



ปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุระดับภูมิภาคในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุระดับภูมิภาคในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุระดับภูมิภาคในประเทศไทย"

ของ ศิลา โทบุตร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชูเกียรติ ชัยบุญศรี)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคพร วัฒนดำรงค์)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ศาสตราจารย์ ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินดา เจียมศรีพงษ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรชยา เซ็นเครือ)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุระดับภูมิภาคในประเทศไทย
ผู้วิจัย	ศิลา โทนบุตร
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคพร วัฒนดำรงค์
กรรมการที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์ ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ปริญญาตรี สาขาเศรษฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	บริการสุขภาพปฐมภูมิ, ผู้สูงอายุ, การเข้าถึงบริการ, ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ

บทคัดย่อ

การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์คือ ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และศึกษาแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยใช้วิธีการ Mixed-Method Analysis แบบ Explanatory Design การวิเคราะห์เชิงปริมาณ แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ระดับ โดยแยกเป็นการวิเคราะห์ในแบบจำลองที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระดับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ระดับปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน และระดับตัวบุคคล ผลของการศึกษาพบว่า แบบจำลองปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุคือ ตัวแปรจำนวนผู้มีงานทำ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดในหมวดสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม ตัวแปรดัชนีราคาผู้บริโภค สำหรับแบบจำลอง ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ คือ ตัวแปรจำนวนงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล ระยะทาง งบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) จำนวนแพทย์เพิ่ม และตัวแปรแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ตัวแปรพื้นที่นอกเขตเทศบาล ตัวแปรอายุ หลักประกันสุขภาพบัตรทอง (UCS) จำนวนโรคเรื้อรัง แบบจำลองการตัดสินใจเข้ารับบริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีอาการป่วย ตัวแปรที่ส่งผลต่อการใช้บริการส่งเสริมป้องกันของระบบสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วย ได้แก่ ตัวแปรเพศ ระดับการศึกษาผู้ที่ไม่จบประถมศึกษา สิทธิประกันสังคม จำนวนโรคเรื้อรัง รายได้เฉลี่ยครัวเรือน และแบบจำลองปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล โดยใช้ Poisson Regression พบว่า พื้นที่เขตเทศบาล จำนวนโรคเรื้อรัง รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรเพศ การศึกษาที่สูงขึ้นมีค่าใช้จ่ายสุขภาพปฐมภูมิมากขึ้น ตัวแปรสิทธิรักษาพยาบาลอื่น จ่ายเยาะกว่าสิทธิ

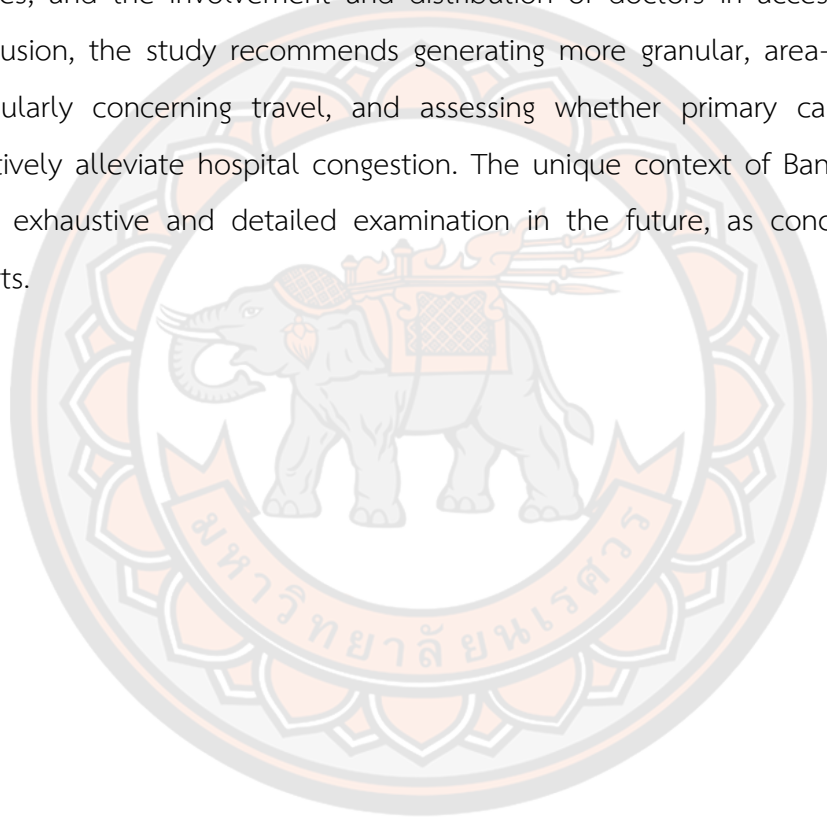
3 หลักประกัน ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก คือ โรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการใช้บริการ โดยแนวทางเวชปฏิบัติของการรักษา โรคทำให้การใช้บริการเกิดขึ้นบ่อยอยู่แล้วในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง งบประมาณที่สนับสนุนระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมินั้นส่งเสริมการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพปฐมภูมิหรือไม่นั้น พบว่า เงินจากกองทุน สุขภาพตำบลมีความยืดหยุ่นในการใช้งานมากกว่า อาจจะมีส่วนส่งเสริมให้การใช้บริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้น มากกว่างบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ขณะที่ประเด็นระยะทางและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ เป็นผลจากบทบาทของ รพ.สต. มีผลต่อการเข้าถึงบริการที่มีระยะทางห่างไกล ซึ่งถ้าหากว่าโรงพยาบาลอยู่ห่างจากพื้นที่ชุมชนมากทำให้การใช้บริการที่ รพ.สต. มีบทบาทมาก ประเด็นผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวยากจนนั้น มาจากโครงสร้างของ ปัญหาที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทแต่ละพื้นที่ซึ่งอาจจะมองไม่เห็นในภาพรวมระดับประเทศ ประเด็นจำนวนแพทย์มีส่วนในการเข้าถึงบริการ โดยความเพียงพอของแพทย์เป็นที่น่าพอใจ แต่การกระจายของแพทย์นั้นไม่ได้ตอบโจทย์ ข้อเสนอแนะควรมีการประมาณการระดับพื้นที่ที่ละเอียดมากขึ้นโดยเฉพาะเรื่องการเดินทาง นอกจากนี้ยังมีเรื่องการวิเคราะห์ว่า บริการปฐมภูมิสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลได้จริงหรือไม่ และผู้เชี่ยวชาญหลายท่านเห็นว่า กทม. เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษ ควรจะมีการศึกษาในเชิงลึกต่อไป

Title	THE DETERMINANT OF ACCESS TO HEALTH SERVICES OF ELDERLY IN REGIONAL LEVEL OF THAILAND
Author	Sila Tonboot
Advisor	Assistant Professor Bhagaporn Wattanadumrong, Ph.D.
Co-Advisor	Professor Supasit Pannarunothai, Ph.D.
Academic Paper	Ph.D. Dissertation in Economics - (Type 1.1), Naresuan University, 2023
Keywords	Primary Healthcare, Elderly, Health utilization, Social Determinant of Health

ABSTRACT

The research delves into the access to primary health care services among the elderly population in Thailand. The objective is to examine the prevailing circumstances regarding health service accessibility, identify the factors influencing access to health services, and investigate strategies to improve access using an Explanatory Design Mixed-Method Analysis. This quantitative analysis is compartmentalized into three tiers: economic factors, infrastructure-related factors, and personal factors. The economic factors affecting health service access for the elderly include employment rates, the Gross Provincial Product in the Health and Social Activities section, and the Consumer Price Index. Infrastructure factors include the budget of the Tambon Health Fund, travel distance, the budget of the Long-term Elderly Care Fund, the number of available doctors, and hospital service plans. At a personal level, factors such as geographical location, age, Universal Coverage Scheme, the number of chronic diseases, and median household income affect the use of primary health care services. Further, the utilization of preventive promotion services in the primary health system among the elderly without illness is influenced by factors such as gender, level of education, Social Security rights, the number of chronic diseases, and average household income. Poisson Regression modeling revealed that municipal areas, the number of chronic diseases, and average household income of the elderly impact individual outpatient visits. Meanwhile,

factors such as gender, education level, health care rights, other insurance coverages, and the presence of chronic diseases significantly affect the cost of receiving primary health care services, as illustrated by multiple regression equations. The qualitative analysis highlighted five key areas: the impact of chronic diseases on service use; the influence of the Tambon Health Fund on the utilization of primary care services; the role of sub-district health-promoting hospitals in providing access to services over long distances; the challenges faced by elderly individuals living in impoverished families; and the involvement and distribution of doctors in accessing services. In conclusion, the study recommends generating more granular, area-level estimates, particularly concerning travel, and assessing whether primary care services can effectively alleviate hospital congestion. The unique context of Bangkok warrants a more exhaustive and detailed examination in the future, as concurred by many experts.



ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการแสดงความเห็นที่มีค่าในการพัฒนางานวิทยานิพนธ์นี้ ขอขอบคุณหน่วยงานที่ได้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงาน ในการอนุเคราะห์ให้ความรู้และการตอบรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีค่าและเป็นข้อมูลที่ได้มาจากการทำงาน ประสบการณ์จริง สามารถนำไปใช้ได้จริง

ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ทุกท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่ของหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ในการดูแลติดตามรวมทั้งให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จนทำให้บรรลุผลสำเร็จลุล่วงตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภคพร วัฒนดำรงค์ อาจารย์ที่ปรึกษา และ ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย ในการกำกับดูแลและให้คำปรึกษาตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา

ศีลา โทณบุตร

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
ขอบเขตของการศึกษา.....	3
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ภาพรวมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ.....	22
การประยุกต์ใช้ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ในการศึกษา.....	26
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	29
นโยบายและสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุไทย.....	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	97

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์เชิงปริมาณ.....	98
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์เชิงปริมาณภาคตัดขวางพหุคูณ (Multiple Cross-sectional Study) ผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน.....	118
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ.....	120
บทที่ 4 ผลการวิจัย	123
ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ	124
การวิเคราะห์ภาคตัดขวางพหุคูณผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน.....	149
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	171
บทที่ 5 บทสรุป.....	186
สรุปผลการศึกษา.....	186
อภิปรายผลการศึกษา.....	191
ข้อเสนอแนะในการศึกษา.....	198
บรรณานุกรม.....	201
ภาคผนวก.....	229
ภาคผนวก ก แสดงผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ.....	230
ภาคผนวก ข แสดงการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ	248
ประวัติผู้วิจัย.....	258

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1	แสดงลักษณะสินค้าสาธารณะ 10
ตาราง 2	แสดงสรุปการทบทวนวรรณกรรม 50
ตาราง 3	แสดงเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 62
ตาราง 4	แสดงประเภทสถานพยาบาลจำแนกตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 71
ตาราง 5	แสดงจังหวัดที่มีแพทย์มากที่สุดและน้อยที่สุด 10 จังหวัด พ.ศ. 2562 73
ตาราง 6	แสดงงบประมาณ 10 จังหวัดที่มากที่สุดในปี พ.ศ. 2562 76
ตาราง 7	แสดงงบประมาณ 10 จังหวัดที่น้อยที่สุดในปี พ.ศ. 2562 77
ตาราง 8	แสดงผู้สูงอายุต่อแพทย์มากและน้อยที่สุด 10 จังหวัด พ.ศ. 2562 79
ตาราง 9	แสดงงบประมาณต่อหัวมากและน้อยที่สุด 10 จังหวัด พ.ศ. 2562 80
ตาราง 10	แสดงภาระงานของแพทย์ในแต่ละจังหวัด พ.ศ. 2562 88
ตาราง 11	แสดงบริการการดูแลแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562 94
ตาราง 12	แสดงสรุปตัวแปรในแบบจำลองปัจจัยเศรษฐกิจ พ.ศ. 2558 – 2562 100
ตาราง 13	แสดงสรุปชื่อตัวแปรและข้อมูลที่ใช้ในการประมาณการ ข้อมูล พ.ศ. 2562 107
ตาราง 14	แสดงรายชื่อตัวแปรและประเภทข้อมูลในสมการปัจจัยส่วนบุคคล 113
ตาราง 15	แสดงปัจจัยเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ 125
ตาราง 16	แสดงปัจจัยเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562 129
ตาราง 17	แสดงปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562 131
ตาราง 18	แสดงโครงสร้างพื้นฐานที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562 133
ตาราง 19	แสดงสถิติบรรยายตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์สมการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562 136
ตาราง 20	แสดงผู้ป่วยที่มีความจำเป็นแต่ไม่ได้ใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 139
ตาราง 21	แสดงการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์ของแบบจำลอง 141
ตาราง 22	แสดงตัวแปรที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล 143
ตาราง 23	แสดงค่าสัมประสิทธิ์การใช้บริการผู้ป่วยนอกที่มีโรคเรื้อรังและโรคประจำตัว 145
ตาราง 24	แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการปฐมภูมิ 147
ตาราง 25	แสดงค่าสัมประสิทธิ์แสดงการตัดสินใจ 230
ตาราง 26	แสดงผลการวิเคราะห์ ANOVA ของสมการ 230
ตาราง 27	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ 231

ตาราง 28	แสดงผลการวิเคราะห์ความพิทของสมการและการทดสอบ Durbin-Watson.....	232
ตาราง 29	แสดง ANOVA โครงสร้างพื้นฐานที่ส่งผลต่อการใช้บริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุ	232
ตาราง 30	แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ และการทดสอบสหสัมพันธ์ของตัวแปร.....	233
ตาราง 31	แสดงผลการทดสอบ Omnibus Test ของแบบจำลอง.....	234
ตาราง 32	แสดงค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ Nagelkerke R Square.....	234
ตาราง 33	แสดงผลทดสอบ Hosmer and Lemshow Test	235
ตาราง 34	แสดงการพยากรณ์ความน่าจะเป็นของเหตุการณ์.....	235
ตาราง 35	แสดงผลการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์ของสมการ	236
ตาราง 36	แสดงการทดสอบ Omnibus Test	237
ตาราง 37	แสดงค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ Nagelkerke R Square.....	237
ตาราง 38	แสดงผลทดสอบ Hosmer and Lemeshow Test.....	237
ตาราง 39	แสดงค่าความน่าจะเป็นของเหตุการณ์.....	238
ตาราง 40	แสดงผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ของสมการ	238
ตาราง 41	แสดงค่า Good of Fit ของสมการ.....	239
ตาราง 42	แสดงค่า Omnibus Test	240
ตาราง 43	แสดงประสิทธิภาพของแบบจำลอง	240
ตาราง 44	แสดงผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ของสมการ	241
ตาราง 45	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ R-Square และ การทดสอบ Durbin-Watson	244
ตาราง 46	แสดงผลการประมาณการค่าตาราง ANOVA.....	244
ตาราง 47	แสดงผลการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์ของสมการ	245
ตาราง 48	แสดงตัวแปรที่ถูกตัดออกจากสมการตัวแปรระดับการศึกษาผู้ที่ไม่จบ ป.6	246

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1	แสดงแบบจำลอง Rainbow Model of Social Determinants of Health.....	16
ภาพ 2	แสดงพัฒนาการของบริการสุขภาพไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – 2562.....	61
ภาพ 3	แสดงหน่วยบริการและหน่วยบริหารระบบสุขภาพระดับต่าง ๆ	66
ภาพ 4	แสดงกลไกการรับบริการที่เชื่อมต่อการให้บริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	69
ภาพ 5	แสดงจำนวนแพทย์ของแต่ละจังหวัดในประเทศไทย พ.ศ. 2562	74
ภาพ 6	แสดงการเปรียบเทียบจำนวนแพทย์และผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) ยกเว้น กรุงเทพฯ พ.ศ. 2562.....	75
ภาพ 7	แสดงงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลรายจังหวัด ยกเว้นกรุงเทพฯ พ.ศ. 2562.....	76
ภาพ 8	แสดงจำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์ 1 คนในแต่ละจังหวัด พ.ศ. 2562	78
ภาพ 9	แสดงงบประมาณกองทุนสุขภาพเฉลี่ยต่อหัวของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562	80
ภาพ 10	แสดงร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรไทย พ.ศ. 2554-2562	82
ภาพ 11	แสดงร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรรายจังหวัด พ.ศ. 2562.....	83
ภาพ 12	แสดงจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุรายจังหวัด พ.ศ. 2562	84
ภาพ 13	แสดงจำนวนแพทย์ต่อจำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุใช้บริการ รายจังหวัด พ.ศ. 2562	85
ภาพ 14	แสดงผู้สูงอายุต่อแพทย์และการใช้บริการต่อคนต่อปี รายจังหวัด พ.ศ. 2562.....	86
ภาพ 15	แสดงการกระจายงบประมาณต่อหัวและจำนวนการใช้บริการของผู้สูงอายุต่อคนต่อปี	87
ภาพ 16	แสดงแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้สอดคล้องกับพ.ร.บ.สุขภาพปฐมภูมิ	92
ภาพ 17	แสดงกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย.....	96
ภาพ 18	แสดง QGIS สำหรับการคำนวณระยะทางในการเดินทาง	109
ภาพ 19	แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558.....	150
ภาพ 20	แสดงร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558.....	151
ภาพ 21	แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายเข้ามาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558	151
ภาพ 22	แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559	152
ภาพ 23	แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559.....	153
ภาพ 24	แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559.....	154
ภาพ 25	แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560	155
ภาพ 26	แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560	155

ภาพ 27	แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560.....	156
ภาพ 28	แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2561	157
ภาพ 29	แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2561	157
ภาพ 30	แสดงพื้นที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2561... ..	158
ภาพ 31	แสดงร้อยละของผู้ป่วยความเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2562.....	159
ภาพ 32	แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2562.....	159
ภาพ 33	แสดงทิศทางผู้ป่วยนอกเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยในของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. 160	
ภาพ 34	แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2562.....	161
ภาพ 35	แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2560	162
ภาพ 36	แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560-2562.....	162
ภาพ 37	แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2560. 163	
ภาพ 38	แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559-2561	164
ภาพ 39	แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559-2561	164
ภาพ 40	แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559-2561. 165	
ภาพ 41	แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560-2562	166
ภาพ 42	แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560-2562.....	166
ภาพ 43	แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560-2562. 167	
ภาพ 44	แสดงทิศทางการใช้บริการผู้ป่วยนอกไปเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2560.....	168
ภาพ 45	แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2562	169
ภาพ 46	แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2562.....	169
ภาพ 47	แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2562. 170	
ภาพ 48	แสดงกรอบการเลือกกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์ที่มีส่วนสำคัญต่อนโยบายปฐมภูมิ ..	172
ภาพ 49	แสดงการสัมภาษณ์ออนไลน์ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไป.....	174
ภาพ 50	แสดงการสัมภาษณ์ออนไลน์ผู้บริหารราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว	178
ภาพ 51	แสดงการสรุปความเชื่อมโยงของผลการศึกษาระดับคุณภาพและกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ.....	182
ภาพ 52	แสดงผลการทดสอบการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อน	231
ภาพ 53	แสดงผลการวิเคราะห์การกระจายของค่าความคลาดเคลื่อน	233
ภาพ 54	แสดงผลการทดสอบการกระจาย Heteroskedasticity.....	247

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

การเข้าถึงการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมถือเป็นเรื่องสำคัญระดับโลก อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพยังคงมีอยู่ในหลายส่วนของโลก รวมถึงประเทศไทย การเข้าถึงและคุณภาพของบริการด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมากโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล ตลอดจนชุมชนที่มีคนยากจนและมีประชากรที่เป็นผู้ด้อยโอกาส ความเหลื่อมล้ำเหล่านี้มีความเด่นชัดเป็นพิเศษในกลุ่มประชากรสูงอายุของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากอายุขัยที่เพิ่มขึ้นและอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงของประชากรในประเทศ

ประชากรผู้สูงอายุของไทยเผชิญหน้ากับความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมือนกับประเทศอื่น ๆ องค์การอนามัยโลก (WHO) ประมาณการว่ากว่า 20% ของประชากรไทยจะมีอายุเกิน 60 ปีภายในปี 2573 เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงสูงต่อโรคเรื้อรัง สติปัญญาเสื่อมถอย และความเปราะบางทางร่างกาย ทำให้ต้องมีปฏิสัมพันธ์ด้านการดูแลสุขภาพบ่อยขึ้นและปัญหาเหล่านี้ตอกย้ำความเร่งด่วนในการทำความเข้าใจและจัดการกับอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การเข้าถึงการรักษาพยาบาลในประเทศไทยมีลักษณะเฉพาะคือการกระจายทรัพยากรที่ไม่เท่าเทียมกัน ความแปรปรวนอย่างมากของอัตราส่วนผู้ป่วยต่อแพทย์ในจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทย จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2562 การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ซึ่งแสดงให้เห็นภาพความไม่เท่าเทียมของทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลที่เด่นชัด บางจังหวัด เช่น กรุงเทพฯ และภูเก็ต มีอัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยต่อแพทย์ค่อนข้างต่ำกว่าจังหวัดหนองบัวลำภู และบึงกาฬ ความแตกต่างนี้ยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล

อย่างไรก็ตาม การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์เป็นเพียงส่วนหนึ่งในตัวแปรเหล่านั้น ปัจจัยทางเศรษฐกิจก็มีบทบาทสำคัญเช่นกัน รายงานของธนาคารโลกเรื่อง "Closing the health gaps for the elderly: promoting health equity and social inclusion in Thailand" (Osornprasop & Sondergaard, 2016) เน้นว่าผู้สูงอายุที่ยากไร้ พึ่งพาเงินอุดหนุนเพื่อการชราภาพเป็นกลุ่มที่เปราะบางที่สุดในสังคมไทย ความยากลำบากทางเศรษฐกิจที่บุคคลเหล่านี้เผชิญเป็นสิ่ง

จำกัดความสามารถของผู้สูงอายุยากไร้ในการแสวงหาบริการด้านสุขภาพเมื่อพวกเขาล้มป่วย เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่าเดินทางที่สูงเมื่อเทียบกับเงินเบี้ยคนชราที่ได้รับ หรือเงินสวัสดิการแห่งรัฐที่ได้ต่อครัวเรือนยากจน

รัฐบาลไทยได้พยายามแก้ไขปัญหาเหล่านี้ เช่น การให้เงินช่วยเหลือครั้งเดียวจำนวน 1,000 บาทสำหรับค่าเดินทางที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในเดือนธันวาคม 2561 แม้ว่าเงินช่วยเหลือดังกล่าวจะเป็นกระบวนการเชิงนโยบายที่น่ายกย่อง แต่ก็เป็นการชั่วคราว มากกว่าการแก้ปัญหาระยะยาวแบบเบ็ดเสร็จ

วิทยานิพนธ์นี้มีความพยายามที่จะเจาะลึกลงไปในความท้าทายเหล่านี้ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เข้าใจความรู้แบบองค์รวมเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชากรสูงอายุในประเทศไทย ด้วยการตรวจสอบความเกี่ยวข้องที่ซับซ้อนของการจัดสรรทรัพยากร ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความแตกต่างทางภูมิศาสตร์ และการแทรกแซงเชิงนโยบาย ซึ่งงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

วิทยานิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยพิจารณาจากมิติทางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และนโยบาย 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย และ 3) เพื่อเสนอข้อเสนอแนะในการเพิ่มการเข้าถึงการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

งานนี้จะมีส่วนสนับสนุนในการศึกษาทำความเข้าใจการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมสำหรับประชากรสูงอายุในประเทศไทย ซึ่งเป็นหัวข้อที่ได้รับความสนใจค่อนข้างน้อยจนถึงปัจจุบัน เมื่อพิจารณาทั้งปัจจัยทางภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจสังคม การศึกษานี้เน้นความเข้าใจที่ครอบคลุมยิ่งขึ้นในประเด็นผู้สูงอายุมากกว่าการวิจัยอื่น ๆ ก่อนหน้านี้ในประเทศไทย ยิ่งไปกว่านั้น งานนี้พยายามที่จะให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่มีศักยภาพในการพัฒนาการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ การศึกษานี้ยังก่อให้เกิดวรรณกรรมใหม่ที่กว้างขึ้นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและประชากรสูงอายุ โดยอาจมีนัยยะสำหรับประเทศอื่น ๆ ที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่คล้ายคลึงกัน

วิทยานิพนธ์นี้หวังว่าจะนำไปสู่การอภิปรายในวงกว้างขึ้นเกี่ยวกับความเสมอภาคด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถปรับใช้ในการวางแผนนโยบาย การดูแลสุขภาพในอนาคต ให้มีความกระจ่างในประเด็นที่ซับซ้อนของการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ผู้นิพนธ์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะปูทางไปสู่การแก้ปัญหาให้สมาชิกทุกคนในสังคม โดยไม่คำนึงถึงอายุหรือข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ภูมิศาสตร์ สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่

ต้องการได้ ความเข้าใจและการพัฒนานโยบายดังกล่าวเท่านั้นที่ประเทศไทยจะสามารถบรรลุเป้าหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย
2. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย
3. ศึกษาแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาที่ได้รับจากแต่ละวัตถุประสงค์สามารถนำไปใช้ในการกำหนดและประเมินนโยบายการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. ทราบถึงสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย
2. ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย
3. เป็นแนวทางในการกำหนดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับพื้นที่

ขอบเขตของการศึกษา

เพื่อให้การศึกษานี้มีความชัดเจน จึงทำการกำหนดขอบเขตการศึกษาโดยแบ่งออกเป็นขอบเขตของการศึกษาในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรสำหรับการศึกษากำหนดให้เป็นประชากรผู้สูงอายุตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย (พ.ร.บ.ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553) โดยจะต้องเป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทย มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่านั้น

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตของเนื้อหาการศึกษานี้กำหนดขอบเขตทางด้านบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่จะเข้าถึงเป็นบริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจาก บริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่ได้รับบริการมาใช้บริการจะต้องเจอ การเข้าไม่ถึงบริการปฐมภูมีย่อมหมายถึงการเข้าถึงบริการอื่น ๆ จะต้องเจออุปสรรคที่ไม่แตกต่างกัน โดยบริการสุขภาพปฐมภูมิของการศึกษานี้ใช้นิยามตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562 (พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ) โดยการเข้าถึงบริการกำหนดให้ครอบคลุมการเข้าถึง

บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Department: OPD) และ การบริการด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค เท่านั้น

ขอบเขตด้านกรอบระยะเวลา

กรอบระยะเวลาเป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) ซึ่งจะใช้ข้อมูลย้อนหลังแตกต่างกันไปตามแต่ละจุดประสงค์ของการศึกษาและแบบจำลองที่จะตอบโจทย์ของการศึกษา โดยมีระยะเวลาในการศึกษา สำหรับข้อมูลย้อนหลังการศึกษาแบบ Panel Data ใช้ข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562 และสำหรับการศึกษาแบบ Cross-sectional Study ใช้ข้อมูล ปี พ.ศ. 2562 เท่านั้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งอาจจะมีข้อมูลไม่ครบถ้วน (Underestimated) เนื่องจากนิยามของบริการสุขภาพปฐมภูมิค่อนข้างครอบคลุมบริการที่กว้าง อย่างไรก็ตาม จำนวนข้อมูลการเข้าถึงที่มีจำกัดไว้เพียงบางบริการเท่านั้น ซึ่งจะมีข้อมูลที่สามารถให้บริการได้ โดยอาจจะไม่ได้ครอบคลุมบริการทั้งหมดของบริการปฐมภูมิตามที่คาดไว้โดยเป็นไปตามเงื่อนไขของหน่วยงานเจ้าของข้อมูลที่จะอนุมัติให้เข้าถึงข้อมูลด้านการใช้บริการได้ในระดับใด ได้แก่ ข้อมูลการใช้บริการปฐมภูมิใช้แค่ข้อมูลผู้ป่วยนอก อย่างไรก็ตาม บริการปฐมภูมิมิได้หมายความว่าเพียงแต่การใช้บริการผู้ป่วยนอก

นิยามศัพท์เฉพาะ

นิยามศัพท์เฉพาะที่สำคัญสำหรับการศึกษานี้เพื่อใช้อธิบายเกี่ยวกับตัวแปรที่ใช้และขอบเขตข้อจำกัดของการศึกษามีดังนี้ ในความหมายตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีความหมายว่า “ผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย” ในการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ 60 ปีขึ้นไปสำหรับการนิยามผู้สูงอายุ

การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Access To Health Care) หมายถึง โอกาสที่จะทำให้ความจำเป็นในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้รับการเติมเต็ม (Levesque, Harris, & Russell, 2013) โดย WHO กล่าวถึง การมีอยู่ของบริการที่สามารถเข้าถึงได้อย่างมีเหตุผลโดยกลุ่มคนมีความจำเป็นต้องใช้นั้นเมื่อพวกเขามีความจำเป็นต้องใช้ (Evans, Hsu, & Boerma, 2013) มี 4 ด้านที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างน้อย คือ 1.การมีอยู่ของบริการ 2.ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของบริการ 3.ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ 4.ความสอดคล้องของบริการและกลุ่มประชากร (Gulliford et al., 2002) ในการศึกษานี้หมายถึงการได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพโดยที่รัฐได้จัดบริการไว้ให้ และสามารถเข้าถึงได้อย่างไม่มีอุปสรรค

บริการสุขภาพปฐมภูมิ

บริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) หมายถึง บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศและให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงบริการที่ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2552) สำหรับการศึกษานี้กำหนดเพียงการใช้บริการผู้ป่วยนอก ทั้งระดับโรงพยาบาลและระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อมูลที่ได้รับการบันทึกที่กำหนดได้ ได้แก่ ข้อมูล 43 แฟ้ม เท่านั้น

ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ

ความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพ คือ ความแตกต่างที่เป็นระบบ หลีกเลียงได้และไม่เป็นธรรมในผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สามารถสังเกตได้ ระหว่างประชากรกลุ่มทางสังคม ภายในกลุ่มประชากรเดียวกัน หรือการไล่ระดับสีของประชากรที่จัดอันดับตามตำแหน่งทางสังคม (McCartney, Popham, McMaster, & Cumbers, 2019) กลุ่มคนที่มีความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ประชากรศาสตร์ ภูมิศาสตร์ ไม่สามารถเข้าถึงภาวะสุขภาพในระดับเดียวกัน (Braveman & Gruskin, 2003; Whitehead & Dahlgren, 2006) ขณะที่ (Kawachi, Subramanian, & Almeida-Filho, 2002) ระบุว่า มันคือความต่าง ความผันผวน ความไม่เสมอภาคกันของการเข้าถึงสถานะทางสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มประชากร จากนิยามทั้งหมดจะเห็นว่าความไม่เท่าเทียมกันเป็นการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของกลุ่มประชากรในกลุ่มที่ต้องการจะศึกษา

ความเป็นเมืองและชนบท

ความเป็นเมืองและชนบท (Urban And Rural Area) หมายถึง จำนวนความหนาแน่นประชากรตั้งแต่ 1,000 คนขึ้นไป และความหนาแน่นของประชากร 400 คน/ตร.กม ขึ้นไปให้เป็นเขตเมือง ขณะที่นอกเหนือจากนี้ให้เป็นเขตชนบท ซึ่งได้แยกเมืองที่มีพลวัตทางเศรษฐกิจในระดับสูงและต่ำออกจากกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้นิยามเดียวกันกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการใช้บริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Care Utilization) โดยทำการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพ และ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังเนื้อหาที่ปรากฏ

ภาพรวมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในบทนี้พยายามนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมที่มีอยู่อย่างครอบคลุมซึ่งให้ความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานทางทฤษฎีที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการด้านสุขภาพ การใช้บริการด้านสุขภาพไม่ได้ถูกกำหนดโดยความต้องการทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่กำหนดจากหลายมิติ โดยเฉพาะมิติทาง เศรษฐศาสตร์ มิติทางสาธารณสุข และมิติทางด้านสังคม

ส่วนแรกจึงทำการเจาะลึกทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพเพื่อสร้างกรอบทฤษฎีที่ครอบคลุมสำหรับการศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ คือทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สาธารณะ (Public Economics) ซึ่งเป็นที่ถกเถียงกันในเรื่องที่ว่า สุขภาพเป็นสินค้าสาธารณะ ที่บุคคลพึงมีได้หรือไม่ อย่างไร

จากนั้นจึงได้ทำการพิจารณาทฤษฎีปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ว่าด้วยสถานะทางสังคม การใช้ชีวิต ปัจจัยทางด้านการทำงาน ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ สามารถส่งผลต่อความเสี่ยงและผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างไร

สุดท้ายเราได้ทำการทบทวนทฤษฎีความไม่เท่าเทียมกันซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ที่กล่าวถึงความไม่เท่าเทียมกันในทางเศรษฐศาสตร์และสุขภาพก็เป็นประเด็นหนึ่ง โดยความไม่เท่าเทียมกันนี้ปรากฏให้เห็นผ่านมิติทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ปัจจัยทางด้านภูมิศาสตร์ ซึ่งการจัดการกับความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากส่งผลต่อสุขภาพบุคคลแล้วยังส่งผลต่อทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย

การสร้างภาพองค์รวมของปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการด้านสุขภาพได้ด้วยการค้นคว้า ลึกลงไปในรากฐานทางทฤษฎีเหล่านี้ การทำความเข้าใจทฤษฎีเหล่านี้ช่วยให้เข้าใจถึงการวิเคราะห์เชิง ประจักษ์ในบทต่อไป ซึ่งจะช่วยให้งานวิจัยมีความมั่นคง ข้อมูลเชิงลึกที่ได้รับจากการทบทวน วรรณกรรมนี้จะนำไปสู่ความเข้าใจเชิงลึกต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจ และ

ระบบในการใช้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งเน้นย้ำถึงความซับซ้อนของการใช้บริการสุขภาพโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Public Economics) คือ นโยบายเศรษฐกิจ โดยเน้นไปที่เรื่องภาษี เนื้อหาหลักของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเริ่มตั้งแต่การล้มเหลวของตลาดเนื่องจากภาวะผลกระทบภายนอกและการตัดสินใจเชิงนโยบายหลักประกันทางสังคมที่เหมาะสมที่สุด (Myles, 1995) นอกจากนี้ ฌ็อง-ฌัก ทองภักดี กล่าวถึง นิยามของการศึกษาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คือ การทำความเข้าใจในทฤษฎีโมโนทัศน์ (Concept) และเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ ในการทำความเข้าใจถึงบทบาทรัฐในการพัฒนาหลักการ เหตุผลที่เหมาะสมในการกำหนดนโยบายที่มีผลต่อสาธารณสุข (ฌ็อง-ฌัก ทองภักดี, 2558) ขณะที่มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช กล่าวว่า เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเป็นวิชาที่ศึกษาบทบาททางเศรษฐกิจของรัฐบาลในสมัยใหม่ โดยได้ขยายขอบเขตของการศึกษาจากวิชาการคลังสาธารณะให้กว้างขวางยิ่งขึ้น โดยมีได้มุ่งเน้นการศึกษาทางด้านการคลังของรัฐบาลเพียงอย่างเดียวแต่ขยายขอบเขตของการศึกษาถึงบทบาทรัฐบาลในทางเศรษฐกิจอย่างกว้างขวางตลอดจนการศึกษาผลกระทบจากการกระทำของรัฐบาลที่มีต่อสังคมและการเมืองส่วนรวมด้วย (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2528)

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงถึงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเกี่ยวข้องกับนโยบายการตัดสินใจของภาครัฐและมีความเกี่ยวข้องกับรัฐผู้ทำหน้าที่ในการออกนโยบายเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจให้ดีขึ้น ซึ่งการพัฒนาเศรษฐกิจกล่าวถึงหลายมิติ มิติทางเศรษฐศาสตร์มักจะกล่าวถึงสวัสดิการสังคม (Social Welfare) ที่ดีขึ้น (ฌ็อง-ฌัก ทองภักดี, 2558) รวมทั้งบทบาทของการแทรกแซงของรัฐบาลในการจัดการกับความล้มเหลวของตลาดและการส่งเสริมสวัสดิการสังคม เป็นกรอบสำคัญสำหรับการทำความเข้าใจพลวัตของการเข้าถึงบริการสุขภาพ การทบทวนนี้จะสังเคราะห์การศึกษาที่สำคัญที่สำรวจจุดตัดของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการเข้าถึงสุขภาพ

ตลาดด้านการดูแลสุขภาพมักจะเบี่ยงเบนไปจากสภาวะการแข่งขันที่สมบูรณ์แบบส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาต่าง ๆ เช่น ความไม่สมดุลของข้อมูลและความไม่แน่นอน ข้อเสนอนี้เป็นแกนหลักของงานสำคัญ เรื่อง "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" (Arrow, 1978) Arrow ให้เหตุผลว่าความไม่สมบูรณ์ของตลาดเหล่านี้สามารถนำไปสู่การกระจายบริการด้านสุขภาพที่ไม่มีประสิทธิภาพ และด้วยเหตุนี้จึงสามารถใช้เหตุผลในการแทรกแซงของรัฐบาลเพื่อให้แน่ใจว่าเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างเท่าเทียมกัน

กลไกสำคัญประการหนึ่งของการแทรกแซงของรัฐบาลในตลาดสุขภาพคือการประกันสุขภาพของประชาชน การศึกษาของ Finkelstein เรื่อง "The aggregate effects of health insurance: Evidence from the introduction of Medicare" (Finkelstein, 2007) แสดง

หลักฐานว่าโปรแกรมการประกันสุขภาพของรัฐ เช่น Medicare ในสหรัฐอเมริกาช่วยลดอุปสรรคทางการเงินได้อย่างมาก ทำให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้กว้างขึ้น รัฐบาลสามารถรับประกันได้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลจะไม่เป็นอุปสรรคต่อบุคคลจากการแสวงหาบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น

ภาษีอากรยังมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ภาษีสุราและยาเสพติด เช่น ยาสูบและแอลกอฮอล์ หรือที่เรียกว่า "ภาษีบาป" สามารถยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพได้ ส่งผลให้ช่วยลดความต้องการบริการด้านสุขภาพ สิ่งนี้ช่วยให้ทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพมุ่งตรงไปยังความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญกว่ามากขึ้น โดยงานของ Gruber & Kőszegi (2004) เรื่อง "Tax Incidence When Individuals are Time-Inconsistent: The Case of Cigarette Excise Taxes" ให้ข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญว่าภาษีสามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างไร

การลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพเป็นอีกหนึ่งช่องทางหลักในการเข้าแทรกแซงของรัฐบาล งานของ Wagstaff ในเรื่อง "The demand for health: theory and applications" (Wagstaff, 1986) ระบุว่าการลงทุนของรัฐบาลในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ด้อยโอกาส สามารถเพิ่มความพร้อมใช้งานและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างมาก โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่ดีขึ้นช่วยอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยการลดอุปสรรคทางภูมิศาสตร์และสร้างความมั่นใจในความพร้อมของบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น

นโยบายการกระจายรายได้ซึ่งเป็นองค์ประกอบอีกประการหนึ่งของทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพได้เช่นกัน นโยบายที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำทางรายได้สามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพทางอ้อมโดยการเพิ่มความสามารถในการซื้อบริการของผู้มีรายได้น้อย "Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence" ของ Wilkinson & Pickett (2006) ให้หลักฐานที่น่าสนใจว่าสังคมที่มีความเท่าเทียมกันของรายได้มักจะแสดงผลด้านสุขภาพที่ดีกว่าและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มากขึ้น

โดยสรุป ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสามารถใช้ในการตรวจสอบปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การทำความเข้าใจบทบาทของการแทรกแซงของรัฐบาลในตลาดการดูแลสุขภาพทำให้เราได้รับข้อมูลเชิงลึกว่าเครื่องมือนโยบายสามารถใช้เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันได้อย่างไร รวมถึงเจาะลึกลงไปถึงแง่มุมต่าง ๆ ของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่มีปฏิสัมพันธ์เพื่อกำหนดรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนานโยบายที่สามารถจัดการกับความไม่เท่าเทียมกันด้านการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากวรรณกรรมดังกล่าว การศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นบริการที่ประชากรในประเทศพึงได้รับในฐานะสวัสดิการสังคมหรือประกันสังคม เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนจากระบบตลาด ในที่นี้หมายถึงบริการสุขภาพ โดยประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพที่ให้บริการประชากรใน

ประเทศ 3 รูปแบบหลัก ได้แก่ ระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสวัสดิการที่ได้รับจากรัฐ การเข้าถึงบริการจึงทำได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีอุปสรรคมากนัก ในการศึกษาข้างต้นจึงมุ่งไปที่ผลของระบบตลาดที่ส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงได้อย่างไม่เท่าเทียมกัน กล่าวคือ แม้ว่าสวัสดิการทางด้านสุขภาพที่รัฐจัดหาให้นั้น ประชาชนเข้าถึงได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย แต่เนื่องจาก การเข้าถึงบริการไม่ได้หมายความว่า เมื่อมีสิทธิที่จะไปใช้บริการแล้วจะทำให้ทุกคนสามารถเข้าไปใช้บริการได้ เพราะประชากรบางกลุ่มอยู่ในพื้นที่ห่างไกล มีฐานะยากจน หรือไม่ได้มีระบบบริการพื้นฐานทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะเหล่านี้ได้ เช่น การไม่มียานพาหนะ หรือรถโดยสารสาธารณะที่จะพาผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขได้ การไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ซึ่งตัวอย่างเหล่านี้ถือเป็นความล้มเหลวจากระบบตลาดที่ทำให้รัฐต้องเข้ามาแทรกแซง

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นคือหลักฐานและข้อพิสูจน์รวมทั้งบทบาทของทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สาธารณะต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามในหมวดย่อยของเศรษฐศาสตร์สาธารณะ ซึ่งสินค้าสาธารณะเป็นหัวข้อสำคัญในเศรษฐศาสตร์สาธารณะเนื่องจากมีลักษณะเฉพาะของการไม่ผูกขาด (non-excludability) และการไม่แข่งขันกัน (non-rivalry) การไม่ผูกขาดหมายถึง เมื่อมีการผลิตสินค้าสาธารณะ จะไม่มีใครถูกกีดกันจากการใช้สินค้านั้น การไม่แข่งขันกันหมายถึง การใช้สินค้าโดยบุคคลหนึ่งไม่ได้ลดทอนความสามารถของบุคคลอื่นในการใช้สินค้านั้น ลักษณะเฉพาะเหล่านี้นำไปสู่สิ่งที่เรียกว่า "free-rider problem" หรือปัญหาคนที่ฉวยโอกาสและไม่ได้ลงทุนในสินค้าแต่กลับตักตวงประโยชน์จากสินค้าหรือบริการ จึงเป็นเหตุผลที่รัฐบาลมักต้องเข้ามาแทรกแซงปัญหาพื้นฐานในเศรษฐศาสตร์สาธารณะ โดยรายละเอียดเกี่ยวกับสินค้าสาธารณะมีดังต่อไปนี้

