, poverty and illness”, and identify who they are, where they live and whether they suffer from medical bill? **Method:** Data from the Health and Welfare Survey 2015 conducted by the National Statistical Office were utilized. The studied variables included socioeconomic, healthcare utilization of both inpatient and outpatient services, and the out of pocket payments. **Result:** There were about 2.4 million Thai populations identified as having lowest economic household status, educated up to primary school and had no jobs or being economically inactive. Among these vulnerable people, 59,779 had no health insurance. For this subset of population, 86 percent were female, their average age was 38 years and most of them lived in municipal or urban area, Bangkok or in the central region. When they were ill, the majority (62 percent) chose self-medication or sought traditional care or herbal medicines. For hospitalized illness, all (100 percent) admitted to public hospitals, and paid for medical bills by themselves (i.e., out of pocket) with a higher amount than those insured (Median: 9,999 Baht vs 700 Baht, respectively). **Summary:** Proactive and passive policies with collaboration among ministries, especially the Ministry of Public Health, the Ministry of Labour and the National Health Security Office would mitigate vulnerability of these risk groups and gradually reduce, then eliminate the vicious cycle.

Keywords: poverty, education, illness and health utilization

ภูมิหลังและเหตุผล

ภาวะ “โง่ จน เจ็บ” หรือวงจรอุบาทว์นี้มีลูกศรเชื่อมโยงกันทั้งไปและกลับได้ และวงจรนี้จะเริ่มที่ใดก็ได้ หากเริ่มที่ความเจ็บป่วย ก็ทำให้จนลงเนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและความสามารถในการทำงานลดลงจนถึงไม่สามารถทำงานได้เลย นอกจากนี้ ความเจ็บป่วยยังทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ลดลงด้วย หากวงจรเริ่มที่ความยากจนซึ่งก็เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ไม่สามารถมีการศึกษาได้เต็มที่ และเมื่อมีความเจ็บป่วยก็ไม่สามารถเข้าถึงหรือใช้บริการสุขภาพได้ หากวงจรเริ่มที่ความไม่รู้ หรือ โง่ ซึ่งอาจหมายถึงความไม่รู้

หรือไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอซึ่งก็ทำให้เกิดความยากจนหรือความเจ็บป่วยเพราะความไม่รู้ได้ กลุ่มผู้ที่ยากจน การศึกษาต่ำ ด้อยโอกาส ต้องการการดูแลจากภาครัฐ⁽¹⁾ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการตัดวงจรระหว่างความเจ็บป่วยกับความยากจน

เป้าประสงค์หลักของการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการทำให้ประชาชนมีสิทธิในการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพที่จำเป็น โดยการเงินไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ เป็นการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงและได้ใช้บริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนไทยทุกคน^(2,3) และลดภาระรายจ่ายด้าน

สุขภาพของครัวเรือน ซึ่งต้องครอบคลุม 3 มิติ⁽⁴⁻⁶⁾ คือ ความครอบคลุมประชาชน (population coverage) ความครอบคลุมบริการสุขภาพ (health service coverage) และความครอบคลุมในการปกป้องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing risk protection coverage) จากรายงานผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2558 พบว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยครอบคลุมประชากรร้อยละ 99.92 โดยมีบุคคลที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิตามมาตรา 6 ประมาณห้าหมื่นกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 0.08 ของประชากรทั้งประเทศ⁽⁷⁾ ประชาชนที่ไม่ได้รับการประกันสุขภาพย่อมมีความเสี่ยงในด้านค่าใช้จ่ายเมื่อยามเจ็บป่วย การจ่ายค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากไม่มีประกันสุขภาพอาจทำให้ครัวเรือนต้องล้มละลายหรือยากจนลง หรือหากเลือกที่จะไม่รับการรักษาเพราะค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ก็ย่อมทำให้สุขภาพทรุดโทรมลงจนไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้⁽⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสำหรับการศึกษาวิจัยในประเทศกำลังพัฒนา 12 ประเทศพบว่า การจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประชาชนมีผลให้การใช้บริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลและด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียอดลดลง⁽⁹⁾

