# ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

สมพร เพชตะกร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สถิติประยุกต์)
คณะสถิติประยุกต์
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
2561

ปญฺญาสมา ธนา
สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร

ปญฺญาสมา ธนา
สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร

ปญฺญาสมา ธนา
สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร

ปญฺญาสมา ธนา
สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร

ปญฺญาสมา ธนา
สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร

ปญฺญาสมา ธนา
สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร

**ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**

**สมพร เพชตะกร**

**คณะสถิติประยุกต์**

---

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.เดือนเพ็ญ ธีรวรรณวิวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สถิติประยุกต์)

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พาชิตชนัต ศิริพานิช)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปาจรีย์ ผลประเสริฐ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.เดือนเพ็ญ ธีรวรรณวิวัฒน์)

..... คณบดี
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ลือนาม)

_____/_____/_____

# บทคัดย่อ


| | |
|---|---|
| **ชื่อวิทยานิพนธ์** | ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย |
| **ชื่อผู้เขียน** | นางสาวสมพร เพชตะกร |
| **ชื่อปริญญา** | วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สถิติประยุกต์) |
| **ปีการศึกษา** | 2561 |

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยพิจาราณาในประเด็นของความชุกและความรุนแรงของการเกิดภาวะดังกล่าว นอกจากนี้ยังศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านสิทธิการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพที่มีต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของแผนงานวิจัยเรื่อง ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย (Well-being of the Elderly in Thailand-HART) รอบที่ 2 จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ พ.ศ. 2560 (WAVE 2) ตัวอย่างของการศึกษานี้คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,613 คน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นมีความชุกในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ แต่ผู้สูงอายุวัยปลายมีความรุนแรงของความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น ในส่วนการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านสิทธิการรักษาพยาบาลและด้านสุขภาพที่มีต่อความเสี่ยงนั้นพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลาย โดยตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง และการประเมินตนเองทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 , 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

# ABSTRACT


| | |
|---|---|
| **Title of Thesis** | Risk of Catastrophic Health Expenditures among Thai Elderly |
| **Author** | Somporn Pettakon |
| **Degree** | Master of Science (Applied Statistics) |
| **Year** | 2018 |

The main objective of this study was to estimate the risk of catastrophic health expenditures, considering in terms of its prevalence and intensity. Additionally, the risk factors related to the human right to healthcare and personal health conditions were examined. The study used secondary data derived from the research program: Well-being of the Elderly in Thailand (HART--WAVE 2). The survey was conducted in 2017 by the National Institute of Development Administration. The studied sample composed of 1,613 elderly people aged 60 years and over.

The result indicated that the early-elder had higher estimated risk prevalence while the late-elder had higher intensity of risk of catastrophic health expenditures than the other age groups. Regarding risk factor analysis, it was found that only chronic diseases and self-assessment of both mental and physical health status, as measures of personal health conditions, were statistically significance at 0.01 , 0.05 , 0.01 level, respectively.

# กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน

ขอขอบพระคุณในความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.เดือนเพ็ญ ธีรวรรณวิวัฒน์ ผู้ซึ่งเป็นทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทั้งที่คอยให้คำปรึกษา คำแนะนำ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ในเชิงวิชาการ หรือแม้กระทั่งการเรียนรู้ในเรื่องทั่วๆไปในการใช้ชีวิต ขอขอบคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทั้งสองท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.พาชิตชนัต ศิริพานิช และรองศาสตราจารย์ ดร.ปาจรีย์ ผลประเสริฐ ที่ได้ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษา รวมทั้งช่วยตรวจสอบวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบคุณสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ที่ให้ทุนการศึกษาในระดับปริญญาโท รวมถึงขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะสถิติประยุกต์ (พี่ใหม่) ที่ให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆเกี่ยวกับงานวิจัยนี้อย่างดี และขอบคุณพี่ๆเพื่อนๆทุกคนที่คอยสนับสนุน ช่วยแหลือและให้กำลังใจตลอดมา

สมพร เพชตะกร

กุมภาพันธ์ 2562

# สารบัญ

**หน้า**


บทคัดย่อ ..... ก

ABSTRACT ..... ข

กิตติกรรมประกาศ ..... ค

สารบัญ ..... ง

สารบัญตาราง ..... ฉ

สารบัญภาพ ..... ช

บทที่ 1 บทนำ ..... 1

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา ..... 1

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย ..... 4

1.3 ขอบเขตการวิจัย ..... 4

1.4 นิยามศัพท์ ..... 4

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ..... 5

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิด ..... 6

2.1 การเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ..... 6

2.2 การวัดและเกณฑ์การวัดความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ..... 8

2.3 ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล ..... 10

2.4 สุขภาพของผู้สูงอายุ ..... 12

2.5 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ..... 22

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย ..... 23

3.1 แหล่งข้อมูล ..... 23

3.2 ตัวแปรและมาตรวัดของตัวแปร ..... 25

3.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ..... 26
บทที่ 4 ผลการศึกษา ..... 29
4.1 คุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ..... 29
4.2 ความชุกของโรคเรื้อรัง ..... 33
4.3 การเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ..... 36
4.4 ความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ..... 40
4.5 ความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ..... 41
4.6 อิทธิพลของปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล และปัจจัยด้านสุขภาพต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ..... 43
บทที่ 5 สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ ..... 46
5.1 สรุปผลการศึกษา ..... 47
5.1.1 คุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ..... 47
5.1.2 ความชุกของโรคเรื้อรัง ..... 47
5.1.3 การเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ..... 48
5.1.4 ความชุกและความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ..... 49
5.1.5 อิทธิพลของประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ..... 49
5.2 อภิปรายผลการศึกษา ..... 50
5.3 ข้อจำกัดของงานวิจัย ..... 52
5.4 ข้อเสนอแนะ ..... 53
บรรณานุกรม ..... 54
ประวัติผู้เขียน ..... 59

# สารบัญตาราง

**หน้า**

**ตารางที่ 2.1** เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุจุดเริ่มต้นของความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายซึ่งกำหนดโดยหน่วยงานหรือผู้วิจัย ..... 10

**ตารางที่ 2.2** การบริหารจัดการกองทุนในระบบประกันสุขภาพ ..... 11

**ตารางที่ 3.1** จำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด ..... 24

**ตารางที่ 3.2** ตัวแปรอิสระ นิยาม และการวัด ..... 25

**ตารางที่ 4.1** ร้อยละของผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลายจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ..... 30

**ตารางที่ 4.2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลายจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ..... 32

**ตารางที่ 4.3** ร้อยละของผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลายจำแนกตามชนิดของโรคเรื้อรัง ..... 34

**ตารางที่ 4.4** ร้อยละของจำนวนโรคเรื้อรัง จำแนกตามผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลาย ..... 35

**ตารางที่ 4.5** จำนวนและร้อยละของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำแนกตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ ..... 36

**ตารางที่ 4.6** ร้อยละของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงวัยต่างๆ จำแนกตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และประเภทสิทธิการรักษาพยาบาล ..... 37

**ตารางที่ 4.7** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงวัยต่างๆ จำแนกตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ ..... 39

**ตารางที่ 4.8** ผลการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติค ..... 44

# สารบัญภาพ

**หน้า**

**ภาพที่ 2.1** กรอบแนวคิดของการวิจัย ..... 22

**ภาพที่ 4.1** ความชุก (Headcount) ของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 10 ถึง 50 ..... 40

**ภาพที่ 4.2** ความรุนแรง (Overshoot) ของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 10 ถึง 50 ..... 41

**ภาพที่ 4.3** ความรุนแรง (MPO) ของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 10 ถึง 50 ..... 42

# บทที่ 1

# บทนำ

## 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และตามการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) ซึ่งหมายถึงการที่จะมีสัดส่วนของประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรรวมทั้งหมด ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ หากดูจากแนวโน้มดัชนีการสูงอายุของประเทศไทยพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ อัตราส่วนของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) 100 คน จากร้อยละ 22.6 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 82.6 ในปี 2557 และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15 -59 ปี) 100 คน ก็เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน จากร้อยละ 10.7 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 18.1 ในปี 2554 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.3 ในปี 2557 หมายความว่าประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 22 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรข้างต้นทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุไทย ทั้งในด้านเศรษฐกิจ ทำให้ประชากรวัยแรงงานที่เป็นกำลังสำคัญในการผลิตและผลักดันการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้รัฐบาลมีนโยบายขยายอายุเกษียณจากอายุ 60 ปี เป็นอายุ 63 ปี ("ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีเรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ," 2561) เพื่อให้มีกำลังคนในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศให้เพียงพอ อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ จากรายงานผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 พบว่าแหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 35.7 คือ บุตร รองลงมาคือ รายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุเองร้อยละ 34.3 จากเบี้ยยังชีพจากทางราชการร้อยละ 15.3 จากคู่สมรสร้อยละ 4.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ของประเทศพึ่งพิงรายได้จากบุตรเป็นหลัก และผู้สูงอายุอีก 1 ใน 4 ของประเทศยังต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุ

ยังต้องพึ่งพิงรายได้จากทางอื่นสูงถึงร้อยละ 59.7 หากไม่มีลูกหลานหรือคู่สมรสดูแล การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรยังทำให้เกิดผลกระทบจากค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ค่ารักษาพยาบาลที่ปรับสูงขึ้นทำให้ภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

สาเหตุที่ทำให้แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปอาจขึ้นอยู่กับลักษณะของครอบครัวที่เปลี่ยนไปจากครอบครัวที่สมาชิกครอบครัวมีมาแต่เดิม (ครอบครัวขยาย) โดยอาจจะมีปู่ย่า หรือตายาย หรือญาติคนอื่นๆ อาศัยรวมกับพ่อแม่และลูกหลานเปลี่ยนเป็นการอยู่แบบครอบครัวเดี่ยว พ่อ แม่ และ ลูก ทำให้การเกื้อกูลของผู้สูงอายุลดน้อยลง ประกอบกับผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากกว่าเดิมด้วยเทคโนโลยีและการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น ฉะนั้นผู้สูงอายุที่ไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนวัยเกษียณอาจเกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิต เพราะไม่มีเงินพอที่จะใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในวัยเกษียณ

การเจ็บป่วยมักเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุทั่วๆไป เนื่องจากอวัยวะต่างๆในร่างกายถูกใช้งานมานานจึงเกิดการเสื่อมถอย (ประนอม โอทกานนท์, 2554) ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เมื่อค่ารักษาพยาบาลที่จ่ายด้วยตนเองสูงกว่ารายได้ หรือค่าใช้จ่ายทั้งหมด หรือค่าใช้จ่ายที่ไม่รวมค่าอาหาร ผู้สูงอายุบางรายอาจเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ หากต้องนำเงินส่วนใหญ่ที่มีอยู่มาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล ทำให้กระทบต่อค่าใช้จ่ายอื่นๆในการดำรงชีวิต เช่น การลดสัดส่วนค่าอาหาร รวมถึงการกู้ยืมเงินจนทำให้เกิดหนี้ อีกทั้งผู้สูงอายุบางรายอาจตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษา เพราะไม่สามารถจ่ายได้ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม

ประเทศไทยเริ่มมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 โดยให้สิทธิขั้นพื้นฐานครอบคลุมถึงประชาชนทุกคน ภายใต้กองทุนสุขภาพหลัก 3 กองทุนได้แก่ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือโครงการบัตรทอง ประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. 2558 พบว่า ร้อยละ 42.9 ของผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเพิ่มเอง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) จะเห็นได้ว่ากองทุนเหล่านี้ยังไม่สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลได้ทั้งหมด จึงทำให้ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มจากสิทธิที่ตนได้รับ การทำประกันสุขภาพเอกชนจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ช่วยให้ไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาล แต่ด้วยวัยของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำประกันสุขภาพเอกชน ไม่ว่าจะเป็นอายุที่เพิ่มมากขึ้น เบี้ยประกันที่ต้องจ่ายก็สูงขึ้น หากป่วยเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงอีกก็อาจจะไม่สามารถทำประกันสุขภาพเอกชนได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่มีประกันสุขภาพเอกชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยมากแล้วมักหลีกเลี่ยงที่จะไปพบแพทย์เนื่องจากกลัวต้องเสียค่ารักษาพยาบาลที่แพง และมักจะหายามารับประทานเอง

เมื่อพิจารณาสุขภาพของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางเสื่อม ประกอบกับพฤติกรรมความเสี่ยงด้านสุขภาพที่สั่งสมมานาน ช่วงอายุที่ต่างกันของผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ และความเจริญของร่างกายแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าตลอดช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา กลุ่มโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทย โดยมีคนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ถึง 14 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 300,000 คนต่อปี และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี อีกทั้งโรคเรื้อรังยังเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ สามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560: 25) การเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นในประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สถานการณ์และความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคลและยังเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก สำหรับสุขภาพทางจิตนั้นเป็นสิ่งที่สังเกตได้ยากและมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกาย การมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพกาย ผลที่ตามมาของการมีสุขภาพจิตที่ไม่ดีหรือไม่มีความสุขในวัยสูงอายุคือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพ เสี่ยงต่อภาวการณ์ตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความสุข ดังนั้นผู้สูงอายุจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพของตนเอง การรักษาตนเองจากการเจ็บป่วยไม่ทิ้งให้เกิดอาการเรื้อรัง และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ห่างไกลจากโรคภัยต่างๆ ซึ่งการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการรับรู้สุขภาพกายและใจ ผ่านการประเมินด้วยตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบและการเอาใจใส่ดูแลลตนเอง (Pender, 1987)

การศึกษาก่อนหน้านี้ได้มุ่งเน้นศึกษาหาสาเหตุของการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากการใช้บริการในสถานบริการ หรือ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น ระดับรายได้ของครัวเรือน ครัวเรือนที่อยู่ในแต่ละภูมิภาคหรือเขตที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ประชากรทั้งหมดในภาพรวมแทนที่จะเน้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงเฉพาะ การศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายของผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษานี้อาจใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และเป็นแนวทางป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดภาวะล้มละลายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประมาณความชุกและความรุนแรงของความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยทั้งในภาพรวมและเปรียบเทียบในแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพที่มีต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

## 1.3 ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของแผนงานวิจัยเรื่อง ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย (Well-being of the Elderly in Thailand-HART) รอบที่ 2 โดยศึกษาความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายของผู้สูงอายุไทยทั้ง 6 ภูมิภาค 13 จังหวัด

## 1.4 นิยามศัพท์

**ผู้สูงอายุ**

บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยสามารถแบ่งช่วงอายุเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

**ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลาย**

ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลาย หมายถึง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองเกินกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหาร

**ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง**

ค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในจุดบริการด้านสุขภาพหลังการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล เช่น ค่าปรึกษาแพทย์ ค่ายา และค่าบริการทางการแพทย์ แต่ไม่รวมค่าเดินทางและค่าโภชนาการพิเศษ