1.1 สินค้าสาธารณะ

ในหมวดหนึ่งของเศรษฐศาสตร์สาธารณะ คือ หัวข้อสินค้าสาธารณะ (Public Goods) ได้พูดถึงสินค้าสาธารณะว่าสามารถแยกได้อย่างชัดเจนออกจากสินค้าเอกชน เนื่องจากมันสามารถสร้างประโยชน์ให้กับผู้ใช้ในคราวเดียวกันจำนวนมากในเวลาใดก็ได้ ขณะที่สินค้าเอกชนให้ได้เฉพาะบุคคลที่สามารถจ่ายให้เฉพาะกลุ่มเท่านั้น ถ้าสินค้าสาธารณะใดที่สามารถให้ประโยชน์กับใครก็ได้ถือว่าเป็นสินค้าสาธารณะบริสุทธิ์ (Pure Public Goods) และสินค้าใดที่ให้ประโยชน์กับสาธารณะแต่บุคคลอื่นสามารถเข้าถึงได้อย่างจำกัด จะเป็นสินค้าสาธารณะที่ไม่บริสุทธิ์ (Impure Public Goods)

1.2 สินค้าสาธารณะบริสุทธิ์

สินค้าสาธารณะบริสุทธิ์มีคุณสมบัติ 2 ประการ คือ ข้อ 1) ไม่สามารถกีดกันได้ (Non-Excludability) ถ้ามีสินค้าสาธารณะอยู่ ไม่มีใครว่าเรือใดที่จะถูกกีดกันจากการบริโภคอย่างไม่มีข้อยกเว้น การบริโภคของใครเรือไม่สามารถลดปริมาณการมีอยู่ของสินค้าสาธารณะบริสุทธิ์ที่จะทำให้การบริโภคของใครเรืออื่นลดลง และ ข้อ 2) สินค้าสาธารณะที่บริสุทธิ์ไม่สามารถลดทอนประโยชน์จากการใช้ของผู้อื่นได้ ตัวอย่างเช่น การป้องกันประเทศ ทำให้ทุกคนที่อยู่ในประเทศได้รับความปลอดภัยเท่ากัน เป็นต้น

1.3 สินค้าสาธารณะไม่บริสุทธิ์

ในความเป็นจริง สินค้าสาธารณะมักจะมีคุณสมบัติเกิดขึ้นเมื่อมีการใช้งานในปริมาณมาก ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด ได้แก่ สวนสาธารณะ และ ถนน ความแออัดส่งผลต่อผลตอบแทนที่สินค้าสามารถมอบให้แก่คนใช้บริการ สินค้าสาธารณะที่มีลักษณะแบบนี้ ถือว่าเป็นสินค้าสาธารณะที่ไม่บริสุทธิ์

ตาราง 1 แสดงลักษณะสินค้าสาธารณะ

ลักษณะสินค้าสาธารณะ	กีดกันได้ (Excludable)	กีดกันไม่ได้ (Non-Excludable)
เป็นปรปักษ์ (Rivalrous)	สินค้าเอกชน อาหาร เสื้อผ้า รถยนต์	สินค้าสาธารณะไม่บริสุทธิ์ แบบใช้ทรัพยากรร่วมกัน (Common Goods) ถนน ป่าไม้ เหมืองแร่ บริการ สุขภาพ
ไม่เป็นปรปักษ์ (Non-Rivalrous)	สินค้าสาธารณะไม่บริสุทธิ์ เฉพาะกลุ่ม (Club Goods) สัญญาณโทรศัพท์ น้ำประปา ทางด่วน	สินค้าสาธารณะบริสุทธิ์ อากาศ การป้องกันประเทศ

ที่มา: Public Goods and Public Choices (Ostrom & Ostrom, 2019)

แนวคิดของสินค้าสาธารณะดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการทำความเข้าใจการเข้าถึงบริการสุขภาพ สินค้าสาธารณะตามที่กำหนดไว้ในทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ไม่สามารถกีดกันได้และไม่สามารถแข่งขันได้ มีไว้สำหรับทุกคนโดยไม่ได้มีส่วนกับการใช้สินค้าและบริการของพวกเขา และการใช้งานของแต่ละคนจะไม่ส่งผลต่ออีกคนหนึ่ง

สุขภาพมักถูกมองว่าเป็นสาธารณประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของการควบคุมโรคติดต่อ ตัวอย่างเช่น การฉีดวัคซีนของบุคคลหนึ่งสามารถปกป้องผู้อื่นได้โดยการมีส่วนร่วมในการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ แสดงให้เห็นลักษณะเฉพาะของสินค้าสาธารณะที่ไม่เป็นคู่แข่งและไม่สามารถกีดกันได้ Gersovitz & Hammer (2004) ศึกษาเรื่อง "The economical control of infectious diseases" ให้ข้อโต้แย้งว่าการควบคุมโรคติดต่อเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม ซึ่งจำเป็นต่อการลงทุนของภาครัฐในด้านบริการสุขภาพ การนำแนวคิดสินค้าสาธารณะไปใช้กับบริการด้านสุขภาพนั้นค่อนข้างซับซ้อน บริการด้านสุขภาพบางอย่าง เช่น การฉีดวัคซีน อาจจะเข้ากับคำจำกัดความของสินค้าสาธารณะได้ เนื่องจากบทบาทของบริการที่ส่งเสริมภูมิคุ้มกันหมู่ (Bloom, Fan, & Sevilla, 2018; Sevilla, Bloom, Salmon, & Bishai, 2023) อย่างไรก็ตาม ลักษณะหลายอย่างอาจจะไม่ได้สามารถนำไปใช้กับบริการสุขภาพทั้งหมด ทำให้มีการถกเถียงกันอย่างมากในเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเช่นกัน (Folland, Goodman, & Stano, 2016; Pauly, 1968)

Musgrave (1959) กล่าวว่า “แม้ว่าขั้นตอนการผ่าตัดจะไม่ได้จำกัดความสามารถในการบริโภคต่อผู้อื่น (non-rivalry) แต่ก็จำกัดได้ด้วยความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือต้องมีความสามารถในการจ่ายให้กับบริการ (Excludability)” ซึ่งมุมมองนี้สนับสนุนความคิดที่ว่าบริการด้านสุขภาพทั้งหมดไม่สามารถจัดประเภทเป็นสาธารณะในระดับสากลได้ (Musgrave, 1959) อย่างไรก็ตาม เอกสารจาก WHO (World Health Organization, 2002) เน้นว่าลักษณะของบริการสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะจำนวนมาก ให้ข้อโต้แย้งที่สมเหตุสมผลสำหรับการที่รัฐบาลต้องแทรกแซง เพื่อทำให้เกิดบริการสุขภาพสำหรับประชาชน

ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ แนวคิดเรื่องบริการด้านสุขภาพในฐานะสินค้าสาธารณะมีผลกระทบอย่างมากต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Bärnighausen & Sauerborn, 2002) เสนอว่า บริการสุขภาพเป็นสินค้าสาธารณะทำให้การแทรกแซงของรัฐบาลมีความชอบธรรม ซึ่งรัฐมีหน้าที่ให้ประชากรสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งในแง่นี้รวมอยู่ในระบบการให้บริการสุขภาพโดยรวม เช่น National Health Security (NHS) หน่วยงานของสหราชอาณาจักร มีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการสุขภาพโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายกับประชาชนเมื่อใช้งาน แต่มีการเรียกเก็บไปยังหน่วยงานที่ดูแลที่เป็นของภาครัฐแทน (Free at the point of delivery) (Moberly, 2018) อย่างไรก็ตาม มีการถกเถียงกันพอสมควร ว่าบริการสุขภาพนั้นไม่เข้าข่ายทั้งสินค้าเอกชนและสินค้าสาธารณะ ตามตัวอย่างของ National Health Security (NHS) ของอังกฤษ ทำให้

เกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ซึ่งทุกคนได้จ่ายให้กับรัฐเพื่อเป็นคนจัดสวัสดิการโดยหวังว่าวันหนึ่ง ตนเองจะได้ใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ นั้นทำให้ “บริการสุขภาพ” เป็นสินค้าสาธารณะ (Smith, 2003) หรือ อย่างน้อยเป็นก็เป็นสินค้าสาธารณะส่วนหนึ่ง (Quasi-Public Goods) (Karsten, 1995)

นอกจากการเข้าถึงบริการสุขภาพแล้ว ในด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขถือเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ของสาธารณะ ตัวอย่างการสร้างและการบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล คลินิก และห้องปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ถือได้ว่าเป็นสินค้าสาธารณะ (Banerjee & Somanathan, 2007) สิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านี้เป็นผลประโยชน์ของส่วนรวมและสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีความด้อยโอกาสสูงเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น (Marcin, Shaikh, & Steinhorn, 2016; Sulemana & Dinye, 2014)

อีกด้านหนึ่งที่นับเป็นบริการสาธารณะ คือ ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Health literacy) การรณรงค์ให้ความรู้และข่าวสารด้านสาธารณสุขถือเป็นสินค้าสาธารณะเนื่องจากผลประโยชน์ทางสังคมในวงกว้างและการบริโภคที่ไม่แข่งขันกัน (Non-rivalry) (McNutt, 1999; Ratzan, 2001; Rubenstein, 2016) นักวิชาการหลายกลุ่ม แสดงความเห็นว่าการส่งเสริมบริการด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเหล่านี้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพและการใช้บริการของประชาชนได้ (Batterham, Hawkins, Collins, Buchbinder, & Osborne, 2016; Hersh, Salzman, & Snyderman, 2015; Levy & Janke, 2016)

จากเนื้อหาที่กล่าวมา จึงพอจะสรุปสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ว่า บริการสุขภาพนั้นเป็นสินค้าสาธารณะที่ไม่บริสุทธิ์ เพราะสามารถสร้างความแออัดให้กับผู้รับบริการได้ เมื่อมีการใช้บริการจำนวนมากขึ้น จะมีคนกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เพราะมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ซึ่งเป็นทรัพยากรที่ร่วมกันของรัฐที่ได้ลงทุนไป แต่แม้ว่าบริการด้านสุขภาพบางประเภทจะไม่เหมาะสมกับกรอบคุณสมบัติของสินค้าสาธารณะแบบบริสุทธิ์ แต่แนวคิดนี้เกี่ยวกับสินค้าสาธารณะก็ยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจบทบาทของรัฐบาลในการจัดหาบริการด้านสุขภาพและการจัดหาเงินทุน โดยเน้นย้ำถึงคุณค่าทางสังคมของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน และเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการแทรกแซงของรัฐบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทำให้คุณสมบัติของสุขภาพเป็นสินค้าสาธารณะมีการถกเถียงต่อไป

2. ความไม่เท่าเทียมกัน

ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นหัวข้อที่น่าสนใจทั้งในด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ ซึ่งกล่าวถึงหลักแนวคิดทางด้านเศรษฐกิจและ

ความเป็นธรรมทางสังคมทับซ้อนกัน โดยเน้นถึงบทบาทของการแทรกแซงและนโยบายของรัฐบาลในการสร้างความเท่าเทียมด้านการดูแลสุขภาพ

ความไม่เท่าเทียมกันเป็นสิ่งที่พูดถึงอยู่ในเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเรื่องของการวัดระดับสวัสดิการ (Measurement of Welfare) (Myles, 1995) ซึ่งการวัดระดับว่า ประชากรของรัฐนั้นสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกันหรือไม่ จึงเป็นการทบทวนหลักของความไม่เท่าเทียมกัน โดยที่เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขครอบคลุมถึงการศึกษานโยบายของรัฐบาลและผลกระทบที่มีต่อเศรษฐกิจ มักเกี่ยวข้องกับการตรวจสอบบทบาทของรัฐบาลในการจัดการกับความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Musgrave, 1959; Peters et al., 2008; Tang, Eisenberg, & Meyer, 2004) รัฐบาลต้องเผชิญกับการจัดการกับสวัสดิการ เช่น หลักประกันทางด้านสุขภาพที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ โดยปราศจากกำแพง ผ่านกลไก เช่น ภาษีและเงินอุดหนุน (Atkinson & Stiglitz, 2015; Domapielle, 2014; Thomson, Foubister, Mossialos, & World Health Organization, 2009)

Head (1966) ให้เหตุผลว่าบริการด้านสุขภาพเป็นสินค้าอุปโภคบริโภคในรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นสินค้าโภคภัณฑ์ที่รัฐบาลควรพิจารณาว่าประชาชนจะต้องสามารถเข้าถึงได้โดยไม่มีอุปสรรคด้านใดเข้ามาขัดขวางแม้กระทั่งค่าใช้จ่าย รัฐบาลสามารถใช้ระบบภาษีแบบก้าวหน้าเพื่อเป็นเงินทุนและใช้ในการอุดหนุนสำหรับบริการสุขภาพนี้ ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่าพลเมืองที่มีความร่ำรวยกว่าจะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ที่มากขึ้นซึ่งเชื่อว่าวิธีการนี้ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของประชากรได้

Demirguc-Kunt, Klapper, & Prasad (n.d.) ได้พูดถึงความสำคัญของการพิจารณาความไม่เท่าเทียมกันในการจัดการกับสินค้าสาธารณะ ซึ่งแนะนำว่า นอกจากที่จะต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมแล้ว แต่ยังต้องรวมถึงการกระจายผลประโยชน์เหล่านั้นให้ครอบคลุมด้วย โดยในบริบทของบริการด้านสุขภาพ หมายถึงการเน้นนโยบายที่รับประกันการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในวงกว้างและจัดการกับความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพเป็นสำคัญ

ในมุมมองของความไม่เท่าเทียมกันในเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ เศรษฐศาสตร์สวัสดิการเป็นการประเมินประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของประชากร เศรษฐศาสตร์สวัสดิการคือการพัฒนาสวัสดิการของสังคมผ่านกลไกการแทรกแซงของรัฐบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดการกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Sen, 1979)

ในงานของ Sen (1979) ตามที่อ้างอิงใน (Arrow, 1999) ให้เหตุผลว่าสุขภาพเป็นสินค้าหลักและการกระจายการเข้าถึงของสินค้าด้านสุขภาพมีผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถและโอกาสของแต่ละบุคคลที่จะสามารถเข้าถึงและได้รับบริการ แนวคิดเรื่องความเสมอภาคในด้านสุขภาพในปัจจุบันถูกขยายไปไกลกว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผลลัพธ์ด้าน

สุขภาพด้วย ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นของนโยบายต้องจัดการกับปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health) ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ

ในการศึกษาทางด้านความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ Culyer & Wagstaff (1993) ยืนยันว่าความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับรายได้ และการใช้บริการด้านสุขภาพ รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในระบบเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ โดยงานของเขา เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพ โดยเน้นย้ำถึงบทบาทของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic status) ที่ส่งผลต่อสุขภาพและการใช้บริการด้านสุขภาพ

Fleurbaey & Schokkaert (2009); (Fleurbaey & Schokkaert, 2011) แสดงหลักฐานเพิ่มเติมว่าไม่ควรประเมินความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพในแง่ของผลลัพธ์ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ควรประเมินในแง่ของโอกาสทางสุขภาพด้วย งานของพวกเขาเน้นไปที่บทบาทของเศรษฐศาสตร์สวัสดิการที่มองนโยบายด้านสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับมิติต่าง ๆ ของความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Accessibility) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Outcome) และโอกาสด้านสุขภาพ (Opportunity for health)

บริการสุขภาพจึงถือเป็นสิทธิที่มนุษย์พึงสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีอุปสรรคภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพ ที่รัฐเป็นผู้จัดการการเข้าถึงดังกล่าวอย่างเท่าเทียมกัน ความเท่าเทียมกันเป็นการพูดถึงเชิงปริมาณนั้นคือ ไม่มีการเข้าถึงที่เหลื่อมล้ำระหว่างประชากร แตกต่างจากความเป็นธรรม เป็นการพูดถึงในรูปแบบของคุณภาพของบริการ (Botero, Valencia, & Carmona-Fonseca, 2012; Naik, 1979) ผู้ที่มีความจำเป็นด้านการบริการสุขภาพมากกว่า ย่อมควรเข้าถึงบริการที่สามารถตอบสนองต่อการรักษาได้มากกว่า โดยไม่ได้มีความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ เชื้อชาติ ศาสนา ช่วงอายุ หรือปัจจัยอื่น

แนวคิดเกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมกันในมุมมองทางด้านเศรษฐศาสตร์ ถูกแบ่งออกเป็น 2 มุมมอง คือ ความไม่เท่าเทียมกันทางด้านวัตถุที่สะท้อนผ่านความเป็นอยู่ที่ดี และความไม่เท่าเทียมกันด้านโอกาส (Development Strategy and Policy Analysis Unit, Development Policy and Analysis Division, & Department of Economic and Social Affairs, 2015) แต่นอกจาก 2 แบบที่กล่าวมา แนวคิดความไม่เท่าเทียมกัน สามารถแบ่งออกเป็นหลายความเห็น จากคำถามหลักคือ ความไม่เท่าเทียมกัน เรากำลังพูดถึงความไม่เท่าเทียมกันในด้านไหน (Inequality Of What?) (Arneson, 1993) Amartya Sen กล่าวว่า “... a common characteristic of virtually all the approaches to the ethics of social arrangement that have stood the test of time is to want equality of something” แปลได้ว่า Income-Egalitarians ก็ต้องการความเท่าเทียมกันด้านรายได้ Welfare-Egalitarians ก็แสวงหาระดับสวัสดิการที่เท่ากัน Classical Utilitarian ก็พูดถึงค่า

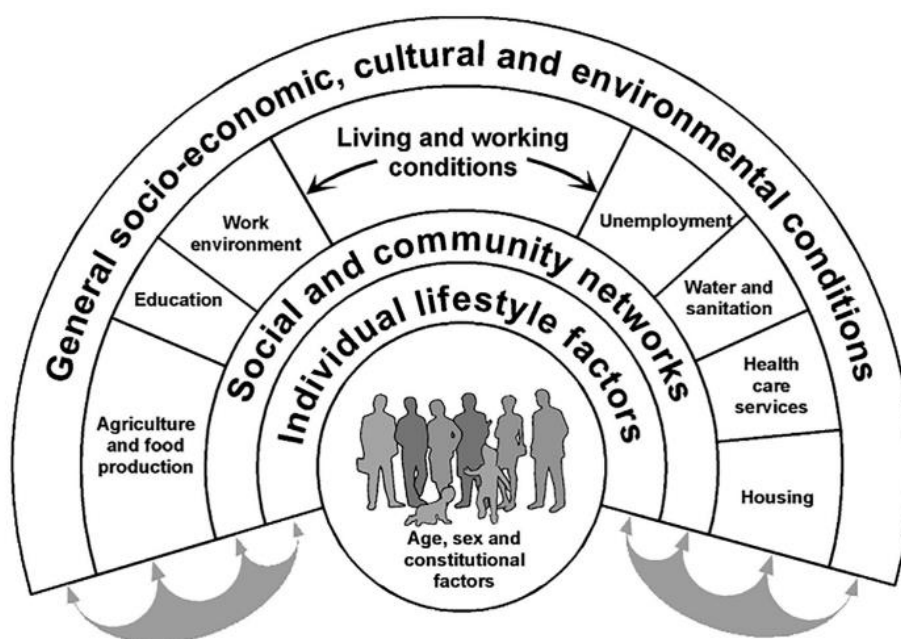
น้ำหนักที่เท่ากันของอรรถประโยชน์พวกที่เป็น Pure Libertarian ก็ต้องการความเท่าเทียมกันทางด้านสิทธิและเสรีภาพระหว่างช่วงชั้น (Class) ดังนั้น อุปสงค์ของความเท่าเทียม (Demand of Equality) นั้น ย่อมไม่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับเรื่องที่เราให้ความสำคัญ Sen สรุปว่า คำตอบสำหรับคำถามเรื่องของความเท่าเทียมว่า “different theories give different answers. The different answers are distinguishable in principle and involve difference conceptual approaches. But the practical force of these distinction depends on the empirical importance of the relevant human heterogeneities which make equality in one space diverge from equality in another.” ดีความได้ว่า ความเท่าเทียม ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของมนุษย์ในกลุ่มต่าง ๆ ที่ทำให้ความเท่าเทียมกันในหนึ่งมิติแตกต่างจากมิติอื่น

โดยสรุป แนวคิดเรื่องความไม่เท่าเทียมกันในบริบทของเศรษฐศาสตร์สวัสดิการฝังลึกอยู่ในบริการสุขภาพ เศรษฐศาสตร์สวัสดิการพยายามประเมินประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของประชากร โดยเน้นเฉพาะที่การจัดการกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ งานวิจัยของ Sen และคนอื่น ๆ ได้ระบุอย่างชัดเจนว่าสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมีผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถและโอกาสของแต่ละบุคคล นอกจากนี้แนวคิดเรื่องความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพครอบคลุมมากกว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพแต่ได้รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วย ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นของนโยบายในการจัดการกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ การศึกษาโดย Culyer & Wagstaff (1993) ยืนยันว่าความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับรายได้ การใช้บริการด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการเข้าใจความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพและการดูแลโดยเน้นที่บทบาทของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม บริการสุขภาพจึงเป็นสิทธิที่มนุษย์ทุกคนพึงเข้าถึงได้โดยปราศจากอุปสรรคภายใต้หลักประกันสุขภาพที่รัฐให้สิทธิเข้าถึงโดยเท่าเทียมกัน แนวคิดเรื่องความไม่เท่าเทียมกันในทางเศรษฐศาสตร์สามารถแบ่งออกเป็นสองมุมมองหลัก คือ ความไม่เท่าเทียมในแง่ของสินค้าที่สะท้อนชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) และ ความไม่เท่าเทียมกันในแง่ของโอกาส อย่างไรก็ตามความเห็นของ Amartya Sen (Sen, 1980) มิติของความไม่เท่าเทียมกันที่เราากำลังพูดถึงนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่เราให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก ซึ่งนำไปสู่ความต้องการที่แตกต่างกันสำหรับความเท่าเทียมกันตามหัวข้อที่ศึกษา ดังนั้นความเท่าเทียมทางสุขภาพจึงต้องอาศัยความแตกต่างภายในกลุ่มประชากรต่าง ๆ เป็นหลัก ทำให้ความเท่าเทียมในมิติหนึ่งนั้นอาจจะแตกต่างไปจากอีกมิติหนึ่ง

2.1 แบบจำลองปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

จากแนวคิดความไม่เท่าเทียมกันในเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ ได้พูดถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพเป็นจำนวนมาก เน้นย้ำถึงความสำคัญของบทบาทปัจจัยที่

ส่งผลต่อสุขภาพมีหลายมิติมากกว่าปัจจัยทางด้านสุขภาพโดยตรงเพียงด้านเดียว แบบจำลองปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Rainbow Model of Social Determinant of Health) เป็นแบบจำลองที่ถูกพูดถึงอย่างมากในทศวรรษนี้ โดยแบบจำลองนี้บ่งบอกถึงความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ (Health Inequalities) มีความเชื่อมโยงระหว่าง บุคคล สิ่งแวดล้อม และสุขภาพเข้าด้วยกัน แบบจำลองนี้ถูกพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 โดย Goran Dahlgren และ Margaret Whitehead



ภาพ 1 แสดงแบบจำลอง Rainbow Model of Social Determinants of Health

ที่มา: Dahlgren & Whitehead, 2021

ในแบบจำลองจะนำบุคคลไว้ตรงกลาง พร้อมกับปัจจัยแวดล้อมอยู่รอบ ๆ เช่น ปัจจัยทางด้านรูปแบบการดำรงชีวิต (Lifestyle Factors) อิทธิพลของชุมชน (Community Influences) สภาพการใช้ชีวิตและการทำงาน (Living and working conditions) และปัจจัยอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งปัจจุบันก็ยังถือว่าเป็นการอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ได้ผลมากที่สุดภาพหนึ่ง และมีอิทธิพลต่อการศึกษาด้านปัจจัยทางด้านสุขภาพ ในแง่มุมต่าง ๆ แนวคิดนี้พยายามที่จะนำเสนอว่า ภาวะการมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ของบุคคลนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย จึงเป็นที่มาและรากฐานของความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพ

แนวคิดนี้สอดคล้องกับ Marmot & Wilkinson (2005) และ Wilkinson & Marmot (2003) ซึ่งเน้นว่าสุขภาพได้รับผลกระทบอย่างมากจากสภาพเศรษฐกิจสังคม พฤติกรรมการใช้ชีวิต และการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและคุณภาพของบริการ ซึ่งบ่งบอกว่า การจัดการกับความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพต้องใช้การจัดการหลากหลายมิติ ไม่เพียงแต่จัดการกับโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงต้นตอของปัญหาในระดับสังคมด้วย

การทบทวนวรรณกรรมโดย Kawachi et al. (2002) เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพิจารณาปัจจัยทางสังคมในมิติต่าง ๆ ในการวางแผนนโยบายสุขภาพ พวกเขาได้กล่าวถึงกลไกเชิงโครงสร้างต่าง ๆ เช่น ความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ การแบ่งแยกทางเชื้อชาติ และการขาดการส่งเสริมทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ ที่ต้องเน้นถึงความจำเป็นในการจัดการกับปัจจัยเชิงโครงสร้างเหล่านี้ในการส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ

ในทำนองเดียวกัน Wilkinson & Pickett (2006) กล่าวถึงในการศึกษาของพวกเขาว่าสังคมที่มีความเสมอภาคมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกว่าจากมาตรการต่าง ๆ พวกเขาแนะนำว่าการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมอาจมีผลอย่างมากต่อการยกระดับสุขภาพของประชากร

ซึ่งเนื้อหาของวรรณกรรมนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่หลากหลายในการศึกษาการลดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ การทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้ทำให้เราสามารถแก้ไขและลดความเหลื่อมล้ำเหล่านี้ได้ดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในที่สุด

ในการสำรวจความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2008b) ยืนยันว่าสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บเป็นไปตามระดับทางสังคม (Social Gradient) ยิ่งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลหรือกลุ่มต่ำลง สุขภาพของพวกเขามีแนวโน้มแย่ลง ประเด็นนี้เน้นย้ำถึงความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

กรอบความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ (The Health Inequalities Framework) โดย Mackenbach (2019) สะท้อนความสำคัญของ Rainbow Model โดยเน้นไปที่ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เขายืนยันว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลอย่างใดอย่างหนึ่งโดยตรงแต่มีความซับซ้อนซึ่งกำหนดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพขึ้นมา คำอธิบายนี้สอดคล้องกับงานของ (Navarro, 2009) ที่เน้นย้ำถึงอิทธิพลของโครงสร้างทางการเมืองและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้กำหนดเงื่อนไขทางสังคมที่ผู้คนอาศัยและภาวะทำงานของประชากร

Braveman & Gottlieb (2014) ได้พยายามเน้นบทบาทของสังคมซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยกำหนดการเข้าถึงบริการสุขภาพ เขาให้ความเห็นว่าสภาพสังคม เช่น ที่อยู่อาศัย การศึกษา และความมั่นคงในการทำงาน สามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นสามารถนำไปสู่การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการใช้บริการที่ดีขึ้น ซึ่งแนวคิดเหล่านี้มีความหมายลึกซึ้งทางด้านนโยบายและการดูแลด้านสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ นโยบายและการแทรกแซงใด ๆ จากภาครัฐที่ต้องการให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นจะต้องจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ (Marmot, 2015)

ข้อสรุปสามารถสรุปได้จากเอกสารที่กล่าวว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงปัญหาของการจัดการโรคเท่านั้น แต่เป็นปัญหาที่ซับซ้อนที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพต่าง ๆ ตั้งแต่ปัจจัยการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล ปัจจัยโครงสร้างในชุมชนไปจนถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่กว้างขึ้น ดังนั้น ความพยายามในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพจึงไม่ควรมุ่งเน้นไปที่ตัวระบบสุขภาพเท่านั้น แต่ควรจัดการกับปัจจัยทางสังคมในวงกว้างที่เป็นตัวที่กำหนดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพด้วย การจัดการปัญหาเหล่านี้แบบองค์รวมสามารถนำไปสู่การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เท่าเทียมกันมากขึ้น และชุมชนที่มีสุขภาพที่ดีขึ้นในท้ายที่สุด

3. แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจ

แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจเชื่อมโยงกับการพัฒนาทางด้านสุขภาพของประชากร เพราะว่าถ้าหากประชากรมีสุขภาพที่ดีย่อมนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่นตามมา และถ้าหากเราพิจารณาจากนิยามของการพัฒนาเศรษฐกิจแล้วจะพบว่า การพัฒนาเศรษฐกิจไม่ได้มุ่งไปเพียงแค่การพัฒนาทางด้านปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเท่านั้น

Feldman, Hadjimichael, Lanahan, & Kemeny (2016) พูดถึงการพัฒนาเศรษฐกิจคือ คุณภาพของการพัฒนาหลายด้าน การพัฒนานี้ยังเกี่ยวข้องกับคนหลายภาคส่วน ได้แก่ ต้นทุนทางสังคม (Social Capital) การเคลื่อนย้ายแรงงานและทุน (Labor And Capital Mobility) และรายได้และความมั่งคั่ง (Income And Wealth Equity) (Fagerberg & Srholec, 2017; Feldman et al., 2016) แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจ (Economic Development) เป็นการสร้างความเจริญเติบโตของมาตรฐานความเป็นอยู่ (Standard of Living) ของคนในชาติ จากรายได้น้อยไปสู่รายได้มาก การพัฒนาเศรษฐกิจเริ่มจากการพัฒนาคุณภาพชีวิต เมื่อคุณภาพชีวิตดีขึ้นทำให้เกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Deardorff, 2008; Krueger, 1990) โดยที่เป้าหมายของการพัฒนา คือ การพัฒนาความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น (Improving The Economic Wellbeing) ผ่านการสร้างงาน การรักษาตำแหน่งงาน การใช้นโยบายภาษีและคุณภาพชีวิต (IEDC, n.d.) แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจขึ้นอยู่กับมาตรฐานความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิต ซึ่งรวมหลายมิติเข้าด้วยกัน มิติหนึ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ มิติ

ทางด้านสุขภาพ โดยที่สุขภาพกับการพัฒนาเศรษฐกิจนั้นมีความสัมพันธ์แบบสองทาง (Two-Way Relationship) กล่าวคือ การพัฒนาเศรษฐกิจโดยทั่วไปแล้วจะทำให้ระบบสุขภาพดีขึ้น ขณะที่สุขภาพที่ดีขึ้นของประชากรก็จะทำให้เพิ่มผลผลิตการผลิต การทำงานร่วมกันทางสังคม (Social Cohesion) และสวัสดิการทางเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการพัฒนาด้านเศรษฐกิจตามมา

ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจกับการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นซับซ้อนและมีหลายมิติ สุขภาพซึ่งเป็นส่วนสำคัญของมิติด้านทุนมนุษย์ (Human Capital) มีอิทธิพลและได้รับอิทธิพลจากการพัฒนาเศรษฐกิจ ซึ่งสะท้อนถึงความสัมพันธ์แบบไปและกลับ (Bloom & Canning, 2000) บุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงมีแนวโน้มที่จะมีผลผลิตการผลิตมากขึ้น ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ในทางกลับกัน การพัฒนาเศรษฐกิจสามารถจัดหาทรัพยากรให้กับสังคมเพื่อลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพซึ่งในท้ายที่สุดแล้วจะเป็นการดูแลสุขภาพของประชากรในทางกลับกัน

อิทธิพลของการพัฒนาเศรษฐกิจต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถมองเห็นได้ผ่านมุมมองของการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสุขภาพ การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพมากขึ้น จึงช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ สิ่งนี้ได้รับการยืนยันจากหลากหลายงาน (Sülkü & Caner, 2011; Wang, 2015; Zaman, Hossain, Mehta, Sharmin, & Mahmood, 2017) พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศที่ร่ำรวยมากกว่าสามารถลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพได้มากขึ้น ช่วยให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจกับการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้อยู่ในรูปแบบเชิงเส้น หรือตรงไปตรงมาเสมอไป หลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียวไม่สามารถรับประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกันได้ (Sen, 2014) ทั้งนี้มีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ ความแตกต่างกันของความต้องการ และความจำเป็นด้านสุขภาพของประชากรแต่ละกลุ่ม รวมถึงความไร้ประสิทธิภาพในการให้บริการด้านสุขภาพของโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ

แท้จริงแล้ว ความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ภายในประเทศเมื่อมันมีความแตกต่างกันมากพร้อมกับการพัฒนาเศรษฐกิจ สามารถนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ บุคคลที่มีรายได้สูงมักจะเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ (O'donnell et al., 2008; Van Doorslaer & O'Donnell, 2010) นอกจากนี้ ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา บางกลุ่มประชากร เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลยังคงเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Peters et al., 2008)

นอกเหนือจากรายได้แล้ว ความด้อยประสิทธิภาพของระบบสุขภาพยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) ความด้อยประสิทธิภาพในระบบสุขภาพอาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรอย่างเปล่าประโยชน์ ทำให้เกิดช่องว่างของบริการสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยกระดับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทั้งในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา

สรุปได้ว่าการพัฒนาเศรษฐกิจสามารถปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างแน่นอน โดยทำให้มีการจัดสรรทรัพยากรมากขึ้นสำหรับโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เป็นที่ชัดเจนว่าการพัฒนาเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ เพื่อให้บรรลุการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง จะต้องพยายามจัดการกับความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลายของกลุ่มประชากรต่าง ๆ และพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเหล่านี้ ผู้กำหนดนโยบายสามารถออกแบบนโยบายเพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ต้องการได้โดยไม่มีอุปสรรคเข้ามากีดขวาง

4. ข้อสรุปเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนทฤษฎีและแนวคิดหลัก ได้นำมาเสนอเป็นข้อสรุปความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แนวคิดสินค้าสาธารณะ แนวคิดความไม่เท่าเทียม แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และทฤษฎีการพัฒนาเศรษฐกิจ จุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ครอบคลุม ซึ่งสามารถเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและแนวคิดสินค้าสาธารณะนำเสนอกรอบแนวคิดเพื่อทำความเข้าใจบทบาทและนัยของการตัดสินใจของรัฐบาล (Stiglitz, 1997) ในเรื่องนี้คือ ด้านสุขภาพ (Anomaly, 2023) แนวคิดสินค้าสาธารณะเน้นบทบาทของรัฐในการจัดหาสินค้าและบริการ เช่น บริการด้านสุขภาพ ที่ตลาดสร้างอุปสรรคบางอย่างในการเข้าถึง ทำให้เกิดการกีดกันและแข่งขันกัน รัฐจึงมีหน้าที่ในการลดอุปสรรค หรือกำจัดอุปสรรคนั้น (Musgrave, 1959) อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีเหล่านี้ส่วนใหญ่มองว่าบริการด้านสุขภาพเป็นสินค้าสาธารณะ ซึ่งอาจไม่ได้ครอบคลุมถึงความหลากหลายและความซับซ้อนของบริการด้านสุขภาพที่ได้รับอิทธิพลของตลาดเช่นกัน ยิ่งไปกว่านั้น ในวรรณกรรมมักจะให้ความสำคัญกับมิติทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลและชุมชนน้อย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

แนวคิดความไม่เท่าเทียมซึ่งมีรากฐานมาจากผลงานของนักวิชาการระดับแนวหน้าอย่าง Amartya Sen (Sen, 2014) เน้นไปที่ความไม่เสมอภาคในการกระจายทรัพยากร ในที่นี้คือบริการด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรต่าง ๆ สามารถช่วยบอกถึงการมีอยู่และวัดความไม่เท่าเทียมกันใน

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น รายได้ เชื้อชาติ และที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดคือการมุ่งเน้นที่ความเหลื่อมล้ำเป็นหลักมากกว่า ซึ่งเพิกเฉยต่อมิติทางด้านโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และชุมชน ซึ่งเป็นจุดกำเนิดของความเหลื่อมล้ำเหล่านี้

ทฤษฎีการพัฒนาเศรษฐกิจระบุว่า การเติบโตและการพัฒนาทางเศรษฐกิจสามารถส่งผลกระทบต่อแง่มุมต่าง ๆ ของชีวิตทางสังคม รวมถึงสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Sachs, 2012) ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีแนวโน้มว่าจะลงทุนมากขึ้นในระบบสุขภาพ ซึ่งสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม การให้ความสำคัญกับตัวแปรทางเศรษฐกิจของทฤษฎีนี้อาจบดบังปัจจัยที่ไม่ใช่ทางเศรษฐกิจ (เช่น บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ความเชื่อด้านสุขภาพ เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม) ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

จากการพิจารณาเหล่านี้ จึงได้เลือกแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) เป็นกรอบแนวทางหลักสำหรับการศึกษา กรอบแนวคิดนี้เป็นกรอบแนวคิดด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพซึ่งบุกเบิกโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2008a, 2008b) ได้รับการยอมรับว่าสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพถูกกำหนดโดย "เงื่อนไขต่าง ๆ มากมายที่ผู้คนเกิด เติบโต ทำงาน ใช้ชีวิต และอายุ และกว้างมากขึ้นรวมทั้งภาวะการทำงาน และรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน" สิ่งเหล่านี้รวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และพฤติกรรมส่วนบุคคล ซึ่งเกี่ยวพันกันอย่างแยกไม่ออกและมีอิทธิพลโดยรวมต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดของ SDH ช่วยให้เราสามารถเข้าใจภาพรวมและรายละเอียดเกี่ยวกับธรรมชาติของการเข้าถึงบริการสุขภาพในหลายแง่มุมในบริบทที่เลือก สร้างกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่หลากหลายตั้งแต่พฤติกรรมส่วนบุคคลและลักษณะเฉพาะของชุมชน ไปจนถึงสภาพแวดล้อม นโยบายและปัจจัยกำหนดโครงสร้างพื้นฐาน (Solar & Irwin, 2010) เมื่อพิจารณาเช่นนี้แล้วจะทำให้เห็นถึงความสอดคล้องกับเป้าหมายการวิจัยในการศึกษานี้เพื่อพัฒนาความเข้าใจในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและส่งเสริมความเสมอภาคด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ Framework ของ SDH ยังเน้นความจำเป็นถึงการได้รับการตอบสนองความต้องการทางการแพทย์อย่างทันท่วงทีของบุคคล ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในวงกว้างที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Marmot & Wilkinson, 2005) ทำให้มุมมองที่ครอบคลุมและเป็นองค์รวมเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการกำหนดนโยบายที่มีประสิทธิภาพในภาคส่วนด้านสุขภาพ และแม้ว่ากรอบแนวคิดของ SDH จะเป็นแนวทางหลักสำหรับการศึกษานี้ แต่ก็จะใช้แนวคิดเสริมจากทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข แนวคิดความไม่เท่าเทียมกัน และทฤษฎีการพัฒนาเศรษฐกิจ โดยตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างกันของแนวคิดเหล่านี้และความเกี่ยวข้องร่วมกันในการทำความเข้าใจการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ในเนื้อหาต่อไปจะเป็นการเจาะลึกลงไปในการศึกษา Conceptual Framework ของ SDH โดยการทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับที่มาและหลักการสำคัญ และการประยุกต์ใช้ในการวิจัยด้านสุขภาพ และสรุปวิธีที่เราจะนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งการเลือกใช้ทฤษฎี SDH สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางในการมองธรรมชาติที่มีหลายมิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพและเพื่อให้เป็นประโยชน์เชิงนโยบายต่อไป

แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

ปัจจุบันกรอบแนวคิด ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants Of Health: SDH) เป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economics) (Parkin, 2017) ได้รับความนิยมนิยมสูงสุดและได้ปฏิวัติความเข้าใจเรื่องสุขภาพ เปลี่ยนที่ผู้คนให้ความสนใจจากมุมมองด้านการแพทย์ล้วน ๆ ไปสู่มุมมองการพิจารณาเรื่องสุขภาพเป็นแบบองค์รวมที่พิจารณาปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่หลากหลายที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน แนวคิดนี้เริ่มต้นจาก Model Rainbow of Social Determinant of Health ซึ่งพัฒนาโดย Dahlgren กับ Whitehead ในเอกสารขององค์การอนามัยโลก (WHO) ให้มุมมองหลายมิติที่ครอบคลุมเกี่ยวกับสุขภาพและปัจจัยของสุขภาพ (Dahlgren & Whitehead, 2021)

กรอบแนวคิดและกลไกทำงานของ SDH มีพื้นฐานอยู่บนหลักการที่ว่าสุขภาพนั้นถูกกำหนดโดยปัจจัยที่ซับซ้อนมากมายนอกเหนือจากพันธุกรรมและพฤติกรรมส่วนบุคคล โดยเน้นย้ำถึงสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจเพิ่มเติมจากมุมมองอื่น ๆ เช่น การศึกษา รายได้ เศรษฐกิจ การจ้างงาน การสนับสนุนทางสังคม และสภาพความเป็นอยู่ สามารถมีอิทธิพลอย่างมากต่อสถานะสุขภาพของบุคคลและชุมชน (Stankiewicz, Herel, & DesMeules, 2015) ความเข้าใจนี้ระบุไว้ในงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าเงื่อนไขเหล่านี้เป็นสาเหตุ ต้นกำเนิด หรือช่วยลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพได้อย่างไร

รากฐานของกรอบ SDH กำเนิดขึ้นในช่วงกลางศตวรรษที่ 20 และในช่วงต้นศตวรรษที่ 21 แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากรายงานหลัก เช่น Black Report ในสหราชอาณาจักร และกฎบัตรออตตาวาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Townsend & Davidson, 1982; World Health Organization, 1986) ซึ่งชี้แจงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพไปยัง ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมต่อสุขภาพ ทำให้นำไปสู่การยอมรับแนวทางปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ในมุมมองที่กว้างขึ้นในด้านสาธารณสุข

ความสำคัญของกรอบ SDH ไม่ใช่แค่การทำความเข้าใจปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ แต่ยังใช้ความเข้าใจนี้เพื่อใช้ในการทำงานเชิงนโยบายและการแทรกแซงเชิงนโยบายจากภาครัฐที่สามารถสร้างภาวะสุขภาพที่ดีให้กับประชากร และลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนความคิด

