

ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือนจากความเจ็บป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอาจสามารถไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

Economic Consequences on Households of Illnesses Requiring Hospital Referrals: Evidence from Atsamat Hospital to Roi Et Hospital

พัชรียา สุวรรณศรี¹, สุปณ ลิมวัฒนานนท์^{2*}, อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา³
Patchareeya Suwannasri¹, Supon Limwattananon^{2*}, Areewan Cheawchanwattana³

Received: 5 March 2010

Accepted: 30 Aug 2010

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบต่อลักษณะการบริโภค และศึกษาวิธีแก้ปัญหาทางการเงินของครัวเรือนที่มีผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลอาจสามารถไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 สิงหาคม 2552 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเชิงลึก ร่วมกับการสังเกตต่อสมาชิกที่ทำงานก่อรายได้ของครัวเรือน 250 ครัวเรือน ภายหลังจากส่งต่อผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 4 เดือน พบว่า ร้อยละ 22 ของครัวเรือนได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยจนต้องลดค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่ายเองคิดเป็นร้อยละ 31.9 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครัวเรือนต่อเดือน ซึ่งค่าใช้จ่ายที่จ่ายเองส่วนใหญ่เป็นค่าอาหาร (ร้อยละ 48.9) และค่าเดินทาง (ร้อยละ 37.5) ครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบมีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ฐานะยากจนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่าครัวเรือนที่ไม่ได้รับผลกระทบ ($p < 0.05$) และยังมีค่าใช้จ่ายทั้งด้านสุขภาพและไม่ใช้ด้านสุขภาพสูงกว่าอีกด้วย ครัวเรือนส่วนใหญ่ใช้เงินสดหรือเงินออมเป็นแหล่งเงินแรกในการใช้จ่าย หากไม่พอจึงขอรับความช่วยเหลือจากญาติ กู้ยืมหรือขายทรัพย์สิน โดยสรุป ค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพ มีส่วนทำให้ครัวเรือนต้องประสบปัญหาการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ดังนั้นหากมีการพัฒนาโยบายประกันสุขภาพหรือประกันสังคมอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความเสี่ยงทางการเงิน จะบรรเทาความยากจนที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้

คำสำคัญ: ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายสูง การส่งต่อการรักษา วิธีแก้ปัญหาทางการเงิน การประกันสุขภาพ
วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2553; 6(2): 52-66

¹ ภ.บ. นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² MPH, PhD รองศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ สม., PhD ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ B. Pharm., M. Pharm. student, Faculty of Pharmaceutical Science, Khon Kaen University, Khon Kaen

² MPH, PhD, Associate Professor, Faculty of Pharmaceutical Science, Khon Kaen University, Khon Kaen

³ MPH, PhD, Assistant Professor, Faculty of Pharmaceutical Science, Khon Kaen University, Khon Kaen

* Corresponding author: Supon Limwattananon, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, Muang, Khon Kaen 40002 Tel. +66 4320 2378 Fax. +66 4320 2379 E-mail: supon@kku.ac.th

Abstract

This study aimed to assess impacts on food and non-food consumption pattern and to study coping strategies for catastrophic expenditure in households whose ill members were referred from Atsamat Hospital to Roi Et Hospital between 1st April to 31st August 2009 under the universal health care coverage (UC) scheme. Two hundred and fifty working-age household members were approached at four months after the referral using structured and in-depth interviews, and direct observation. Twenty two percent of the households had to reduce their regular consumption. The out-of-pocket (OOP) payments accounted for 31.9% of total monthly expenditures, of which, health care and non-health shared 7.4% and 24.5%, respectively. Most of the OOP payments were for food (48.9%) and transportation (37.5%). The affected households were poorer, had longer length of hospital stay and had more chronic diseases than the non-affected ones ($p < 0.05$). Moreover, financial burdens in the affected households were higher than on the non-affected ones despite statistical non-significance ($p > 0.05$). Households used varieties of strategies to cope with the economic consequences of the hospital-referred illness. While the most common method was to use available cash, savings and remittance from relatives, other included borrowing from families and friends and sale of assets. Thus, development of appropriate social and health insurance policies could help mitigate household impoverishment due to illness.

Keywords: Economic consequence, Catastrophic expenditure, Hospital referral, Coping strategy, Health insurance

IJPS 2010; 6(2): 52-66

บทนำ

ระบบสุขภาพครอบคลุมบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่บุคคลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรค เมื่อเกิดปัญหาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและครัวเรือนต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องในมูลค่าที่สูง ทั้งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ค่าบริการทางการแพทย์ต่างๆและค่ายา) และไม่ใช้ด้านสุขภาพ (ค่าอาหาร ที่พัก การเดินทาง) นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความเจ็บป่วย ได้แก่ การสูญเสียรายได้จากการไม่ได้ทำงานของผู้ป่วยและผู้ดูแล จากการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจจากความเจ็บป่วยของประเทศต่างๆในทวีปเอเชีย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่ได้รับผลกระทบมักเป็นคนยากจนมากกว่าคนรวย (อนุพงศ์ และวีระศักดิ์, 2542; Limwattananon et al., 2007; McIntyle et al., 2006; Prakongsai et al., 2009; Van Doorslaer et al., 2007; Wagstaff, 2007; Xu et al., 2003) ผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทได้รับผลกระทบมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในตัวเมือง (อนุพงศ์ และวีระศักดิ์, 2542; Prakongsai et al., 2009) ครัวเรือนที่ไม่มีประกันสุขภาพและต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้รับผลกระทบมากกว่าครัวเรือนที่มี

ประกันสุขภาพ (Van Doorslaer et al., 2007; Wagstaff, 2007; Xu et al., 2003) ครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยนี้ มีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย เริ่มจากการใช้เงินสดหรือเงินออมที่มีวิธีอื่นที่พบบ่อย คือ การลดการบริโภคด้านอาหารลง นอกจากนี้หากยังไม่พอใช้จ่ายครัวเรือนจึงจะกู้ยืมจากญาติหรือเพื่อนฝูง กู้ยืมจากแหล่งอื่นโดยเสียดอกเบี้ย หรือการขายทรัพย์สินและผลผลิตในครัวเรือน (อนุพงศ์ และวีระศักดิ์, 2542; Flores et al., 2008; Limwattananon et al., 2007; McIntyle et al., 2006; Prakongsai et al., 2009; Van Doorslaer et al., 2007; Wagstaff, 2007) บางการศึกษาพบว่าในครัวเรือนที่พ่อแม่เจ็บป่วย ต้องให้ลูกออกจากโรงเรียนหรือการจ้างบุคคลนอกครัวเรือนเพื่อทำงานแทน (อนุพงศ์ และวีระศักดิ์, 2542; McIntyle et al., 2006)