**ค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ค่าอาหาร**

ค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ค่าอาหาร หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้สูงอายุรับผิดชอบ ประกอบไปด้วย ค่าเบี้ยประกัน จ่ายเงินให้กับผู้ดูแลหลัก(เฝ้าไข้) บริจาคหรือทำบุญ ค่าเช่าที่พักอาศัย ค่าน้ำ ค่าไฟ ไม่รวมค่าอาหารและเครื่องดื่มแอลกอฮอร์

## 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และเป็นแนวทางป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

# บทที่ 2

# การทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิด

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายของผู้สูงอายุไทย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาประกอบในการทำวิจัย ดังนี้

2.1 การเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

2.2 การวัดและเกณฑ์การวัดความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

2.3 ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล

2.4 สุขภาพของผู้สูงอายุ

2.5 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

## 2.1 การเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ก่อนอื่นจำเป็นต้องรู้จักนิยามของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่านด้านสุขภาพ ซึ่งในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Catastrophic Health Expenditure (CHE) ” หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลใดหรือครัวเรือนใดมีการร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยจำนวนเงินที่สูงกว่ารายได้ หรือค่าใช่จ่ายในครัวเรือนทั้งหมด หรือค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหาร จนทำให้เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่ในประเทศไทยมีการใช้คำที่หลากหลายตามผู้วิจัยเรื่องนั้นๆ เช่น “ภาวะสิ้นเนื้อประดาตัวจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล” ที่หมายถึง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (World bank group, 2559) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ระบุตัวชี้วัด “ภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพในครัวเรือน” หมายถึง สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเองต่อรายได้ทั้งหมด เป็นต้น นั่นหมายความว่า ภาวะล้มละลายที่เกิดขึ้นจึงเป็นเพียงความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่านั้น

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองที่สูงขึ้นนี้อาจหมายความว่า บุคคลต้องลดรายจ่ายที่จำเป็นลง เช่น อาหาร เสื้อผ้า ในทุกๆ ปีประมาณ 44 ล้านครัวเรือนหรือมากกว่า 150 ล้านคนทั่วโลกต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและประมาณ

25 ล้านครัวเรือนหรือมากกว่า 100 ล้านคน ถูกผลักดันเข้าสู่ความยากจนเพราะต้องจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพเอง (Xu, Evans, Carrin and Aguilar-Rivera, 2005)

นอกจากนี้ผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง หลายคนอาจตัดสินใจไม่ใช้บริการด้านสุขภาพด้วยเหตุที่ว่า ไม่สามารถจ่ายได้ ทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรง เช่น ค่าใช้จ่ายในการปรึกษาแพทย์ ยา หรือค่าใช้จ่ายโดยอ้อม เช่น การขนส่งและอาหารพิเศษ ครัวเรือนที่ยากจนก็จะเกิดความยากจนเพิ่มขึ้นกว่าเดิมเพราะผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อรายได้และสวัสดิการทั่วไป นอกจากกระทบในตัวบุคคลแล้วยังส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐปี พ.ศ. 2553 ประมาณการสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทุกกลุ่มและยังคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2565 จะเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 เท่า เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หากภาครัฐไม่มีมาตรการหรือการป้องกันปัญหาสุขภาพที่ดีอาจทำให้ประเทศสูญเสียเงินไปกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำนวนมากในอนาคต (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2557: 2)

สาเหตุหลักของการเกิดภาวะล้มละลายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยด้วยกันได้แก่

**1) ความต้องการบริการสุขภาพที่ดีขึ้น** ผู้เข้ารับการรักษามีการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น เป็นที่ทราบกันว่าสภาพปัจจุบันของโรงพยาบาลรัฐที่มีผู้เข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมากส่งผลให้การเข้ารับบริการใช้เวลานาน และไม่สามารถบริการได้อย่างทั่วถึง ผู้เข้ารับบริการที่มีกำลังทรัพย์บางส่วนจึงหันมาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ซึ่งมีบริการอย่างทั่วถึง มีความสะดวกสะบาย และระยะเวลาเข้ารับบริการรวดเร็วกว่าโรงพยาบาลรัฐ แม้จะมีค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นมากกว่าโรงพยาบาลรัฐก็ตาม

**2) ความสามารถที่จะจ่ายเงินเองของครัวเรือนต่ำ** พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยส่วนหนึ่งของคนไทยเลือกใช้การซื้อบริการเป็นครั้งๆ (out-of-pocket payment) โดยไม่มีประกันสุขภาพและการซื้อประกันสุขภาพเอกชน ข้อเสียของทางเลือกนี้คือ ความเจ็บป่วยหนักเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้โดยไม่คาดคิด ค่าใช้จ่ายมหาศาลในการรักษาพยาบาลการป่วยหนักโดยไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน อาจนำไปสู่ภาวะที่เรียกว่า การล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (catastrophic health expenditure) ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้แม้แต่ในกลุ่มประชาชนที่มีรายได้ปานกลาง ส่วนประกันสุขภาพเอกชนจะมีการเก็บเบี้ยประกันตามระดับความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ซึ่งโดยปกติกลุ่มประชาชนที่มีรายได้ต่ำมักจะมีภาวะสุขภาพที่แย่กว่า หากคำนวณเบี้ยประกันออกมาก็มักจะอยู่ในระดับสูงซึ่งสวนทางกับรายได้ สำหรับทางเลือกนี้ประชาชนที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งโดยทั่วไปเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นในการ

ใช้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลมากที่สุดกลับเป็นกลุ่มที่มีโอกาสที่จะซื้อประกันเพื่อเข้าถึงบริการได้น้อยที่สุด (อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, ธันวาคม 2558)

**3) การขาดกลไกลการชำระเงินล่วงหน้า** ซึ่งหมายถึงสถานการณ์ที่ไม่มีการรวบรวมเงินเพื่อสุขภาพ

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การเกิดภาวะล้มละลายล้วนแต่ทำให้เกิดผลกระทบต่อครัวเรือน บุคคล รวมถึงงบประมาณแผ่นดินของประเทศ อีกทั้งค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองจะสูงในครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือสมาชิกในครัวเรือนป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะเกิดภาวะล้มละลายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากต้องการการบริการสุขภาพที่มากขึ้นและขาดทรัพยากรทางการเงิน ในกรณีที่ไม่มีกลไกการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ คนกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อความยากลำบากทางการเงินและสุขภาพที่ย่ำแย่ (Xu และคณะ, 2005) งานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย เพราะเป็นวัยที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ ประกอบกับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่จะเกิดขึ้นอีกไม่กี่ปีข้างหน้า

## 2.2 การวัดและเกณฑ์การวัดความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

จากการทบทวนกรรณกรรม พบว่า การวัดความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลาย คำนวณจากอัตราส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองต่อตัวหารที่แตกต่างกันไป (Berki, 1986) จากเดิมมีการใช้รายได้เป็นตัวหาร แต่ในปัจจุบันมีการปรับปรุงตัวหารใหม่ เนื่องจากหากพิจารณาตัวหารที่เป็นรายได้เพียงอย่างเดียว ยกตัวอย่างเช่น เมื่อพิจารณา 2 ครัวเรือนที่มีรายได้และค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองเท่ากัน ครอบครัวหนึ่งมีการออมเงินและบัญชีการออมเงินเพื่อสุขภาพในขณะที่อีกครัวเรือนไม่มี ครัวเรือนนี้จึงจำเป็นต้องลดค่าใช้จ่ายการบริโภคลงเพื่อไปจ่ายค่ารักษาพยาบาล จะเห็นได้ว่าทั้ง 2 ครัวเรือนมีอัตราส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองต่อรายได้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สามารถสะท้อนถึงผลกระทบที่แท้จริงได้

Wagstaff and van Doorslaer (2003) จึงพิจารณาค่าใช้จ่ายทั้งหมด หรือค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหารเป็นตัวหาร เพื่อไม่ให้กระทบต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงพิจารณาอัตราส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองหารด้วยค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหาร เพื่อสะท้อนถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่แท้จริง

$$E_i = \begin{cases} 1, \dfrac{oop_i}{\text{total expenditure}_i}, \dfrac{oop_i}{\text{non-food expenditure}_i} \geq Z \\ 0, \dfrac{oop_i}{\text{total expenditure}_i}, \dfrac{oop_i}{\text{non-food expenditure}_i} < Z \end{cases} \quad (1)$$

เมื่อ $E_i$ =1 เมื่อผู้สูงอายุคนที่ i เกิดภาวะล้มละลาย

$E_i$ = 0 เมื่อผู้สูงอายุคนที่ i ไม่เกิดภาวะล้มละลาย

$oop_i$ คือค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองของครัวเรือนที่ i

$\text{total expenditure}_i$ คือค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือนที่ i

$\text{non-food expenditure}_i$ คือค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหารของครัวเรือนที่ i

z คือเกณฑ์ที่ใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการระบุว่าเกิดภาวะล้มละลาย

เกณฑ์ที่ใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการระบุว่าเกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพิจารณาความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายที่มีตัวหารต่างกันทำให้เกณฑ์ในการระบุว่าเกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายแตกต่างกันด้วย แสดงในตารางที่ 2.1 เมื่อตัวหารเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครัวเรือนใช้เกณฑ์ร้อยละ 10 (Berki, 1986; Wagstaff and van Doorslaer, 2003; World bank group, 2559) และองค์การอนามัยโลกได้ใช้เกณฑ์ร้อยละ 40 เมื่อกำหนดตัวหารคือ ความสามารถในการจ่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Xu et al. (2003) และ Wang, Li, and Chen (2015) นอกจากนี้ยังพบว่างานวิจัยบางงานใช้เกณฑ์ร้อยละ 30 เมื่อตัวหารเป็นความสามารถในการจ่าย (Buigut, Ettarh and Amendah, 2015; Rezapour, et al. 2017) ซึ่งจะเห็นได้ว่า แม้จะใช้ตัวหารตัวเดียวกันแต่เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุว่าเกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายแตกต่างกัน ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับสถานการณ์เฉพาะของแต่ละประเทศ (Xu, 2005) และเปลี่ยนแปลงไปตามดุลพินิจของผู้วิจัย จะเห็นได้ว่าไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัวในการกำหนดจุดเริ่มต้นของภาวะล้มละลายดังกล่าว

การศึกษานี้กำหนดเกณฑ์ร้อยละ10 เพื่อระบุจุดเริ่มต้นของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพื่อเป็นสัญญาณเตือนในการเตรียมรับมือกับภาวะล้มละลายที่จะเกิดขึ้น

**ตารางที่ 2.1** เกณฑ์ที่ใช้ในการระบุจุดเริ่มต้นของความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายซึ่งกำหนดโดยหน่วยงานหรือผู้วิจัย

| ผู้วิจัย | ตัวหาร | เกณฑ์ |
|---|---|---|
| World bank group (2559) | ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครัวเรือน | ร้อยละ 10 |
| องค์การอนามัยโลก | ความสามารถในการจ่าย | ร้อยละ 40 |
| Berki (1986) | ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครัวเรือน | ร้อยละ 10 |
| Wagstaff and van Doorslaer (2003) | ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครัวเรือน | ร้อยละ 10 |
| Xu et al. (2003) | ความสามารถในการจ่าย | ร้อยละ 40 |
| Wang et al.(2015) | ความสามารถในการจ่าย | ร้อยละ 40 |
| Buigut et al.(2015) | ความสามารถในการจ่าย | ร้อยละ 30 |
| Rezapour et al.(2017) | ความสามารถในการจ่าย | ร้อยละ 30 |

## 2.3 ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 – 2545 โดยสิทธิการรักษาพยาบาลครอบคลุมไปถึงประชาชนทุกคน คนไทยได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาลใน 3 ระบบใหญ่ ได้แก่ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และ สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท โดยการบริหารจัดการกองทุนในระบบประกันสุขภาพ แสดงดังตารางที่ 2.2

**ตารางที่ 2.2** การบริหารจัดการกองทุนในระบบประกันสุขภาพ

| ความแตกต่าง | สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ | สิทธิประกันสังคม | สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท |
|---|---|---|---|
| **1.รูปแบบการบริหารจัดการด้านการคลัง** | แหล่งเงินมาจากภาษี | กองทุนที่ใช้เงินสมทบจากสามฝ่ายคือ นายจ้าง ลูกจ้างและภาครัฐ | แหล่งเงินมาจากภาษี |
| **2.ความรับผิดชอบของหน่วยงาน** | กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง | สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข |
| **3.วิธีการจัดสรรค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล** | ค่าใช้จ่ายตามจริง (fee for service) | แบบเหมาจ่ายรายหัว (per capitation) | แบบเหมาจ่ายรายหัว (per capitation) |

จากตารางที่ 2.2 แสดงให้เห็นว่ามีการออกแบบระบบการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน จึงทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ประกันตนดังนี้

**1.ภาระการจ่ายเบี้ยประกันตนต่างกัน** จะเห็นได้ว่ามีเฉพาะสิทธิประกันสังคมที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายร่วมกับ ภาครัฐ และนายจ้าง

**2.สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลแตกต่างกัน** เช่น สิทธิประกันสังคมกับสิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท เข้ารับบริการเฉพาะโรงพยาบาลที่กำหนดไว้เท่านั้น ส่วนสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สามารถเข้ารับบริการโรงพยาบาลรัฐได้ทุกแห่งทั่วประเทศ เนื่องจากเป็นระบบจ่ายตามจริง

**3.คุณภาพในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน** (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2556)

แม้ว่าประชากรส่วนใหญ่ในประเทศไทยมีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีช่องว่างในเรื่องของความคุ้มครองทางการเงิน และภาวะสิ้นเนื้อประดาตัวจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Catastrophic Health Expenditure) จากรายงานปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้ข้อมูลจากการสำรวจทางเศรษฐกิจและสังคมปี พ.ศ. 2554 ได้นิยามภาวะ

สิ้นเนื้อประดาตัว หมายถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด พบว่าภาวะสิ้นเนื้อประดาตัวจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการอาศัยร่วมกับบุตรหลานวัยแรงงาน กล่าวคือหากผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลานวัยแรงงานจะเกิดภาวะสิ้นเนื้อประดาตัวจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตรหลานวัยทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะสิ้นเนื้อประดาตัวจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนในพื้นที่ชนบทสูงกว่าในกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนเมือง (World bank group, 2559) สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนัสชนก น้อยยาโน (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงที่จะเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินที่เกิดจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2558 ได้นิยามสภาวะอันตรายทางการเงินหมายถึงค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสูงกว่าร้อยละ 40 ของความสามารถในการจ่าย และยังพบว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเกิดสภาวะอันตรายทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ได้แก่ เพศ รายได้ต่อปี (ทันท์ เสน ทู, 2548: บทคัดย่อ) ภูมิภาค ความคุ้มครองสุขภาพและการนอนพักรักษาพยาบาล