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ได้ทำการวิเคราะห์ภาวะการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยวิเคราะห์แยกตัวแปร ตามระดับเศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา และประเภทสิทธิประกันสุขภาพ แต่ยังไม่เคยทำการวิเคราะห์กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงทุกปัจจัยเหล่านี้รวมกัน⁽¹⁰⁾ ในบริบทที่ประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาเป็นเวลาสิบสี่ปีเศษแล้ว จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ยังมีประชากรที่เสี่ยงต่อวงจรอุบาทว์ “โง่ จน เจ็บ” นี้ มากน้อยเพียงใด เป็นใครและอยู่ที่ไหน และเมื่อมีการเจ็บป่วยนั้น คนเหล่านี้มีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพอย่างไร และมีความเดือดร้อนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือไม่

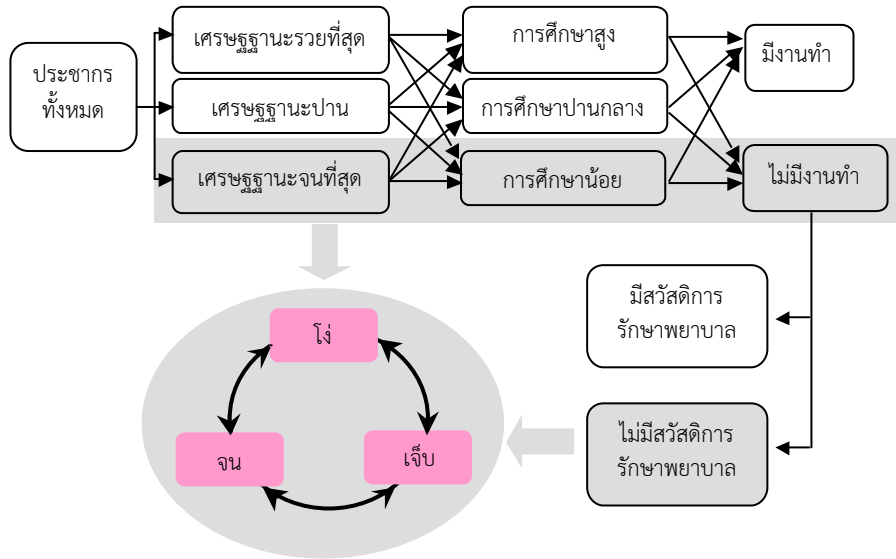
การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาว่า ลักษณะทางประชากรของผู้ที่มีเศรษฐฐานะของครัวเรือนยากจนที่สุด มีการศึกษาต่ำที่สุด ไม่มีงานทำ และไม่มีสวัสดิการรักษายาบาล ซึ่งเสี่ยงต่อวงจร “โง่ จน เจ็บ” เป็นใคร อยู่ที่ไหน มีมากน้อยเพียงใด เมื่อมีการเจ็บป่วยใช้บริการสุขภาพอย่างไร และมีค่าใช้จ่ายจากการรักษายาบาลเท่าใด

ระเบียบวิธีศึกษา

1. กรอบแนวคิด รูปที่ 1 เสนอกรอบแนวคิดที่แบ่งประชากรตามเศรษฐฐานะ ระดับการศึกษา การมีงานทำ สวัสดิการรักษายาบาล โดยกลุ่มเสี่ยงในวงจรอุบาทว์ “โง่ จน เจ็บ” คือ กลุ่มผู้อาศัยในครัวเรือนที่มีเศรษฐฐานะยากจนที่สุด มีการศึกษาน้อย ไม่มีงานทำ และไม่มีสวัสดิการรักษายาบาล ดังนั้น จะทำการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลแยกระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีสวัสดิการรักษายาบาล เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน

เนื่องจากการสำรวจเป็นภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามงานวิจัยที่สะท้อนความเกี่ยวข้องหรือเชื่อมโยงกันของประชากรกลุ่มเสี่ยงว่ามีการเจ็บป่วย และใช้บริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง รวมทั้งไม่สามารถตอบคำถามว่าการใช้บริการสุขภาพทำให้เกิดค่าใช้จ่ายซึ่งนำไปสู่ความยากจนเพิ่มขึ้นหรือไม่