และการทำงานด้านสาธารณสุข จากการมุ่งเน้นเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลไปสู่แนวทางที่ครอบคลุมมากขึ้นในการจัดการกับสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพร่วมเข้าไปด้วย (Solar & Irwin, 2010)

โดยสรุปกรอบปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพมีแนวทางที่ครอบคลุมเพื่อทำความเข้าใจที่มาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ เป็นการขยายขอบเขตของการวิจัยด้านสุขภาพและนโยบายที่นอกเหนือจากการมองแค่มิติเพียงตัวบุคคล แต่ยังรวมถึงสภาพสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่ผู้คนเกิด เติบโต ใช้ชีวิต ทำงาน และเนื่องจากวิทยานิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ กรอบ SDH จึงถูกใช้ในการเป็นเหมือนแนวทางทางด้านทฤษฎีที่เหมาะสมในการศึกษาปัจจัยที่มีหลายมิติและความสัมพันธ์ที่สัมพันธ์กันซึ่งส่งผลกระทบต่อแง่มุมที่สำคัญของสุขภาพนี้

องค์ประกอบของแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (SDH) ได้เผยมุมมองที่ส่งผลต่อสุขภาพในมิติต่าง ๆ ครอบคลุมองค์ประกอบที่มีบทบาทสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลและประชากร จากข้อมูลของ WHO สามารถแบ่งออกเป็นสามส่วนหลัก ตามแบบจำลอง Rainbow model of Social determinants of Health โดย Dahlgren และ Whitehead (Dahlgren & Whitehead, 2021; Whitehead, 1991)

1. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ: ปัจจัยเหล่านี้รวมถึงแง่มุมที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ความมั่นคงทางเศรษฐกิจได้รับอิทธิพลจากสถานภาพการจ้างงาน ระดับรายได้ หนี้สิน ค่ารักษาพยาบาล และประกันสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Braveman & Gottlieb, 2014) นอกจากนี้ คุณภาพและความพร้อมทางด้านบริการด้านสุขภาพซึ่งกำหนดโดยความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานของผู้ให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ที่กำหนด เป็นปัจจัยสำคัญทางเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Braveman & Gottlieb, 2014; Dahlgren & Whitehead, 2021)

2. บริบททางสังคมและชุมชน: ในหมวดหมู่นี้ เป็นสภาพแวดล้อมทางสังคมและเครือข่ายที่แต่ละคนเป็นส่วนหนึ่ง ปัจจัยทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ใกล้เคียง สภาพแวดล้อมที่สร้างขึ้น บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชน การเลือกปฏิบัติ และความเครียดสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพในภายหลัง (Marmot & Wilkinson, 2005) นอกจากนี้ ปัจจัยทางกายภาพ เช่น ความใกล้ชิดกับสถานพยาบาล ความพร้อมใช้งานของการขนส่ง ความปลอดภัย และคุณภาพของที่อยู่อาศัยเป็นองค์ประกอบสำคัญของสภาพแวดล้อมที่สร้างขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชุมชน (Diez Roux & Mair, 2010)

3. ปัจจัยส่วนบุคคล: ในกลุ่มปัจจัยส่วนบุคคลได้รวมถึงแง่มุมและองค์ประกอบบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ วุฒิการศึกษาและความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ส่งผลกระทบบ่อยมากต่อความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การดูแลตนเอง และการใช้บริการระบบการดูแลสุขภาพของรัฐ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern, & Crotty, 2011; Whitehead & Dahlgren, 2006) พฤติกรรมส่วนบุคคลซึ่งหล่อหลอมมาจากความเชื่อส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และทักษะ มีบทบาทสำคัญในการแสวงหาและเข้าถึงการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ สภาวะแวดล้อมต่าง ๆ เช่น การสัมผัสกับสารพิษหรือคุณภาพอากาศที่ไม่ดีสามารถส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของแต่ละคนและความต้องการบริการด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2008)

แต่ละโดเมนเหล่านี้เน้นย้ำว่าความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากเครือข่ายของปัจจัยที่เชื่อมโยงถึงกัน โดยเน้นย้ำถึง การมองมิติสุขภาพที่ครอบคลุมและหลากหลายมิติซึ่งจะทำให้การเข้าถึงการดูแลสุขภาพและความเสมอภาคด้านสุขภาพดีขึ้น

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในวรรณกรรมต่างประเทศ

แนวคิดของปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (SDH) ถูกนำมาใช้มากขึ้นในการวิจัยเพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ การทำความเข้าใจว่าปัจจัยทางสังคมที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อการใช้บริการด้านสุขภาพอย่างไร สามารถช่วยพัฒนาเชิงนโยบายในการจัดการกับอุปสรรคของการเข้าถึงบริการเหล่านี้และปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้ตั้งวรรณกรรมต่างประเทศที่ได้ทำการทบทวนในหัวข้อต่อไปนี้

1. อิทธิพลของความมั่นคงทางเศรษฐกิจต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ: ความมั่นคงทางเศรษฐกิจทั้งในระดับจุลภาคและเศรษฐกิจมหภาคมีส่วนสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดีของเศรษฐกิจของประเทศส่งผลต่อโครงสร้างพื้นฐานด้านบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข และนโยบายที่กำหนดการเข้าถึงบริการเหล่านี้ในระดับเศรษฐกิจมหภาค ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ต่อหัว ซึ่งเป็นตัวชี้วัดมาตรฐานของผลผลิตทางเศรษฐกิจของประเทศ เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยทั่วไป GDP ต่อหัวที่สูงขึ้นนั้นจะสอดคล้องกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น สาเหตุหลักมาจากการใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและเอกชนที่เพิ่มขึ้น (Papanicolas, Woskie, & Jha, 2018) นอกจากนี้ เสถียรภาพทางเศรษฐกิจในระดับมหภาค ที่บ่งชี้จากอัตราเงินเฟ้อและอัตราการว่างงานที่มีเสถียรภาพ ส่งผลต่อกองทุนด้านสุขภาพของทั้งระดับครัวเรือนและระดับประเทศ การศึกษาโดย (Stuckler, Reeves, Loopstra, Karanikolos, & McKee, 2017) เสนอว่าช่วงเวลาที่เศรษฐกิจไม่มั่นคง เช่น ภาวะถดถอย อาจนำไปสู่การลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลเสียต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

นโยบายเศรษฐกิจมีผลกระทบอย่างมากต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ นโยบายที่ส่งเสริมการกระจายรายได้ที่เท่าเทียมกันสามารถนำไปสู่การพัฒนาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับครัวเรือนที่มีรายได้น้อย ในทางกลับกัน มาตรการรัดเข็มขัดทางเศรษฐกิจมักจะนำมาใช้ในช่วงที่เศรษฐกิจไม่มีเสถียรภาพ อาจส่งผลให้บริการสาธารณสุขลดลง ส่งผลกระทบต่อประชากรที่ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการ (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, & McKee, 2009)

ในระดับจุลภาค การศึกษาแสดงให้เห็นอย่างต่อเนื่องว่าบุคคลที่มาจากครัวเรือนที่มีรายได้น้อยต้องเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น การวิจัยโดย Cook et al. (2008) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยมีโอกาสน้อยกว่าที่จะเข้าถึงบริการด้านส่งเสริมและป้องกันโรค ผลของการศึกษานี้ได้รับการยืนยันจากการศึกษาของ Woolhandler & Himmelstein (2017) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอุปสรรคทางการเงินสร้างข้อจำกัดการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างมากในประเทศที่มีรายได้น้อย (Ahmed, Creanga, Gillespie, & Tsui, 2010) พบว่าค่าบริการที่สูงและการขาดประกันสุขภาพเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ซึ่งเห็นได้ชัดว่าเสถียรภาพทางเศรษฐกิจทั้งในระดับมหภาคและในระดับจุลภาคนั้น ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ การทำความเข้าใจเหล่านี้ทั้ง นโยบายเศรษฐกิจและสุขภาพที่เหมาะสมสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประชากรที่เปราะบางที่สุด

2. การศึกษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพ: ความสำเร็จด้านการศึกษาสามารถส่งผลกระทบต่อการใช้บริการด้านสุขภาพ ตัวอย่างเช่น (Sudhinaraset, Ingram, Lofthouse, & Montagu, 2013) พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (Ross & Wu, 1995) นำเสนอผลการศึกษาที่คล้ายกันซึ่งรายงานว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ดีกว่า

3. บทบาทของบริบททางสังคมและชุมชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ: บริบททางสังคมและชุมชนมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Story, 2013) พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมที่แน่นแฟ้นภายในชุมชนนำไปสู่การเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การเลือกปฏิบัติในสังคมก็ยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งปรากฏในงานหลายงาน (Bogart et al., 2011; Nagaoka, Fujiwara, & Ito, 2012) ที่ได้เน้นถึงความสำคัญของการช่วยเหลือกันในสังคมซึ่งส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่เปราะบาง

4. สุขภาพและการดูแลสุขภาพ: คุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Baker et al., 2007) แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่ไม่มีประกันหรือหลักประกันสุขภาพหรือผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรด้านบริการสุขภาพน้อย (บุคลากรและโครงสร้างพื้นฐาน) สามารถเข้าถึงการรักษาได้ลดลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลของ Artiga & Hinton

(2019) ซึ่งพบว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคหรือพื้นที่ที่มีหน่วยบริการสุขภาพที่จำกัดนั้นมีความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพมากกว่าพื้นที่ที่มีมากกว่า

5. สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมของชุมชน: ลักษณะของพื้นที่ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมชุมชนสามารถส่งผลต่อการใช้บริการด้านสุขภาพ Michael, Green, & Farquhar (2006) ระบุว่าผู้คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดอาชญากรรมสูงหรือเข้าถึงการคมนาคมขนส่งได้ไม่ดี มีโอกาสน้อยที่จะเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การวิจัยของ Macintyre, Ellaway, & Cummins (2002) ก็มีผลการศึกษาที่สนับสนุนผลการศึกษานี้ โดยแสดงให้เห็นถึงผลกระทบของปัจจัยแวดล้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการ

สิ่งต่าง ๆ แสดงให้เห็นถึง บทบาทและสำคัญของ SDH ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และความซับซ้อนของความสัมพันธ์ของมิติเหล่านี้ โดยชี้ให้เห็นถึงความหลากหลายและความจำเป็นในการศึกษามิติต่าง ๆ เพื่อสามารถพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การประยุกต์ใช้ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ในการศึกษา

การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (SDH) ในการศึกษาจะช่วยทำให้การศึกษามีความครอบคลุมของปัจจัยมากมายที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพต่อประชากรผู้สูงอายุ จุดเน้นจะอยู่ที่โดเมน (มิติ) หลักสามส่วน ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ บริบททางสังคมและชุมชน ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของ SDH ตามแบบจำลอง Rainbow model of Social Determinant of Health โดย Whitehead & Dahlgren (2006)

1. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ: ในโดเมนนี้ จะมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยทางเศรษฐกิจมหภาคที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบอย่างมากต่อการจัดหาและการใช้บริการด้านสุขภาพในชุมชน ปัจจัยทางเศรษฐกิจมหภาค ได้แก่ นโยบายเศรษฐกิจ วัฏจักรเศรษฐกิจ สถานะของเศรษฐกิจ (เช่น ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ อัตราการเติบโต อัตราเงินเฟ้อ และอัตราการว่างงาน) ค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพ และขอบเขตของความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจในสังคม (Bambra et al., 2010; Beckfield & Krieger, 2009; Navarro et al., 2006)

นโยบายเศรษฐกิจทั้งในและต่างประเทศสามารถกำหนดทิศทางของการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ตัวอย่างเช่น นโยบายการคลังที่มีอิทธิพลต่อระดับเงินทุนของประเทศที่จัดสรรให้ในด้านสุขภาพและบริการด้านสุขภาพของประชากร ส่งผลต่อการเข้าถึงและความสามารถในการจ่ายค่าสินค้าบริการที่จะใช้บริการสุขภาพได้ (Stuckler, Basu, & McKee, 2010)

สถานะทางเศรษฐกิจ (Socio-economic Status) ซึ่งสะท้อนให้เห็นผ่านตัวชี้วัด เช่น อัตราการเติบโตและอัตราเงินเฟ้อที่มีอิทธิพลต่อการมีอยู่ของโครงสร้างพื้นฐาน ความพร้อมใช้งาน และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ในช่วงที่เศรษฐกิจเติบโต ภาครัฐจะมีการเพิ่มการลงทุนด้านสาธารณสุข

ซึ่งอาจช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการได้ ในทางกลับกัน ภาวะเศรษฐกิจถดถอยก็อาจนำไปสู่มาตรการรัดเข็มขัดทางการเงินการคลังที่เข้มงวด ซึ่งอาจส่งผลให้มีการใช้บริการด้านสุขภาพลดลง (Karanikolos et al., 2013)

ค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพเป็นอีกปัจจัยสำคัญ การใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนที่สูงขึ้นสามารถนำไปสู่บริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้มากขึ้นและราคาไม่แพง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายที่ลดลงสามารถจำกัดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ (Reeves, McKee, Basu, & Stuckler, 2014) ผู้ที่มีกำลังจ่ำยน้อยกว่าย่อมประสบกับอุปสรรคการเข้าถึงบริการที่มากกว่า

ประการสุดท้าย ความไม่เท่าเทียมกัน (Inequality) ทางเศรษฐกิจภายในสังคมมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจที่มากขึ้นอาจส่งผลให้เกิดการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Pickett & Wilkinson, 2015)

2. บริบททางสังคมและชุมชน: โดเมนนี้จะครอบคลุมสภาพแวดล้อมทางสังคมและชุมชนที่ผู้คนอาศัยและการมีปฏิสัมพันธ์ โดเมนนี้จะเกี่ยวข้องกับการพิจารณาปัจจัยต่างๆ เช่น การอยู่ร่วมกันในสังคม บรรทัดฐานและทัศนคติทางสังคม ความปลอดภัยของชุมชน ความพร้อมของบริการด้านสุขภาพและสังคม เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมที่สร้างขึ้น รวมถึงโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ ระยะทางถนน และระบบขนส่ง (Marmot & Wilkinson, 2005; Solar & Irwin, 2010)

การเชื่อมโยงทางสังคมและเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ความสัมพันธ์ของชุมชนที่แน่นแฟ้นและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีสามารถส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีด้านการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นและดูแลด้านอารมณ์หรือการช่วยเหลือด้านการเดินทาง (Kawachi, Kim, Coutts, & Subramanian, 2004)

ความปลอดภัยของชุมชนก็มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งอาจจะมาจากความกังวลด้านความปลอดภัย ทำให้พฤติกรรมการเดินทาง การใช้ชีวิตในชุมชนลดลง และทำให้ความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของพวกเขาลดลงเช่นกัน (Sampson, Raudenbush, & Earls, 1997) ความพร้อมของบริการด้านสุขภาพและสังคมภายในชุมชนเป็นตัวกำหนดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยตรง ชุมชนที่อุดมด้วยทรัพยากรมีแนวโน้มที่จะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับชุมชนที่ขาดแคลนทรัพยากรดังกล่าว (Starfield, Shi, & Macinko, 2005)

ประการสุดท้าย สภาพแวดล้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น หน่วยบริการด้านสุขภาพ ระยะทางของการเดินทาง และระบบขนส่ง มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่เพียงพอและระบบการขนส่งที่เข้าถึงได้ทำให้มั่นใจได้ว่าบุคคลทั่วไปสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ ในขณะที่ปัจจัยต่างๆ เช่น ระยะทางอาจส่งผลกระทบต่อความสะดวกและความเร็วในการเข้าถึงบริการเหล่านี้ (Comber, Brunsdon, & Radburn, 2011)

3. ปัจจัยส่วนบุคคล: เป็นลักษณะเฉพาะและพฤติกรรมเฉพาะบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งส่วนนี้ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ เพศ ความบกพร่องทางพันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพ ความสำเร็จทางการศึกษา สถานะการจ้างงาน และระดับรายได้ (Braveman, Egerter, & Williams, 2011; Solar & Irwin, 2010) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่ติดตัวในระดับบุคคล อายุและเพศอาจส่งผลกระทบต่อความไวต่อโรคและสภาวะสุขภาพบางอย่าง นอกจากนี้ ปัจจัยเหล่านี้ยังอาจส่งผลกระทบต่อประเภทของบริการสุขภาพที่จำเป็นและความถี่ในการใช้บริการ (Case & Paxson, 2005)

ความบกพร่องทางพันธุกรรมยังมีบทบาทสำคัญในผลด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล แม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะไม่สามารถแก้ไขได้ในเชิงนโยบาย แต่การทำความเข้าใจถึงปัจจัยเหล่านี้ก็สามารถสร้างแนวทางปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคได้ (Khoury et al., 2018; Stringhini et al., 2010)

พฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การบริโภคยาสูบ และแอลกอฮอล์ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์มีอิทธิพลอย่างมากต่อสภาวะสุขภาพ และอาจส่งผลกระทบต่อบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นที่ต้องได้รับ ((Stringhini et al., 2010)

วุฒิการศึกษามักจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีอิทธิพลต่อวิธีการที่บุคคลใช้บริการด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคคล (Berkman et al., 2011)

สถานะการจ้างงานและระดับรายได้ได้ส่งผลกระทบต่อความสามารถของแต่ละบุคคลในการซื้อบริการด้านสุขภาพหรือหลักประกันด้านสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อประเภทของบริการที่พวกเขาสามารถเข้าถึงได้เช่นกัน (Braveman et al., 2011) ซึ่งประเภทบริการหรือหลักประกันที่แตกต่างกันทำให้การเข้าถึงมีความแตกต่างกันด้วย

โดยรวมแล้ว ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ไม่เพียงแต่กำหนดสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสามารถในการเข้าถึงและใช้บริการด้านสุขภาพด้วย

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บทบาทที่สำคัญของปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (SDH) ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้รับความสนใจมากขึ้นในเวทีอภิปรายด้านสุขภาพระดับโลก SDH นำเสนอกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน อิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ จัดการกับองค์ประกอบเหล่านี้ว่าเป็นระบบ โดยเน้นที่มิติ (Domain) หลัก 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐานของชุมชนและสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล

แต่ละโดเมนประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่างที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และภายใต้โดเมนปัจจัยทางเศรษฐกิจจะเน้นองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น รายได้ การจ้างงาน และตัวชี้วัดเศรษฐกิจมหภาค ขณะที่โดเมนโครงสร้างพื้นฐานด้านชุมชนและสุขภาพจะว่าด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ การคมนาคมขนส่ง และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชนและโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ ประการสุดท้าย โดเมนปัจจัยส่วนบุคคลจะทบทวนแง่มุมต่าง ๆ เช่น การศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยบุคคลและครอบครัว

สำหรับแต่ละองค์ประกอบ การทบทวนนี้จะสรุปงานวิจัยที่มีอยู่ อภิปรายหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อมโยงปัจจัยเฉพาะกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และระบุข้อจำกัดที่มีอยู่ เพื่อที่จะนำเสนอความเข้าใจที่แตกต่างกันว่าแต่ละปัจจัยทำงานอย่างไรภายในขอบเขตของโดเมนนั้น มีความคาบเกี่ยวกันอย่างไร ตัวแปรใดต้องมีการศึกษาเพิ่มให้สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งแบ่งแนวคิดออกเป็นชั้น (Layer) ที่สามารถแทรกแซงในระดับนโยบายได้อย่างแตกต่างกัน

1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ คือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจสามารถส่งผลมาจากผู้ใช้บริการ และปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ รายได้ ปัจจัยด้านราคา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งทำให้เกิดอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อวงกว้างสุดเป็นปัจจัยระดับวงนอกสุดในปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ โดยมีวรรณกรรมดังนี้

ในด้านเศรษฐกิจนี้เราเลือกให้ความสำคัญกับปัจจัยทางเศรษฐกิจมหภาคมากกว่าปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์จุลภาคในบริบทของการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นเกิดจากความตั้งใจที่จะตรวจสอบและทำความเข้าใจเงื่อนไขทางเศรษฐกิจที่ครอบคลุมซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับประชากร อย่างไรก็ตามในแบบจำลองปัจจัยส่วนบุคคลก็จะมีปัจจัยทางด้านรายได้ที่ผูกอยู่กับตัวบุคคลอยู่เช่นกัน ซึ่งสะท้อนระดับที่แตกต่างกันของการแทรกแซงเชิงนโยบาย

เศรษฐศาสตร์มหภาคจะเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพ โครงสร้าง พฤติกรรม และการตัดสินใจของเศรษฐกิจโดยรวม มากกว่าระดับจุลภาค (Mankiw, 2014)) ซึ่งประกอบด้วย เศรษฐกิจระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับโลก และพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เช่น GDP อัตราการว่างงาน รายได้ประชาชาติ การเติบโตทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงในระดับราคาทั่วไปของสินค้าและบริการ ปัจจัยเหล่านี้เกิดขึ้นในระดับสังคม สามารถส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึง บริการด้านสุขภาพ โดยมีอิทธิพลต่อความสามารถในการใช้จ่าย ความพร้อมใช้งาน และคุณภาพของ บริการด้านสุขภาพ (Lagarde & Palmer, 2008)

ในทางกลับกัน ปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์จุลภาคเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจและพฤติกรรม ของแต่ละบุคคล โดยเน้นที่วิธีการทำงานของบุคคลและหน่วยธุรกิจ หรือครัวเรือน แม้ว่าปัจจัยทาง เศรษฐศาสตร์จุลภาคสามารถมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่การมุ่งเน้นไป ที่ปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์มหภาคช่วยให้เราสามารถจับภาพบริบททางเศรษฐกิจที่กว้างขึ้นซึ่งอาจมี อิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับทุกคนในสังคม โดยไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทาง เศรษฐกิจส่วนบุคคลของพวกเขา (Starfield, 2007)

ตัวอย่างปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ต่อหัว (Doetsch, Pilot, Santana, & Krafft, 2017) ความยากจน (Horton & Johnson, 2010) ลักษณะที่อยู่อาศัย (Doetsch et al., 2017); ความมั่งคั่ง (Mulyanto, Kunst, & Kringos, 2019; Walters & Suhrcke, 2005) การจ้าง งาน (Dey, Nambiar, Lakshmi, Sheikh, & Reddy, 2012) เป็นปัจจัยที่มีการศึกษาชี้ชัดหลาย งานวิจัยว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการผู้สูงอายุปัจจัยหนึ่ง (Jiang et al., 2018; Kim et al., 2018) แม้กระทั่งในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศพัฒนาแล้ว คนจนในประเทศญี่ปุ่นก็ยัง เผชิญปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง (Murata et al., 2010) ในเยอรมัน ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพของกลุ่มคนที่อยู่ในวัยทำงานช่วงปลายและในช่วงวัยเกษียณช่วงต้น ความด้อยโอกาสทาง สังคมเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Hoebel et al., 2017) ฐานะทางเศรษฐกิจ เช่น รายได้ ความยากจน ระดับการศึกษา ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันด้านการเข้าถึงบริการ สุขภาพ เป็นต้น (Luo, Zhang, Jin, & Wang, 2009; Lupi-Pegurier, Clerc-Urmes, Abu-Zaineh, Paraponaris, & Ventelou, 2011)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาใน Belgium ให้ผลการศึกษาที่แตกต่างออกไป โดยมีการใช้ สถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socio-Economic Status: SES) ปรับค่าเพศ อายุ และสถานะ ทางสุขภาพ (จากการประเมินสุขภาพตนเอง) ภูมิภาค และสถานการณ์ในการดำเนินชีวิตแล้ว พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจไม่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (Hoeck, François, Van der Heyden, Geerts, & Van Hal, 2011)

ท้ายที่สุด การทำความเข้าใจผลกระทบของปัจจัยทางเศรษฐกิจมหภาคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการแทรกแซงนโยบาย ผู้กำหนดนโยบายต้องใช้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงเพื่อกำหนดนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Ensor & Cooper, 2004) ตัวอย่างเช่น หากพบว่า GDP ของประเทศมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ผู้กำหนดนโยบายอาจจัดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์การเติบโตทางเศรษฐกิจเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพทางอ้อม

การมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยทางเศรษฐกิจมหภาคจึงช่วยให้เข้าใจโครงสร้างและกระบวนการทางเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้างที่สามารถส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสุขภาพ ให้ฉากหลังตามบริบทที่สำคัญซึ่งสามารถเข้าใจปัจจัยเฉพาะเจาะจงมากขึ้นในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (เช่น สถานะทางเศรษฐกิจของบุคคลหรือครัวเรือน)

ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Products)

ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ต่อหัวเป็นตัวชี้วัดผลผลิตทางเศรษฐกิจของประเทศซึ่งคิดเป็นต่อจำนวนประชากร มันแสดงถึงรายได้เฉลี่ยของพลเมืองของประเทศและบ่งบอกถึงมาตรฐานการครองชีพหรือสุขภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ GDP ต่อหัวมักใช้เป็นตัวชี้วัดกว้าง ๆ ของความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชน

มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง GDP ต่อหัวของประเทศกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การศึกษาของ Anyanwu and (Anyanwu & Erhijakpor, 2009) ใน 47 ประเทศในแอฟริกาพบว่า GDP ต่อหัวเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจถือเป็นตัวแทนสำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในการศึกษาของ Farag, Nandakumar, Wallack, Gaumer, & Hodgkin (2009) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพกับ GDP ต่อหัวในประเทศเทียบกับประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และพบว่าประเทศที่มี GDP ต่อหัวสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ดีกว่า

นอกจากนี้ Novignon, Olakojo, & Nonvignon (2012) ศึกษาเกี่ยวกับ Sub-Saharan Africa ว่า GDP ต่อหัวเป็นปัจจัยสำคัญในการใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพ พวกเขาเสนอว่าเมื่อรายได้ต่อหัวเพิ่มขึ้น การใช้ประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่า GDP ต่อหัวสามารถบ่งบอกถึงสุขภาพทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ แต่ก็ไม่จำเป็นต้องสะท้อนถึงการกระจายรายได้ภายในประเทศ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ แม้ในประเทศที่มี GDP ต่อหัวสูง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพก็ยังคงไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ได้อยู่ในระดับสูง (Wagstaff, O'Donnell, Van Doorslaer, & Lindelow, 2007)

แม้ว่าความสัมพันธ์ระหว่าง GDP ต่อหัวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพจะมีการศึกษาไว้ค่อนข้างชัดเจน แต่ก็มีช่องว่างและข้อจำกัดในการวิจัยที่มีอยู่ ประการแรก การศึกษาส่วนใหญ่ทำในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เน้นไปที่ประเทศที่มีรายได้สูงค่อนข้างน้อย ประการที่สอง อิทธิพลของ GDP ต่อหัวต่อบริการสุขภาพประเภทต่างๆ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) ยังไม่ค่อยมีให้เห็น นอกจากนี้ GDP ต่อหัวยังเป็นตัวบ่งชี้ทางเศรษฐกิจในวงกว้าง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่าง GDP ต่อหัวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาล นโยบายด้านสุขภาพ และวัฒนธรรม และอื่นๆ เข้ามาแทรกแซง (Rechel et al., 2013) ซึ่งอิทธิพลอื่น ๆ เหล่านี้มักทำให้การตีความความสัมพันธ์ระหว่างผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพซับซ้อนขึ้น

ในการใช้ตัวแปรเศรษฐกิจมหภาคนี้จึงพยายามที่จะตอบบริบทของความสัมพันธ์ต่อบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยให้เห็นอิทธิพลของ GDP ต่อหัวทำให้ทราบว่า ส่งผลอย่างไรต่อการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะบริบทประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย

อัตราการว่างงาน (Unemployment Rate)

อัตราการว่างงานเป็นปัจจัยสำคัญทางเศรษฐกิจมหภาคที่วัดเปอร์เซ็นต์ของกำลังแรงงานทั้งหมดที่ไม่มีการทำงานและกำลังหางานทำ ทำหน้าที่เป็นตัวชี้วัดความมั่นคงทางเศรษฐกิจอีกตัวหนึ่งและมีอิทธิพลอย่างมากต่อสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลภายในประเทศ แม้ว่าผู้สูงอายุอาจไม่ได้มีส่วนร่วมโดยตรงในกำลังแรงงานเนื่องจากการเกษียณอายุ แต่อัตราการว่างงานอาจส่งผลต่อพวกเขาทางอ้อม ตัวอย่างเช่น อัตราการว่างงานที่สูงอาจนำไปสู่การลดงบประมาณภาครัฐสำหรับบริการด้านสุขภาพ หรือมีอิทธิพลต่อภาคส่วนสุขภาพเอกชนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของความต้องการใช้บริการ

ในปัจจุบัน มีหลักฐานปรากฏอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ อัตราการว่างงาน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรสูงอายุ ตัวอย่างเช่น Ruhm (2000) เสนอว่าเมื่อเศรษฐกิจอ่อนแอ (เช่น เมื่ออัตราการว่างงานสูง) การตายจะเพิ่มขึ้น งานวิจัยนี้บอกเป็นนัยว่าภาวะเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวยอาจทำให้ปัญหาด้านสุขภาพแย่ลง ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความต้องการบริการด้านสุขภาพในหมู่ผู้สูงอายุ และเมื่อสภาวะถดถอยจะพบว่า การรักษาพยาบาลที่ล่าช้ามีเพิ่มขึ้นและบริการส่งเสริมป้องกันโรคลดลง (McInerney & Mellor, 2012) ความล่าช้าและการลดลงของการส่งเสริมป้องกันนี้อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้นสำหรับผู้สูงอายุซึ่งอาจจะสะท้อนมาจากปัญหาการขาดแคลนงบประมาณหรือทรัพยากร ทำให้การเข้าถึงบริการมีความแออัดได้

นอกจากนี้ อัตราการว่างงานยังส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ โดยส่งผลต่อความพร้อมของผู้ดูแล ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวในการเดินทางและความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เมื่อสมาชิกในครอบครัวว่างงาน

พวกเขาอาจมีเวลามากขึ้นเพื่ออุทิศให้กับกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งอาจทำให้การเข้าถึงการรักษายาบาลของผู้สูงอายุดีขึ้น ในทางกลับกัน อัตราการว่างงานที่ต่ำอาจบ่งบอกว่าสมาชิกในครอบครัวมีเวลาน้อยลงในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเข้าถึงการรักษายาบาล การศึกษาโดย (Tamiya et al., 2011) พบว่าในประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากอัตราการจ้างงานของประชากรเพิ่มขึ้น การใช้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงลดลง

Bambra & Eikemo (2009) แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของอัตราการว่างงาน มีความสัมพันธ์กับความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ เขาพบว่าการว่างงานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วสัมพันธ์กับความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นระหว่างกลุ่มอายุต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน

แม้ว่าการวิจัยที่มีอยู่จะมีหลักฐานหลายอย่างที่ค่อนข้างครอบคลุม แต่ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการ จากการที่การศึกษาส่วนใหญ่ ศึกษาผลกระทบของการว่างงานและภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการเข้าถึงการรักษายาบาลในวงกว้างขึ้น แต่มักไม่ได้เน้นไปที่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ อุปสรรคและปัญหาด้านสุขภาพที่แตกต่างกันซึ่งผู้สูงอายุเผชิญ เช่น แนวโน้มที่จะเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น การเคลื่อนไหวที่ลดลง และอายุที่มากขึ้นในการดูแลสุขภาพ อาจทำให้ผลกระทบของการว่างงานต่อการเข้าถึงการรักษายาบาลของกลุ่มนี้รุนแรงขึ้นซึ่งคิดว่าการศึกษาคั้งนี้จะตอบเจตน์ผู้สูงอายุได้

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจมหภาคที่สำคัญซึ่งหมายถึงระดับของทรัพยากรที่จัดสรรโดยประเทศหรือชุมชนเพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพของสังคม ซึ่งรวมถึงการใช้จ่ายของรัฐบาล (สาธารณะ) บุคคล (ส่วนตัว) และผู้บริจาคมภายนอกสำหรับบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ ตั้งแต่การดูแลเบื้องต้นและการดูแลพิเศษไปจนถึงการดูแลเชิงป้องกันและการดูแลระยะยาว สำหรับจุดประสงค์ของเรา เราสนใจเป็นพิเศษในผลกระทบต่อเข้าถึงการรักษายาบาลของประชากรสูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการเข้าถึงการรักษายาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เป็นประเด็นสำคัญในการทบทวนวรรณกรรมเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่สูงขึ้นและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น การศึกษาในประเทศจีน พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวเพิ่มขึ้น (Chi & Han, 2022) ทำให้การใช้งานด้านการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในทางกลับกัน (Wagstaff et al., 2018) พบว่าในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จ่าย (Out-of-Pocket) ของประชาชน อาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษาของ Rahman, Khanam, & Rahman (2018) ให้มุมมองที่น่าสนใจ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาคเอกชนที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับค่ารักษาพยาบาลที่ลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุในบังกลาเทศ ซึ่งบ่งชี้ว่าค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการต้องจ่ายเอง อาจจะทำให้คนไม่ยอมไปใช้บริการรักษาพยาบาล

ช่องว่างที่เห็นได้ชัดเด่น ตัวอย่างเช่น การศึกษาหลายงานมุ่งเน้นไปที่อิทธิพลของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเป็นหลัก โดยให้ความสนใจน้อยลงต่อผลกระทบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยภาพรวมซึ่งรวมไปถึงค่าเดินทาง ค่าที่พักที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในระดับรัฐหรือระดับจังหวัดเช่น ประเทศไทยซึ่งมีหน่วยขนาดเล็กกว่าอาจจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

อัตราเงินเฟ้อ (Consumer Price Index)

อัตราเงินเฟ้อเป็นตัววัดการเพิ่มขึ้นของราคาสินค้าและบริการในระบบเศรษฐกิจในช่วงระยะเวลาหนึ่ง มีผลในวงกว้างต่อกำลังซื้อของผู้บริโภคและค่าครองชีพ ในบริบทของสุขภาพ อัตราเงินเฟ้อที่สูงขึ้นอาจเพิ่มค่าใช้จ่ายของบริการด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความยากลำบากในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ

ในกลุ่มผู้สูงอายุ มีหลักฐานที่ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่คล้ายคลึงกัน Yamada et al. (2015) ทำการศึกษาในญี่ปุ่นว่าผู้สูงอายุซึ่งหลายคนพึ่งพาเงินบำนาญเท่านั้น ซึ่งทำให้ การเข้าถึงบริการสุขภาพทำได้ยากขึ้นถ้าหากว่าค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากอัตราเงินเฟ้อ Rechel et al. (2013) ตั้งข้อสังเกตว่าในยุโรป ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ซึ่งได้รับผลกระทบจากอัตราเงินเฟ้อ อาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม เนื่องจากความต้องการด้านการรักษาพยาบาลโดยทั่วไปสูงขึ้นแต่ทรัพยากรทางการเงินมีจำกัด

อย่างไรก็ตาม การวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของอัตราเงินเฟ้อโดยตรงต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ยังคงมีไม่มาก การศึกษาส่วนใหญ่มักจะมุ่งเน้นไปที่การเข้าถึงการรักษาพยาบาลในประชากรทั่วไป และไม่คำนึงถึงข้อจำกัดทางการเงินและความต้องการด้านสุขภาพเฉพาะของผู้สูงอายุซึ่งประเด็นนี้จึงเหมาะแก่การศึกษา

สัดส่วนคนยากจน

สัดส่วนของคนจน (Poverty Ratio) หมายถึง ร้อยละของประชากรที่อาศัยอยู่ใต้เส้นความยากจนต่อประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจที่สำคัญที่สามารถส่งผลกระทบต่อแง่มุมต่างๆ ของสังคม รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนอาจเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดทางการเงินและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนและการใช้บริการด้านสุขภาพที่ลดลงได้มีนักศึกษาพอสมควร การวิจัยโดย Shi, Starfield, Kennedy, & Kawachi (1999) เสนอว่าความยากจนจำกัดการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างมาก โดยบุคคลที่ยากไร้มีโอกาสใช้บริการด้านสุขภาพน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีฐานะร่ำรวยกว่า

การศึกษาโดย Condelius, Edberg, Jakobsson, & Hallberg (2008) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนมีโอกาสน้อยที่จะเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แม้ว่าพวกเขาจะมีความต้องการด้านสุขภาพมากกว่าก็ตาม

ในการศึกษากลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อย Woldemichael, Takian, Sari, & Olyaeemanesh (2019) พบว่าความยากจนเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายสูง (Out of Pocket) เกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพมักทำให้ผู้สูงอายุจากครัวเรือนที่ยากจนเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ

แม้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนกับการเข้าถึงบริการสุขภาพจะมีการศึกษาอย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังมีช่องว่างต่อผลของประชากรสูงอายุ นอกจากนี้ยังมีช่องว่างด้านการศึกษา ผลกระทบในแง่ขอบบริบทเชิงพื้นที่ภูมิภาคที่แตกต่างกัน ที่ยังเป็นช่องว่าง

หลักประกันสุขภาพ

ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับกรอบระบบและการทำงานของระบบสุขภาพ (Hrevtsova, 2012) หลักประกันสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (Aday & Andersen, 1974; Atanasova, Pavlova, Moutafova, Rechel, & Groot, 2013; Wulandari & Laksono, 2019) เพราะลดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจลงได้ เนื่องจากมีความคุ้มครองทางด้านสุขภาพ ทำให้ประชากรไม่ต้องรับภาระทางด้านค่าใช้จ่ายจนเกิดการหลีกเลี่ยงการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ในประเทศจีน ความจำเป็นด้านการรับบริการสุขภาพ (Healthcare Need) มีสูงแต่ปรากฏว่า Demand มีต่ำ และการใช้บริการระบบสุขภาพ (Healthcare Utilization) ก็ยิ่งต่ำกว่า Demand อีก ซึ่งสาเหตุมาจากการเข้าถึงบริการมีราคาสูง (Lu et al., 2017) การมีหลักประกันสุขภาพจึงจะตอบโจทย์ดังกล่าวได้ การมีหลักประกันสุขภาพซึ่งเป็นองค์ประกอบของโครงสร้างพื้นฐานทำให้การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น (Verulava, Jorbenadze, Dangadze, & Eliava, 2019; Wang, Li, Chen, & Si, 2018; Yamada et al., 2015) ตัวอย่างของการศึกษาเรื่อง Access Disparity And Health Inequality Of The Elderly: Unmet Needs And Delayed Health Care ของ Yamada et al. (2015) ได้ผลการศึกษาว่า ปัจจัยของ Enabling Factors ตามแบบจำลองของ Aday Andersen การมีประกันสุขภาพและการมีระบบให้บริการสุขภาพ จะทำให้การเข้าถึงเพิ่มขึ้น 10 % ซึ่งมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มปัจจัยอื่น ๆ คือ Socio-

Economic Factor ส่งผลเพียง 5 % เท่านั้น จะเห็นได้ว่า การมีหลักประกันสุขภาพนั้นส่งเสริมเรื่อง การเข้าถึงได้มาก การศึกษาในประเทศไต้หวัน พบว่า การมีหลักประกันสุขภาพ Taiwan's National Health Insurance Program (NHI) สามารถยกระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากร ผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ ยังสามารถลดความเหลื่อมล้ำของการใช้บริการสุขภาพ ระหว่างกลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่ม Low หรือ Middle Income Group ได้ (Chen et al., 2007) การศึกษาเรื่อง Barriers To Health Care Access Among The Elderly And Who Perceived Them เป็นการศึกษาที่ทำ ในผู้สูงอายุอเมริกัน พุดถึงประกันสุขภาพ ว่า “The most common barriers to seeing a physician were the doctor's lack of responsiveness to patient concerns, medical bills, transportation, and street safety. Low income, no supplemental insurance, older age, and female gender were independently related to perceptions of barriers.” (Fitzpatrick, Powe, Cooper, Ives, & Robbins, 2004) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาในผู้สูงอายุของเมือง Sao Paulo ประเทศบราซิล (Louvison et al., 2008) หรือแม้แต่การ มีหลักประกันสุขภาพที่โปรแกรมแตกต่างกันก็ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างกันเช่นกัน ในประเทศจีน มีหลักประกันสุขภาพหลายรูปแบบ ทำให้การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพนั้นมีความแตกต่างกันระหว่างโปรแกรมด้วย (Liu, Wong, & Liu, 2015; Sun, Deng, Xiong, & Tang, 2014)

สรุปแล้วจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยด้านเศรษฐกิจในระดับมหภาคที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการจากวรรณกรรมต่างประเทศพบว่า สามารถส่งผลได้ในแง่บวกของกลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ในสังคมหรือขนาดเศรษฐกิจที่กำหนด เมื่อคนอาศัยอยู่ในเมืองที่เศรษฐกิจดีย่อมได้รับโอกาสที่จะมีโครงสร้างพื้นฐาน การลงทุนจากภาครัฐ สิ่งอำนวยความสะดวกต่อการดำรงชีวิตที่ดีกว่า ทำให้สามารถเข้าถึงได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามสิ่งเหล่านี้ไม่ได้จำกัดอยู่ที่ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว ตัวอย่างเช่น ปัจจัยด้านสิทธิการรักษาพยาบาลในระดับมหภาค คือเงินสวัสดิการที่รัฐได้อุดหนุนให้กับประชากรในพื้นที่ตั้งนั้นหรือระดับประเทศซึ่งมาจากเงินภาษีและรายได้ของรัฐดังนั้นเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการจึงสะท้อนผ่านปัจจัยเหล่านั้น โดยในการทบทวนวรรณกรรมมีตัวแปรที่สำคัญ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ อัตราการว่างงาน สัดส่วนคนจน อัตราเงินเฟ้อ หลักประกันสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการต่อคนในพื้นที่ที่อาศัยอยู่ในขอบเขตนั้น

2. ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน

ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานด้านชุมชนและสุขภาพมุ่งเน้นไปที่ลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ กลุ่มนี้ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ เช่น โครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพ การคมนาคม ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ และทรัพยากรของชุมชน ซึ่งทั้งหมดนี้อาจส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ผลกระทบของ

โดเมนนี้เกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับประชากรสูงอายุ ซึ่งอาจเผชิญกับความท้าทายที่ไม่เหมือนกลุ่มประชากรอื่น เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุอื่นๆ

