

ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

คุณสรณ์ โพธารินทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

อนุสรณ์ โพธารินทร์

นายอนุสรณ์ โพธารินทร์

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์วาทินี บุญชะลิกษ์, Ph.D.

รองศาสตราจารย์วาทินี บุญชะลิกษ์, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อรรถ ฤกษ์งาม

อาจารย์สวรัช บุญขมานนท์, Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กาญจนา ตั้งชลทิพย์, Ph.D.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กาญจนา ตั้งชลทิพย์, Ph.D.

ประธานหลักสูตร

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม)

วันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2555

อนุสรณ์ โพธารินทร์

นายอนุสรณ์ โพธารินทร์

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์วาทีณี บุญชะลิกษ์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บุญคง หันจางสิทธิ์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กาญจนา ตั้งชลทิพย์, Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์สวรัย บุญขมานนท์, Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์สุรีย์พร พันพื้ง, Ph.D.

ผู้อำนวยการ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยการสนับสนุนจากคณาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ทุกท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วาทีนิ บุญชะลิกย์ เป็นอย่างสูงที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำในทุกๆ ด้าน เป็นอย่างยิ่ง ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ในเชิงวิชาการ หรือแม้กระทั่งการเรียนรู้ในเรื่องต่างๆ ไปในการใช้ชีวิต พร้อมทั้งให้กำลังใจศิษย์คนนี้เป็นอย่างดีมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร. สวริย์ บุญमानนท์ ที่ให้ความกรุณาช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องตั้งแต่เรื่องคำผิดจนจบจนไปถึงการใช้คำสถิติที่เหมาะสมในการวิจัยให้กับผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่เสมอมา ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. บุญคง หันจางสิทธิ์ ผู้ซึ่งให้แนวคิด และแนะนำทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์หลายทฤษฎี ซึ่งยังประโยชน์แก่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างสูง พร้อมทั้งยังให้คำแนะนำการเขียนงานวิจัยในส่วนที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้นมากกว่าเดิม และขอขอบคุณพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา ตั้งชลทิพย์ ที่กรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการอ้างอิงให้ถูกต้องและเหมาะสม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณาจารย์ทุกๆ ท่านที่ได้อบรมบ่มวิชาความรู้ต่างๆ ที่มีค่าอย่างยิ่งให้กับ กระผมในช่วงตลอดระยะเวลาของการศึกษาที่ผ่านมา ขอขอบคุณ เพื่อน พี่ น้อง นักศึกษาร่วมรุ่น 32 พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกๆ ท่านของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษา คุณกรณิฐา ศรี ที่ช่วยให้คำแนะนำในทุกๆ ขั้นตอนของการเป็นนักศึกษา พร้อมทั้งกำชับให้กระผมมีความกระตือรือร้นในการเรียนเสมอมา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องสมุดทุกท่านที่ช่วยลดหย่อนค่าปรับหนังสือ พร้อมทั้งช่วยขอยืมหนังสือข้ามห้องสมุดในหลายๆ เล่มที่ผ่านมา และเหนือสิ่งอื่นใดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณสำหรับกำลังใจ ความเชื่อมั่น และความช่วยเหลือในทุกๆ ด้านอย่างหาที่สุดไม่ได้จาก คุณพ่อมณัส โพธารินทร์ ผู้ล่วงลับ คุณแม่ทุเรียน โพธารินทร์ พี่เต๋ย พี่มด พี่จิม พี่แคท บุษย์ และหลานๆ ที่มอบให้อย่างเปี่ยมล้นในทุกๆ ช่วงเวลาที่ผ่านมา ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนในการพัฒนานักศึกษาระดับปริญญาโท-เอก ไปเสนอผลงานทางวิชาการ ณ ต่างประเทศ และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่สนับสนุนข้อมูลในการศึกษา

دننسرئ پوچارنئر

ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

FACTORS AFFECTING HEALTHCARE EXPENDITURE OF THE THAI ELDERLY

คุณสรณ์ โพธารินทร์ 5237473 PRPR/M

ศศ.ม. (วิจัยประชากรและสังคม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วาทีณี บุญชะลิกย์, Ph.D., สวริย์ บุญขมานนท์ Ph.D.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์สำคัญในการศึกษาครั้งนี้ คือ เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย และปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย เนื่องจากขณะนี้ประเทศไทยมีระบบสวัสดิการด้านสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกคน โดยเฉพาะสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นสิทธิขั้นปฐมภูมิที่มีไว้ให้สำหรับประชาชนทุกคนเพื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาตั้งแต่ปี 2544 แต่ผลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2552 พบว่า มีผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ถึงร้อยละ 46.1

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประเทศไทย ปี 2552 จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 4,746 คน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression)

ผลการศึกษา พบว่า มี 6 ปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา หลักประกันด้านสุขภาพ ประเภทของสถานพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และภูมิภาคที่อยู่อาศัย นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 18.0 ($R^2 = 0.180$)

ผลจากการศึกษาดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่า โครงการของรัฐบาล (บัตรทอง) และโครงการประกันสุขภาพต่างๆ (Health Insurance Schemes) มีความสำคัญมาก ค่า R^2 ในการศึกษานี้อาจจะเป็นตัวชี้วัด (Indicator) ว่า ยังมีโครงการของรัฐ และของเอกชนในการรักษาพยาบาลมากเพียงใด ค่า R^2 ก็ยิ่งจะลดต่ำลง ดังนั้น R^2 อาจจะใช้เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของนโยบายการรักษาพยาบาลของประเทศได้ในระดับหนึ่ง

การศึกษานี้ก็นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ รัฐควรที่จะส่งเสริมประชาชนให้มีการดูแลสุขภาพของตนเอง และการมีระบบหลักประกันด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นรัฐควรคงไว้ซึ่งนโยบายดังกล่าว และควรส่งเสริมพัฒนาระบบหลักประกันด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมทั่วถึงผู้สูงอายุที่ยังตกหล่น เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับผู้สูงอายุไทยต่อไป

คำสำคัญ: ค่าใช้จ่าย/ การรักษาพยาบาล/ ผู้สูงอายุ

FACTORS AFFECTING HEALTHCARE EXPENDITURE OF THE THAI ELDERLY**DANUSORN POTHARIN 5237473 PRPR/M****M.A. (POPULATION AND SOCIAL RESEARCH)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: WATHINEE BOONCHALAKSI, Ph.D.,
SAWARAI BOONYAMANOND, Ph.D.****ABSTRACT**

The main objectives of this study are 1) to explore healthcare expenditure of the Thai elderly and 2) to investigate factors affecting healthcare expenditure of the Thai elderly. The motivation underlying this study is the fact that the national healthcare system in Thailand, especially the primary right for health insurance which allows all Thai people to have an equal right to access quality healthcare services with no constraints of healthcare expenditure, has been established since 2001 but data from the National Survey on Health and Welfare done in 2009 by the National Statistical Office (NSO) found that 46.1 percent of all out-patients still have to pay for their medical treatment.

This research was based on the quantitative approach using secondary data derived from the 2009 Health and Welfare Survey conducted by the National Statistical Office of Thailand. A total of 4,746 elderly aged 60 years and over was used and the Multiple Regression statistical technique was employed in this study.

It was found from the results that there were 6 factors that had influences on healthcare expenditure (statistically significant at the 0.05 level), including chronic diseases, educational level, health security, treatment types, economic status, and region. Besides, all independent variables could together explain the variation of healthcare expenditure on the Thai elderly at 18.0 percent ($R^2 = 0.180$).

The results imply that the so-called “gold card” project of the government and other health insurance schemes were crucially important. The R^2 from this study could be an indicator indicating that the more government and private healthcare projects there are, the lower the R^2 would decline, thus, it could be stated that the R^2 would be used as a good indicator to signify the level of achievement the government has in its healthcare policy.

It is also recommended from the research results that the government should raise awareness for people to take good care of their health and that having the health security systems is a beneficial means that help in relieving the elderly burden in healthcare expenditure, therefore, it is strongly recommended for the government to maintain the universal healthcare scheme (gold card) and keep improving the system to fully cover the elderly who are now left out in order to help in reducing the healthcare expenditure for the elderly later on.

KEY WORDS: EXPENDITURE / HEALTHCARE / ELDERLY**84 pages**

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	3
1.5 สมมุติฐานการวิจัย	3
1.6 ข้อยกเว้นในการวิจัย	4
1.7 คำจำกัดความในการวิจัย	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	6
2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและคุณลักษณะต่างๆ ของผู้สูงอายุไทย	6
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	14
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของ ผู้สูงอายุไทย	16
2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	20
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	21
3.1 แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	21
3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล	21

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	25
4.1 ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง	25
4.2 รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนครัวเรือน และปัจจัยส่วนชุมชน	31
4.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	43
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	48
5.1 สรุปผลการศึกษา	48
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	50
5.3 ข้อเสนอแนะ	52
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	55
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	64
บรรณานุกรม	74
ภาคผนวก	78
ประวัติผู้วิจัย	84

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
3.1 ระดับการวัดของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	22
4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	27
4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนครัวเรือน	29
4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนชุมชน	30
4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	31
4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเพศ	32
4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และอายุ	33
4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และระดับการศึกษา	34
4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสถานภาพสมรส	34
4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และจำนวนบุตร	35
4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และหลักประกันสุขภาพ	36
4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ	37
4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และโรคประจำตัว	38
4.13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และประเภทของสถานพยาบาล	39

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.14	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	40
4.15	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสุขลักษณะในครัวเรือน	41
4.16	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และภูมิภาคที่อยู่อาศัย	42
4.17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเขตที่อยู่อาศัย	43
4.18	ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression Analysis)	47
ผ.1	ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Correlation Matrix)	83

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ		หน้า
2.1	กรอบแนวคิดการวิจัยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย	20

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในช่วงครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา พบว่า ประชากรสูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (United Nations, 2007) มีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง กล่าวคือในปี พ.ศ. 2518 ประชากรโลกมีจำนวน 4,100 ล้านคน ประชากรสูงอายุมีจำนวน 350 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 8.4 และจากการคาดประมาณประชากรในปี พ.ศ. 2568 ประชากรโลกจะมีจำนวน 8,200 ล้านคน ประชากรสูงอายุจะมีจำนวน 1,100 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 13.41 นอกจากนี้แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นยังเพิ่มขึ้นอีก และ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุในโลกจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในภาคพื้นเอเชีย (United Nations, 2007)

สำหรับข้อมูลประชากรสูงอายุในประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2503 พ.ศ. 2523 และ พ.ศ. 2543 มีประชากรสูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1.2 ล้านคน 2.4 ล้านคน และ 5.7 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 4.6 ร้อยละ 5.4 และ ร้อยละ 9.1 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) จากการคาดประมาณประชากรในปี พ.ศ. 2563 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 12.3 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 16.7 ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นอีกด้วย ดังในปี พ.ศ. 2503 ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่ามีถึงร้อยละ 34.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (ปราชญ์ ประชาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2547) ซึ่งมีความสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งล่าสุดปี 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นชายร้อยละ 44.6 และเป็นหญิงร้อยละ 55.4 โดยเมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูง ทั้งนี้เนื่องจากมีอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับผลการสำรวจ

ของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2550 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มทุกปี เฉลี่ยเกือบ 200,000 คนต่อปี โดยปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 194,338 คน รวมเป็นจำนวนผู้สูงอายุ 7,040,657 คน และโดยเฉลี่ยผู้สูงอายุจะมีอายุยืนประมาณ 70 ปี อายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้น สำหรับผู้หญิงเป็น 74.9 ปี และผู้ชาย 69.9 ปี (สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการลดลงของอัตราการเกิดและอัตราการตาย ทำให้ “ภาวะประชากรสูงอายุ” ในประเทศไทยสูงขึ้น ก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) ทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากร ทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นถึงระดับร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าในประชากรไทยทุกๆ 10 คน จะมีประชากรผู้สูงอายุ 1 คน และมีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2550)

เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.0) ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ 28.9 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 21.5 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมาก มีเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก และมีผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคกระดูกร้อยละ 0.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และเป็นโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) นอกจากนี้ในรายงานผลสัมฤทธิ์การให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และผลกระทบต่อการใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐ ในอนาคตในช่วงปี พ.ศ. 2554-2564 ของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) พบว่า การประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565 หรืออีก 10 ปีข้างหน้า จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากปัจจุบัน ถึง 3.62 เท่าและสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกอายุ (หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ, 18 พฤษภาคม 2554)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของประชากรวัยสูงอายุดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ รวมไปถึงโอกาสในการปรับตัวและการเตรียมการของผู้สูงอายุที่เป็นไปอย่างจำกัดและยากลำบาก เพราะประชากรกลุ่มนี้ได้พ้นวัยทำงานมาแล้ว ประกอบกับผู้สูงอายุยิ่งจะมีอายุยืนยาวขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ต้องพึ่งพิงตนเอง ครอบครัว สังคมหรือรัฐมากขึ้น ขณะเดียวกันกลุ่มที่ให้การพึ่งพิงอาจจะยังไม่มีความพร้อมที่จะรองรับผู้สูงอายุมากนัก ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งไปที่การศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นว่าผู้สูงอายุที่ถือว่าเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่ายนั้น จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ในการหาหนทางเตรียมรับมือกับค่าใช้จ่าย

เหล่านี้ที่จะเกิดขึ้นมากในอนาคต และจะได้เพิ่มนโยบายหรือสวัสดิการต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อที่จะรองรับกับจำนวนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

1.2 คำถามการวิจัย

- 1) รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยเป็นอย่างไร
- 2) ปัจจัยใดเป็นตัวกำหนดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษารูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

1.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

- 1) ทำให้ทราบถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกคนมาเป็นเวลาหลายปีแล้วก็ตาม
- 2) ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย
- 3) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการวางแผนในการหาช่องทางปรับปรุงระบบหลักประกันด้านสุขภาพ เพื่ออุดช่องโหว่ในด้านค่ารักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุยังคงต้องรับภาระอยู่

1.5 สมมติฐานการวิจัย

- 1) ผู้สูงอายุไทยที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุไทยที่มีหลักประกันด้านสุขภาพ
- 2) ผู้สูงอายุไทยที่มีหลักประกันด้านสุขภาพแตกต่างกัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน
- 3) ผู้สูงอายุไทยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพสูง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุไทยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำ

- 4) ผู้สูงอายุไทยที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุไทยที่ไม่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว
- 5) ผู้สูงอายุไทยที่ไปรับบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลต่างประเทศกัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน
- 6) ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่า ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ
- 7) ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสุขภาพดี มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่า ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสุขภาพไม่ดี
- 8) ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคที่แตกต่างกัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพแตกต่างกัน
- 9) ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างจากผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

1.6 ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุครั้งนี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติในการศึกษา ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในการให้คำจำกัดความของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องด้วยข้อมูลของค่าใช้จ่ายในการศึกษาครั้งนี้ มีเพียงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเดินทางไปสถานพยาบาลเท่านั้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ต้องเสียไปกับการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นค่าเสียโอกาสในการรอกอยการรักษาพยาบาล ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่จ่ายไปกับประกันสุขภาพโครงการต่างๆ ฯลฯ

1.7 คำจำกัดความในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พยายามรวบรวมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงต่อครั้งเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย แต่เนื่องจากข้อจำกัดในส่วนของคุณสมบัติ ดังนั้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้จึงครอบคลุมเพียง ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่

เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังสถานพยาบาลเท่านั้น

จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุเท่านั้น

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมการดื่มสุราและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคเรื้อรังได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือทั้งสูบบุหรี่และดื่มสุรา ว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้ ดัชนีทรัพย์สินของครัวเรือน เป็นตัวกำหนดสถานภาพทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ซึ่งดัชนีทรัพย์สินของครัวเรือนสามารถคำนวณได้จากการนำทรัพย์สินของครัวเรือนจากข้อคำถามที่ H12 - H36 ทั้งหมด 25 ตัว (ภาคผนวก) นำมาทำการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principle Component Analysis : PCA) ซึ่งจะเป็นการลดรูปตัวแปรจากรายการทรัพย์สินของครัวเรือนทั้งหมด 25 ตัว ให้เป็น 1 ตัวแปรเท่านั้น เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์ โดยดัชนีทรัพย์สินมีอยู่ 3 ระดับด้วยกัน คือ จน ปานกลาง และรวย ซึ่งมีการแบ่งตาม Quintile คือ 20 เปอร์เซนต์ล่างแสดงฐานะทางเศรษฐกิจจน 20 เปอร์เซนต์บนแสดงฐานะทางเศรษฐกิจรวย และ 60 เปอร์เซนต์ส่วนตรงกลาง แสดงฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสำหรับการศึกษานี้ จึงหมายถึง การที่อยู่ผู้สูงอายุมีระดับฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับ รวย ปานกลาง หรือจน

สุขลักษณะในครัวเรือน หมายถึง การที่ในครัวเรือนของผู้สูงอายุมิ ส้วม น้ำดื่ม และน้ำใช้ที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ ส้วม หมายถึง ส้วมชักโครกและส้วมซึม น้ำดื่ม หมายถึง น้ำดื่มบรรจุขวดและน้ำฝน และน้ำใช้ หมายถึง น้ำประปา น้ำบาดาล และน้ำฝน ในการศึกษานี้หากครัวเรือนผู้สูงอายุมิ ส้วม น้ำดื่ม และน้ำใช้ ครบ ถือว่ามีสุขลักษณะในครัวเรือนในระดับมาก หากมีสองอย่าง ถือว่ามีสุขลักษณะในครัวเรือนในระดับปานกลาง และหากมีเพียงอย่างเดียว ถือว่ามีสุขลักษณะในครัวเรือนในระดับน้อย

เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง เขตการอยู่อาศัยของประชาชนตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรม

การศึกษาคำใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางการศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและคุณลักษณะต่างๆของผู้สูงอายุไทย
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคำใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคำใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ
- 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและคุณลักษณะต่างๆ ของผู้สูงอายุไทย

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

วิทยาการผู้สูงอายุหรือพฒนาวิทยา (Gerontology) คือ การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งนักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ พยายามหาความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” (Elderly) ในแง่มุมที่ไม่แตกต่างกันมากนัก เนื่องจากการยากที่จะกำหนดได้ชัดเจนว่าบุคคลใด เป็นผู้ที่อยู่ในวัยชรา คำว่าผู้สูงอายุเป็นคำที่ พลตำรวจตรี หลวงอรรถสิทธิสุนทร ได้บัญญัติและนำมาใช้เป็นครั้งแรกในการประชุมแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากองค์กรต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นคำที่ไพเราะ ให้ความรู้สึกที่ดีกว่าคำว่า “คนแก่” หรือ “คนชรา” และมีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้อย่างมากมาย เช่น

นิสา ชูโต (2525) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้มีอายุวัดด้วยจำนวนปีตามปฏิทินของเวลาที่มีชีวิตอยู่ เวลาจะเป็นเครื่องชี้หนึ่ง แต่การจำแนกกว่าจะใช้จำนวนปีเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับสังคมนั้น

บรรลุ ศิริพานิช (2534) ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูญเสียความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความอ่อนแอ มีปัญหาสุขภาพกายและจิตใจตลอดจนความเป็นอยู่ในสังคม

