



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Journal Of Department Of Health Service Support



นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การรักษาพยาบาลของแรงงานไทย ในช่วงเวลาก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19

Health treatment utilization of working-age Thai workers before and amid the COVID-19 pandemic

ฉัตรชัย เพ็งจันทร์* ศ.ม., นพวรรณ พจน์พิศุทธิพงษ์* ป.ด.

Chatchai Pengchan** M.Econ, Nopphawan Photphisutthiphong** Phd.Econ

* วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** College of Populations studies Chulalongkorn University

ชื่อผู้ประสานงาน: ฉัตรชัย เพ็งจันทร์ อีเมลผู้ประสานงาน: 6381002051@student.chula.ac.th

ARTICLE HISTORY

วันรับ: 30 เม.ย. 2568
วันแก้ไข: 12 ส.ค. 2568
วันตอบรับ: 22 ส.ค. 2568

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยในสถานพยาบาลและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยวัยแรงงานต้องจ่ายเอง ในช่วงเวลาก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 (n=6,320) และ พ.ศ. 2564 (n=4,890) สำหรับการวิเคราะห์ในส่วนที่หนึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกของวัยแรงงานเมื่อเจ็บป่วยซึ่งมีสามทางเลือกคือ ไม่ได้รักษา ซ้ำยาฆ่าเชื้อเอง และการไปรักษาที่สถานพยาบาล โดยใช้วิธีการถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก พบว่า ตัวแปรด้านภูมิภาคที่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน การมีโรคประจำตัว และการมียานพาหนะในครัวเรือน มีความสัมพันธ์เลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเมื่อเทียบกับการเลือกไม่ได้รับการรักษา และในส่วนที่สองใช้แบบจำลองโทบิต พบว่า ตัวแปรด้านสิทธิ์ที่ใช้ในการรักษา ภูมิภาคที่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน และสถานพยาบาล มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยวัยแรงงานต้องจ่ายเอง

คำสำคัญ: การรักษาพยาบาล, โควิด-19, ประชากรวัยทำงาน, รายจ่ายสุขภาพ

Abstract

This study aimed to examine the factors associated with Thai workers' use of healthcare treatments and the out-of-pocket costs incurred before and during the COVID-19 pandemic. Microdata from the Health and Welfare Survey Project for the years 2019 (n=6,320) and year 2021 (n=4,890) were used in this study. Data analysis is divided into two parts. First, the factors affecting the decisions made by working-age individuals with illness are examined. Three options were available to an individual with illness: not seeking treatment, self-medicating, and seeking hospital treatment. To determine what factors influenced these decisions, was associated with the following factors: region of residence, levels of household income per person, having a chronic disease, and having a vehicle in the household by using the multinomial logistic regression model. Second, the financial burden that Thai patients bear is investigated. We examined the variables related to the individuals' out-of-pocket costs was associated with the following factors: rights used for treatment, region of residence, levels of household income per person and hospitals used for treatment by using the Tobit model.

Keywords: Healthcare, COVID-19, Working-age population, Healthcare expenditure

บทนำ

หนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่ถูกกำหนดโดยสหประชาชาติ คือ เป้าหมายที่ 3: การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health And Well-Being)⁽¹⁾ ประเทศไทยได้มีการพัฒนาด้านสาธารณสุขจากการดูแล “สุขภาพ” ไปสู่การดูแล “สุขภาพะ” เสริมสร้างให้ประชากรไทยมีสุขภาพดีมีความสุขทั้งใน 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม ปัญญา หรือจิตวิญญาณ สอดคล้องกับนิยาม “สุขภาพ” ขององค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพ หมายถึง สภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกาย จิต และสังคม และไม่ได้จำกัดอยู่แค่เรื่องของการไม่มีโรคหรือความบกพร่องหรือขีดจำกัดด้านร่างกายและจิตใจ”

ประเทศไทยมีระบบโครงสร้าง การกำกับ ดูแล ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบสาธารณสุขได้ง่าย เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ไม่ว่าจะอยู่แห่งใด