ซึ่งเราจะทำการทบทวนวรรณกรรมแต่ละปัจจัยเหล่านี้ภายในกรอบของชุมชนหรือพื้นที่ที่ขนาดเล็กลงมากกว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นช่องว่างที่ยังไม่ค่อยมีคนศึกษา โดยผลการศึกษาจะให้ภาพรวมที่ครอบคลุมของกรอบการวิเคราะห์ระดับชุมชนและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพในการเข้าถึงการใช้บริการโดยมีเนื้อหา ดังนี้

2.1 โครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพ

โครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพหมายถึงสิ่งอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ บริการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ การเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานด้านการรักษาพยาบาลที่เพียงพอมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเปราะบางทางร่างกายสูงและความจำเป็นในการตรวจสอบสุขภาพและการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

คุณภาพและความสามารถที่จะเข้าถึงของโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ บทความวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความแตกต่างกันด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพสามารถส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการเข้าถึงการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประชากรสูงอายุ

ในการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะในกลุ่มใด ปัจจัยเรื่องระยะทางเป็นปัจจัยที่ถูกนำมาวิเคราะห์มากที่สุดปัจจัยหนึ่ง (Lankila et al., 2016) ขณะที่ผลการศึกษา ก็พบว่า ระยะทางเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Lankila et al., 2016) อย่างไรก็ตาม มิงานของ Mobley, Root, Anselin, Lozano-Gracia, & Koschinsky (2006) เพียง 1 งานที่กล่าว ว่า ผลของระยะในการเดินทางมีผลไม่แตกต่างกันกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเขาทำการวัดความแตกต่างของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เมืองและชนบท แต่ผลการศึกษาของเขาระบุว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การใช้บริการแตกต่าง คือ เรื่องระบบการขนส่ง เนื่องจากระบบขนส่งสาธารณะไม่ได้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษาเรื่องอิทธิพลของโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ ระบบการขนส่ง สามารถส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยการศึกษาเรื่อง Transportation Barriers On Healthcare Utilization Among Elderly Population Living In Mahasarakham Province, Thailand ซึ่งได้ทำการศึกษาผลของระบบขนส่งสาธารณะพบว่า ระยะเวลาดำเนินการเดินทางนั้น ส่งผลต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลในระดับจังหวัด ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สอดคล้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Kullanit & Taneapanichskul, 2017)

Rosero-Bixby (2004) พบว่าในประเทศคอ스타ริกา สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพที่มีอุปกรณ์ครบครัน และสามารถเข้าถึงภายในระยะเวลาเดินทาง 30 นาทีทำให้อัตราการเสียชีวิตของประชากรสูงอายุลดลง ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Haggerty, Roberge, Lévesque, Gauthier, & Loignon (2014) ระบุว่าความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และสิ่งอำนวยความสะดวกมีส่วนสำคัญในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของกลุ่มประชากรในพื้นที่

บทบาทของโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพมีความสำคัญเป็นพิเศษในแง่ของระบาดวิทยา การศึกษาโดย Kim & Bostwick (2020) ในช่วงการระบาดของโควิด-19 พบว่าภูมิภาคที่มีโครงสร้างพื้นฐานด้านการรักษาพยาบาลที่ดีกว่ามีอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำกว่า ซึ่งเรื่องนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของโครงสร้างพื้นฐานด้านการให้บริการด้านสุขภาพของประชากรรวมถึงผู้สูงอายุ

แม้จะมีหลักฐานครอบคลุม แต่แน่นอนว่าโครงสร้างพื้นฐานของแต่ละประเทศและบริบทของบริการปฐมภูมินั้นค่อนข้างแตกต่างกันไป บริบทของประเทศไทยที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประกอบกับโครงสร้างพื้นฐานไม่ว่าจะเป็นด้านการขนส่ง ด้านการเดินทาง ยังเป็นอุปสรรคสำคัญ อย่างไรก็ตามประเทศไทยมีกองทุนที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการอยู่ ซึ่งทำให้ความท้าทายด้านความแตกต่างยังมีช่องว่างอยู่มากพอสมควร

2.2 ระยะทางและการขนส่ง

ระยะทางทางจากสถานพยาบาลและความพร้อมของการขนส่งที่สะดวกและราคาไม่แพงสามารถมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประชากรสูงอายุที่อาจเผชิญกับความท้าทายในการเดินทาง งานวิจัยจำนวนมากได้กำหนดความสำคัญของระยะทางทางภูมิศาสตร์และการขนส่งในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลไว้ในทิศทางเดียวกัน

Neutens (2015) ได้ศึกษามิติเชิงพื้นที่เกี่ยวกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพ โดยเสนอว่าระยะทางการเดินทางที่ไกลขึ้นสามารถเป็นอุปสรรค โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาจประสบปัญหาในการเดินทาง การศึกษาของ Arcury, Preisser, Gesler, & Powers (2005) เกี่ยวกับผู้สูงอายุในชนบทของสหรัฐอเมริกา พบว่าปัญหาด้านการขนส่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล

สำหรับประชากรสูงอายุ Choi & DiNitto (2015) พบว่าระยะเวลาการเดินทางไปยังสถานพยาบาลที่นานขึ้นนั้นสัมพันธ์กับการใช้บริการส่งเสริมป้องกันโรคที่ลดลงของผู้สูงอายุในเกาหลี เช่นเดียวกัน Ricketts (2000) ได้แย้งว่าผู้สูงอายุในชนบทในสหรัฐอเมริกาเผชิญกับความเสียเปรียบในแง่ของการเข้าถึงบริการสุขภาพกว่าในเมือง เนื่องจากระยะทางไกลในการเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ

แม้ว่าผลกระทบของระยะทางและการขนส่งต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจะมี ผลการศึกษาจำนวนมาก แต่สำหรับประเทศไทยเป็นเรื่องใหม่มาก ๆ เนื่องจากการมาของสังคม ผู้สูงอายุ และด้วยระบบการขนส่งที่มีปัญหาในชนบท การดึงดูดของสังคมเมืองที่ดึงดูดคนทำงานเข้ามาทำงานในเมือง ทำให้ชนบทเหลือเพียงผู้สูงอายุเพียงลำพังการเดินทางไปสถานพยาบาลจึงเต็มไปด้วยความท้าทายที่จะตอบโต้ภัยการแก้ปัญหาของรัฐ

2.3 คุณภาพโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ

คุณภาพของโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพหมายถึงสภาพและความเพียงพอของ สิ่งอำนวยความสะดวกและทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงโรงพยาบาล คลินิก อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงศักยภาพในการบริการด้วย ปัจจัยนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจต้องการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกเฉพาะ ด้านต่าง ๆ

การศึกษาหลายแห่งพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างคุณภาพของโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพประสิทธิภาพสูง สามารถเพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยในระบบการรักษาพยาบาลและส่งเสริมการใช้บริการ

ตัวอย่างเช่น Hutchinson, Do, & Agha (2011) พบว่าการรับรู้คุณภาพบริการสุขภาพที่ไม่ดีทำให้ผู้สูงอายุหมดกำลังใจที่จะไปการใช้บริการ ในรายงานของ Yang, Khang, Chun, Harper, & Lynch (2012) การศึกษาของเขาสรุปได้ว่าคุณภาพการรักษาพยาบาลมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยสูงอายุที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาล

การศึกษาที่จัดทำโดย Leatherman & McCarthy (2005) เน้นเฉพาะโครงสร้างพื้นฐาน โดยยืนยันว่าความไม่เพียงพอของโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพอาจก่อให้เกิด ความปัญหาอย่างมากต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชากรสูงอายุ เนื่องจากความต้องการ ด้านการรักษาพยาบาลโดยทั่วไปสูงขึ้น

แม้คุณภาพสถานบริการจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสถานบริการคุณภาพที่ไม่ดี ย่อมไม่มีผู้ใดอยากใช้บริการ อย่างไรก็ตาม สถานบริการในประเทศไทย แตกต่างออกไป เนื่องจาก ระดับของการบริการที่แตกต่างกัน เนื่องจากความสามารถ และประสิทธิภาพในการให้บริการที่ แตกต่างกันตามระดับ ทำให้ประเด็นเรื่องความสามารถในการให้บริการจึงเป็นมิติหนึ่งที่ยังไม่มีใน การศึกษา

2.4 ทุนสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพในชุมชน

การสนับสนุนด้านเงินทุนหมายถึงทรัพยากรทางการเงินที่จัดสรรสำหรับการพัฒนา และบำรุงรักษาโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพภายในชุมชน การสนับสนุนนี้อาจมาจากรัฐบาลท้องถิ่น ระดับภูมิภาค หรือระดับชาติ องค์กรเอกชน หน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไร หรือผ่านความช่วยเหลือ

ระหว่างประเทศ ระดับของเงินทุนสามารถมีอิทธิพลอย่างมากต่อความพร้อมใช้งาน คุณภาพ และ รวมถึงการสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพภายในชุมชน

หลักฐานแสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างระดับการสนับสนุนด้านเงินทุนและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรสูงอายุ ตัวอย่างเช่น การศึกษาโดย Ruckert & Labonté (2017) ระบุว่าชุมชนที่มีการสนับสนุนด้านเงินทุนมากขึ้นสำหรับโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ดีกว่า ในทำนองเดียวกัน Macinko, Harris, & Rocha (2017) พบว่าเทศบาลที่ได้รับทุนสาธารณะสูงกว่าในงานด้านบริการสาธารณสุขมูลฐานพบว่าการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ตรงกันข้าม ภูมิภาคที่มีเงินทุน หรืองบประมาณจำกัดมักเผชิญกับปัญหา เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ บุคลากรไม่เพียงพอ และอุปสรรคทางการแพทย์ที่จำเป็นที่มีอยู่อย่างจำกัด หรือสิ่งส่งเสริมการเข้าถึงที่เป็นอุปสรรคซึ่งนำไปสู่การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Scheil-Adlung, 2015)

จากข้อสังเกตพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะมุ่งเน้นไปที่ชุมชนเมือง ซึ่งความแตกต่างนี้แตกต่างจากการศึกษาในไทยที่ทุกอำเภอ มีการสนับสนุนด้านกองทุนสุขภาพ ซึ่งจะกล่าวถึงเนื้อหาในการทบทวนในส่วนถัดไป ซึ่งตรงนี้เป็นความท้าทายด้านบริบทชุมชนชนบทที่ห่างไกลว่าจะสามารถสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพได้หรือไม่

2.5 จำนวนบุคลากรสาธารณสุข

จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพหมายถึงปริมาณและการกระจายตัวของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่หนึ่ง เป็นปัจจัยสำคัญของการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประชากรสูงอายุ ซึ่งอาจมีความต้องการด้านสุขภาพซึ่งต้องใช้แนวทางการให้บริการแบบสหสาขาวิชาชีพ

งานวิจัยหลายงานยืนยันถึงความสำคัญของความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล Chen, Yin, & Xie (2014) ได้ทำการศึกษาในพื้นที่ชนบทของจีน และค้นพบว่าพื้นที่ที่มีบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากขึ้นต่อหัวมีความเชื่อมโยงกับการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญไม่ใช่แค่ปริมาณเท่านั้น แต่ยังรวมถึงทักษะและความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ด้วย การศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างประเทศ โดย Ono, Lafortune, & Schoenstein (2013) พบว่าประเทศที่มีแพทย์ผู้สูงอายุ (Geriatricians) ต่อประชากรสูงอายุมากกว่าจะมีผลการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้นในหมู่ผู้สูงอายุ

จำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข (Aday & Andersen, 1974; Scatena et al., 2009) ความสามารถของโรงพยาบาล (Aday & Andersen, 1974; Doetsch et al., 2017) เทคโนโลยี งบประมาณ (Rosenthal & Fox, 2000) ใช้ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งการมีทรัพยากรสาธารณสุขในพื้นที่ทำให้การเข้าถึงบริการของคนในพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุนั้นแตกต่างกัน ซึ่งมีปัญหาหลาย

รูปแบบ ได้แก่ การขาดแคลนผู้ให้บริการ การกระจายตัวของทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม คุณภาพของบริการ การเผชิญปัญหาการเข้าถึง และการขาดประสิทธิภาพของการให้บริการ (Weinhold & Gurtner, 2014) ตัวอย่างของการมีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ แต่ขาดบุคลากรทางการแพทย์ในอเมริกา (Petchers & Milligan, 1988; Rosenthal & Fox, 2000) ในอินเดีย พื้นที่ชนบทนั้นขาดแคลนระบบให้บริการสุขภาพ ขณะที่ในเมืองนั้นเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน (Dey et al., 2012) ในสหรัฐฯ เผชิญกับปัญหาขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบท (Bauer, 2003; Horton & Johnson, 2010) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มแพทย์ผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุนั้นใช้บริการแพทย์มากกว่าวัยกลางคน รายงานในปี 2004 ผู้ป่วยอายุ 65 ปี หรือมากกว่านั้น ใช้แพทย์ 7.6 คนต่อการดูแลผู้ป่วย 1 ราย การดูแลในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care) 1 ครั้ง ขณะที่ประชากรอายุต่ำกว่า 65 ปี นั้น ใช้จำนวนแพทย์แค่ 3.3 คนต่อเคสเท่านั้น (Salsberg & Grover, 2006; Schappert & Rechsteiner, 2008) การขาดแคลนทรัพยากรสุขภาพ จึงส่งผลต่อการเข้าถึงบริการโดยตรง งานวิจัยเรื่อง Health Professional Shortage And Health Status And Health Care Access ค้นพบว่า พื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อย แต่ไม่ส่งผลต่อการบริการคนไข้ใน (Liu, 2007)

แม้ว่าความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์จะเชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แต่ก็ยังเป็นความท้าทายของประเทศไทยที่มีการจัดบริการตามอัตรากำลังและความเชี่ยวชาญ พื้นที่ชนบทส่วนใหญ่ของประเทศไทย หรือในจังหวัดที่มีใช้เป็นอำเภอเมืองจะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง หรือ บางพื้นที่ก็ไม่ได้มีหมอครอบครัวซึ่งเป็นหมอที่ให้บริการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวหรือเวชศาสตร์ชุมชนโดยเฉพาะ ซึ่งนั่นเป็นบริการพื้นฐานเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ

โดยสรุป การสำรวจขอบเขตของปัจจัยเกี่ยวกับชุมชนและโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพให้ข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญเกี่ยวกับปัจจัยเชิงโครงสร้างที่สามารถส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัจจัยที่หลากหลายนี้ ตั้งแต่ความพร้อมใช้งานและการกระจายของโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ รูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพ การเข้าถึงการขนส่งและถนน จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพ ไปจนถึงระดับการสนับสนุนด้านเงินทุน ล้วนมีส่วนสำคัญต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าการมีโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่มีการกระจายอย่างดีและได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องกันข้ามอาจนำไปสู่ข้อจำกัดในการเข้าถึง โดยเน้นถึงความสำคัญของการสนับสนุนด้านเงินทุนที่เพียงพอและการกระจายทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังเผยให้เห็นช่องว่างที่สำคัญบางประการ ในเนื้อหาการวิจัยปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการตรวจสอบปัจจัยเหล่านี้ในบริบทของ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมโดยเน้นไปที่ชุมชนนอกเมืองและชุมชนที่ร่ำรวยน้อยกว่า ซึ่งมักไม่ค่อยมีบทบาทในวรรณกรรมปัจจุบัน

3. ปัจจัยส่วนบุคคล

โดเมนสุดท้ายของตัวกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinant of Health: SDH) ที่การศึกษาครั้งนี้คือโดเมนส่วนบุคคล โดเมนนี้ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคล สังคมประชากร และเศรษฐกิจสังคมที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งเน้นไปที่ประชากรสูงอายุ โดเมนส่วนบุคคลให้มุมมองที่ละเอียดยิ่งขึ้นเกี่ยวกับในหน่วยระดับบุคคลและสภาวะสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งจะกำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการใช้ประโยชน์ด้านการดูแลสุขภาพในท้ายที่สุด

โดเมนนี้รวบรวมปัจจัยที่หลากหลาย เช่น ระดับรายได้ ความสำเร็จทางการศึกษา สถานะการจ้างงาน ลักษณะครัวเรือน และพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล แสดงผลในระดับจุลภาคและสถานการณ์ส่วนตัวเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ตัวอย่างเช่น ระดับรายได้สัมพันธ์โดยตรงกับความสามารถในเข้าถึงการรักษาพยาบาล รวมถึงยาที่จำเป็น และการเดินทางไปยังสถานพยาบาล ในทำนองเดียวกัน ลักษณะเฉพาะของครัวเรือน เช่น ขนาดของครัวเรือน กล่าวคือ บุคคลจะอาศัยอยู่คนเดียวส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึง

ในบริบทของประชากรสูงอายุ ปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้มีความสำคัญมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุอาจพึ่งพาเงินบำนาญหรือเงินออมมากขึ้น ซึ่งอาจจำกัดความสามารถทางการเงินในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักมีลักษณะครัวเรือนที่แตกต่างกัน เช่น อยู่คนเดียว ซึ่งสร้างอุปสรรคเพิ่มเติมในการเข้าถึงการดูแล ปัจจัยภายใต้โดเมนส่วนบุคคล จะรวมถึงการกำหนดแต่ละปัจจัยและความเกี่ยวข้องในบริบทของ SDH จะรวมการระบุข้อจำกัดหรือช่องว่างของการศึกษาปัจจุบัน

3.1 ลักษณะทางด้านประชากร

ปัจจัยส่วนบุคคลก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพถูกจำกัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่ถูกรวมอยู่ในลักษณะประชากรศาสตร์ (Socio-Demographic) แล้ว เป็นส่วนใหญ่ เช่น อายุ (Atanasova et al., 2013; Lankila et al., 2016) เพศ (Lankila et al., 2016) การศึกษา (Kim et al., 2018) ภาษา (Al-Taiar, Clark, Longenecker, & Whitty, 2010) สถานภาพสมรส (Wulandari & Laksono, 2019) เชื้อชาติ สัญชาติ (Chen et al., 2007) ครอบครัว (Kelley, Buckwalter, & Maas, 1999) ซึ่งลักษณะทางด้านประชากรเป็นลักษณะส่วนบุคคล ที่ยากจะทำการแทรกแซงได้ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการก็ไม่สามารถได้รับการยกเว้นด้วยปัจจัยเหล่านี้ ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ และลักษณะ

ทางประชากรศาสตร์ บอกว่า คนที่หาคำแนะนำทางด้านสุขภาพ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุไม่มาก เป็นผู้หญิงและผิวขาว (Fitzpatrick et al., 2004) ในการศึกษาของบราซิล พบว่า อายุยิ่งเยอะขึ้นยิ่งมีแนวโน้มในการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น เพศที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้หญิงใช้บริการสุขภาพมากกว่า (Travassos & Viacava, 2007) การศึกษาเรื่อง Chronic Diseases Among The Elderly In a Rural Vietnam: Prevalence, Associated Socio-Demographic Factors And Healthcare Expenditures ระบุว่า การศึกษาและเพศ เป็นปัจจัยหลักของการพยากรณ์ Common Chronic Disease (Mwangi, Kulane, & Van Hoi, 2015)

3.2 รายได้

รายได้เป็นตัวแปรสำคัญทางเศรษฐศาสตร์จุลภาคที่กล่าวถึงทรัพยากรทางการเงินที่บุคคลหรือครัวเรือนมีในการกำจัด สำหรับผู้สูงอายุ แหล่งที่มาของรายได้นั้นมักจะรวมถึงเงินบำนาญสวัสดิการประกันสังคม เงินออม หรือเงินสนับสนุนจากครอบครัวในบางวัฒนธรรมและในบางกรณีอาจรวมถึงการจ้างงานต่อเนื่อง

การศึกษาหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างรายได้และการเข้าถึงการรักษาพยาบาล จากข้อมูลของ Hajizadeh, Connelly, Butler, & Khosravi (2012) บุคคลที่มีรายได้สูงมักจะเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากความสามารถในการจ่ายทั้งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทางตรง (ค่ารักษาพยาบาล) และทางอ้อม (ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร ค่าผู้ดูแล) ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ (Shin, Kim, Juon, Kim, & Kim, 2000) พบว่ารายได้ต่ำมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการใช้บริการด้านสุขภาพที่ลดลงของผู้สูงอายุ สิ่งนี้ได้รับการยืนยันเช่นกันในงานของ Morris, Sutton, & Gravelle (2005) ซึ่งรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในสหราชอาณาจักรมีโอกาสน้อยที่จะไปพบแพทย์เนื่องจากค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูง

แม้ว่าจะมีผลการศึกษาเห็นเป็นในทิศทางเดียวกันว่า รายได้ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาล แต่ก็จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมว่าระดับรายได้ที่แตกต่างกันภายในประชากรสูงอายุเนื่องจากบริบทของประเทศไทยมีความแตกต่างจากบริบทของต่างประเทศเพราะลักษณะของครัวเรือนบ้านเราเป็นครัวเรือนช่วยเหลือกันกล่าวคือ ผู้สูงอายุในประเทศไทยจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวลูกหรือหลาน รายได้ของผู้สูงอายุอาจจะส่งผลแตกต่างกัน ซึ่งสามารถมองในมุมมองของรายได้ของครัวเรือนได้

3.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาหมายถึงระดับสูงสุดหรือระดับการศึกษาที่สำเร็จโดยบุคคลหนึ่งเป็นตัวชี้วัดความรู้ซึ่งจะส่งผลความรู้ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อความสามารถของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพและการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีการศึกษาเป็นอย่างดี การศึกษาในระดับที่สูงขึ้นมักจะทำให้เข้าใจปัญหาสุขภาพได้ดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมและการแสวงหาบริการสุขภาพที่ดีขึ้น สำหรับประชากรสูงอายุ ความสัมพันธ์นี้ยังคงมีนัยสำคัญ ในการศึกษาของ Levesque et al. (2013) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะใช้บริการด้านสุขภาพได้ง่ายกว่า ผลการศึกษาของเขา สอดคล้องกับการศึกษาของ Bakkei (2016) ซึ่งพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างระดับการศึกษาและการใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศนอร์เวย์

แม้จะมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างการศึกษาและการเข้าถึงการรักษาอย่างไรก็ตาม สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญคือบริบทร่วม ผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาไม่สูงนักเนื่องจาก ระดับการศึกษาพื้นฐานในอดีตคนส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมการศึกษาในระดับสูง ขณะที่มียังมีเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่มีระดับการศึกษาสูง จึงทำให้บริบทของประเทศไทยแตกต่างจากบริบทของต่างประเทศเป็นอย่างมาก

3.4 ความรู้และทัศนคติทางด้านสุขภาพ

นอกจากปัจจัยทางด้านร่างกายแล้ว ปัจจัยทางด้านทัศนคติด้านสุขภาพ (Taylor Jr & Hoenig, 2006) และความรู้ทางด้านสุขภาพ (Ahmed, Lemkau, Nealeigh, & Mann, 2001) ก็มีความสำคัญมากในการเข้าถึงบริการ การศึกษาในสหรัฐฯ (Sudore et al., 2006) หลังจากมีการปรับค่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม สถานะทางสุขภาพแล้ว พบว่า คนที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพดีนั้นมีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีกว่า (Odds Ratio = 1.96, 95% CI = 1.34-2.88) การศึกษาของ Cho, Lee, Arozullah, & Crittenden (2008) ซึ่งทำในจีนบอกว่า พวกเขาคาดว่า คนที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพสูงน่าจะใช้บริการสุขภาพน้อยกว่า เนื่องจาก การที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพมากกว่า การที่มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพมากกว่า (Liu, Liu, Li, & Chen, 2015) และการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันมากกว่า ผลการศึกษาของเขาพบว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลก็จริง แต่ไม่ได้ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลน้อยลง ในผู้สูงอายุ นอกจากปัจจัยด้านความรู้แล้ว ความเชื่อมั่นและทัศนคติต่อบริการสุขภาพยังมีความสำคัญต่อการใช้บริการสุขภาพ การศึกษาเรื่อง Access To Medical Care Among The Elderly In Rural Northeastern Ohio ส่วนหนึ่งได้ศึกษาเรื่องความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ กล่าวว่า “although many rural elderly felt that the medical care system provided inadequate, low-quality care, 90% believed that their community system was no worse than others, In other words, they implied that by moving to more urban area they would not necessarily improve the service they receive.”

ปัจจัยเรื่องทัศนคติสะท้อนผ่านอารมณ์ความรู้สึก โดยการศึกษาเรื่อง Barriers To Health Care Access Among The Elderly And Who Perceives Them ระบุว่า ปัจจัยที่เป็น

อุปสรรคอันดับหนึ่ง จากคนตอบแบบสอบถาม 4,855 คน พบว่า กว่า 32 % นั้น แพทย์ตอบสนองได้ไม่ตรงกับอาการที่ผู้ป่วยกังวล (Doctors 'Lack Of Responsiveness To Concerns) ขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ รองลงมาได้แก่ ปัญหาเรื่องการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ความกลัวที่ต้องเผชิญโรคร้ายแรงถึง 18.1 % กลัวที่จะต้องเผชิญกับการตรวจที่ไม่จำเป็น 16.3 % กลัวว่าจะไม่เจอหมอที่เคยเจอ 13.0 % (Fitzpatrick et al., 2004) ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อ ทศนคติ และความรู้สึกที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการ

3.5 ความบกพร่องทางร่างกาย

ความบกพร่องทางกายหมายถึงความสามารถของแต่ละบุคคลในการดำเนินกิจกรรมทางกาย ตั้งแต่การดูแลตนเอง (เช่น การอาบน้ำและการแต่งตัว) ไปจนถึงกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากขึ้น (เช่น การวิ่งหรือการยกของหนัก) ความพิการเกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายหรือจิตใจในระยะยาวที่อาจทำให้กิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นแย่ลง

มีการศึกษาผลกระทบของความพิการต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นที่สังเกตโดยทั่วไปว่าผู้สูงอายุที่มีความพิการทางร่างกายหรือมีสมรรถภาพทางกายไม่ดีมีความต้องการด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้น แต่ยังคงเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้นด้วย ตัวอย่างเช่น (Verbrugge & Jette, 1994) พบว่าผู้ที่มีความพิการทางร่างกายมีแนวโน้มที่จะบอกว่า พวกเขาต้องการการรักษาแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง ในทำนองเดียวกัน การศึกษาโดย Lezzoni (2003) พบว่าบุคคลที่มีความพิการทางร่างกายต้องเผชิญกับอุปสรรคมากมายในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมถึงปัญหาด้านการเดินทางที่ไม่สามารถเข้าถึงได้

แม้ว่าจะมีประเด็นที่ต้องตรวจสอบเพิ่มเติม แต่เรื่องนี้กลับมีความน่าสนใจที่ไม่ค่อยมีการศึกษาผลของภาวะทางร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น ในกลุ่มที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง และผู้สูงอายุพิการ ซึ่งอาจจะมีได้จำนวนมาก ซึ่งถือว่าเป็นจุดที่น่าสนใจในปัจจุบันนี้

3.6 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพครอบคลุมถึงทางเลือกในการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ รวมถึงนิสัยที่เกี่ยวข้องกับอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ เป็นต้น

ผลจากการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสุขภาพบางอย่างของผู้สูงอายุสามารถส่งผลกระทบต่อการใช้บริการด้านสุขภาพของพวกเขาอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากสุขภาพที่ไม่ดี (Sun, Norman, & While, 2013; Sun, X. et al., 2014) ในทางกลับกัน พฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำ อาจลดการใช้งานด้านการดูแลสุขภาพโดยลดความเสี่ยงของภาวะเรื้อรังของโรค (Sun et al., 2013) อีกทั้งการรับประทานยาเป็นประจำก็

เป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ การศึกษาโดย Zhang, Terry, & McHorney (2014) พบว่า การไม่รับประทานยาตามที่กำหนดในผู้สูงอายุอาจนำไปสู่การใช้บริการด้านสุขภาพ สถานพยาบาลเพิ่มขึ้นและค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น

3.7 สภาวะสุขภาพและโรค

ปัจจัยนี้หมายถึงสภาวะสุขภาพหรือโรคที่มีอยู่ซึ่งผู้สูงอายุอาจมีสิ่งเหล่านี้ มีตั้งแต่โรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และโรคข้ออักเสบ ไปจนถึงภาวะเฉียบพลัน เช่น การติดเชื้อหรือการบาดเจ็บ สภาวะสุขภาพเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแต่ละคน

นอกจากปัญหาเรื่องของปัจจัยภายนอกอื่น ๆ แล้ว สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก็ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นถูกจำกัด ตัวอย่างเช่น ข้อจำกัดของการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Kim & Lee, 2016; Lankila et al., 2016) สถานะสุขภาพ (Loyola-Sanchez et al., 2016) โรคเรื้อรัง (Lankila et al., 2016) ความพิการ ความสามารถในการรับรู้ (Taylor Jr & Hoenig, 2006) การศึกษาเรื่อง Unmet Healthcare Needs of Elderly People in Korea (Kim et al., 2018) พบว่า ปัจจัยเรื่องของการได้ยิน การมองเห็น และความจำ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในเกาหลีมากกว่าคนที่ไม่มีปัญหาทางด้านนี้

ความชุกของโรคเรื้อรังหลายอย่างเพิ่มขึ้นตามอายุ และอาการเหล่านี้มักจะทำให้การรักษาและการจัดการโรคอื่นๆ ซับซ้อนขึ้น ตัวอย่างเช่น Marengoni, Winblad, Karp, & Fratiglioni (2008) พบว่าการมีโรคหลายโรคในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการใช้งานด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ในทำนองเดียวกัน การศึกษาโดย (Forma, Rissanen, Aaltonen, Raitanen, & Jylhä, 2009) เปิดเผยว่า จำนวนโรคที่ถูกวินิจฉัยเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการใช้บริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ โรคบางโรคยังส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสุขภาพอีกด้วย ตัวอย่างเช่น โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมในรูปแบบอื่น ๆ มักต้องการบริการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้สูงอายุหลายคนเข้าถึงบริการการดูแลระยะยาวได้ยาก (Alzheimer's Association, 2019)

แม้ว่าอิทธิพลของสภาวะสุขภาพต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลจะได้รับการบันทึกไว้เป็นอย่างดี แต่ก็ยังมีความจำเป็นสำหรับการวิจัยที่สำรวจความสัมพันธ์นี้ในเชิงลึกมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของปัจจัยอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน เช่นผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคหลายโรคและอาศัยอยู่ในครัวเรือนรายได้น้อย

3.8 ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ (ในเขตเมืองกับชนบท)

ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ในบริบทของ SDH มักหมายถึงความแตกต่างระหว่างสภาพแวดล้อมในเมืองและชนบท ลักษณะนี้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดการเข้าถึงบริการด้าน

สุขภาพ เนื่องจากพื้นที่ในเมืองและชนบทมักมีความแตกต่างกันอย่างมากในแง่ของทรัพยากรด้านการรักษาพยาบาลที่มีอยู่ ระยะทางไปยังสถานพยาบาล และบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

จากหลักฐานเชิงวิชาการบอกได้ว่าที่ตั้งทางภูมิศาสตร์สามารถส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาโดย (Arcury, Gesler, et al., 2005) เปิดเผยว่าผู้สูงอายุในชนบทเผชิญกับอุปสรรคอย่างมากในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล เนื่องจากระยะทางไกลไปยังสถานพยาบาลและขาดระบบขนส่งสาธารณะ ในทำนองเดียวกัน McConnel & Zetzman (1993) และ Ryvicker, Gallo, & Fahs (2012) พบว่าผู้สูงอายุในชนบทมีโอกาสน้อยที่จะได้รับบริการส่งเสริมป้องกันเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุในเมือง โดยสาเหตุหลักมาจากความพร้อมของสถานพยาบาลในพื้นที่ชนบทที่มีน้อยกว่าในเมือง

นอกจากนี้ Gong, Kendig, & He (2016) พบว่าในประเทศจีน ผู้สูงอายุในชนบทมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุในเมือง เขาระบุว่าความแตกต่างนี้เกิดจากการขาดทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่ชนบท

แม้ว่าความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุในเมืองและในชนบทจะมีการศึกษาพอสมควร แต่ในบริบทประเทศไทยนี้ถือเป็นบริบทของความเหลื่อมล้ำทางด้านการเข้าถึง ซึ่งจะนำไปสู่ข้อค้นพบและการแทรกแซงเชิงนโยบายของบริบทพื้นที่ที่มีความต่างกันหรือไม่ในประเทศไทย

3.9 หลักประกันสุขภาพและสิทธิ

สิทธิหลักประกันสุขภาพหมายถึงขอบเขตความคุ้มครองที่บุคคลมีภายใต้แผนการรักษาพยาบาลและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่พวกเขามีสิทธิ ทั้งตามกฎหมายและตามนโยบายการรักษาพยาบาล มันแสดงถึงอิทธิพลของนโยบายการรักษาพยาบาล การประกัน และกฎหมายเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแต่ละบุคคล

ความสำคัญของหลักประกันสุขภาพและสิทธิในการเข้าถึงสุขภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุนั้นเหนือหาพอสมควร Hsu et al. (2006) พบว่าผู้สูงอายุที่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประกันอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกัน (Lee et al., 2010) พบว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในไต้หวันเพิ่มการใช้บริการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับบริการส่งเสริมป้องกันโรค

ในบริบทของสิทธิ Aday, Andersen, & White (1992) ยืนยันว่าสิทธิตามกฎหมายในการให้บริการด้านสุขภาพมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาล พวกเขาแย้งว่ากฎหมายและนโยบายที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสามารถช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น

แม้จะทราบกันดีอยู่แล้วว่าแผนและสิทธิด้านหลักประกันสุขภาพมีความสำคัญ แต่ก็มีผลจำเป็นสำหรับการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบเฉพาะของนโยบายด้านการดูแลสุขภาพต่างๆ ต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งในประเทศไทยมีความแตกต่างกันเพราะว่าหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยมีถึง 3 สิทธิหลักที่แตกต่างกัน ทำให้รูปแบบการเข้าถึงและความครอบคลุมแตกต่างกันทำให้ประเด็นของประเทศไทยแตกต่างออกไป

โดยสรุป ปัจจัยครอบคลุมปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์จุลภาคประชากรที่หลากหลายซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ การศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สภาวะสุขภาพกายและจิต พื้นที่อาศัย และรูปแบบและสิทธิหลักประกันสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมที่มีอยู่แสดงให้เห็นว่าแต่ละปัจจัยเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรสูงอายุ ตัวอย่างเช่น ระดับรายได้และการศึกษาที่สูงขึ้นเกี่ยวข้องกับการใช้บริการด้านสุขภาพที่มากขึ้น ในขณะที่ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทอาจเผชิญกับความท้าทายเนื่องจากสถานพยาบาลมีจำกัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้จึงพยายามที่จะเจาะลึกลงไปถึงปัจจัยเหล่านี้และผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประชากรสูงอายุ ซึ่งผลของการศึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนานโยบายสำหรับประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย

4. ACSC กับ QOF กับการวัดประสิทธิภาพบริการปฐมภูมิ

คุณภาพและการเข้าถึงบริการปฐมภูมิเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการและป้องกันสภาวะที่อ่อนไหวต่อการดูแลผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care Sensitive Conditions: ACSC) ACSCs เป็นเงื่อนไขที่การดูแลผู้ป่วยนอกที่เหมาะสมสามารถป้องกันหรือลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือก็คือการได้รับการดูแลตั้งแต่เนิ่น ๆ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือโรคที่รุนแรงขึ้นได้ ACSCs รวมถึงสภาวะต่าง ๆ เช่น โรคหอบหืด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะหัวใจล้มเหลว

คุณภาพและการเข้าถึงบริการปฐมภูมิมีความสำคัญอย่างยิ่งในการตัดสินใจผลลัพธ์สำหรับบุคคลที่ต้องการการดูแล ACSCs ระบบการดูแลปฐมภูมิคุณภาพสูง จะมีลักษณะต่าง ๆ เช่น ความต่อเนื่อง ความครอบคลุม การดูแลประสานกัน การมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้การส่งเสริมป้องกันโรคได้ดี การตรวจพบตั้งแต่เนิ่น ๆ และการจัดการ ACSCs ที่มีประสิทธิภาพ (Starfield et al., 2005)

การวิจัยหลายงานแสดงให้เห็นได้ชัดว่าการเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพสูงมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและ ACSCs ที่ลดลง (Busby, Purdy, & Hollingworth, 2017; Kim, Park, Yoon, & Kim, 2019; Van der Pol et al., 2019) งานหลายงานพบว่าในพื้นที่ที่มีการดูแลปฐมภูมิที่เข้าถึงได้มาก การใช้บริการรักษาตัวในโรงพยาบาลแบบ ACSCs นั้นจะน้อยลง ในทำนองเดียวกัน งานของ Falster et al. (2015) แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึง

บริการปฐมภูมิที่เพิ่มขึ้น เงื่อนไขทางด้านสุขภาพส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม คุณภาพสถานพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการรักษาในโรงพยาบาลที่ลดลง

Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach (2002) ให้ความสำคัญกับแนวทาง ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการบริการปฐมภูมิในการจัดการโรคเรื้อรัง การศึกษาของพวกเขาเน้นว่า สุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการ สื่อสารคือหัวใจของการให้บริการในด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Zgibor & Songer (2001) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน การเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพช่วยให้การจัดการโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และลดโอกาสในการ รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พวกเขาพบว่า การเข้ารับบริการปฐมภูมิเป็นประจำมี ความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ความดันโลหิตลดลง และลดระดับไขมันใน เส้นเลือดได้ ซึ่งทั้งหมดนี้สำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการใช้บริการโรงพยาบาล

ขณะที่โรคความดันโลหิตสูง งานของ Glynn, Murphy, Smith, Schroeder, & Fahey (2010) พบว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการปฐมภูมิได้อย่างสม่ำเสมอและมีคุณภาพสูงจะมีการควบคุมความ ดันโลหิตได้ดีขึ้น การศึกษาของพวกเขาระบุว่า การติดตามผลอย่างสม่ำเสมอและการรับประทานยา สม่าเสมอ ซึ่งช่วยเข้าถึงการดูแลปฐมภูมิ เป็นกุญแจสำคัญในการจัดการความดันโลหิตสูงและลดความ เสี่ยงของการรักษาตัวในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ บทบาทของงานปฐมภูมิในการสื่อสารกับผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกันมี ความสำคัญ ตัวอย่างเช่น Tammes et al. (2017) ศึกษาผลกระทบของอัตราการส่งต่อผู้ป่วย จาก การดูแลระดับปฐมภูมิไปยังระดับทุติยภูมิที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วย พวกเขาพบว่า อัตราการส่งต่อ ผู้ป่วยและการทำงานร่วมกันที่ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ทำให้ การรักษาใน โรงพยาบาล กรณีของ ACSCs ซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงลดลง

โดยสรุปคุณภาพและการเข้าถึงบริการปฐมภูมิมิบทบาทสำคัญในการจัดการผู้ป่วยนอก (Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSCs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง งานวิจัยที่มีอยู่ต่อความสำคัญของบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพในด้านการ จัดการโรค การลดการรักษาในโรงพยาบาล และผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นโดยรวม

นอกจากนี้ การทำงานร่วมกันระหว่างระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิเป็นสิ่งสำคัญ การ ส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมีส่วนช่วยอย่างมากในการเข้ารับการรักษา ACSCs ในโรงพยาบาลที่ น้อยลง เรื่องดังกล่าว จะนำไปสู่การพัฒนาการจัดการโรคเรื้อรัง และการลดภาระด้านการรักษาดูแลที่ เกิดจากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สามารถป้องกันได้

ตาราง 2 แสดงสรุปการทบทวนวรรณกรรม

ปี	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์
1974	Lu Ann Aday & Ronald Andersen	A Framework for the Study of Access to Medical Care	ระบบการจัดตั้ง: บุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพ, โครงสร้างและการศึกษา, อุปกรณ์และวัสดุ, ปริมาณและการกระจายทรัพยากร องค์กร: เวลาเดินทาง, เวลาอ ประชากรเสี่ยง: (ปัจจัยส่งเสริม) อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, ศาสนา, ปัญหาสุขภาพ (ปัจจัยที่ทำให้เป็นไปได้) รายได้, ประกันสุขภาพ, ชนบท-เมือง, ภูมิภาค (ความต้องการ) ระดับการเจ็บป่วย
1988	Marcia Petchers & Sharon Miligan	Access to health care in a black urban elderly population	ปัจจัยส่งเสริม: อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, การศึกษา. ความต้องการ: สถานะสุขภาพ, สภาวะร่างกาย, อาการทางร่างกาย, กิจกรรมที่ต้องทำในชีวิตประจำวัน (ADL), รายงานสุขภาพด้วยตนเอง. ปัจจัยที่ทำให้เป็นไปได้: แหล่งที่มาของการดูแลสุขภาพ, การใช้บริการดูแลสุขภาพเป็นประจำ, ความเคลื่อนไหวล่าสุดในการใช้บริการ, การใช้จ่ายป้องกัน (ความพร้อมใช้งาน) ความสามารถในการชำระหนี้: รายได้ครัวเรือน, การมีประกันสุขภาพ, ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์. (การเข้าถึง) การขนส่งไปยังบริการสุขภาพ. ความยอมรับ (การให้คะแนนใดก็ได้)

ตาราง 2 (ต่อ)

ปี	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์
1999	Lisa Skemp Kelley et al	Access To Health Care Resources for Family Caregivers of Elderly Persons with Dementia	ครอบครัวไม่ได้ให้การดูแลเพียงพอ, ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลเป็นสิ่งที่เกิดมาที่ตนเอง, ครอบครัวมีการเข้าถึงทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพ
2000	Thomas Rosenthal	Access to health care for the rural elderly	ประชากรวัยทำงาน, การเงิน, จำนวนแพทย์ผู้สูงอายุ
2000	Gloria Fernandez Mayoralas et al	Health services accessibility among Spanish elderly	ตัวแปรตาม: การเยี่ยมชมทุกประเภท. ตัวแปรอิสระ: (ปัจจัยส่งเสริม) อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, สถานภาพการทำงาน, การศึกษา. (ปัจจัยที่ทำได้) เมือง/ชนบท, การมีประกันสุขภาพ (ความต้องการ) การรับรู้สุขภาพ, ประเภทที่รับประทาน, จำนวนโรคเรื้อรัง, ข้อจำกัดของกิจกรรม, การคิดเพียงเนื่องจากสุขภาพ, ความสามารถในการทำงาน, คะแนน ADL, นิยัสุขภาพ/ดีมีสุธา.
2000	Annie steinberg et al	Health care system Accessibility: experiences and Perception of Deaf people.	เพศ, สถานะ, เชื้อชาติ, สถานภาพสมรส, ตัวตนคนหูหนวก, การศึกษา, ระดับการสูญเสียการได้ยิน, ประกันสุขภาพ, การเยี่ยมชม, การใช้โรงพยาบาล, การใช้บริการฉุกเฉิน.