สุรกุล เจนอบรม (2534) ได้ให้คำจำกัดความผู้สูงอายุว่า หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งเริ่มตั้งแต่วัยหนุ่ม วัยสาว วัยผู้ใหญ่และวัยชรา ในเกณฑ์การกำหนดว่าใครเป็นผู้สูงอายุนั้นพิจารณาจากบทบาทของบุคคลนั้นๆ ในสังคม ในปัจจุบันมักใช้อายุเป็นเกณฑ์ บางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 75 ปี ซึ่งนับจากเกณฑ์การปลดเกษียณ

กชกร สังขชาติ (2536) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุตามวันเกิดหรือปฏิทิน ครบ 60 ปีขึ้นไป

จากความหมายข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย ซึ่งเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกัน ตามสภาพสังคม และระยะเวลาของผู้สูงอายุ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงกำหนดให้ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (บุษยมาส ลินธิประมา, 2539) สำหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง โดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งทางราชการไทยได้กำหนดให้เป็นเกณฑ์ในการเกษียณอายุราชการของข้าราชการด้วย ดังนั้นสำหรับงานวิจัยฉบับนี้ก็จะยึดถือเอาเกณฑ์การเป็นผู้สูงอายุที่อายุ 60 ขึ้นไปเช่นกัน

2.1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.1.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความชราภาพ

ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุนมนุษย์ ดังนั้น ความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นตามอายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลต้องเผชิญกับวิกฤติการณ์อย่างมากมาย เริ่มมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งโดยมากเป็นไปในทางลบ ดังนั้น ความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความสามารถทางร่างกายลดลง ความสามารถในการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ลดลง โดยสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะด้วยกัน คือ (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

1) ความชราภาพแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความชราภาพที่เกิดขึ้นกับทุกคนตามธรรมชาติ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กล่าวคือเมื่ออวัยวะต่างๆ เซลล์ต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ถูกใช้งานมานาน ย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการใช้งาน ซึ่งการ

เสื่อมโทรมของเซลล์ในร่างกายนี้ ส่งผลให้เห็นเด่นชัดทีละน้อย เช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวยุบ สายตายาว พละกำลังเริ่มถดถอย เป็นต้น

2) ความชราภาพแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) เป็นความชราภาพที่มนุษย์สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความชราภาพลักษณะนี้ เกิดจากการปล่อยปละละเลยไม่ห่วง ไม่กังวล ไม่รักษาสุขภาพร่างกาย การใช้ร่างกายทำงานหนักจนเกินกำลัง การรับประทานอาหารมากเกินไป ดื่มสุรา สูบบุหรี่ พักผ่อนไม่เพียงพอ ในบางกรณีเกิดจากโรคร้ายมาเบียดเบียน ก่อให้เกิดความชราภาพแบบทุติยภูมิได้

ความสูงอายุหรือความชราภาพ จึงเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน และน่าสนใจ มนุษย์ทุกคนต้องประสบภาวะนี้ ที่กล่าวว่าสลับซับซ้อนเนื่องจาก กระบวนการของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (Physiological) ทางอารมณ์ (Emotional) การเรียนรู้สติปัญญา (Cognitive) เศรษฐกิจ (Economic) และทางส่วนตัว (Interpersonal) ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังคำกล่าวที่ว่า “ยิ่งอายุมากขึ้นเท่าไร ก็ยิ่งแตกต่างมากขึ้นเท่านั้น” (As we grow older, we become more unlike each other) คำกล่าวนี้เป็นที่ยอมรับอย่างมาก ดังนั้นกระบวนการเกี่ยวกับความชราภาพ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพราะความสูงอายุมีผลกระทบอย่างรวดเร็วในสังคม

สรุปได้ว่า ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุและภาวะสูงอายุเกี่ยวข้องกับความชรา หรือผู้สูงอายุซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในวงจรชีวิตระยะสุดท้าย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในสังคมจึงควรมีการประสานสัมพันธ์และให้การดูแลผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง เพราะมีผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคมและมีผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ทุกคนจึงควรให้ความสนใจกับการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่เป็นภาระต่อสังคม

จากแนวคิดข้างต้นจะสังเกตได้ว่าผู้สูงอายุนั้นเมื่อก้าวเข้าวัยสูงอายุแล้วจะมีความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านเกิดขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ดังนั้นเมื่อร่างกายเสื่อมถอยผู้สูงอายุจึงมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความชราภาพแล้ว ยังมีแนวคิดและทฤษฎีที่สำคัญอีกแนวคิด ทฤษฎีหนึ่งที่เกี่ยวข้องและสามารถนำมาอภิปรายผลในการศึกษาครั้งนี้ได้เป็นอย่างดี นั่นคือ แนวคิดทฤษฎีของมาสโลว์เกี่ยวกับลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Maslow's Hierarchy of needs)

2.1.2.2 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of needs) มาสโลว์ได้เสนอทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ไว้ 5 ขั้น ซึ่งความต้องการของมนุษย์เป็นสภาวะการขาดหรือเสียสมดุล ในสิ่งหนึ่งสิ่งใด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความต้องการของมนุษย์เป็นแรงจูงใจกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเพื่อชดเชยสภาวะการขาดหรือเสียสมดุลนั้น และนำมาซึ่งความพึงพอใจอย่างใด อย่างหนึ่งหรือหลายอย่างพร้อมกัน มาสโลว์ได้ศึกษาความต้องการของมนุษย์ที่เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ และได้นำเสนอรูปแบบความต้องการของมนุษย์ออกมาเป็นลำดับขั้น เรียกว่า “ลำดับความต้องการของมนุษย์” (Hierarchies of Needs) โดยเริ่มจากความต้องการระดับพื้นฐานขึ้นไป ประกอบด้วย

1) *ความต้องการทางร่างกาย (Physiological Needs)* เป็นความต้องการพื้นฐานระดับแรก ได้แก่ ความต้องการในสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ความต้องการอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่ อาศัย ยารักษาโรค ความต้องการทางเพศ นอกจากนี้ ความต้องการหลุดพ้นจากความเบื่อหน่ายจำเจ ความต้องการสิ่งตื่นเต้นเร้าใจ ความอยากรู้อยากเห็น ก็ถูกจัดอยู่ในความต้องการพื้นฐานนี้เช่นกัน

2) *ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety and Security Needs)* เป็นความต้องการที่อยู่เหนือจากความต้องการเพื่อการอยู่รอด เช่น ความต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ต้องการการปกป้องคุ้มครอง ความต้องการมีสุขภาพแข็งแรง ความต้องการความมั่นคงทางการเงิน การงาน ความต้องการความมั่นคงทางจิตใจ เป็นต้น สินค้าและบริการที่ตอบสนองความต้องการด้านนี้ เช่น แก๊สหุงต้ม เครื่องตัดไฟป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร เครื่องดับเพลิง บริการประกันภัย ประกันชีวิต ประกันสุขภาพ โรงพยาบาล ยามรักษาความปลอดภัย บริการด้านการเงินต่างๆ เป็นต้น

3) *ความต้องการด้านสังคม (Social Needs)* เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะมีชีวิตอยู่ในโลกอย่างไม่โดดเดี่ยว ได้รับความรัก มีครอบครัว มีเพื่อน ได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สินค้าและบริการที่ตอบสนองความต้องการด้านนี้ เช่น การ์ดอวยพรต่างๆ ดอกไม้ ของขวัญ ของกำนัล สมาชิกภาพในชมรม สมาคมหรือสโมสร

4) *ความต้องการเกียรติยศ ชื่อเสียง การยอมรับ (Recognition and Esteem Needs)* เป็นความต้องการที่จะได้รับการเคารพนับถือยกย่องจากคนในสังคม ความต้องการในเกียรติยศ ชื่อเสียง คำสรรเสริญ การมีศักดิ์ศรี มีฐานะและคู่ใจในสังคม บ่อยครั้งที่ความต้องการแบบนี้ทำให้มนุษย์เกิดพฤติกรรมต่างๆ เช่น การใช้สินค้ามียี่ห้อดัง การรับประทานอาหารในสถานที่หรูหรา การซื้อของขวัญราคาแพง การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมหรือสมาคมของคนชั้นสูง

5) *ความต้องการความสมหวังในชีวิต (Self-Actualization Needs)* เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ จะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการทุกด้านในชีวิตได้รับการสนองตอบอย่างครบถ้วนแล้ว

จะเห็นได้ว่าความต้องการขั้นแรก คือความต้องการในการมีชีวิตอยู่รอดด้วยปัจจัยสี่นั้น ถือเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต ผู้สูงอายุก็เป็นกลุ่มคนวัยหนึ่งที่มีความต้องการไม่แตกต่างไปจากคนในกลุ่มวัยอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการในด้านการดูแลสุขภาพเฝ้าระวังร่างกายที่ค่อยๆ เสื่อมถอยลง เนื่องจากการที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุจำเป็นต้องดูแลสุขภาพร่างกายเป็นพิเศษเพื่อไม่ให้เจ็บไข้ได้ป่วย แต่เมื่อป่วยแล้วก็จำเป็นต้องการยาและการพยาบาลเพื่อเป็นสิ่งที่เฝ้าระวังรักษาอาการป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน

แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นยาและการพยาบาลเป็นบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่าย โดยแนวความคิดในการวางแผนการเงินในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคลของริชาร์ด สติลแมน (Stillman, 1988) ได้กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการหารายได้ของบุคคลแต่ละช่วงชีวิต หรือในแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน ดังนั้นบุคคลจึงจำเป็นต้องวางแผนการเงินให้สอดคล้องกับภาระความรับผิดชอบที่มีอยู่ เพื่อให้ทุกช่วงชีวิตของตนเองหรือครอบครัวมีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอต่อเนื่อง

2.1.2.3 ทฤษฎีของริชาร์ด สติลแมน (Stillman, 1988) สติลแมนได้แบ่งลักษณะการเงินในแต่ละช่วงชีวิตของครอบครัว (Financing the Family's Life Cycle) ออกเป็น 5 ระยะดังนี้

1) *ระยะเริ่มตั้งครอบครัว (The beginning family)* ระยะนี้ครอบครัวเพิ่งแต่งงานใหม่ยังไม่มีบุตร และแต่ละฝ่ายมีรายได้ไม่มากนัก อาจมีทรัพย์สินเดิมอยู่บ้าง เช่น รถยนต์ หรือเงินออมจำนวนหนึ่ง บางคนอาจเริ่มต้นด้วยการเป็นหนี้ ในช่วงนี้ความจำเป็นในการใช้เงินของครอบครัวยังมีน้อย การใช้จ่ายสำหรับอาหารและเครื่องนุ่งห่มมีไม่มากนัก การใช้จ่ายเงินเพื่อการพักผ่อนบันเทิงมีอยู่บ้าง เนื่องจากมีเวลาว่าง ระยะนี้เป็น โอกาสดีที่จะซื้อหาของจำเป็นสำหรับครอบครัวและเก็บออมไว้ใช้ยามฉุกเฉิน หรือเก็บออมเพื่อการมีที่อยู่อาศัยของตนเอง

2) *ระยะขยายครอบครัว (The expanding family)* ช่วงนี้เริ่มต้นจากเริ่มมีบุตร จนถึงระยะบุตรเข้าใกล้วัยรุ่น ระยะนี้ครอบครัวต้องมีการค่าใช้จ่ายสูง ขณะเดียวกันความสามารถในการหารายได้ของครอบครัว ในช่วงนี้ก็สูงด้วย รายจ่ายส่วนใหญ่ได้แก่อาหาร เสื้อผ้า การรักษาพยาบาล การศึกษาของบุตร และจะมีการวางแผนการใช้เงินเพื่อสร้างหลักประกันให้แก่ครอบครัวซึ่งได้แก่ การประกันชีวิตที่ให้ความคุ้มครองถึงบุตรด้วย การซื้อบ้านเป็นของตนเอง ตลอดจนการเก็บออมไว้สำหรับการศึกษาขั้นสูงของบุตรในอนาคต

3) *ระยะแยกย้ายครอบครัว (The launching family)* ช่วงนี้เริ่มเมื่อบุตรสำเร็จการศึกษาออกหางานทำและแยกย้ายไปตั้งครอบครัวใหม่ ซึ่งในช่วงนี้ครอบครัวเริ่มมีเงินมากขึ้นและเป็นการดีที่จะเก็บออมไว้ใช้ในยามชรา เพราะไม่มีภาระที่ต้องส่งเสียบุตรอีกแล้ว การใช้จ่ายได้แก่ ด้านอาหาร เสื้อผ้า ซึ่งมีไม่มากนัก แต่รายจ่ายเพื่อพักผ่อนจะสูง

4) *ระยะช่วงกลางของครอบครัว (The middle-age family)* ระยะนี้เริ่มต้นจากในครอบครัวมีเฉพาะสามี ภรรยาเท่านั้น บุตรได้แต่งงานและแยกย้ายไปตั้งครอบครัวใหม่ จนถึงเกษียณอายุ รายได้ของครอบครัวจะไม่เพิ่มมากนัก การใช้จ่ายค่าอาหารเสื้อผ้าลดลง แต่ค่ารักษาพยาบาลจะสูงขึ้น บางครอบครัวอาจได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตร การใช้จ่ายเพื่อการซ่อมแซมสิ่งต่างๆ จะมีมากขึ้น บางครอบครัวอาจได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตร การใช้จ่ายเพื่อการซ่อมแซมสิ่งต่างๆ จะมีมากขึ้น เนื่องจากสิ่งของต่างๆ เริ่มหมดอายุการใช้งาน ช่วงนี้ครอบครัวสามารถเก็บออมได้บ้าง แต่ก็คงต้องนำไปจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น

5) *ระยะเมื่อเข้าสู่วัยชรา (The old-age family)* ช่วงนี้เริ่มต้นเมื่อเกษียณอายุจากงาน ระยะนี้ครอบครัวจึงมีรายได้จำกัด เพราะต้องอาศัยจากเงินบำนาญ เงินประกันชีวิต หรือดอกผลจากทรัพย์สินต่างๆ ที่ได้ลงทุนไว้เท่านั้น การใช้จ่ายต่างๆ ในช่วงนี้จึงต้องประหยัด แต่สิ่งที่จะประหยัดไม่ได้ คือค่ารักษาพยาบาล เพราะเป็นความจำเป็นสำหรับบุคคลในวัยนี้ อย่างไรก็ตาม ถ้าได้มีการวางแผนการเงินอย่างดีมาตั้งแต่ต้น ก็จะไม่มีปัญหาการเงินในช่วงนี้แต่อย่างใด

ดังได้กล่าวแล้ว จากแนวความคิดการวางแผนการเงินในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคลจะเห็นว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบุคคลจะมีความจำเป็นในการใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นมาก ก่อปรกับวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีรายได้จำกัด เนื่องจากเป็นวัยที่มีการทำงานลดน้อยลง ดังนั้นนอกจากการวางแผนทางการเงินที่ดีแล้ว ผู้สูงอายุยังควรมีหลักประกันด้านสุขภาพรองรับอีกด้วย โดยในปัจจุบันระบบหลักประกันด้านสุขภาพของประเทศไทยมีลักษณะเป็นอย่างไรนั้น จะได้กล่าวถึงในส่วนต่อไป

2.1.2.4 ทฤษฎีการบริโภคแบบวงจรแห่งชีวิต (Modigliani's Life Cycle Theory) ของฟรังโก มอดิกเลียนี (Mordigliani, 1977 อ้างใน บุญคง หันจางสิทธิ์, 2544) มอดิกเลียนีนี้เป็นนักเศรษฐศาสตร์ชาวอเมริกา ซึ่งเป็นผู้คิดค้นก่อให้เกิดทฤษฎีการบริโภคแบบวงจรแห่งชีวิต โดยตั้งอยู่บนสมมติฐานของทฤษฎีที่กล่าวไว้ว่า "การตัดสินใจบริโภคและออมทรัพย์สินในขณะใดขณะหนึ่งสะท้อนให้เห็นความพยายามอย่างมีสติไม่มากนักน้อยที่จะบรรลุผลคือสามารถกระจายการบริโภคตลอดช่วงชีวิตตามที่ต้องการ ภายใต้อำนาจการที่มีอยู่และสะสมตลอดช่วงชีวิตของครัวเรือน" (บุญคง หันจางสิทธิ์, 2544) โดยทั่วไปบุคคลมักจะมีรายได้ต่ำในช่วงเริ่มต้นชีวิตและในช่วงปลายของชีวิต เนื่องจากในสองช่วงชีวิตดังกล่าวถือเป็นวัยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยกว่าปรกติ จำเป็นที่จะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ดังนั้นจึงทำให้ผลผลิตในช่วงวัยนี้ต่ำ แต่บุคคลจะมีรายได้สูงเมื่ออยู่ในวัยกลางคน ในขณะที่การบริโภคอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่หรือสูงขึ้นทีละน้อยตลอดช่วงชีวิต ในช่วงเริ่มต้นชีวิตนั้นอาจกล่าวได้ว่าเป็นช่วงที่ต้องก่อร่างสร้างตัวจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกักเงินอนาคตมาใช้เนื่องจากรายได้ได้น้อยเพราะประสบการณ์ยังน้อยอยู่ แต่พอเข้าสู่ช่วงกลางของชีวิตรายได้จะ

เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีประสบการณ์มากขึ้นบวกกับกำลังวังชาตอนยังหนุ่มสาวทำให้ทำงานได้ไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ซึ่งในช่วงนี้บุคคลจะเริ่มจ่ายหนี้ที่เกิดขึ้นในช่วงเริ่มชีวิตและจะเริ่มออมมากขึ้นเพื่อสำรองไว้เวลาออกจากงานและสำรองไว้ใช้ในวันบั้นปลายชีวิต แต่เมื่อพออายุมากขึ้นกำลังวังชาจะอ่อนลงความขยันจะลดน้อยลงแม้ว่าประสบการณ์จะมีมาก และในที่สุดความถดถอยของสุขภาพก็จะดึงระดับรายได้ให้ลดลง ทำให้ในช่วงบั้นปลายชีวิต การออมที่ออมจากในช่วงวัยกลางคนจะติดลบ เพราะเป็นช่วงที่เกษียณอายุจากการทำงาน รายได้จากการทำงานที่เคยเพียงพอ เมื่อไม่ได้ทำงานรายได้ก็ลดน้อยลง ดังนั้นเงินออมที่ได้ออมไว้ก็จำเป็นที่จะต้องเอามาใช้เพิ่มเติมจากส่วนนี้ที่ขาดหายไป