การแก้ไขที่ดำเนินการในหลายประเทศ คือ การสร้างระบบประกันสุขภาพ ซึ่งระบบประกันสุขภาพทำให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเมื่อจำเป็น และช่วยลดความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลที่สูง (McIntyle et al., 2006)

ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเต็มรูปแบบตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสุขภาพนอกเหนือจากระบบประกันสุขภาพภาคสาธารณะที่มีอยู่แล้วอีก 2 ประเภท ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากร ร้อยละ 75 ของประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53) มีฐานะยากจนใน ขณะที่อีก 2 ระบบครอบคลุมข้าราชการและผู้ทำงานที่มี เศรษฐฐานะดีกว่า (ภูษิต และคณะ, 2550) ซึ่งชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและการรักษาที่มีราคาแพง การบริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ ค่ารถพยาบาลหรือค่าพาหนะรับส่งผู้ป่วย กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและการส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ทั้งร่างกายและจิตใจ จนสิ้นสุดการรักษา ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552)

แม้ว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนช่วยลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสังคมจากการเข้าถึงบริการสุขภาพและทำให้ประชาชนที่มีฐานะยากจนได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาค่าใช้จ่ายสูงด้านสุขภาพและความยากจน (ภูษิต และคณะ, 2550; Limwattananon et al., 2007) แต่โรงพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัดในการดูแลรักษาพยาบาลมากกว่าโรงพยาบาลที่มีระดับใหญ่กว่า ผู้ป่วยที่มีอาการหนักเกินขีดจำกัดในการรักษา ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม แม้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะให้สิทธิประโยชน์ที่กล่าวไปแล้ว แต่ยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพใน ชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร รายได้ที่ขาดหายไปเนื่องจากการหยุดหรือออกจากงานของผู้ป่วยและสมาชิกในครัวเรือนที่ให้การดูแล และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากสิทธิที่ได้รับ เช่น ยาที่ซื้อจากร้านยา โรงพยาบาลเอกชน การรักษาพื้นบ้าน เป็นต้น เหล่านี้อาจทำให้สมาชิกบางครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทางการเงิน และต้องลดการบริโภคในชีวิตประจำวัน หากครัวเรือนไม่สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาทางการเงินโดยใช้จ่ายจาก

รายได้หรือเงินออมที่มี อาจต้องยืม กู้ หรือขายทรัพย์สินที่มีอยู่ ทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับความยากจน

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบต่อลักษณะการบริโภคของครัวเรือนจากการใช้จ่ายด้านสุขภาพและไม่ใช้ด้านสุขภาพ และศึกษาวิธีแก้ปัญหาทางการเงินเมื่อประสบปัญหาค่าใช้จ่ายสูงของครัวเรือนที่มีผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลอาจสามารถไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตโดยตรงจากผู้วิจัยสำหรับหัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกที่ทำงานก่อรายได้ของครัวเรือนที่มีผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลอาจสามารถไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในระหว่าง 1 เมษายน ถึง 31 สิงหาคม 2552

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกที่ทำงานก่อรายได้ของครัวเรือนที่มีผู้ป่วยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ถูกส่งต่อจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินประเภท 1 (ฉุกเฉินมาก) และ 2 (ฉุกเฉิน) หรือ ผู้ป่วยในประเภท 3 (หนัก) และ 4 (หนักมาก) (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งคาดว่าจะได้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีรถพยาบาลนำส่ง และมีภูมิลำเนาในเขตอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่นนอกจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในตอนแรกและที่ปฏิเสธการส่งต่อ การวิจัยนี้เป็นการศึกษานำร่องประมาณ 250 ครัวเรือน

อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด มีประชากร 77,704 คน (ข้อมูล ณ. วันที่ 30 เมษายน 2552) อยู่ห่างจากอำเภอเมืองร้อยเอ็ด 34 กิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองเป็น 10 ตำบล ประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผู้ป่วยทั้งหมดที่ถูกส่งต่อจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยในเฉลี่ย 99 รายต่อเดือน (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 84 และอีกร้อยละ 10 ใช้สิทธิ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ) ร้อยละ 99 ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผลลัพธ์หลักที่ทำการศึกษา คือ ผลกระทบต่อการบริโภคในชีวิตประจำวันของครัวเรือน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและไม่ใช้ด้านสุขภาพ และวิธีแก้ปัญหาทางการเงินของครัวเรือนเมื่อประสบปัญหาค่าใช้จ่ายสูง

เครื่องมือที่ใช้

1. ฐานข้อมูลบริการสุขภาพของโรงพยาบาล อาจสามารถ เก็บข้อมูลรายชื่อ ที่อยู่ การวินิจฉัยเบื้องต้น และประเภทการส่งต่อของผู้ป่วย

2. ฐานข้อมูลบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด เก็บข้อมูลการวินิจฉัยสุดท้าย จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และสถานะการจำหน่ายผู้ป่วย

3. การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบคุณสมบัติและความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญและทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 30 ครัวเรือน เก็บข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วย ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและผลกระทบต่อครอบครัวจากการส่งต่อโรงพยาบาลและวิธีการแก้ปัญหาของครัวเรือน

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกที่ทำงานก่อรายได้ของครัวเรือนตัวต่อตัวโดยใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ป่วย ภายหลังการส่งต่อเป็นระยะเวลา 4 เดือน การสัมภาษณ์เชิงลึกในส่วนเหตุผลการเลือกใช้บริการสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ และใช้การสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์ในข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และแบบคัดกรองความยากจนของครัวเรือน