## 2.4 สุขภาพของผู้สูงอายุ

### สุขภาพของผู้สูงอายุ

ความหมายของสุขภาพแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลหรือองค์การ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1948) ได้นิยามไว้ว่า สุขภาพหมายถึงสภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตในสังคมด้วยดี และคำว่าสุขภาพนี้มิได้หมายความเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรค และทุพพลภาพเท่านั้น

สุขภาพในความหมายตาม พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ให้ความหมายว่า ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

Hoyman (1962) กล่าวว่าสุขภาพหมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ที่สุด ในการดำรงชีวิตอยู่ด้วยดีของแต่ละบุคคลที่พึงมีได้

ประเวศ วะสี (2543: 4-5) ได้ขยายความหมายของสุขภาพเพิ่มเติมจากองค์การอนามัยโลกว่า สุขภาพหมายถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ประกอบด้วยทั้งหมดใน 4 มิติได้แก่ **สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย**หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรค มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ **สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต**หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีสติ สมาธิ

ปัญญา และลดความเห็นแก่ตัวลง **สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม**หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีทั้งครอบครัว ชุมชน และสังคม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม และ**สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาน**หมายถึง สุขภาวะที่มนุษย์หลุดพ้นจากการมีตัวตน (Self transcending) ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากมีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึงพระนิพพาน หรือพระผู้เป็นเจ้าหรือความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน ซึ่งหากบุคลใดมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญานย่อมแสดงว่าบุคคลนั้นมีสุขภาวะที่สมบูณ์ทางกาย ทางจิต และทางสังคม

Mausner and Bahn (1974: 32-33) อธิบายแนวคิดสุขภาพด้านนิเวศวิทยาซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมโดยภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมาจาก 3 องค์ประกอบ ที่เรียกว่า “ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา” (The Epidemiologic Triangle) ได้แก่ คน สิ่งที่ก่อให้เกิดโรค และสิ่งแวดล้อม โดยลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างทั้ง 3 ปัจจัยแบ่งได้ 2 แบบคือ Stage of equilibrium หมายถึง ภาวะที่ความสมดุลระหว่างปัจจัยทั้งสาม จะไม่มีโรคเกิดขึ้นในชุมชน และ Stage of unequilibrium หมายถึง ในภาวะที่ไม่มีความสมดุลระหว่างปัจจัยทั้งสาม จะมีโรคเกิดขึ้นในชุมชน

แนวคิดนี้สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง กำจัดสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคและส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่ดี

การให้คำนิยามเรื่องสุขภาพ ( Health ) เป็นเรื่องที่ยุ่งยากขึ้นอยู่กับมิติการมองของแต่ละฝ่าย นอกจากนี้ Pol & Thomas ได้สรุปแนวคิดสุขภาพตามแนวคิดต่างๆ ไว้ 4 แนวคิด ดังนี้ (สุธา ชัย, 2552)

1) แนวคิดทางการแพทย์ ( The Medical Model ) โดย Wolinsky (1988) มีรากฐานมาจากทฤษฎีว่าด้วยเชื้อโรค เป็นการเน้นเรื่องของอาการที่แสดงออกมาที่สามารถตรวจพบได้ ภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วย จึงมีความหมายถึง ความปกติกับความไม่เป็นปกติ เป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่สามารถใช้ประเมินความผิดปกติหลายชนิดได้ จุดอ่อนของแนวคิดนี้คือ การที่เน้นเรื่องอาการแสดงทางคลินิกที่สามารถตรวจพบได้ ก่อให้เกิดปัญหาในการประเมินภาวะบางประการ เช่น การเจ็บป่วยทางจิต

2) แนวคิดที่เน้นด้านหน้าที่การทำงาน ( The Functional Model ) โดย Parsons (1972) แนวคิดนี้มองสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยว่า เป็นการแสดงถึงระดับของความปกติทางสังคมมากกว่าความปกติทางสรีระ บุคคลที่ถึงแม้จะไม่มีอาการแสดงทางคลินิก แต่หากไม่สามารถปฏิบัติภารกิจในสังคมได้แล้ว ก็หมายความว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพป่วย เช่น คนติดสุราเรื้อรัง

3) แนวคิดด้านสุขภาพจิตใจ ( The Psychological Model ) โดย Antonovsky (1979) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยการให้ตัวบุคคลเป็นผู้ประเมินตนเอง เน้นเรื่องจิตใจเป็นสำคัญ โดยมองว่า ความเครียดคือ ตัวการที่ทำให้คนเจ็บป่วย

4) แนวคิดทางด้านกฎหมาย ( The Legal Model ) เป็นแนวคิดที่ใช้กับการเจ็บป่วยทางจิตใจเท่านั้น ใช้เฉพาะในกรณีที่มีความจำเป็นต้องตัดสินสมรรถภาพของบุคคล เพื่อพิจารณาว่าบุคคลใดสมควรต้องถูกส่งเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล อยู่ในความควบคุมหรือไม่

กล่าวโดยสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางกายที่ปราศจากโรค และภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางจิตใจ เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข โดยแบ่งการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น 2 ด้าน คือภาวะสุขภาพทางกาย และภาวะสุขภาพทางจิตใจ

**การรับรู้ภาวะสุขภาพ**

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ (ศิริพร ขัมภลิขิต, 2533) ด้วยการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (Speake, Cowart and Pellet, 1989: 93-100) การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบและการเอาใจใส่ดูแลตนเอง (Pender, 1987: 64) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของโอเรม (Orem, 1991: 151-153) ที่ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับที่ดีจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้สุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี (วันดี แย้มจันทร์ฉาย, 2538) นอกจากนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ได้หมายถึงการรู้สึกเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บเพียงเท่านั้น แต่จริงๆ แล้วยังรวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งระดับที่บุคคลคำนึงถึงด้านสุขภาพทั้งหมดในการตอบสนองอาจแตกต่างกันไป โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา รายได้ และลักษณะทางจิตสังคม (psycho-social characteristics) (Shields and Shooshtari, 2001)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงหมายถึง การประเมินตนเองที่เกิดจากความรู้สึกและความเข้าใจที่บุลคลมีต่อสุขภาพของตนเองทั้งด้ายร่างกายและจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองแบ่งเป็น 2 วิธีคือ การประเมินตนเองแบบอัตวิสัย (Subjective) และประเมินแบบภววิสัย (Objective) การศึกษาบางเรื่องใช้วิธีประเมินตนเองอย่างเดียว เช่นการศึกษาของ นภาพรและคณะ (นพาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียน, 2532) บางเรื่องใช้มาตรวัดเป็นเครื่องมือประเมิน เช่น การศึกษาของ ศิริวรรณ (ศิริวรรณ สินไชย, 2532)

การประเมินภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุแบบอัตวิสัย เป็นการประเมินว่าสุขภาพของพวกเขาดีมาก ดี พอใช้ หรือแย่ ทำให้คำตอบที่ได้เป็นคำตอบที่รับรู้เฉพาะบุคคล ยากที่จะนำไปวิเคราะห์ต่อ การให้คะแนนสุขภาพของผู้ตอบคำถามที่รายงานว่า มีสุขภาพดีหรือมีสุขภาพที่ดีแต่อาจประสบปัญหาสุขภาพ ความสัมพันธ์เชิงบวกอาจสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์เหล่านี้และปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและปฏิบัติตามบทบาทภายในครอบครัวและสังคม แม้ในขณะที่มีอาการป่วยหรือเป็นโรค (Last, 2001) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2545) ที่ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองถ้าเป็นไปในทางบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี

ส่วนการใช้เครื่องมือหรือมาตรวัดต่างๆ ในการประเมินแบบภววิสัย มักเป็นเครื่องมือที่มีอยู่แล้วและเป็นมาตรฐาน เช่น แบบวัดสุขภาพจิตของคนไทย (Thai Mental Health index)

แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงความความเสื่อมของร่างกายที่ลดลงตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วย แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รายงานสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี รติพร ถึงฝั่ง และสนิท สมัครการ (2559) ได้ศึกษา สุขภาพ ความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมจากครัวเรือนตัวอย่างใน 13 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทยจำนวน 5,600 ครัวเรือนที่สำรวจในปี พ.ศ. 2558 พบว่า สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุทั้งภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี โดยภาวะสุขภาพกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.2 คะแนน และภาวะสุขภาพจิตมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.7 คะแนน คิดคะแนนเต็ม 100 คะแนน เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศ ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) พบว่า เมื่อให้ผู้สูงอายุประเมินว่าสุขภาพของตนเป็นอย่างไร สุขภาพดี ปานกลาง (ไม่ดี/ ไม่แย่) และแย่ และให้ผู้สูงอายุประเมินเปรียบเทียบสุขภาพของตนกับปีที่ผ่านมาว่าแย่ลง พอๆ กับปีที่ผ่านมา หรือดีกว่า พบว่าผู้สูงอายุชายประเมินสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุหญิง

**ภาวะสุขภาพทางกาย**

ภาวะสุขภาพทางกายหมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆอยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

แม้ว่าสุขภาพเป็นแนวคิดเชิงบวก แต่ก็มักจะวัดด้วยด้วยเงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจงโดยการระบุโรคที่เป็นอยู่ เช่น โรคข้ออักเสบ โรคเบาหวาน ปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นๆ ของผู้สูงอายุ คือภาวะของโรคเรื้อรัง เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเหล่านี้ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ (disability) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ภาวะทุพพลภาพจะพบมากยิ่งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น ที่สะท้อนถึงความกังวลด้านสุขภาพที่แพร่หลายมากที่สุดในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีประชากรผู้สูงอายุ อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้การเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและอาจทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งโรคเรื้อรังยังช่วยสะท้อนถึงความรุนแรงของโรค (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen and Gallacher, 2006)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิง พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2561,พฤษภาคม) ให้นิยามของโรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึงโรคที่เมื่อเริ่มเกิดอาการอาจไม่มีอาการ แต่อาการจะค่อยๆ รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อไม่ได้รับการรักษา อาการมักเกิดต่อเนื่องนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป มักต้องมีการรักษาต่อเนื่องอาจตลอดชีวิตและมักไม่หายขาด มักเป็นๆ หายๆ และเกิดอาการเฉียบพลันซ้ำซ้อนได้

เสมอ เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขอย่างมากจากการขาดประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ป่วย ขาดคุณภาพชีวิต และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในภาพรวมสูงมาก เช่น โรคในกลุ่ม(โรคเอนซีดี โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงเป็นต้น) และโรคมะเร็ง

งานวิจัยที่แสดงถึงผลกระทบของโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพบางชิ้นเป็นดังนี้

Wang et al. (2015) ศึกษาเรื่อง ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความไม่เสมอภาคในครัวเรือนของผู้สูงอายุที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในประเทศจีน การศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ถึงขอบเขตปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความไม่เสมอภาคของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศจีน ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์จาก elderly household survey ปี ค.ศ. 2011 โดย National School of Development of Peking University ใช้ ordinary least square และ logistic regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและใช้ concentration index (CI) วัดความไม่เสมอภาคของความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งการเกิดและความรุนแรง พบว่า การเกิดและความรุนแรงของความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงมากในครัวเรือนของผู้สูงอายุที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคือ ครัวเรือนขนาดใหญ่ มีสมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุมากกว่า 65 ปี สมาชิกในครัวเรือนป่วยเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป รายได้ต่อหัว และพฤติกรรมการใช้บริการการดูแลสุขภาพของครัวเรือนผู้สูงอายุ ส่วนการประกันสุขภาพไม่ได้ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความไม่เสมอภาคของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบได้ในกลุ่มผู้สูงอายุและครัวเรือนผู้สูงอายุที่ยากจน แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่จะประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น ปัจจัยสำคัญเช่นขนาดครัวเรือน รายได้ต่อหัว สมาชิกในครัวเรือนที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีสมาชิกที่เป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 ราย มีส่วนสำคัญและส่วนร่วมในเชิงบวกต่อความไม่เสมอภาคของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ส่วนบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีส่วนร่วมในเชิงลบกับความไม่เสมอภาคของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้บริการดังกล่าวช่วยลดความไม่เท่าเทียมกันของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Choi, Choi, Kim, Yoo and Park (2015) ศึกษาเรื่อง “Association between chronic disease and catastrophic health expenditure in Korea” โดยข้อมูลรวบรวมได้จาก 7,006 ครัวเรือนที่เข้าร่วมในการสำรวจภาวะสุขภาพของเกาหลี (KHPS) ในปี พ.ศ. 2551 ศึกษาผลกระทบของ CHE ในแต่ละชนิดของโรคเรื้อรังโดยการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (multiple

logistic regression ) พบว่า ครัวเรือนที่ผู้หญิงเป็นหัวหน้าครัวเรือน และบุคคลในวัยกลางคน (อายุ 40 – 59 ปี) ผู้มีภาวะเศรษฐกิจต่ำ ครัวเรือนผู้สูงอายุ และครัวเรือนที่มีสมาชิกเป็นโรคเรื้อรังมักจะเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง หากแบ่งตามประเภทของโรคเรื้อรังครอบครัวที่มีสมาชิกที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน หรือโรคไตเรื้อรัง มีความเสี่ยงสูงกว่าที่จะเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

Arsenijevic, Pavlova, Rechel and Groot (2016) ศึกษา “Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries” มีวัตถุประสงค์เพื่อ ตรวจสอบระดับความรุนแรงของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งใน 15 ประเทศในยุโรป ใช้ข้อมูล SHARE เก็บข้อมูลบุคคลที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปและครอบครัวของพวกเขา ซึ่งรวบรวมในปี 2010-2012 จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดนี้ 51,661 คน พบว่าการวินิจฉัยโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด มีความสัมพันธ์กับภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แม้ในประเทศที่ร่ำรวยกว่าที่มีกลไกการรวมกลุ่มความเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น เมื่อเทียบกับเนเธอร์แลนด์ (ประเทศที่มีสัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยที่สุดในการศึกษานี้) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานในโปรตุเกส โปแลนด์ เดนมาร์ก อิตาลี สวิตเซอร์แลนด์ เบลเยียม สาธารณรัฐเช็ก และฮังการี มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบผลการรักษาที่คล้ายคลึงกันกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ในทางตรงกันข้ามโรคมะเร็งไม่เกี่ยวข้องกับภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