2.1.2.5 ปัจจัยสำคัญที่กำหนดรายได้ตลอดชีวิต (Thomson's Life Time Income Profile) ของพรอคเตอร์ ทอมสัน (Proctor, 1969 อ้างใน บุญคง หันจางสิทธิ์, 2553) ทอมสันได้อธิบายถึงปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดรายได้ตลอดชีวิต พอจะสรุปได้ว่า ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ พลังแห่งความเข้มแข็งของร่างกาย ความก้าวหน้าในงานอาชีพ และความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ล้วนแล้วเป็นปัจจัยสำคัญในการที่เป็นตัวกำหนดรายได้ของบุคคล โดยที่คนเราเมื่อมีความรู้ความสามารถจากการศึกษาเล่าเรียน ระดับความรู้ความสามารถนั้นจะเป็นตัวกำหนดรายได้เบื้องต้น กล่าวอย่างง่ายคือ ระดับการศึกษาจะเป็นตัวกำหนดเงินเดือนเบื้องต้นของคน และพอเมื่อเข้าทำงาน ได้นำสิ่งที่ได้เล่าเรียนมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน บวกกับสิ่งที่ได้รู้ได้เห็นจากหน้าที่การงานที่รับผิดชอบ นานวันเข้าก่อให้เกิดประสบการณ์ ประสบการณ์ยังมียังมีการทำงานก็ยังมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้รายได้เพิ่มขึ้นจากเดิม พลังแห่งความเข้มแข็งก็เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อรายได้ กล่าวคือ ต่อให้มีความรู้หรือประสบการณ์มากแค่ไหน ก็เปล่าประโยชน์หากสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวย อย่างเช่นคนหนุ่มสาว สามารถทำงานได้อย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ขณะที่ผู้สูงวัยที่ยังนับวันสภาพร่างกายยิ่งเสื่อมถอย องค์กรก็จำเป็นที่จะต้องปลดเกษียณให้ รายได้ก็จำเป็นที่จะต้องลดลงอย่างปฏิเสธไม่ได้ ขณะที่คนหนุ่มสาวเงินเดือนก็ยิ่งเพิ่มขึ้นๆ จากความก้าวหน้าในอาชีพการงาน แต่ความก้าวหน้าในอาชีพการงานก็มีความแตกต่างกันไปตามสาขาอาชีพ ดังนั้นรายได้จะเพิ่มมากขึ้นหรือน้อยนั้นก็ขึ้นกับสาขาอาชีพที่ทำและการก้าวหน้าในสาขาอาชีพด้วยตัวเองด้วย นอกจากนี้แล้วความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศก็เป็นส่วนสำคัญที่สามารถส่งผลถึงรายได้ กล่าวคือหากเศรษฐกิจดี รายได้ของบุคคลก็จะดีด้วย แต่หากเศรษฐกิจแย่รายได้ของบุคคลก็จะน้อยคล้อยตามเช่นกัน

ซึ่งจากทฤษฎีดังกล่าวทำให้สามารถตระหนักได้ว่าเมื่อก้าวถึงความเป็นผู้สูงวัย ถึงแม้จะมีความรู้ความสามารถมากเพียงใด หรือว่ามีความก้าวหน้าในอาชีพการงานมากแค่ไหน แม้กระทั่งไม่ว่าเศรษฐกิจขณะนั้นจะรุ่งเรืองเพียงอย่างไร แต่หากสุดท้ายแล้วด้วยความเสื่อมของวัย

กายที่เสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็วในทุกๆ วัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้อย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อยได้เหมือนในตอนที่ยังหนุ่มสาว จึงทำให้รายได้ในกลุ่มผู้สูงอายุลดลง แต่ขณะที่รายจ่ายในการดูแลสุขภาพจำเป็นที่จะต้องจ่ายเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ วัน

2.1.3 ผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.1.3.1 ลักษณะทั่วไป ประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราการเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มประชากรรวมของประเทศ และหากศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเพศและอายุของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไประหว่างปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2573 จะพบว่า ประชากรสูงอายุในวัยปลายหรือที่มีอายุมากที่สุด (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีการเพิ่มขนาดและสัดส่วนเร็วกว่าประชากรสูงอายุกลุ่มอื่น หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ประเทศไทยไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่มีขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเท่านั้น แต่ประเทศไทยยังมีการสูงอายุขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มของประชากรที่สูงอายุอีกด้วย นอกจากนี้โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรสูงอายุนั้นยังชี้ให้เห็นถึงความไม่สมดุลกันทางเพศในกลุ่มของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) ทั้งนี้เพราะสัดส่วนของหญิงสูงอายุจะมีมากกว่าและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าสัดส่วนของชายสูงอายุระหว่างปี พ.ศ.2552 ถึง พ.ศ.2573 ดังนั้น จึงมักมีการกล่าวกันว่า “เรื่องของผู้สูงอายุเป็นเรื่องของผู้หญิง” หรือ “Feminization of elderly” (จอห์น โนเคล และนภาพร ชโยวรรณ, 2552)

2.1.3.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย การเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อมของผู้สูงอายุทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยไปด้วย แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มองว่าตนเองมีสุขภาพค่อนข้างดี โดยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) ที่ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 9,195 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพโดยรวมของตนเองมีสุขภาพปานกลางร้อยละ 48.4 และประเมินว่าดีถึงดีมากร้อยละ 38.1 (ดีร้อยละ 32.6 ดีมากถึงร้อยละ 5.5) ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณภาพไม่ดีและไม่ดีเลยร้อยละ 12.5 และ 1.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศ พบว่า ผู้สูงอายุชายประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าปานกลาง ดี และดีมากสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ส่วนผู้สูงอายุหญิงประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าไม่ดี และไม่ดีเลยสูงกว่าผู้สูงอายุชาย เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่มอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าดีลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 33.8 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 32.1 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 27.5) และประเมินว่าไม่ดีมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเช่นกัน (ผู้สูงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 10.3 ผู้สูงอายุ 70-79 ปีร้อยละ 13.9 ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 19.7) จากการสำรวจ

ในเรื่องการประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองที่ผ่านมาจะเห็นว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะประเมินสุขภาพตนเองไปในทิศทางเดียวกันคือ ส่วนใหญ่จะประเมินว่ามีสุขภาพปานกลางถึงดีมากประมาณร้อยละ 70-80 และประเมินว่ามีสุขภาพไม่ดีถึงไม่ดีเลยไม่ถึง 1 ใน 4 และมีแนวโน้มลดลง (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2552)

จากสถานการณ์ของภาวะประชากรที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของกลุ่มประชากรสูงอายุซึ่งมีทั้งจำนวนและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญมากประการหนึ่งของวัยสูงอายุ โดยศึกษาในประเด็นของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในรูปแบบของตัวเงินที่บุคคลใช้จ่ายไปในการรักษาพยาบาล ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ค่ายานพาหนะในการเดินทางไปยังสถานพยาบาล ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าเตียง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ ค่าบำบัดรักษาพยาบาล ค่าบริการตรวจวิเคราะห์โรค ค่าเอ็กซเรย์ จนไปถึงค่ายา เป็นต้น

ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นนี้ มีทั้งส่วนที่ผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง และส่วนที่ระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้

สำหรับระบบหลักประกันด้านสุขภาพ / สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประเทศไทย โดยหลักๆ มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ระบบหลักประกันด้านสุขภาพ / สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประเทศไทย

2.2.1.1 การประกันสุขภาพ คือ การเฉลี่ยความเสี่ยงหรือความไม่แน่นอนในทางสุขภาพระหว่างบุคคลต่างๆ ในชุมชนเดียวกัน ซึ่งได้แก่ความไม่แน่นอนในการเกิดโรคหรือบาดเจ็บ ความไม่แน่นอนในระดับของความเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนในการจ่ายค่ารักษามากน้อยแค่ไหน (ฉัตรสุมน พฤติพิชญ์, 2553) ดังนั้นการประกันสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่เพิ่มความแน่นอนให้กับบุคคลโดยการเฉลี่ยระหว่างผู้ที่มีรายได้น้อยกับผู้ที่มีรายได้สูง เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ควรได้โดยการจ่ายเงินไปตามความสามารถ กล่าวคือมีรายได้มากก็จ่ายมาก มีรายได้น้อยก็จ่ายน้อยแล้วนำเงินนำเงินนั้นมารวมเข้าด้วยกัน และจ่ายไปตามความจำเป็นในการใช้บริการของแต่ละคน

2.2.1.2 ประเภทของระบบหลักประกันด้านสุขภาพ ระบบประกัน

สุขภาพโดยทั่วๆ ไปแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (Voluntary health insurance) เป็นการประกันสุขภาพที่ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเองในการทำโดยไม่ต้องอาศัยกฎหมายเป็นตัวบังคับ ดังนั้นการแสวงหาหลักประกันจึงเป็นไปตามสมัครใจ เช่น การประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน ส่วนการประกันสุขภาพภาคบังคับ (Compulsory health insurance) ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพที่กฎหมายบังคับให้ทุกคนต้องอยู่ในการคุ้มครองของการให้หลักประกันทางสุขภาพ โดยในประเทศไทยเริ่มจากพระราชบัญญัติกองทุนทดแทนแรงงานในปี พ.ศ.2516 (สุกสิทธิ พรณารุ โณทัย, 2543) ซึ่งในประเทศไทยระบบประกันสุขภาพได้แบ่งเป็นประเภทหลักๆ ดังต่อไปนี้

- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มต้นตั้งแต่เมื่อปี พ.ศ. 2544 เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาในการเจ็บป่วยของประชาชน โดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนไทยทุกคนควรมี เพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนที่ถือบัตรประชาชนและไม่มีสิทธิการรักษาอื่นสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น

- ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน

กองทุนประกันสังคมสร้างขึ้นเพื่อมีวัตถุประสงค์ในการสร้างหลักประกันและความมั่นคงในการดำรงชีวิตให้แก่ลูกจ้างเอกชน ระบบประกันสังคมเป็นระบบการจ่ายเบี้ยประกันซึ่งได้จากการหักเงินเดือน ณ ที่จ่ายของลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการ พร้อมทั้งจะหักในปริมาณที่เท่ากันจากนายจ้างและกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ระบบการคุ้มครองจะเป็นการทำสัญญากับโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน โดยเป็นการจ่ายในลักษณะจ่ายตามหัว จะคุ้มครองผู้ประกันตนในกรณีเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุ

กองทุนเงินทดแทนเป็นกองทุนที่รัฐบาลจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 เพื่อจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้างเมื่อลูกจ้างเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุอันตรายทุพพลภาพ สูญหายหรือถึงแก่ความตายอันเนื่องมาจากการทำงาน โดยการเรียกเก็บเงินสบทบเข้ากองทุนทดแทนจะเรียกเก็บกับเจ้านายจ้างเป็นรายปี โดยจะคิดค่าจ้างที่จ่ายให้ลูกจ้างคูณด้วยอัตราส่วนสบทบของประเภทกิจการนั้น ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.2% - 1% ตามความเสี่ยงภัยในการทำงานของกิจการนั้นๆ

- สวัสดิการข้าราชการ

เป็นสวัสดิการที่ภาครัฐออกให้เพื่อคุ้มครองข้าราชการและสมาชิก แม้จะเกษียณราชการสิทธินี้ก็ยังคุ้มครองอยู่ กองทุนนี้ได้รับการสนับสนุนจากภาษีรัฐและถูกควบคุมการจัดการ

โดยกระทรวงการคลัง ซึ่งได้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยการจำกัดสิทธิในการเข้ารักษาในสถานบริการเอกชน รวมทั้งหากต้องการได้รับยานอกบัญชียาหลักจะต้องร่วมจ่ายบางส่วนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540

- ประกันสุขภาพของบริษัทประกัน

การประกันสุขภาพเอกชนจะอยู่ในรูปแบบของการซื้อกรมธรรม์ประกันสุขภาพ โดยกรมธรรม์ประกันสุขภาพนี้คือสัญญาระหว่างผู้เอาประกันกับบริษัทผู้รับประกัน เมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบายบริษัทผู้ออกกรมธรรม์จะเป็นผู้รับผิดชอบในค่าใช้จ่ายสำหรับความเจ็บป่วยต่างๆ หรืออุบัติเหตุตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในสัญญา

จะเห็นได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพที่มีในประเทศไทยนั้นค่อนข้างครอบคลุมประชาชนทุกภาคส่วน ทุกระดับชั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้สิทธิขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลจากสถานบริการทางสาธารณสุขของภาครัฐ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยรับผิดชอบเองก็ยังคงมีอยู่ในสัดส่วนที่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้ป่วยนอก ข้อมูลตัวเลขจากโครงการการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2552 พบว่า ร้อยละ 46.1 ของผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบเอง การศึกษาในครั้งนี้จึงมุ่งหวังเพื่อที่จะศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มประชากรที่น่าสนใจ ซึ่งก็คือกลุ่มผู้สูงอายุนั่นเอง

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

เพศ เป็นปัจจัยที่น่าสนใจปัจจัยหนึ่ง เพราะเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพด้านต่างๆ ที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ พงศ์ศักดิ์ สุกุลทักษิณ (2550) เรื่อง รูปแบบการใช้จ่ายเงินที่มีผลต่อความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง พบว่า ผู้สูงอายุชายมีรูปแบบการใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อสารเสพติดและเครื่องดื่มให้โทษมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป่วยได้สูง และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุหญิงมีการใช้จ่ายเงินเพื่อรักษาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุชาย

อายุ เป็นที่ทราบกันดีว่าสุขภาพของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยลงไปตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ง่ายต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชน

ไทย ที่ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 9,195 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมิแนวโน้มที่จะประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จากการสำรวจดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบปัญหาทางด้านสุขภาพเมื่ออายุมากขึ้น และความสูงวัยย่อมทำให้ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการทำงานลดลงพร้อมทั้งยังต้องมีการใช้จ่ายในการรักษาตัวเองให้หายจากอาการป่วยเพิ่มขึ้นเมื่อยามเจ็บไข้ตามมามากด้วย

ระดับการศึกษา การศึกษาก็เปรียบเสมือนการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต การได้รับการศึกษาที่ดีก็ย่อมก่อให้เกิดหนทางไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การศึกษามีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพอย่างแยกกันไม่ออก บุญคง หันจงสิทธิ์ (2553) ได้กล่าวไว้ว่า “การลงทุนด้านการศึกษาและการลงทุนด้านสุขภาพ อนาคตเป็นการลงทุนร่วม (Joint Investment)” กล่าวคือการลงทุนแต่ละด้านเอื้อประโยชน์ต่อกัน โดยผู้ที่ได้รับการศึกษาสูง มีความรู้ความเข้าใจ จะสามารถเอาใจใส่สุขภาพได้ดีกว่า ดังนั้นด้วยการเอาใจใส่ในด้านสุขภาพที่มากกว่า จึงส่งผลให้ผู้ที่มีการศึกษาสูง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงตามไปด้วย

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ทุกวันนี้การใช้ชีวิตในสังคมโดยทั่วไปยังเสี่ยงต่อการที่จะป่วยเป็นโรคภัยต่างๆ นานา ได้อย่างไม่ทันตั้งตัว และยังถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเพิ่มเข้ามาด้วย โอกาสที่จะเจ็บป่วยยิ่งจะมีสูงเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ วิชชุดา อินทรมานวงศ์ (2546) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ที่ไม่ดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่มีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 และ .01 ตามลำดับ

โรคประจำตัว โรคประจำตัวเป็นสิ่งที่ใครๆ ก็ไม่อยากจะมี กระทั่งในพระพุทธศาสนา เองยังได้มีสุภาษิตกล่าวไว้ว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” ซึ่งหมายถึง การไม่มีโรคนั้น เป็นลาภอันประเสริฐ แสดงให้เห็นว่าการหลีกเลี่ยงโรคภัยเป็นสิ่งที่คนถือปฏิบัติกันมานานแล้ว แต่เมื่อร่างกายได้เสื่อมถอยไปตามกาลเวลาที่ดำเนินไป คนเราไม่อาจจะฝืนให้ความเสื่อมถอยนั้นหยุดนิ่งได้ ยิ่งเมื่ออายุมากขึ้นๆ ร่างกายก็จะมีแต่จะยิ่งเสื่อมมากขึ้นๆ ดังนั้นสิ่งที่สามารถทำได้คือการดูแลสุขภาพให้มากขึ้นและเฝ้าระวังรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อเจ็บป่วย การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่าย โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว จากการศึกษาของ พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ (2550) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบค่าใช้จ่ายที่มีผลต่อความเพียงพอของรายได้

ของผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีการใช้จ่ายเงินเพื่อรักษาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประเภทของสถานพยาบาล ขามเมื่อเราเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ปฏิเสธไม่ได้ที่จะไม่ไปยังสถานพยาบาล ปัจจุบันระบบการแพทย์ของประเทศไทยมีความก้าวหน้ากว่าแต่ก่อนมากและยังขยายพื้นที่ให้บริการเป็นวงกว้างในทุกๆ ภาคส่วน ซึ่งมีทั้งในรูปแบบสถานพยาบาลของภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนได้เลือกใช้บริการได้อย่างสะดวก ดังนั้นประเภทของสถานพยาบาลจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สนใจยิ่ง เนื่องจากรูปแบบสถานพยาบาลที่ต่างกันย่อมส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่างกัน จากการศึกษาของวาทีนิ บุญชะลิกษ์ และ ยุพิน วรสิริอมร (2544) ในเรื่องภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed Method) พบว่า การให้บริการของสถานพยาบาลเอกชนนั้นคิดค่าบริการแพงกว่าการให้บริการของสถานพยาบาลรัฐ

จำนวนบุตร ถึงแม้ว่าโครงสร้างของครอบครัวไทยได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ประเทศไทยยังเป็นสังคมที่พ่อแม่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอยู่ร่วมกับบุตรและได้รับการดูแลต่างๆ จากบุตร ซึ่งจากการศึกษาของ อุทัยทิพย์ รักรรยาบรรณ (2549) เรื่องการเกื้อหนุนของครอบครัวต่อผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวทางด้านการเงินมากที่สุด (ร้อยละ 82) โดยผู้ที่ให้การเกื้อหนุนทุกประเภทแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ บุตร และผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรจะได้รับการเกื้อหนุนทุกประเภทมากที่สุด และเมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนบุตรมากขึ้น การได้รับการเกื้อหนุนก็จะเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการเกื้อหนุนทุกประเภทมากที่สุด ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้คงเป็นกระจุกเงาที่สะท้อนให้เห็นถึงการที่ผู้สูงอายุได้รับความดูแลจากบุตร จะได้รับการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเมื่อยามเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี

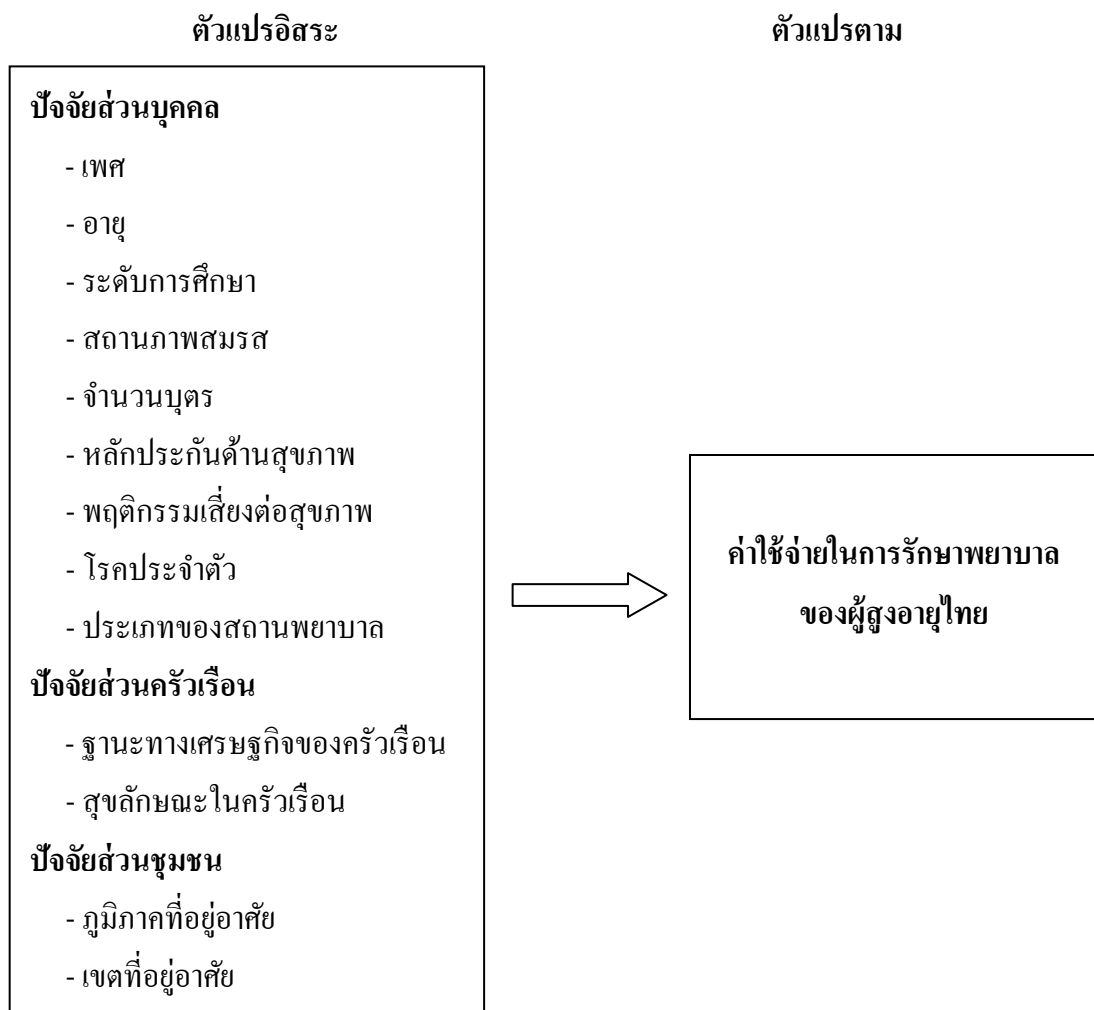
ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ปัจจุบันเงินนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่จะสนองความต้องการในด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุแล้วปัญหาหลักคือปัญหาด้านเศรษฐกิจ (นภาพร ชัยสุวรรณ และคณะ, 2532) เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องของการประกอบอาชีพอันมาจากอายุและภาวะสุขภาพ ทำให้รายได้ลดน้อยลง การที่ผู้สูงอายุจะมีเงินเก็บที่พอเพียงต่อการดำเนินชีวิตในบั้นปลาย ส่วนหนึ่งมาจากหน้าที่การงานที่มั่นคง และรายได้ที่สมดุลกับรายจ่ายในช่วงวัยก่อนสูงอายุ แต่เชื่อว่าการเก็บออมจะมีได้ในทุกๆ คนเสมอไป เพราะในแต่ละบุคคลย่อมมี

พฤติกรรมการใช้จ่ายที่แตกต่างกัน เมื่อถึงวัยสูงอายุการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายเพื่อเยียวยารักษา จากการศึกษาเรื่องภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ของวาทีณี บุญชะลิกย์ และ ยุพิน วรสิริอมร (2544) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการจากโรงพยาบาลเอกชนจะเป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนจึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจในการศึกษา

เขตที่อยู่อาศัย ขึ้นชื่อว่าเมืองย่อมเป็นที่เข้าใจกันดีว่าต้องอุดมไปด้วยความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ มีระบบสาธารณูปโภคต่างๆ เพื่อรองรับความเป็นอยู่ของประชาชนได้ครบครัน (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2543) ดังนั้นในเขตเมืองจึงมีแหล่งบริการรักษาหรือสถานพยาบาลให้ประชาชนเลือกใช้ได้มากกว่าในเขตชนบท นอกจากนี้จากการศึกษาสำรวจทั่วประเทศของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2552) เรื่องสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า จำนวนสถานพยาบาลผู้สูงอายุทั้งหมด 138 แห่ง พบมากที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร 68 แห่ง รองลงมาคือภาคกลาง 42 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 13 แห่ง ภาคเหนือ 10 แห่ง และภาคใต้ 5 แห่ง จะเห็นได้ว่าในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนสถานพยาบาลมากกว่าภาคอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องมาจากสภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน และสถานะความจำเป็นของสังคมในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ยังมีความเป็นชนบทมากกว่าเป็น ชุมชนเมือง

2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากวัตถุประสงค์ของการวิจัย การทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สามารถสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยได้ดังนี้ **ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร หลักประกันด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โรคประจำตัว ประเภทของสถานพยาบาล **ปัจจัยส่วนครัวเรือน** ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน สุขลักษณะในครัวเรือน และ **ปัจจัยส่วนชุมชน** ได้แก่ ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย น่าจะมีความสัมพันธ์และเป็นตัวกำหนดต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลดังกล่าว เป็นข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 ทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 มีการแบ่งพื้นที่การเก็บข้อมูลตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลทั่วทั้งประเทศ ทั้งหมด 1,932 ชุมรวมอาคาร/หมู่บ้าน ครอบคลุมครัวเรือนทั้งสิ้น 26,520 ครัวเรือน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนในครัวเรือนด้วยการใช้แบบสอบถาม

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จะเลือกเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยและเข้ารับการักษาพยาบาลในแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ จำนวน 4,746 คน แยกเป็นชาย 1,763 คน และหญิง 2,983 คน

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยนำข้อมูลทุติยภูมิของโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติมาวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้โปรแกรม SPSS for Windows Version 20 เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ศึกษา โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เพื่อศึกษารูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย โดยใช้สถิติค่าร้อยละ (Percentage) นำเสนอด้วยตารางไขว้ (Cross Tabulation Table) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนครัวเรือน และปัจจัยส่วนชุมชน เพื่อแจกแจงให้เห็นรูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression) ในการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามีดังต่อไปนี้

ตัวแปรตาม คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 1. ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร หลักประกันด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โรคประจำตัว ประเภทของสถานพยาบาล) 2. ปัจจัยส่วนครัวเรือน (ฐานะเศรษฐกิจของครัวเรือน สุขลักษณะในครัวเรือน) และ 3. ปัจจัยส่วนชุมชน (ภูมิภาคที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย)

ตารางที่ 3.1 ระดับการวัดของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	ระดับการวัด	วิธีการวัด
ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	Ratio Scale	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่จ่ายจริงในการเข้ารับการรักษาพยาบาลต่อครั้ง เป็นจำนวนเต็ม มีหน่วยเป็น บาท (0,1, 2, 3, ..., n บาท)
ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)		
เพศ	Nominal Scale	1 = ชาย 2 = หญิง (กลุ่มอ้างอิง)
อายุ	Ordinal Scale	1 = 60-69 ปี (กลุ่มอ้างอิง) 2 = 70-89 ปี 3 = 80 ปีขึ้นไป
ระดับการศึกษาการศึกษา	Ordinal Scale	0 = ต่ำกว่าประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง) 1= ประถมศึกษา 2 = มัธยมศึกษาขึ้นไป

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	ระดับการวัด	วิธีการวัด
สถานภาพสมรส	Nominal Scale	1 = โสด (กลุ่มอ้างอิง) 2 = สมรส 3 = หม้าย, หย่า, แยก
จำนวนบุตร	Ratio Scale	จำนวนบุตร เป็นจำนวนเต็ม มีหน่วยเป็น คน (0,1, 2, 3, ..., n คน)
หลักประกันด้านสุขภาพ	Nominal Scale	0 = ไม่มีสวัสดิการ (กลุ่มอ้างอิง) 1 = ประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2 = ประกันสังคม 3 = สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 4 = ประกันสุขภาพเอกชน
พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ	Ordinal Scale	1 = เสี่ยง 2 = ไม่เสี่ยง (กลุ่มอ้างอิง)
โรคประจำตัว	Nominal Scale	0 = ไม่มีโรคประจำตัว (กลุ่มอ้างอิง) 1 = โรคหัวใจ/หลอดเลือด 2 = โรคเบาหวาน/ต่อมไทรอยด์ 3 = โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ 4 = ระบบทางเดินหายใจ 5 = ระบบการรับรู้ 6 = โรคมะเร็ง 7 = ระบบสืบพันธุ์/ปัสสาวะ 8 = โรคอื่นๆ
ประเภทของสถานพยาบาล	Nominal Scale	1 = สถานพยาบาลของรัฐ 2 = สถานพยาบาลของเอกชน (กลุ่มอ้างอิง)
ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	Ordinal Scale	1 = ขากจน 2 = ปานกลาง 3 = รวย (กลุ่มอ้างอิง)

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	ระดับการวัด	วิธีการวัด
สัญลักษณ์ในครัวเรือน	Ordinal Scale	1 = น้อย 2 = ปานกลาง 3 = มาก (กลุ่มอ้างอิง)
ภูมิภาคที่อยู่อาศัย	Nominal Scale	1 = ภาคกลาง 2 = ภาคเหนือ 3 = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4 = ภาคใต้ 5 = กรุงเทพมหานคร (กลุ่มอ้างอิง)
เขตที่อยู่อาศัย	Nominal Scale	1 = เขตเมือง 2 = เขตชนบท (กลุ่มอ้างอิง)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจนามัย และสถิติการ พ.ศ. 2552 เพื่อตอบวัตถุประสงค์ในการศึกษา 2 ข้อ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย และปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ดังนั้นในบทนี้ จึงนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลใน 3 ส่วนหลักด้วยกัน ดังนี้

4.1 ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง

4.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกับปัจจัยส่วนบุคคล คร่าวเรือน และชุมชน

4.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

ในส่วนของคุณลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่างและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และตารางไขว้ในการวิเคราะห์ และใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย โดยได้ทำการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน (Correlation Matrix) ก่อนที่จะนำเข้าสู่สมการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

4.1 ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นคนไข้นอก ในช่วง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ เป็นประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งมีทั้งหมด 4,746 คน โดยในการนำเสนอคุณลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนครัวเรือน และปัจจัยส่วนชุมชน โดยเป็นการนำเสนอข้อมูลด้วยจำนวน และ ค่าร้อยละ ดังต่อไปนี้

4.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ในส่วนนี้ประกอบไปด้วยคุณลักษณะ 9 ประการของตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้จากการทำงาน จำนวนบุตร หลักประกันด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โรคประจำตัว และประเภทของสถานพยาบาล (ตารางที่ 4.1)

คุณลักษณะแรก คือ เพศ ประชากรตัวอย่างในการศึกษาเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 62.9 และร้อยละ 37.1 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยของประชากรตัวอย่างคือ 70.91 ปี เมื่อพิจารณา จำแนกออกเป็น 3 กลุ่มอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงสูงอายุดอนต้น 60-69 ปี รองลงมาอยู่ในช่วงสูงอายุดอนกลาง 70-79 ปี และกลุ่มสุดท้ายคือช่วงสูงอายุดอนปลาย อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 46.5 ร้อยละ 38.2 และร้อยละ 15.3 ตามลำดับ) ประชากรตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา โดยมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 87.1 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และประถมศึกษา (ร้อยละ 10.0 ร้อยละ 2.9 ตามลำดับ)

ประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.8 มีเพียงร้อยละ 4.0 เท่านั้นที่ยังคงโสด นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพ หม้าย หย่า และแยก มีสูงถึงร้อยละ 39.2

ประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ มีบุตรเฉลี่ย 0.9 คน โดยส่วนมากแล้วจะมีบุตรอยู่ที่ 1 คน ร้อยละ 44.5 รองลงมา จะมีบุตรตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 26.2 อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรเลย ก็มีอยู่สูงถึงร้อยละ 44.5

ประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีหลักประกันด้านสุขภาพ โดยเป็นบัตรทอง สูงถึงร้อยละ 75.3 รองลงมา เป็นสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 22.7) ประกันสังคม (ร้อยละ 0.7) และประกันสุขภาพเอกชน (ร้อยละ 0.3) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังคงมีผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพเลย อยู่ราวร้อยละ 0.9

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพเลย มีสูงถึงร้อยละ 64.8 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 35.2 นั้น ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยมีการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่อยู่

โรคประจำตัวที่ประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยเป็นมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีสูงถึง ร้อยละ 40.5 รองลงมาอีก 2 อันดับ คือ โรคเบาหวาน/ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและโรคความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 22.4 และ ร้อยละ 10.9 ตามลำดับ) ขณะที่ผู้สูงอายุที่ยังคงมีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัวเลย มีเพียงร้อยละ 13.1 เท่านั้น

ประเภทของสถานพยาบาลที่ประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยเลือกใช้เมื่อยามเจ็บไข้ได้ป่วยมากที่สุด คือ โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเลือกใช้กันสูงถึงร้อยละ 86.3 ส่วนที่เหลืออีกกรวยร้อยละ 13.7 นั้นเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

	ปัจจัยส่วนบุคคล	ร้อยละ	(จำนวน)
เพศ			
	ชาย	37.1	(1,763)
	หญิง	62.9	(2,983)
	รวม	100.0	(4,746)
อายุ			
	60 – 69 ปี	46.5	(2,207)
	70 – 79 ปี	38.2	(1,814)
	80 ปีขึ้นไป	15.3	(725)
	รวม	100.0	(4,746)
	เฉลี่ย = 70.91 ปี		
ระดับการศึกษา			
	ต่ำกว่าประถมศึกษา	87.1	(4,134)
	ประถมศึกษา	2.9	(139)
	มัธยมศึกษาขึ้นไป	10.0	(473)
	รวม	100.0	(4,746)
สถานภาพสมรส			
	โสด	4.0	(190)
	สมรส	56.8	(2,697)
	หม้าย, หย่า, แยก	39.2	(1,859)
	รวม	100.0	(4,746)

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ร้อยละ	(จำนวน)
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	44.5	(2,114)
1 คน	29.3	(1,390)
2 คนขึ้นไป	26.2	(1,242)
รวม	100.0	(4,746)
เฉลี่ย = 0.9 คน		
หลักประกันด้านสุขภาพ		
ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ	0.9	(43)
บัตรทอง	75.3	(3,576)
สิทธิข้าราชการ	22.7	(1,079)
ประกันสังคม	0.7	(34)
ประกันสุขภาพเอกชน	0.3	(14)
รวม	100.0	(4,746)
พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ		
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง	64.8	(3,077)
มีพฤติกรรมเสี่ยง	35.2	(1,669)
รวม	100.0	(4,746)
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	13.1	(621)
โรคหัวใจและหลอดเลือด	40.5	(1,920)
โรคเบาหวาน/ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์	22.4	(1,062)
ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ	10.9	(518)
โรคเรื้อรังของระบบหายใจ	4.2	(198)
ความผิดปกติทางการรับรู้	2.1	(98)
โรคมะเร็ง	2.0	(95)
โรคทางระบบสืบพันธุ์และปัสสาวะ	1.8	(86)
โรคอื่นๆ	3.1	(148.0)
รวม	100.0	(4,746)

ตารางที่ 4.1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ร้อยละ	(จำนวน)
ประเภทของสถานพยาบาล		
โรงพยาบาลรัฐ	86.3	(4,096)
โรงพยาบาลเอกชน	13.7	(650)
รวม	100.0	(4,746)

4.1.2 ปัจจัยส่วนครัวเรือน

ในส่วนของปัจจัยส่วนครัวเรือนนี้ ประกอบด้วยฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และสุขลักษณะในครัวเรือน (ตารางที่ 4.2) ในด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 59.7 รองลงมา อยู่ในระดับรวยและอยู่ในระดับยากจน (ร้อยละ 21.0 และ ร้อยละ 19.3 ตามลำดับ)

ด้านสุขลักษณะในครัวเรือน ประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยโดยส่วนมากมีสุขลักษณะในครัวเรือนอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 66.4) รองลงมา มีสุขลักษณะในครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.0) และมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีสุขลักษณะในครัวเรือนอยู่ในระดับต่ำ (เพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนครัวเรือน

ปัจจัยส่วนครัวเรือน	ร้อยละ	(จำนวน)
ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน		
จน	19.3	(918)
ปานกลาง	59.7	(2,832)
รวย	21.0	(996)
รวม	100.0	(4,746)
สุขลักษณะในครัวเรือน		
ต่ำ	0.6	(30)
ปานกลาง	33.0	(1,565)
สูง	66.4	(3,151)
รวม	100.0	(4,746)

4.1.3 ปัจจัยส่วนชุมชน

ปัจจัยส่วนชุมชนในที่นี้ประกอบด้วยภูมิภาคที่อยู่อาศัยและเขตที่อยู่อาศัย (ตารางที่ 4.3) โดยส่วนใหญ่แล้วประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยอาศัยอยู่ในภาคกลาง สูงถึงร้อยละ 32.5 รองลงมา อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 25.9 ร้อยละ 23.9 ร้อยละ 13.8 และร้อยละ 3.8 ตามลำดับ) ส่วนเขตที่อยู่อาศัย พบว่า ประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยมากกว่าครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในเขตเมือง (ร้อยละ 56.7) และส่วนที่เหลืออาศัยอยู่ในเขตชนบท (ร้อยละ 43.3)

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนชุมชน

ปัจจัยส่วนชุมชน	ร้อยละ	(จำนวน)
ภูมิภาคที่อยู่อาศัย		
กรุงเทพมหานคร	3.8	(181)
ภาคกลาง	32.5	(1,543)
ภาคเหนือ	25.9	(1,231)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	23.9	(1,136)
ภาคใต้	13.8	(655)
รวม	100.0	(4,746)
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตเมือง	56.7	(2,691)
เขตชนบท	43.3	(2,055)
รวม	100.0	(4,746)

4.2 รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนครัวเรือน และปัจจัยส่วนชุมชน

เพื่อเป็นการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ดังนั้นในส่วนนี้จะเป็นการศึกษาเพื่อดูรูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนครัวเรือน และปัจจัยส่วนชุมชน ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต้นจำนวนทั้งหมด 13 ตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 2 โดยเป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นทั่วไประหว่างตัวแปรต้นทั้ง 13 ตัวแปร กับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นตัวแปรตามของการศึกษารั้งนี้เท่านั้น โดยไม่ได้ควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นๆ และนำเสนอด้วยตารางไขว้ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ในส่วนแรกนี้ ขอนำเสนอค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก่อน ซึ่งจากการวิเคราะห์ พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด มีค่าเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลอยู่ที่ประมาณ 309.1 บาท ต่อครั้งต่อคน (ตารางที่ 4.4) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด มีค่าใช้จ่ายสูงที่สุดอยู่ที่ 10,998 บาท และต่ำสุดคือไม่เสียค่าใช้จ่ายเลย ซึ่งพบว่า มีอยู่เพียงร้อยละ 8.7 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด ที่จ่ายมากกว่า 50 บาทขึ้นไป มีสูงถึงร้อยละ 57.8 แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกยังคงต้องเสียเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเงินจำนวนไม่น้อย โดยเฉพาะหากเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ ไม่มีเงิน หรือไม่มีลูกหลานสนับสนุนในเรื่องค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	ร้อยละ	จำนวน
ไม่มีค่าใช้จ่าย	8.7	(411)
1 – 50 บาท	33.5	(1,591)
51 – 100 บาท	22.2	(1,055)
101 – 500 บาท	24.8	(1,177)
> 500 บาท	10.8	(512)
รวม	100.0	(4,746)
เฉลี่ย = (309.1) บาท		
มัธยฐาน = (80) บาท		
ต่ำสุด = (0) สูงสุด = (10,998)		

เมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ (ตารางที่ 4.5) พบว่า รูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด ไม่แตกต่างกันนัก ระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่เป็นผู้ป่วยนอก มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 318.1 บาท และ 303.9 บาท ตามลำดับ ดังนั้น ความเป็นเพศชายและเพศหญิงอาจจะไม่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเพศ

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	เพศ		
	ชาย	หญิง	รวม
ไม่มีค่าใช้จ่าย	7.4	9.4	8.7
1 – 50	33.7	33.4	33.5
51 – 100	22.0	22.4	22.2
101 – 500	26.0	24.1	24.8
> 500	10.9	10.7	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(1,763)	(2,983)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(318.1)	(303.9)	(309.2)

เมื่อพิจารณาแยกตามอายุ พบว่า รูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด มีความแตกต่างกันไม่มากนัก (ตารางที่ 4.6) แต่มีข้อที่น่าสังเกต ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงที่สุด คือ อยู่ที่ประมาณ 340.1 บาท ซึ่งต่างจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 – 69 ปี และกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 70 – 79 ปี เป็นจำนวน 27.1 บาท และ 47.9 บาท ตามลำดับ ดังนั้นจะเห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุสูงขึ้นก็จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นตามลำดับด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและอายุ

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	อายุ			รวม
	60 - 69	70 - 79	80 ขึ้นไป	
ไม่มีค่าใช้จ่าย	8.3	8.7	9.7	8.7
1 – 50	34.6	33.7	29.7	33.5
51 – 100	22.2	22.3	22.1	22.2
101 – 500	23.7	25.7	25.9	24.8
> 500	11.1	9.6	12.7	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(4,134)	(139)	(473)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(313.0)	(292.2)	(340.1)	(309.2)

เมื่อพิจารณาจากระดับการศึกษา พบว่า รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด มีความแตกต่างกันไม่มากนัก แต่หากเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดกับระดับการศึกษา จะเห็นว่ามี ความแตกต่างกันอย่างชัดเจน (ตารางที่ 4.7) กล่าวคือ ยิ่งมีการศึกษาสูงขึ้นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดก็จะยิ่งสูงขึ้นตามลำดับ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลสูงที่สุด คือ สูงถึง 529.7 บาท ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า พบว่า มีความแตกต่างกันของค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล อยู่ที่ประมาณ 247.9 บาท และ 155.9 บาท ตามลำดับ นับเป็นจำนวนเงินที่แตกต่างกันไม่น้อย

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระดับการศึกษา

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	ระดับการศึกษา			
	ต่ำกว่าประถม	ประถม	มัธยมขึ้นไป	รวม
ไม่มีค่าใช้จ่าย	9.2	4.3	5.5	8.7
1 – 50	34.3	33.8	26.4	33.5
51 – 100	22.1	18.0	24.5	22.2
101 – 500	24.3	30.2	27.5	24.8
> 500	10.1	13.7	16.1	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(4,134)	(139)	(473)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(281.8)	(373.8)	(529.7)	(309.2)

จากตารางที่ 4.8 เมื่อพิจารณาแยกตามสถานภาพสมรส พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันมากนักในรูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด แต่เมื่อพิจารณาจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงที่สุด คือ อยู่ที่ประมาณ 368.1 บาท ต่อคนต่อครั้ง ซึ่งต่างจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า และแยกเป็นจำนวน 78.6 บาท และ 36.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและสถานภาพสมรส

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	สถานภาพสมรส			
	โสด	สมรส	หม้าย หย่า แยก	รวม
ไม่มีค่าใช้จ่าย	11.1	8.0	9.3	8.7
1 – 50	30.0	33.3	34.2	33.5
51 – 100	20.5	22.1	22.6	22.2
101 – 500	24.7	26.1	23.0	24.8
> 500	13.7	10.5	11.0	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(190)	(2,697)	(1,859)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(368.1)	(289.5)	(331.7)	(309.2)

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดกับจำนวนบุตร (ตารางที่ 4.9) พบว่า รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดมีความแตกต่างกันไม่มากนัก แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลกับจำนวนบุตร พบว่า ยิ่งผู้สูงอายุมีจำนวนบุตรมาก ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ก็จะเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีบุตรตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 352.9 บาท สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร และมีบุตร 1 คน ประมาณ 22.9 บาท และ 83.1 บาท ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและจำนวนบุตร

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	จำนวนบุตร			
	ไม่มีบุตร	1 คน	2 คนขึ้นไป	รวม
ไม่มีค่าใช้จ่าย	9.9	7.9	7.3	8.7
1 – 50	34.0	35.3	30.8	33.5
51 – 100	21.7	22.5	22.9	22.2
101 – 500	24.8	23.2	26.6	24.8
> 500	9.6	11.0	12.5	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(2,114)	(1,390)	(1,242)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(269.8)	(330.0)	(352.9)	(309.2)

เมื่อนำหลักประกันสุขภาพมาพิจารณา (ตารางที่ 4.10) พบว่า รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยพบว่า ผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆเลย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด ที่มีหลักประกันสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่า 500 บาทขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 76.7) ขณะเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบกัน ในระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีหลักประกันสุขภาพประเภทใดประเภทหนึ่ง พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด ที่มีหลักประกันสุขภาพเป็นบัตรทอง เป็นกลุ่มที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เลยในการรักษาพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 9.7)

สำหรับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลยนั้น มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งต่อคนในการรักษาพยาบาล สูงถึง 2,358.9 บาท ต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีบัตรทองมากถึง 2,088.9 บาท เลยทีเดียว

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและหลักประกันสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล	หลักประกันสุขภาพ					รวม
	ไม่มี	บัตรทอง	ประกันสังคม	สิทธิ ข้าราชการ	ประกัน สุขภาพ เอกชน	
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	0.0	9.7	0.0	5.8	7.1	8.7
1 – 50	0.0	36.2	29.4	26.4	21.4	33.5
51 – 100	2.3	21.7	17.6	25.3	0.0	22.2
101 – 500	20.9	23.1	41.2	29.7	50.0	24.8
> 500	76.7	9.3	11.8	12.8	21.4	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(43)	(3,576)	(34)	(1,079)	(14)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(2,358.9)	(270.0)	(356.0)	(345.0)	(1,149.3)	(309.2)

จากตาราง 4.11 พบว่า รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลแล้ว พบว่า มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดซึ่งไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุดสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

**ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและ
พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ**

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	รวม
ไม่มีค่าใช้จ่าย	8.9	8.1	8.7
1 – 50	31.5	37.3	33.5
51 – 100	22.7	21.3	22.2
101 – 500	25.6	23.4	24.8
> 500	11.3	9.9	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(3,077)	(1,669)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(333.0)	(265.3)	(309.2)

ในส่วนที่เกี่ยวกับโรคประจำตัวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด พบว่า รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด มีความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีโรคประจำตัวและผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่ไม่มีโรคประจำตัว (ตารางที่ 4.12) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่ไม่มีโรคประจำตัว มีสัดส่วนของการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเลย สูงที่สุด ขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีโรคประจำตัว เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่า โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงกว่า 500 บาทขึ้นไป และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล ยังจะเห็นความแตกต่างนี้ได้ชัดเจน โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวเลย มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุด ต่ำที่สุด เพียง 233.8 บาท เท่านั้น ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์และปัสสาวะ และโรคมะเร็ง มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลครั้งล่าสุดสูงกว่ามาก คือ สูงถึง 794.0 บาท และ 576.0 บาท ตามลำดับ หรือมีความแตกต่างกันประมาณ 2 – 3 เท่า

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและโรคประจำตัว

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	โรคประจำตัว									รวม
	ไม่มี	หัวใจ/หลอดเลือด	เบาหวาน/ต่อมไทรอยด์	กระดูก/กล้ามเนื้อ	ระบบทางเดินหายใจ	ระบบการรับรู้	มะเร็ง	ระบบสืบพันธุ์/ปัสสาวะ	อื่นๆ	
ไม่มีค่าใช้จ่าย	12.7	7.9	8.6	8.1	7.1	5.1	6.3	9.3	9.5	8.7
1-50	34.1	34.8	35.2	32.6	32.3	20.4	26.3	17.4	29.1	33.5
51-100	15.6	23.5	26.5	18.7	21.7	31.6	21.1	9.3	17.6	22.2
101-500	28.5	23.0	20.2	31.1	28.8	31.6	28.4	32.6	27.0	24.8
>500	9.0	10.7	9.6	9.5	10.1	11.2	17.9	31.4	16.9	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(621)	(1,920)	(1,062)	(518)	(198)	(98)	(95)	(86)	(148)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(233.8)	(307.0)	(280.0)	(313.9)	(284.1)	(239.9)	(576.0)	(794.0)	(473.7)	(309.2)

จากตารางที่ 4.13 เมื่อพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด จำแนกตามประเภทของสถานพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่เข้ารับการรักษายาบาลโดยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเลย มีไม่ถึงร้อยละ 10 โดยผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่เข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลของรัฐที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายเลยนั้น มีเพียงร้อยละ 9.9 และยิ่งหากเป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่เข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลของเอกชน มีสัดส่วนเพียงแค่ร้อยละ 0.8 เท่านั้น ที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเลย

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่เข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย พบว่า มีสัดส่วนมากกว่าที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลเอกชน โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดมีค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลมากกว่า 500 บาทขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 46.0 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่เข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลของรัฐที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลตั้งแต่ 500 บาทขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 5.2 เท่านั้น

ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน สูงที่สุด คือ สูงถึง 1,060.90 บาท ต่อคนต่อครั้ง ต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ ถึง 871 บาท ซึ่งเป็นความแตกต่างที่สูงมาก

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและประเภทของสถานพยาบาล

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	ประเภทของสถานพยาบาล		
	โรงพยาบาลรัฐ	โรงพยาบาลเอกชน	รวม
ไม่มีค่าใช้จ่าย	9.9	0.8	8.7
1 – 50	38.5	1.8	33.5
51 – 100	25.5	1.7	22.2
101 – 500	20.8	49.7	24.8
> 500	5.2	46.0	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(4,096)	(650)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(189.9)	(1,060.9)	(309.2)

เมื่อนำค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดมาพิจารณาจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจในครัวเรือนของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 4.14) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีฐานะยากจน มีรูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีฐานะร่ำรวย โดยผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีฐานะยากจน มีสัดส่วนที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด ที่มีฐานะร่ำรวยเกือบสองเท่า (ร้อยละ 12.7 และ ร้อยละ 6.8)

ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีฐานะร่ำรวย จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีฐานะยากจน โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มากกว่า 500 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 20.0 และร้อยละ 6.2 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีฐานะร่ำรวย จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 596.5 บาท ต่อคนต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีฐานะปานกลาง และ ฐานะยากจน (253.6 บาท และ 169.0 บาท ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน			
	จน	ปานกลาง	รวย	รวม
ไม่มีค่าใช้จ่าย	12.7	8.0	6.8	8.7
1 – 50	37.8	35.7	23.3	33.5
51 – 100	20.4	22.6	22.8	22.2
101 – 500	22.9	24.6	27.1	24.8
> 500	6.2	9.0	20.0	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(918)	(2,832)	(996)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(169.0)	(253.6)	(596.5)	(309.2)

เมื่อพิจารณาจากสัญลักษณ์ในครัวเรือน (ตารางที่ 4.15) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดมากนัก แต่เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัญลักษณ์ในครัวเรือนต่ำกว่า จะมีค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประมาณ 382.7 บาท ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัญลักษณ์ในครัวเรือนปานกลาง และผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสัญลักษณ์ในครัวเรือนสูง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลอยู่ที่ประมาณ 342.6 บาท และ 291.9 บาท ตามลำดับ

**ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและ
สุขภาพในครัวเรือน**

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	สุขภาพในครัวเรือน			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม
ไม่มีค่าใช้จ่าย	20.0	8.6	8.6	8.7
1 – 50	26.7	34.2	33.2	33.5
51 – 100	10.0	20.1	23.4	22.2
101 – 500	33.3	25.4	24.4	24.8
> 500	10.0	11.7	10.3	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(30)	(1,565)	(3,151)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(382.7)	(342.6)	(291.9)	(309.2)

ในส่วนของผู้สูงอายุที่อาศัยกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด (ตารางที่ 4.16) พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร มีรูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อยู่ในกลุ่มภูมิภาคอื่นๆ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลที่มากกว่า 500 บาทขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 35.9 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อยู่ในกลุ่มภูมิภาคอื่นๆ อยู่หลายเท่าตัว และในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเลย มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 6.1 ซึ่งถือว่าต่ำสุดเมื่อเทียบกับสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาล ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลสูงที่สุด คือ อยู่ที่ 1,087.5 บาท ต่อคนต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่อาศัยอยู่ในกลุ่มภูมิภาคอื่นๆ อยู่ประมาณ 3 – 4 เท่าตัว

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและภูมิภาคที่อยู่อาศัย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	ภูมิภาคที่อยู่อาศัย					
	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	รวม
ไม่มีค่าใช้จ่าย	6.1	7.5	10.3	9.7	7.2	8.7
1 – 50	9.4	26.9	42.0	36.6	34.5	33.5
51 – 100	5.5	24.0	20.3	22.9	25.0	22.2
101 – 500	43.1	28.9	20.4	21.6	24.0	24.8
> 500	35.9	12.6	7.0	9.2	9.3	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(181)	(1,543)	(1,231)	(1,136)	(655)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(1,087.5)	(324.3)	(233.3)	(262.4)	(282.4)	(309.2)

จากตารางที่ 4.17 เมื่อนำค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชากรตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดมาจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย โดยรวมพบว่า มีความแตกต่างกันไม่มากนักในรูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ย พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีที่อยู่อาศัยในเมืองมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 362.5 บาท ต่อคนต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุดที่มีที่อยู่อาศัยในชนบทประมาณ 123.1 บาท

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเขตที่อยู่อาศัย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	เขตที่อยู่อาศัย		
	เมือง	ชนบท	รวม
ไม่มีค่าใช้จ่าย	7.6	10.1	8.7
1 – 50	35.9	30.4	33.5
51 – 100	21.3	23.4	22.2
101 – 500	22.6	27.7	24.8
> 500	12.6	8.5	10.8
รวม	100.0	100.0	100.0
จำนวน	(2,691)	(2,055)	(4,746)
ค่าเฉลี่ย	(362.5)	(239.4)	(309.2)

4.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เนื่องจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนครัวเรือน และปัจจัยส่วนชุมชน ที่ประกอบด้วยตัวแปรต้นจำนวนทั้งหมด 13 ตัวแปร ในส่วนที่ 4.2 เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นเท่านั้น ยังไม่ทราบถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาในส่วนของปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในหัวข้อ 4.3 จึงต้องมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ที่สามารถส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุซึ่งเป็นตัวแปรตามของการศึกษาคั้งนี้

ดังนั้นในส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยกับตัวแปรอิสระทั้ง 13 ตัว โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ เนื่องจากตัวแปรตามในการศึกษาคั้งนี้มีระดับการวัดเป็นแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุในการศึกษา(Multiple Regression Analysis) ซึ่งในการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุนั้นมีเงื่อนไขที่สำคัญ คือ ตัวแปรอิสระแต่ละคู่จะต้องมีความสัมพันธ์กันเองในระดับที่ไม่สูงจนเกินไป เพราะหากตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองสูงเกินไปจะทำให้ผลในการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยตารางเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation Matrix) หาค่าความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ที่ระดับไม่เกิน 0.7 พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระ

ตัวไหนเลยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เกิน 0.7 (ภาคผนวก ตารางที่ ผ.1) ผลจากการพิจารณาค่าดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสามารถนำตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุได้อย่างไม่มีเงื่อนไข และจะไม่ทำให้เกิดปัญหาจากความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นตรง (Multicollinearity) ที่จะส่งผลต่อความเบี่ยงเบนในการวิเคราะห์ และไม่กระทบต่อข้อกำหนดเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุอีกด้วย

ในการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุนี้ (ตารางที่ 4.18) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์โดยแบ่งแบบจำลอง (Model) ออกเป็น 3 แบบ ซึ่งทั้งสามแบบนี้เกิดจากการที่ได้เพิ่มปัจจัยเข้าไปในการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุทีละส่วน จนครบทั้ง 3 ส่วนของปัจจัยทั้งหมด คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนครัวเรือน และปัจจัยส่วนชุมชน โดยผลของการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุทั้งสามแบบจำลองนั้น มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

แบบจำลองที่ 1 เป็นการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุระหว่างค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยกับตัวแปรอิสระ 9 ตัว ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมด ผลที่ได้ออกมา พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดร่วมกันสามารถอธิบายการแปรผันของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 16.5 ($R^2 = 0.165$) และจากการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว พบว่า มีตัวแปรทั้งหมด 7 ตัวที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนบุตร หลักประกันด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง โรคประจำตัว และประเภทของสถานพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แบบจำลองที่ 2 ผู้วิจัยได้เพิ่มปัจจัยส่วนครัวเรือน ซึ่งมี 2 ตัวแปร เข้าไปในแบบจำลองการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ผลที่ได้พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดร่วมกันสามารถอธิบายการแปรผันของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.3 ($R^2 = 0.173$) และจากการควบคุมอิทธิพลตัวแปรอิสระอื่นๆ พบว่า มีตัวแปรทั้งหมด 5 ตัว จากแบบจำลองที่ 2 ที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ระดับการศึกษา หลักประกันสุขภาพ โรคประจำตัว ประเภทของสถานพยาบาล และฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แบบจำลองที่ 3 เมื่อเพิ่มปัจจัยส่วนชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 2 ตัวแปร เข้าร่วมการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ พบว่า เมื่อได้ควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว มีตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ซึ่งได้แก่ หลักประกันด้านสุขภาพ โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ประเภทของสถานพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนของผู้สูงอายุ และภูมิภาคที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยที่ระดับการศึกษา

เพียงตัวแปรเดียว มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และตัวแปรอิสระทั้งหมดร่วมกันสามารถอธิบายการแปรผันของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 18.0 ($R^2 = 0.180$)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุจากทั้ง 3 แบบจำลอง พบว่าในการเพิ่มตัวแปรเข้าไปในแต่ละแบบจำลอง ส่งผลให้ค่า Adjusted R^2 และ รูปแบบตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีค่าเพิ่มขึ้นตามลำดับ ในแบบจำลองที่ 3 ค่า Adjusted R^2 จึงมีค่าสูงที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอหยิบยกเฉพาะแบบจำลองที่ 3 มาอธิบายผลการศึกษา ดังนี้

ระดับการศึกษา จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา อยู่ 135 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