ในประเทศก็สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทั่วถึงดังสิทธิที่ประชาชนในประเทศไทยพึงได้รับ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่ประเทศไทยใช้ในปัจจุบันมี 3 ระบบ⁽²⁾ อันได้แก่ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการข้าราชการ และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชากรไทยทุกคนจะได้รับบริการรักษาพยาบาลฟรีโดยใช้เงินภาษีของรัฐบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่หลากหลาย

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อวงกว้างต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก ผลกระทบของการดำเนินการตามมาตรการด้านสาธารณสุขและมาตรการทางสังคมในระดับต่างๆ ระหว่างประเทศทำให้มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวนมาก นับเป็นวิกฤตด้านสุขภาพที่รุนแรงอย่างยิ่ง^(3,4) และยิ่งส่งผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจ ทำให้สถานประกอบการหลายแห่งต้องปิดตัวลง เพื่อควบคุมการระบาดของเชื้อโรคตามสั่งการจากรัฐบาล ซึ่งสร้างความเดือดร้อนและเสียหายเป็นอย่างมากและส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง

เมื่อไม่สามารถประกอบอาชีพได้ก็ทำให้ขาดรายได้ และยังปัญหาโรคระบาดยืดเยื้อนานเท่าไร ความเสียหายยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งปัญหาที่ตามมาคือ ปัญหาหนี้สินในครัวเรือนที่พุ่งสูงขึ้น ปัญหาการตกงาน หรือการต้องปิดกิจการอย่างถาวร เป็นต้น

ก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ป่วยวัยแรงงานสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนได้ตามปกติ โดยมีประกันสุขภาพช่วยลดค่าใช้จ่าย แต่ต้องจ่ายเองหากสิทธิประกันสุขภาพไม่คุ้มครอง ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 การรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่ได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐ โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ส่วนโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง มีความจำเป็นต้องใช้การรักษาทางออนไลน์ซึ่งอาจมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ผู้ป่วยวัยแรงงานที่ได้รับผลกระทบมีรายได้ลดลง ทำให้มีความยากลำบากในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของแรงงานไทยเมื่อเจ็บป่วยในสถานพยาบาล ในช่วงเวลา ก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการรักษาพยาบาลของแรงงานไทยเมื่อเจ็บป่วยในสถานพยาบาล ในช่วงเวลา ก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง (ค่าใช้จ่ายที่ไม่อยู่ในหลักประกันสุขภาพ) ในช่วงเวลา ก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19

วิธีการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในบทความนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ โดยเป็นข้อมูลระดับย่อยจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562⁽⁵⁾ และ พ.ศ. 2564⁽⁶⁾ ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการศึกษาจะใช้ข้อมูลส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน เขตการปกครอง ภูมิภาคที่อาศัย การมียานพาหนะในครัวเรือน ส่วนที่ 2 สิทธิที่ใช้ในการรักษา การมีโรคประจำตัว สถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามตารางที่ 1

การตรวจสอบสุขภาพ มีประเภทและวิธีการตรวจที่แตกต่างกันในแต่ละวัย ซึ่งขึ้นอยู่กับความเสี่ยงของการเกิดโรคที่ต่างกันในแต่ละช่วงวัยด้วย และในช่วงอายุต่าง ๆ จะมีการเน้นตรวจตามปัจจัยต่าง ๆ อาทิ เพศ อายุ การใช้ชีวิตประจำวัน อาชีพการงาน และสภาพร่างกาย วัยแรงงานที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ในช่วงอายุนี้อาจถือว่าเป็นช่วงสะสมโรค เพราะร่างกายแข็งแรง แต่มีการใช้ร่างกายงานหนักและละเลยการดูแลสุขภาพ แต่เมื่อช่วงอายุ 35 ปีขึ้นไป ร่างกายเริ่มเปลี่ยนแปลงและมีการแสดงออกของโรคให้เห็นด้วยเหตุผลดังกล่าว ในศึกษานี้จึงใช้กลุ่มแรงงานตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 35-59 ปี สำหรับในปี 2562 มีจำนวนตัวอย่าง 38,581 คน และขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มแรงงานในปี 2564 เท่ากับ 32,197 คน

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ระยะเวลา	กลุ่มตัวอย่าง	ไม่ป่วย	ทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย					
			ไม่ได้รักษา	ร้อยละ	ซื้อยา มากินเอง	ร้อยละ	ไปรักษา ที่สถานพยาบาล	ร้อยละ
ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19	38,581	32,261	407	6.44	1,530	24.21	4,383	69.35
ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19	32,197	27,307	446	9.12	1,219	24.93	3,225	65.95