Rezapour et al. (2017) ศึกษา “Catastrophic health expenditure of chronic diseases: Evidence from Hamada” ในการศึกษาแบบตัดขวางนี้ ผู้ป่วย 780 คนที่กำลังออกจากโรงพยาบาลใน Hamedan ได้รับการคัดเลือกโดยใช้แผนการเลือกตัวอย่างแบบ proportional stratified random sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก ครัวเรือนที่มีโรคเรื้อรังหมายถึงบุคคลที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ≥ 1 ราย ใช้สถิติเชิงพรรณาและการวิเคราะห์ทางสถิติ รวมถึงวิธีการและเกณฑ์ที่แตกต่างกันเพื่อใช้ในการศึกษาภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในครัวเรือน พบว่า ครัวเรือนที่เป็นโรคเรื้อรังมีการเกิดและความรุนแรงของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในทุกวิธีและเกณฑ์ ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยพบว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ต่ำ ขนาดของครัวเรือนที่ต่ำ และการใช้บริการด้านสุขภาพที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดและความรุนแรงของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในครัวเรือนที่มีโรคเรื้อรังใน Hamedan

จากการทบทวนวรรณวรรณที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังยังต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แม้กระทั่งในบาง

ประเทศที่ร่ำรวยที่สุดในยุโรป ผลอาจแตกต่างกันไปเนื่องจากโรคเรื้อรังและประเทศที่มีสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันไป อีกทั้งอาจเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของระบบสุขภาพที่แตกต่างกันอีกด้วย

**ภาวะสุขภาพทางจิตใจ**

ภาวะสุขภาพทางจิตใจหมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส ไม่ให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดีย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายดีด้วย ดังที่ จอห์น ล็อก (John Lock) นักปราชญ์ชาวอังกฤษ ได้กล่าวว่า “A Sound mind is in a sound body” คือ “จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์”

กันยา สุวรรณแสง (2538: 204) กล่าวถึง ความสำคัญของสุขภาพจิตว่า มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์หลายด้าน ดังนี้

1. ด้านการศึกษา ผู้มีสุขภาพจิตดีย่อมมีจิตใจปลอดโปร่ง สามารถศึกษาได้สำเร็จ
2. ด้านอาชีพ การงาน มีกำลังใจต่อสู้อุปสรรค ไม่ท้อแท้เบื่อหน่าย จึงบรรลุผลสำเร็จ
3. ด้านชีวิตครอบครัว คนในครอบครัวสขภาพจิตดีครอบครัวมความสงบสุข
4. ด้านเพื่อนร่วมงาน ผู้มีสุขภาพจิตดีย่อมไม่เป็นที่รังเกียจ สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี
5. ด้านสุขภาพร่างกาย ถ้าสุขภาพจิตดีร่างกายสดชื่น หน้าตายิ้มแย้ม สมองแจ่มใส เป็นที่สบายใจแก่ผู้พบเห็น อยากคบหาสมาคมด้วย

นอกจากนี้ ถวิล ธาราโภชน์ และศรัณย์ ดำริสุข (2540: 157) จำแนกลักษณะของสุขภาพจิตตามลักษณะอาการ ดังนี้

1. สุขภาพจิตปกติหรือสุขภาพจิตดี เมื่อบุคคลเผชิญปัญหา เกิดความกังวลใจความไม่สบายใจเป็นครั้งคราว หากจิตใจสามารถแก้ปัญหาปรับตัวปรับจิตใจหรือระบายความอึดอัดออกไปได้มีความกล้าที่จะเผชิญความจริง ยอมรับในสิ่งผิดพลาด ย่อมถือว่าเป็นผู้ที่มีลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตปกติหรือสุขภาพจิตดี

2. สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์เช่นเดียวกับผู้มีสุขภาพจิตปกติแต่อารมณ์จะเสียได้ง่ายกว่า วิธีการแก้ปัญหามักจะไม่เผชิญความจริง ไม่ยอมรับความจริง เพื่อลดความตรึงเครียดภายในจิตใจ

3. สุขภาพจิตไม่ดี เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญปัญหาอย่างรุนแรง ต้องปรับจิตใจให้ทนต่อสภาพการณ์รู้สึกกังวล กลุ้มใจ สมาธิไม่ดีตกใจง่าย หงุดหงิด เบื่อหน่าย นอนไม่หลับอาการเหล่านี้ไม่

รุนแรงจนถึงทำงานไม่ได้แต่ประสิทธิภาพการทำงานต่ำลง อาการไม่ยาวนานรู้สึกทนได้โดยไม่ต้องรักษา อาการจะค่อยดีขึ้น เมื่อได้รับการช่วยเหลือหรือแนะนำเพียงเล็กน้อย

4. อาการทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ เมื่อเกิดความกดดันทางจิตใจที่ไม่รุนแรงนัก จะถูกเก็บไว้ในจิตใจไม่กล้าแสดงออกให้ผู้อื่นเห็น ถ้าเป็นระยะเวลานานจนเป็นนิสัยจิตใจจะลดความกดดันเหล่านี้โดยเปลี่ยนเป็นความตึงเครียด บางส่วนแสดงออกเป็นอาการทางกายซึ่งได้แก่ การปวดศีรษะ ปวดต้นคอ ปวดหลัง ใจสั่น ความจำเสื่อม อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นหลังจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตเสมอ เช่น ปวดหัวทุกครั้งที่มีการสอบ เป็นต้นนอกจากนี้ความตึงเครียดในจิตใจของผู้ที่ชอบเก็บกด อาจเกิดโรคทางกายที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ เช่น โรคหืด หอบ โรคกระเพาะ โรคผิวหนังบางชนิด โรคผื่นคัน และโรคแพ้ต่างๆ เป็นต้น

5. บุคลิกภาพแปรปรวน เป็นความผิดปกติที่สังเกตได้จากนิสัยใจคอ และพฤติกรรมของบุคคลผิดไปจากคนปกติเนื่องจากจิตใจถูกกดดัน และผลักดันให้มีการปรับตัวอย่างผิดปกติมาตั้งแต่เล็กจนฝังแน่นติดตัวมาจนโตและยากต่อการแก้ไข พฤติกรรมดังกล่าวมีหลายแบบ เช่น เป็นคนชอบระแวง ขี้อิจฉา ไม่ไว้วางใจใครง่ายๆ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ชอบแยกตัว โกรธรุนแรง จู้จี้ เจ้าระเบียบ อ่อนไหวง่าย ขาดความกระตือรือร้น ไม่มีความรับผิดชอบ ต้องพึ่งผู้อื่นเสมอ เป็นต้น

6. ความผิดปกติทางเพศ คือความผิดปกติที่แสดงออกโดยมีความฝักใฝ่ทางเพศหรือพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมและไม่ได้สนองจุดประสงค์ตามธรรมชาติของมนุษย์ เช่น รักร่วมเพศ เป็นต้น

7. การติดเหล้าติดยา เป็นภาวะที่คล้ายคลึงกัน คือผู้เสพมีความต้องการที่จะเสพอย่างขาดไม่ได้ซึ่งเป็นผลมาจากการที่เคยเสพเป็นประจำ โดยเริ่มติดทางจิตใจก่อน เพื่อต้องการกระตุ้นความรู้สึกหรือทำให้มึนเมา ลืมปัญหาชั่วคราว ต่อมาร่างกายเกิดความเคยชิน ถ้าหยุดจะเกิดอาการไม่สบายใจทางร่างกายด้วย จึงจำเป็นต้องเสพต่อไปเพื่อระงับความผิดปกติของร่างกาย

8. โรคประสาท เป็นความผิดปกติทางจิตใจค่อนข้างรุนแรง มีความวิตกกังวลเป็นอาการหลักร่วมกับอาการทางจิตอื่นๆ เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานเกินหนึ่งเดือนขึ้นไป จะรบกวนผู้ป่วยจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การงานได้ตามปกติ แต่ยังอยู่ในสภาพรู้ตนเองว่ามีความผิดปกติจะพบลักษณะอาการกังวลอย่างมาก อาการชักกระตุก เสียใจเกินกว่าเหตุ อ่อนเพลียไม่มีแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ หมกมุ่นอยู่แต่เรื่องสุขภาพความเจ็บป่วยของตน

9. โรคจิต เป็นภาวะที่บุคคลเสียความสามารถในการทำงานของจิตใจขั้นรุนแรง ถึงระดับไม่รู้ตนเอง มีความผิดปกติ เสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิต จิตใจหนีความหลุดพ้นจากโลกของความจริง ไม่รับรู้และเข้าใจในเวลา สถานที่ บุคคลมักจะแสดงอาการเพ้อ คลั่ง อาละวาด พูดเพ้อเจ้อ ฟุ้งซ่าน อยู่นิ่งไม่ได้ หวาดระแวง พูดคนเดียว เป็นต้น

กล่าวได้ว่าลักษณะของสุขภาพจิต เป็นลักษณะของอาการต่างๆ ที่บ่งบอกถึงระดับภาวะสุขภาพจิตของบุคคล สะท้อนถึงการแสดงออกทางพฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อร่างกายก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งเป็นเหตุมาจากจิตใจ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสภาวะแวดล้อมในขณะนั้นๆ ด้วย

มุกดา สุขสมาน (2537: 190) กล่าวถึง อาการแสดงออกของปัญหาสุขภาพจิตว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีอาการที่รู้สึกได้เอง หรือแสดงอาการที่ผู้อื่นสังเกตได้ดังนี้

1. อาการทางกาย มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความกังวล ทำให้ระบบหัวใจผิดปกติมีอาการใจสั่น ใจเต้น ความกังวลทำให้กินอาหารไม่ได้หรือกินอาหารมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เป็นต้น

2. อาการทางใจ ได้แก่ อาการที่แสดงออกทางด้านความรู้สึก ความคิด อารมณ์ เช่น ในเรื่องความรู้สึก ได้แก่ รู้สึกไม่สบายใจ น้อยใจ หลงตัวเอง ด้านความคิด ได้แก่ ความหมกมุ่น ฟุ้งซ่านสับสน คิดมาก ฝันกลางวัน ประสาทหลอน คิดอยากตาย ส่วนด้านอารมณ์ได้แก่ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเกินไป อารมณ์ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเรื่องที่พูด เป็นต้น

3. อารมณ์ทางพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงออกทางความประพฤติที่ต่างออกไปจากปกติหรือในลักษณะที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ย้ำคิดย้ำทำ ลักขโมย พูดปด เป็นต้น

นอกจากนี้ สุภัททา ปิณฑะแพทย์ (2542:. 194) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบที่มีผลต่อสุขภาพจิต องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ ดังนี้

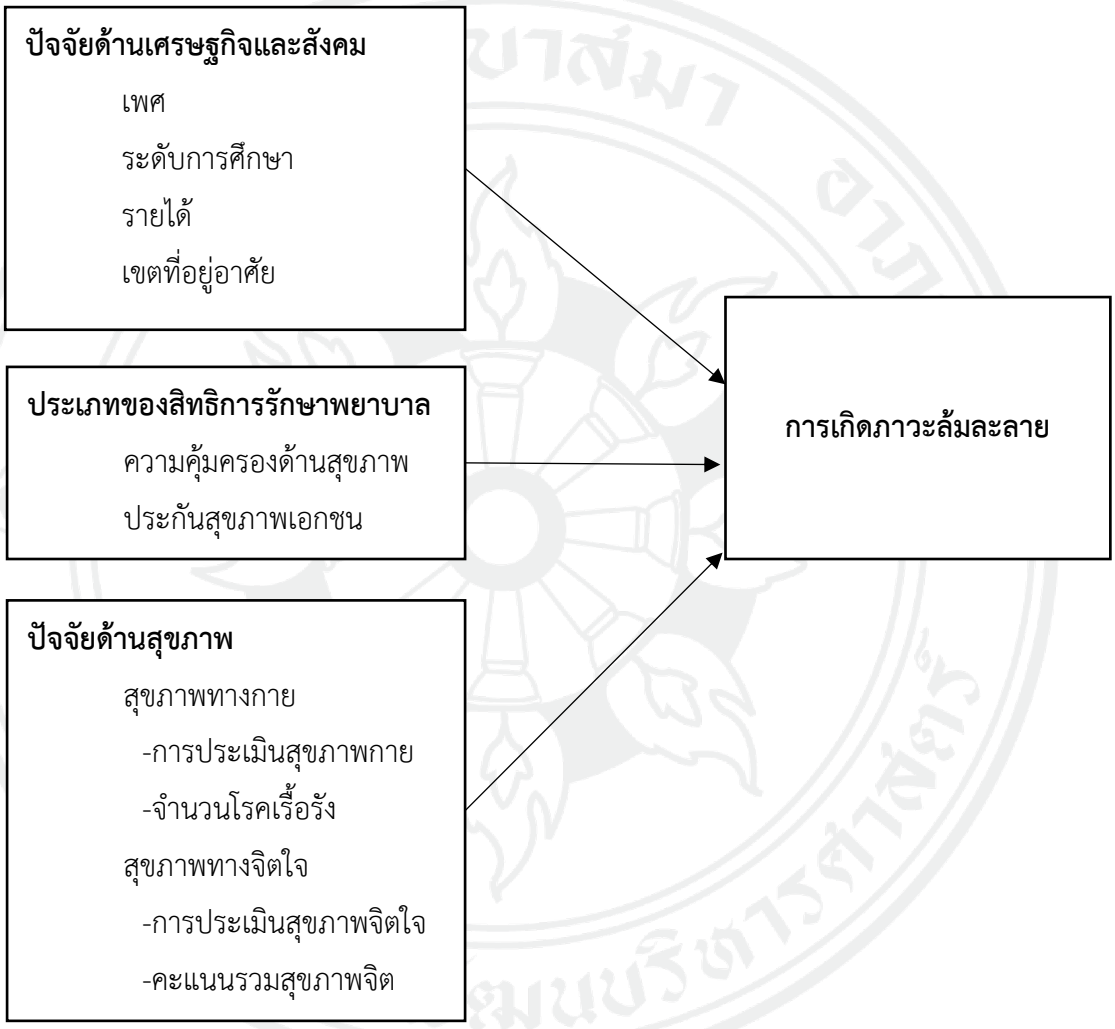
1. องค์ประกอบทางกายมีผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีผู้ที่มีร่างกายสมบูรณ์

2. องค์ประกอบทางจิตใจ การมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทำให้มีความสุขและความสบาย

3. องค์ประกอบทางสังคม การอยู่ในสภาพสังคมที่ไม่บีบคั้นจิตใจ มีความสุขกับการทำงานในอาชีพและมีความสุขกับการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

## 2.5 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงได้กรอบแนวคิดที่ใช้การศึกษาดังภาพที่ 2.1




**ภาพที่ 2.1** กรอบแนวคิดของการวิจัย

# บทที่ 3

# ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้แหล่งข้อมูลทุติยภูมิเพื่อใช้ในการศึกษาความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย มีรายละเอียดของการศึกษาดังนี้

3.1 แหล่งข้อมูล

3.2 ตัวแปรและมาตรวัดของตัวแปร

3.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

## 3.1 แหล่งข้อมูล

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของแผนงานวิจัยเรื่อง ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย (Well-being of the Elderly in Thailand-HART) รอบที่ 2 (WAVE 2) จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ พ.ศ. 2560 ซึ่งแผนงานวิจัยนี้ครอบคลุมมิติของความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะของประชากรของผู้ให้สัมภาษณ์หลัก ครอบครัวและการเกื้อกูลกัน สถานภาพสุขภาพ การมีงานทำ รายได้ ทรัพย์สินและหนี้สิน และความคาดหวังและความพึงพอใจในชีวิต ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มาจากมิติด้านสถานภาพสุขภาพ