ตาราง 2 (ต่อ)

ปี	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์
2001	Maria Goddard & Peter Smith	Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK	การบริการสุขภาพหรือ GP, OPD และการดูแลป้องกัน , บริการสุขภาพจิต, LTC, ความพร้อมของการดูแล, ค่าใช้จ่าย, คุณภาพการดูแล, ค่าใช้จ่ายสำหรับแต่ละบุคคลของ NHS
2001	Ken Field et al	Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary healthcare	อายุ, เพศ, ชนชั้นทางสังคม, การจ้างงาน, เชื้อชาติ, ระยะทาง, เวลาเดินทาง, ความถี่ในการไป, ภาวะโรคเรื้อรัง
2003	J.M. Bentley	Barriers to accessing health care: the perspective of elderly people within a village community	นัยสำคัญของอาการ ระยะเวลาของการเข้าถึง การบริโภค การรับรู้ของแพทย์
2004	Tim Ensor & Stephanie Cooper	Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side	Demand: ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกการดูแลสุขภาพ การศึกษา ต้นทุนทางอ้อม (ระยะทาง ต้นทุนค่าเสียโอกาส) ความชอบของครัวเรือน ที่ตัดสินใจและบรรทัดฐาน ราคา และการมีอยู่ของผลิตภัณฑ์ทดแทน. Supply: ราคานำเข้า (ค่าจ้าง, ยา, วัสดุสิ้นเปลืองอื่นๆ), เทคโนโลยี, ประสิทธิภาพของผู้บริหาร/พนักงาน

ตาราง 2 (ต่อ)

ปี	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์
2005	Sarah Walter & Marc Suhrcke	Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent	สุขภาพ การศึกษา ความมั่งคั่ง การจ้างงาน อาชีพ เชื้อชาติ เพศ
2006	Donal H. Taylor and Helen Hoenig	Access to Health Care Services for the Disabled Elderly	Dependent: การเข้ารับการตรวจ OPD, อายุ, ภาวะโรคโดยรวม, เชื้อชาติ, เพศ, การศึกษา, พื้นที่อยู่อาศัย, อยู่คนเดียว, เสียชีวิตระหว่างเรียน, อุปกรณ์, ความรู้ความเข้าใจ, เหตุผลของผู้ตอบ แทน ประเภทของภาวะสุขภาพ
2006	Lee R Mobley et al	Spatial analysis of elderly access to primary care services	Health care System character: จำนวนและที่ตั้งของสถานพยาบาล จำนวนพยาบาล แพทย์ ฯลฯ จัดการกลุ่มการดูแล ประกันภัย รูปแบบการดูแลสุขภาพ Characteristic of User: อายุ เพศ เชื้อชาติ การศึกษา การเจ็บป่วย พฤติกรรม รายได้ ประกัน ความเชื่อมโยงทางสังคม Barrier/Facilitator/ Intervening factors: การขนส่ง การเดินทาง ระยะทาง สภาพอากาศ ความปลอดภัย การรอคอย วัฒนธรรม โอกาสทางสังคม

ตาราง 2 (ต่อ)

ปี	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์
2007	Likwang Chen et al	The effects of Taiwan's National Health Insurance on access and health status of the elderly	การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน ประกัน อายุ สมาชิกในครัวเรือน การขยายตัวของเมือง ภูมิภาค โรคเรื้อรัง
2008	David Peters et al	Poverty and Access to Health Care in Developing Countries	Geographic Accessibility: ระยะทาง ระยะเวลาดำเนินทาง Availability: รถยนต์ ระยะเวลารอ ประเภทสถานบริการและโครงสร้าง Financial: ราคาบริการ ความสามารถในการในการจ่าย ประกัน Acceptability: การจับคู่ของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ
2009	Juhua Luo, et al	Inequality of access to health care among the urban elderly in northwestern China	วัฒนธรรมและความคาดหวัง Dependent: การไปพบแพทย์ Independent: อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพการสมรส การศึกษา (predisposing factor). เมืองที่อยู่อาศัย รายได้ต่อครัวเรือน ประกันสุขภาพ (enabling factor) สถานะสุขภาพ จำนวนแพทย์ การวินิจฉัยโรคเรื้อรัง (need)
2009	Lucia Marina Scatena et al	Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnosis in Brazilian municipalities	ความถี่ในการเข้ารับบริการ การเข้าถึงยาก สามารถขาดงานเพื่อไปพบแพทย์ ค่าพาหนะ ค่าเดินทาง ความพร้อมของแพทย์ ระยะทางไปรับบริการสาธารณสุข

ตาราง 2 (ต่อ)

ปี	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์
2010	Shalonda Horton and Regina Johnson	Improving Access to Health Care for Uninsured Elderly Patients	ขาดหลักประกัน ขาดการขนส่ง ความซับซ้อนของระบบการดูแลสุขภาพ ความยากจน ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว การสื่อสาร วัฒนธรรม เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์
2010	Abdullah Al Taiar et al	Physical accessibility and utilization of health services in Yemen	ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม พื้นที่ (ในเมือง/ชนบท) ระยะทางที่ขี้นปี ระยะเวลาที่ขี้นปี
2012	Elka Atanasova et al	Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access	อายุ, เพศ, ระดับการศึกษา, ขนาดที่อยู่อาศัย, รายงานสุขภาพด้วยตนเอง, โรคเรื้อรัง, ประกันสังคม, ประกันเอกชน, รายได้ต่อหัว
2012	Per W Gething et al	Geographical access to care at birth in Ghana: a barrier to safe motherhood	ระยะเวลาระดับชาติ ภูมิภาค ระดับตำบล
2012	Subhojit Dey et al	Health of the Elderly in India: Challenges of Access and Affordability	Social determinants of Access: เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา วรรณณะ การศึกษา การพึ่งพาทางเศรษฐกิจ การรู้หนังสือ น้ำดื่ม ค่าใช้จ่ายในครัวเรือน การสนับสนุนทางสังคม พื้นที่อยู่อาศัย อาศัย Physical determinant of access: การเจ็บป่วย โครงสร้างพื้นฐาน และบริการสุขภาพ Affordability of access: รายได้ การจ้างงาน สิทธิพล

ตาราง 2 (ต่อ)

ปี	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์
2012	Baderscher N et al	Attitudes, barriers and facilitators for health promotion in the elderly in primary care	Demographic, Physician factors: อุปสรรคการเข้าถึงบริการ GP การพบภาพของ GP ในการศึกษาส่งเสริมสุขภาพ, การช่วยเหลือเพิ่มเติมคุณภาพ GP. Patient factors: อุปสรรคสำหรับผู้ป่วยในการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ
2014	Gayathri Balagopal	Access to health care among poor elderly women in India: how far do policies respond to women's realities?	สาเหตุของความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ สาเหตุของความเจ็บป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา: ปัญหาทางการเงิน การรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรง สภาพร่างกาย การขนส่งสาธารณะ การไปพบแพทย์
2014	Anastasia Gage et al	Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti	เขตภูเขา, ถนนลู่อื่นที่ใกล้ที่สุด, การจัดหาบริการ ANC, ศูนย์ดูแลสุขภาพระยะ 5 กม., ระยะทางไปโรงพยาบาล,
2015	T. Lankila et al	Is geographical distance a barrier in the use of public primary health services among rural and urban young adults? Experience from Northern Finland	Predisposing: sex, Marital status, having children, education, employment, use of health services(times), use of private health services(times). Illness Level: self-report health, Activity-limiting illness, Chronic condition. Geographic: Urban, Rural, Distance from health center.

ตาราง 2 (ต่อ)

ปี	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์
2015	Han Kyoul Kim & Munjae Lee	Factors associated with health services utilization between the years 2010 and 2012 in Korea: using Andersen's Behavioral model	Predisposing: เพศ อายุ การแต่งงาน Enabling: การศึกษา รายได้ ประกันสุขภาพ Needs: โรคเรื้อรัง ความพิการ
2017	Julia Doetsch et al	Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement: a qualitative case study in Lisbon, Portugal	ความสามารถในการจ่ายได้: สถานการณ์ทางการเงิน, เงินช่วยเหลือ, การเข้าถึงยา, การใช้บริการปฐมภูมิเบื้องต้น, บริการสุขภาพเฉพาะทาง ความสามารถในการเข้าถึงบริการ: การจัดการปฐมภูมิใหม่, การดูแลในโรงพยาบาลและการดูแลฉุกเฉิน, ความรู้ด้านสุขภาพ, การบูรณาการหน่วยงานด้านสุขภาพ ความพร้อมใช้งาน: เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, LTC, การขนส่งเดินทาง ที่พักอาศัย และการอยู่ลำพัง ความเหมาะสม: เวลารอคอย คุณภาพการดูแล นโยบาย และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ การใช้บริการ (ใช้/ไม่ใช้) ตัวแปรอิสระ รายได้ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ เขตอาศัยเมือง/ชนบท ประกันสุขภาพ
2017	Samel Towne jr.	Socioeconomic, Geospatial, and Geopolitical Disparities in Access to Health Care in the US 2011–2015	

ตาราง 2 (ต่อ)

ปี	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์
2019	Ratna Dwi Wulandari & Agung Dwi Laksono	Urban-Rural Disparity: The utilization of primary healthcare centers among elderly East Java, Indonesia	การใช้บริการปฐมภูมิ เขต สถานภาพการสมรส การศึกษา ประเภทงาน สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ประกันภัย ระยะเวลาดำเนินทาง การคมนาคม พื้นที่
2019	Joko Julyanto et al	Geographical inequalities in healthcare utilisation and the contribution of compositional factors: A multilevel analysis of 497 districts in Indonesia	เขต, อายุ, การประเมินสุขภาพของตนเอง, ความมั่งคั่ง, การศึกษา, ประกันสุขภาพ, พื้นที่, ภูมิภาค(เกาะ)

ผู้รวบรวม: คีลา โพนบุตร, 2562

นโยบายและสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุไทย

การทบทวนข้อมูลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านการศึกษาศาสนาการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในประเทศไทยในภาพรวมตามวัตถุประสงค์การศึกษาที่ 1 โดยใช้ตัวเลขการเข้าถึงบริการ ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขในด้านที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจากหลายหน่วยงาน ซึ่งจากนี้ยังทำการทบทวนวรรณกรรมเนื้อหาเกี่ยวกับกฎหมายและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งระบบสุขภาพการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่ส่งผลต่อการรับบริการของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้เข้าใจภาพรวม ภาพกว้างก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ต่อไป

ปัจจุบันร้อยละของผู้สูงอายุในประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การมาถึงของสังคมผู้สูงอายุทำให้หลายหน่วยงานมีความกระตือรือร้นในการเตรียมพร้อมรับมือสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ถูกพูดถึงมากที่สุด ซึ่งได้มีการเตรียมพร้อมในหลาย ๆ ด้าน มีทั้งนโยบายที่ส่งผลต่อทั้งทางด้านอุปสงค์และอุปทานของบริการสุขภาพที่ถูกใช้โดยผู้สูงอายุ บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นด้านหนึ่งที่ทำให้ความสนใจโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากบริการสุขภาพปฐมภูมิเปรียบเทียบกับเหมือนด่านหน้า (Agarwal, Jain, Ghosh, & Parihar, 2017; Holtzman, 1993) ของการให้บริการสุขภาพทั้งหมดในระบบสุขภาพไทย แล้วสถานการณ์การใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่ผ่านมาของประเทศไทยเป็นอย่างไร ความสอดคล้องของการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งทรัพยากรบุคลากร โครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยี เป็นอย่างไร มีช่องโหว่ด้านใดบ้าง รวมไปถึงนโยบายที่ออกมาเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นอย่างไรเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้

หลายสิบปีที่ผ่านมาการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยทำให้ประชาชนคนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยต้นทุนการรักษาพยาบาลที่เป็นธรรม ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ แต่ถึงกระนั้นต้นทุนของค่ารักษาพยาบาลไม่ได้เป็นเพียงค่าใช้จ่ายเดียวในการเข้าถึงบริการ ยังมีต้นทุนการเดินทาง ต้นทุนที่พักหรือต้นทุนด้านอื่น ๆ การพัฒนาด้านระบบบริการ เช่น การเกิดขึ้นของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) กองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น หรืออีกชื่อ คือ กองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม ไม่มีการติดตามว่าผลของนโยบาย ผลของกองทุนที่ส่งเสริมการเข้าถึงเหล่านี้เป็นอย่างไร สถานการณ์การเข้าถึงนั้นเป็นอย่างไร

ในด้านสถานการณ์การกระจายทรัพยากรด้านบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล มีการกระจายอัตราแพทย์ต่อประชากรในประเทศไทยดีขึ้นมาก เมื่อเปรียบเทียบกับหลายสิบปีก่อน (Nishiura et al., 2004; Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003; Witthayapipopsakul, Cetthakrikul, Suphanchaimat, Noree, & Sawaengdee, 2019) แต่เมื่อเราเปรียบเทียบระหว่าง

ภูมิภาค การกระจายตัวดังกล่าวอาจจะเป็นธรรมและไม่ได้สอดคล้องกับพื้นที่ที่มีอุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกันมากนัก ซึ่งทรัพยากรสาธารณสุขที่กล่าวถึงอาจจะรวมถึงงบประมาณที่ส่งเสริมสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ ว่ามีมากน้อยเพียงใด นี่ก็ถือเป็นอีกประเด็นที่ต้องสืบค้น โดยในส่วนนี้จะพูดถึง

1. พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุไทย

1. นโยบายสุขภาพปฐมภูมิก่อน พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562

ระบบสุขภาพ หมายถึง “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550) ซึ่งการให้ความหมายของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติกับคำว่า ระบบสุขภาพนั้นตีความทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่กระทบกับชีวิต รวมทั้งระบบของชีวิตและสังคมของประชาชน

การจัดบริการสุขภาพก็ต้องบอกว่าเป็นส่วนหนึ่งของบริการสาธารณสุข คือ บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2550) ซึ่งการจัดบริการสาธารณสุขจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพที่ให้บริการแก่ประชาชน การจัดบริการสาธารณสุขของภาครัฐได้มีการจัดแบ่งตามระดับบริการ เป็น 5 ระดับ (นันทินารี คงยืน, 2560) ดังต่อไปนี้

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว (Self-Care Level)
2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน
3. การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น
4. การจัดบริการสาธารณสุขระดับกลาง
5. การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น ซึ่งจะสามารถแยกประเภทบริการได้อีกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. สถานบริการสาธารณสุขชุมชน เป็นบริการระดับหมู่บ้าน จะจัดตั้งขึ้นเฉพาะพื้นที่ที่มีความกันดารและห่างไกลเท่านั้น ดูแลประชากรขนาด 500 – 1,000 คน มีพนักงานสุขภาพชุมชน
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เดิมคือ สถานีอนามัย เป็นหน่วยบริการระดับตำบลดูแลประชากรในตำบล ครอบคลุมประชากรไม่เกิน 5,000 คน เน้นไปที่การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค โดยอยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลชุมชน อีกทอดหนึ่ง

3. ศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเมือง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ทั้งรัฐและเอกชน ถูกจัดอยู่ในหมวดนี้ โดยจะนับเฉพาะบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ให้บริการโดยแพทย์และบุคลากรในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (นันทินารี คงยืน, 2560)

ซึ่งหน่วยงานที่กล่าวมา คือ กลุ่มผู้ให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นหลัก เพื่อให้เข้าใจภาพรวมจึงทำการแบ่งเนื้อหาเป็น 3 องค์ประกอบ คือ **วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพ** ซึ่งเป็นการพัฒนาของนโยบายบริการปฐมภูมิ **ระบบการให้บริการ** ประกอบด้วย กลไกการทำงานของระบบบริการปฐมภูมิ และ **ทรัพยากรสุขภาพปฐมภูมิ** ประกอบด้วย หน่วยบริการ หน่วยงานกำลังคนของระบบ และการเงินการคลังของระบบบริการ

2. วิวัฒนาการของระบบและนโยบายบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การพัฒนาช่วงก่อน พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เริ่มตั้งแต่การก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2485 หลังจากนั้นมีการพัฒนาบริการสุขภาพผ่านการจัดตั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขในระดับจังหวัด พ.ศ. 2515 ช่วงปี พ.ศ. 2521 มีการจัดประชุมว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐานที่เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซียได้มีการร่วมกันหาวิธีที่ทำให้บรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เรียกว่า Alma Ata Declaration จึงทำให้เกิดนโยบายสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมา ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาบริการในระดับชุมชน รวมทั้งการเกิดอาสาสมัครด้านสุขภาพขึ้นมา ในปี พ.ศ. 2526 เกิดบัตรสุขภาพ “Health Care” เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนยากจน ตั้งแต่นั้นมามีความพยายามที่จะแก้ปัญหา ทรัพยากรทางด้านบุคลากรสาธารณสุขขาดแคลน ทรัพยากรด้านการเงินและการคลัง กระบวนการด้านการรักษาที่เป็นมาตรฐานมากขึ้น



ภาพ 2 แสดงพัฒนาการของบริการสุขภาพไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 – 2562

ที่มา: จากการรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย

พ.ศ. 2545 เกิดพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า โดยที่เนื้อความในมาตรา 5 “กำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ” พระราชบัญญัติได้กำหนดให้มีการลงทะเบียนในหน่วยบริการประจำตน หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง (มาตรา 7) โดยการชำระค่าใช้จ่ายหน่วยบริการจะได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อการจัดการบริการจาก “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และมีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิเบื้องต้น ดังนี้

ตาราง 3 แสดงเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

หมวด	เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
ศักยภาพในการจัดระบบบริการให้ประชาชนเข้าถึง	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการจัดเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและระบบการส่งต่อ 2. มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างน้อย 1 แห่ง 3. หน่วยบริการปฐมภูมิ 1 หน่วย ต่อ ผู้มีสิทธิ UCS ไม่เกิน 10,000 คน 4. ผู้มีสิทธิ UCS มากกว่า 10,000 คน ต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดเพิ่มขึ้น
จัดระบบบริการตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข	<ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2. ด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล 3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ 4. การเยี่ยมบ้าน การดูแลระยะยาว
บุคลากร	<ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน ต่อผู้มีสิทธิ UCS ที่ลงทะเบียนไม่เกิน 10,000 คน 2. พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปเวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คน ต่อผู้มีสิทธิ UCS ที่ลงทะเบียนไม่เกิน 5,000 คน ปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อย 1 แห่ง 3. บุคลากรด้านสาธารณสุขปฏิบัติงานประจำ จำนวน 3 คน ต่อผู้มีสิทธิ UCS ที่ลงทะเบียนไม่เกิน 5,000 คน

ตาราง 3 (ต่อ)

หมวด	เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ
	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทันตแพทย์อย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 2. เกสซ์กรรับผิดชอบงานเกสซ์กรรม อย่างน้อย 1 คน 3. นักกายภาพบำบัด รับผิดชอบงานบริการกายภาพ อย่างน้อย 1 คน 4. อาจจัดให้มีแพทย์แผนไทยหรือบุคลากรวิชาชีพอื่น ที่สอดคล้องกับบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่
การบริหารจัดการ	<ol style="list-style-type: none"> 5. มีคณะทำงานร่วมกัน บริหารจัดการและพัฒนาบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ 6. มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย แผนยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน 7. มีระบบการจัดการเรื่องร้องเรียน การรับฟังความคิดเห็น 8. มีการบริหารจัดการระบบส่งต่อ 9. ระบบการสนับสนุน เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการร่วมให้บริการ สามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ มาตรฐานที่กำหนด 10. มีระบบสนับสนุน และกำกับติดตามการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการร่วมให้บริการ 11. มีการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ และชุมชน เอกชนในพื้นที่ 12. มีผู้รับผิดชอบดำเนินงานประกันสุขภาพ การลงทะเบียนผู้มีสิทธิ การเบิกจ่าย ชดเชยค่าบริการ

ที่มา: แนวทางตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการร่วมให้บริการ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2561

พ.ศ. 2556 มีการพัฒนามาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพรวมทั้งการสร้างสุขภาวะในระดับพื้นที่ โดยมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอมี 10 หมวด มีลักษณะเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี” (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2560) โดยมีหมวดดังต่อไปนี้

1. การนำ (LED)
2. การบริหารแผนกลยุทธ์ (STM)
3. การมุ่งเน้นผู้รับบริการ ประชาชนในพื้นที่ และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ (PCF)
4. การจัดการความรู้ การวัดและวิเคราะห์ การวางระบบสารสนเทศและการสื่อสาร (MAK)

5. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF)
6. การจัดการกระบวนการ (PCM)
7. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
8. การทำงานกับชุมชน (COM)
9. กระบวนการดูแลผู้ป่วย
10. ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการสุขภาพและสร้างสุขภาวะในระดับพื้นที่ โดยมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) องค์การมหาชน เป็นหนึ่งในภาคีสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในช่วงดังกล่าว

พ.ศ. 2557 ได้มีนโยบาย “ทีมหมอครอบครัว” เกิดขึ้น โดย ทีมหมอครอบครัวหมายถึง ทีมที่ประกอบด้วยวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั้งในหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาล รวมถึง อสม. อปท. ชุมชน ภาคประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาภัย ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ หมอครอบครัวเป็นการจัดการเชิงพื้นที่ โดยเริ่มตั้งแต่ พื้นที่เขตชนบท (รพ.สต.) พื้นที่เขตเมือง (ศสมช. ท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน) การจัดการระดับอำเภอ การจัดการระดับจังหวัด และการจัดการระดับเขต และการจัดการระดับประเทศ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

พ.ศ. 2559 นโยบาย รพ.สต. ดีดดาว สืบเนื่องจากสถานการณ์บุคลากรขาดแคลนในระดับ รพ.สต. เช่น วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกร และพยาบาลวิชาชีพ และคุณภาพการบริการโรคเรื้อรังไม่ได้ดีขึ้น จึงมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับโดยเฉพาะ การพัฒนา รพ.สต. มีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยมี

ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1.) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2.) ระบบบริการ (Service Excellent) 3.) การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4.) ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ซึ่ง รพ.สต. ติดตามเรียกว่า “เกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม (รพ.สต.ติดตาม) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

พ.ศ. 2561 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน นโยบายนี้ไม่ได้เจาะจงเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขแต่เป็นนโยบายหลายกระทรวง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนในหลาย ๆ ด้าน

พ.ศ. 2562 จุดเริ่มต้น พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิเกิดขึ้นเนื่องจาก การมีกลไกการบริหารสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีมาตรฐาน และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน ส่งผลให้มีสุขภาพแข็งแรง เจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ลดลง อันเป็นการสร้างความเป็นธรรมและความมั่นคงด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นในสังคมและประเทศ อย่างไรก็ตามรายละเอียดเกี่ยวกับ พระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ (สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, 2562)

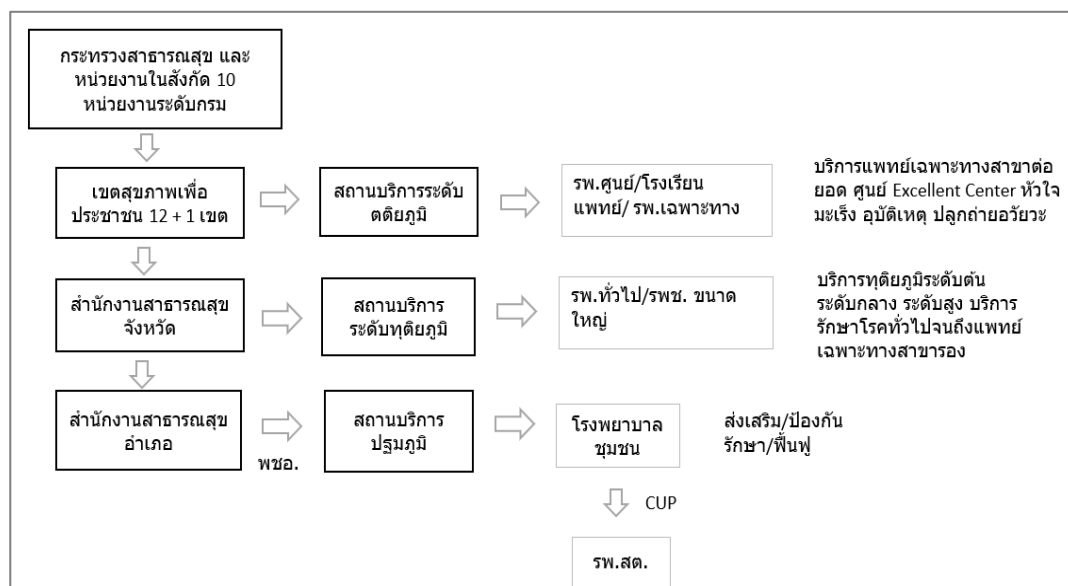
3. ระบบการให้บริการปฐมภูมิ

การให้บริการปฐมภูมิเป็นระบบที่ขึ้นอยู่กับระบบสุขภาพไทยในช่วงก่อนพระราชบัญญัติปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 การให้บริการปฐมภูมิถูกรวมกับบริการอื่น ๆ โดยที่ยังไม่มีการแยกบริการของระบบให้บริการปฐมภูมิ เพื่อทำความเข้าใจระบบบริการปฐมภูมิของไทย ก่อนพ.ร.บ. ปฐมภูมิ 2562 จึงทำการแยกเป็นกลไกการบริหารระบบสุขภาพ และ กลไกการให้บริการสุขภาพให้กับคนไทย

กลไกการบริหารระบบสุขภาพ

การบริหารระบบสุขภาพในประเทศไทย ขึ้นอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 10 หน่วยงานระดับกรม การให้บริการสุขภาพในรูปแบบเชิงพื้นที่ แบ่งเป็น 12 + 1 เขตสุขภาพ ตามนโยบายเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ซึ่งเป็นกลไกที่มีรูปแบบการทำงานโดยการเชื่อมร้อยองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่มุ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพ อยู่ในเขตพื้นที่เดียวกัน มาบูรณาการการทำงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลต่าง ๆ การทำงานของเขตสุขภาพจะ

ดำเนินการผ่านหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละเขต (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2564)



ภาพ 3 แสดงหน่วยบริการและหน่วยบริหารระบบสุขภาพระดับต่าง ๆ

ที่มา: สรุปลงจากการรวบรวมวรรณกรรมของผู้วิจัย

เขตที่ 1 ประกอบด้วย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน น่าน พะเยา เชียงราย แพร่

เขตที่ 2 ประกอบด้วย ตาก พิษณุโลก สุโขทัย เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์

เขตที่ 3 ประกอบด้วย กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี ชัยนาท

เขตที่ 4 ประกอบด้วย นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี

อ่างทอง นครนายก

เขตที่ 5 ประกอบด้วย กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์

เพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม

เขตที่ 6 ประกอบด้วย ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ

เขตที่ 7 ประกอบด้วย ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์

เขตที่ 8 ประกอบด้วย หนองคาย เลย อุตรธานี หนองบัวลำภู บึงกาฬ นครพนม

มุกดาหาร สกลนคร

เขตที่ 9 และเขต 10 สุรินทร์ นครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิ อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ

ยโสธร อุบลราชธานี

เขตที่ 11 ประกอบด้วย ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่

เขตที่ 12 สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส พัทลุง ตรัง

เขตที่ 13 กรุงเทพฯ

การทำงานของเขตสุขภาพทำงานร่วมกันแบบบูรณาการของทุกภาคส่วน โดยมีหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ขณะที่การให้บริการที่ทำงานภายใต้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำงานในระดับพื้นที่โดยแบ่งเป็นการให้บริการ 3 ระดับ ได้แก่ บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิและบริการตติยภูมิ โดยที่การให้บริการปฐมภูมิจะเป็นการให้บริการรักษาเบื้องต้นโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีไข้แพทย์แต่อยู่ในความดูแลของแพทย์ภายใต้หน่วยบริการคู่สัญญา (Contracting Unit Of Primary Care: CUP) โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ภายใต้การช่วยเหลือของโรงพยาบาลชุมชน การบริการในระดับบริการปฐมภูมิจะเน้นไปที่ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังจากการรักษาและได้รับการส่งต่อให้กลับมารักษาที่บ้าน (Home Care) เมื่อการรักษาที่มีต้องการบริการที่มีความซับซ้อนสูง จะถูกส่งต่อบริการไปยังบริการทุติยภูมิและบริการตติยภูมิ ซึ่งเป็นบริการเฉพาะทางตามลำดับ โดยที่หน่วยบริการที่เป็นสถานที่บริการระดับทุติยภูมิ คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่และโรงพยาบาลทั่วไป ขณะที่บริการระดับตติยภูมิคือบริการเฉพาะทางในโรงพยาบาลศูนย์ระดับภูมิภาค

โรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขจะถูกแบ่งเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ หรือที่เรียกว่า Service Plan โดยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพก็จะสอดคล้องกับจำนวนทรัพยากรที่มีให้ใช้บริการและความซับซ้อนของบริการที่สามารถบริการได้ โดยมีประเภทของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพดังนี้ (เกวลิน ชื่นเจริญสุข, 2560)

1. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ A โรงพยาบาลศูนย์มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่มีความต้องการการรักษาซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง
2. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ S โรงพยาบาลทั่วไประดับ Standard Level หมายถึงโรงพยาบาลที่มีความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ ประกอบด้วยแพทย์เชี่ยวชาญสาขาหลัก สาขารอง สาขาย่อยบางสาขา เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน
3. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ M1 โรงพยาบาลระดับขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่มีความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลักทุกสาขา สาขารองบางสาขา เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

4. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ M2 คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 -5 คน แพทย์เฉพาะทางครบ 6 สาขา (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์) สาขาอย่างละ 2 คน รับรองการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่น และลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป

5. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ F1 คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 – 120 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขา มีอยู่เดิม แต่ไม่เพิ่ม รวม 3 – 10 คน มีห้องผ่าตัด ผู้ป่วยใน ห้องคลอด สนับสนุนบริการเครือข่ายปฐมภูมิ (CUP)

6. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับ F2 คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 – 90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 – 5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด รองรับผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอและสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

7. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับ F3 คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือเวชศาสตร์ครอบครัวรวม 1-2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัดใหญ่ ห้องคลอด ตักผู้ป่วยในให้การดูแลแบบไม่ซับซ้อน ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น ผ่าตัดใหญ่และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ

8. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับ P คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานพยาบาลของเทศบาล สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในพื้นที่ห่างไกล ที่ให้บริการระดับปฐมภูมิโดยไม่มีแพทย์ประจำ

ทั้งหมด คือ กรอบระบบการบริหารของระบบสุขภาพของไทยโดยที่บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ และบริการตติยภูมิ อยู่ภายใต้ระบบบริการของโรงพยาบาล ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ขณะที่กลไกการรับบริการและการให้บริการของประชาชนสามารถดูได้จากกลไกการให้บริการสุขภาพ (กองบริหารการสาธารณสุข, 2561)

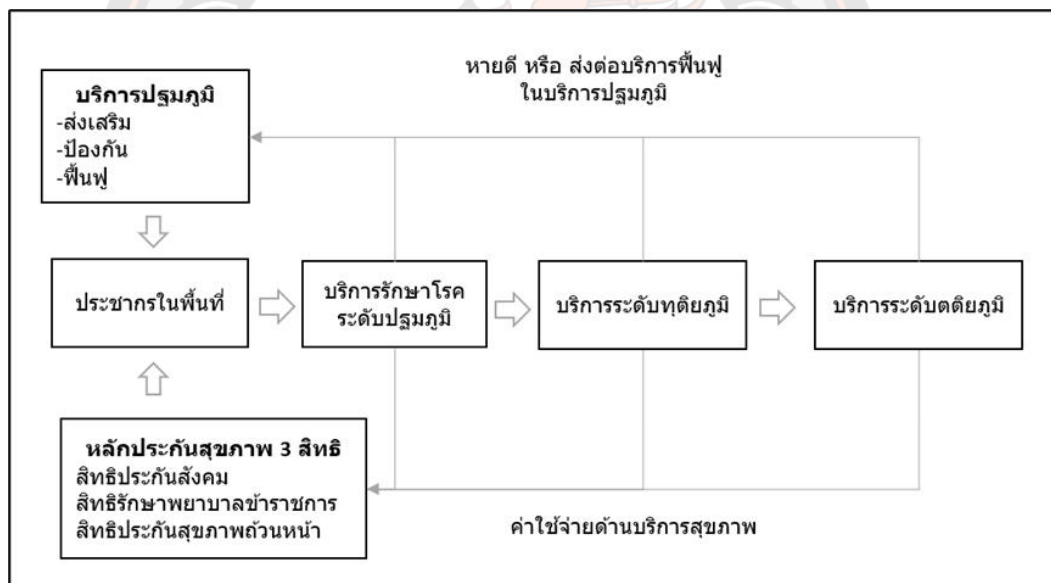
กลไกการให้บริการสุขภาพ

ภายหลังการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หรือร่วมจ่ายบางรายการ เป็นไปตามมาตรา 5 “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยงานในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ”

สำหรับสิทธิอื่น ๆ ก็ให้เป็นไปตามสิทธิโดยประชาชนคนไทยทุกคนจะอยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 3 สิทธิ ได้แก่ ข้าราชการและครอบครัวจะอยู่ภายใต้สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefits Scheme) สิทธิประกันสังคม (Social Security Scheme) และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme) การรับบริการหรือการให้บริการใด ๆ จะถูกตรวจสอบสิทธิว่าประชาชนที่ขึ้นทะเบียนนั้นขึ้นทะเบียนไว้ที่หน่วยบริการใด และมีสิทธิใด การใช้บริการนอกสิทธิจะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น ยกเว้นการใช้บริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, 2562)

อย่างไรก็ตาม การใช้บริการจะเข้าไปใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิก่อน หรือ บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิก่อน กรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความต้องการในการรับบริการระดับที่ซับซ้อนกว่าจะถูกส่งต่อไปยังหน่วยบริการในระดับการบริการที่สูงกว่า (ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ) โดยไม่มีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ



ภาพ 4 แสดงกลไกการรับบริการที่เชื่อมต่อสำหรับบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ที่มา: สรุปลจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย

รายการค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ หน่วยบริการแรกหรือ หน่วยบริการประจำของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการได้ขึ้นทะเบียนไว้จะเป็นคนรับผิดชอบ เบิกค่าบริการไปยังกองทุน 3 กองทุนที่ผู้รับบริการมีสิทธิ (สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2564) โดยการขึ้นทะเบียนรับบริการเป็นไปตามสิทธิที่ขึ้นทะเบียนไว้ ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำได้กรณีมีการย้ายที่อยู่หรือไม่ได้อยู่ในพื้นที่แล้ว (วริศา พานิชเกรียงไกร และคณะ, 2560)

สำหรับการให้บริการปฐมภูมิ (ส่งเสริม/ป้องกัน/ฟื้นฟู/รักษา) นั้นในช่วงก่อนการมีพระราชบัญญัติยังไม่มีระบบการให้บริการชัดเจน โดยจะอ้างอิงอยู่กับระบบสุขภาพเป็นหลัก มีการบริหารจัดการผ่านเครือข่ายสัญญาที่เรียกว่า Contracting Unit for Primary Care (CUP) ซึ่งเป็นการทำงานกันระหว่าง โรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การสนับสนุนทางโรงพยาบาลแม่ข่ายจะแบ่งงบประมาณสนับสนุนจากค่าใช้จ่ายต่อหัวของโรงพยาบาลชุมชนให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากโรงพยาบาลชุมชน โดยส่วนมากจะขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาลชุมชนที่มีความแตกต่างกัน

การขาดระบบที่ชัดเจนจึงนำไปสู่การเห็นความสำคัญของบริการด้านหน้าอย่างบริการปฐมภูมิ ซึ่งทำให้เกิดพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เพื่อที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ให้มีระบบมากขึ้นและสามารถตอบโจทย์การให้บริการแก่ประชาชนมากขึ้นในเนื้อหาต่อไป

4. ทรัพยากรสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ

เพื่อให้สามารถเข้าใจบริบทการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิจึงต้องทำการศึกษาข้อมูลทรัพยากรสุขภาพที่ให้บริการในประเทศไทยที่มีอยู่พร้อมทั้งจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ในบริบทจังหวัด เพื่อสามารถเปรียบเทียบทรัพยากรที่มีอยู่และความต้องการการใช้ทรัพยากรโดยดูจากจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งงบประมาณที่กระจายไปในแต่ละพื้นที่

ทรัพยากรการให้บริการสุขภาพของบริการปฐมภูมิเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งตามระดับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของโรงพยาบาล แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจะถูกกำหนดมาจากทรัพยากรสุขภาพ เช่น จำนวนเตียง จำนวนแพทย์ แพทย์สาขาเฉพาะทาง ความสามารถในการให้บริการเทคโนโลยีที่จำเป็นต้องใช้ในบริการ จำนวนโรงพยาบาลในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 โดยแต่ละแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจะมีลักษณะแตกต่างกันไป

ในปี พ.ศ. 2562 มีโรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมด 33 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (S) ทั้งหมด 48 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนระดับ M1 และ M2 จำนวน 35 และ 88 แห่งตามลำดับ โรงพยาบาลชุมชนระดับ (F1 F2 และ F3) มีจำนวน 77 แห่ง 516 แห่ง และ 99 แห่งตามลำดับ จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 10,277 แห่งทั่วประเทศ ทั้งนี้ โรงพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพเหล่านี้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด โดยไม่ได้รวมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลในสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ

ขณะที่การบริหารงานของโรงพยาบาลในแต่ละระดับต่าง ๆ จะกระจายตามเขตสุขภาพทั้งหมด 13 เขตสุขภาพรวมทั้งกรุงเทพฯ (โดยกรุงเทพฯ มีความแตกต่างกับอีก 12 เขต ที่การบริหารงานขึ้นกับกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเปรียบเทียบต่าง ๆ จึงมักจะเป็นระหว่าง 12 เขต) ซึ่งแต่ละเขตสุขภาพจะมีโรงพยาบาลเป็นเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ตามหน้าที่และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่กำหนดไว้ ซึ่งเรียกได้ว่า โครงสร้างพื้นฐานของบริการสุขภาพ

ตาราง 4 แสดงประเภทสถานพยาบาลจำแนกตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

เขต	จังหวัด	จำนวนสถานบริการ (แห่ง)							
		A	S	M1	M2	F1	F2	F3	P
1	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	3	5	3	8	9	68	6	1240
2	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	2	4	1	6	3	29	2	706
3	กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี	1	4	0	6	4	30	9	590
4	นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง	3	4	5	6	3	38	12	814
5	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี	4	6	5	6	7	36	2	942
6	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว สมุทรปราการ	6	3	5	5	11	37	6	807
7	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด	2	2	2	12	5	41	13	836

ตาราง 4 (ต่อ)

เขต	จังหวัด	จำนวนสถานบริการ (แห่ง)							
		A	S	M1	M2	F1	F2	F3	P
8	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี	2	5	2	6	7	54	12	897
9	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	3	1	4	14	11	46	10	969
10	มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ	1	5	2	5	3	46	9	872
11	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง สุราษฎร์ธานี	3	4	4	10	5	39	15	740
12	ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา สตูล	3	5	2	4	9	52	3	864
รวม		33	48	35	88	77	516	99	10,277

ที่มา: การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข 2559

หมายเหตุ: คำอธิบายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาล

A	=	โรงพยาบาลศูนย์
S	=	โรงพยาบาลทั่วไป
M1	=	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก
M2	=	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง
F1	=	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 – 120 เตียง
F2	=	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 – 90 เตียง
F3	=	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง
P	=	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สำหรับสถานบริการประเภท P คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชน และอื่น ๆ โดยที่ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งก็เป็นหน่วยบริการในระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยที่ดำเนินการดำเนินงานปฐมภูมิ โดยเฉพาะงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ

บริบทของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพทำให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีบริการและเป้าหมายของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน แต่สิ่งหนึ่งที่เป็นตัวชี้วัดบริการทางการแพทย์ได้มาก โดยเฉพาะบริการปฐมภูมิ คือ จำนวนแพทย์ในแต่ละจังหวัด

ปริมาณแพทย์ในประเทศไทยจะกระจุกตัวอยู่ในจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจขนาดใหญ่ ขณะที่จังหวัดที่มีขนาดเล็กจะมีปริมาณแพทย์น้อยมาก เรียกได้ว่า เห็นความเหลื่อมล้ำอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 จังหวัดที่มีจำนวนแพทย์มากที่สุด คือ กรุงเทพฯ จำนวน 9,839 คน ขณะที่จังหวัดที่มีจำนวนแพทย์น้อยที่สุด คือ ระนอง มีจำนวนแพทย์เพียง 67 คน สิ่งที่น่าสนใจในกลุ่มจังหวัดที่มีแพทย์จำนวนมาก คือ จังหวัดที่มีขนาดผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (Gross-Provincial Product) สูง หรือสามารถตีความได้ว่า แพทย์จะกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่ที่มีความเจริญสูง

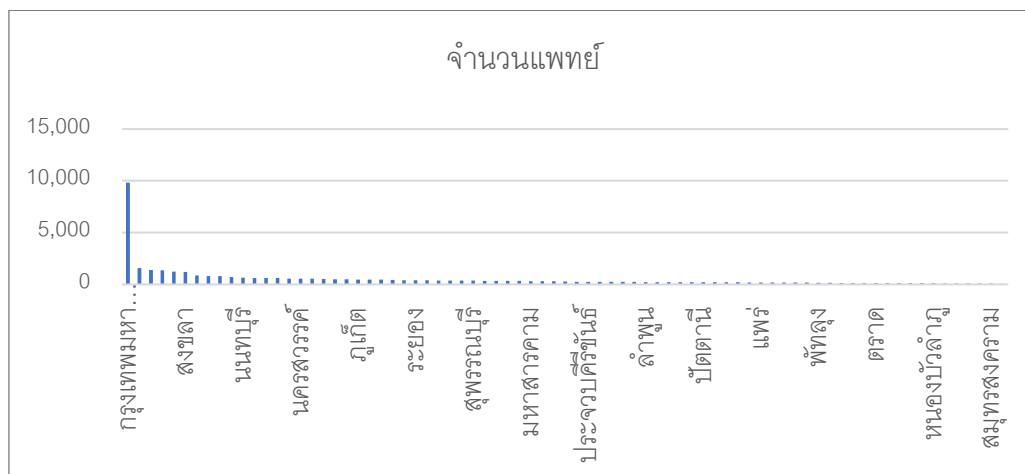
ขณะที่บางพื้นที่ที่อยู่ใกล้กรุงเทพฯ กลับมีปริมาณแพทย์ไม่มาก อย่างสมุทรสงคราม นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า จังหวัดที่มีปริมาณแพทย์น้อยในจังหวัดจะมีลักษณะที่อยู่ห่างไกลจากจังหวัดขนาดใหญ่ อยู่ติดชายแดน อยู่ใกล้ชายแดน หรือเดินทางลำบาก ซึ่งนี้อาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุไปด้วย