นิยามศัพท์

ปัญหาค่าใช้จ่ายสูง หมายถึง การจ่ายค่าบริการสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายการบริโภคในชีวิตประจำวันทั้งอาหารและไม่ใช่อาหาร หรือมากกว่าร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายการบริโภคที่ไม่ใช่อาหารของครัวเรือนต่อเดือน (Limwattananon et al., 2007; Van Doorslaer et al., 2007)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ต่างๆ และค่ายา รวมถึงที่ไม่ได้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ทั้งในและนอกระบบประกันสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ หมายถึง ค่าอาหารที่พัก และการเดินทางที่ครัวเรือนต้องจ่ายทั้งของผู้ป่วย ผู้ดูแลรวมถึงญาติที่มาเยี่ยม

ค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการทางสุขภาพ หมายถึง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและไม่ใช้ด้านสุขภาพ

ผลกระทบต่อลักษณะการบริโภคในชีวิตประจำวัน หมายถึง การลดค่าใช้จ่ายทั้งในด้านอาหารและไม่ใช่อาหาร

ลดค่าใช้จ่ายด้านอาหาร หมายถึง ต้องงดอาหารในบางมื้อ หรือ ต้องลดชนิดและจำนวนอาหารในแต่ละมื้อ

ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่อาหาร หมายถึง ลดการใช้จ่ายในด้านการบันเทิง ท่องเที่ยว ซื้อห่วย ลดเตอเรีย การแต่งกาย การศึกษา (ต้องให้ลูกออกจากโรงเรียนหรือไม่ได้ศึกษาต่อ การลดเงินสำหรับไปโรงเรียนหรือซื้ออุปกรณ์การเรียน) การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย

วิธีแก้ปัญหาทางการเงิน หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งด้านสุขภาพและไม่ใช้สุขภาพที่ครัวเรือนใช้มาจากเงินสดหรือเงินออมที่มีในครัวเรือน ได้รับเงินช่วยเหลือจากญาติหรือเพื่อน กู้ยืมทั้งที่มีและไม่มีดอกเบี้ย ขยายทรัพย์สินหรือผลผลิตในครัวเรือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายการแจกแจงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง และสัดส่วนครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบต่อการบริโภคประจำวัน สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและไม่ใช้ด้านสุขภาพ สัดส่วนของวิธีแก้ปัญหาทางการเงินของครัวเรือน และใช้สถิติเชิงอนุมานที่เหมาะสม ได้แก่ t-statistics และ chi-square statistics ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างครัวเรือนที่ได้รับและไม่ได้รับผลกระทบต่อลักษณะการบริโภคในชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษาวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ศึกษาในช่วงเวลา 5 เดือน (1 เมษายน - 31 สิงหาคม 2552) 267 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.6 ของผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และเป็น ร้อยละ 2 และ 12 ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลอาจสามารถ ตามลำดับ ได้รับการสัมภาษณ์จริง 250 ราย (ปฏิเสธการ

สัมภาษณ์ 1 ราย ย้ายถิ่นฐาน 13 ราย และไปโรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่แรก 3 ราย ผู้ป่วยร้อยละ 80.4 ยังมีชีวิตอยู่จนถึงวันสัมภาษณ์

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.6) เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 48.9 ± 23.1 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว (ร้อยละ 72) และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.6) และมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 57.2) ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45) เป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือบิดามารดา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) ถูกส่งต่อจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินและหนัก โรคที่ถูกส่งต่อ 5 อันดับแรก ได้แก่ ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) โรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ (Other gastrointestinal disease) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction, AMI) และ

ติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58) มีโรคประจำตัว เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และ โรคเอดส์

ครัวเรือนที่ศึกษาประมาณสามในสี่มีฐานะยากจน เป็นครัวเรือนที่มีขนาด (เฉลี่ย 4.4 คน) ใหญ่กว่าครัวเรือนเฉลี่ย (3.8 คน) ของประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543) มีผู้ที่ทำงานก่อรายได้ประมาณครึ่งหนึ่งของสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด โดยร้อยละ 70 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 6,000 บาท ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) มีภาระหนี้สิน โดยแหล่งเงินกู้ที่สำคัญ ได้แก่ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ และกองทุนหมู่บ้าน ครัวเรือนส่วนใหญ่มีรายจ่ายสูงกว่ารายได้ ดังนั้นแหล่งเงินกู้ทั้งสองจึงเป็นที่มาของการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคประจำวัน ร้อยละ 66 ไม่มีเงินออมสำหรับใช้จ่ายในอนาคต

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) (จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด=250)
อายุ (ปี) เฉลี่ย, (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	48.9 (23.1)
เพศชาย	134 (53.6)
สมรสแล้ว	180 (72.0)
ระดับการศึกษาสูงสุด	
- ไม่ได้ศึกษา	0 (0)
- ประถมศึกษา	209 (83.6)
- มัธยม	41 (16.4)
อาชีพ	
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ*	143 (57.2)
- เกษตรกรรม	68 (27.2)
- รับจ้าง	33 (13.2)
- ค้าขาย	6 (2.4)
ผู้ป่วยถูกส่งตัวจาก	
- ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	170 (68.0)
- ตึกผู้ป่วยใน	80 (32.0)
ประเภทผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อ	
- จุกเงินมาและหนักมาก	25 (10.0)
- จุกเงินและหนัก	255 (90.0)
โรคที่ถูกส่งต่อ	
- ไข้ตั้งอักษะ	16 (6.4)
- โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease)	14 (5.6)
- ระบบทางเดินอาหารอื่นๆ (Other gastrointestinal disease)	9 (3.6)
- โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction)	9 (3.6)
- ติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia)	6 (2.4)
- โรคอื่นๆ	196 (78.4)
โรคประจำตัว	
- ไม่มี	105 (42.0)
- โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	40 (16.0)
- โรคไตวายเรื้อรัง	35 (14.0)
- โรคหัวใจและหลอดเลือด	19 (7.6)
- โรคมะเร็ง	19 (7.6)
- โรคเอดส์	8 (3.2)
- อื่นๆ	24 (9.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยข้อมูล (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) (จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด=250)
รายได้ของครัวเรือนต่อเดือน	
- 0-2,000 บาท	59 (23.6)
- 2,001-4,000 บาท	59 (23.6)
- 4,000-6,000 บาท	55 (22.0)
- >6,000 บาท	203 (81.2)
ภาระหนี้สิน	203 (21.2)
ไม่มีเงินออม	164 (65.6)