ข้อมูล HART ที่ใช้เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาโดยใช้แผนการเลือกตัวอย่างแบบชั้นภูมิหลายขั้นตอน (Multi - stage Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามภูมิภาคและขนาดจังหวัดดังนี้ แบ่งภูมิภาคของประเทศไทยออกเป็น 6 ภูมิภาค ได้แก่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ในแต่ละภูมิภาคแบ่งจังหวัดออกตามจำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปเป็นจังหวัดขนาดเล็ก (มีจำนวนผู้มีอายุ 45 ปีขึ้นไปไม่เกิน 250,000 คน) และจังหวัดขนาดใหญ่ (มีจำนวนผู้มีอายุ 45 ปีขึ้นไปมากกว่า 250,000 คน) โดยอ้างอิงจำนวนประชากรตามกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยปี พ.ศ. 2553 โดยขนาดตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจากข้อมูลโครงการ HART (WAVE 2) ทั้งหมด 1,613 คน ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในตารางที่ 3.1

**ตารางที่ 3.1** จำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด

| ภูมิภาค | จังหวัด | ขนาดตัวอย่าง |
|---|---|---|
| **กรุงเทพและปริมณฑล** | กรุงเทพมหานคร | 98 |
| | นนทบุรี | 14 |
| | สมุทรปราการ | 57 |
| | ปทุมธานี | 8 |
| | **รวม** | **177** |
| **ภาคตะวันออก** | จันทบุรี | 165 |
| | **รวม** | **165** |
| **ภาคกลาง** | เพชรบูณ์ | 229 |
| | สิงห์บุรี | 108 |
| | **รวม** | **337** |
| **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** | ขอนแก่น | 258 |
| | สุรินทร์ | 103 |
| | **รวม** | **361** |
| **ภาคเหนือ** | เชียงใหม่ | 255 |
| | อุตรดิตถ์ | 39 |
| | **รวม** | **294** |
| **ภาคใต้** | สงขลา | 247 |
| | กระบี่ | 32 |
| | **รวม** | **279** |
| **รวมทุกภาค** | | **1613** |

## 3.2 ตัวแปรและมาตรวัดของตัวแปร

**ตัวแปรตาม** การเกิดภาวะล้มละลาย

**ตัวแปรอิสระ** ได้แบ่งตัวแปรเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล และปัจจัยด้านสุขภาพ

**ตารางที่ 3.2** ตัวแปรอิสระ นิยาม และการวัด

| ตัวแปร | นิยาม | การวัด |
|---|---|---|
| **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม** | | |
| เพศ | เพศของผู้ตอบ | นามบัญญัติ<br>1 เพศหญิง<br>0 เพศชาย (กลุ่มอ้างอิง) |
| ระดับการศึกษา | ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ตอบ | อันดับมาตร<br>1 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า<br>0 มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า (กลุ่มอ้างอิง) |
| รายได้ | รายได้ทั้งหมดที่ได้รับต่อปี | อัตราส่วน<br>หน่วยเป็นบาท |
| เขตที่อยู่อาศัย | เขตที่อยู่อาศัย | นามบัญญัติ<br>1 ในเขตเทศบาล<br>0 นอกเขตเทศบาล (กลุ่มอ้างอิง) |
| **ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล** | | |
| ความคุ้มครองด้านสุขภาพ | ความคุ้มครองด้านสุขภาพของภาครัฐ | นามบัญญัติ<br>1 โครงการสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค)<br>0 อื่นๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม (กลุ่มอ้างอิง) |
| ประกันสุขภาพเอกชน | การมี/ไม่มีประกันสุขภาพทั้งที่ซื้อเองและมีคนอื่นซื้อให้ | นามบัญญัติ<br>1 มี<br>0 ไม่มี (กลุ่มอ้างอิง) |

| ตัวแปร | นิยาม | การวัด |
|---|---|---|
| **ปัจจัยด้านสุขภาพ** | | |
| การประเมินสุขภาพกาย | การประเมินสุขภาพกายของผู้ตอบ | แบบช่วง คะแนนอยู่ในช่วง 0 -100 |
| จำนวนโรคเรื้อรัง | จำนวนของโรคเรื้อรังที่ผู้ตอบเป็น | อัตราส่วน จำนวนโรค |
| การประเมินสุขภาพจิตใจ | การประเมินสุขภาพจิตใจของผู้ตอบ | แบบช่วง คะแนนอยู่ในช่วง 0 -100 |
| คะแนนรวมสุขภาพจิต | คะแนนรวมข้อคำถามจากแบบวัดสุขภาพจิตของคนไทย (Thai Mental Health index) | แบบช่วง คะแนนอยู่ในช่วง 10 -40 |

## 3.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for windows Version 23 เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยศึกษาจึงแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ ได้แก่การวิเคราะห์ความชุกและความรุนแรงของความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และอิทธิพลของประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพที่มีต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ความชุกและความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ**

ในระดับบุคคล การเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นเมื่ออัตราส่วนระหว่างค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหาร(non-food Expenditure) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10

$$E_i = \begin{cases} 1, \dfrac{oop_i}{\text{non-food expenditure}_i} \geq Z \\ 0, \dfrac{oop_i}{\text{non-food expenditure}_i} < Z \end{cases} \quad (1)$$

เมื่อกำหนดให้

$E_i$ =1 เมื่อผู้สูงอายุคนที่ i เกิดภาวะล้มละลาย

$E_i$ = 0 เมื่อผู้สูงอายุคนที่ i ไม่เกิดภาวะล้มละลาย

$oop_i$ คือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองของผู้สูงอายุคนที่ i

non-food expenditure$_i$ คือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหารของผู้สูงอายุคนที่ i

Z = 0.1

$$\text{Headcount} = \frac{\sum_{i=1}^{n} E_i}{n} \quad (2)$$

$$\text{Overshoot} = \frac{\sum_{i=1}^{n} E_i \left( \left[ \frac{oop_i}{\text{non-food expenditure}_i} \right] - 0.1 \right)}{n} \quad (3)$$

$$\text{MPO} = \frac{\text{Overshoot}}{\text{Headcount}} \quad (4)$$

เมื่อ n คือ ขนาดตัวอย่าง

ความชุกในการเกิดภาวะล้มละลายสามารถเขียนอธิบายด้วยค่าเฉลี่ยหรือร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหารเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ด้วย Headcount (catastrophic payment headcount ) แสดงดังสมการที่ (2) อีกทั้งการวัดความรุนแรงจะถูกวัดด้วย Overshoot (catastrophic overshoot) และMPO (mean positive overshoot) โดยที่ Overshoot เป็นการหาค่าเฉลี่ยระหว่างค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหลังหักจากเกณฑ์ที่กำหนด แสดงดังสมการที่ (3) และ MPO ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงเกินเกณฑ์เมื่อเกิดภาวะล้มละลาย แสดงดังสมการที่ (4) โดยใช้เกฑณ์ที่ใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการระบุว่าเกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตั้งแต่ร้อยละ 20 ไปจนถึงร้อยละ 50

**การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก**

การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านสิทธิการรักษารักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพ ตัวแปรตามคือ การเกิดภาวะล้มลาย (y) โดยพิจารณาว่าเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เมื่อเกินกว่า 10% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหาร โดยใช้ตัวแบบในการพยากรณ์การเกิดของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ดังนี้

$$\ln\left(\frac{P(y=1)}{1-P(y=1)}\right) = \beta_1 + \beta_2 \text{เพศ} + \beta_3 \text{ระดับการศึกษา} + \beta_4 \text{รายได้} + \beta_5 \text{เขตที่อยู่อาศัย} +$$
$$\beta_6 \text{ความคุ้มครองด้านสุขภาพ} + \beta_7 \text{ประกันสุขภาพเอกชน} +$$
$$\beta_8 \text{การประเมินสุขภาพกาย} + \beta_9 \text{จำนวนโรคเรื้อรัง} +$$
$$\beta_{10} \text{การประเมินสุขภาพจิตใจ} + \beta_{11} \text{คะแนนรวมสุขภาพจิต}$$

เมื่อ P(y=1) ความน่าจะเป็นเมื่อเกิดภาวะล้มละลาย

$\beta_1$ คือค่าคงที่

$\beta_2, \beta_3, \beta_4, \ldots, \beta_{10}$ คือค่าประมาณสัมประสิทธิ์การถดถอยลอจิสติกส์ โดยใช้วิธี Maximum likelihood

# บทที่ 4

# ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่อง ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนี้

4.1 คุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

4.2 ความชุกของโรคเรื้อรัง

4.3 การเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

4.4 ความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

4.5 ความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

4.6 อิทธิพลของประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล และปัจจัยด้านสุขภาพต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

## 4.1 คุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของแผนงานวิจัยเรื่อง ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย (Well-being of the Elderly in Thailand-HART) รอบที่ 2 จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ พ.ศ. 2560 (WAVE 2) โดยใช้ข้อมูลเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 1,613 ตัวอย่าง แสดงข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างดังตารางที่ 4.1 และ 4.2

**ตารางที่ 4.1** ร้อยละของผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลายจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

| ลักษณะทั่วไป | ผู้สูงอายุวัยต้น | ผู้สูงอายุวัยกลาง | ผู้สูงอายุวัยปลาย | รวม |
|---|---|---|---|---|
| **เพศ** | | | | |
| หญิง | 55.2 | 52.9 | 55.5 | 54.5 |
| ชาย | 44.8 | 47.1 | 44.5 | 45.5 |
| **ระดับการศึกษา** | | | | |
| มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า | 18.4 | 10.7 | 5.0 | 12.3 |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 81.6 | 89.3 | 95.0 | 87.7 |
| **เขตที่อยู่อาศัย** | | | | |
| นอกเขตเทศบาล | 66.6 | 61.8 | 60.9 | 63.5 |
| ในเทศเทศบาล | 33.4 | 38.2 | 39.1 | 36.5 |
| **ความคุ้มครองด้านสุขภาพ** | | | | |
| โครงการสุขภาพถ้วนหน้า | 55.8 | 49.4 | 48.3 | 51.7 |
| อื่นๆ เช่น สวัสดิการ ข้าราชการ ประกันสังคม | 44.2 | 50.6 | 51.7 | 48.3 |
| **ประกันสุขภาพเอกชน** | | | | |
| มี | 13.0 | 7.0 | 3.3 | 8.4 |
| ไม่มี | 87.0 | 93.0 | 96.7 | 91.6 |

จากตารางที่ 4.1 โดยรวมพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 87.7 และร้อยละ 12.3 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ด้านเขตที่ออยู่อาศัยพบว่าร้อยละ 63.5 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 36.5 ด้านความคุ้มครองสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในสัดส่วนที่พอๆกันและสูงกว่าร้อยละ 90 ไม่มีประกันสุขภาพเอกชน

ผู้สูงอายุวัยต้น เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.2 และเป็นเพศชายร้อยละ 44.8 ด้านระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าสูงถึงร้อยละ 81.6 และร้อยละ 18.4 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาล โดยมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและในเขตเทศบาลร้อยละ 66.6 และ 33.4 ตามลำดับ ด้านความคุ้มครองด้านสุขภาพพบว่าร้อยละ 55.8 ใช้สิทธิโครงการสุขภาพถ้วนหน้าและอีก

ร้อยละ 44.2 ใช้สิทธิการรักษาอื่นๆ ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 87 ไม่มีประกันสุขภาพเอกชนมีเพียงร้อยละ 13 ที่มีประกันสุขภาพเอกชน

ผู้สูงอายุวัยกลาง เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.9 และเพศชายร้อยละ 47.1 ผู้สูงอายุมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าสูงถึงร้อยละ 89.3 และร้อยละ 10.7 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงถึงร้อยละ 61.8 และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 38.2 ด้านความคุ้มครองด้านสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุวัยกลางใช้สิทธิโครงการสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิอื่นๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม พอๆกัน คิดเป็นร้อยละ 49.4 และ 50.6 อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีประกันสุขภาพเอกชนสูงกว่าร้อยละ 90

ผู้สูงอายุวัยปลาย เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.5 เป็นเพศชายร้อยละ 44.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 95.0 และอีกร้อยละ 5.0 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ด้านเขตที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่ร้อยละ 60.9 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและอีกร้อยละ 39.1 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ด้านความคุ้มครองด้านสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุวัยกลางใช้สิทธิโครงการสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิอื่นๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม พอๆกัน คิดเป็นร้อยละ 48.3 และ 51.7 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีประกันสุขภาพเอกชนสูงกว่าร้อยละ 97

**ตารางที่ 4.2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลายจำแนกตามลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

| ลักษณะทั่วไป | ผู้สูงอายุวัยต้น | ผู้สูงอายุวัยกลาง | ผู้สูงอายุวัยปลาย | รวม |
|---|---|---|---|---|
| **อายุ** | | | | |
| $\bar{X}$ | 64.72 | 74.46 | 85.14 | 73.4 |
| S.D | 2.70 | 2.78 | 4.17 | 8.8 |
| **รายได้ (บาท/ปี)** | | | | |
| $\bar{X}$ | 42,817.6 | 23,499.3 | 4,965 | 26399.2 |
| S.D | 107,267.6 | 8,1742.3 | 19,531.72916 | 84,810.3 |

จากตารางที่ 4.2 โดยรวมพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 73.4 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.8 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อปี 26399.2 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 84,810.3 บาท

ผู้สูงอายุวัยต้น มีอายุเฉลี่ย 64.72 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.70 ปี โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อปี 42,817.6 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 107,267.6 บาท

ผู้สูงอายุวัยกลาง มีอายุเฉลี่ย 74.46 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.78 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อปี 23,499.3 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8,1742.3 บาท

ผู้สูงอายุวัยปลาย มีอายุเฉลี่ย 85.14 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.17 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อปี 4,965 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19,531.72916 บาท

## 4.2 ความชุกของโรคเรื้อรัง

ชนิดของโรคเรื้อรังจำแนกตามช่วงวัยของผู้สูงอายุดังแสดงในตารางที่ 4.3 โดยผู้สูงอายุแต่ละคนสามารถตอบได้มากกว่า 1 โรค พบว่า โดยรวม ผู้สูงอายุเกินครึ่งหนึ่งของตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 65.4 โรคเบาหวานร้อยละ 11.5 ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด/โรคหัวใจ/หัวใจล้มเหลวและโรคไขข้อ/ข้ออักเสบพอๆกัน คิดเป็นร้อยละ 4.9 และ 5.0 ตามลำดับ และโรคอื่นๆ อีกร้อยละ 6.1

ผู้สูงอายุวัยต้น ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 69.9 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานและไขข้อ/ข้ออักเสบร้อยละ 11.5 และ 5.4 ตามลำดับ ร้อยละ 3.8 ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด/โรคหัวใจ/โรคหัวใจล้มเหลว ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับไตและโรคเกี่ยวกับกระดูก/กระดูกพรุนพอๆกัน คิดเป็นร้อยละ 2.8 และ 2.3 และป่วยเป็นโรคอื่นๆอีกร้อยละ 4.3