การวิเคราะห์ข้อมูลมี 2 ส่วน กล่าวคือ ในส่วนที่หนึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกของวัยแรงงานเมื่อเจ็บป่วย โดยใช้วิธีการถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก เนื่องจากตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่มีมากกว่าสองทางเลือก ซึ่งในการศึกษานี้มีสามทางเลือกคือ ไม่ได้รักษา ซื้อมากินเอง และการไปรักษาที่สถานพยาบาล และในส่วนที่สองเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยวัยแรงงานต้องจ่ายเอง โดยใช้วิธี Tobit model เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อค่ารักษาพยาบาลที่เกินขีดจำกัดที่กำหนด และช่วยให้สามารถวิเคราะห์ทั้งความน่าจะเป็นของค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอธิบายและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในการศึกษาครั้งนี้เฉพาะกลุ่มแรงงานที่ป่วย

และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และการวิเคราะห์ข้อมูลช่วงก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 นั้น จะมีการวิเคราะห์ทั้งสองช่วงเวลาการวิเคราะห์ข้อมูลโครงการฯ นี้ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\alpha=0.05$)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ดังแสดงในตารางที่ 2 ทั้งในช่วงเวลาก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ตัวแปรด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน เขตการปกครอง ภูมิภาคที่อาศัย การมียานพาหนะในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ซื้อมากินเอง และไม่ได้รักษาตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

ปัจจัยส่วนบุคคล		ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาด			ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาด		
		ของโควิด-19 (n=6,320)			ของโควิด-19 (n=4890)		
		ไม่ได้รักษา	ซื้อมากินเอง	ไปรักษาที่สถานพยาบาล	ไม่ได้รักษา	ซื้อมากินเอง	ไปรักษาที่สถานพยาบาล
เพศ	ชาย	247	916	2,528	270	760	1,909
	หญิง	160	614	1,855	176	459	1,316
	ร้อยละ	6.44	24.21	69.35	9.12	24.93	65.95
ระดับการศึกษา	ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	260	942	2,752	288	725	2,028
	มัธยมศึกษา	111	486	1,093	127	427	858
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	16	74	4	25	53
	ร้อยละ	6.59	25.15	68.26	9.24	25.95	64.81
สถานะการทำงาน	เจ้าของธุรกิจ	217	825	2,321	250	663	1,833
	ธุรกิจครอบครัว และผู้ผลิต	21	50	146	18	34	106
	ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	41	113	437	43	119	327
	บริษัทเอกชน	98	432	980	92	334	605
	ว่างงาน	30	110	499	43	69	354
	ร้อยละ	6.17	23.90	69.93	8.96	26.29	64.75

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของ			ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของ		
		ของโควิด-19 (n=6,320)			ของโควิด-19 (n=4890)		
		ไม่ได้ รักษา	ซื้อยา มากินเอง	ไปรักษา ที่สถานพยาบาล	ไม่ได้ รักษา	ซื้อยา มากินเอง	ไปรักษา ที่สถานพยาบาล
สิทธิ์ที่ใช้ ในการรักษา	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	308	1,200	3,510	357	954	2,608
	ประกันสังคม	60	217	408	47	167	289
	ข้าราชการ	38	100	427	40	68	311
	ร้อยละ	6.48	24.2	69.32	9.17	24.56	66.27
เขตการปกครอง	ในเขตเทศบาล	209	844	2,338	218	698	1,608
	นอกเขตเทศบาล	198	686	2,045	228	521	1,617
	ร้อยละ	6.44	24.21	69.35	9.12	24.93	65.95
ภูมิภาคที่อาศัย	กรุงเทพมหานคร	21	128	229	22	98	160
	ภาคกลาง	114	469	1,173	120	374	786
	ภาคเหนือ	112	343	1,041	112	262	759
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	78	325	1,148	105	225	954
	ภาคใต้	82	265	792	87	260	566
	ร้อยละ	6.50	22.29	71.21	9.13	22.43	68.44
การมีโรคประจำตัว	มี	90	232	2,565	101	225	2,335
	ไม่มี	317	1,298	1,818	345	994	890
	ร้อยละ	6.44	24.21	69.35	9.12	24.93	65.95
การมียานพาหนะ ในครัวเรือน	มี	191	665	1,626	221	516	1,279
	ไม่มี	216	865	2,757	225	703	1,946
	ร้อยละ	6.44	24.21	69.35	9.12	24.93	65.95