2. แหล่งข้อมูล ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งใช้วิธีสัมภาษณ์สมาชิกที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งในและนอกเขตเทศบาลของทุกจังหวัด ในเดือน มีนาคมและเมษายน พ.ศ. 2558 การสุ่มครัวเรือนตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบสองขั้นตอน (stratified two stage sampling) การเลือกตัวอย่างในขั้นที่ 1 เลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,990 ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน ขั้นที่ 2 เลือกครัวเรือนตัวอย่าง



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา

จากครัวเรือนส่วนบุคคลจากบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจดในแต่ละชุมชน/หมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ ได้ครัวเรือนตัวอย่าง 27,960 ครัวเรือน ได้ข้อมูลระดับบุคคลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ทั้งสิ้น 139,848 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ประชากรเป้าหมาย การศึกษาครั้งนี้ได้คำนวณจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะตกอยู่ในวงจรอุบาทว์ “โง่ จน เจ็บ” จากกลุ่มผู้อาศัยในครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจนที่สุดร้อยละ 20 ของประเทศหรือ Quintile 1 มีระดับการศึกษาไม่เกินประถมศึกษาและไม่ทำงาน โดยถ่วงน้ำหนักตามหลักสถิติของการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะจนที่สุด (quintile 1) การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำโดยจำแนกครัวเรือนทั้งหมดเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ จนที่สุด จน ปานกลาง รวยและรวยที่สุด กลุ่มละเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 20 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด หรือ เรียกว่า ควินไทล์ (quintile) โดยควินไทล์ที่ 1 หรือ Q1 เป็นกลุ่มที่จนที่สุด ขณะที่ ควินไทล์ที่ 5 หรือ Q5 เป็นกลุ่มที่รวยที่สุด โดยคำนวณดัชนีทรัพย์สินครัวเรือน (asset index) จากข้อมูลทรัพย์สินของครัวเรือน ซึ่งปรากฏในรูปแบบสอบถาม ประกอบ

ด้วย ลักษณะของที่อยู่อาศัย และทรัพย์สินที่มีในครัวเรือน เช่น โทรทัศน์ เครื่องเล่นวิดีโอ/ซีดี โทรศัพทมือถือ เครื่องคอมพิวเตอร์ ตู้เย็น ไมโครเวฟ/เตาอบ เครื่องซักผ้า เครื่องปรับอากาศ รถยนต์ส่วนบุคคล/รถปิกอัพ/รถตู้ รถจักรยานยนต์ รถแทรกเตอร์ 4 ล้อ รถไถ 2 ล้อ (รถไถเดินตาม) โดยใช้วิธี principal component analysis ในการประเมินค่าน้ำหนักของแต่ละสินทรัพย์ถาวรนั้นๆ

ระดับการศึกษาและการทำหรือไม่ทำงาน เป็นข้อถามที่อยู่ในการสำรวจ ระดับการศึกษาถามทุกคนในครัวเรือนที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไปว่าจบการศึกษาสูงสุด ระดับใด (ไม่ได้เรียน, ประถม, มัธยมต้น-ปลาย, อนุปริญญา/สูงกว่าและกำลังเรียน) ส่วนการทำหรือไม่ทำงาน ถามอาชีพระหว่าง 12 เดือนที่แล้วของทุกคนในครัวเรือนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ข้อคำถามเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลจะถามเพื่อให้ระบุประเภทสิทธิประกันสุขภาพ

3.2 ตัวแปรการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ การใช้บริการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยตามคาบเวลาอ้างอิงในการสำรวจ (1 เดือนสำหรับการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล และ 12 เดือนในกรณีที่ต้องนอนโรงพยาบาล) ทางเลือกและความถี่การใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลครั้ง

สุดท้าย ซึ่งจะบันทึกเฉพาะส่วนที่จ่ายด้วยเงินของตนเอง หรือส่วนที่เบิกไม่ได้เท่านั้น โดยในค่าตอบแทนด้วย ตัวเลขสำหรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกตั้งแต่ 0-9,997 และ 9,998 (หากมากกว่า 9,997 บาท) และ สำหรับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในตั้งแต่ 0-99,997 และ 99,998 (หากมากกว่า 99,997 บาท)

การเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก ให้เลือกระบุว่า ไม่รักษา ซ้ำยาใช้เอง หรือใช้การแพทย์พื้นบ้าน/แผนโบราณ ไปสถานพยาบาลเอกชน และไปสถานพยาบาลของรัฐ (ประเภทใด) ส่วนการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยใน ให้เลือกระบุว่า ใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลรัฐ (ประเภทใด)

ในส่วนของการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ให้ระบุการจ่ายจริงและมูลค่าของค่าใช้จ่าย

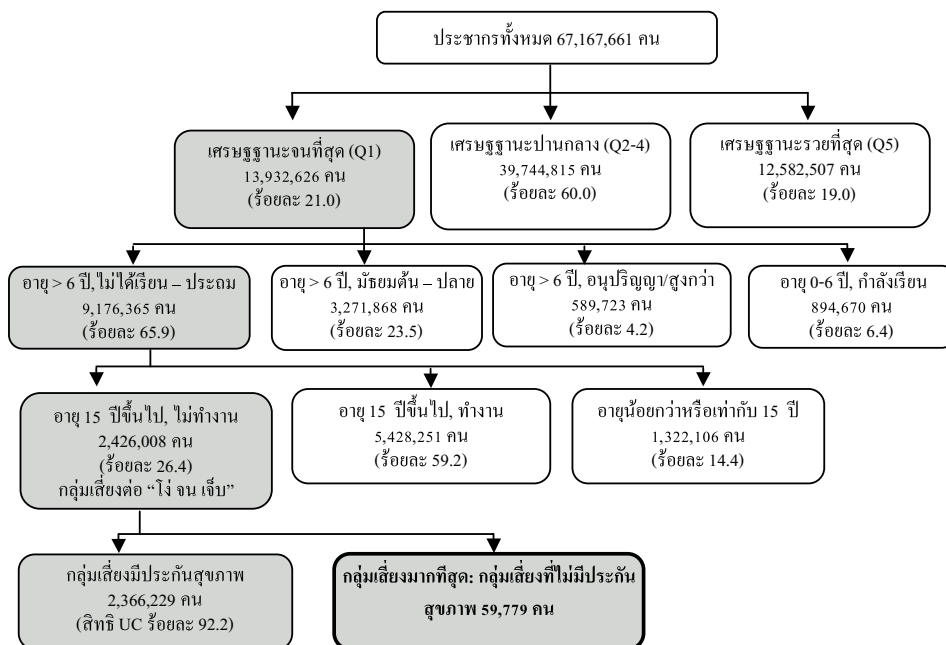
4. กรอบการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา และนำเสนอผลการศึกษาแยกระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีสวัสดิการรักษายาพยาบาล แต่ไม่ทำการเปรียบเทียบทางสถิติระหว่างกลุ่มย่อยทั้งสอง

ผลการศึกษา

1. ลักษณะประชากรกลุ่มเสี่ยงของวงจร “โง่ จน เจ็บ”

จากประชากรไทยทั้งสิ้น 67.2 ล้านคน พบว่า กลุ่มเศรษฐกิจฐานะตามดัชนีทรัพย์สินครัวเรือนจนที่สุดมี 13.9 ล้านคน (ร้อยละ 21.0) ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา 9.2 ล้านคน และเป็นคนที่ไม่ได้ทำงาน 2.4 ล้านคน ประชากรกลุ่มนี้อยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 92.2 และไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลใดๆ 59,779 คน (หรือร้อยละ 0.1 ของประชากรทั้งหมด) ทำให้ประชากรกลุ่ม 59,779 คนนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดของวงจร “โง่ จน เจ็บ” ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีฐานะยากจนที่สุด การศึกษาสูงสุดแค่ระดับประถม ไม่ทำงาน และไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาล (รูปที่ 2)

ประชากรกลุ่มเสี่ยง 2.4 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.7) อยู่ในวัยสูงอายุ (มากกว่า 60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 70 โดยมีอายุเฉลี่ย 63 ปี มีโรคประจำ



รูปที่ 2 ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อวงจร “โง่ จน เจ็บ” 2.4 ล้านคน และ เสี่ยงมากที่สุด 59,779 คน