ผู้สูงอายุวัยกลาง ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.9 โรคเบาหวานร้อยละ 12.8 โรคหลอดเลือด/โรคหัวใจ/โรคหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 5.8 โรคไขข้อ/ข้ออักเสบร้อยละ 4.0 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับไตและโรคเกี่ยวกับกระดูก/กระดูกพรุนเท่ากับ 3.5 และ 3.1 ตามลำดับ และป่วยเป็นโรคอื่นๆ อีกร้อยละ 6.9

ผู้สูงอายุวัยปลาย ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกับผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลางคิดเป็นร้อยละ 61.0 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ป่วยเป็นโรคไขข้อ/ข้ออักเสบร้อยละ 5.8 ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับไต โรคเกี่ยวกับกระดูก/กระดูกพรุน และโรคเก่ยวกับต่อมลูกหมากพอๆกัน ร้อยละ 4.0 4.0 และ 3.9 ตามลำดับ ที่เหลือป่วยเป็นโรคอื่นๆ อีกร้อยละ 5.9

**ตารางที่ 4.3** ร้อยละของผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลายจำแนกตามชนิดของโรคเรื้อรัง

| ชนิดของโรคเรื้อรัง | ผู้สูงอายุวัยต้น | ผู้สูงอายุวัยกลาง | ผู้สูงอายุวัยปลาย | รวม |
|---|---|---|---|---|
| **โรคความดันโลหิตสูง** | 69.9 | 63.9 | 61.0 | 65.4 |
| **โรคเบาหวาน** | 11.5 | 12.8 | 9.8 | 11.5 |
| **โรคมะเร็ง/เนื้องอกในสมองชนิดร้ายแรง** | 0.0 | 0.2 | 0.1 | 0.1 |
| **โรคมะเร็งอื่นๆ** | 0.5 | 0.8 | 0.9 | 0.7 |
| **โรคปอดเรื้อรัง** | 1.1 | 1.4 | 2.3 | 1.5 |
| **โรคเกี่ยวกับตับ** | 0.4 | 0.5 | 0.3 | 0.4 |
| **โรคเกี่ยวกับไต** | 2.8 | 3.5 | 4.0 | 3.4 |
| **โรคหลอดเลือด/โรคหัวใจ/โรคหัวใจล้มเหลว** | 3.8 | 5.8 | 5.5 | 4.9 |
| **โรคสมอง/สมองเสื่อม** | 0.9 | 1.2 | 1.9 | 1.3 |
| **โรคไขข้อ/ข้ออักเสบ** | 5.4 | 4.0 | 5.8 | 5.0 |
| **โรคเกี่ยวกับกระดูก/กระดูกพรุน** | 2.3 | 3.1 | 4.0 | 3.0 |
| **โรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก** | 1.0 | 2.0 | 3.9 | 2.1 |
| **โรคเกี่ยวกับมดลูก/รังไข่** | 0.4 | 0.8 | 0.4 | 0.6 |

**ตารางที่ 4.4** ร้อยละของจำนวนโรคเรื้อรัง จำแนกตามผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลาย

| จำนวนโรคเรื้อรัง | ผู้สูงอายุวัยต้น | ผู้สูงอายุวัยกลาง | ผู้สูงอายุวัยปลาย | รวม |
|---|---|---|---|---|
| **0** | 46.4 | 34.9 | 28.2 | 37.8 |
| **1** | 31.5 | 37.3 | 41.7 | 36.1 |
| **มากกว่า 1** | 22.1 | 27.8 | 30.1 | 26.1 |

จากตารางที่ 4.4 โดยรวมพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคมีสัดส่วนพอๆกันคิดเป็นร้อยละ 37.8 และ 36.1 ตามลำดับ พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 50 ไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 31.5 ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 1 โรค และร้อยละ 22.1 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 37.3 จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 1 โรค ไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคเป็นร้อยละ 34.9 และ 37.3 ตามลำดับ ผู้สูงอายุวัยปลาย ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 41.7 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 30.1 และไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 28.2

## 4.3 การเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ตารางที่ 4.5 นำเสนอจำนวนและร้อยละของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเมื่อเกินร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่อาหารจำแนกตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นจำนวน 647 คน เกิดภาวะล้มละลาย 187 คน คิดเป็นร้อยละ 28.90 ผู้สูงอายุวัยกลางจำนวน 544 คน เกิดภาวะล้มละลาย 135 คน คิดเป็นร้อยละ 24.82 และผู้สูงอายุวัยปลายจำนวน 422 คน เกิดภาวะล้มละลาย 107 คน คิดเป็นร้อยละ 25.36

**ตารางที่ 4.5** จำนวนและร้อยละของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำแนกตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ

| **ช่วงวัยของผู้สูงอายุ** | **การเกิดภาวะล้มละลาย** | | |
|---|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ | **รวม** |
| **ผู้สูงอายุวัยต้น** | 187 | 28.90 | 647 |
| **ผู้สูงอายุวัยกลาง** | 135 | 24.82 | 544 |
| **ผู้สูงอายุวัยปลาย** | 107 | 25.36 | 422 |

**ตารางที่ 4.6** ร้อยละของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงวัยต่างๆ จำแนกตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และประเภทสิทธิการรักษาพยาบาล

| ลักษณะทั่วไป | การเกิดภาวะล้มละลาย | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ผู้สูงอายุวัยต้น | ผู้สูงอายุวัยกลาง | ผู้สูงอายุวัยปลาย | รวม |
| **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม** | | | | |
| **เพศ** | | | | |
| หญิง | 13.8 | 8.8 | 7.2 | 29.7 |
| ชาย | 9.0 | 7.9 | 6.0 | 22.9 |
| **ระดับการศึกษา** | | | | |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 10.9 | 8.5 | 7.3 | 26.6 |
| มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า | 16.7 | 7.6 | 2.0 | 26.3 |
| **เขตที่อยู่อาศัย** | | | | |
| นอกเขตเทศบาล | 11.2 | 7.9 | 6.6 | 25.8 |
| ในเทศเทศบาล | 12.2 | 9.2 | 6.6 | 28.0 |
| **ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล** | | | | |
| **ความคุ้มครองด้านสุขภาพ** | | | | |
| โครงการสุขภาพถ้วนหน้า | 12.5 | 8.2 | 7.1 | 27.7 |
| อื่นๆ เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม | 10.7 | 8.6 | 6.2 | 25.4 |
| **ประกันสุขภาพเอกชน** | | | | |
| มี | 15.4 | 5.9 | 4.4 | 25.7 |
| ไม่มี | 11.2 | 8.6 | 6.8 | 26.7 |

ตารางที่ 4.6 นำเสนอร้อยละของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงวัยต่างๆ จำแนกตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และประเภทสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม จากจำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 29.7 เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เมื่อจำแนกตามช่วงวัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงในวัยต้นเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายร้อยละ 13.8 8.8 และ 7.2 ตามลำดับ ผู้สูงอายุเพศชายเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 22.9 โดยที่

ผู้สูงอายุเพศชายวัยต้นเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายร้อยละ 9.0 7.9 และ 6.0 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 26.6 โดยผู้สูงอายุวัยต้นเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายร้อยละ 10.9 8.5 และ 7.3 ตามลำดับ อีกทั้งหากผู้สูงอายุมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือสูงกว่าร้อยละ 26.3 เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุวัยต้นเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 16.7 รองลงมาคือผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายร้อยละ 7.6 และ 2.0 ตามลำดับ ร้อยละ 25.8 ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและร้อยละ 11.2 ของผู้สูงอายุวัยต้นเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุด ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันคิดเป็นร้อยละ 7.9 และ 6.6 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 28.0 ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายร้อยละ 12.2 9.2 และ 6.6 ตามลำดับ

ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่า จากจำนวนผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิ์โครงการสุขภาพถ้วนหน้าเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 27.7 เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นที่ใช้สิทธิ์โครงการสุขภาพถ้วนหน้าเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายร้อยละ 12.5 8.2 และ 7.1 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิอื่นๆ เช่น สวัสดิการ ข้าราชการ ประกันสังคม เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 25.4 และจะเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นที่ใช้สิทธิอื่นๆนี้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 10.7 รองลงมาคือผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายร้อยละ 8.6 และ 6.2 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีประกันสุขภาพเอกชนร้อยละ 25.7 เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เมื่อแยกตามช่วงวัยพบว่าผู้สูงอายุวัยต้นที่มีประกันสุขภาพเอกชนเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายร้อยละ15.4 5.9 และ 4.4 ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.7** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงวัยต่างๆ จำแนกตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ

| ลักษณะทั่วไป | การเกิดภาวะล้มละลาย | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ผู้สูงอายุวัยต้น | | ผู้สูงอายุวัยกลาง | | ผู้สูงอายุวัยปลาย | |
| | $\bar{X}$ | S. D | $\bar{X}$ | S. D | $\bar{X}$ | S. D |
| **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม** | | | | | | |
| รายได้ (หมื่นบาท/ปี) | 5.09 | 11.35 | 1.60 | 3.80 | 0.62 | 1.98 |
| **ปัจจัยด้านสุขภาพ** | | | | | | |
| การประเมินสุขภาพกาย | 69.8 | 18.0 | 66.4 | 20.0 | 60 | 17.0 |
| จำนวนโรคเรื้อรัง | 1.0 | 1.0 | 1.2 | 1.1 | 1.4 | 1.1 |
| การประเมินสุขภาพจิตใจ | 84.9 | 15.3 | 81.8 | 19.0 | 79.8 | 18.8 |
| คะแนนรวมสุขภาพจิต | 16.7 | 3.1 | 17.7 | 4.0 | 17.3 | 3.3 |

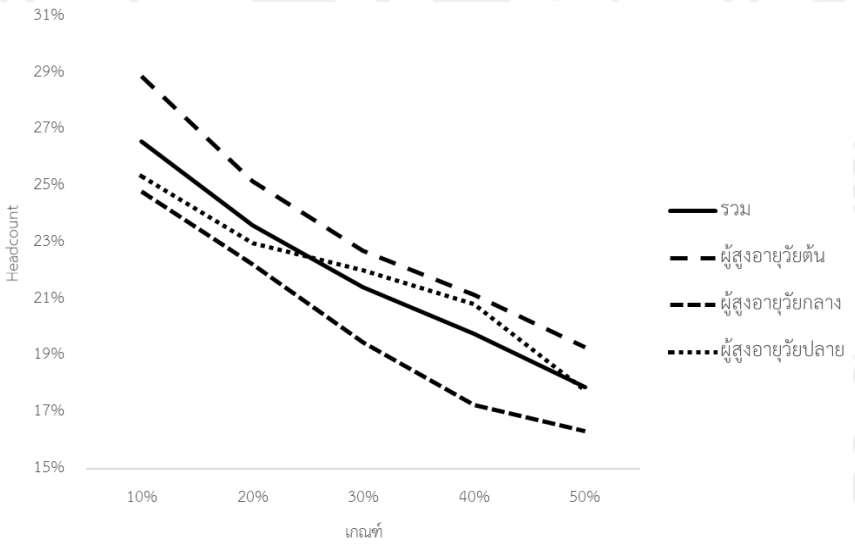
จากตารางที่ 4.7 พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นที่เกิดภาวะล้มละลายมีรายได้เฉลี่ย 50,850 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 113,494.2 บาท ปัจจัยด้านสุขภาพที่เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพกายโดยเฉลี่ย 69.8 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.0 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ย 1 โรค ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประเมินสุขภาพจิตใจเฉลี่ย 84.9 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.3 คะแนน และมีคะแนนรวมสุขภาพจิตเฉลี่ย 16.7 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.1

ผู้สูงอายุวัยกลางที่เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีรายได้เฉลี่ย 15,986.8 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 38014.4 บาท สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพที่เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพกายโดยเฉลี่ย 69.8 คะแนน มีจำนวนโรคเร้อรังเฉลี่ย 1.2 โรค ประเมอนสุขภาพจิตใจเฉลี่ย 81.8 คะแนน และให้คะแนนรวมสุขภาพจิตโดยเฉลี่ย 17.7 คะแนน

ผู้สูงอายุวัยปลายที่เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีรายได้เฉลี่ย 6,224.9 บาท ค่าเบี่ยงเบนมารตรฐาน 19752.0 บาท ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายที่ใช้สิทธิโครงการสุขภาพถ้วนหน้าเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าสิทธิการรักษาอื่นๆ ร้อยละ 53.9 และ 46.1 ตามลำดับ การไม่มีประกันสุขภาพเอกชนเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงถึงร้อยละ 94.4 สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพที่เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพกายโดยเฉลี่ย 60.0 คะแนน มีจำนวนโรคเร้อรังเฉลี่ย 1.4 โรค ประเมินสุขภาพจิตใจเฉลี่ย 79.8 คะแนน และให้คะแนนรวมสุขภาพจิตโดยเฉลี่ย 17.3 คะแนน

## 4.4 ความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

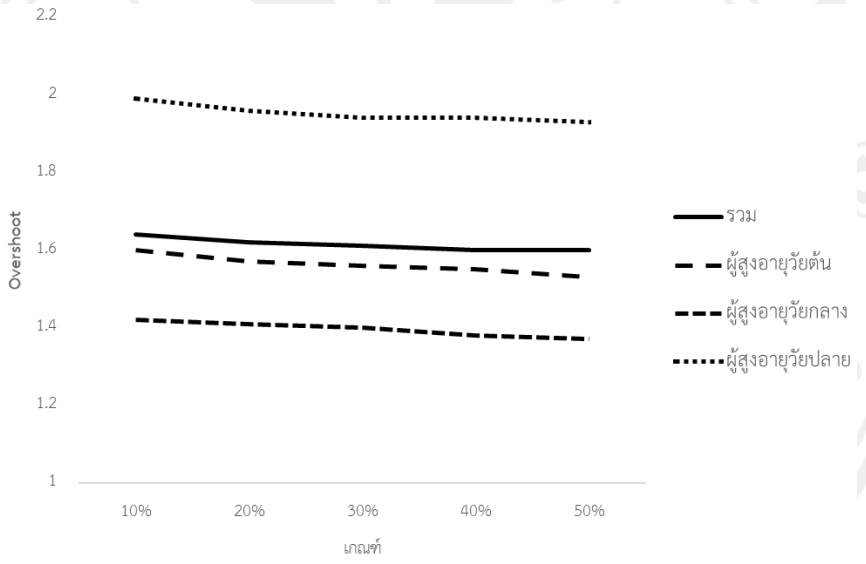
ความชุกหรือร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหารเกินเกณฑ์ที่กำหนด นำเสนอดังภาพที่ 4.1 พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นมีความชุกของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าทุกช่วงวัย รองลงมาคือผู้สูงอายุวัยปลายและวัยกลาง เมื่อเปรียบเทียบตามเกณฑ์ที่ระบุว่าเกิดภาวะล้มละลายพบว่า แนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงเกณฑ์ร้อยละ 10 ถึง 20 ในผู้สูงอายุวัยปลายและวัยกลาง และลดลงเรื่อยๆในช่วงเกณฑ์ร้อยละ 30 ถึง 50 ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุวัยปลายเพราะแนวโน้มจะค่อยๆลดลงเมื่อเกณฑ์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 และลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเกณฑ์ที่ใช้คือร้อยละ 40