หลักประกันด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหลักประกันด้านสุขภาพทุกรูปแบบมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยที่ผู้สูงอายุที่มีประกันสังคมจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าประมาณ 1,708 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีหลักประกันด้านสุขภาพเป็นสิทธิข้าราชการจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าประมาณ 1,465 บาท เช่นกัน นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุที่มีหลักประกันสุขภาพเป็นบัตรทองและประกันสุขภาพเอกชน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีหลักประกันสุขภาพ อยู่ประมาณ 1,454 บาท และ 1,089 บาท ตามลำดับ

โรคประจำตัว เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบสืบพันธุ์และปัสสาวะ และโรคอื่นๆ จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ (124 บาท 436 บาท 606 บาท และ 261 บาท ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานหรือความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ ประมาณ 115 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ กับผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าถึง 108 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประเภทสถานพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเอกชน ประมาณ 795 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 หรือที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99.9

ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน เพื่อพิจารณาตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนจากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่อยู่ในระดับรวยจะส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนระดับอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่อยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่อยู่ในระดับจน จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่อยู่ในระดับรวย ประมาณ 193 บาท และ 240 บาท ตามลำดับ

ภูมิภาคที่อยู่อาศัย จากผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยเมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กรุงเทพมหานคร กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่า ตามลำดับดังนี้ 427 บาท 407 บาท 392 บาท และ 371 บาท

ตารางที่ 4.18 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression Analysis)

ตัวแปร	แบบจำลองที่ 1			แบบจำลองที่ 2			แบบจำลองที่ 3		
	B	S.E	Beta	B	S.E	Beta	B	S.E	Beta
1. เพศ (กลุ่มอ้างอิง : เพศหญิง)	-72.536*	33.621	-0.039	-68.985*	33.498	-0.037	-61.164	33.538	-0.033
2. อายุ (กลุ่มอ้างอิง : อายุ 60 – 69 ปี)									
อายุ 70 - 79 ปี	-24.567	27.175	-0.013	-23.002	27.068	-0.012	-23.799	27.024	-0.013
อายุ 80 ขึ้นไป	-7.424	37.686	-0.003	-9.176	37.554	-0.004	-13.473	37.469	-0.005
3. ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง :ต่ำกว่าประถมศึกษา)									
ประถมศึกษา	32.899	72.369	0.006	7.887	72.23	0.001	-10.953	72.069	-0.002
มัธยมศึกษาขึ้นไป	221.740***	44.731	0.073	156.175***	45.508	0.052	134.508**	45.616	0.045
4. สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง : โสด)									
สมรส	-45.999	64.658	-0.025	-38.654	64.419	-0.021	-27.148	64.436	-0.015
หม้าย, หย่า, แยก	10.101	64.946	0.005	23.126	64.731	0.012	31.828	64.678	0.017
5. จำนวนบุตร (ตัวแปรระดับช่วง)	37.524**	12.331	0.041	17.262	12.8	0.019	11.701	12.825	0.013
6. หลักประกันด้านสุขภาพ (กลุ่มอ้างอิง : ไม่มีหลักประกัน)									
บัตรทอง	-1695.857***	128.537	-0.809	-1612.444***	128.538	-0.769	-1454.159***	130.988	-0.693
ประกันสังคม	-1920.890***	190.848	-0.179	-1831.991***	190.433	-0.171	-1708.290***	191.271	-0.159
สิทธิข้าราชการ	-1668.162***	130.212	-0.774	-1636.855***	129.732	-0.759	-1465.117***	132.544	-0.679
ประกันสุขภาพเอกชน	-1277.609***	255.341	-0.077	-1263.846***	254.155	-0.076	-1088.902***	254.977	-0.065
7. พฤติกรรมเสี่ยง (กลุ่มอ้างอิง : ไม่เสี่ยง)	-71.460*	32.111	-0.038	-54.304	32.111	-0.029	-41.451	32.372	-0.022
8. โรคประจำตัว (กลุ่มอ้างอิง : ไม่มีโรคประจำตัว)									
โรคหัวใจและหลอดเลือด	135.319***	38.633	0.073	118.539**	38.605	0.064	123.512***	38.784	0.067
โรคเบาหวาน/ความผิดปกติของไตหรือ	132.934**	42.446	0.061	114.954**	42.414	0.053	115.108**	42.382	0.053
ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ	113.220*	49.441	0.039	98.632*	49.271	0.034	108.066*	49.228	0.037
โรคเรื้อรังของระบบหายใจ	106.711	67.754	0.024	97.218	67.47	0.022	105.356	67.362	0.023
ความผิดปกติทางการรับรู้	64.857	90.29	0.01	65.732	89.88	0.01	61.307	89.678	0.01
โรคเมเร็ง	451.516***	91.523	0.07	445.694***	91.136	0.069	435.696***	91.032	0.068
โรคทางระบบสืบพันธุ์และปัสสาวะ	622.400***	95.595	0.092	606.895***	95.219	0.09	606.333***	94.926	0.089
โรคอื่นๆ	250.749***	75.904	0.048	255.700***	75.597	0.049	260.885***	75.377	0.05
9. ประเภทของสถานพยาบาล (กลุ่มอ้างอิง : โรงพยาบาลเอกชน)	829.087***	35.782	0.315	804.030***	35.823	0.306	794.658***	35.794	0.302
10. ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (กลุ่มอ้างอิง : รวย)									
จน				-262.799***	43.142	-0.115	-240.091***	44.385	-0.105
กลาง				-213.155***	32.963	-0.116	-192.844***	33.606	-0.105
11. สุขลักษณะในครัวเรือน (กลุ่มอ้างอิง : มาก)									
น้อย				64.097	53.084	0.016	68.152	54.423	0.017
ปานกลาง				32.541	25.476	0.017	16.629	25.997	0.009
12. ภูมิภาคที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง : กรุงเทพมหานคร)									
ภาคกลาง							-371.272***	68.986	-0.192
ภาคเหนือ							-427.351***	69.675	-0.207
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ							-392.475***	70.81	-0.185
ภาคใต้							-407.374***	73.731	-0.155
13. เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง : ชนบท)							24.072	26.097	0.013
(Constant)	1029.653	169.071		1167.157	169.997		1332.495	174.227	
R ²	0.165			0.173			0.180		
Adj. R ²	0.161			0.169			0.175		

หมายเหตุ : * มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5 ** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 *** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการ คือ เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ซึ่งพอจะสรุปผลจากการศึกษาทั้งหมดได้ดังนี้

5.1.1 ลักษณะทั่วไปของประชากร

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นหญิงมากกว่าชาย มีอายุโดยเฉลี่ย 70.9 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานะภาพสมรส นอกจากนี้แล้วประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีบัตรทองเป็นหลักประกันด้านสุขภาพ ส่วนผู้ที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใดๆ เลย มีอยู่ถึงร้อยละ 0.9 จากประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่เป็นกันมากสามอันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ และความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 40.5 ร้อยละ 22.4 และร้อยละ 10.9 ตามลำดับ) ส่วนผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว มีเพียง ร้อยละ 13.1 เท่านั้น ซึ่งโดยส่วนมากแล้วจะนิยมเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 83.6) เมื่อพิจารณาถึงฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน กว่าครึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.7) นอกจากนี้แล้วภูมิภาคที่อยู่อาศัยของประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ภาคกลาง ซึ่งมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 32.5 จากประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

5.1.2 รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกับปัจจัยส่วนบุคคล ครัวเรือน และชุมชน

เมื่อก้าวถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่ยังคงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 309.2 บาทต่อคนต่อครั้ง เมื่อพิจารณาแยกตามระดับการศึกษา พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะสูงขึ้นเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น และเมื่อพิจารณาตาม

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพโสด มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ที่ประมาณ 368.1 บาท ซึ่งต่างจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า และแยก เป็นจำนวน 78.6 บาท และ 36.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยจำแนกตามหลักประกันด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแพงที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใดๆ เลย โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงถึง 2,358.9 บาท ต่อคนต่อครั้ง ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีบัตรทอง เป็นหลักประกันด้านสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเพียง 270 บาท เท่านั้น และเมื่อพิจารณาแยกตามการมีโรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลสูงสุด คือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์หรือระบบปัสสาวะ เฉลี่ยประมาณ 749 บาท ต่อคนต่อครั้ง ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลเพียง 233.8 บาท ต่อคนต่อครั้งเท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อพิจารณาตามประเภทของสถานพยาบาล พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐต่ำกว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ถึง 871 บาท หากพิจารณาแยกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ยิ่งฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสูง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็จะสูงตามไปด้วย และเมื่อพิจารณาแยกตามภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กรุงเทพมหานคร มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลสูงที่สุด ประมาณ 1,087.5 บาท ต่อคนต่อครั้ง ขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ภาคเหนือมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลต่ำสุดเพียง 233.3 บาท ต่อคนต่อครั้งเท่านั้น

5.1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยกับตัวแปรอิสระทั้งหมด 13 ตัว ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร หลักประกันด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง โรคประจำตัว ประเภทของสถานพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน สุขลักษณะในครัวเรือน ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย พบว่า มีตัวแปรอิสระ 6 ตัว ที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบไปด้วย หลักประกันด้านสุขภาพ ประเภทของสถานพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และภูมิภาคที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ขณะที่ตัวแปรระดับการศึกษา และโรคประจำตัว มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ

0.05 ตามลำดับ และตัวแปรอิสระทั้งหมดร่วมกันสามารถอธิบายการแปรผันของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 18.0 ($R^2 = 0.180$)

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุทำให้ทราบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ระดับการศึกษา หลักประกันด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ประเภทของสถานพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และภูมิภาคที่อยู่อาศัย ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสูงกว่าประมาณ 135 บาท จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานของบุญคง หันจางสิทธิ์ (2553) ซึ่งกล่าวไว้ว่า การลงทุนด้านการศึกษาและการลงทุนด้านสุขภาพ อนาคตเป็นการลงทุนร่วม (Joint Investment) หมายถึง การลงทุนแต่ละด้านเอื้อประโยชน์ต่อกัน โดยผู้ที่ได้รับการศึกษาสูง มักมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถเอาใจใส่สุขภาพได้ดีกว่า ดังนั้นด้วยการเอาใจใส่ในด้านสุขภาพที่มากกว่า จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าตามไปด้วย

หลักประกันด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหลักประกันด้านสุขภาพทุกประเภท ซึ่งประกอบด้วย บัตรทอง ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ และประกันสุขภาพเอกชน ล้วนแล้วแต่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใดๆ เลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามวรรณกรรมที่ทบทวนในบทที่ 2 คือ ผู้ที่มีหลักประกันด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันด้านสุขภาพนั้นๆ จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

โรคประจำตัว จากผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยพบว่า โรคประจำตัว 5 โรค ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางระบบสืบพันธุ์และระบบปัสสาวะ มีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และโรคความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัยที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

ประเภทของสถานพยาบาล เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุจากตัวแปรประเภทของสถานพยาบาล พบว่า มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยที่ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลรัฐจะมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ประมาณ 827 บาท ต่อการเข้ารับการรักษายาบาล 1 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาทีนิ บุญชะลิกษ์ และ ยุพิน วรสิริอมร (2544) ที่พบว่า การให้บริการของสถานพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนนั้นจะคิดค่าบริการแพงกว่าการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ

ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนระดับรวยจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนระดับปานกลางและระดับจน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนระดับปานกลางจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในครัวเรือนระดับรวย ประมาณ 193 บาท และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนระดับจนจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในครัวเรือนระดับรวย ประมาณ 240 บาท ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และข้อค้นพบดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของวาทีนิ บุญชะลิกษ์ และ ยุพิน วรสิริอมร (2544) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพทางเศรษฐกิจดีมักจะเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงกว่า จึงทำให้ผู้ที่มีฐานะดีมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับที่สูงกว่าตามไปด้วย

ภูมิภาคที่อยู่อาศัย ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานในการวิจัยไว้ว่า การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในภูมิภาคที่แตกต่างกัน จะทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งผลจากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุได้ผลเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสามารถแจกแจงความแตกต่างของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร 427 บาท ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ตามลำดับดังนี้ 407 บาท 392 บาท และ 371 บาท ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของพงษ์ศักดิ์ สกฤตัทธิน (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีรูปแบบการใช้จ่ายเงินเพื่อการอุปโภคและสาธารณูปโภคมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาที่ได้อยู่หลายประเด็น ซึ่งสามารถแยกเป็นประเด็นๆ ได้ดังต่อไปนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ผลจากการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจคือผู้สูงอายุที่มีหลักประกันด้านสุขภาพ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่ามากเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย สะท้อนให้เห็นว่าการมีระบบหลักประกันด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นรัฐควรเร่งรัดซึ่งนโยบายดังกล่าว และควรส่งเสริมพัฒนาระบบหลักประกันด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมทั่วถึงผู้สูงอายุที่ยังตกหล่นหรือที่หลักประกันด้านสุขภาพยังครอบคลุมไม่ถึง เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับผู้สูงอายุต่อไป

2) จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมักมีโรคประจำตัว ซึ่งการมีโรคประจำตัวนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขเป็นประจำหรืออย่างต่อเนื่อง และโรคประจำตัวที่เป็นกันโดยส่วนมาก เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ดังนั้นรัฐจึงควรมีการกำหนดหรือทบทวนนโยบายและแผนเพื่อรองรับการให้บริการด้านสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะในอนาคตอีกไม่นานจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มสูงมากขึ้น ดังนั้นการกำหนดนโยบายและการวางแผนรองรับไว้แต่เนิ่นๆ จะทำให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างได้ผลและทันกาล

3) นอกจากนี้แล้วจากการศึกษายังพบอีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับรวย และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ล้วนแล้วแต่มี

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่ต่ำกว่า และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ ซึ่งข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูง หรือมีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในระดับรายนั้น มีโอกาสหรือมีช่องทางในการเลือกการรักษาพยาบาลได้มากกว่า เช่น การเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อความสะดวกสบายของการบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองใหญ่ที่มีผู้คนอาศัยอยู่หนาแน่น ทำให้ผู้สูงอายุเลือกที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ (วาทีณี บุญชะลิกย์ และ ยุพิน วรสิริอมร, 2544) แม้ว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐก็ตาม ดังผลที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุในแบบจำลองที่ 3 ดังนั้นรัฐควรปรับปรุงคุณภาพและเพิ่มช่องทางการจัดบริการโรงพยาบาลของรัฐให้เพียงพอต่อความต้องการในการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งควบคุมอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนไม่ให้สูงเกินไปจนเป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคที่เป็นผู้สูงอายุที่หันมาเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 ทำให้ข้อมูลในการศึกษาและการวิเคราะห์มีขอบเขตที่จำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนข้อมูลของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเพียงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลและค่าเดินทางเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป หากมีข้อมูลในส่วนอื่นๆ เช่น ค่าเสียโอกาสในการรอคอยการรักษาพยาบาล ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่จ่ายไปกับประกันสุขภาพโครงการต่างๆ ฯลฯ จะทำให้สามารถทราบถึงรูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยได้ชัดเจนและครอบคลุมยิ่งขึ้น

2) ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีข้อมูลในส่วนรายได้ของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ไม่ใช่แค่รายได้จากการทำงานเพียงอย่างเดียว ซึ่งหากทราบถึงที่มาของรายได้ จะทำให้สามารถมองเห็นลักษณะและพฤติกรรมในการใช้จ่ายของผู้สูงอายุได้ชัดเจนมากขึ้น เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่าพฤติกรรมการใช้นั้นจะขึ้นอยู่กับรายได้ที่มี

3) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นคนไข้นอกในช่วง 1 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรที่จะศึกษาและเก็บข้อมูลในส่วนคนไข้ใน เพื่อที่จะได้เห็นรูปแบบค่าใช้จ่ายว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร มากน้อยแค่ไหน นอกจากนี้แล้วกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นทั้งคนไข้นอกและคนไข้ใน ก็เป็นอีกกลุ่มที่น่าสนใจด้วยเช่นเดียวกัน เพื่อให้เห็น

ถึงความแตกต่างของค่าใช้จ่ายและสามารถเปรียบเทียบกันได้ เพื่อวางแผนการเลือกที่จะรักษา หรือเลือกที่จะรณรงค์ให้ผู้สูงอายุป้องกันและดูแลสุขภาพตัวเองต่อไป

ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

FACTOES AFFECTING HEALTHCARE EXPENDITURE OF THE THAI ELDERLY

คุณสรณ์ โพธารินทร์ 5237473 PRPR/M

ศศ.ม. (วิจัยประชากรและสังคม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วาทีณี บุญชะลิกย์, Ph.D., สวรัย บุญยมนานท์, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในช่วงครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา พบว่า ประชากรสูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (United Nations, 2007) มีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง กล่าวคือในปี พ.ศ. 2518 ประชากรโลกมีจำนวน 4,100 ล้านคน ประชากรสูงอายุมีจำนวน 350 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 8.4 และจากการคาดประมาณประชากรในปี พ.ศ. 2568 ประชากรโลกจะมีจำนวน 8,200 ล้านคน ประชากรสูงอายุจะมีจำนวน 1,100 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 13.4 นอกจากนี้แนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นยังเพิ่มขึ้นอีก และ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุในโลกจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในภาคพื้นเอเชีย (United Nations, 2007)

สำหรับข้อมูลประชากรสูงอายุในประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2503 พ.ศ. 2523 และ พ.ศ. 2543 มีประชากรสูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1.2 ล้านคน 2.4 ล้านคน และ 5.8 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 4.6 ร้อยละ 5.5 และ ร้อยละ 9.2 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) จากการคาดประมาณประชากรในปี พ.ศ. 2563 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 12.4 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดร้อยละ 16.8 ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นอีกด้วย ดังในปี พ.ศ. 2503 ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่ามีถึงร้อยละ 34.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

(ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2547) ซึ่งมีความสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติครั้งล่าสุดปี 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 โดยเป็นชายร้อยละ 44.6 และเป็นหญิงร้อยละ 55.4 โดยเมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูง ทั้งนี้เนื่องจากมีอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2550 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มทุกปี เฉลี่ยเกือบ 200,000 คนต่อปี โดยปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 194,338 คน รวมเป็นจำนวนผู้สูงอายุ 7,040,657 คน และโดยเฉลี่ยผู้สูงอายุจะมีอายุยืนประมาณ 70 ปี อายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้น สำหรับผู้หญิงเป็น 74.9 ปี และผู้ชาย 69.9 ปี (สภาพที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการลดลงของอัตราการเกิดและอัตราการตาย ทำให้ “ภาวะประชากรสูงอายุ” ในประเทศไทยสูงขึ้น คำว่า “สังคมผู้สูงอายุ” (Ageing Society) ทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากร ทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่สัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นถึงระดับร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าในประชากรไทยทุกๆ 10 คน จะมีประชากรผู้สูงอายุ 1 คน และมีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2550)