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ดังแสดงในตารางที่ 3 ในช่วงเวลาก่อนการระบาดของโควิด-19 กลุ่มแรงงานที่เจ็บป่วยแล้วเลือกที่จะไปรักษาในสถานพยาบาล ผู้ป่วยจะเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลรัฐมากที่สุด ร้อยละ 77.79 และไปรักษาที่สถานพยาบาลเอกชน

ร้อยละ 22.21 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 กลุ่มแรงงานที่เจ็บป่วยแล้วเลือกที่จะไปรักษาในสถานพยาบาล ผู้ป่วยจะเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลรัฐมากที่สุด สูงถึงร้อยละ 91.86 และไปรักษาที่สถานพยาบาลเอกชน ร้อยละ 8.14

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

ทางเลือกการรักษา ในสถานพยาบาล	ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19		ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เอกชน	969	22.21	262	8.14
รัฐบาล	3,393	77.79	2,958	91.86

จากผลการศึกษา ตารางที่ 4 แสดงผลการศึกษาทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 พบว่า ตัวแปรด้านภูมิภาคที่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน การมีโรคประจำตัว และการมียานพาหนะในครัวเรือน มีความสัมพันธ์เลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเมื่อเทียบกับการเลือกไม่รับการรักษา ตัวแปรด้านภูมิภาคที่อาศัย กลุ่มแรงงานที่อาศัยอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโอกาสเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการเลือกไม่รับรักษามากกว่ากลุ่มแรงงานที่อาศัยอยู่ภาคกลาง เท่ากับ 1.441 เท่า (Coef.=0.365, p-value=0.027, RRR=1.441) สำหรับช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 เท่ากับ 1.648 เท่า (Coef.=0.499, p-value=0.000, RRR=1.648) สำหรับช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 ตัวแปรด้านรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน พบว่าระดับรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่ลดลง จะทำให้กลุ่มแรงงานมีโอกาเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยน้อยกว่าการเลือกไม่รับการรักษาเท่ากับ 0.805 เท่า

(Coef.=-0.215, p-value=0.006, RRR=0.805) สำหรับช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และเท่ากับ 0.784 เท่า (Coef.=-0.243, p-value=0.004, RRR=0.784) สำหรับช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 ตัวแปรด้านการมีโรคประจำตัว กลุ่มแรงงานที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการเลือกไม่รับการรักษาเท่ากับ 5.765 เท่า (Coef.=1.751, p-value=0.000, RRR=5.765) สำหรับช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และเท่ากับ 10.973 เท่า (Coef.=2.395, p-value=0.000, RRR=10.973) สำหรับช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 ตัวแปรด้านการมียานพาหนะในครัวเรือน กลุ่มแรงงานที่มียานพาหนะในครัวเรือนโอกาสเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการเลือกไม่รับการรักษาเท่ากับ 1.943 เท่า (Coef.=0.653, p-value=0.000, RRR=1.943 และ 95% CI = 4.492 7.399) สำหรับช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และเท่ากับ 1.922 เท่า (Coef.=0.653, p-value=0.000, RRR=1.922) สำหรับช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก และค่า Relative Risk Ratio (RRR) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกของวัยแรงงาน เมื่อเจ็บป่วยของวัยแรงงานในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19

ทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย	ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19			ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19		
	Coef.	RRR	p-value	Coef.	RRR	p-value
ทางเลือกที่ 1 ไม่ได้รักษา (Base outcome)						
ทางเลือกที่ 2 ไปรักษาที่สถานพยาบาล						
เพศ (เพศชายเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
หญิง	0.149	1.161	0.185	0.029	1.03	0.796
ระดับการศึกษา (ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
มัธยมศึกษา	0.161	1.175	0.203	0.09	1.094	0.473
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.283	1.328	0.177	0.347	1.416	0.142