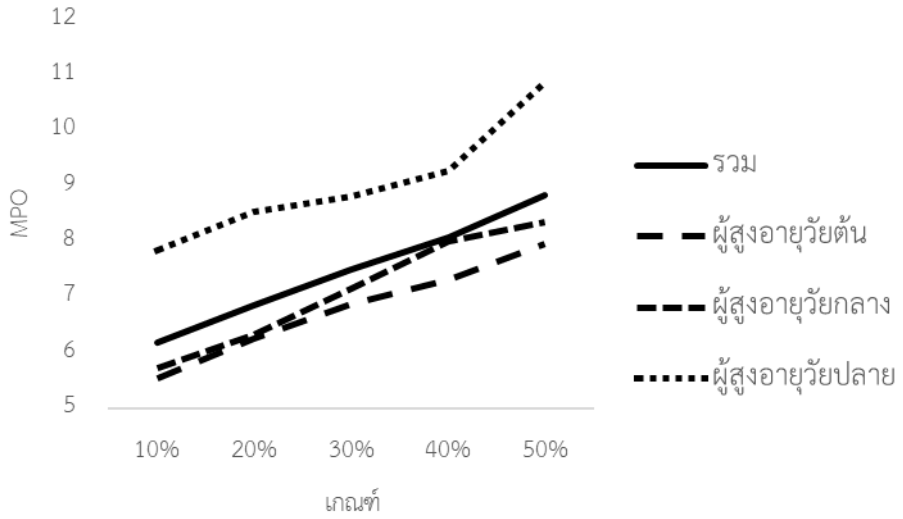

**ภาพที่ 4.1** ความชุก (Headcount) ของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 10 ถึง 50

## 4.5 ความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ความรุนแรง (Overshoot) หรือสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหารหักจากเกณฑ์ที่กำหนดโดยเฉลี่ย นำเสนอดังภาพที่ 4.2 พบว่าโดยรวมผู้สูงอายุทั้งหมดมีความรุนแรงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในแต่ละเกณฑ์ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลายเมื่อเกณฑ์ที่ใช้ระบุว่าเกิดภาวะล้มลายคือร้อยละ 10 ถึง 50 หากพิจารณาความรุนแรงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในแต่ละช่วงวัยพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายมีความรุนแรงของภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุดรองลงมาคือผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลางตามลำดับ




**ภาพที่ 4.2** ความรุนแรง (Overshoot) ของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 10 ถึง 50




**ภาพที่ 4.3** ความรุนแรง (MPO) ของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 10 ถึง 50

MPO คือความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคำนวณได้จากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายด้วยตนเองเกินเกณฑ์ที่กำหนดต่อจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่เกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แสดงดังภาพที่ 4.3 พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายมี MPO สูงกว่าผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลางตามลำดับ หากพิจารณาแนวโน้มตามเกณฑ์การเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพพบว่า ในเกณฑ์ร้อยละ 10 ถึง 30 แนวโน้ม MPO จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกช่วงวัย และแนวโน้มจะแตกต่างกันในเกณฑ์ร้อยละ 40 ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วสูงกว่าทุกช่วงวัย

## 4.6 อิทธิพลของปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ที่ผ่านมาได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล และปัจจัยด้านสุขภาพจำแนกตามช่วงอายุกับการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเพียงการวิเคราะห์ในเบื้องต้นเท่านั้น แต่ยังไม่ทราบถึงอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพซึ่งเป็นตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาอิทธิพลของประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล และปัจจัยด้านสุขภาพที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก โดยตัวแปรอิสระประกอบด้วย**ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม** ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เขตที่อยู่อาศัย **ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาล** ได้แก่ ความคุ้มครองด้านสุขภาพ และประกันสุขภาพเอกชน และ **ปัจจัยด้านสุขภาพ** ได้แก่ การประเมินสุขภาพกาย จำนวนโรคเรื้อรัง การประเมินสุขภาพจิตใจ คะแนนสุขภาพจิต ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 4.8 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การทดสอบว่าตัวแปรตามไม่ขึ้นอยู่กับตัวแปรอิสระมีค่า Model Chi-Square เท่ากับ 36.362 ( p-value <0.001 ) นั่นหมายความว่า โอกาสในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่ขึ้นอยู่กับตัวแปรอิสระที่ระดับนัยสำคัญ 0.001 มีค่า -2LL เท่ากับ 1832.148 Cox & Snell R Square เท่ากับ 0.022 และ Nagelkerke R square เท่ากับ 0.032 ตัวแบบสามารถทำนายถูกต้องร้อยละ 73.3 มีตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ตัว ดังนี้ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ เพศ และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การประเมินสุขภาพกาย จำนวนโรคเรื้อรัง และการประเมินสุขภาพจิตใจ ส่วนประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกๆตัวแปร ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายโดยที่ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีการประเมินสุขภาพกายไม่แตกต่างกัน เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 68.3 และเพศชาย 70.0 คะแนน จากการศึกษาของเยาวลักษณ์ จึงเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2534) เช่นเดียวกับการศึกษาของอินทราพร พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในเพศหญิง (อินทราพร พรมปราการ, 2541) เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสุขภาพจากสัมประสิทธิการถดถอยลอจิสติก พบว่าจำนวนโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุดและส่งผลทางบวก ถ้าผู้สูงอายุมีจำนวนโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1 โรคจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.3 ถัดมาคือการประเมินสุขภาพกาย ถ้าผู้สูงอายุประเมิน

สุขภาพกายเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจะลดลง 0.988 เท่า หรือลดลงร้อยละ 1.2 และตัวแปรประเมินสุขภาพจิตใจ หากประเมินเพิ่มขึ้น 1 คะแนนความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.9

**ตารางที่ 4.8** ผลการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติค

| ตัวแปรอธิบาย | | ตัวแบบ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | B | SE | Exp(B) |
| **ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม** | | | | |
| เพศ | หญิง | 0.366** | 0.118 | 1.442 |
| | ชาย[1] | | | 1.00 |
| ระดับการศึกษา | ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | -0.108 | 0.182 | 0.898 |
| | มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า[1] | | | 1.00 |
| รายได้ | | 0.000 | 0.000 | 1.000 |
| เขตที่อยู่อาศัย | ในเทศเทศบาล | 0.089 | 0.118 | 1.093 |
| | นอกเขตเทศบาล[1] | | | 1.00 |
| **ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล** | | | | |
| ความคุ้มครองด้านสุขภาพ | โครงการสุขภาพถ้วนหน้า | 0.133 | 0.116 | 1.142 |
| | อื่นๆ เช่น สวัสดิการ | | | 1.00 |
| | ข้าราชการ ประกันสังคม[1] | | | |
| ประกันสุขภาพเอกชน | มี | -0.033 | 0.213 | 0.968 |
| | ไม่มี[1] | | | 1.00 |
| **ปัจจัยด้านสุขภาพ** | | | | |
| การประเมินสุขภาพกาย | | -0.012** | 0.004 | 0.988 |
| จำนวนโรคเรื้อรัง | | 0.134* | 0.058 | 1.143 |
| การประเมินสุขภาพจิตใจ | | 0.009* | 0.004 | 1.009 |
| คะแนนรวมสุขภาพจิต | | 0.019 | 0.018 | 1.019 |
| **ค่าคงที่** | | -1.664 | 0.510 | 0.189 |
| **-2LL** | | 1832.148 | | |
| **Model Chi-Square (df)** | | 36.362(10)*** | | |
| **Cox & Snell R Square** | | 0.022 | | |
| **Negelkerke R Square** | | 0.032 | | |
| **ร้อยละความถูกต้อง** | | 73.3 | | |

[1] กลุ่มอ้างอิง * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

# บทที่ 5

## สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

“ความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย” เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลแผนงานวิจัยเรื่อง ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุไทย (Well-being of the Elderly in Thailand-HART) รอบที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อประมาณความชุกและความรุนแรงของความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยทั้งในภาพรวมและเปรียบเทียบในแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุ 2) เพื่อศึกษาอิทธิพลของประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพที่มีต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ขอบเขตของการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการเกิดภาวะล้มละลายของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 1,613 คน การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ได้แก่ 1) ความชุกและความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วน Headcount Overshoot และ MPO 2)อิทธิพลของประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

5.3 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

5.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

## 5.1 สรุปผลการศึกษา

### 5.1.1 คุณลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ผู้สูงอายุวัยต้น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 80 มีการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รายได้เฉลี่ย 42,817.6 บาท ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 66.6 มากกว่าร้อยละ 50 ใช้สิทธิโครงการสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล และร้อยละ 87.0 ไม่มีประกันสุขภาพเอกชน

ผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 52.9 เป็นเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 75 ปี เกือบร้อยละ 90 มีการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 23,499.3 บาท มากกว่าร้อยละ 60 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล สัดส่วนของสิทธิโครงการสุขภาพถ้วนหน้าและอื่นๆ พอๆกัน มากกว่าร้อยละ 90 ไม่มีประกันสุขภาพเอกชน

ผู้สูงอายุวัยปลาย มากกว่าร้อยละ 50 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 85 ปี ร้อยละ 87.7 มีการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รายได้เฉลี่ย 4,965 บาท ร้อยละ 61 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล สัดส่วนของสิทธิโครงการสุขภาพถ้วนหน้าและอื่นๆ พอๆกัน ร้อยละ 97 ไม่มีประกันสุขภาพเอกชน

โดยรวมพบว่า มีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงพอๆกัน มีอายุเฉลี่ย 72.4 มากกว่าร้อยละ 80 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รายได้เฉลี่ย 26399.2 บาท มากกว่าครึ่งหนึ่ง อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล สัดส่วนของสิทธิโครงการสุขภาพถ้วนหน้าและอื่นๆ พอๆกัน และมากกว่าร้อยละ 90 ไม่มีประกันสุขภาพเอกชน

### 5.1.2 ความชุกของโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 70 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคไขข้อคิดเป็นร้อยละ 11.5 และ 5.4 ตามลำดับ และป่วยเป็นโรคอื่นๆอีกร้อยละ 13

ผู้สูงอายุวัยกลาง ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 63.9 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 12.8 เป็นโรคหลอดเลือดร้อยละ 5.8 และโรคอื่นๆร้อยละ 17.5

ผู้สูงอายุวัยปลาย ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกับผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลางคิดเป็นร้อยละ 61.0 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ป่วยเป็นโรคไขข้อและโรคหลอดเลือดพอๆกัน และเป็นโรคอื่นๆอีกร้อยละ 17.9

โดยรวม พบว่าผู้สูงอายุเกินครึ่งหนึ่งของตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็น 65.4 โรคเบาหวานร้อยละ โรคไขข้อและโรคหลอดเลือดพอๆกันคิดเป็นร้อยละ 5.0 และโรคอื่นๆอีก 24.6

เมื่อพิจารณาร้อยละของจำนวนโรคเรื้อรังเปรียบเทียบในแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นสูงกว่าผู้สูงอายุวัยต้นร้อยละ 18.2 และมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางร้อยละ 6.7 จึงอาจกล่าวได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นการป่วยเป็นโรคเรื้องรังจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

### 5.1.3 การเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุวัยต้นเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากที่สุดรองลงมาคือผู้สูงอายุวัยปลายและวัยกลางร้อยละ 28.90 24.82 และ 25.36 ตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และเขตที่อยู่อาศัย พบว่า เพศหญิงเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าเพศชายในทุกช่วงวัยคิดเป็นร้อยละ 13.8 8.8 และ 7.2 ตามลำดับ การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเกิดภาวะล้มละลายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงในทุกช่วงวัย แต่มีข้อสังเกตที่ว่า รายได้ของผู้สูงอายุวัยต้นที่เกิดภาวะล้มละลายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 50,850.0 บาทซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย นั่นอาจแสดงให้เห็นว่ารายได้ที่สูงขึ้นนำมาซึ่งความต้องการบริการสุขภาพที่ดีขึ้นจึงเกิดภาวะล้มละลายมากที่สุด นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเกิดภาวะล้มละลายมากกว่าอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลในทุกช่วงวัยของผู้สูงอายุ

ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย ความคุ้มครองด้านสุขภาพ และประกันสุขภาพเอกชน พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิโครงการสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิอื่นๆเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันมากในทุกช่วงวัยของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ไม่มีประกันสุขภาพเอกชนเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีประกันสุขภาพเอกชนในทุกช่วงวัยคิดเป็นร้อยละ 11.2 8.6 และ 6.8 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพกาย การประเมินสุขภาพจิตใจ จำนวนโรคเรื้อรัง และคะแนนรวมสุขภาพจิต พบว่า การประเมินสุขภาพกายในผู้สูงอายุวัยต้นเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงสุด รองลงมาคือวัยกลาง และวัยปลายเฉลี่ย 69.8 66.4 และ 60 คะแนนตามลำดับ ซึ่งสวนทางกับการประเมินสุขภาพจิตใจจะเกิดภาวะล้มลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 80 คะแนน คะแนนรวมสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยเท่ากับ 17 และผู้สูงอายุทุกช่วงวัยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ย 1 โรคจะเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

### 5.1.4 ความชุกและความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ความชุกและความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พิจารณาผู้สูงอายุในภาพรวมและช่วงวัยของผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ในการระบุจุดเริ่มต้นของความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดไม่รวมค่าอาหาร ดังแสดงในภาพที่ 4.1 – 4.3 พบว่า ในภาพรวม Headcount มีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับ Overshoot ที่มีแนวโน้มค่อยๆลดลง หากพิจารณาในช่วงวัยของผู้สูงอายุพบว่า ในแต่ละช่วงวัยมีการลดลงของ Headcount และ Overshoot เป็นแบบแผนเดียวกัน นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบความชุกและความรุนแรงตามช่วงวัยของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุวัยต้นมีความชุกของภาวะล้มละลายสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ แต่ผู้สูงอายุวัยปลายมีความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง MPO เป็นสัดส่วนของ Overshoot หารด้วย Headcount ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงเกินเกณฑ์เมื่อเกิดภาวะล้มละลาย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแนวโน้มของกราฟ MPO จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะที่เกณฑ์ร้อยละ 40 ในผู้สูงอายุวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