*เด็ก นักเรียน แม่บ้าน และผู้ว่างงาน

ผลกระทบต่อลักษณะการบริโภคในชีวิตประจำวันของครัวเรือน

การเจ็บป่วยที่ถูกส่งต่อมีผลให้ครัวเรือน ร้อยละ 22 ต้องลดการบริโภคประจำวันทั้งด้านอาหารและไม่ใช่อาหาร โดยร้อยละ 2.8 ต้องให้ลูกออกจากโรงเรียนหรือไม่ได้ศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น

(ครัวเรือนที่ 15) หัวหน้าครัวเรือนเสียชีวิตด้วยโรคเชื้อราในสมอง หลังกลับจากทำงานที่ต่างประเทศ

“ต้องให้ลูกสาวคนโตออกจากโรงเรียน มาช่วยแม่ทำงานใช้หนี้ในระบบ ตอนที่พ่อไปทำงานต่าง

ประเทศ ตอนนี้อลำบากมาก เพราะเพิ่งไปได้ 6 เดือนก็มาป่วยก่อน เงินจะใช้จ่ายในแต่ละวันยังไม่มีเลย”

ในตารางที่ 2 ครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบต่อการบริโภคในชีวิตประจำวันมีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและถูกส่งต่อด้วยโรคเรื้อรัง มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและมีฐานะยากจนมากกว่าครัวเรือนที่ไม่ได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับหัวหน้าครัวเรือน ระดับการศึกษา อาชีพของครัวเรือน ค่าใช้จ่ายในการบริโภคและจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ทั้งสองกลุ่มไม่ได้แตกต่างกันอย่างชัดเจน

ตารางที่ 2 ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อลักษณะการบริโภคในชีวิตประจำวันของครัวเรือน

ข้อมูล	ผลกระทบต่อการบริโภค (จำนวนทั้งหมด=250)	
	ไม่ได้รับผลกระทบ (195)	ได้รับผลกระทบ (55)
ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับหัวหน้าครัวเรือน, จำนวน (ร้อยละ)		
- หัวหน้าครัวเรือน	58 (29.7)	16 (29.09)
- คู่สมรส	27 (13.85)	11 (20.00)
- บิดามารดา	42 (21.54)	14 (25.45)
- อื่นๆ	68 (34.87)	14 (25.45)
ระดับการศึกษาสูงสุด, จำนวน (ร้อยละ)		
- ไม่ได้ศึกษา	0 (0)	0 (0)
- ประถมศึกษา	164 (84.10)	45 (81.82)
- มัธยมศึกษา	31 (15.90)	10 (18.18)

ตารางที่ 2 ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อลักษณะการบริโภคในชีวิตประจำวันของครัวเรือน (ต่อ)

ข้อมูล	ผลกระทบต่อกรบริโภค(จำนวนทั้งหมด=250)	
	ไม่ได้รับผลกระทบ (195)	ได้รับผลกระทบ (55)
อาชีพ, จำนวน (ร้อยละ)		
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	111(56.92)	32(58.18)
- เกษตรกรรม	57(29.23)	11(20.00)
- รับจ้าง	21(10.77)	12(21.82)
- ค้าขาย	6(3.08)	0(0)
โรคที่ถูกลงส่งต่อ, จำนวน(ร้อยละ)		
- ไข้ดั่งอักเสบ	15(7.69)	1(1.82)
- โรคไตวายเรื้อรัง	9(4.62)	5(9.09)
- โรคระบบทางเดินอาหารอื่นๆ	9(4.62)	0(0)
- โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	9(4.62)	0(0)
- ติดเชื้อในกระแสเลือด	4(2.05)	2(3.64)
- โรคอื่นๆ	149(76.41)	47(85.45)
โรคประจำตัว, จำนวน (ร้อยละ)		
- ไม่มี	94(48.21)	11(20.00)
- โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	23(11.79)	17(30.91)
- โรคไตวายเรื้อรัง	25(12.82)	10(18.18)
- โรคหัวใจและหลอดเลือด	15(7.69)	4(7.27)
- โรคมะเร็ง	14(7.18)	5(9.09)
- โรคเอดส์	5(2.56)	3(5.45)
- อื่นๆ	19(9.74)	5(9.09)
ชนิดของโรคที่ถูกลงส่งต่อ, จำนวน (ร้อยละ)		
- เฉียบพลัน	111(56.92)	19(34.55)
- เรื้อรัง	84(43.08)	36(65.45)
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล, จำนวน (ร้อยละ)		
- 0-3 วัน	107(54.87)	21(38.18)
- 4-6 วัน	48(24.62)	14(25.45)
- >7วัน	40(20.51)	20(36.36)
รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือน,บาท(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)*	5,941(375)	4,245(423)
ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเฉลี่ยต่อเดือน,บาท(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	9,902(11,010)	14,208(3,769)
จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย,คน(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.4(2.2)	4.5(2.7)
สถานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนⁿ,จำนวน(ร้อยละ)*		
ยากจน	136(69.74)	51(92.73)
ไม่ยากจน	59(30.26)	4(7.27)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$, ⁿ สุ่มและคณะ, 2548

สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่ายเอง

จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ครัวเรือนต้องจ่ายเองในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดและในโรงพยาบาล/คลินิกเอกชน หรือการแพทย์พื้นบ้าน โดยเฉลี่ย คิดเป็น ร้อยละ 2.3 และ 11.2 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดตามลำดับ ค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนต้องจ่ายเองโดยส่วนใหญ่เป็นค่าอาหาร การเดินทาง และค่าที่พักสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติที่มาเยี่ยม โดยเฉลี่ย คิดเป็น ร้อยละ 48.9, 37.5 และ 0.1 ตามลำดับ

มีเพียง 54 ครัวเรือน (ร้อยละ 21.6) ที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉลี่ยคิดเป็น 14,010 บาท (SD 31,512) แต่เกือบทุกครัวเรือน (ร้อยละ 99.2) ต้องมีค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ โดยเฉลี่ย 2,110 บาท (SD 2,478) มีครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบต่อการบริโภคจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและไม่ใช้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 24.07 และ 21.77 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัดส่วนครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบต่อการบริโภคประจำวันเฉพาะที่มีค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการทางสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	จำนวนครัวเรือน (ร้อยละ)	
	ไม่ได้รับผลกระทบ	ได้รับผลกระทบ
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ^๑ 14,010 บาท (31,512)	41 (75.93)	13 (24.07)
ค่าใช้จ่ายไม่ใช่ด้านสุขภาพ ^๒ 2,110 บาท (2,478)	194 (78.23)	54 (21.77)