เมื่อพิจารณาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.0) ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี ร้อยละ 28.9 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 21.5 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมาก ๆ มีเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก และมีผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคเมเร็งร้อยละ 0.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และเป็นโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) นอกจากนี้ในรายงานผลสัมฤทธิ์การให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ และผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐ ในอนาคตในช่วงปี พ.ศ. 2554-2564 ของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) พบว่า การประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565 หรืออีก 10 ปีข้างหน้า จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากปัจจุบัน ถึง 3.62 เท่าและสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกอายุ (หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ, 18 พฤษภาคม 2554)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของประชากรวัยสูงอายุดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ รวมไปถึงโอกาสในการปรับตัวและการเตรียมการของผู้สูงอายุที่เป็นไปอย่างจำกัดและยากลำบาก เพราะประชากรกลุ่มนี้ได้พ้นวัยทำงานมาแล้ว ประกอบกับผู้สูงอายุยิ่งจะมีอายุยืนยาวขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ต้องพึ่งพิงตนเอง ครอบครัว สังคมหรือรัฐมากขึ้น ขณะเดียวกันกลุ่มที่ให้การพึ่งพิงอาจจะยังไม่มีความพร้อมที่จะรองรับผู้สูงอายุมากนัก ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งไปที่การศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นว่าผู้สูงอายุที่ถือว่าเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่ายนั้น จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ในการหาหนทางเตรียมรับมือกับค่าใช้จ่ายเหล่านี้ที่จะเกิดขึ้นมากในอนาคต และจะได้เพิ่มนโยบายหรือสวัสดิการต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อที่จะรองรับกับจำนวนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลดังกล่าว เป็นข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 ทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 มีการแบ่งพื้นที่การเก็บข้อมูลตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลทั่วทั้งประเทศ ทั้งหมด 1,932 ชุมรวมอาคาร/หมู่บ้าน ครอบคลุมครัวเรือนทั้งสิ้น 26,520 ครัวเรือน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนในครัวเรือนด้วยการใช้แบบสอบถาม

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จะเลือกเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาพยาบาลในแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ จำนวน 4,746 คน แยกเป็นชาย 1,763 คน และหญิง 2,983 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้โปรแกรม SPSS for Windows Version 20 เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ศึกษา โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เพื่อศึกษารูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) นำเสนอด้วยตารางไขว้ (Cross Tabulation Table) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนครัวเรือน และปัจจัยส่วนชุมชน เพื่อแจกแจงให้เห็นรูปแบบของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression) ในการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามีดังต่อไปนี้

ตัวแปรตาม คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 1. ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร หลักประกันด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โรคประจำตัว ประเภทของสถานพยาบาล) 2. ปัจจัยส่วนครัวเรือน (ฐานะเศรษฐกิจของครัวเรือน สุขลักษณะในครัวเรือน) และ 3. ปัจจัยส่วนชุมชน (ภูมิภาคที่อยู่อาศัย เขตที่อยู่อาศัย)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของประชากร

การศึกษานี้ ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นหญิงมากกว่าชาย มีอายุโดยเฉลี่ย 70.9 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานะภาพสมรส นอกจากนี้แล้วประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีบัตรทองเป็นหลักประกันด้านสุขภาพ ส่วนผู้ที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใดๆ เลย มีอยู่ถึงร้อยละ 0.9 จากประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่เป็นกันมากสามอันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ และความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 40.5 ร้อยละ 22.4 และร้อยละ 10.9 ตามลำดับ) ส่วนผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว มีเพียง ร้อยละ 13.1 เท่านั้น ซึ่งโดยส่วนมากแล้วจะนิยมเข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 83.6) เมื่อพิจารณาถึงฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน กว่าครึ่งมีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับปานกลาง

(ร้อยละ 59.7) นอกจากนี้แล้วภูมิภาคที่อยู่อาศัยของประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ภาคกลาง ซึ่งมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 32.5 จากประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2. รูปแบบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกับปัจจัยส่วนบุคคล ครว้เรือน และชุมชน

เมื่อก้าวถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษายาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่ยังคงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 309.2 บาทต่อคนต่อครั้ง เมื่อพิจารณาแยกตามระดับการศึกษา พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะสูงขึ้นเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น และเมื่อพิจารณาตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพโสด มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ที่ประมาณ 368.1 บาท ซึ่งต่างจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า และแยก เป็นจำนวน 78.6 บาท และ 36.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยจำแนกตามหลักประกันด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแพงที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใดๆ เลย โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยสูงถึง 2,358.9 บาท ต่อคนต่อครั้ง ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีบัตรทอง เป็นหลักประกันด้านสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยเพียง 270 บาท เท่านั้น และเมื่อพิจารณาแยกตามการมีโรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลสูงสุด คือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์หรือระบบปัสสาวะ เฉลี่ยประมาณ 749 บาท ต่อคนต่อครั้ง ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลเพียง 233.8 บาท ต่อคนต่อครั้งเท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อพิจารณาตามประเภทของสถานพยาบาล พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐต่ำกว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ถึง 871 บาท หากพิจารณาแยกตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ยิ่งฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสูง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็จะสูงตามไปด้วย และเมื่อพิจารณาแยกตามภูมิภาคที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กรุงเทพมหานคร มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลสูงสุด ประมาณ 1,087.5 บาท ต่อคนต่อครั้ง ขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ภาคเหนือมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาพยาบาลต่ำสุดเพียง 233.3 บาท ต่อคนต่อครั้งเท่านั้น

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย

จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยกับตัวแปรอิสระทั้งหมด 13 ตัว ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร หลักประกันด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง โรคประจำตัว ประเภทของสถานพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน สุขลักษณะในครัวเรือน ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย พบว่า มีตัวแปรอิสระ 6 ตัว ที่มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบไปด้วย หลักประกันด้านสุขภาพ ประเภทของสถานพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และภูมิภาคที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ขณะที่ตัวแปรระดับการศึกษา และโรคประจำตัว มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ และตัวแปรอิสระทั้งหมดรวมกันสามารถอธิบายการแปรผันของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 18.0 ($R^2 = 0.180$)

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุทำให้ทราบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ระดับการศึกษา หลักประกันด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ประเภทของสถานพยาบาล ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และภูมิภาคที่อยู่อาศัย ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสูงกว่าประมาณ 135 บาท จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานของบุญคง หันจางสิทธิ์ (2553) ซึ่งกล่าวไว้ว่า การลงทุนด้านการศึกษาและการลงทุนด้านสุขภาพ อนาคตจะเป็นการลงทุนร่วม (Joint Investment) หมายถึง การลงทุนแต่ละด้านเอื้อประโยชน์ต่อกัน โดยผู้ที่ได้รับการศึกษาสูง มักมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถเอาใจใส่สุขภาพได้ดีกว่า ดังนั้นด้วยการเอาใจใส่ในด้านสุขภาพที่มากกว่า จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าตามไปด้วย

หลักประกันด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีหลักประกันด้านสุขภาพทุกประเภท ซึ่งประกอบด้วย บัตรทอง ประกันสังคม สิทธิข้าราชการ และประกันสุขภาพเอกชน ล้วนแล้วแต่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใดๆ เลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งเป็นไปตามวรรณกรรมที่พบทวนในบทที่ 2 คือ ผู้ที่มีหลักประกันด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันด้านสุขภาพนั้นๆ จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

โรคประจำตัว จากผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยพบว่า โรคประจำตัว 5 โรค ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคทางระบบสืบพันธุ์และระบบปัสสาวะ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ โรคความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัยที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

ประเภทของสถานพยาบาล เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุจากตัวแปรประเภทของสถานพยาบาล พบว่า มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยที่ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลรัฐจะมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ประมาณ 827 บาท ต่อการเข้ารับการรักษายาบาล 1 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาทีนิ บุญพะลัทธิ และ ยุพิน วรสิริอมร (2544) ที่พบว่า การให้บริการของสถานพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนนั้นจะคิดค่าบริการแพงกว่าการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐ

ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนระดับรวยจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนระดับปานกลางและระดับจน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนระดับปานกลางจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในครัวเรือนระดับรวย ประมาณ 193 บาท และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของ

ครัวเรือนระดับจนจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในครัวเรือนระดับรวย ประมาณ 240 บาท ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และข้อค้นพบดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของวาทีนิ บุญชะลิกย์ และ ยุพิน วรสิริอมร (2544) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสภาพทางเศรษฐกิจดีมักจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงกว่า จึงทำให้ผู้ที่มีฐานะดีมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับที่สูงกว่าตามไปด้วย

ภูมิภาคที่อยู่อาศัย ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานในการวิจัยไว้ว่า การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในภูมิภาคที่แตกต่างกัน จะทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแตกต่างกันไปด้วย ซึ่งผลจากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุได้ผลเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสามารถแจกแจงความแตกต่างของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร 427 บาท ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ตามลำดับดังนี้ 407 บาท 392 บาท และ 371 บาท ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของพงษ์ศักดิ์ สกลทักษิณ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีรูปแบบการใช้จ่ายเงินเพื่อการอุปโภคและสาธารณูปโภคมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท

ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจคือผู้สูงอายุที่มีหลักประกันด้านสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่ามากเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย สะท้อนให้เห็นว่าการมีระบบหลักประกันด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นรัฐควรคงไว้ซึ่งนโยบายดังกล่าว และควรส่งเสริมพัฒนาระบบหลักประกันด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุมทั่วถึงผู้สูงอายุที่ยังตกหล่นหรือที่หลักประกันด้านสุขภาพยังครอบคลุมไปไม่ถึง เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้กับผู้สูงอายุต่อไป

2. จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมักมีโรคประจำตัว ซึ่งการมีโรคประจำตัวนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขเป็นประจำหรืออย่างต่อเนื่อง และโรคประจำตัวที่เป็นกันโดยส่วนมาก เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ดังนั้นรัฐจึงควรมีการกำหนดหรือทบทวนนโยบายและแผนเพื่อรองรับการให้บริการ

ด้านสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะในอนาคตอีกไม่นานจำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มสูงมากขึ้น ดังนั้นการกำหนดนโยบายและการวางแผนรองรับไว้แต่เนิ่นๆ จะทำให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างได้ผลและทันกาล

3. นอกจากนี้แล้วจากการศึกษายังพบอีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนอยู่ในระดับรวย และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ล้วนแล้วแต่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่ต่ำกว่า และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ ซึ่งข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูง หรือมีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในระดับรวย นั้น มีโอกาสหรือมีช่องทางในการเลือกการรักษาพยาบาลได้มากกว่า เช่น การเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อความสะดวกสบายของการบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองใหญ่ที่มีผู้คนอาศัยอยู่หนาแน่น ทำให้ผู้สูงอายุเลือกที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ (วาทีณี บุญชะลิกย์ และ ชุพิน วรสิริอมร, 2544) แม้ว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐก็ตาม ดังผลที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุในแบบจำลองที่ 3 ดังนั้นรัฐควรปรับปรุงคุณภาพและเพิ่มช่องทางการจัดบริการโรงพยาบาลของรัฐให้เพียงพอต่อความต้องการในการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งควบคุมอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนไม่ให้สูงเกินไปจนเป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคที่เป็นผู้สูงอายุที่หันมาเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชน

FACTORS AFFECTING HEALTHCARE EXPENDITURE OF THE THAI ELDERLY

DANUSORN POTHARIN 5237473 PRPR/M

M.A. (POPULATION AND SOCIAL RESEARCH)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WATHINEE BOONCHALAKSI, Ph.D.,
SAWARAI BOONYAMANOND, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and rationale

Changing in the world's population structure in the past half century indicates that older persons aged over 65 (United Nations, 2007) has been increasing both in size and in proportion compared to the total population due to mortality and fertility decline. In 1975, the world had of 4.1 billion people; 350 million were older persons, or about 8.4 percent of the total population. While recent population projection reveals that there will be 8.2 billion people in the world in 2025 1,100 million of which will be older persons, that will bring the proportion of the older persons to the total population to reach 13.4 percent. Besides, there will also be a rising trend in the size of the old-old and the oldest-old, and 2 in 3 of all older persons in the world will be residing in developing countries, particularly in Asia (United Nations, 2007).

As for Thailand's older persons' statistics, it was found that in the year 1960, 1980, and 2000, there were 1.2 million, 2.4 million, and 5.8 million older persons, that was, 4.6 percent, 5.5 percent, and 9.2 percent in proportion of older persons to the total population, respectively (National Statistical Office, 2008). And population projection estimates in 2020 indicate that the number of older persons will

hike to 12.4 million, which will make the proportion of older persons to be 16.8 percent to the total population in less than a decade from now. The proportion of the old-old and the oldest-old to total older persons will also increase. In 1960, proportion of elderly aged more than 70 was as high as 34.9 percent compared to the overall elderly, and in 2020, it is predicted to be increasing to 39.6 percent (Pramote Prasartkul and Patama Vapattanawong, 2004). Consistent with the previous information, the latest survey report from the National Statistical Office (National Statistical Office, 2010) also found that, in 2007, proportion of the older persons were 10.7 percent compared to the overall population; 44.6 percent were men and 55.4 percent were women. When dividing the older persons into 3 groups according to their age range; the young-old (60-69 years of age), the old-old (70-79 years of age), and the oldest-old (80 and over years of age), it was found that more than half of all older persons (58.8%) were the young-old, and for the rest; 31.7 percent were the old-old and 9.5 percent were the oldest-old, all are in the period of life that needs to be highly depending on others. Apart from that, a survey of the Bureau of Empowerment for Older Persons conducted from 2004 to 2007 also found that the number of older persons in Thailand was increasing every, that is, about 200,000 persons per year on average. In 2007, there were 194,338 older persons increasing from the previous year, which making 7,040,657 total older persons in 2007, and on average they lived to the age of 70. The life expectancy also increased to 74.9 years for female and 69.9 years for male (National Economic and Social Advisory Council, 2007).

The changing in population structure and the downfall of the birth rate and mortality rate had started an old age population condition and finally made Thailand reaching an Aging Society. This trend had changed resource consuming behaviors as well as other socio-economic and health aspects. Thailand has reached an Aging Society since 2005, the first year that the proportion of older persons compared to the total population has reached 10 percent, meaning that there was 1 older person in every 10 persons in Thailand, and this proportion shall go on (Bureau of Empowerment for Older Persons, 2007).

When considering the health condition of the elderly, it was found that less than half of them (43.0%) reported their health condition to be 'good', 28.9 percent considered themselves to be 'fairly healthy', 21.5 percent reported their health was 'bad',

2.8 percent reported ‘very bad’, and only 3.8 percent of them said they were ‘very healthy’. It was also reported that there were 31.7 percent of the elderly who had Hypertension, 13.3 percent had Diabetes, 7.0 percent had Heart Disease, 0.5 percent had Cancer, 1.6 percent had Brain Infarction, and 2.5 percent had Paralysis (National Statistical Office, 2007).

Besides, the reporter the Performance of Health Care for Elderly and the impact on Public Health Care Financing during 2011-2022 period, produced by the Health Insurance System Research Office, indicated that are estimated healthcare expenditure of the elderly is assumed to be growing higher every year. In the next ten years or 2022, the healthcare expenditure of the elderly will be 3.62 times higher than the present time and it will be the highest share of all healthcare expenditure of persons in every age group (Reported by Thairath newspaper, 18th March 2011).

The rapidly changing condition of the Thai elderly as stated above has affected not only the resources consumption but also the other economic, social, and health aspects. The fact is that the chance of the elderly to adjust and prepare for their livings has limited since they are too old to work, besides, the increasing in their lifespan is forcing them to be more dependent on themselves, their families, the society, and the government, while these social institutes are not really and sufficiently ready to support them. Thus, this study aims to explore healthcare expenditure of the Thai elderly, Who have high risk of being ill or risk. Also they have to face with their healthcare expenses. How could they cope with these expenditures which are continuously rising. How could we find the ways to promote good welfares for the elderly whose number has been increasing rapidly in the near future.

Objectives

The main objective of this study could be stated shortly as follow.

1. To explore healthcare expenditure of the Thai elderly.
2. To investigate factors affecting healthcare expenditure of the Thai elderly.

Methodology

This research on factors affecting healthcare expenditure of the Thai elderly was based on the quantitative approach using secondary data derived from the 2009 Health and Welfare Survey conducted by the National Statistical Office of Thailand. The data were collected in April 2009, in administrative areas, categorized according to the criterion of the Department of Provincial Administration, covering the municipal and non-municipal areas throughout the country with 1,932 communities/buildings/villages and 26,520 households. The questionnaire was used to interview all members in the households.

The sample group specifically selected to use in this study was the elderly aged over 60 who were ill and were being an out-patient during 1 month period prior to the time of interview. Finally, the sample group was made of 4,746 older persons; 1,763 were male and 2,983 were female.

For data analysis, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows Version 20 was used to respond to the objectives of this study, and, the data were managed to analyze in 2 parts as follows.

1. Healthcare expenditure of the Thai elderly was explored using Percentage and Cross-tabulation Table classified by individual factors, household factors, and community factors.
2. Factors affecting healthcare expenditure of the Thai elderly were investigated using Multiple Regression analysis. Details of variables used in the analysis are as follows.

Dependent variable - Healthcare expenditure of the Thai elderly

Independent variables - Factors assumed to be affecting healthcare expenditure of the Thai elderly which comprised of 1. Individual factors (gender, age, educational level, marital status, number of children, health security, health risk behavior, chronic diseases, and treatment types), 2. Household factors (economic status and sanitary conditions), and 3. Community factors (region and administrative area).

Results

1. Demographic characteristics

The population used in this study was the elderly aged 60 and over. The majority of them were female, and the average age was 70.9. The educational level was mostly lower than the primary level, and the marital status was mostly married. They mostly had gold card as their health security. Apart from that, there were 0.9 percent of the total population in this study who had no health security at all. Most of the elderly had chronic diseases and the top three diseases ranked the highest were Heart Disease, Diabetes, and Orthopedic Diseases (40.5%, 22.4%, and 10.9%, respectively). There were only 13.1 percent of the elderly who had no chronic diseases at all. The biggest part of the elderly (83.6%) chose to receive medical treatment from the government hospitals. Considering on household economic status, it was found that over half of the households (59.7%) were considered to be in the middle level, most of them were residing in Central region (32.5%).

2. Patterns of healthcare expenditure classified by individual factors, household factors, and community factors

It was found from the study that the majority of the elderly who were ill and were being an out-patient still have to pay for the healthcare expenditure, which was equal to 309.2 baht per person per time. When considering healthcare expenditure by the elderly educational level, it was found that healthcare expenditure was higher among those elderly who had higher educational levels, and when considering by the marital status, the elderly who were never married had paid the highest healthcare expenditure, which was 368.1 baht on average, while the married ones had paid for 78.6 baht, and the widowed/divorced/separated ones had paid for 36.4 baht. Furthermore, when classified by health security, it was found that healthcare expenditure was the most costly to elderly who had no health security. They had to pay for the expenditure for as high as 2,358.9 baht per person per time. While the elderly who had gold card as health security had to pay only 270 baht on average. When classified by chronic diseases, the elderly who paid highest for their healthcare expenditure were the elderly who had genitourinary system diseases; paying 749 baht per person per time on average, while the elderly who had no diseases

had to pay for only 233.8 baht per person per time. Looking at treatment types, the elderly who went to government hospitals can save 871 baht compared to those who went to private hospitals. If considered household economic status, it was found that the household economic status had direct variation with healthcare expenditure, that is, the healthcare expenditure goes high according to the economic status if it goes high and the healthcare expenditure also goes down if the economic status goes down. And lastly, when considering on region, it was apparent that elderly who were residing in Bangkok had the highest healthcare expenditure at 1,087.5 baht, while the elderly in North region paid the lowest at 233.3 baht per person per time.