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก และค่า Relative Risk Ratio (RRR) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกของวัยแรงงาน เมื่อเจ็บป่วยของวัยแรงงาน ในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วย	ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาด ของโควิด-19			ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาด ของโควิด-19		
	Coef.	RRR	p-value	Coef.	RRR	p-value
สถานการทำงาน (ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
เจ้าของธุรกิจ	-0.114	0.891	0.614	-0.105	0.9	0.653
ธุรกิจครอบครัว กลุ่มผู้ผลิต	-0.678	0.507	0.041*	-0.428	0.651	0.231
บริษัทเอกชน	0.014	1.014	0.954	0.031	1.031	0.901
ว่างงาน	0.139	1.14	0.636	-0.26	0.77	0.357
สิทธิ์ที่ใช้ในการรักษา (สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
ประกันสังคม	-0.37	0.69	0.03*	0.131	1.14	0.507
ข้าราชการ	-0.064	0.937	0.784	-0.101	0.903	0.672
เขตการปกครอง (ในเขตเทศบาลเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
นอกเขตเทศบาล	-0.062	0.939	0.576	0.054	1.055	0.63
ภูมิภาคที่อาศัย (ภาคกลางเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
กรุงเทพมหานคร	0.09	1.094	0.735	0.171	1.187	0.534
ภาคเหนือ	-0.106	0.898	0.471	0.093	1.097	0.558
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.365	1.441	0.027*	0.499	1.648	0.002*
ภาคใต้	-0.026	0.974	0.868	0.214	1.239	0.195
รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน						
รายได้เฉลี่ย	-0.215	0.805	0.006*	-0.243	0.784	0.004*
การมีโรคประจำตัว (กลุ่มไม่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
มี	1.751	5.765	0.000*	2.395	10.973	0.000*
การมียานพาหนะในครัวเรือน (กลุ่มไม่มียานพาหนะในครัวเรือนเป็นกลุ่มอ้างอิง)						
มี	0.664	1.943	0.000*	0.653	1.922	0.000*
*is statistically significant						
at 0.05 level.			n = 6,268		n = 4,841	
			Likelihood Ratio (LR)		Likelihood Ratio (LR)	
			Chi-Square = 1261.05		Chi-Square = 1522.64	
			Prob > Chi2 <0.001		Prob > Chi2 <0.001	
			Pseudo R2 = 0.1299		Pseudo R2 = 0.1880	

ผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง ในช่วงเวลา ก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 พบว่า กลุ่มแรงงานที่ใช้สิทธิ์ประกันสังคมและข้าราชการ ในการรักษา จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษา ที่สถานพยาบาลโดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่ใช้ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาเป็นกลุ่มอ้างอิง 1,038.70 บาท (p-value=0.000) และ 543.91 (p-value=0.000) บาท กลุ่มแรงงานที่มีภูมิภาคที่อาศัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย ต้องจ่ายเองในการรักษาที่สถานพยาบาลโดยเฉลี่ย ต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่มีภูมิภาคที่อาศัยในภาคกลาง ที่เป็นกลุ่มอ้างอิง 147.79 บาท (p-value=0.035) การมียานพาหนะในครัวเรือน กลุ่มแรงงานที่มีรายได้ เฉลี่ยต่อครัวเรือนเพิ่มขึ้น จะมีความสามารถในการจ่าย ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษาโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 134.30 (p-value=0.000) บาท กลุ่มแรงงานที่มียานพาหนะ ในครัวเรือน จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษา โดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่ไม่มียานพาหนะในครัวเรือน ที่เป็นกลุ่มอ้างอิง 204.03 (p-value=0.000) บาท กลุ่มแรงงานที่รักษาในสถานพยาบาลรัฐ จะมีค่าใช้จ่าย ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษาโดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มแรงงาน ที่รักษาในสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นกลุ่มอ้างอิง 1,709.72 (p-value=0.000) บาท

ผลการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง ในช่วงเวลา ระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 พบว่า กลุ่มแรงงานที่ใช้สิทธิ์ประกันสังคมและข้าราชการในการรักษา จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษาที่สถานพยาบาล โดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่ใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการรักษาเป็นกลุ่มอ้างอิง 1,260.54 บาท (p-value=0.000) และ 1,416.01 บาท (p-value=0.000) กลุ่มแรงงาน ที่มีภูมิภาคที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย ต้องจ่ายเองในการรักษาที่สถานพยาบาลโดยเฉลี่ย ต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่มีภูมิภาคที่อาศัยในภาคกลางที่เป็น กลุ่มอ้างอิง 942.16 บาท (p-value=0.001) 685.29 บาท (p-value=0.000) 528.93 บาท (p-value=0.001) ตามลำดับ กลุ่มแรงงานที่มีการมีโรคประจำตัว จะมีค่าใช้จ่าย ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองในการรักษาที่สถานพยาบาลโดยเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มแรงงานที่ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นกลุ่มอ้างอิง 118.84 บาท (p-value=0.000) กลุ่มแรงงานที่รักษา ในสถานพยาบาลรัฐ จะมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง ในการรักษาโดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มแรงงานที่รักษา ในสถานพยาบาลเอกชนที่เป็นกลุ่มอ้างอิง 1,474.23 บาท (p-value=0.000)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Tobit model และ Marginal effects ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่าย ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองและตัวแปรอิสระในแบบจำลอง ในช่วงเวลา ก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง	ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาด ของโควิด-19		ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาด ของโควิด-19	
	Coef.	p-value	Coef.	p-value
เพศ (เพศชายเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
หญิง	12.215	0.805	8.645	0.937
ระดับการศึกษา (ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
มัธยมศึกษา และสายอาชีพ	14.606	0.794	-179.821	0.147
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	41.631	0.652	103.856	0.639

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Tobit model และ Marginal effects ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองและตัวแปรอิสระในแบบจำลอง ในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง	ช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาด ของโควิด-19		ช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาด ของโควิด-19	
	Coef.	p-value	Coef.	p-value
สถานะการทำงาน (ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
เจ้าของธุรกิจ	198.533	0.059	59.386	0.799
ช่วยธุรกิจครอบครัว กลุ่มผู้ผลิต	4.494	0.978	500.229	0.156
บริษัทเอกชน	64.826	0.569	-11.412	0.964
ว่างงาน	31.559	0.805	238.002	0.385
สิทธิ์ที่ใช้ในการรักษา (สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
ประกันสังคม	-1038.7	0.000*	-1260.54	0.000*
ข้าราชการ	-543.91	0.000*	-1416.009	0.000*
เขตการปกครอง (ในเขตเทศบาลเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
นอกเขตเทศบาล	-73.822	0.135	-46.486	0.672
ภูมิภาคที่อาศัย (ภาคกลางเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
กรุงเทพมหานคร	-88.292	0.446	-942.157	0.001*
ภาคเหนือ	-132.294	0.051	-685.288	0.000*
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-147.79	0.035*	-528.926	0.001*
ภาคใต้	-22.437	0.751	-70.074	0.652
รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน				
รายได้เฉลี่ย	134.306	0.000*	282.837	0.001*
การมีโรคประจำตัว (กลุ่มไม่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
มี	92.642	0.076	-164.283	0.167
การมียานพาหนะในครัวเรือน (กลุ่มไม่มียานพาหนะในครัวเรือนเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
มี	-204.031	0.000*	-211.868	0.054
สถานพยาบาล (กลุ่มสถานพยาบาลเอกชนเป็นกลุ่มอ้างอิง)				
สถานพยาบาลรัฐ	-1709.716	0.000*	-1474.232	0.000*
*is statistically significant at 0.05 level.	n = 4,325		n = 3,203	
	Likelihood Ratio (LR)		Likelihood Ratio (LR)	
	Chi-Square = 1273.24		Chi-Square = 170.91	
	Prob > Chi2 <0.001		Prob > Chi2 <0.001	
	Pseudo R2 = 0.0454		Pseudo R2 = 0.0146	