ตัว/โรคเรื้อรังถึงร้อยละ 52.7 และมีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 92.2 เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบว่า ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง (ตารางที่ 1)

ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล หรือที่เรียกเป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด 59,779 คน กลุ่มนี้เป็นเพศหญิงมากถึงร้อยละ 85.8 อายุเฉลี่ย 38 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 71.9) โดยมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง (ร้อยละ 81.9)

2. พฤติกรรมการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย

ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีและไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล รายงานว่ามีการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 33.4, 12.5 และแบบผู้ป่วยในร้อยละ 8.3, 20.4

ตามลำดับ

เมื่อเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ใช้วิธีซื้อหายากินเองหรือใช้การแพทย์พื้นบ้านเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.3) ในขณะที่กลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล เลือกใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐถึงร้อยละ 65.0 (ตารางที่ 2) เมื่อเจ็บป่วยจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีประกันสุขภาพ เลือกใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐบาลร้อยละ 100

3. ความเสี่ยงด้านค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย

ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลใดๆ มีความเสี่ยงด้านค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลมากกว่าผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ได้แก่

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร สถานะสุขภาพ ถิ่นที่อยู่ และสิทธิประกันสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงต่อวงจร “โง่ จน เจ็บ” และประชากรทั้งหมด

ลักษณะพื้นฐาน	ประชากรทั้งประเทศ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มเสี่ยงมากที่สุด
จำนวน (คน)	67,167,661	2,426,008	59,779
อายุ (ปี, เฉลี่ย ± SD)	37 ± 21	63 ± 20	38 ± 20
เพศ หญิง : ชาย	52 : 48	65 : 35	86 : 14
การมีโรคเรื้อรัง-โรคประจำตัว (ร้อยละ)	17.4	52.7	16.1
ขนาดครัวเรือน (คน, เฉลี่ย ± SD)	3.8 ± 1.7	2.7 ± 1.5	3.2 ± 1.5
ที่อยู่ ในเขตเทศบาล	44.5	30.0	71.9
ภูมิภาค			
• กรุงเทพมหานคร	12.8	5.4	33.3
• ภาคกลาง	28.5	23.8	48.6
• ภาคเหนือ	17.1	19.0	3.8
• ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	27.9	37.0	0.9
• ภาคใต้	13.6	14.7	13.4
สิทธิประกันสุขภาพ			
• สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	8.1	3.42	--
• ประกันสังคม	16.1	0.84	--
• ประกันสุขภาพแห่งชาติ	72.5	92.23	--
• ประกันสุขภาพเอกชน	0.9	0.01	--
• สิทธิอื่นๆ	0.5	0.49	--
• ไม่มีประกันสุขภาพ	1.3	2.46	100



ตารางที่ 2 การใช้บริการรักษาพยาบาลของกลุ่มเสี่ยงเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ)

	กลุ่มเสี่ยงต่อ “โง่ จน เจ็บ” 2,426,008 คน	
	มีประกันสุขภาพ (2,366,229 คน)	ไม่มีประกันสุขภาพ (59,779 คน)
1. เจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก (ไม่นอนรักษาในสถานพยาบาล) จำนวน (ร้อยละ)	790,499 (33.4)	7,479 (12.5)
1.1 ไม่รักษา	8.9	1.0
1.2 ซื้อหายาใช้เอง หรือใช้การแพทย์พื้นบ้าน/แผนโบราณ	18.8	62.3
1.3 สถานพยาบาลเอกชน	7.4	1.7
1.4 สถานพยาบาลรัฐ	65.0	35.0
• สอ./ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน/รพ.สต.	22.4	13.9
• รพช.	18.6	5.8
• รพท./รพศ.	19.0	15.3
• รพ.มหาวิทยาลัย	0.4	0.0
• รพ.สังกัดอื่นของรัฐ	4.0	0.0
2. เจ็บป่วยแบบผู้ป่วยใน (จำนวน (ร้อยละ))	197,774 (8.3)	12,194 (20.4)
2.1 โรงพยาบาลเอกชน	2.0	0.0
2.2 โรงพยาบาลรัฐ	98.0	100
• รพช.	36.6	13.0
• รพท./รพศ.	53.1	40.9
• รพ.มหาวิทยาลัย	0.7	0.0
• รพ.สังกัดอื่นของรัฐ	7.7	46.0