3. Factors affecting healthcare expenditure of the Thai elderly

Based on the Multiple Regression analysis determining relationship between the dependent variable; healthcare expenditure, and all 13 independent variables; gender, age, educational level, marital status, number of children, health security, health risk behavior, chronic diseases, treatment types, household economic status, household sanitary conditions, region, and administrative area, it was found that there were 6 independent variables that had their significant influences on healthcare expenditure. These factors included health security, treatment types, household economic status, region, educational level, and chronic diseases; the first 4 factors were significant at high level ($\alpha = 0.001$), while the fifth one was significant at an intermediate level ($\alpha = 0.01$), and the last one at a lower level ($\alpha = 0.05$). All independent variables could together explain the variation of healthcare expenditure on the Thai elderly at 18.0 percent ($R^2 = 0.180$).

Discussion

From Multiple Regression analysis, it was revealed that the factors that affect healthcare expenditure of the Thai elderly were educational level, health security, chronic diseases, treatment types, household economic status, and region which can be discussed as follows.

Educational level - It was found that the elderly who had educational level higher than the secondary level paid more healthcare expenditure compared to the elderly who had educational level lower than the primary level ($\infty = 0.01$) approximately for 135 baht. This finding was in accordance with a work of Boonkong Hunchangsith (2010) stated that the investment in education and investment in health is a Joint Investment which means that both of the investments benefit each other, persons who have higher education usually have better knowledge and understanding and are able to take a better care of their health, thus, with the more care of their health, the elderly who have higher education would also have higher expenditure for the medical treatment; in other words, for the healthcare.

Health security - It was obviously found that elderly who had any kinds of the health security; namely, gold card, social security, civil service welfare, or private health insurance, had lower healthcare expenditure compared to the elderly who had no health security at all ($\infty = 0.001$), which was consistent with the literature review in Chapter 2 that said, for people who have health security, the security system would be responsible for expenditure occurred according to the healthcare activity, thus, people who have health security would have lower healthcare expenditure, which also complied with the set up hypothesis.

Chronic diseases - Results from Multiple Regression analysis showed that elderly who had chronic diseases had healthcare expenditure higher than the elderly who had no chronic diseases, these 5 diseases were Heart disease ($\infty = 0.001$), Cancer ($\infty = 0.001$), Genitourinary System diseases ($\infty = 0.001$), Diabetes ($\infty = 0.01$), and Orthopedic diseases ($\infty = 0.05$). This result confirmed the hypothesis and also came along well with Phongsak Sakhunthaksin's work (2007) which also found that the elderly who had chronic diseases had to pay more healthcare expenditure than the elderly who did not have any chronic diseases.

Treatment types - When considering the variable 'treatment types' from Multiple Regression analysis results, it was found that the treatment types did have the influence on healthcare expenditure with high level of statistical significance ($\infty =$

0.001), the elderly who went to government hospitals spent less money for the healthcare than the elderly who went to private hospitals approximately for 827 baht per time, which correspond to a study of Wathinee Boonchalaksi and Yupin Vorasiriamorn (2009) stating that healthcare services from private hospitals are costly more than the services from government hospitals.

Household economic status - The result showed that elderly who were in households with rich economic status had higher healthcare expenditure than the elderly who were in households with middle or poor economic status ($\infty = 0.001$), those with middle economic status paid less healthcare expenditure than those with rich economic status roughly for 193 baht and those with poor economic status paid less healthcare expenditure than those with rich economic status approximately for 240 baht which supported the hypothesis. This result was also conformable with Wathinee Boonchalaksi and Yupin Vorasiriamorn's study (2009) which found that elderly with good economic status are more likely to prefer receiving healthcare services from private hospitals, which are more costly, thus, the elderly with higher economic status tend to have higher healthcare expenditure accordingly.

Region - The researcher hypothesized that elderly living in different regions would have different amount of expenditure spent for healthcare services. The results from Multiple Regression analysis came out to be supporting the hypothesis, the elderly who lived in other regions had lower healthcare expenditure than the elderly who lived in Bangkok ($\infty = 0.001$) which can be showed in descending order as follows; elderly who lived in Northern region had lower healthcare expenditure than elderly living in Bangkok for 427 baht and elderly who lived in Southern region, Northeastern region, and Central region had lower healthcare expenditure than elderly living in Bangkok for 407 baht, 392 baht, and 371 baht, respectively. This finding was supporting a study from Phongsak Sakhunthaksin (2007) saying that elderly living in urban areas had higher expenditure for consumption goods and public utility than elderly living in suburban areas.

Recommendations

1. From the research results, a very interesting finding is that the elderly who had any kinds of health security had very much lower expenditure for healthcare services than the elderly who had no health security. This indicates that having the health security systems is a beneficial means that help relieving the elderly burden in healthcare expenditure, therefore, it is strongly recommended for the government to maintain the universal healthcare scheme (gold card) and keep improving the system to fully cover the elderly who is now still left out in order to help reducing the healthcare expenditure for the elderly later on.

2. Information from this study revealed that most of the elderly had at least one chronic disease, which means that the elderly need to receive healthcare services regularly and continuously. And most of the chronic diseases are the diseases that demand for high cost of healthcare expenditure, thus, the government should have well-assigned plans and a good review of the policies to support more efficiently for higher demand in healthcare services from the elderly, since the number of the elderly is accelerating to a bigger quantity in the very near future. Designing plans and policies since the early time makes future situations in coping with high healthcare demand from the elderly to be more effective and manageable.

3. In addition, this study also found that the elderly who had higher educational level, had household economic status as rich, and lived in Bangkok had higher healthcare expenditure than the elderly who had lower educational level, had lower household economic status, and lived in other regions. This finding could be explained that the elderly who had high educational level or rich economic status had greater opportunities to choose the treatment types, they could choose to go to private hospitals which provide better convenient receiving the healthcare services. Especially the elderly living in Bangkok, the big capital city of the country with big population and civilization, which make the elderly preferring private hospitals (Wathinee Boonchalaksi and Yupin Vorasiriamorn, 2009) even though they cost more healthcare expenditure than the government hospitals as seen from the third model of Multiple Regression analysis, therefore, the government should improve the quality of the government hospitals and manage to provide better services and more proper ways to serve with the healthcare demand from the elderly, as well as controlling the

healthcare cost of private hospitals to not getting to high to take advantage of the elderly who choose to receive healthcare services from them.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กชกร สังขชาติ. (2536). **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ**. ชลบุรี : ภาควิชาการศึกษาอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จอห์น โนเดล และ นภาพร ชโยวรรณ. (2552). **การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย: แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอนาคต**. กรุงเทพมหานคร : กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทยและสำนักงานภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก.
- ฉัตรสุมน พฤทธิบุญ. (2553). **เศรษฐศาสตร์ประยุกต์ : งานสุขภาพและสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2534). **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์**. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- _____. (2535). **คู่มือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : พี.ที.เอ.เบสท์ซัพพลาย.
- _____. (2538). **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญคง หันจางสิทธิ์. (2544). **เศรษฐศาสตร์มหภาค**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- _____. (2553). **เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โอ. เอส. พรีนติ้ง เฮาส์.
- บุษยมาส สินธุประมา. (2539). **สังคมวิทยาความสูงอายุ**. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์สมพรการพิมพ์.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และ กฤตยา อาชวนิจกุล บรรณาธิการ. (2549). **ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548**. กรุงเทพมหานคร : บริษัทแปลนพรีนติ้ง จำกัด.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. **ประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2503 - 2563**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเคล. (2539). รายงานการสำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย. (เอกสารสถาบันหมายเลข 246/39). กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตา ชูโต. (2525). **คนชราไทย**. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์ศักดิ์ สกุลทักษิณ. (2550). **รูปแบบการใช้จ่ายเงินที่มีผลต่อความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรภา มนูญภัทรราชย์. (2544). **การเตรียมการก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรในชุมชนขนาดใหญ่ พื้นที่เขตบางซื่อ**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- วาทีณี บุญชะลิกษ์ และ ยุพิน วรสิริอมร. (2544) **ภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชชุดา อินทรมานวงศ์. (2546). **ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรัช พานิชวงศ์. (2549). **การวิเคราะห์การถดถอย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ผลิตตำราเรียน สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. (2543). **ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ชุมชนสุขภาพคนไทย พ.ศ.2543**. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2552). **การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.).
- ศศิมา ทวีสิน. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเตรียมตัวในการดำรงชีวิตเมื่อเกษียณอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ บรรณาธิการ. (2552) **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551**. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). **สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปัญญา ไชยชาญ. (2543). **หลักการตลาด**. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547-2550**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2551). **สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2551**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล๊อค.
- _____. (2553). **รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2553). **รายงานสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2550**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล๊อค.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.
- หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ. (2554). **วิจัยชี้ค่าใช้จ่ายสุขภาพคนแก่อีก 12 ปี พุ่ง 3.62 เท่า**. ฉบับประจำวันที่ 18 พฤษภาคม 2554.
- อารี จำปากล้า. (2552). **การประยุกต์ใช้สถิติเบื้องต้นในการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Henry, Jacob S. (1976). **The Methods and Materials of Demography**. New York : Academic Press, Inc.

Abraham Maslow. (1943). **Maslow's hierarchy of needs**. http://en.wikipedia.org/wiki/Maslow's_hierarchy_of_needs.

Nutta Sreshthaputra. (2001). **The Universal Coverage Policy of Thailand:An Introduction**. Asia Pacific Health Economics Network .

Paul D. Allison. (1999). **Multiple Regression**. California : A Sage Publications Company.

Richard Stillman. (1988). **Guide to Personal Finance : A Lifetime Program of Money Management**. United States of America.

United Nations. (2007). **World Population Ageing 2007**. New York: United Nations Publications.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552

ปกหน้า

1. ภาค

4. เขตที่อยู่อาศัย

1. ในเขตเทศบาล

2. นอกเขตเทศบาล

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน

F3 ความเกี่ยวข้องกับหัวหน้าครัวเรือน

1. หัวหน้าครัวเรือน

2. ภรรยา/สามี

3. บุตรยังไม่สมรส

4. บุตรที่สมรสแล้ว

5. บุตรเขย/บุตรสะใภ้

6. บุตรของบุตร

7. พ่อ แม่ พ่อตา แม่ยาย

8.ญาติอื่นๆ

9. ผู้อาศัยและคนรับใช้

F4 เพศของผู้สูงอายุ

1. ชาย

2. หญิง

F8 ท่านจบการศึกษาสูงสุดในระดับใด

1. ไม่เคยเรียน

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษาตอนต้น

4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

5. ปวส./ปวท./อนุปริญญา

6.ปริญญาตรีและสูงกว่า

7. อื่นๆ (ระบุ)

F6 ท่านมีสถานภาพสมรสใด

- | | | |
|---------|---------------|-----------------------------|
| 1. โสด | 2. สมรส | 3. หม้าย |
| 4. หย่า | 5. แยกกันอยู่ | 6. เคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพ |

ตอนที่ 2 หลักประกันด้านสุขภาพ

HW1_1 ปัจจุบันท่านมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหรือไม่

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 0. ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล | 1. บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) |
| 2. ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน | 3. สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ |
| 4. ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน | 5. สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง |
| 6. อื่นๆ (ระบุ) | |

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข (ก.ความเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ เฉพาะการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล)

HW11_1 โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวที่ท่านมีอยู่ในกลุ่มโรคอะไรบ้าง?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. โรคมะเร็ง | 2. โรคเบาหวาน |
| 3. ความผิดปกติทางจิต | 4. ความผิดปกติทางระบบประสาท |
| 5. ความผิดปกติทางการรับรู้ | 6. โรคหัวใจและหลอดเลือด |
| 7. โรคเรื้อรังของระบบหายใจ | 8. ความผิดปกติทางระบบย่อยอาหาร |
| 9. โรคของระบบสืบพันธุ์และปัสสาวะ | 10. ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ |
| 11. โรคติดเชื้อที่ทำให้ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือพิการแบบเรื้อรัง | |
| 12. ความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด และโรคทางพันธุกรรม | |
| 13. ความผิดปกติในช่องปาก | 14. โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวอื่นๆ |

HW14 การเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายท่านมีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร?

0. ไม่ได้รักษา
1. ชื่อ/หายาแผนปัจจุบันกิน
2. ชื่อ/หายาแผนโบราณกิน
3. ไปหาหมอพื้นบ้าน/หมอแผนโบราณ/หมอนวดแผนไทย
4. สถานีอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สุขภาพชุมชน
5. โรงพยาบาลชุมชน
6. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์
7. โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย
8. โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ
9. โรงพยาบาลเอกชน
10. คลินิกเอกชน
11. อื่นๆ (ระบุ)

HW18 การเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายท่านจ่ายค่าพาหนะไป-กลับทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร?

HW19 การเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายท่านจ่ายค่ารักษาพยาบาลรวมเป็นเงินเท่าไร?

ตอนที่ 5 การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

HW58 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่?

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ไม่เคยสูบ | 2. เคยสูบทุกวัน |
| 3. เคยสูบแต่ไม่ทุกวัน | 4. สูบทุกวัน น้อยกว่า 100 มวน |
| 5. สูบทุกวัน 100 มวนขึ้นไป | 6. สูบแต่ไม่ทุกวัน น้อยกว่า 100 มวน |
| 7. สูบแต่ไม่ทุกวัน 100 มวนขึ้นไป | |

HW60 ระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาหรือไม่?

- | | | |
|-------------------|-------------------|-----------------|
| 1. ไม่เคยดื่ม | 2. เคยดื่ม | 3. ดื่มทุกวัน |
| 4. ดื่มวันเว้นวัน | 5. ดื่มทุกสัปดาห์ | 6. ดื่มทุกเดือน |
| 7. นานๆ ครั้งดื่ม | | |

ตอนที่ 7 ลักษณะของครัวเรือน

6.การใช้ส้วม

- | | | |
|---------------|-------------|-------------------------|
| 1.ส้วมชักโครก | 2.ส้วมซึม | 3.ส้วมชักโครกและส้วมซึม |
| 4.ส้วมหลุม | 5.ไม่มีส้วม | |

7.น้ำดื่ม

- | | | |
|-------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1.น้ำดื่มบรรจุขวด | 2.น้ำประปาต่อท่อเข้าบ้าน | 3.น้ำบาดาลต่อท่อเข้าบ้าน |
| 4.น้ำประปานอกบ้าน | 5.น้ำบ่อหรือน้ำบาดาล | 6.น้ำจากแม่น้ำ ลำธารหรือคลอง |
| 7.น้ำฝน | 8.อื่นๆ | |

8.น้ำใช้

- | | | |
|-------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1.น้ำดื่มบรรจุขวด | 2.น้ำประปาต่อท่อเข้าบ้าน | 3.น้ำบาดาลต่อท่อเข้าบ้าน |
| 4.น้ำประปานอกบ้าน | 5.น้ำบ่อหรือน้ำบาดาล | 6.น้ำจากแม่น้ำ ลำธารหรือคลอง |
| 7.น้ำฝน | 8.อื่นๆ | |

10.สมาชิกในครัวเรือนคนใดคนหนึ่งเป็นเจ้าของสิ่งต่างๆ (ถ้า "ไม่เป็นเจ้าของ" บันทึกรหัส

"0" "เป็นเจ้าของ" บันทึกรหัส "1")

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| H12 เติ่งนอน | H13 เตาหุงต้มอาหาร-แก๊ส |
| H14 เตาหุงต้มอาหาร-ไฟฟ้า | H15 เตาอบไมโครเวฟ |
| H16 กระจกต้มน้ำไฟฟ้า | H17 ตู้เย็น |
| H18 เตาไรไฟไฟฟ้า | H19 หม้อหุงต้มอาหารไฟฟ้า |
| H20 พัดลม | H21 วิทยุ |
| H22 โทรทัศน์ | H23 เครื่องเล่นวีดีโอ/ซีดี/ดีวีดี |
| H24 เครื่องซักผ้า | H25 เครื่องปรับอากาศ |
| H26 เครื่องทำน้ำร้อน/น้ำอุ่นในห้องน้ำ | H27 เครื่องคอมพิวเตอร์ |
| H28 โทรศัพท์ (รวมเครื่องต่อพ่วง PCT) | H29 โทรศัพท์มือถือ |
| H30 โทรสาร | H31 รถยนต์ส่วนบุคคล |
| H32 รถบรรทุกเล็ก/รถปิกอัพ/รถตู้ | H33 รถอีแต่นและรถอื่นๆประเภทเดียวกัน |
| H34 เรือยนต์ | H35 รถจักรยานยนต์ |
| H36 รถจักรยาน | |

ตารางที่ ผ.1 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Correlation Matrix)

No.	ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	เพศ	1.000												
2	อายุ	0.003	1.000											
3	ระดับการศึกษา	-0.185**	-0.117**	1.000										
4	สถานภาพสมรส	0.251**	0.274**	-0.126**	1.000									
5	จำนวนบุตร	-0.035*	0.045**	-0.059**	0.021	1.000								
6	หลักประกันสุขภาพ	-0.056**	0.025	0.367**	0.055**	0.003	1.000							
7	พฤติกรรมการดื่ม	-0.606**	-0.056**	0.066**	0.026	0.003	-0.027	1.000						
8	โรคประจำตัว	-0.050**	0.028	-0.031*	-0.021	0.022	0.017	0.046**	1.000					
9	สถานที่รวมแบบลด	0.044**	0.005	-0.006	0.056**	0.007	-0.034*	-0.047**	-0.012	1.000				
10	ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	-0.036*	-0.033*	0.281**	0.029*	0.252**	0.310**	-0.084**	-0.016	0.087**	1.000			
11	คุณสมบัติของครัวเรือน	-0.008	-0.033*	-0.014	-0.017	0.001	0.021	-0.003	0.012	-0.016	0.001	1.000		
12	ภูมิภาคที่อยู่อาศัย	-0.004	-0.022	-0.057**	-0.042**	-0.026	0.033*	0.029*	-0.013	-0.037*	-0.099**	0.053**	1.000	
13	เขตที่อยู่อาศัย	-0.003	0.026	-0.192**	-0.026	0.025	-0.192**	0.046**	0.026	-0.065**	-0.291**	-0.019	0.065**	1.000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นายคนุสรณ์ โพธารินทร์

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 14 ตุลาคม 2529

สถานที่เกิด

จังหวัดอุบลราชธานี

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, พ.ศ. 2548-2552

บริหารธุรกิจบัณฑิต (ธุรกิจระหว่างประเทศ)

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2552-2555

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม)

ทุนการศึกษา

ทุนอุดหนุนในการพัฒนานักศึกษาระดับปริญญาโท-เอก
ไปเสนอผลงานทางวิชาการ ณ ต่างประเทศ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

นำเสนองานวิจัยเรื่อง Factors Affecting Healthcare

Expenditure of the Thai Elderly ในการประชุมวิชาการ

IFA 11th Global Conference on Ageing May 28th-June 1st, 2012

Prague, Czech Republic

ที่อยู่ปัจจุบัน

114 ม.3 ตำบลหนองไฮ อำเภอเสนางคลินิกม

จังหวัดอำนาจเจริญ 37290

โทรศัพท์ 086-4605984

E-mail : danusorn_p@hotmail.com