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาในช่วงเวลาก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 ทางเลือกในการรักษาเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานเลือกที่ซื้อยามากินเองและไปรักษาที่สถานพยาบาล มากกว่าไม่รักษา ซึ่งไปเป็นตามทฤษฎีความต้องการมีสุขภาพดีของบุคคลของ Grossman⁽⁷⁾ ทุกคนมีความต้องการมีสุขภาพที่ดีหรือหายจากการเจ็บป่วย และยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อลงทุนในสุขภาพที่ดีของตน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของ McCartney et al.⁽⁸⁾ การมีรายได้ที่มากขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลในการตัดสินใจที่จะรักษาหรือไม่เมื่อยามเจ็บป่วย มีกำลังทรัพย์พอที่จะซื้อประกันสุขภาพ และยังมีโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้มากกว่าผู้มีรายได้น้อย ไม่ว่าจะเป็นการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Julchoo et al.⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษาสถานการณ์การใช้บริการสุขภาพ การประกันสุขภาพ และความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองของชาวต่างชาติที่เข้ามามีครอบครัวในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่าชายชาวต่างชาติที่เข้ามามีครอบครัวในไทยส่วนใหญ่ไม่มีความสนใจในการซื้อประกันสุขภาพ และไม่ได้วางแผนเพื่อสุขภาพเชิงรุกในระยะยาว เนื่องจากเชื่อว่าตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่ต้องพึ่งการบริการด้านสุขภาพใดๆ นอกจากนี้ ยังมีความรู้สึกเชิงลบต่อคุณภาพการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในไทย แต่เมื่อมีปัญหาสุขภาพต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลก็เต็มใจที่จะจ่ายในราคาที่สูงเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง

จากการศึกษาการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทยของชญาณิศวรร⁽¹⁰⁾ ได้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2556 ของสำนักงานสถิติ แต่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของชญาณิศวรรใช้ข้อมูลสวัสดิการรักษายาบาลกับปัจจัยด้านภูมิหลัง (เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาคที่อาศัย) ปัจจัยสวัสดิการที่มี (ประเภทของสวัสดิการ) และปัจจัย

ด้านการเจ็บป่วย (การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย ระดับการเจ็บป่วย) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยนี้ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกในการรักษายาบาลของประชากรกลุ่มวัยทำงานที่เจ็บป่วย โดยพบว่า ประชากรกลุ่มนี้มีโอกาสเลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการเลือกไม่รับการรักษา และมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกคือ รายได้เฉลี่ย การมีโรคประจำตัว และการมียานพาหนะในครัวเรือน ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานของงานวิจัยนี้ที่สอดคล้องกับชญาณิศวรร ได้แก่ ภูมิภาคที่อาศัย ประเภทของสวัสดิการที่มี การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย และระดับการเจ็บป่วย สำหรับตัวแปรที่ไม่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกเมื่อเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัย

ปัจจัยที่มีผลการต่อการตัดสินใจที่เลือกไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มแรงงานคือสิทธิในการรักษา จากการศึกษาการใช้บริการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองของประชากรเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558 ของจุฑาทิพและคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่สถานพยาบาลรัฐ และต้องจ่ายเงินเองที่มีมาตรฐานเท่ากับ 2,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับบทความนี้ที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะจ่ายเงินค่ารักษายาบาลนอกเหนือจากสิทธิสูงกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ เนื่องจากมีจะมีกลุ่มยาที่ไม่สามารถเบิกได้จากการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในปี 2564 ระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 Jarawee Sukmanee et al.⁽¹²⁾ ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการระบาดของโควิด-19 ต่อค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มของประชากรไทยตั้งแต่ปี 2537 ถึง 2564 พบว่าค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในครัวเรือนทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 643 ล้านบาทในปี 2019 เป็น 9.4 พันล้านบาทในปี 2020 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผู้ป่วยวัยแรงงาน

มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อหัวในช่วงเวลา ก่อนที่มีการระบาดของโควิด-19 เฉลี่ย 714.0 บาท และเพิ่มขึ้นเป็น 2,228.27 บาท ในช่วงเวลาระหว่าง ที่มีการระบาดของโควิด-19

สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านภูมิภาคที่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน การมีโรคประจำตัว และการมี ยานพาหนะในครัวเรือน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ต่อทางเลือกในการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล ของกลุ่มแรงงานมากกว่าการไม่ได้รับการรักษา ทั้งในช่วงก่อน และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยแรงงาน ส่วนใหญ่ยังคงเลือกไปรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ มากกว่าสถานพยาบาลเอกชน ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย ต้องจ่ายเองยังมีแนวโน้มลดลงเมื่อรักษาในสถานพยาบาล ของรัฐ หรือเมื่อใช้สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ ในการเข้ารับการรักษา แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ยังคงมีอยู่ และเป็นประเด็น สำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาเชิงนโยบายอย่างจริงจัง ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ในช่วงเวลาระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการส่งเสริมการรักษา ผ่านระบบออนไลน์ (Telemedicine) สามารถช่วยลดภาระ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษาพยาบาล รวมถึงลด การสัมผัสโดยตรง ลดความเสี่ยงจากการแพร่เชื้อโควิด-19 หากเกิดภาวะวิกฤตเช่นนี้อีก ควรมีแผนการรักษาที่ยืดหยุ่น และคุ้มครองค่าใช้จ่ายได้ในกรณีฉุกเฉิน เช่น การสนับสนุน ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาโรคเรื้อรังหรือเจ็บป่วยทั่วไป ในช่วงเวลาที่โรงพยาบาลมีภาระหนักจากโควิด-19 และควรมีการส่งเสริมให้สถานประกอบการหรือองค์กร ต่างๆ จัดทำประกันสุขภาพให้แก่พนักงานและครอบครัว เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของกลุ่มวัยแรงงานในกรณีที่เกิดโรค หรือเจ็บป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ โรคระบาดใหญ่ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การรักษาพยาบาลของประชากรไทยในช่วงก่อน และระหว่างที่มีการระบาดของโควิด-19 ของวิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้ นำเสนอผลการวิเคราะห์บทความ “การรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุไทยในช่วงเวลาก่อนและระหว่างที่มีการระบาดของ โควิด-19” ในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์ แห่งชาติ 2567

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายวิชาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ของประเทศไทย. รายงานการพัฒนาที่ยั่งยืน ของประเทศไทย มุมมองจากเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างภาคส่วนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ของประเทศไทย พ.ศ. 2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2565.
2. วรธา มงคลสืบสกุล. การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ของไทย: ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำ ของกลุ่มเปราะบางทางสังคม. วารสารมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์. 2565;6(1):55-69.
3. ณัฐหทัย นิรัตติชัย, ณัฐชยา กำแพงแก้ว. ระบบ สาธารณสุขไทย : ความท้าทายในสถานการณ์วิกฤติ. วารสาร- มจร การพัฒนาสังคม. 2564;6(3):174-188.
4. คมสันต์ ฐานะโชติพันธุ์, กมลพร กัลยาณมิตร, สติธยนิมณญาดิ, ทศนีย์ ลักขณาภิชนชัช. การบริหาร จัดการระบบบริการสุขภาพไทยในวิกฤติการระบาดของ ของโรคโควิด-19. วารสารการบริหารการปกครอง และนวัตกรรมท้องถิ่น. 2565;6(2):111-29.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ. บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2563.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร. สำนักสถิติพยากรณ์; 2555.

7. Grossman M. The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation: National Bureau of Economic Research York 1972. [internet]. [cited 2025 Apr 20]. Available from: <https://www.nber.org/system/files/chapters/c3484/c3484.pdf>
8. McCartney G, Collins C, Mackenzie M. What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications?. Health Policy. 2013;113(3):221-7.
9. Julchoo S, Pudpong N, Phaiyarom M, Sinam P, Khunakorncharatphong A, Suphanchaimat R. Health Status and Barriers to Healthcare Access among “Son-in-Law Westerners”: A Qualitative Case Study in the Northeast of Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(21): 1-18.
10. ชญาณิศวรร โคโนะ, ปิยนุช สายสุขอนันต์, นัฏฐ์ ภูริพัฒน์ศิริ. การใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทย. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2560; 13(2):239-268.
11. จุฑาทิพ พังทอง, สุรัชดา ชนโสภณ, สุกพล ลิ้มวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, คุณากร เอี้ยวสุวรรณ และคณะ. การใช้บริการรักษายาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองของประชากรเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2560;11(3): 378-390.
12. Sukmanee J, Butchon R, Karunayawong P, Dabak VS, Lsaranuwatthai W. The impact of universal health coverage and COVID-19 pandemic on out-of-pocket expenses in Thailand: an analysis of household survey from 1994 to 2021. Expert Review of Clinical Pharmacology 2023;23(7):823-830.