ตารางที่ 3 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล	กลุ่มเสี่ยงต่อ “โง่ จน เจ็บ” 2,426,008 คน			
	มีประกันสุขภาพ (2,366,229 คน)		ไม่มีประกันสุขภาพ (59,779 คน)	
	สัดส่วนที่มี ค่าใช้จ่าย (ร้อยละ)	มูลค่า (บาท) ของค่าใช้จ่าย (มัธยฐาน, พิสัยควอไทล์)	สัดส่วนที่มี ค่าใช้จ่าย (ร้อยละ)	มูลค่า (บาท) ของค่าใช้จ่าย (มัธยฐาน, พิสัยควอไทล์)
1. การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก				
1.1 ซื้อหายาใช้เอง				
การแพทย์พื้นบ้าน/แผนโบราณ	80.8	60 , 90	90.3	100 , 80
1.2 สถานพยาบาลเอกชน	85.6	300 , 300	100.0	100 , 0
1.3 สถานพยาบาลรัฐ	9.9	30 , 70	78.3	250 , 180
2. การใช้บริการแบบผู้ป่วยใน				
2.1 โรงพยาบาลเอกชน	60.8	6,000 , 12,000		
2.2 โรงพยาบาลรัฐ	21.9	700 , 2,470	100	9,999 , 9,000

เมื่อใช้บริการสุขภาพมีโอกาสมากกว่าที่จะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และเมื่อจ่ายก็เสียค่าใช้จ่ายคิดเป็นมูลค่าที่สูงกว่า (ตารางที่ 3) ค่ามัธยฐานค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายเอง เมื่อใช้บริการที่สถานพยาบาลภาครัฐ สำหรับผู้ป่วยนอกเท่ากับ 250 บาท (เทียบกับ 30 บาท ในกลุ่มเสี่ยงที่มีสิทธิสวัสดิการรักษารักษาพยาบาล) ผู้ป่วยในเท่ากับ 9,999 บาท (เทียบกับ 700 บาท ในกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการรักษารักษาพยาบาล)

วิจารณ์

ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับให้เป็นประเทศกลุ่มรายได้ปานกลางระดับสูง (upper middle income country group) โดยมีรายได้ประชาชาติเฉลี่ย 5,780 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2557 (หรือประมาณ 173,400 บาทต่อคนต่อปี ประมาณการที่อัตราแลกเปลี่ยน 30 บาทต่อหนึ่งเหรียญสหรัฐ) ธนาคารโลกประมาณการว่ามีประชาชนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนของประเทศ (national poverty line) ร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2557 หรือ ประมาณ 7 ล้านคน⁽¹¹⁾ แต่ข้อมูลของธนาคารโลกนั้น เป็นข้อมูลมิติเดียวเท่านั้น ไม่สามารถนำไปวิเคราะห์เพิ่มเติมได้ว่าคนจน 7 ล้านคนเหล่านี้ มีการศึกษาอย่างไร เป็นใคร อยู่ที่ใดบ้าง

ในขณะที่การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนที่สำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นฐานข้อมูลที่มีประโยชน์แก่ประเทศไทยอย่างมาก เพราะสามารถนำมาวิเคราะห์ในเชิงลึกได้อีกมากมาย ดังเช่นในการศึกษานี้ ที่จำแนกประชากรด้วยดัชนีทรัพย์สินครัวเรือนพบว่ากลุ่มครัวเรือนที่ยากจนที่สุดที่ร้อยละ 20 แรกของครัวเรือนทั้งหมด มีประชากรจำนวน 13 ล้านคน อาจกล่าวได้ว่าครึ่งหนึ่งของคนกลุ่มนี้เป็นประชากรที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนของประเทศไทย เมื่อนำความยากจนมาผนวกกับระดับการศึกษาที่ต่ำ (ไม่มีการศึกษา - สูงสุดแค่ระดับประถม) ผนวกกับภาวะที่ไม่ทำงานในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา ทำให้พบว่าประเทศไทยมีประชากร