^๑ ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ต่างๆ และค่ายา ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน และการแพทย์พื้นบ้านในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด

^๒ ค่าอาหาร ที่พัก และค่าเดินทางที่ครัวเรือนต้องจ่ายสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติที่มาเยี่ยม

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ร้อยละ 2.3 เป็นค่าห้องพิเศษ 13 ราย และค่าจ้างพยาบาลพิเศษ 1 ราย ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(ครัวเรือนที่ 194 ผู้ป่วย อายุ 67 ปีเป็นแผลเรื้อรังที่เท้าและมีภรรยาสลบกับลูกชายเป็นผู้ดูแล)

“ผมทนเห็นพ่อนอนล้างแผลอยู่แบบเตียงชนเตียงริมระเบียงนอกตึกผู้ป่วยไม่ได้หรอก แต่ก็ต้องรอคิวห้องพิเศษนานอยู่เป็นสัปดาห์”

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากที่อื่นๆ ร้อยละ 11.2 ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน 7 ราย แบ่งเป็น โรคศัลยกรรมทางสมอง 3 ราย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) 2 ราย ดัดแขน 1 ราย และต้องการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม 1 ราย คลินิกเอกชน 16 ราย

(ครัวเรือนที่ 71 หัวหน้าครัวเรือนผ่าตัดสมองขอย้ายไปโรงพยาบาลเอกชนใน 1 วัน)

“พอรู้ว่าต้องผ่าตัดสมอง ก็ตัดสินใจได้เลยว่าต้องไปโรงพยาบาลเอกชน ไม่อยากรอ กลัวว่าผู้ป่วยจะไม่ไหวเรารู้ย่นะว่าหมอที่ผ่าเป็นคนเดียวกัน แต่ถ้าไปเร็วต้องรอดนะ”

นอกจากนี้ยังมีครัวเรือนเลือกการรักษาโดยแพทย์พื้นบ้าน (หมอน้ำมัน-น้ำมันต์) ในโรคศัลยกรรมกระดูก 18 ราย

(ครัวเรือนที่ 4 เด็กอายุ 6 ขวบ แขนหัก แม่ปฏิเสธการผ่าตัดใส่เหล็ก แล้วไปรักษาหมอน้ำมันในหมู่บ้าน)

“ถ้าจะผ่ากลัวว่าแขนของลูกจะไม่เท่ากัน และหมอน้ำมันที่บ้านก็มีคนกระดูกหักมารักษาหายเป็นจำนวนมาก และหมอคคนนี้ก็สืบทอดมาหลายสิบปีแล้ว เห็นใครมารักษา ก็หายทุกคน มาจากต่างจังหวัดก็มี”

จากตารางที่ 4 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและไม่ใช้ด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายรวมทั้งครัวเรือนที่ต้องจ่ายเองจากทั้งหมด 250 ครัวเรือน คิดเป็น ร้อยละ 8.9, 38.6 และ 47.5 ของค่าใช้จ่ายที่ใช้บริโภคในครัวเรือนต่อเดือนที่ไม่ใช่ค่าอาหารตามลำดับ หากคิดสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดต่อเดือนที่ใช้ในการบริโภคในชีวิตประจำวันเป็นร้อยละ 7.4, 24.5 และ 31.9 ตามลำดับ แสดงว่าครัวเรือนต้องประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายสูงจากการใช้บริการทางสุขภาพ

ตารางที่ 4 สัดส่วนค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการทางสุขภาพ

ชนิดของค่าใช้จ่าย	เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) N=250
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ^a	
ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการบริโภคทั้งหมดรวมค่าอาหารและไม่ใช้ค่าอาหารต่อเดือน	7.4 (19.7)
ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการบริโภคที่ไม่ใช่ค่าอาหารต่อเดือน	8.9 (22.2)
ค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ^b	
ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการบริโภคทั้งหมดรวมค่าอาหารและไม่ใช้ค่าอาหารต่อเดือน	24.5 (19.2)
ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการบริโภคที่ไม่ใช่ค่าอาหารต่อเดือน	38.6 (25.2)
ค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากการใช้บริการทางสุขภาพ^c	
ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการบริโภคทั้งหมดรวมค่าอาหารและไม่ใช้ค่าอาหารต่อเดือน	31.9 (23.3)
ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการบริโภคที่ไม่ใช่ค่าอาหารต่อเดือน	47.5 (26.0)
ร้อยละของค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนของผู้ป่วยต้องจ่ายเอง	
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ^d ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด	2.3 (11.6)
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในโรงพยาบาล/คลินิกเอกชน และการแพทย์พื้นบ้าน	11.2 (27.7)
ค่าอาหาร ^e	48.9 (29.6)
ค่าเดินทาง ^f	37.5 (26.9)
ค่าที่พัก ^g	0.1 (1.1)

^a ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ต่างๆ และค่ายา ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน และการแพทย์พื้นบ้านในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด

^b ค่าอาหาร ที่พัก และค่าเดินทางที่ครัวเรือนต้องจ่ายสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติที่มาเยี่ยม

^c รวมค่าใช้จ่ายทั้งด้านสุขภาพและไม่ใช้ด้านสุขภาพ

^d ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ต่างๆ และค่ายา

^e สำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติที่มาเยี่ยม

ครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพมากกว่าครัวเรือนที่ไม่ได้รับผลกระทบ ถึงแม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

เฉลี่ย 5,865 บาท (SD 28,221) ที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ เฉลี่ย 2,659 บาท (SD 2,916) และมีค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ย 8,524 บาท (SD 28,077) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการทางสุขภาพ (บาท)