ตาราง 5 แสดงจังหวัดที่มีแพทย์มากที่สุดและน้อยที่สุด 10 จังหวัด พ.ศ. 2562

10 จังหวัดแพทย์มากที่สุด		10 จังหวัดแพทย์น้อยที่สุด	
จังหวัด	จำนวนแพทย์ (คน)	จังหวัด	จำนวนแพทย์ (คน)
กรุงเทพฯ	9,839	ระนอง	67
ขอนแก่น	1,587	สมุทรสงคราม	87
เชียงใหม่	1,384	บึงกาฬ	94
ชลบุรี	1,352	สตูล	102
นครราชสีมา	1,221	สิงห์บุรี	103
สงขลา	1,197	แม่ฮ่องสอน	103
ปทุมธานี	866	หนองบัวลำภู	108
พิษณุโลก	813	พังงา	109
อุบลราชธานี	810	อำนาจเจริญ	110
สมุทรปราการ	724	มุกดาหาร	111

ที่มา: ข้อมูลจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562

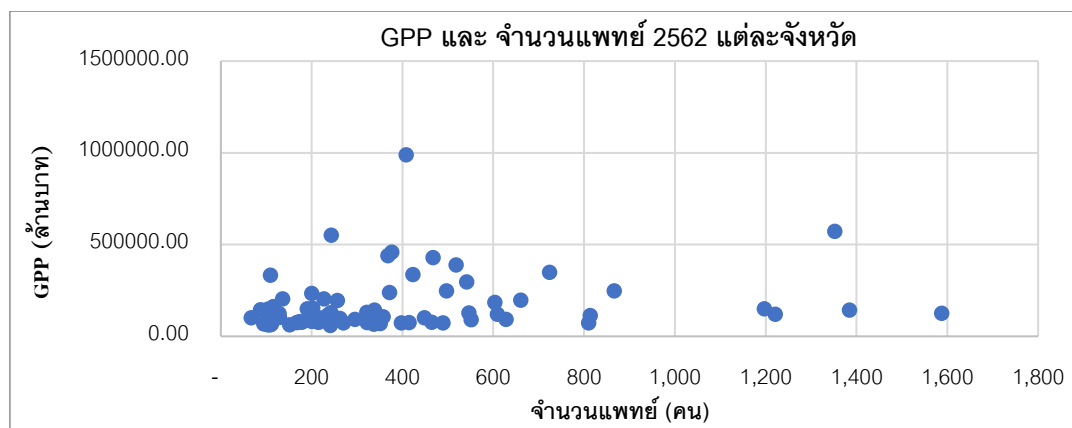
ในภาพด้านล่างต่อไปนี้จะแสดงการเรียงลำดับจังหวัดที่มีจำนวนแพทย์ของแต่ละจังหวัด จะเห็นว่า ความเหลื่อมล้ำเชิงปริมาณที่สามารถเห็นความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ระหว่างกลุ่มจังหวัดที่มีแพทย์จำนวนมาก และจังหวัดที่มีแพทย์จำนวนน้อย



ภาพ 5 แสดงจำนวนแพทย์ของแต่ละจังหวัดในประเทศไทย พ.ศ. 2562

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562

จำนวนแพทย์อยู่ในจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางทางด้านเศรษฐกิจ และแหล่งท่องเที่ยว เช่น กรุงเทพฯ อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจด้วยตาจะช่วยให้เห็นภาพยาก จึงได้ทำการพล็อตกราฟเปรียบเทียบระหว่างจำนวนแพทย์และผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) เพื่อที่จะให้เห็นคำตอบว่าขนาดของเศรษฐกิจแต่ละจังหวัดนั้นทำให้แพทย์อยู่ในจังหวัดเหล่านั้นหรือไม่ ซึ่งเป็นที่ถกเถียงกันมานานว่า แพทย์มีแนวโน้มในการย้ายจากพื้นที่เล็ก ๆ ซึ่งมีความเจริญน้อยกว่า มายังพื้นที่ที่มีความเจริญมากกว่าโดยใช้ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดเป็นตัวแทน สามารถแสดงได้ดังภาพต่อไปนี้

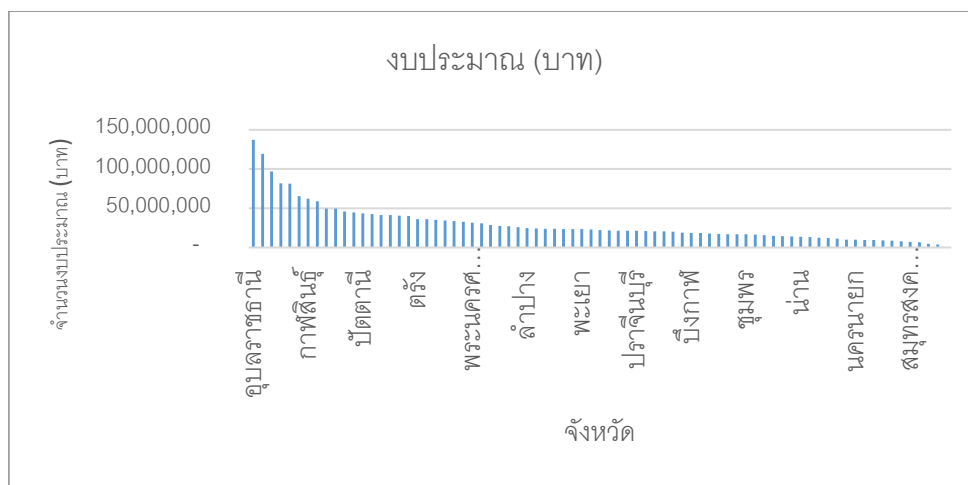


ภาพ 6 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนแพทย์และผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) ยกเว้น กรุงเทพฯ พ.ศ. 2562

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2562

ภาพข้างต้นแสดงการกระจายของจำนวนแพทย์โดยเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) โดยแกนตั้ง คือ มูลค่า GPP ของแต่ละจังหวัด และ แกนนอนคือ จำนวนแพทย์ในจังหวัด (คน) ซึ่งจะเห็นว่า ขนาดของ GPP นั้นไม่ได้สัมพันธ์กับจำนวนแพทย์มากนัก แต่อย่างไรก็ตาม มีจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจขนาดใหญ่ หลายจังหวัดที่มีแพทย์ไม่มาก สิ่งที่น่าสนใจอีกอย่าง คือ จังหวัดที่มีเศรษฐกิจขนาดใหญ่ อาจจะเป็นเพราะ เป็นพื้นที่อุตสาหกรรม ตัวอย่างเช่น จังหวัดระยอง ที่มีพื้นที่อุตสาหกรรมจำนวนมาก จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีการขุดเจาะน้ำมัน และ โรงงานต่าง ๆ ขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) อาจจะไม่เป็นตัวแทนของการวัดการเจริญเติบโตของขนาดเศรษฐกิจของจังหวัด หรือ เป็นปัจจัยในการเลือกย้ายของแพทย์ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะอื่นอีก เช่น จังหวัดที่มีลักษณะเป็นเมืองท่องเที่ยว ซึ่งจังหวัดเหล่านี้เป็นจังหวัดที่มีลักษณะเฉพาะ อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบจำนวนแพทย์กับขนาดเศรษฐกิจนั้นทำให้มีแพทย์มาอยู่มาก แต่อย่างไรก็ตามต้องเปรียบเทียบกับภาระงานของแพทย์ต่อผู้สูงอายุ ว่าจริง ๆ แล้ว บางจังหวัดอาจจะไม่ได้มีแพทย์จำนวนมาก แต่จำนวนผู้สูงอายุก็ได้ไม่มากไปด้วยและการใช้บริการสาธารณสุขก็ได้ไม่มากเช่นกัน

นอกจากจำนวนแพทย์แล้ว ทรัพยากรด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิอีกด้านหนึ่งก็คืองบประมาณด้านสุขภาพของบริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ว่าแต่ละจังหวัดมีขนาดงบประมาณแตกต่างกันอย่างไร โดยในภาพนี้เป็นงบประมาณของ “กองทุนสุขภาพตำบล” (เฉพาะหมวดผู้สูงอายุ) และ “กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)” ในปี พ.ศ. 2562 จะพบว่า งบประมาณที่ลงไปในแต่ละจังหวัดก็มีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดเช่นกัน



ภาพ 7 แสดงงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลรายจังหวัด ยกเว้นกรุงเทพฯ พ.ศ. 2562

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562

จังหวัดที่ใช้งบประมาณสูงสุด 10 จังหวัด เป็นจังหวัดในภาคอีสานถึง 8 จังหวัด ขณะที่จังหวัดในภาคใต้ก็ถือว่าได้รับงบประมาณสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งเข้าใจว่า การดำเนินการกองทุนทั้ง 2 กองทุนเป็นการดำเนินการให้กับหน่วยงานที่มีความพร้อมในการดำเนินการของหน่วยงานในท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สมทบทุนร่วมกัน) ทำให้แต่ละท้องถิ่นที่มีความพร้อมที่แตกต่างกัน แต่ยังมีประเด็นที่งบประมาณไม่ได้กระจายตามความขาดแคลนแต่กระจายตามความพร้อมของหน่วยงาน

ตาราง 6 แสดงงบประมาณ 10 จังหวัดที่มากที่สุดในปี พ.ศ. 2562

จังหวัด	กองทุนสุขภาพตำบล	กองทุนระบบการดูแลระยะยาว (LTC)	งบประมาณ (บาท)
อุบลราชธานี	19,776,271	117,478,125	137,254,396
ขอนแก่น	46,187,711	73,255,114	119,442,825
สงขลา	80,465,409	16,519,312	96,984,721
นครราชสีมา	30,576,482	51,202,735	81,779,217
ศรีสะเกษ	11,557,640	70,031,228	81,588,868
มหาสารคาม	9,197,964	56,390,251	65,588,215
กาฬสินธุ์	11,276,477	50,755,657	62,032,134

ตาราง 6 (ต่อ)

จังหวัด	กองทุนสุขภาพตำบล	กองทุนระบบการดูแลสุขภาพและระยะยาว (LTC)	งบประมาณ (บาท)
ร้อยเอ็ด	13,129,269	45,746,710	58,875,979
พัทลุง	35,167,997	14,540,136	49,708,133
นราธิวาส	45,150,781	4,293,355	49,444,136

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562

ขณะที่จังหวัดที่ได้รับงบประมาณน้อยที่สุด ยังอยู่ในกลุ่มจังหวัดที่มีบุคลากรทางการแพทย์น้อยที่สุดเช่นกัน เช่น ระนอง แม่ฮ่องสอน สมุทรสงคราม สิงห์บุรี เป็นต้น

ตาราง 7 แสดงงบประมาณ 10 จังหวัดที่น้อยที่สุดในปี พ.ศ. 2562

จังหวัด	กองทุนสุขภาพตำบล	กองทุนระบบการดูแลสุขภาพและระยะยาว (LTC)	งบประมาณ (บาท)
กรุงเทพมหานคร	-	-	-
ระนอง	1,178,135	2,573,415	3,751,550
แม่ฮ่องสอน	2,569,081	2,286,661	4,855,742
ตราด	2,932,072	3,911,734	6,843,806
สมุทรสงคราม	3,917,580	3,027,426	6,945,006
ภูเก็ต	5,134,412	2,893,954	8,028,366
พังงา	4,146,928	4,433,300	8,580,228
เพชรบุรี	5,388,484	3,929,180	9,317,664
สมุทรสาคร	5,745,090	3,719,757	9,464,847
สิงห์บุรี	4,085,975	5,633,581	9,719,556
นครนายก	6,086,771	3,887,385	9,974,156

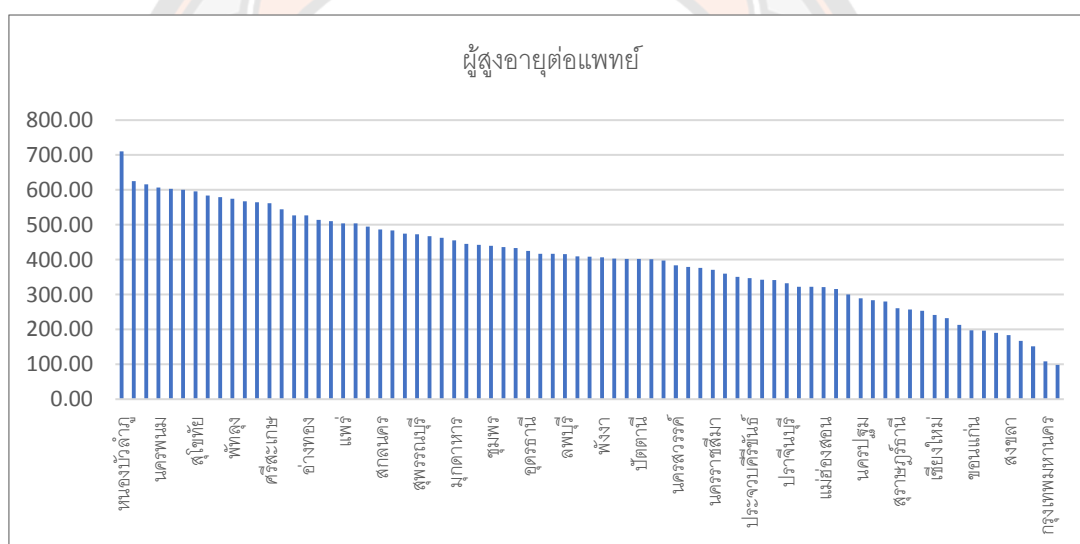
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562

หมายเหตุ: กรุงเทพฯ ไม่ได้รับงบประมาณส่วนนี้เนื่องจาก งบประมาณส่วนนี้ดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ซึ่งข้อมูลนี้ ถ้าหากเรานำไปเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุในจังหวัด เราจะเห็นภาพ ภาระงาน หรือพื้นที่ไต่บ้ำงที่ต้องการงบประมาณและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำไปเปรียบเทียบกับจำนวนแพทย์ต่อประชากรผู้สูงอายุ และงบประมาณสำหรับการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุต่อจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัด ทำให้เห็นช่องโหว่ที่ต้องทำความเข้าใจมากขึ้นตั้งหัวข้อถัดไป

5. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขกับจำนวนผู้สูงอายุ

ในด้านความสัมพันธ์ของการกระจายทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขและจำนวนผู้สูงอายุ และเพื่อให้เห็นภาพจำนวนทรัพยากรต่อจำนวนผู้สูงอายุ เราจึงทำการเปรียบเทียบระหว่าง จำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์ 1 คนทั่วประเทศ และจำนวนงบประมาณต่อจำนวนผู้สูงอายุ โดยแสดงข้อมูลดังต่อไปนี้



ภาพ 8 แสดงจำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์ 1 คนในแต่ละจังหวัด พ.ศ. 2562

ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562

สำหรับภาพข้างต้น เป็นจำนวนประชากรต่อจำนวนแพทย์ 1 คน จะพบว่าจังหวัดที่มีจำนวนประชากรต่อแพทย์สูง ก็ยังเป็นกลุ่มจังหวัดในเขตชายแดน อย่างหนองบัวลำภู บึงกาฬ จังหวัดที่มีขนาดเล็ก ขณะที่จังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์น้อยที่สุด คือ ภูเก็ต กรุงเทพฯ และชลบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ทั้งสิ้น

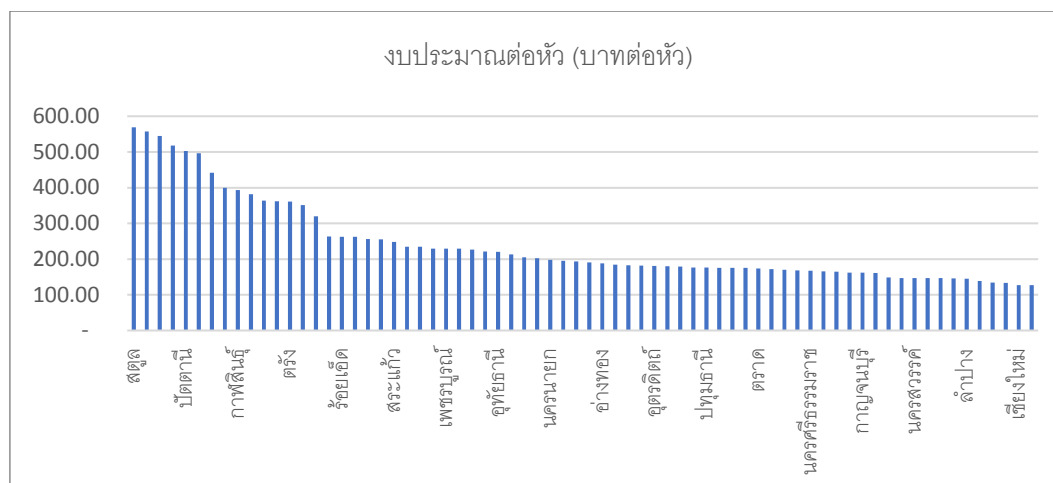
ตาราง 8 แสดงผู้สูงอายุต่อแพทย์มากและน้อยที่สุด 10 จังหวัด พ.ศ. 2562

ผู้สูงอายุต่อแพทย์มากที่สุด		ผู้สูงอายุต่อแพทย์น้อยที่สุด	
จังหวัด	ผู้สูงอายุต่อแพทย์	จังหวัด	ผู้สูงอายุต่อแพทย์
ภูเก็ต	98.12	หนองบัวลำภู	710.40
กรุงเทพฯ	108.13	กำแพงเพชร	625.57
ชลบุรี	151.64	บึงกาฬ	615.87
สมุทรสาคร	167.30	นครพนม	606.38
สงขลา	183.35	ยโสธร	603.17
ปทุมธานี	189.79	เพชรบูรณ์	600.72
พิษณุโลก	196.57	สุโขทัย	595.44
ขอนแก่น	197.19	กาฬสินธุ์	583.57
นครนายก	213.14	ชัยภูมิ	579.02
ระยอง	231.95	พัทลุง	574.45

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข และ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2562

จากตารางข้างต้น จะเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์กระจุกตัวอยู่ในจังหวัดที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจสูง และเหลื่อมล้ำกับจังหวัดที่อยู่ห่างไกลพอสมควร โดยความแตกต่างนั้นสูงมาก 10 จังหวัดที่มีผู้สูงอายุต่อแพทย์น้อยที่สุด กับ 10 จังหวัดที่มีแพทย์ต่อผู้สูงอายุมากที่สุดนั้น ห่างกันถึง 7 – 8 เท่าตัว

เมื่อพิจารณาประเด็นงบประมาณต่อหัวของงบประมาณด้านบริการปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2562 แล้วจะพบว่าไม่แตกต่างกัน คือ การกระจายของงบประมาณไม่ได้มีทิศทางที่สอดคล้องกับจำนวนภาวะการขาดแคลนของทรัพยากรและกระจุกตัวอยู่ภาคใดภาคหนึ่งจำนวนมาก หรือกระจุกตัวอยู่จังหวัดใดจังหวัดหนึ่ง โดยที่อาจจะไม่ได้เป็นไปตามพื้นที่หรือการขาดแคลนทรัพยากร



ภาพ 9 แสดงงบประมาณกองทุนสุขภาพเฉลี่ยต่อหัวของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562

หมายเหตุ: เฉพาะหมวดผู้สูงอายุและไม่รวมกรุงเทพฯ

จากข้อมูลเมื่อนำมาเปรียบเทียบเป็นตาราง จะพบว่า งบประมาณต่อหัวสูงสุด จะอยู่ในพื้นที่ภาคใต้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งได้แก่ สตูล ยะลา นราธิวาส พัทลุง ปัตตานี สงขลา นอกจากนี้ภาคใต้แล้ว งบประมาณต่อหัวที่สูง ยังเกิดขึ้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ อุบลราชธานี มหาสารคาม ขอนแก่น กาฬสินธุ์ เป็นต้น ขณะที่จังหวัดที่ได้งบประมาณต่อหัวน้อยนั้นกระจายตัว แต่ขนาด งบประมาณต่อหัวเมื่อเทียบกับจังหวัดที่มีงบประมาณต่อหัวสูง ต่างกันถึง 5 เท่า

ตาราง 9 แสดงงบประมาณต่อหัวมากและน้อยที่สุด 10 จังหวัด พ.ศ. 2562

จังหวัด	งบประมาณต่อหัวมากที่สุด	จังหวัด	งบประมาณต่อหัวน้อยที่สุด
	งบประมาณต่อหัว (บาทต่อหัว)		งบประมาณต่อหัว (บาทต่อหัว)
สตูล	568.84	นนทบุรี	103.09
ยะลา	557.05	เพชรบุรี	103.23
นราธิวาส	544.44	นครปฐม	106.33
พัทลุง	518.15	เชียงใหม่	108.10
ปัตตานี	502.70	สมุทรสาคร	109.21

ตาราง 9 (ต่อ)

งบประมาณต่อหัวมากที่สุด		งบประมาณต่อหัวน้อยที่สุด	
จังหวัด	งบประมาณต่อหัว (บาทต่อหัว)	จังหวัด	งบประมาณต่อหัว (บาทต่อหัว)
อุบลราชธานี	496.17	พิจิตร	121.73
สงขลา	441.90	สุพรรณบุรี	126.73
มหาสารคาม	399.32	เชียงใหม่	127.28
กาฬสินธุ์	393.69	สมุทรปราการ	133.12
ขอนแก่น	381.69	ประจวบคีรีขันธ์	133.88

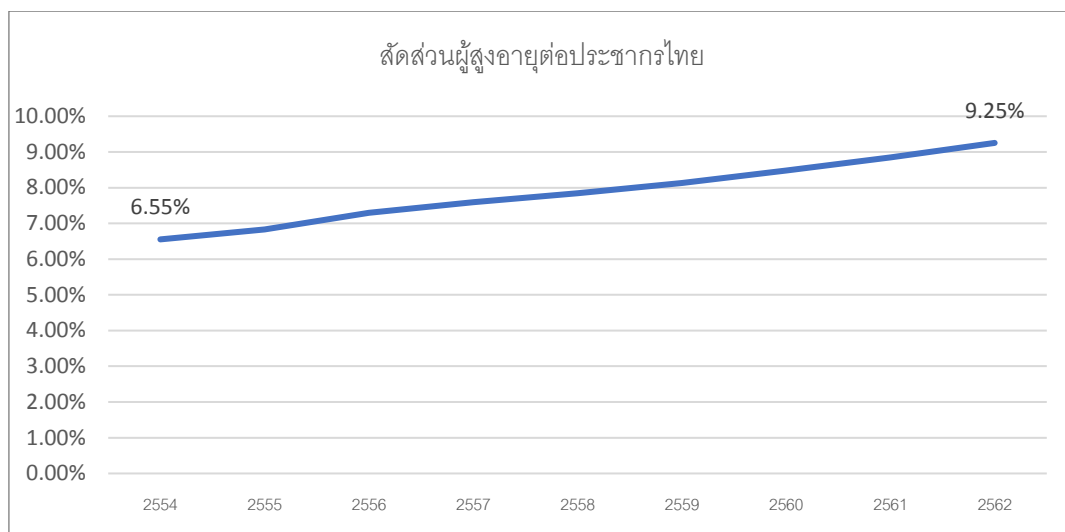
ที่มา: งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลและกองทุน กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2562 โดยการคำนวณของผู้วิจัย

หมายเหตุ: งบประมาณด้านสาธารณสุขนี้เป็นเงินที่โอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงไม่มีข้อมูลของกรุงเทพฯ

ข้อสังเกตที่น่าสนใจเพิ่มเติม คือ งบประมาณของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 2 กองทุน ซึ่งเป็นงบประมาณเฉลี่ยต่อหัว พบว่า จังหวัดในภาคใต้และภาคอีสานเป็นจังหวัดที่ได้งบประมาณต่อหัวสูง มีจังหวัดที่มีอัตราบุคลากรทางการแพทย์ต่ำ แต่หลายจังหวัดเป็นจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจขนาดใหญ่ เช่น สงขลา อุบลราชธานี ขอนแก่น ขณะที่จังหวัดที่มีงบประมาณต่อหัวน้อย เป็นจังหวัดที่อยู่ใกล้เคียงกับกรุงเทพฯ เช่น นนทบุรี สมุทรสาคร และสมุทรปราการ ซึ่งก็พอสมเหตุผลของการที่ได้งบประมาณน้อย

6. การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุไทยก่อนมี พ.ร.บ. ฯ

เพื่อให้เห็นภาพของสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ในปัจจุบันประเทศไทยมีร้อยละของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2554 จาก 6.55 % จนถึง ปี พ.ศ. 2562 9.25 % โดยจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นไปในทิศทางขาขึ้น

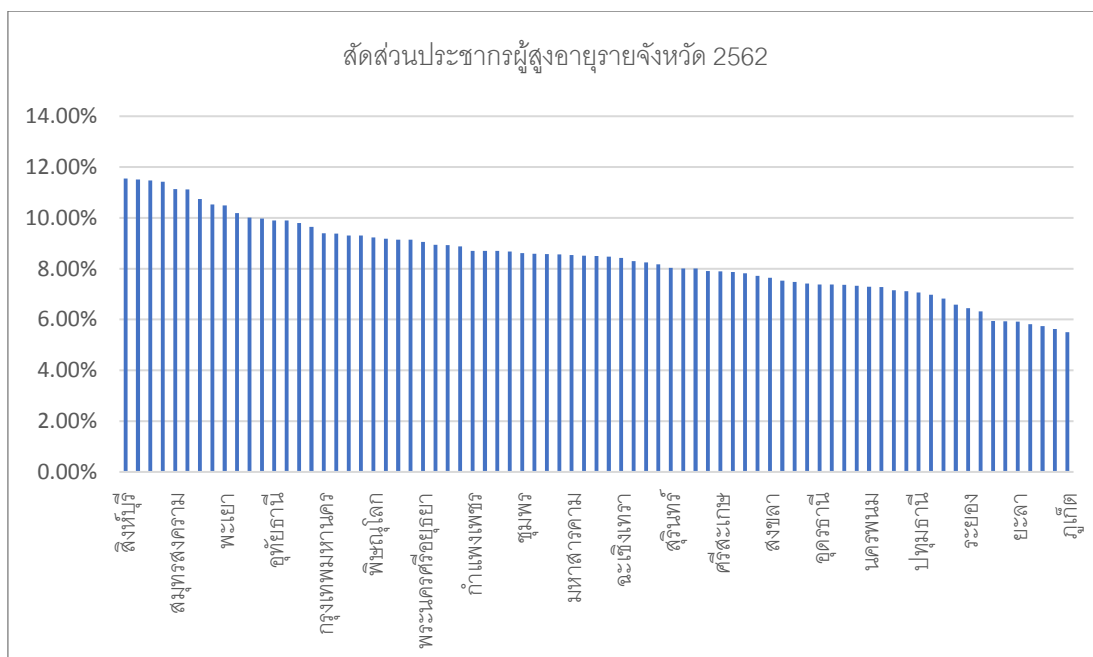


ภาพ 10 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรไทย พ.ศ. 2554-2562

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

หมายเหตุ: ไม่รวม ประชากรไม่ทราบ/ระบุปีจันทรคติ, ประชากรในทะเบียนบ้านกลาง, ประชากรที่ไม่ใช่สัญชาติไทย, ประชากรอยู่ระหว่างการย้าย

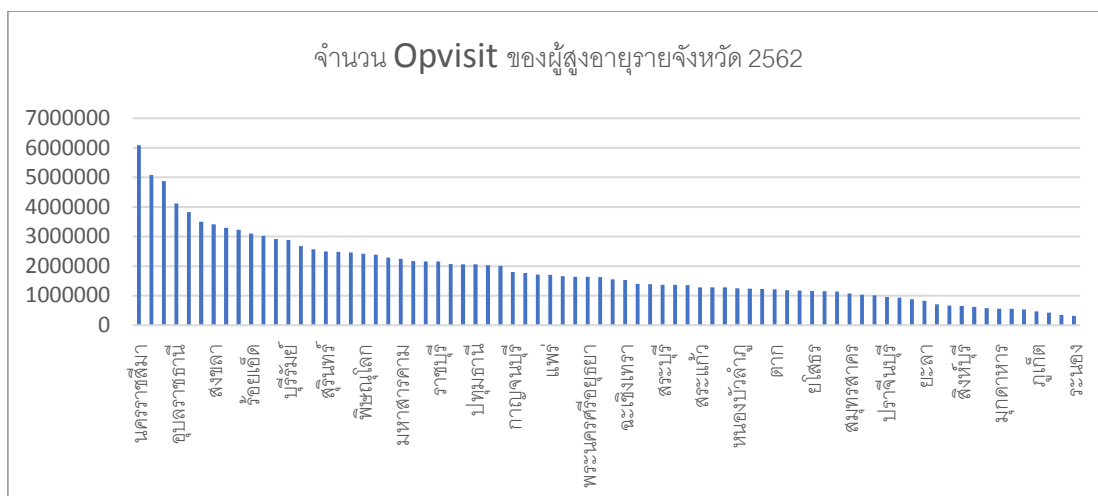
เมื่อพิจารณารายจังหวัดแล้ว ร้อยละของผู้สูงอายุในบางจังหวัดสูงกว่าร้อยละของผู้สูงอายุในระดับประเทศไปแล้ว โดยส่วนมากจะอยู่ในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบนและจังหวัดภาคกลางเป็นส่วนมาก ขณะที่ภาคใต้มีร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรไม่มากนัก



ภาพ 11 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรรายจังหวัด พ.ศ. 2562

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2562

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางทางร่างกายและจิตใจ จึงทำให้มีการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิค่อนข้างบ่อย เมื่อเราทราบจังหวัดที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากไปแล้ว ถ้าหากเรามาพิจารณาว่า จังหวัดใดบ้างที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ โดยเมื่อเราพิจารณารายจังหวัดจะพบว่า จังหวัดที่มีขนาดใหญ่จะมีจำนวนครั้ง ของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวนมากไปด้วย



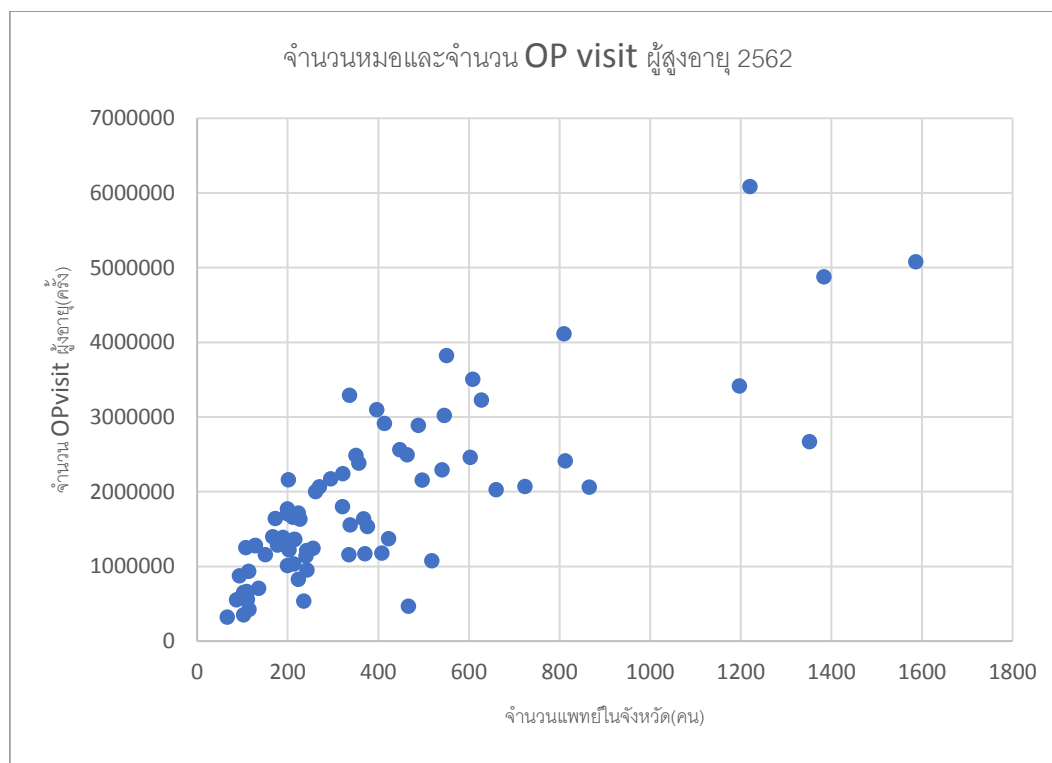
ภาพ 12 แสดงจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุรายจังหวัด พ.ศ. 2562

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ส่งมาจากหน่วยบริการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ยกเว้นในพื้นที่กทม. ซึ่งส่งมาน้อยมาก ทำให้เปรียบเทียบข้อมูลกับจังหวัดอื่นไม่ได้

โดยจังหวัดที่มีจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกมากที่สุด (Outpatient Department: OPD) 10 ลำดับ ได้แก่ นครราชสีมา ขอนแก่น เชียงใหม่ อุบลราชธานี นครศรีธรรมราช สงขลา สกลนคร เชียงราย และร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นจังหวัดหัวเมืองของแต่ละภูมิภาค มีโรงพยาบาลศูนย์ (แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับ A) ตั้งอยู่ในพื้นที่

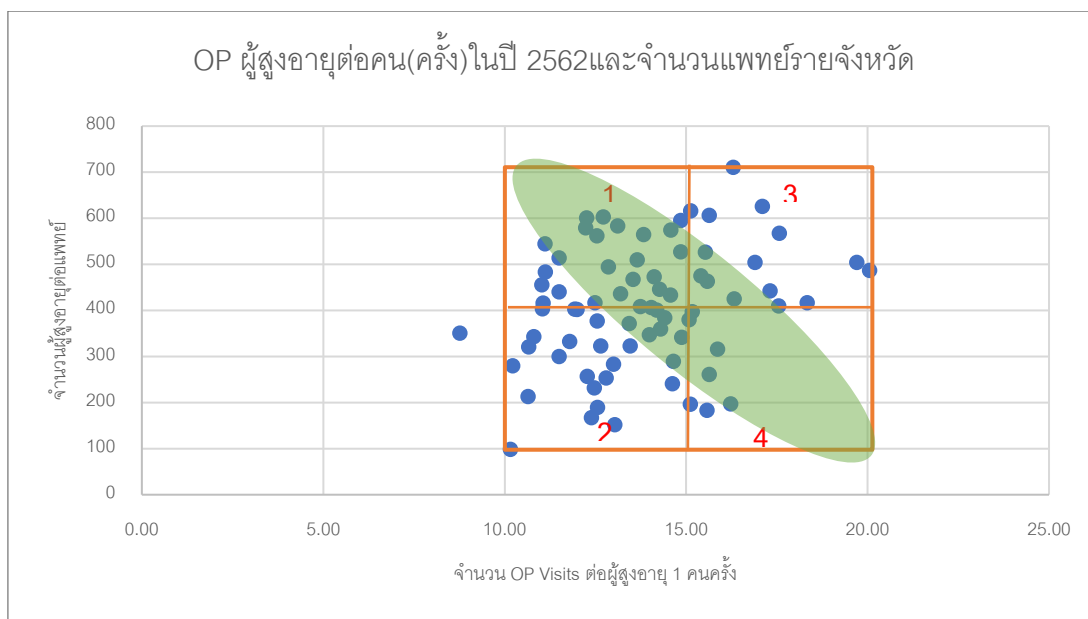
เมื่อเรานำจำนวนแพทย์มาพล็อตร่วมกับจำนวนการใช้บริการจะพบความสัมพันธ์ชัดเจนว่า จำนวนแพทย์ที่มากกว่าจะมีจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่มากกว่า



ภาพ 13 แสดงจำนวนแพทย์ต่อจำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุใช้บริการ รายจังหวัด พ.ศ. 2562

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562

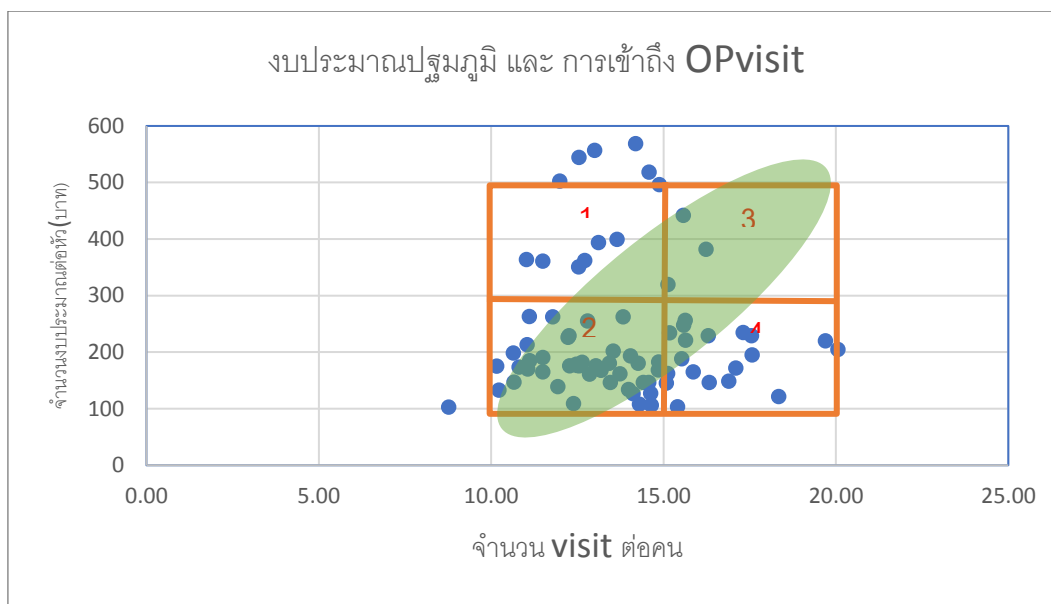
ขณะที่จังหวัดที่มีจำนวนแพทย์ที่น้อยกว่า ก็จะมีจำนวนการใช้บริการที่น้อยครั้งกว่า
 อย่างไรก็ตาม เพื่อมิให้เป็นการตัดสินว่า จังหวัดนั้นมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก จึงได้นำ
 จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาหารด้วยจำนวนผู้สูงอายุ เพื่อลดทอนปัจจัยจำนวนผู้สูงอายุที่มาก
 ขณะที่ด้านจำนวนแพทย์ในจังหวัดก็นำไปหารกับจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งจะกลายเป็นจำนวนผู้สูงอายุต่อ
 แพทย์ 1 คนภายในจังหวัด แล้วนำมาพล็อต ได้ภาพการกระจายดังนี้



ภาพ 14 แสดงผู้สูงอายุต่อแพทย์และการใช้บริการต่อคนต่อปี รายจังหวัด พ.ศ. 2562

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562

ถ้าหากเรานำการกระจายตัวของการใช้บริการและจำนวนแพทย์มาวิเคราะห์กับ Power And Interest Matrix เพื่อวิเคราะห์ทิศทางการใช้ทรัพยากร (Arbabi, Alishahi, Sobhiyah, & Taheripour, 2021) ดังกรอบข้างต้น จำนวนผู้สูงอายุกระจายตัวอยู่ในกรอบ 3 กรอบ คือ กรอบที่ 1 จำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์มีสูง จำนวนผู้ให้บริการน้อย กรอบที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์มีน้อยและคนใช้งานต่อครั้งน้อย กรอบที่ 3 คือ จำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์มีมากและมีผู้สูงอายุใช้บริการมาก มีเพียงไม่กี่จังหวัดเท่านั้นที่อยู่ในกรอบที่ 4 คือ จำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์มีน้อย และมีจำนวนผู้สูงอายุใช้บริการ OPD มาก นั่นคือ การกระจายทรัพยากรมีประสิทธิภาพ



ภาพ 15 แสดงการกระจายงบประมาณต่อหัวและจำนวนการให้บริการของผู้สูงอายุต่อคนต่อปี

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562

หมายเหตุ: เฉพาะกองทุนสุขภาพตำบล (ผู้สูงอายุ) และ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ปี พ.ศ. 2562 เท่านั้น

เมื่อนำกรอบเดียวกันมาใช้กับงบประมาณต่อหัว และจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุต่อหัวจะพบว่า การให้บริการของผู้สูงอายุกระจุกตัวในกรอบ จำนวนงบประมาณต่อหัวน้อย (กรอบที่ 2) ขณะที่การให้บริการต่อหัวก็น้อยไปด้วย จุดที่ควรจะเป็นมากที่สุดคือ กรอบที่ 4 กรอบการใช้งบประมาณต่อหัวน้อยและจำนวนการให้บริการเยอะ อย่างไรก็ตาม กรอบงบประมาณต่อหัวที่เยอะในกรอบที่ 1 กลับมีการให้บริการต่อหัวของผู้สูงอายุน้อย นั่นแสดงให้เห็นได้ว่า การใช้งบประมาณยังไม่ตรงตามกลุ่มเป้าหมายและไม่ได้กระตุ้นการให้บริการปฐมภูมิในผู้สูงอายุได้ถูกจุดเท่าที่ควร

สถานการณ์ภาระงานของแพทย์จากการให้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบริการปฐมภูมิ และถ้าหากเราต้องการทราบว่า แพทย์แต่ละจังหวัด กับปริมาณงานบริการผู้ป่วยนอกนั้น จังหวัดใด มีภาระงานของแพทย์ โดยใช้ข้อมูลของแพทย์จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ และจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุจากกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2562 สำหรับการคำนวณพื้นฐาน จำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์ คือ จำนวนแพทย์ 1 คน ที่ต้องดูแลจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดหนึ่ง ขณะที่ การให้บริการ