### 5.1.5 อิทธิพลของประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกส์ เพื่อให้ทราบถึงอิทธิพลของประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพ เมื่อตัวแปรตามคือการเกิดภาวะล้มละลายกับตัวแปรอิสระทั้งหมด 3 ปัจจัย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เขตที่อยู่อาศัย ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่ ความคุ้มครองด้านสุขภาพ และประกันสุขภาพเอกชน และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การประเมินสุขภาพกาย จำนวนโรคเรื้อรัง การประเมินสุขภาพจิตใจ คะแนนสุขภาพจิต พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินสุขภาพกาย จำนวนโรคเรื้อรัง การประเมินสุขภาพจิตใจ ที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ

## 5.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากการเปรียบเทียบความชุกและความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น วัยกลาง และวัยปลาย ข้อค้นพบจากการศึกษาพบว่า ความชุกในการเกิดภาวะล้มละลายของผู้สูงอายุวัยต้นสูงกว่าทุกช่วงวัย รองลงมาคือผู้สุงอายุวัยกลางและวัยปลาย จากการศึกษาของรัตนาพบว่า อายุมีผลต่อการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลกล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อายุน้อยเป็นวัยที่ยังสามารถดูแลตนเองได้ หากมีอาการเจ็บป่วย ไม่สบาย จึงเลือกใช้บริการคลินิคหรือโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก (รัตนา กฤษฎาธาร, 2535) ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายมีความรุนแรงของการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าวัยอื่นๆ รองลงมาคือผู้สูงอายุวัยต้น และวัยกลาง สอดคล้องกับประนอม ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (ประนอม โอทกานนท์, 2554) เนื่องจากผู้สูงอายุวัยปลายเข้าสู่วัยเสื่อม เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ แต่เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีความรุนแรงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าวัยกลางเพราะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิคดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก ทำให้ทราบว่าประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และพบว่าปัจจัยด้านสุขภาพได้แก่ การประเมินสุขภาพกาย จำนวนโรคเรื้อรัง และการประเมินสุขภาพจิตใจมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า การได้รับความคุ้มครองสวัสดิการข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและกองทุนประกันสังคม สิทธิการรักษาอื่นๆ และโครงการสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาจากค่ารักษาพยาบาล โครงการสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ให้ความคุ้มครองกับคนไทยที่ไม่มีสิทธิการรักษาอื่นๆ แต่กลับมีค่ารักษาพยาบาลที่ต่ำกว่าโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 2,157.15 บาท และ 2,947.02 บาท ตามลำดับ จากการศึกษาของรัชนีบูล พบว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิการรักษาพื้นฐานส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบัตรทอง สำหรับผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการใช้สิทธิของตนเองมากที่สุด อาจเกิดจากความแตกต่างในการบริหารแต่ละกองทุน ตั้งแต่ระบบวิธีการจ่ายเงินของแต่ละกองทุน สิทธิสวัสดิการข้าราชการเป็นแบบจ่ายตามบริการจริงในการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกเป็นแรงจูงใจให้โรงพยาบาลให้การรักษาแก่ข้าราชการเป็นอย่างดี ส่วนสิทธิบัตรทองและประกันสังคมเป็นลักษณะเหมาจ่าย รายหัว ทำให้มีการ

ควบคุมค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยสองกลุ่มหลังนี้มาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาตามความจำเป็นทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน จึงต้องมีแนวทางการบริหารต้นทุน (รัชนีบูล น้ำใจดี, 2557: 89) ดังนั้นแม้ทราบว่าผู้สูงอายุมีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบใดก็ไม่ได้หมายความว่าจะใช้สิทธิการรักษาพยาบาลนั้นในการเข้ารับการรักษา นอกจากนี้การซื้อประกันสุขภาพเอกชนซึ่งเป็นหนึ่งในการปกป้องครัวเรือนหรือบุคคลจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุมักมีเงื่อนไขจำกัดที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำประกันสุขภาพเอกชนได้ เนื่องจากเบี้ยประกันจะสูงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นบวกกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง เงื่อนไขเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพเอกชนได้หรือทำได้ยาก จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 91.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมดไม่มีประกันสุขภาพเอกชน การมีหรือไม่มีประสุขภาพเอกชนของผู้สูงอายุไม่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับ Wang et.al ที่ศึกษาความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มละลายที่เกิดจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความไม่เสมอภาคในครัวเรือนของผู้สูงอายุที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศจีน (Wang et al., 2015) ผู้สูงอายุที่มีประกันสุขภาพเอกชนมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประกันสุขภาพเอกชนโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 3,133.125 บาท และ 2,480.49 บาท ตามลำดับ เป็นไปได้ว่าค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเป็นเพราะผู้สูงอายุที่มีประกันสุขภาพเอกชนทำประกันสุขภาพไม่ครอบคลุมโรคที่ผู้สูงอายุเป็น หรือบิดเบือนข้อมูลสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้จากการศึกษายังไม่สามารถสรุปได้ว่าการมีหรือไม่มีประกันสุขภาพเอกชนทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดภาวะล้มลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้วิจัยพิจารณาเฉพาะตัวเงินที่ต้องจ่ายเท่านั้น โดยไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น ความต้องการบริการสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความรวดเร็วในการรักษา ความสะดวกสบาย เป็นต้น

สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าการประเมินสุขภาพกายด้วยตนเองด้วยการรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพกายที่ดีทำให้มีโอกาสเกิดภาวะล้มละลายลดลง ผู้สูงอายุที่มีการประเมินว่าตนเองมีสุขภาพกายที่ดี การรับรู้สุขภาพกายในทางบวกช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวันดี บุคคลที่มีการรับรู้ตนเองว่ามีสุขภาพดี จะมีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังช่วยให้ผู้สูงอายุห่างไกลจากโรค ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในการเจ็บป่วยจึงน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคหรือสุขภาพกายไม่ดี (วันดี แย้มจันทร์ฉาย, 2538) สำหรับโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่รักษาไม่หาย ทำให้ต้องเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลเป็นประจำ ต้องรับประทานยาและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าใช้จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาลมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจึงมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะล้มละลายมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง งานวิจัยนี้พบว่า 3 อันดับแรกของโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุคือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขข้อ คิดเป็นร้อยละ 65.4 11.5 และ 5.0 ตามลำดับ และผู้สูงอายุมักป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 62.2 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Arsenijevic et al. (2016) and Choi et al.(2015) หากผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สำหรับตัวแปรการประเมินสุขภาพจิตใจ เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยในการเกิดภาวะล้มละลายของผู้สูงอายุในการประเมินสุขภาพกายและจิตใจเท่ากับ 66.3 และ 82.7 คะแนนตามลำดับ สิ่งที่น่าสนใจคือผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพจิตใจด้วยคะแนนเฉลี่ยที่สูงทำไมจึงเกิดภาวะล้มละลาย ทิศทางของความสัมพันธ์นี้ข้อมูลที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษายังไม่เพียงพอที่จะอธิบายความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจำเป็นต้องให้รายละเอียดในเชิงลึกเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวต่อไป

## 5.3 ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาผู้สูงอายุในรายบุคคล ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของโครงการ HART รอบที่ 2 ทำให้ข้อมูลในการศึกษาและการวิเคราะห์มีขอบเขตจำกัด โดยเฉพาะในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลซึ่งถือเป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อม ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายทางอ้อมตกหล่นไปจากการวิเคราะห์ อีกทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะน้อยเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจจะต้องศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การเกื้อกูลกันของครอบครัว เป็นต้น

## 5.4 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงอิทธิพลของประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลและปัจจัยด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ผลจากการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจคือ โครงการสุขภาพถ้วนหน้ามีค่ารักษาพยาบาลต้องจ่ายด้วยตนเองเท่ากับ 2157.15 บาท/ปี และสิทธิการรักษาอื่นๆ เท่ากับ 2947.02 บาท/ปี สะท้อนให้เห็นว่าการที่รัฐบาลมีโครงการสุขภาพถ้วนหน้าช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ ดังนั้นรัฐจึงควรคงไว้ซึ่งนโยบายดังกล่าว และส่งเสริมให้ครอบคลุมไปยังผู้สูงอายุที่ยังตกหล่นต่อไป

2. จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง รัฐจึงควรมีการกำหนดหรือทบทวนแผนนโนบายเพื่อรองรับการใช้บริการด้านสาธารณสุข และเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่จะเกิดขึ้นในอีกไม่ช้า

3. กระทรวงสาธารณสุขสามารถสนับสนุนนโนบายเพื่อลดความเลื่อมล้ำทางสังคมและเพิ่มเงินทุนด้านสุขภาพเนื่องจากสามารถปรับปรุงพัฒนาระบบสุขภาพ ลดการเกิดภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อีกทั้งยังสามารถช่วยเหลือครัวเรือนที่ยากจนและช่วยขยายการเติบโตทางเศรษฐกิจ

# บรรณานุกรม


Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Arsenijevic, J., Pavlova, M., Rechel, B., & Groot, W. (2016). Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries. *PLoS One,* 11(7), e0157765. doi:10.1371/journal.pone.0157765

Berki, S. (1986). A look at catastrophic medical expenses and the poor. *Health Affairs (Millwood),* 5, 138-145.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain,* 10(4), 287-333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009

Buigut, S., Ettarh, R., & Amendah, D. D. (2015). Catastrophic health expenditure and its determinants in Kenya slum communities. *Int J Equity Health,* 14, 46. doi:10.1186/s12939-015-0168-9

Choi, J. W., Choi, J. W., Kim, J. H., Yoo, K. B., & Park, E. C. (2015). Association between chronic disease and catastrophic health expenditure in Korea. *BMC Health Serv Res,* 15, 26. doi:10.1186/s12913-014-0675-1

Hoyman, H. (1962). Our modern concept of health. *Journal of School Health,* 32, 253.

Last, J. M. (2001). *A Dictionary of Public Health* (4th). New York: Oxford University Press.

Mausner, J., & Bahn, A. (1974). *Epidemiology*: *An Introductory Text*. Philadephia: W.B. Saunders Company.

Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of Practice* (4th). St.Louis: Mosby Year Book.

Parsons, T. (1972). Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. ใน E.G.Jaco (บก.), *Patients,Physicians and Illness:A Sourcebook in Behavioral Science and Health* (2nd ed.). New York: Free Press.

Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in nursing practice* (2nd). California: Appleton & Large.

Rezapour, A., Vahedi, S., Khiavi, F. F., Esmaeilzadeh, F., Javan-Noughabi, J., & Rajabi, A. (2017). Catastrophic Health Expenditure of Chronic Diseases: Evidence from Hamadan, Iran. *International Journal of Preventive Medicine*. doi:10.4103/ijpvm

Shields, M., & Shooshtari, S. (2001). Determinants of selfperceived health. *Health Reports (Stats Can)* 13(1), 35–52.

Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing & Health Care,* 12(2), 93-100.

Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ,* 12(11), 921-934. doi:10.1002/hec.776

Wang, Z., Li, X., & Chen, M. (2015). Catastrophic health expenditures and its inequality in elderly households with chronic disease patients in china. *International journal for equity in health,* 14(8), 1-11.

Wolinsky, F. (1988). *The Sociology of Health:Principles,Practitioners,and Issues* (2nd). Belmont,CA: Wadsworth Publishing.

World bank group. (2559). ปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ: World bank group,.

World Health Organization. (1948). *Constitution*: WHO.

Xu, K. (2005). *Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology*: WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., & Aguilar-Rivera, A. M. (2005). *DESIGNING HEALTH FINANCING SYSTEMS TO REDUCE CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURE*: World Health Organization.

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. L. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet,* 362(9378), 111-117. doi:10.1016/s0140-6736(03)13861-5

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2557). สังคมผู้สูงอายุ...กับความท้าทายของการจัดการด้านสุขภาพ. *Policy Brief*(ฉบับที่ 17), 2.

กันยา สุวรรณแสง. (2538). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์น.

ถวิล ธาราโภชน์ และศรัณย์ ดำริสุข. (2540). จิตวิทยาทั่วไป. ปทุมธานี: สถาบันราชภัฏเพชรบุรีวิทยาลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.

ทันท์ เสน ทู. (2548). ค่าใช้จ่ายหายนะสำหรับการดูแลสุขภาพในประเทศพม่า กรณีศึกษาตอนบนของประเทศพม่า. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

นพาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียน. (2532). สรุปผลการวิจัยโครการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์ (4): สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีเรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ, 135, ราชกิจจานุเบกษา § 24ก 34 (2561 6 เมษายน).

ประนอม โอทกานนท์. (2554). ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการ งานวิจัยและบทเรียนจากประสบการณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2561,พฤษภาคม). โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease). สืบค้นจาก http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%84%E0%B8%A1%E0%B9%88%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%95%E0%B9%88%E0%B8%AD/

มนัสชนก น้อยยาโน. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย. เอกสารนำเสนอใน การประชุมวิชาการสถิติประยุกต์และเทคโนโลยีสารสนเทศระดับชาติ ประจำปี 2560, โรงแรมสุนีย์แกรนด์ แอนด์ คอนเวนชั่น เซ็นเตอร์ จังหวัดอุบลราชธานี.

มุกดา สุขสมาน. (2537). มนษยุ์ : ภาวะกายและจิต (พิมพครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: พริ้นเทอรี่

รติพร ถึงฝั่ง และสนิท สมัครการ. (2559). สุขภาพ ความคาดหวัง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. *Journal of Social Development,* 18, 35-60.

รัตนา กฤษฎาธาร. (2535). ภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์ ส.ม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

วันดี แย้มจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัญฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตสังคม และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ. ใน จันทนา รณฤทธิวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ (บก.), หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ (น. 51-82). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

ศิริพร ขัมภลิขิต. (2533). การจัดประสบการณ์การเรียนการสอนในคลินิค เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. ใน เอกสารรายงานการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 8 วันที่ 27-30 พฤษจิกายน 2530. กรุงเทพมหานคร: มปท.

ศิริวรรณ สินไชย. (2532). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2556). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุธา ชัย. (2552). แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ. สืบค้นจาก https://www.gotoknow.org/posts/273966

สุภัททา ปิณฑะแพทย์. (2542). พฤติกรรมมนุษย์และการพัฒนาตน กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.

อินทราพร พรมปราการ. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก อนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,

อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว. (ธันวาคม 2558). ความยั่งยืนของหลักประกันสุขภาพ ตอนที่ 1: การมีส่วนร่วมในการคลังสุขภาพของประชาชน. สืบค้นจาก https://mgronline.com/qol/detail/9580000142776

ปญฺญาสมา ธนา
สำนักบัณฑิตอาสาสมัคร

# ประวัติผู้เขียน

| | |
|---|---|
| **ชื่อ-นามสกุล** | นางสาวสมพร เพชตะกร |
| **ประวัติการศึกษา** | วิทยาศาสตร์บัณฑิต (สถิติประยุกต์) |
| | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง |
| | ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2559 |
| **ประสบการณ์การทำงาน** | data scientist |
| | บริษัท แบ็คยาร์ด จำกัด |