ชนิดของค่าใช้จ่าย	ครัวเรือน		p-value
	ไม่ได้รับผลกระทบ (จำนวน 195 ครัวเรือน)	ได้รับผลกระทบ (จำนวน 55 ครัวเรือน)	
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ^a			0.1279
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2,226 (9,461)	5,865 (28,221)	
มัธยฐาน (ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์)	0 (0,0)	0 (0,0)	
ค่าใช้จ่ายไม่ใช่ด้านสุขภาพ^b			0.0511
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1,923 (2,316)	2,659 (2,916)	
มัธยฐาน (ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์)	1,200 (600, 2,500)	1,800 (500, 4,000)	
ค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากการใช้บริการทางด้านสุขภาพ^c			0.0708
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4,149 (9,963)	8,524 (28,077)	
มัธยฐาน (ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์)	1,500 (700, 3,220)	2,200 (700, 5,000)	

^a ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ต่างๆ และค่ายา ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน และการแพทย์พื้นบ้านในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด

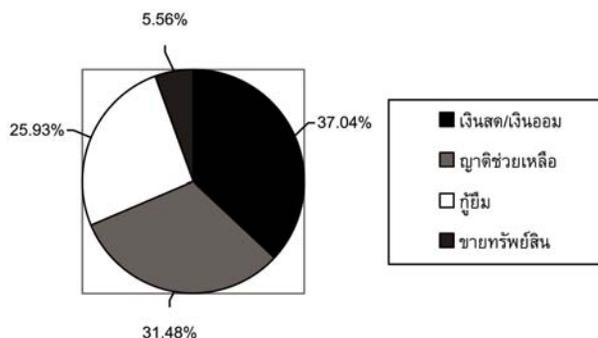
^b ค่าอาหาร ที่พัก และค่าเดินทางที่ครัวเรือนต้องจ่ายสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติที่มาเยี่ยม

^c รวมค่าใช้จ่ายทั้งด้านสุขภาพและไม่ใช่ด้านสุขภาพ

วิธีการแก้ปัญหาทางการเงิน

จากผลการศึกษาข้างต้น ครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการทางสุขภาพต้องประสบปัญหาค่าใช้จ่ายสูง แต่ละครัวเรือนจะมีวิธีการแก้ปัญหาทางการเงินที่หลากหลาย รูปที่ 1 แสดงข้อมูลเฉพาะครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำนวน 54 ครัวเรือน มี 13 ครัวเรือน (ร้อยละ 24.07) ต้องลดการบริโภคประจำวัน แสดงว่า

ครัวเรือนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.5) สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้จากการใช้เงินสดหรือออมที่มีหรือได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องเป็นแหล่งเงินแรกในการใช้จ่าย ครัวเรือนที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ ต้องกู้ยืมและขายทรัพย์สินที่มี คิดเป็น ร้อยละ 26 และ 5.6 ตามลำดับ



รูปที่ 1 สัดส่วนของวิธีแก้ปัญหาทางการเงินของครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ^a

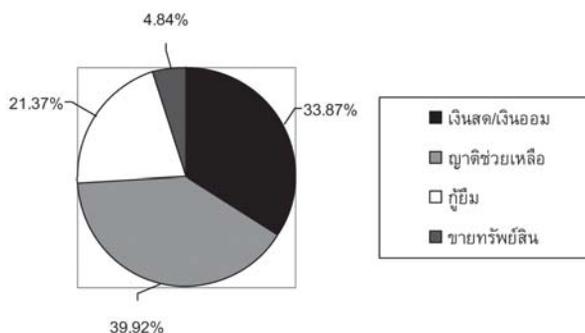
^a ค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ต่างๆ และค่ายา ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน และการแพทย์พื้นบ้านในเขตจังหวัดร้อยเอ็ด

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบต่อการบริโภคในชีวิตประจำวันจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่า 7 ครัวเรือน (ร้อยละ 54) ต้องกู้ยืมหรือขายทรัพย์สินซึ่งคิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าครัวเรือนที่ไม่ได้รับผลกระทบ (ร้อยละ 24)

สำหรับ 248 ครัวเรือน ที่มีค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ มี 54 ครัวเรือน (ร้อยละ 21.77) ต้องลดการบริโภคประจำวัน มี 2 ครัวเรือนที่ไม่ต้องมีภาระดังกล่าว เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการรักษาใน

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีรถของญาติช่วยเหลือนำศพกลับบ้าน

ครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ ร้อยละ 74 สามารถใช้เงินสด/เงินออมที่มีในครัวเรือนหรือได้รับความช่วยเหลือจากญาติเป็นแหล่งเงินแรก ส่วนครัวเรือนที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ จำเป็นต้องกู้ยืมหรือขายทรัพย์สินที่มีในครัวเรือน ร้อยละ 21.4 และ 4.9 ตามลำดับ ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 สัดส่วนของวิธีแก้ปัญหาทางการเงินของครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ^๖

^๖ค่าอาหาร ที่พัก และค่าเดินทางที่ครัวเรือนต้องจ่ายสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติที่มาเยี่ยม

เมื่อพิจารณากลุ่มครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบต่อการบริโภคในชีวิตประจำวันจากค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ จะใช้วิธีการกู้ยืมหรือขายทรัพย์สินเป็นแหล่งเงินแรก 30 ครัวเรือน (ร้อยละ 56) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับผลกระทบที่ใช้วิธีการกู้ยืมหรือขายทรัพย์สินเป็นแหล่งเงินแรก 35 ครัวเรือน (ร้อยละ 18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นอกจากวิธีการแก้ปัญหาทางการเงินของครัวเรือนระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้นจากการศึกษานี้ยังพบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในบางครัวเรือนยังได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายและองค์กรทางสังคม เช่น โครงการส่งเสริมสวัสดิการชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้แก่ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ และคนพิการ กองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับผู้เป็นสมาชิกในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต

(ครัวเรือนที่ 74 หัวหน้าครัวเรือนต้องผ่าตัดสมองและเลือกใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน มีสามีที่พิการดูแล)

“ลูกชายคนเล็กที่จบ ม.6 ก็ไม่ได้เรียนต่อ มีเพียงลูกชายคนโตที่เรียนคณะวิศวกรรมศาสตร์ ม.ขอนแก่นที่ต้องส่งตัวเองเรียน เพราะตอนนี้ขายทรัพย์สินทุกอย่างที่มีทั้งรถยนต์โดยสารและที่ดิน มีเพียงเบี้ยคนพิการเลี้ยงชีพ และได้แต่รอว่าลูกที่ใกล้จะจบจะเลี้ยงครอบครัวต่อไป”