กลุ่มเสี่ยงต่อ “โง่ จน เจ็บ” จำนวน 2.4 ล้านคน คนเหล่านี้มีค่าเฉลี่ยอายุสูงถึง 63 ปี นั่นคือ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปีขึ้นไป) และมีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง ถึงร้อยละ 52.7 ยิ่งไปกว่านั้น ยังวิเคราะห์ไปถึงการมี / ไม่มีหลักประกันสุขภาพได้อีกด้วย ซึ่งพบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพยังมีถึงเกือบหกหมื่นคน คนเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ และภาคกลาง (ร้อยละ 81.9) และพบว่าเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไปซื้อยากินเองหรือรักษาด้วยยาสมุนไพร (ร้อยละ 62.3) ซึ่งอาจมีผลเสียทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องล่าช้า (delay proper treatment) และโรครมีความรุนแรงมากขึ้นแล้วจึงไปรักษาพยาบาล

ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุนี้ เมื่อพิจารณาโดยนโยบายพัฒนาสังคมของประเทศไทย จัดได้ว่าประเทศไทยทำได้ดีในระดับหนึ่ง คือมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ โดยถึงขณะนี้ รัฐได้จ่ายเบี้ยผู้สูงอายุเดือนละ 600, 700, 800 และ 1,000 บาทสำหรับผู้สูงอายุ 60, 70, 80 และ 90 ปีขึ้นไป ตามลำดับ และมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับคนไทยทุกคนที่รวมถึงผู้สูงอายุด้วย ส่วนในด้านการศึกษานั้นเป็นเงื่อนไขที่ติดตัวมาจากระบบการศึกษาที่ยังไม่พัฒนามากนักในอดีต แต่ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้มีการขยายการศึกษาภาคบังคับให้ครอบคลุมเด็กทุกคนแล้ว ประเทศไทยจึงควรต้องรักษาระดับการพัฒนาสังคมให้ไม่น้อยกว่าในระดับที่เป็นอยู่ และควรต้องให้ดียิ่งๆ ขึ้นต่อไป

กลุ่มเสี่ยงที่มีสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลเป็นหญิงสูงอายุและมีโรคเรื้อรังในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีสวัสดิการรักษารักษาพยาบาล แต่พบว่ามีค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบจ่ายเองเมื่อมารับบริการที่สถานพยาบาลภาครัฐน้อยกว่าอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ พบว่ากลุ่มเสี่ยงในการเข้าไม่ถึงระบบการรักษารักษาพยาบาลมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ การศึกษาต่ำ เพศหญิง ฐานะยากจน⁽¹²⁻¹⁵⁾ โดยคนกลุ่มนี้มีพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์การรักษาด้อยกว่ากลุ่มอื่น^(12,16) การศึกษาคั้งนี้



มีข้อจำกัด กล่าวคือไม่ครอบคลุมการวิเคราะห์ทัศนคติและไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ซึ่งมีโอกาสล้มละลายได้เช่นกันเมื่อมีการเจ็บป่วย นอกจากนี้ สอ.ไม่มีข้อที่ทำให้ระบุเหตุผลของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ดังนั้น จึงมีอาจทราบได้ว่า กลุ่มเสี่ยงมากซึ่งส่วนใหญ่มีอายุน้อย (38 ปี) ไม่มีโรคเรื้อรัง แต่ไม่มีสวัสดิการรักษายาบาลที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองเกือบหนึ่งหมื่นบาท (ค่ามัธยฐาน) นั้น ป่วยด้วยโรคใด

ประชากรกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด (กลุ่มเสี่ยงต่อ “โง่ จน เจ็บ” ที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล) ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง อาจสะท้อนถึงการไม่ทราบสิทธิ ซึ่งปัญหานี้ในต่างจังหวัดมีการรณรงค์ ความร่วมมือระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้อง ฝ่ายต่างๆ ทำให้การเข้าถึงสิทธิมีมากกว่า เหตุผลที่แน่ชัดยังไม่สามารถตอบได้จากงานวิจัยครั้งนี้ ดังนั้น ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงลึกต่อไป เมื่อเจ็บป่วยแล้วส่วนใหญ่มักหาซื้อยากินเองหรือรักษาโดยสมุนไพร (ร้อยละ 62.3) ประชากรกลุ่มนี้ยังมีถึงเกือบหกหมื่นคน ภาวะที่มีการศึกษาน้อยนั้น อาจจะช่วยเหลือได้โดยการส่งเสริมการศึกษานอกโรงเรียน ภาวะไม่ทำงานนั้นคงมีหลายสาเหตุ/ปัจจัย ซึ่งกระทรวงแรงงานต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการว่างงาน ซึ่งเกี่ยวพันกับการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศด้วย ภาวะเจ็บป่วยนั้นควรต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชนคนไทยทุกคนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม ดังนั้น เป็นหน้าที่ของ สปสช. โดยตรงที่ต้องจัดการแก้ปัญหาการตกสำรวจที่ยังมีผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อาจต้องใช้นโยบายเชิงรุก เช่น การประชาสัมพันธ์อย่างเข้มข้น โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานครและภาคกลาง แต่ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ด้วย ซึ่งหากการค้นหาเชิงรุกมีค่าใช้จ่าย

จ่ายที่สูงมากทำให้ไม่คุ้มค่า ก็น่าจะพิจารณานโยบายเชิงรับ เช่น เมื่อสถานพยาบาลภาครัฐพบกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดที่ไม่มีประกันสุขภาพให้ประสานงานกับ สปสช. โดยตรงเป็นการด่วนและเป็นการจัดการเฉพาะด้านเรื่องการขึ้นทะเบียนประชากร ซึ่งน่าจะทำได้ไม่ยากนัก เพราะประชากรกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดเหล่านี้ไปใช้บริการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 100 โดยที่ไม่มี การไปนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนเลย

ข้อยุติ

ประชากรไทยทั่วประเทศที่มีฐานะยากจนที่สุด การศึกษาไม่เกินระดับประถมศึกษา ไม่ได้ทำงาน และไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล แม้จะมีน้อยเพียงร้อยละ 0.1 เมื่อเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลทั้งหมดเลือกโรงพยาบาลรัฐ และต้องจ่ายเงินเองทุกคนมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9,999 บาท สะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ทำให้ครัวเรือนเดือดร้อน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 โดยให้ความอนุเคราะห์สำเนาข้อมูลดิบมาใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้

References

1. Suansawat O. Problems of the disadvantaged groups. [cited 2013 January 4]. Available from: <http://sd-group1.blogspot.com/2013/01/53242919.html>. (in Thai).
2. Pannarunothai S. Equity in health system. Nonthaburi: Design Company; 2000. (in Thai).
3. Pannarunothai S. Equity in health system. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2000. (in Thai).
4. World Health Organization. The world health report:



- health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
5. Srithamrongsawat S, Pannarunothai S. Benchmarks of fairness for evaluating the Thai Health Care Reform. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2000. (in Thai).
 6. Na Ranong V, Na Ranong A. Health equity indicator. Nonthaburi: Thailand Development Research Institute; 2007. (in Thai).
 7. National Health Security Office. Annual report for fiscal year 2015. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (in Thai).
 8. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aquilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)* 2007;26:972-83.
 9. Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Review* 2011, Issue 4. DOI: 10.1002/14651858.CD009094.)
 10. Office of the National Economic and Social Development Board. Health welfare survey. National Statistical Office. [cited 2013 January 4]. Available from: <http://www.nesdb.go.th>. (in Thai).
 11. World Bank. World development indicator. [cited 2016 Jan 4]. Available from: <http://data.worldbank.org/country/thailand>.
 12. Zimmerman EB, Woolf SH, Haley A. Understanding the relationship between education and health: a review of the evidence and an examination of community perspectives. *Review of behavioral and social sciences research opportunities: innovations in population health metrics*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, Office of Behavioral and Social Sciences Research; 2015.
 13. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saude Publica* 2007;23(12):2820-34.
 14. Hadley J. Sicker and poorer—the consequences of being uninsured: a review of the research on the relationship between health insurance, medical care use, health, work, and income. *Med Care Res Rev* 2003; 60(supplement 2):S3-75.
 15. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1136:161-71.
 16. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff* 2012;31:1803-13.