(ครัวเรือนที่ 23 ลูกสาว อายุ 18 ปี เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้งเนื่องจากเป็นโรคตับอ่อนอักเสบด้วย เข้าร่วมกองทุนสวัสดิการชุมชน โดยให้ออมวันละ 1 บาท หลังออกจากโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายชดเชยให้วันละ 100 บาท ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้งที่นอนโรงพยาบาล)

“เงินนี้แม้จะเล็กน้อย แต่ก็ช่วยทดแทนค่ากินอยู่ กับค่ารถที่เราจ่ายไปตอนนอนโรงพยาบาลได้บ้าง”

อภิปรายผลและสรุป

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดความเสี่ยงจากภาวะค่ารักษาพยาบาล เมื่อเกิดการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาแล้วยังมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยซึ่งไม่ใช่ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครัวเรือน เช่น ค่าอาหาร การเดินทาง ที่อาจทำให้ครัวเรือนต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายสูงจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน หากครัวเรือนไม่สามารถหาทางออกด้วยการใช้จ่ายจากรายได้หรือเงินออมที่มีอยู่ อาจต้องกู้ยืมหรือขายทรัพย์สินที่ทำให้ครัวเรือนต้องตกลงไปสู่ความยากจนมากยิ่งขึ้น

ครัวเรือนที่มีผู้ป่วยซึ่งได้รับการส่งต่อในการศึกษานี้ร้อยละ 75 มีฐานะยากจน มีรายจ่ายสูงกว่ารายได้ ทำให้มีภาระหนี้สิน (ร้อยละ 81) และไม่มีเงินออม (ร้อยละ 66) สำหรับใช้จ่ายในอนาคต ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ เราจึงเห็นการลดการบริโภคประจำวันทั้งด้านอาหารและไม่ใช่อาหารของครัวเรือนร้อยละ 22 และครัวเรือนมากกว่าหนึ่งในสี่ต้องกู้ยืมหรือขายทรัพย์สินที่มีเป็นแหล่งเงินแรกเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (อนุพงศ์ และวีระศักดิ์, 2542) ก่อนที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดสงขลา และการศึกษาของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต แต่ยังไม่ได้นำเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จังหวัดนครราชสีมา (Prakonsai et al., 2009) ดังนั้นการพัฒนา นโยบายระบบประกันสุขภาพโดยลดภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง นโยบายด้านเศรษฐกิจและสังคมเพื่อสร้างรายได้และอาชีพให้แก่ประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ในปัจจุบันปัญหาโรคเรื้อรังจะเป็นปัญหาสำคัญต่อไปในอนาคต เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายก็มากขึ้นตาม ผู้วิจัยมองว่าภาครัฐควรสนับสนุนนโยบายส่งเสริมและป้องกันโรค นอกจากนี้ควรจัดให้มีแพทย์เฉพาะทางให้เข้าถึงโรงพยาบาลชุมชนให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดการส่งต่อและความแออัดของโรงพยาบาลจังหวัด นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ถูกส่งต่ออีกด้วย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบต่อการบริโภคในชีวิตประจำวันมีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว

และถูกส่งต่อด้วยโรคเรื้อรัง มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและมีฐานะยากจนมากกว่าครัวเรือนที่ไม่ได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มักจะได้นอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยโรคแบบเฉียบพลัน ค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้นตาม แต่ไม่พบอย่างชัดเจนว่ามีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมใด เป็นสาเหตุทำให้ครัวเรือนได้รับผลกระทบต่อการบริโภคประจำวัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างน้อยไป

เมื่อพิจารณาทั้ง 250 ครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบต่อการบริโภคประจำวันมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและไม่ใช่อาหารมากกว่าครัวเรือนที่ไม่ได้รับผลกระทบ ถึงแม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ย 5,865 บาท ที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพเฉลี่ย 2,659 บาท และมีค่าใช้จ่ายรวมเฉลี่ย 8,524 บาท

ภายหลังการพัฒนา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่ยังมีค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ เช่น ค่าอาหาร ที่พัก และการเดินทางของผู้ป่วย ผู้ดูแลรวมทั้งญาติที่มาเยี่ยมที่ยังต้องจ่ายเอง หากพิจารณาเฉพาะครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายไม่ใช่ด้านสุขภาพ เฉลี่ย 2,110 บาท จากผลการศึกษาเฉพาะครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เนื่องจากครัวเรือนสมัครใจเลือกใช้บริการอื่นๆ ที่อยู่นอกชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้ครัวเรือนต้องจ่ายเฉลี่ย 14,010 บาท และต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายสูงจากการใช้บริการทางสุขภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพเป็นร้อยละ 24.5 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครัวเรือน และร้อยละ 38.6 ของค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ค่าอาหาร ทำให้ครัวเรือนที่เจ็บป่วยต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายสูงด้วย เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาจากประเทศอินเดีย ศรีลังกาและบังกลาเทศ ที่ค่าใช้จ่ายด้านอาหารและการเดินทางมากกว่าร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเองจากการใช้บริการทางสุขภาพ ทำให้ครัวเรือนที่เจ็บป่วยต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายสูง (McIntyle et al., 2006)

แม้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ยากจนและไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประชาชนบางส่วนจากการศึกษาครั้งนี้ เลือกผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน หรือการแพทย์พื้นบ้าน เช่นเดียว

กับการศึกษาของ (ภูษิต และคณะ, 2550) จากการศึกษาในมุมมองของประชาชน ยังมีความเชื่อและศรัทธากับการแพทย์พื้นบ้าน ความสะอาด รวดเร็ว ของภาคเอกชน ความเชื่อว่าโรคที่อันตรายถึงชีวิต เช่น โรคัลยกรรมทางสมอง ต้องการความรวดเร็วต้องไปโรงพยาบาลเอกชน แม้จะทราบว่าเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนเป็นคนเดียวกับโรงพยาบาลรัฐบาล หรือการจ่ายค่าห้องพิเศษเพื่อความสะอาดสบาย เหล่านี้ อาจทำให้ครัวเรือนต้องได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจ

โรงพยาบาลของรัฐควรพัฒนาคุณภาพการบริการ ลดความแออัดและเพิ่มความสะอาด รวดเร็วในการให้บริการ การเพิ่มเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเพื่อลดการเผ่าดูแล และความไม่สะดวกของญาติเนื่องจากพื้นที่บริเวณเตียงผู้ป่วยในมีจำกัด การสร้างโรงพักญาติที่สะอาด และเพียงพอต่อการใช้บริการ เพราะวัฒนธรรมของคนไทย คือ การมีน้ำใจมาเยี่ยมเยียนเวลาเจ็บป่วย จะมีส่วนช่วยลดผลกระทบทางเศรษฐกิจจากปัญหาค่าใช้จ่ายสูงจากความเจ็บป่วยของครัวเรือนได้

วิธีการแก้ปัญหาทางการเงินของครัวเรือนที่พบจากการศึกษานี้ ได้แก่ การลดการบริโภคในชีวิตประจำวัน การให้ลูกออกจากโรงเรียน สำหรับแหล่งเงินแรกที่ครัวเรือนส่วนใหญ่นำมาใช้จ่ายจะเริ่มจากเงินสด/เงินออมที่มีในครัวเรือนและการได้รับความช่วยเหลือจากญาติ และมากกว่าหนึ่งในสี่ใช้การกู้ยืมทั้งที่มีและไม่มีดอกเบียหรือขายทรัพย์สินที่มี เช่น สร้อยคอทองคำ รถยนต์ ที่ดิน เป็นต้น เป็นแหล่งเงินแรกในการใช้จ่าย เช่นเดียวกับการแก้ปัญหาทางการเงินของครัวเรือนที่เจ็บป่วยที่มีรายงานในการศึกษาของ (อนุพงศ์ และวีระศักดิ์, 2542; Limwattananon et al., 2007; McIntyle et al., 2006; Prakongsai et al., 2009; Van Doorslaer et al., 2007; Wagstaff, 2007) นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า บางครัวเรือนได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายและองค์กรทางสังคม เช่น โครงการส่งเสริมสวัสดิการชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้แก่ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ และคนพิการ กองทุนสวัสดิการชุมชนสำหรับผู้เป็นสมาชิกในกรณีที่เกิดการ เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต เป็นเงินชดเชยภายหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลแล้ว ดังนั้นโครงการเหล่านี้มีส่วนช่วยลดผลกระทบทางเศรษฐกิจจากความเจ็บป่วยของครัวเรือนได้ควรที่จะดำเนินการและพัฒนาต่อไป

การศึกษานี้อธิบายผลกระทบทางเศรษฐกิจเฉพาะครัวเรือนในเขตอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของประเทศและประชาชนในระบบประกันสุขภาพอื่นได้ นอกจากนี้เมื่อเกิดการเจ็บป่วย นอกจากค่ารักษาพยาบาล ค่าอาหาร ค่าที่พัก และค่าเดินทางแล้วยังมีค่าเสียโอกาสซึ่งจัดเป็นต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ เช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายที่อยู่ในรูปของตัวเงินอื่นๆ ได้แก่ การขาดรายได้จากการไม่ได้ทำงานทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล เนื่องจากความเจ็บป่วย และวิธีแก้ปัญหาดังกล่าวทางการเงินต่อรายได้ที่ลดลง ซึ่งยังไม่ได้ศึกษาจากงานวิจัยนี้

ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น และป้องกันความเสียหายที่เกิดจากความเสียหายทางการเงินในการรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่สูง แต่ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ได้แก่ ค่าอาหาร ที่พัก และการเดินทาง ทั้งของครอบครัวผู้ป่วยและญาติที่มาเยี่ยม ส่งผลกระทบต่อการบริโภคในชีวิตประจำวัน หากครัวเรือนไม่สามารถหาทางออกด้วยการใช้จ่ายจากรายได้หรือเงินออมที่มีอยู่ อาจต้องกู้ยืมหรือขายทรัพย์สินที่มี หากมีการพัฒนานโยบายระบบประกันสุขภาพโดยลดภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง นโยบายด้านเศรษฐกิจและสังคมเพื่อสร้างรายได้และอาชีพให้แก่ประชาชนเพื่อให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นและช่วยเหลือด้านสังคม เศรษฐกิจ จะช่วยลดดวงจรของความยากจนที่ต่อเนื่องจากความเจ็บป่วยได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย ปีงบประมาณ 2552 ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เจ้าหน้าที่ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลอาจสามารถทุกท่าน ครัวเรือนของผู้ป่วยที่สละเวลาอันมีค่าให้สัมภาษณ์ ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอขอบคุณ รศ.ดร.จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ ที่ช่วยแนะนำวิธีการศึกษา วิธีวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, กัญจนาดิษยาธิคม. ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2550 พ.ค.-มิ.ย.; 16 (ฉบับเพิ่มเติม): 20-36.
- สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, สุกัลยา คงสวัสดิ์, ศุภสิทธิ์พรรณนารุโณทัย. ความถูกต้องของการค้นหาคนจนด้วยข้อมูลลักษณะครัวเรือน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2548 มี.ค.-เม.ย.; 14(2): 275-86.
- สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *การจำแนกประเภทผู้ป่วย งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2547: 26-8.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543* [online]. 2547 [สืบค้น 30 มี.ค.2553]. ได้จาก http://popcensus.nso.go.th/show_table.php
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *คู่มือ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2552*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2552: 27-36.
- อนุพงศ์ สุจริยากุล, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. *ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และสถานะเจ็บป่วยจนล้มละลายของผู้ป่วยในที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองในจังหวัดสงขลา*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทระดับบัณฑิต สาขาพยาบาลวิทยา คณะแพทยศาสตร์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2542.
- Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, Van Doorslaer E. Coping with health-care costs: Implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Econ* 2008; 17: 1393-1412.
- Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. *Bulletin of the WHO* 2007 Aug; 85(8): 600-6.
- McIntyle D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts?. *Soc Sci & Med* 2006; 62: 858-65.
- Prakongsai P, Palmer N, Uay-trakul P, Tangcharoensathien V, Mills A. The implication of benefit package design: The impact on poor Thai households of excluding renal replacement therapy. *J Int Dev* 2009; 21: 291-308.
- Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Econ* 2007; 16: 1159-84.
- Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: Evidence from Vietnam. *Health Econ*. 2007; 26: 82-100.
- Xu K, Evans DB, Kawabata K, et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; Jul 12; 362: 111-7.