ผู้ป่วยนอกต่อคน คือ จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Department: OPD Visit) หารด้วย จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัด ทำให้ได้การใช้บริการเฉลี่ยต่อคนของผู้สูงอายุ และเมื่อนำจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ของผู้สูงอายุ หารด้วย จำนวนแพทย์ในจังหวัด เราจะได้ค่าภาระงานของแพทย์มา ในตารางแสดงค่าภาระงานของแพทย์โดยเรียงตามเฉลี่ย สีแดงเข้มหมายถึงจังหวัดที่แพทย์มีภาระงานต่อผู้สูงอายุที่สูง และสีเขียวหมายถึงภาระงานของแพทย์ไม่สูง ในปี พ.ศ. 2562

ตาราง 10 แสดงภาระงานของแพทย์ในแต่ละจังหวัด พ.ศ. 2562

จังหวัด	ผู้สูงอายุต่อแพทย์	การใช้บริการ OPD (ต่อคน)	ภาระงานของแพทย์	จังหวัด	ผู้สูงอายุต่อแพทย์	การใช้บริการ OPD (ต่อคน)	ภาระงานของแพทย์
หนองบัวลำภู	710	16.29	0.15	กาญจนบุรี	409	13.74	0.04
กำแพงเพชร	626	17.10	0.08	พังงา	407	14.04	0.13
บึงกาฬ	616	15.12	0.16	อยุธยา	403	11.04	0.03
นครพนม	606	15.63	0.09	ระนอง	402	11.93	0.18
ยโสธร	603	12.71	0.08	ปัตตานี	402	11.99	0.06
เพชรบูรณ์	601	12.25	0.04	สตูล	401	14.19	0.14
สุโขทัย	595	14.85	0.07	หนองคาย	397	15.17	0.07
กาฬสินธุ์	584	13.11	0.05	นครสวรรค์	384	14.40	0.03
ชัยภูมิ	579	12.23	0.03	ลำปาง	380	15.08	0.03
พัทลุง	574	14.57	0.09	นราธิวาส	377	12.54	0.05
ชัยนาท	567	17.56	0.14	นครราชสีมา	371	13.42	0.01
ร้อยเอ็ด	565	13.83	0.03	เชียงราย	360	14.29	0.02
ศรีสะเกษ	562	12.54	0.03	นนทบุรี	351	8.76	0.01
อำนาจเจริญ	544	11.11	0.10	ประจวบคีรีขันธ์	347	13.98	0.05
เลย	527	14.85	0.07	ตราด	343	10.80	0.09
อ่างทอง	527	15.53	0.14	อุบลราชธานี	342	14.87	0.02
บุรีรัมย์	514	11.49	0.02	ปราจีนบุรี	333	11.78	0.05
มหาสารคาม	510	13.65	0.04	ฉะเชิงเทรา	323	12.64	0.03

ตาราง 10 (ต่อ)

จังหวัด	ผู้สูง อายุ ต่อ แพทย์	การใช้ บริการ OPD (ต่อคน)	ภาระ งานของ แพทย์	จังหวัด	ผู้สูง อายุ ต่อ แพทย์	การใช้ บริการ OPD (ต่อคน)	ภาระ งาน ของ แพทย์
แพร่	504	16.89	0.08	ราชบุรี	323	13.46	0.03
อุทัยธานี	504	19.70	0.15	แม่ฮ่องสอน	321	10.66	0.10
สมุทรสงคราม	494	12.85	0.15	ตาก	316	15.86	0.07
สกลนคร	487	20.05	0.06	ตรัง	300	11.49	0.03
สุรินทร์	484	11.12	0.02	นครปฐม	289	14.64	0.03
เพชรบุรี	475	15.40	0.08	ยะลา	283	12.99	0.06
สุพรรณบุรี	473	14.11	0.04	สมุทรปราการ	280	10.22	0.01
สิงห์บุรี	467	13.53	0.13	สุราษฎร์ธานี	261	15.63	0.03
สระแก้ว	463	15.58	0.09	จันทบุรี	257	12.27	0.03
มุกดาหาร	455	11.02	0.10	สระบุรี	254	12.79	0.03
อุดรดิตถ์	446	14.26	0.07	เชียงใหม่	241	14.62	0.01
พะเยา	442	17.31	0.08	ระยอง	232	12.46	0.03
ชุมพร	440	11.49	0.06	นครนายก	213	10.64	0.05
นครศรีธรรมราช	436	13.19	0.02	ขอนแก่น	197	16.22	0.01
น่าน	434	14.57	0.07	พิษณุโลก	197	15.11	0.02
อุดรธานี	425	16.32	0.03	ปทุมธานี	190	12.55	0.01
พิจิตร	417	18.33	0.07	สงขลา	183	15.57	0.01
กระบี่	416	12.48	0.09	สมุทรสาคร	167	12.39	0.02
ลพบุรี	416	11.05	0.03	ชลบุรี	152	13.03	0.01
ลำพูน	409	17.54	0.08	ภูเก็ต	98	10.15	0.02

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562

ในตารางข้างต้น จะสังเกตได้ว่า ภาระงานของแพทย์นั้นจะสูงเป็นบางจังหวัดเท่านั้น ซึ่งจากข้อสังเกตที่ได้ จำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์ที่สูง ไม่ได้หมายความว่า จังหวัดนั้นจะมีค่าภาระงานของแพทย์ที่สูงตามไปด้วย ซึ่งในตารางดังกล่าว จังหวัดที่มีค่าภาระงานที่สูง ได้แก่ ระนอง (0.18) แต่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อผู้สูงอายุเพียง 11.93 ครั้งต่อคนต่อปี นั้นหมายความว่าจำนวนแพทย์น้อยในจังหวัดระนอง ขณะที่จังหวัดมีค่าภาระงาน 0.16 ด้วยอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ 15.12 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งอยู่ในระดับกลาง ๆ ถัดมา คือจังหวัดที่มีค่าภาระงานเท่ากับ 0.15 มี 3 จังหวัดได้แก่ หนองบัวลำภู อุทัยธานี และสมุทรสงคราม จังหวัดที่มีค่าภาระงานของแพทย์ 0.14 คือ ชัยนาท สตูล อ่างทอง และจังหวัดที่มีค่าภาระงานของแพทย์เท่ากับ 0.13 คือ พังงา และสิงห์บุรี เมื่อเทียบภาระงานแล้วจะพบว่า จังหวัดบางจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์มาก ก็ไม่ได้หมายความว่าแพทย์จะมีภาระงานเยอะ ซึ่งจังหวัดเหล่านั้นได้แก่ กำแพงเพชร นครพนม โยธาธร เพชรบูรณ์ สุโขทัย กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ ชัยนาท ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ เลย อ่างทอง บุรีรัมย์ มหาสารคาม และแพร่

นอกจากนี้ จังหวัดที่มีการให้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุจำนวนมาก แต่ไม่ได้หมายความว่าแพทย์มีภาระงานมาก ซึ่งจังหวัดที่เห็นได้ชัด ได้แก่ กำแพงเพชร (17.10) แต่มีค่าภาระงานเพียง 0.08 เท่านั้น นครพนม (15.63) มีค่าภาระงาน 0.09 แพร่ (16.89) มีค่าภาระงาน 0.08 เพชรบุรี (15.40) มีค่าภาระงาน 0.08 สกลนคร (20.05) มีค่าภาระงาน 0.06 พะเยา (17.31) มีค่าภาระงาน 0.08 อุดรธานี (16.32) มีค่าภาระงาน 0.03 พิจิตร (18.33) มีค่าภาระงาน 0.07 ตาก (15.86) มีค่าภาระงาน 0.07 ขอนแก่น (16.22) มีค่าภาระงาน 0.01 พิษณุโลก (15.11) มีค่าภาระงาน 0.02 สงขลา (15.57) มีค่าภาระงาน 0.01 และ สุราษฎร์ธานี (15.63) มีค่าภาระงาน 0.03

จากค่าภาระงานสามารถตอบประเด็นเรื่องของการขาดแคลนแพทย์ในแต่ละจังหวัด ซึ่งสอดคล้องกับการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ว่าจังหวัดใดที่มีจำนวนแพทย์ที่ขาดแคลนบ้าง อย่างไรก็ตาม นี่ก็อาจจะไม่ได้สะท้อนความละเอียดในระดับอำเภอ ต่อประชากรในอำเภอ ซึ่งบางอำเภอมีลักษณะทางไกล การเข้าถึงลำบาก หรือเป็นอำเภอขนาดเล็ก เป็นต้น

7. พ.ร.บ.และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2562 ภายหลังจากการเริ่มพัฒนาพระราชบัญญัติสุขภาพปฐมภูมิหลายปีก่อนหน้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยยังไม่มีรูปร่างที่ชัดเจนมากนัก ระบบผูกติดกับระบบบริการสุขภาพที่เป็นระดับโรงพยาบาล (Hospital Care) ขณะที่บริการปฐมภูมินั้นยังไม่ได้มีการกำหนดนิยามและขอบเขตของการบริการ ทำให้การจัดบริการกลไกการเบิกจ่าย กลไกการรับบริการ มีช่องโหว่มีช่องว่าง โดยในส่วนนี้จึงเป็นการทบทวนเนื้อหาพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ และ ผลของการมีพระราชบัญญัติที่จะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุในประเทศไทย

8. พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 คำว่า “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

“ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

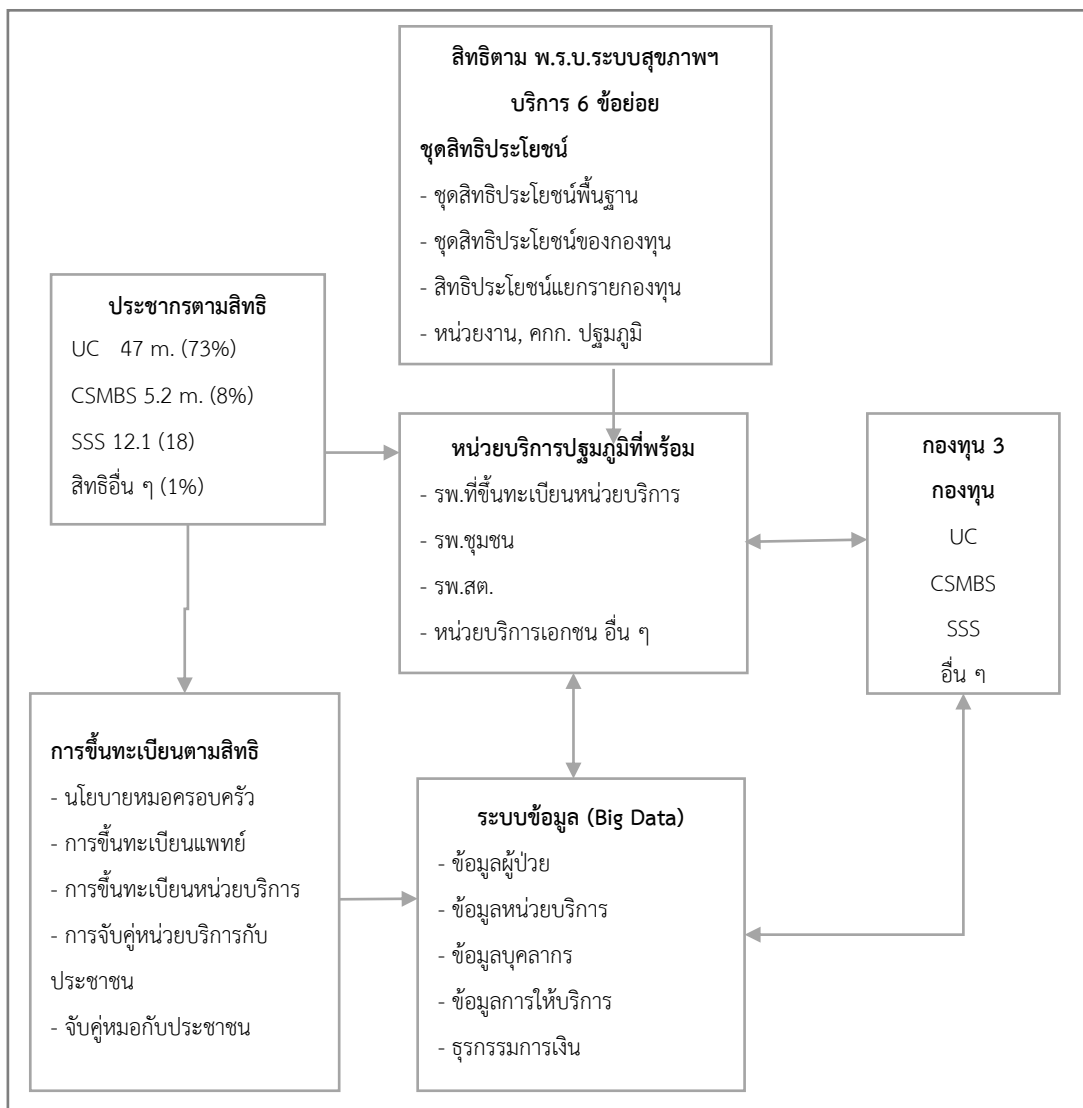
การทำงานของระบบบริการปฐมภูมิจะต้องมีหน่วยงานที่คอยทำหน้าที่ให้บริการต่าง ๆ เป็นไปตามกฎหมาย จึงได้มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิขึ้นมาเพื่อให้การให้บริการเป็นไปตามกฎหมาย ขณะที่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงเริ่มจากการกำหนดกรอบนิยาม และจากนิยามของ 2 ข้อดังกล่าวที่ พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิให้นิยามจะกินความหมายครอบคลุมและกว้างมาก ทำให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้ตีความขอบเขตของ บริการสุขภาพปฐมภูมิไว้ ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพปฐมภูมิไว้ใน ข้อ 4 ของประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง บริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563 ดังต่อไปนี้

1. บริการสุขภาพแบบองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรค หรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัดยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่
2. บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน
3. บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต
4. การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

5. การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจนให้คำแนะนำที่จำเป็น เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการ หรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

6. การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

7. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคเครือข่ายในการ ส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน



ภาพ 16 แสดงแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้สอดคล้องกับพ.ร.บ.สุขภาพปฐมภูมิ

ที่มา: รายงานโครงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายการลิติตประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ (ศุภลิติตี พรรณารุโณทัย และลิติตา โทษบุตร, 2564)

ปัจจุบันการดำเนินการตามแนวทางให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นการบูรณาการหลายหน่วยงาน โดยมีแกนหลักคือ คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งอยู่ในช่วงการรับบริการขั้นทะเบียนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีการทยอยขึ้นทะเบียนหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดการจับคู่บริการ ระหว่างแพทย์และประชาชน ผ่านนโยบาย “คนไทยทุกคนครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน” ประกอบด้วย หมออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (หมอ อสม.) หมอสาธารณสุข และหมอแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ขณะที่อีกด้านหนึ่ง นโยบายด้านสุขภาพจะดำเนินการไม่ได้ ถ้าหากไม่มีข้อมูลที่เพียงพอ จึงมีแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพโดยการใช้เทคโนโลยี Big Data ในการแก้ไขปัญหา ทั้งการจับคู่แพทย์และประชาชน การเก็บข้อมูลการให้บริการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการให้บริการที่เป็นธรรม ฐานข้อมูล Big Data ยังใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่าย การคำนวณค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เมื่อมีฐานข้อมูล Big Data จะทำให้การให้บริการเป็นบริการแบบพุ่งเป้าเพราะว่าข้อมูลที่ได้มีใช้เป็นข้อมูลเชิงสำรวจ แต่เป็นข้อมูลที่ได้จากการลงทะเบียน และข้อมูลการใช้บริการ หน่วยงานที่รับผิดชอบการพัฒนาฐานข้อมูลนี้เป็นความร่วมมือระหว่าง สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และโทรคมนาคมแห่งชาติ

จากกรอบที่ผ่านมา จะพอสรุปได้ว่า นโยบายปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ในประเทศไทยเพิ่งเริ่มพัฒนาเท่านั้น ยังอาศัยการทำงานตามระบบเดิมเป็นส่วนมาก ยังมิได้กำหนดขอบเขตการบริการว่า บริการใดเป็นบริการปฐมภูมิ ยังมิได้ดำเนินการใช้ระบบกับหน่วยงานที่เป็นผู้ให้บริการ (3 กองทุน) ยังมิได้มีการดำเนินการใดที่ให้บริการปฐมภูมิแล้ว แต่ยังคงอยู่ในขั้นการพัฒนา

สำหรับการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุภายหลังการมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้มีความพยายามพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละช่วงวัย โดยมีแนวทางการดำเนินการเพื่อให้เกิดบริการกับผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

ตาราง 11 แสดงบริการการดูแลแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562

กลุ่มบริการ	การดูแล
ส่งเสริมสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2. บริการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุ (ADL) 3. บริการคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเสพสารเสพติด 4. บริการให้คำปรึกษาและคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี 5. บริการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการคลำเต้านมด้วยตนเอง 6. บริการเคลือบฟลูออไรด์ 7. บริการอนามัยเจริญพันธุ์ 8. บริการให้ความรู้เรื่องออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย และการฝึกการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม 9. บริการเยี่ยมบ้าน 10. บริการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า
ป้องกันโรค	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการวัคซีนป้องกัน คอตีบ บาดทะยัก (dT) 2. บริการวัคซีนป้องกัน ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล 3. ได้รับการแจ้งเตือน/ ประชาสัมพันธ์โรคติดต่อ ที่ระบาดและเป็นปัญหาของพื้นที่
ควบคุมโรค	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ภูมิคุ้มกันโรค เพื่อควบคุมโรคตามปัญหาของตนเองและครอบครัว 2. ส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง 3. ได้รับความรู้และแนวทางในการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์โรค
วินิจฉัยโรค	<ol style="list-style-type: none"> 1. บริการวัดความดัน โลหิตและคัดกรองเบาหวาน 2. บริการคัดกรองปัจจัย เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด 3. บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4. บริการคัดกรอง มะเร็งเต้านมด้วยการตรวจคลำเต้านม 5. บริการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกาย 6. บริการคัดกรองผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) 7. ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ตาม สภาพปัญหาของตนเอง และบุคคลในครอบครัว

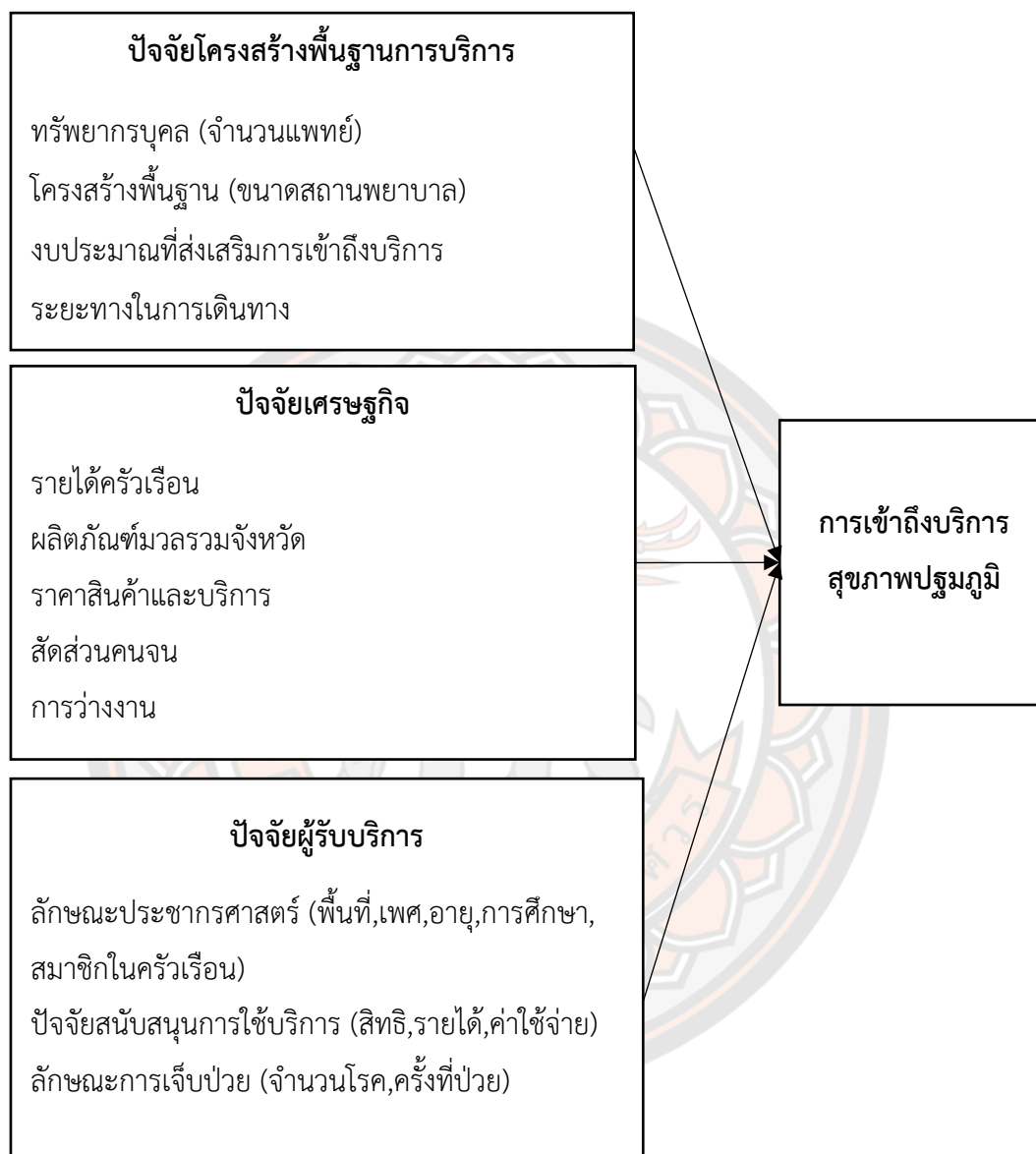
ตาราง 11 (ต่อ)

กลุ่มบริการ	การดูแล
รักษาพยาบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามเยี่ยมบ้าน 2. ให้การได้รับการดูแล รักษาพยาบาลและคำแนะนำตามปัญหาสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวในแต่ละกรณี 3. ได้รับการบรรเทาอาการ ป้องกันการลุกลามของโรค 4. ได้รับการปฐมพยาบาล และการดูแลในภาวะฉุกเฉิน
การฟื้นฟูสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามเยี่ยมบ้าน 2. ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัว 3. ได้รับการจัดหา หรือประสานงาน อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นในการฟื้นฟูสุขภาพ

ที่มา: สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

จากรายการที่ผ่านมาถ้าเรานำไปเปรียบเทียบทรัพยากรสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ เราจะเห็นว่า การแก้ไขปัญหาบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับปัญหาหรือไม่

กรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย



ภาพ 17 แสดงกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วัตถุประสงค์ของบทนี้คืออธิบายระเบียบวิธีการที่จะใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจมหภาค ชุมชนและโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ และตัวกำหนดแต่ละปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างครอบคลุมที่ดำเนินการในบทที่ 2 การศึกษานี้ได้ระบุตัวแปรสำคัญภายในโดเมนทั้งสามที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ

วิธีการสำหรับการวิจัยนี้ต้องการแนวทางที่ครอบคลุมเพื่อให้ได้ภาพกลไกการทำงานร่วมกันที่ซับซ้อนของโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ชุมชน และปัจจัยส่วนบุคคล ที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ ให้ความสำคัญกับประชากรสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความต้องการ และความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพที่แตกต่างจากช่วงวัยอื่น และจำเป็นต้องมีการออกแบบระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Analysis) โดยใช้วิธีการ Explanatory Design กล่าวคือ มีการวิเคราะห์เชิงปริมาณและใช้คำตอบของการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเพื่อเติมเต็มและตอบประเด็นอธิบายปรากฏการณ์ที่การวิเคราะห์เชิงปริมาณอธิบายได้ไม่ชัดเจน การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 กรอบการวิเคราะห์ ตามกรอบแนวคิดของการศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Rainbow Model of Social Determinants of Health) ที่ได้ทำการทบทวนแนวคิดและทฤษฎี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายจากการศึกษา ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในแต่ละโดเมนซึ่งหมายถึงมิติการเข้าถึงบริการโดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ เชิงปริมาณจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วนซึ่งสอดคล้องกับแต่ละปัจจัยที่น่าสนใจ ได้แก่ สมการปัจจัยทางเศรษฐกิจมหภาค สมการปัจจัยด้านชุมชนและโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ และสมการปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งแตกออกเป็นอีก 4 สมการย่อย ทำให้ทั้งหมดมี 6 สมการ โดยแต่ละปัจจัยเหล่านี้จะได้รับการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อทำความเข้าใจถึงอิทธิพลที่อาจเกิดขึ้นต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจะแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมหภาคซึ่งเป็นภาพรวมเศรษฐกิจ หลังจากนั้นวิเคราะห์ลงไปในระดับโครงสร้างพื้นฐานคือในระดับชุมชน และระดับสุดท้ายคือ ระดับปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งการวิเคราะห์ส่วนนี้จะสามารถตอบโจทย์วัตถุประสงค์การศึกษาข้อที่ 2

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้ โดยระดับต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงกันในระดับนโยบาย คือ ภาพของการออกแบบนโยบายภาพรวมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ ภาพของฝั่งอุปทาน และระดับบุคคล แต่ละระดับตอบโจทย์ในมิติที่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ร้อยละของการใช้แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ที่หลังจากนั้นเข้าไปรับบริการแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ตัวเลขนี้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยการบ่งชี้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจัดการที่ดีในระดับปฐมภูมิจึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลงซึ่งอธิบายมิติด้านคุณภาพของบริการได้ เป็นการเพิ่มเติมภาพตัวแปรเชิงพื้นที่ในวัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อช่วยให้ภาพของการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำด้านการบริหารจัดการทางด้านตัวแปรเชิงพื้นที่ที่มีความรัดกุมยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 3 หลังจากขั้นตอนเชิงปริมาณแล้ว ขั้นตอนเชิงคุณภาพจะใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงบรรยาย (Narrative Analytics) การวิเคราะห์เชิงบรรยายเป็นวิธีการที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจโลกแห่งประสบการณ์ชีวิตที่ซับซ้อนจากมุมมองของผู้เข้าร่วม ในการศึกษา การวิเคราะห์เชิงบรรยายจะให้ความเข้าใจที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและเหมาะสมยิ่งขึ้นเกี่ยวกับข้อค้นพบเชิงปริมาณ โดยการสำรวจประสบการณ์การทำงานของผู้ให้บริการด้านสุขภาพในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เข้าใจอย่างครอบคลุมถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในวัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อที่จะทำให้ ผลการศึกษาของการวิเคราะห์เชิงปริมาณมีน้ำหนัก นอกจากนี้ยังได้ถามความเห็นของผู้มีส่วนร่วมกับการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามวัตถุประสงค์ที่ 3 ของการศึกษานี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

การวิเคราะห์เชิงปริมาณแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัจจัยเศรษฐกิจ ซึ่งเป็น การวิเคราะห์ในระดับเศรษฐกิจมหภาค การวิเคราะห์โครงสร้างพื้นฐาน เป็นการวิเคราะห์ในระดับรองลงมา การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีหน่วยวิเคราะห์น้อยที่สุด โดยอธิบายแยกเป็นระดับการวิเคราะห์ที่แตกต่างกันด้วยการใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติทดสอบ SPSS ภายใต้ลิขสิทธิ์ของคณะบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์และการสื่อสาร ซึ่งแบบจำลองการวิเคราะห์อธิบาย ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยเศรษฐกิจกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ใช้จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยนับจำนวนการให้บริการเป็นครั้ง แยกรายจังหวัด ขณะที่ตัวแปรเศรษฐกิจใช้หน่วย

วิเคราะห์เป็นระดับจังหวัด ได้แก่ ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหมวดสุขภาพ ภาวะการทำงานระดับจังหวัด ค่าใช้จ่ายครัวเรือนเฉลี่ยระดับจังหวัด ดัชนีราคาระดับจังหวัด ดัชนีราคาด้านสุขภาพระดับจังหวัดและสัดส่วนคนจนในระดับจังหวัด

1.2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิแบ่งเป็นข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปฐมภูมิของผู้สูงอายุ และข้อมูลเศรษฐกิจระดับจังหวัดเป็นข้อมูล Panel Data ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562 โดยที่มาของข้อมูลมีดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลการใช้บริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุ (Outpatient Department: OPD) (จำนวนครั้ง) รายจังหวัด จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดปริมาณลูกโซ่ (GPP) โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ล้านบาท)
3. ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดปริมาณลูกโซ่ (GPP) หมวดสุขภาพ (Human Health and Social Work Activities) โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ล้านบาท)
4. ข้อมูลดัชนีราคาผู้บริโภค (CPI) ระดับจังหวัด โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีฐาน พ.ศ. 2558 (จุด)
5. ข้อมูลดัชนีราคาผู้บริโภค (CPI) ระดับจังหวัด หมวดการตรวจรักษาและบริการส่วนบุคคล โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีฐาน พ.ศ. 2558 (จุด)
6. ข้อมูลภาวะการมีงานทำระดับจังหวัด จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (คน)
7. ข้อมูลค่าใช้จ่ายครัวเรือนเฉลี่ยระดับจังหวัด จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (บาทต่อครัวเรือนต่อจังหวัด)
8. ข้อมูลสัดส่วนคนจนระดับจังหวัด จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (%)

ตาราง 12 แสดงสรุปตัวแปรในแบบจำลองปัจจัยเศรษฐกิจ พ.ศ. 2558 – 2562

ชื่อตัวแปร	ข้อมูล	หน่วย
OPD	การใช้บริการผู้ป่วยนอกรายจังหวัด 2558 – 2562	ครั้ง/จังหวัด/ปี
GPP	ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดรายจังหวัด 2558 - 2562	ล้านบาท/จังหวัด/ปี
GPPh	ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหมวดสุขภาพรายจังหวัด 2558-2562	ล้านบาท/จังหวัด/ปี
CPI	ดัชนีราคาผู้บริโภครายจังหวัด 2558 - 2562	จุด/จังหวัด/ปี
CPIh	ดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดสุขภาพรายจังหวัด 2558-2562	จุด/จังหวัด/ปี
Labour	จำนวนแรงงานที่มีงานทำ	คน/จังหวัด/ปี
Poor	สัดส่วนคนจนในระดับจังหวัด	ร้อยละ/จังหวัด/ปี
Hexp	ค่าใช้จ่ายครัวเรือนเฉลี่ย	บาท/ครัวเรือน/ปี

1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเป็นการรวบรวมข้อมูลแบบ Panel Data รายจังหวัดตั้งแต่ พ.ศ. 2558 – 2562 จำนวนจังหวัดเท่ากับ 77 จังหวัด อย่างไรก็ตาม ข้อมูลตัวแปรตาม (การใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ) ในแต่ละปีของกรุงเทพฯ ไม่มีความสมบูรณ์จึงทำการตัดตัวแปรกรุงเทพฯ ออกเหลือเพียง 76 จังหวัด รวมทั้งหมด 380 Records รายละเอียดเกี่ยวกับแบบการประมาณการ ดังต่อไปนี้

1.4 แบบจำลองปัจจัยเศรษฐกิจ

สำหรับการประมาณการผลกระทบของปัจจัยเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อการรับบริการผู้สูงอายุนั้น ใช้ข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง โดยทำการประมาณการในระดับจังหวัด ด้วยการใช้แบบจำลอง Fixed Effect Model (Allison, 2009) ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Panel Data) โดยมีรายละเอียดดังนี้

$$\begin{aligned}
 OPD_{it} = & \beta_0 + \beta_1 Hexp_{it} + \beta_2 Poor_{it} + \beta_3 Labour_{it} + \beta_4 GPP_{it} + \beta_5 GPPh_{it} + \beta_6 CPI_{it} + \beta_7 CPIh_{it} \\
 & + y_1 + y_2 T + \epsilon_c + \eta_{it} + \mu
 \end{aligned}
 \tag{1}$$

กำหนดให้

OPD	=	การใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง/ปี)
Hexp	=	ค่าใช้จ่ายครัวเรือน (บาท/ครัวเรือน/ปี)
Poor	=	สัดส่วนคนจน (%)
Labour	=	จำนวนแรงงาน (คน)
GPP	=	ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (ล้านบาท)
GPPh	=	ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหมวดสุขภาพ (ล้านบาท)
CPI	=	ดัชนีราคาผู้บริโภค (จุด)
CPIh	=	ดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดสุขภาพ (จุด)
I	=	ตัวแปรหุ่นจังหวัด
T	=	ตัวแปรเวลาปี พ.ศ. 2558-2562

Hexp (ค่าใช้จ่ายครัวเรือน): รายจ่ายในครัวเรือนเป็นภาพสะท้อนของความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักในกรอบแนวคิด ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (SDH) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจรวมถึงรายได้ การจ้างงาน และค่าใช้จ่ายซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ (Dahlgren, 1991; Marmot & Wilkinson, 2005) การศึกษาเชิงประจักษ์พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างรายได้ของครัวเรือนกับการใช้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ว่าเมื่อรายจ่ายของครัวเรือนเพิ่มขึ้น การใช้งานด้านการรักษาพยาบาลก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน (Acharya, Ghimire, Jeffers, & Shrestha, 2019)

Poor (สัดส่วนคนจน): งานของ Margaret Whitehead เสนอว่าระดับช่วงชั้นทางสังคม (Social Gradients) เช่น สัดส่วนความยากจนในพื้นที่หนึ่ง ๆ ส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผู้คนที่ตกอยู่ในภาวะความยากจนมีทรัพยากรด้านสุขภาพน้อยกว่า ซึ่งสามารถลดการใช้บริการผู้ป่วยนอกได้ (Braveman et al., 2011; Whitehead, 1992) มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าระดับความยากจนที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการรักษาพยาบาลที่ลดลง (Borgonovi & Pokropek, 2016))

Labour (กำลังแรงงาน): ขนาดและสภาพของกำลังแรงงานเป็นภาพสะท้อนของชุมชนและสภาพแวดล้อมในการทำงานในภูมิภาค ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญต่อสุขภาพ สิ่งนี้สามารถมีอิทธิพลต่อความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ (Solar & Irwin, 2010; Whitehead, 1992) การศึกษาเช่น (Zavras, Tsiantou, Pavi, Mylona, & Kyriopoulos, 2013) ได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกำลังแรงงานกับการใช้งานด้านการรักษาพยาบาล การมีงานทำ ทำให้มีเศรษฐกิจดีขึ้น การใช้บริการจึงเพิ่มขึ้น

GPP และ GPPh (ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด & ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหมวดสุขภาพ): GPP ถูกมองว่าเป็นตัวชี้วัดสภาพสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (SDH) GPP ที่สูงขึ้นอาจเชื่อมโยงกับโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงที่ดีขึ้น (Solar & Irwin, 2010; Whitehead, 1992) การวิจัยโดย (Bara, Van den Heuvel, & Maarse, 2002; Pabinger & Geissler, 2014) แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ที่มี GPP สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีการใช้ประโยชน์ด้านการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น นอกจากนี้ **GPP หมวดสุขภาพ** บ่งบอกถึงการเติบโตของภาคเศรษฐกิจด้านการดูแลสุขภาพ บ่งชี้ถึงการรักษายาบาลที่ดีขึ้นผ่านการผลิตและการบริการด้านสุขภาพ ตัวแปรนี้เชื่อมโยงโดยตรงกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพภายในกรอบแนวคิด (Solar & Irwin, 2010; Whitehead, 1992) ทำให้การใช้บริการเพิ่มขึ้น

CPI & CPIh (ดัชนีราคาผู้บริโภค & CPI ภาคสุขภาพ): การเปลี่ยนแปลงของดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index: CPI) อาจสะท้อนถึงค่าครองชีพโดยรวมผ่านเงินเฟ้อ (Inflation) และภาวะเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CPIh สามารถเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจ่ายของบริการด้านสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับปัจจัยกำหนด 'เงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคม' ในกรอบ SDH (Marmot & Wilkinson, 2005; Virts & Wilson, 1984; Whitehead, 1992) การศึกษาที่สูงขึ้นนั้นสัมพันธ์กับการใช้บริการด้านสุขภาพที่ลดลงเนื่องจากปัญหาความสามารถในการจ่าย (Haddad & Fournier, 1995)

1.5 การทดสอบสมมติฐานทางสถิติ

สำหรับการประมาณการสมการซึ่งจะต้องทดสอบสมมติฐานทางสถิติก่อนการประมาณการโดยใช้ (Fixed Effect Regression) มีสมมติฐานดังต่อไปนี้

1. แบบจำลองในประชากร X และ Y มีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear)
2. ตัวอย่างเป็นตัวแปรสุ่มในมิติภาคตัดขวาง
3. Error Term เป็นอิสระจากตัวแปร X (ไม่สัมพันธ์กันระหว่างตัวแปร X และ Error Term)
4. ตัวแปรอิสระที่เปลี่ยนแปลงตามเวลาไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น (No Multicollinearity)

สำหรับการประมาณการครั้งนี้ใช้วิธีการ Fixed Effect Within Group (WG) หรือวิธี Demean เนื่องจากปัจจัยมีกลุ่มตัวแปรจังหวัดอยู่สามารถทำการวิเคราะห์ Fixed Effect Regression ได้ 2 วิธี คือ การวิเคราะห์ Fixed Effect Least Square Dummy Variable (LSDV) โดยใช้ตัวแปรเวลาและตัวแปรจังหวัดทำการกำหนดผลของ 2 ตัวแปร การกำหนดตัวแปรผลของเวลาสามารถทำได้ อย่างไรก็ตามผลของจังหวัดสามารถกำหนดได้เช่นกัน แต่เนื่องจากประเทศไทยมีทั้งหมด 76 จังหวัด การใส่ตัวแปร Dummy 76 ตัว ทำให้จำนวนตัวแปรเยอะมากเกินไป สำหรับการ

ทำ Demean เป็นการนำค่าเฉลี่ยของข้อมูลตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ในการจัดผลของ Fixed Effect ออกไป โดยทำได้ตั้งขั้นตอนต่อไปนี้

1. คำนวณค่าเฉลี่ยของทุกตัวแปรสำหรับแต่ละหน่วย (ในที่นี้คือจังหวัด) จะได้ค่าเฉลี่ยของ Y_i และ X_i

2. นำค่าเฉลี่ยไปลบออกจากค่าจริงจะสามารถจัดอิทธิพลของ Fixed Effect ได้ เพื่อให้การประมาณการมีผลการประมาณที่ไม่มีความโน้มเอียง มีความแม่นยำ จึงทำการทดสอบสมมติฐานทางสถิติสมการถดถอยดังต่อไปนี้

1. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity)
2. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation)

3. การทดสอบการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นปกติ (Heteroskedasticity) ผลการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นของสมการถดถอย การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระโดยทดสอบค่า Correlation กำหนดระดับความสัมพันธ์ไม่เกิน 0.60 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและค่าความคลาดเคลื่อนของสมการ (Autocorrelation) โดยใช้ค่า Durbin-Watson Test ใช้ค่าวิกฤติ (Critical Value) ที่ระดับ 1.5 – 2.5 พบว่าค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.747 (Field, 2013)) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับค่าความคลาดเคลื่อน และผลการทดสอบการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อน (Heteroskedasticity) โดยการพล็อตค่าความคลาดเคลื่อนพบการกระจายตัวของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นปกติ (ดูเพิ่มเติมในภาคผนวก ก ข้อ 1)

1.6 ข้อจำกัดของข้อมูล

สำหรับการประมาณการครั้งนี้เป็นการใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ซึ่งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูล และความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงชี้แจงประกอบดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ของศูนย์ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ ซึ่งรวบรวมจากข้อมูลสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นส่วนใหญ่ การบริหารจัดการข้อมูลสำหรับส่วนจังหวัดอื่น ๆ และในพื้นที่กรุงเทพฯ มีความแตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลของกรุงเทพฯ ไม่มีความสมบูรณ์จึงทำการตัดกรุงเทพฯ ออกจากการวิเคราะห์ครั้งนี้

2. ข้อจำกัดของข้อมูลแรงงาน เป็นการใช้อย่างน้อยผู้มีงานทำในระบบ ซึ่งไม่มีร้อยละของประชากรว่างงานในระดับจังหวัด เนื่องจากเป็นข้อมูลจากการประมาณการของสำนักงานสถิติ ภายหลังจากการค้นข้อมูลจำนวนกำลังแรงงานทั้งหมด (อายุ 14- 59) ตามนิยามของสำนักงานสถิติ พบว่าจำนวนกำลังแรงงานในบางจังหวัดมีน้อยกว่า จำนวนผู้มีงานทำในระบบ ทำให้การประมาณการอัตราการว่างงานไม่สะท้อนความเป็นจริง จึงใช้จำนวนผู้มีงานทำแทน

2. ปัจจัยเชิงโครงสร้างกับการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ผลของปัจจัยเชิงโครงสร้างต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ในหน่วยวิเคราะห์ในระดับอำเภอ เป็นการวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analysis) โดยมีสมการดังนี้

$$OPD_i = \beta_0 + \beta_1 AvgDistance_i + \beta_2 HFUNDB + \beta_3 LTCB_i + \beta_4 NoDoctor_i + \beta_5 Ser_i + \mu \quad (2)$$

กำหนดให้

OPD	=	จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุระดับอำเภอ
AvgDistance	=	ระยะทางในการรับบริการสุขภาพจากจุดศูนย์กลางตำบล (Centroid) ไปยังโรงพยาบาลประจำอำเภอ
HFUNDB	=	งบประมาณสนับสนุนโครงการกองทุนสุขภาพตำบลระดับอำเภอ
LTCB	=	งบประมาณสนับสนุนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ระดับอำเภอ
NoDoctor	=	จำนวนแพทย์ในแต่ละอำเภอ
Ser	=	ระดับของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละอำเภอ (Service Plan)
i	=	จำนวนตำบลประจําที่ i

ระยะทางเฉลี่ย (AvgDistance): ระยะทางเป็นปัจจัยสำคัญภายในกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (SDH) ถือเป็นโครงสร้างพื้นฐาน ระยะทางหมายถึงอุปสรรคของการเดินทางไปโรงพยาบาล ระยะทางที่ไกลสะท้อนถึงความยากในการเข้าถึง เป็นอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการด้านสุขภาพ (Guagliardo, 2004) โดยตัวแปรนี้แสดงถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพภายในชุมชน (Macintyre et al., 2002) สำหรับผู้สูงอายุ ระยะทางการเดินทางที่ยาวนานสามารถขัดขวางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นต่อการเข้าถึงบริการได้ ตัวแปรนี้ใช้จุดศูนย์กลางทางเลขาคณิตของเส้นขอบเขตตำบลไปยังอำเภอ และนำระยะทางของแต่ละตำบลมาหาระยะทางเฉลี่ยเป็นค่าเฉลี่ยระยะทางของแต่ละอำเภอ ยิ่งระยะทางไกลยิ่งทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรับบริการ

กองทุนสุขภาพตำบล (HFUNDB): ตัวแปรนี้เป็นตัวแปรระดับชุมชน เพราะทุกชุมชน (ในระดับอำเภอ) จะมีงบประมาณกองทุนในการบริหารจัดการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีเงินกองทุนในการบริหารจัดการสามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการ

ใช้บริการด้านสุขภาพ (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008) ภายในรูปแบบชุมชน และโครงสร้างพื้นฐาน เงินทุนนี้สามารถมีอิทธิพลต่อบริการสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนทำให้มีการใช้บริการเพิ่มขึ้น

กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTCB): เช่นเดียวกับกองทุนสุขภาพตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) บ่งบอกถึงความพร้อมที่เพิ่มขึ้นและการเข้าถึงการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม ซึ่งมีอิทธิพลต่อความถี่และประเภทของบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุใช้ (Marmot et al., 2008) ในแง่ของรูปแบบชุมชนและโครงสร้างพื้นฐาน เงินทุนดังกล่าวจะบ่งบอกถึงการสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ อาจมีอิทธิพลต่อการจัดหาและการใช้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายในชุมชนเพิ่มขึ้น

จำนวนแพทย์ (NoDoctor): ตัวแปรนี้คือทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลชุมชน ในประเทศไทย 1 อำเภอจะมี 1 โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ทำให้จำนวนแพทย์ต่อประชากรในอำเภอจะสะท้อนทรัพยากรทางด้านสุขภาพของภาครัฐที่มีไว้ให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ และจำนวนแพทย์ที่สูงขึ้นช่วยเพิ่มการเข้าถึงการดูแล ส่งเสริมการใช้บริการด้านสุขภาพมากขึ้น (Kawachi et al., 2004) ในรูปแบบชุมชนและโครงสร้างพื้นฐาน จำนวนแพทย์แสดงถึงแง่มุมที่สำคัญของโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพในท้องถิ่น (Macintyre et al., 2002)

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Ser): แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพคือความสามารถของการให้บริการ จัดแบ่งตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ว่าแต่ละแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสามารถให้บริการทางด้านสุขภาพในระดับใดได้บ้าง โรงพยาบาลที่มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ซับซ้อนกว่า จะสามารถรักษาโรคที่ซับซ้อนได้มากกว่า ซึ่งความสามารถในการให้บริการจะสะท้อนทรัพยากรสุขภาพของชุมชนที่คนในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ (Cocking, Flessa, & Reinelt, 2012) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับสูงอาจสร้างความน่าเชื่อถือในการรับบริการของผู้ใช้บริการได้มากกว่าทำให้ได้รับความน่าเชื่อถือและมีการใช้บริการมากกว่าประกอบด้วยตัวแปรแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นตัวแปร Categorical โดยเรียงลำดับจากขนาดขีดความสามารถ ดังนี้

1. **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ A** โรงพยาบาลศูนย์มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่มีความต้องการการรักษาซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ

2. **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ S** โรงพยาบาลทั่วไประดับ Standard Level หมายถึงโรงพยาบาลที่มีความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ

3. **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ M1** โรงพยาบาลระดับขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่มีความเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลักทุกสาขา สาขารองบางสาขา เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

4. **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ M2** คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 -5 คน แพทย์เฉพาะทางครบ 6 สาขา (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์)

5. **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ F1** คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 – 120 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขา

6. **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ F2** คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 – 90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 – 5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด รองรับผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอและสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

7. **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ F3** คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือเวชศาสตร์ครอบครัวรวม 1-2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัดใหญ่ ห้องคลอด ตักผู้ป่วยในให้การดูแลแบบไม่ซับซ้อน

2.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลรายอำเภอ ข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional Data) ตั้งแต่ มกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562

1. การใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชากรผู้สูงอายุ (ครั้ง)
2. ระยะทางจากศูนย์กลางของแต่ละตำบล (Centroid) ไปยังอำเภอ (เมตร)
3. งบประมาณสนับสนุนโครงการกองทุนสุขภาพตำบล (บาท) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. งบประมาณสนับสนุนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care: LTC) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. จำนวนแพทย์ในแต่ละอำเภอสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (คน)
6. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Service Plan)

หลังจากทำการรวบรวมข้อมูลและทำความสะอาดข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทุก Record จะเป็นข้อมูลรายอำเภอ โดยมีทั้งหมด 930 Records โดยทำการคัดกรองเฉพาะพื้นที่เขตกรุงเทพฯ ออกทั้งหมด เนื่องจากตัวเลขจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ของกรุงเทพฯ ไม่สะท้อนความเป็นจริง หลังจากนั้นกรองข้อมูลที่เป็น Missing Value ออก เช่น ข้อมูล

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่หายไป จำนวนแพทย์ไม่ปรากฏ เป็นต้น ทำให้เหลือจำนวนข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์ทั้งหมด 873 Records

ตาราง 13 แสดงสรุปชื่อตัวแปรและข้อมูลที่ใช้ในการประมาณการ ข้อมูล พ.ศ. 2562

ชื่อตัวแปร	ข้อมูล	หน่วย
OPD	การใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชากรผู้สูงอายุ 2562	ครั้ง
AvgDistance	ระยะทางจากศูนย์กลางของแต่ละตำบล (Centroid) ไปยังอำเภอ	เมตร
HFUNDB	งบประมาณสนับสนุนโครงการกองทุนสุขภาพตำบล	บาท
LTCB	งบประมาณสนับสนุนกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)	บาท
NoDoctor	จำนวนแพทย์ในแต่ละอำเภอสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	คน
Ser	แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Service Plan)	แห่ง

สำหรับประเภทของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแต่ละอำเภอจะมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งแสดงถึงศักยภาพในการให้บริการที่แตกต่างกันด้วย ศักยภาพที่แตกต่างกันอาจส่งผลต่อการเข้ารับบริการโดยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสามารถแยกประเภทเบื้องต้นได้ดังต่อไปนี้

A	=	โรงพยาบาลศูนย์
S	=	โรงพยาบาลทั่วไป
M1	=	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก
M2	=	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง
F1	=	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 – 120 เตียง
F2	=	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 – 90 เตียง
F3	=	โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง
P	=	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หมายเหตุ: อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 2 หัวข้อทรัพยากรสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ

2.2 ข้อจำกัดด้านข้อมูล

ในการประมาณการโครงสร้างพื้นฐานมีการใช้ข้อมูลงบประมาณของบริการปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ซึ่งมีจำนวนกองทุนหลายกองทุน อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาี้เลือกใช้เฉพาะกองทุนที่สามารถแบ่งได้ตามเป้าหมายของการศึกษา คือ สามารถกระจายงบประมาณในระดับพื้นที่ (อำเภอ) และสามารถกระจายตามกลุ่มเป้าหมายของการศึกษา คือ ผู้สูงอายุได้เท่านั้น ทำให้เหลือเพียง 2 กองทุน คือ กองทุนสุขภาพตำบล และ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

2.3 การประมาณการข้อมูลระยะทาง

สำหรับการประมาณการข้อมูลระยะทาง การเดินทางจากแต่ละตำบลเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ ใช้ข้อมูลจุดศูนย์กลางของตำบล (Centroid) หรือก็คือ ศูนย์กลางเรขาคณิต (Geometric Center) ของรูปร่าง X บนระนาบ จุดตัดของเส้นตรงทั้งหมดที่แบ่งรูปร่าง X ออกเป็นส่วน ๆ ตามโมเมนต์เท่า ๆ กัน หรือเรียกว่าเป็นแนวโน้มสู่ศูนย์กลางของจุดทั้งหมดภายในรูปร่าง การประมาณการ Centroid ทำการประมาณการจากโปรแกรม Quantum GIS (QGIS) (QGIS project, 2023) มีการประมาณการดังต่อไปนี้

2.4 เครื่องมือที่ใช้

ข้อมูลที่ใช้ในการประมาณการระยะทางประกอบด้วย

1. แผนที่เส้นขอบเขตตำบล (Polygon) จากกรมที่ดิน
2. แผนที่เส้นขอบเขตอำเภอ (Polygon) จากกรมที่ดิน
3. แผนที่เส้นถนนทั้งถนนหลวง คือ ทางหลวงแผ่นดิน (2 หลัก) ทางหลวงชนบท

(4 หลัก) ข้อมูลจากกรมทางหลวง

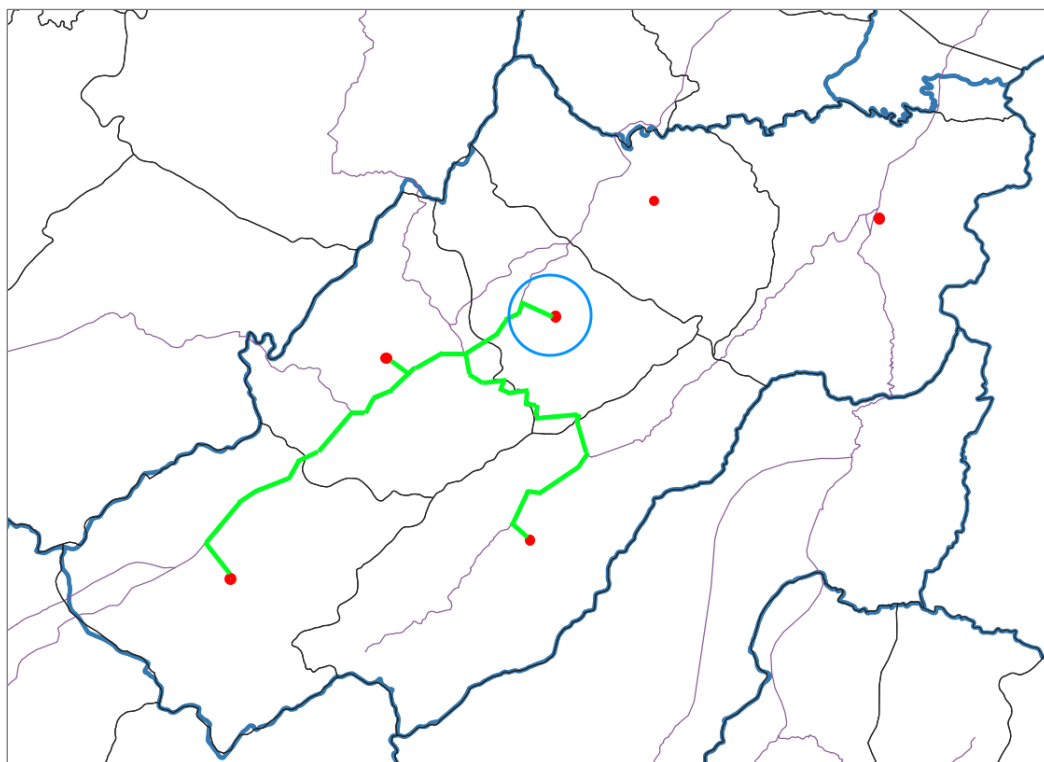
4. โปรแกรมภูมิศาสตร์ QGIS

2.5 วิธีการประมาณการ

การประมาณการระยะทางจากจุด Centroid ตำบลมายัง Centroid ของแต่ละอำเภอโดยใช้เส้นทางถนนที่ใกล้ที่สุด (dijkstra's algorithm) มีขั้นตอนดังนี้ (QGIS project, 2023)

1. คำนวณ Centroid ของแต่ละ Polygon ในระดับตำบลและอำเภอ
2. คำนวณระยะทางที่ใกล้ที่สุดไปยังอำเภอโดยใช้ Function Join Attribute by

Nearest



ภาพ 18 แสดง QGIS สำหรับการคำนวณระยะทางในการเดินทาง

ที่มา: สร้างจำลองจากเส้นขอบเขตอำเภอและตำบลของประเทศไทย กรมการปกครอง 2562

สำหรับตัวเลขระยะทางเพื่อสะท้อนระยะทางเฉลี่ยในการเดินทางของแต่ละอำเภอ เป็นการใช้ระยะทางเฉลี่ยของตำบลทุกตำบล โดยรวมระยะทางทั้งหมดภายในอำเภอและหารด้วยจำนวนตำบลในหน่วยวิเคราะห์ระดับอำเภอนั้น เนื่องจากจำนวนตำบลแต่ละตำบลในพื้นที่มีจำนวนไม่เท่ากัน

2.6 การทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นสมการถดถอย

เพื่อให้การประมาณการมีความโน้มเอียงน้อยที่สุด จึงทำการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นของสมการถดถอย ดังต่อไปนี้

1. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity)
2. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation)
3. การทดสอบการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นปกติ (Heteroskedasticity)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระเพื่อทดสอบปัญหา (Multicollinearity) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยที่กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไว้ที่ 0.6 พบว่า ไม่พบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) โดยใช้ค่า Durbin-Watson พบว่า มีค่าประมาณการ Durbin Watson เท่ากับ 1.96 สูงกว่าค่า Critical Value ที่ 1.500 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและค่าความคลาดเคลื่อน ผลการทดสอบสมมติฐานการกระจายของ Error Term มีการกระจายแบบปกติ พบว่า การกระจายของ Error Term มีการกระจายของตัวแปรคลาดเคลื่อนไม่เป็นปกติ พบปัญหา Heteroskedasticity จึงทำการแก้ไขปัญหา

การแก้ไขปัญหา Heteroskedasticity โดยใช้ Double Log Function (Astivia & Zumbo, 2019) ในการประมาณการและพบว่าปัญหา Heteroskedasticity ถูกขจัดไปจึงทำการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอย (รายละเอียดอ่านเพิ่มเติมใน ภาคผนวก ก ข้อ 2)

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ปัจจัยบุคคลที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ เป็นการวิเคราะห์ระดับข้อมูลส่วนบุคคลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. 2562 ในการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญโดยแยกเป็นประเด็น คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยแต่ไม่ได้รับบริการ แสดงถึงความจำเป็นทางด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง นอกจากนี้เพื่อสะท้อนถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งจะมีบริการส่งเสริมป้องกันโรค ในส่วนนี้จะต้องวิเคราะห์ผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีอาการป่วยแต่ก็ไม่ได้ไปใช้บริการส่งเสริมป้องกันโรคเช่นกัน ขณะที่การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกจะมีผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและโรคประจำตัวที่มีลักษณะการใช้บริการที่ค่อนข้างถี่กว่า จึงทำการแยกวิเคราะห์ออกมาเพื่อหาปัจจัยเฉพาะของการใช้บริการและสุดท้าย ค่าใช้จ่ายของการบริการเพื่อสะท้อนปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ ทั้งหมดจะถูกแยกออกเป็น 4 สมการวิเคราะห์ สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับการวิเคราะห์แสดงดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 วิธีการศึกษา

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพนี้ เป็นการวิเคราะห์การใช้บริการซึ่งสามารถจำแนกการใช้บริการของผู้รับบริการแตกต่างกันไปซึ่งแบ่งออกเป็น 4 สมการย่อยในกลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล

1. สมการที่ 3 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคล (ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา)
2. สมการที่ 4 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคลที่ไม่ได้ป่วย แต่ไม่ได้รับบริการส่งเสริมป้องกัน

3. สมการที่ 5 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคลเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง และมีโรคประจำตัว

4. สมการที่ 6 ค่าใช้จ่ายของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการรับบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลระดับบุคคลในแบบสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 เพื่อดูผลของการตัดสินใจ การใช้บริการของแต่ละบุคคลในการเข้ารับบริการจะมีรูปแบบของสมการที่แตกต่างกันโดยตัวแปรอิสระในแบบจำลองของแต่ละแบบจำลองสามารถอธิบายด้วยแนวคิดการเลือกตัวแปรดังต่อไปนี้

ปัจจัยสถานะบุคคล: ปัจจัยสถานะของบุคคลเป็นปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยทางสังคม และสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคลมีบทบาทสำคัญในการพิจารณาการให้บริการด้านสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ครอบคลุมหลายลักษณะ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะการประกัน ภาวะสุขภาพ และอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย เป็นต้น

ข้อมูลประชากร (พื้นที่อยู่อาศัย เพศ อายุ): ปัจจัยเหล่านี้เป็นหนึ่งในตัวทำนายขั้นพื้นฐานที่สุดของการใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพ งานวิจัยหลายงานก่อนหน้านี้พบความแตกต่างในการใช้บริการด้านสุขภาพตามอายุ เพศ และบริเวณที่พักอาศัย เขตเมือง ชนบท ของผู้ให้บริการ (Andersen, 1995; McMaughan, Oloruntoba, & Smith, 2020) ปัจจัยเหล่านี้สอดคล้องกับทั้งแบบจำลองปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (SDH) อายุที่มากขึ้นทำให้การใช้บริการมากขึ้น ขณะที่เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่าเพศหญิงทำให้การใช้บริการมากขึ้น

ปัจจัยทางสังคม (ระดับการศึกษา หลักประกันสุขภาพ): ตัวกำหนดทางสังคมตามทฤษฎีโดย (Solar & Irwin, 2010) มีอิทธิพลอย่างมากต่อการใช้งานด้านการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ระดับการศึกษา ประเภทของประกันสุขภาพ ส่งผลกระทบบ่อยอย่างมีนัยสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ (Fitzpatrick et al., 2004) และระดับการศึกษายิ่งสูงทำให้คนมีแนวโน้มมีความเข้าใจด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพมากขึ้นจึงทำให้การใช้บริการมากขึ้น การมีประกันสุขภาพทำให้การใช้บริการมากเพราะไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย

สถานะสุขภาพ (การมีโรคเรื้อรัง): สถานะสุขภาพของแต่ละบุคคลและความถี่ของการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุมือถือโดยตรงต่อความต้องการด้านการรักษาพยาบาล แบบจำลองปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (SDH) และ Andersen ต่างก็ยอมรับปัจจัยเหล่านี้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญด้านสุขภาพ (Andersen, 1995) และการเจ็บป่วยที่มากขึ้นทำให้มีการใช้บริการมากขึ้น

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (รายได้ต่อเดือน): ปัจจัยทางการเงินมีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถในการเข้าถึงและใช้บริการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล รายได้ของครัวเรือน มีบทบาทสำคัญในการกำหนดการใช้งานด้านการดูแลสุขภาพ (Andersen, 1995; Comber et al., 2011)

การมีรายได้มากขึ้นทำให้ไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพทำให้มีการใช้บริการมากขึ้น

โดยสรุปแล้ว ปัจจัยด้านสถานะหรือคุณสมบัติของบุคคลเหล่านี้ ซึ่งได้มาจากทั้งปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมทำหน้าที่เป็นตัวแปรหลักในการวิเคราะห์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี 2562 โดยเลือกผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health And Welfare Survey) เป็นการสำรวจในระดับประเทศทำทุก 5 ปี วิธีการที่ใช้เป็นการสุ่มแบบสองชั้น คือ Stratified Two-Stage Sampling ทำการสำรวจทุก ๆ 77 จังหวัด ซึ่งแต่ละจังหวัดจะแบ่งออกเป็นเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล ซึ่งการสุ่มขั้นแรกเป็นการสุ่มระดับ EA โดยจะทำการสุ่มทั้งหมด 1990 EA (Enumeration Area) จากทั้งหมด 127,460 EA หลังจากนั้นขั้นที่สองจะเป็นการเลือกครัวเรือนจากแต่ละ EA โดยเลือกทั้งหมด 16 ครัวเรือนต่อ EA ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล 12 ครัวเรือน จำนวนของผู้สูงอายุในปี 2562 ที่ทำการสุ่มทั้งหมดนี้คือ 14,844 คน โดยจะถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยและการใช้บริการสาธารณสุข

ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ 60 ปีขึ้นไป เพศ (ชาย = 0, หญิง = 1) การศึกษา (ไม่ได้เรียน น้อยกว่า 6 ปี น้อยกว่า 12 ปี ประกาศนียบัตรน้อยกว่า 14 ปี ป.ตรี สูงกว่าปริญญาตรี และอื่น ๆ) รายได้ครัวเรือน สิทธิการรักษาพยาบาลประกอบด้วย 3 สิทธิ (บัตรทอง ประกันสังคม สิทธิข้าราชการฯ และ สิทธิอื่น) ภูมิภาคที่อยู่อาศัยประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พื้นที่ในเขต และ นอกเขตเทศบาล สำหรับการป่วยโรคเรื้อรังแบ่งเป็นจำนวน 5 โรคสูงสุดต่อ 1 คน โดยข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มีดังต่อไปนี้

ตาราง 14 แสดงรายชื่อตัวแปรและประเภทข้อมูลในสมการปัจจัยส่วนบุคคล

ชื่อตัวแปร	ข้อมูล
OPD	ข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ใช้/ไม่ใช้)
Area	พื้นที่ในเขตเทศบาล/นอกเขตเทศบาล
Age	อายุของผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
Sex	เพศของผู้สูงอายุ
Edu	ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ
Sec	สิทธิหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ
Chronic	จำนวนโรคเรื้อรังที่เป็นของผู้สูงอายุ
Monthincome	รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

3.3 การทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นสมการถดถอย

เพื่อให้การประมาณการแบบจำลองออกมาได้แม่นยำเท่าที่จะเป็นไปได้ ต้องทำการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นของสมการถดถอย โดยประกอบด้วย การทดสอบดังต่อไปนี้

1. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) เพื่อดูว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ กรณีที่ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูงทำให้ค่าสัมประสิทธิ์ของแบบจำลอง (R-Square) สูงกว่าความเป็นจริง โดยทำการทดสอบจากค่า Pearson Correlation
2. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) โดยใช้ค่า Durbin-Watson
3. การทดสอบการกระจายค่าความคลาดเคลื่อนเป็นปกติ (Heteroskedasticity) เพื่อที่จะดูว่า การประมาณการนั้นมีความเป็นเส้นตรง Linear โดยดูได้จากการกระจายของ Error Term มีการกระจายของตัวแปรคลาดเคลื่อนเป็นปกติหรือไม่ จากการ Plot ค่า Error Term

ผลของการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นของการประมาณการสมการถดถอยสามารถดูได้ในภาคผนวกท้ายบทในภาคผนวกท้ายบทในภาคผนวก ก ข้อ 3 ตั้งแต่ 3.1 – 3.4

3.4 แบบจำลองและคำอธิบายตัวแปร

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งการทดสอบเป็น 4 สมการ ตั้งแต่ สมการที่ 3 จนถึง สมการที่ 6 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ที่แตกต่างกันเพื่อที่จะตอบวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

บุคคลที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแสดงแบบจำลองแยกตามสมการและมีคำอธิบายดังต่อไปนี้

สมการ 3 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคล (ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา)

สำหรับสมการที่ 3 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคล ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยแต่ตัดสินใจไม่เข้ารับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการใด ๆ โดยทำการวิเคราะห์ผู้ที่มีการป่วยและไม่ได้มาเข้ารับการรักษา (Health Needs) การวิเคราะห์นี้จะทำให้เราได้ทราบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลใดที่สัมพันธ์กับการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วย โดยมีสมการดังนี้

$$OPD_i = \beta_0 + \beta_1 Area_i + \beta_2 Sex_i + \beta_3 Age_i + \beta_4 Edu_i + \beta_5 Sec_i + \beta_6 Chronic_i + \beta_7 Monthincome_i + \mu \quad (3)$$

กำหนดให้

OPD	=	ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยแต่ไม่ได้รับการ (0 ไม่ไป 1 ไป)
Area	=	เขตที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการ 0 ในเขต 1 นอกเขตเทศบาล
Sex	=	เพศของผู้สูงอายุ (0 ชาย 1 หญิง)
Age	=	อายุของผู้สูงอายุ (ปี)
Edu	=	ระดับการศึกษาเป็น 5 ระดับ
Sec	=	ประเภทหลักประกันสุขภาพ (UCS SSS CSMBS อื่น ๆ)
Chronic	=	จำนวนโรคเรื้อรังสูงสุด 5 โรค
Monthincome	=	รายได้ครัวเรือนผู้สูงอายุ (บาทต่อเดือน)
μ	=	ค่า error term ของสมการ
i	=	ตัวแปรอิสระลำดับที่ i

สำหรับสมการนี้เป็นการวิเคราะห์ Logistic Regression ตัวแปรตาม คือ การใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ (OPD) เป็นตัวแปรผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยที่จะตัดสินใจไป หรือไม่ไปใช้บริการ โดยค่า 0 คือผู้สูงอายุไม่ได้ไปใช้บริการ ค่า 1 คือผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับบริการ ตัวแปรอิสระประกอบด้วย ตัวแปรพื้นที่อยู่อาศัย (Area) แบ่งเป็นตัวแปร 0 และ 1 โดย 0 ตัวแปรที่อยู่ในเขตเทศบาล และ 1 คือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล เพศ (Sex) ของผู้สูงอายุ 0 คือเพศชายและ 1

คือเพศหญิง ตัวแปรอายุ (Age) ของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรจำนวนปีโดยเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรระดับการศึกษา (Edu) แบ่งเป็น 5 ระดับซึ่งเป็นตัวแปรกลุ่มเป็นตัวแปรดัมมี่ ได้แก่ ไม่ได้เข้าเรียน (no school) ต่ำกว่า ป.6 (Pre-primary) ระดับ ป.6 (Primary) ระดับ ม.3 (Grade9) ระดับสูงกว่า ม.3 (higher9) ตัวแปรสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นตัวแปรกลุ่มเช่นเดียวกัน ได้แก่ หลักประกันสุขภาพ (Health Security) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) สิทธิประกันสังคม (SSS) สิทธิการรักษาของข้าราชการ (CSMBS) และ สิทธิอื่น ๆ (Other scheme) ตัวแปรโรคเรื้อรัง (Chronic) เป็นตัวแปรจำนวนโรค 1 - 5 โรคสูงสุด ตัวแปรรายของครัวเรือนผู้สูงอายุ (Monthincome) เป็นจำนวนเงินบาทต่อเดือน

สมการ 4 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคลที่ไม่ได้ป่วยแต่ไม่ได้รับบริการส่งเสริมป้องกัน

การศึกษานี้เน้นไปที่บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีปัญหาการป่วย วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์คือ ปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับการใช้งานสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุซึ่งเป็นบริการที่มีความจำเป็นต่อการลดความรุนแรงของโรคและการดูแลรักษาสุขภาพตั้งแต่ต้นสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาวได้ บริการส่งเสริมป้องกันโรคจึงเป็นบริการที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ใช้ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบจำลอง Binomial Logistic Regression Model (LaValley, 2008) โดยที่ตัวแปรตามเป็น 0 และ 1 โดยมีความหมายว่า 0 (ไม่ได้ใช้บริการ) และ 1 (ใช้บริการส่งเสริมและป้องกันโรค) ตามสมการการประมาณการดังต่อไปนี้

$$PP_i = \beta_0 + \beta_1 Area_i + \beta_2 Sex_i + \beta_3 Age_i + \beta_4 Edu_i + \beta_5 Sec_i + \beta_6 Chronic_i + \beta_7 Monthincome_i + \mu \quad (4)$$

กำหนดให้

PP	=	การใช้บริการส่งเสริมป้องกันโรค (0=ไม่ใช้, 1= ใช้)
Area	=	0 ในเขต 1 นอกเขตเทศบาล
Sex	=	เพศ (0 ชาย 1 หญิง)
Age	=	อายุ (ปี)
Edu	=	ระดับการศึกษา แบ่งเป็น 5 ระดับ
Sec	=	สิทธิหลักประกันสุขภาพ (UCS, SSS, CSMBS, อื่น ๆ)
Chronic	=	จำนวนโรคเรื้อรังสูงสุด 5 โรค
Month income	=	รายได้ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ (บาทต่อเดือน)
μ	=	ค่า error term ของสมการ
i	=	ตัวแปรอิสระลำดับที่ i

ตัวแปรตาม PP คือ การใช้บริการส่งเสริมป้องกันโรคของผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการป่วย โดยที่เป็นสมการ Logistic Regression เช่นเดียวกันกับสมการที่ 3 ซึ่งตัวแปรอิสระประกอบด้วย ตัวแปรพื้นที่อาศัย (Area) ในเขตเทศบาล (0) และนอกเขตเทศบาล (1) ตัวแปรเพศ (Sex) เป็นตัวแปร Dummy เพศชายคือ 0 และเพศหญิงคือ 1 ตัวแปรอายุ (Age) เป็นจำนวนปี โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ตัวแปรระดับการศึกษา (Edu) แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งเป็นตัวแปรกลุ่มเป็นตัวแปรดัมมี่ ได้แก่ ไม่ได้เข้าเรียน (no school) ต่ำกว่า ป.6 (Pre-primary) ระดับ ป.6 (Primary) ระดับ ม.3 (Grade9) ระดับสูงกว่า ม.3 (higher9) ตัวแปรสิทธิหลักประกันสุขภาพ 4 สิทธิหลักประกันสุขภาพ (Health Security) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) สิทธิประกันสังคม (SSS) สิทธิการรักษาของข้าราชการ (CSMBS) สิทธิอื่น ๆ (Other_scheme) ตัวแปรอาการป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic) เป็นตัวแปรยังเป็นตัวแปรจำนวน 5 โรค โดยที่ผู้ที่มีโรคเรื้อรังยังต้องรับบริการส่งเสริมป้องกันโรค เพื่อมิให้โรคทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ตัวแปรได้เฉลี่ย (Monthincome) ของครัวเรือนผู้สูงอายุเป็นจำนวนเงินบาทต่อเดือนเช่นเดียวกันกับสมการที่ 3

การใช้ประมาณการในสมการ Logistic Regression นี้ใช้ Nagelkerke's R^2 เป็นตัวชี้วัดการประมาณการค่าสถิติ Cox and Snell R^2 ถ้าน้อยกว่า 1 ปรับค่าให้ใกล้เคียง 1 (Lumley, 2017)

สมการ 5 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง

สำหรับสมการที่ 5 เป็นการวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังและมีโรคประจำตัว โดยเป็นสมการ Poisson Regression คือ ตัวแปรตาม หรือ ChOPD นั้นเป็นจำนวนครั้งของการรับบริการซึ่งเป็นความถี่ของการใช้บริการ วัตถุประสงค์ของสมการนี้คือ ต้องการทราบอิทธิพลของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังนั้นใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิหรือไม่อย่างไร เพื่อให้เกิดความชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังซึ่งเป็นความจำเป็นทางด้านสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ต้องได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

$$\text{ChOPD}_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Area}_i + \beta_2 \text{Sex}_i + \beta_3 \text{Age}_i + \beta_4 \text{Sec}_i + \beta_5 \text{Edu}_i + \beta_6 \text{Chrono}_i + \beta_7 \text{Monthincome}_i + \mu \quad (5)$$

กำหนดให้

ChOPD	=	จำนวนครั้งของผู้สูงอายุที่รับบริการเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง
Area	=	เขตที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการ (0 ในเขต 1 นอกเขตเทศบาล)
Sex	=	เพศของผู้สูงอายุ (0 ชาย 1 หญิง)
Age	=	อายุของผู้สูงอายุ (ปี)
Edu	=	ระดับการศึกษา 5 ระดับ

Sec	=	ประเภทหลักประกันสุขภาพ 4 ระดับ (UCS SSS CSMBs อื่นๆ)
Chrono	=	จำนวนโรคเรื้อรัง 5 โรคสูงสุด
Monthincome	=	รายได้ของครัวเรือนผู้สูงอายุ (บาท/เดือน)
μ	=	Error Term ของสมการ
i	=	ตัวแปรอิสระลำดับที่ i

ตัวแปรตาม ChOPD คือ จำนวนครั้งของผู้สูงอายุที่รับบริการเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยตัวแปรอิสระได้แก่ ตัวแปรพื้นที่ (Area) ที่อาศัยในเขตเทศบาล (0) และนอกเขตเทศบาล (1) ตัวแปรเพศ (Sex) เป็นตัวแปร Dummy เพศชายคือ 0 และเพศหญิงคือ 1 ตัวแปรอายุ (Age) เป็นจำนวนปี โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรระดับการศึกษา (Edu) แบ่งเป็น 5 ระดับซึ่งเป็นตัวแปรกลุ่มเป็นตัวแปรตัดมี ได้แก่ ไม่ได้เข้าเรียน (no school) ต่ำกว่า ป.6 (Pre-primary) ระดับ ป. 6 (Primary) ระดับ ม.3 (Grade9) ระดับสูงกว่า ม.3 (higher9) ตัวแปรสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นตัวแปรกลุ่มเช่นเดียวกัน ได้แก่ หลักประกันสุขภาพ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) สิทธิประกันสังคม (SSS) สิทธิการรักษาของข้าราชการ (CSMBs) สิทธิอื่น ๆ (Other_scheme) ตัวแปรโรคเรื้อรัง (Chronic) เป็นตัวแปรจำนวนโรค 1 -5 โรคสูงสุด ตัวแปรรายของครัวเรือนผู้สูงอายุ (Monthincome) เป็นจำนวนเงินบาทต่อเดือน

สมการ 6 ค่าใช้จ่ายของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคล

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อดูว่าปัจจัยส่วนบุคคลใดที่ส่งผลต่อการใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุมากที่สุด โดยใช้แบบจำลองถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยมีรูปแบบสมการการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

$$\text{ExOPDi} = \beta_0 + \beta_1 \text{Area}_i + \beta_2 \text{Sex}_i + \beta_3 \text{Age}_i + \beta_4 \text{Sec}_i + \beta_5 \text{Edu}_i + \beta_6 \text{Chrono}_i + \beta_7 \text{Monthincome}_i + \mu_i \quad (6)$$

กำหนดให้

ExOPD	=	ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการปฐมภูมิที่เป็นผู้สูงอายุ
Area	=	เขตที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการ ในเขต/นอกเขตเทศบาล
Sex	=	เพศของผู้สูงอายุ
Age	=	อายุของผู้สูงอายุ
Edu	=	ระดับการศึกษา 5 ระดับ
Sec	=	ประเภทหลักประกันสุขภาพ 4 หลักประกัน

Chrono	=	กลุ่มโรค
monthincome	=	รายได้ครัวเรือนของผู้สูงอายุ
μ	=	Error Term ของสมการ
i	=	ตัวแปรอิสระลำดับที่ i

ตัวแปรตาม ExOPD คือ ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการปฐมภูมิที่เป็นผู้สูงอายุเป็นจำนวนเงินบาท ตัวแปรอิสระประกอบด้วย ตัวแปรพื้นที่ (Area) อาศัยในเขตเทศบาล (0) และนอกเขตเทศบาล (1) ตัวแปรเพศ (Sex) เป็นตัวแปร Dummy เพศชายคือ 0 และเพศหญิงคือ 1 ตัวแปรอายุ (Age) เป็นจำนวนปี โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรระดับการศึกษา (Edu) แบ่งเป็น 5 ระดับซึ่งเป็นตัวแปรกลุ่มเป็นตัวแปรตัดมี ได้แก่ ไม่ได้เข้าเรียน (no school) ต่ำกว่า ป.6 (Pre-primary) ระดับ ป.6 (Primary) ระดับ ม.3 (Grade9) ระดับสูงกว่า ม.3 (higher9) ตัวแปรสิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นตัวแปรกลุ่มเช่นเดียวกัน ได้แก่ หลักประกันสุขภาพ (Health Security) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) สิทธิประกันสังคม (SSS) สิทธิการรักษาของข้าราชการ (CSMBS) สิทธิอื่น ๆ (Other) ตัวแปรโรคเรื้อรัง (Chronic) เป็นตัวแปรจำนวนโรค 1-5 โรคสูงสุด ตัวแปรรายของครัวเรือนผู้สูงอายุ (Monthincome) เป็นจำนวนเงินบาท

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์เชิงปริมาณภาคตัดขวางพหุคูณ (Multiple Cross-sectional Study) ผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน

การวิเคราะห์ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน ที่เป็นผู้สูงอายุเชิงพื้นที่ทั่วประเทศในระยะเวลา 5 ปีย้อนหลัง ซึ่งเป็นแบบ Retrospective Multiple Cross-sectional Study โดยวัดอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยเบาหวานและความดัน ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Department: OPD) นั้นเปลี่ยนสถานะเป็นผู้ใช้บริการ (Inpatient Department: IPD) ภายใต้รหัสผู้รับบริการเดียวกัน ในสถานบริการเดียวกัน ในระหว่าง 1 ปี 3 ปี และ 5 ปีนั้น ซึ่งคำตอบที่ได้จะสามารถตอบได้ว่าคุณภาพของการให้บริการสุขภาพปฐมภูมินั้นเป็นอย่างไร

1. วิธีการคำนวณ

การคำนวณร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้บริการ OPD และ IPD ต่อจำนวนผู้ป่วย OPD ทั้งหมด

Is

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยใช้บริการ } OPD \text{ และ } IPD \text{ รหัสเดียวกัน โรค } ij}{\text{จำนวนผู้ป่วย } OPD \text{ รหัสเดียวกันทั้งหมด } ij}$$

จำนวนผู้ป่วยใช้บริการ OPD และ IPD หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันในโรงพยาบาล ในพื้นที่อำเภอ j ที่ใช้บริการผู้ป่วยนอกและหลังจากนั้นภายในระยะเวลาที่กำหนดคือ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี ได้เข้าไปใช้บริการผู้ป่วยในเป็นจำนวนราย

จำนวนผู้ป่วย OPD ทั้งหมด หมายความว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ทั้งหมด

i หมายถึง โรค ในที่นี้มี 2 โรค คือ โรคเบาหวาน และ โรคความดันโลหิตสูง

j หมายถึง พื้นที่แต่ละอำเภอในประเทศไทย ซึ่งในหน่วยวิเคราะห์นี้มีทั้งหมด 878 อำเภอ

สำหรับการวิเคราะห์ที่ใช้เนื่องจากไม่รู้จำนวนความถี่ที่แพทย์ได้กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) และความดันโลหิตสูง (Hypertension: HTN) จึงได้ทำการกำหนดกรอบเวลาในการวิเคราะห์ไว้เป็น 3 ช่วงก็คือ

1. ช่วงเวลา 1 ปี หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูงใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และ ได้ไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ภายในระยะเวลา 1 ปี
2. ช่วงเวลา 3 ปี หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูงใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และ ได้ไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ภายในระยะเวลา 3 ปี
3. ช่วงเวลา 5 ปี หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูงใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และ ได้ไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ภายในระยะเวลา 5 ปี

2. ข้อมูลและแหล่งที่มา

การวิเคราะห์นี้ใช้ข้อมูล จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูงที่ให้บริการ OPD แยกรายโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2558 – 2562 ซึ่งเป็นข้อมูลจำนวนคนไข้ทั้งหมดเป็นจำนวนการใช้บริการ ขณะที่อีกข้อมูลหนึ่งคือ ข้อมูลจำนวนผู้ป่วย OPD โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ใช้หลังจากใช้บริการ OPD แล้วไปใช้บริการ IPD ในช่วงปี พ.ศ. 2558 – 2562 เป็นจำนวนการใช้บริการโดยข้อมูลทั้ง 2 ข้อมูล เป็นข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม (Health Data Center) จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

3. กลุ่มประชากรและหน่วยวิเคราะห์

กลุ่มประชากรของการวิเคราะห์ไปข้างหน้า คือ การใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งหน่วยวิเคราะห์คือระดับ อำเภอ ซึ่งจะมีโรงพยาบาลประจำอำเภอดังนั้น การใช้บริการและคุณภาพของบริการ จึงให้ภาพรวมเปรียบเทียบในหน่วยวิเคราะห์ระดับอำเภอ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ออกแบบนโยบาย จาก 7 หน่วยงาน โดยใช้การวิเคราะห์ (Narrative Analytic) ด้วยวิธีการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาถอดเทปสัมภาษณ์อย่างละเอียดตีความสร้างข้อสรุปและเชื่อมโยงความคิดและประเด็นออกมาจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในกลุ่มเป้าหมาย และสรุปประเด็นตามประเด็นที่ต้องการศึกษา

1. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในมิติเชิงคุณภาพ เพื่อเติมเต็มปัจจัยของเชิงปริมาณที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ รวมทั้งออกข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการได้มาซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (สัมภาษณ์เชิงลึก หมายถึง การเจาะประเด็นถามรายบุคคล โดยที่ผู้ตอบจะต้องอธิบายคำตอบของข้อคำถาม พร้อมกับเหตุผลของการตอบคำถาม โดยมีการกำหนดประเด็นคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย) เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้าง คือ มีการกำหนดประเด็นไว้ก่อนและใช้การวิเคราะห์ Narrative Analytic โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาถอดเทปสัมภาษณ์อย่างละเอียดตีความสร้างข้อสรุปและเชื่อมโยงความคิดออกมาเป็นแบบแผนโดยกำหนดกรอบของแบบแผนตามประเด็นของตัวแปรในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายของผู้ออกแบบนโยบายสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ครบจากโครงสร้างของระบบการให้บริการ ได้แก่

1. ผู้บริหารหรือตัวแทนกลุ่มภารกิจที่ 1 กลุ่มภารกิจสนับสนุนการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่วนกลาง ซึ่งเป็นหน่วยงานในฐานะผู้ซื้อบริการ

2. ผู้บริหารสำนักฯ หรือ ตัวแทน สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารและบังคับใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ

3. ผู้บริหาร หรือตัวแทน กองพัฒนาและส่งเสริมการบริหารงานท้องถิ่น สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ปฐมภูมิในพื้นที่และทำหน้าที่ร่วมกับหน่วยบริการในพื้นที่

4. ผู้บริหาร หรือตัวแทน กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ม.) หน่วยงานที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ

5. นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

6. **ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน** เลือกจากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ การเลือกจากหน่วยงานที่มีผลงานดีเด่นด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งหน่วยบริการที่มีผลงานดีเด่นในระดับ รพ.สต.

7. **สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง** หน่วยงานตัวแทนด้านตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) กลุ่มผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่กำหนดไว้และเป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการ เป็นผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นอย่างน้อย อายุระหว่าง 35-65 ปี สามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยงานได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) การคัดกลุ่มเป้าหมายออกจากการศึกษา คือ กลุ่มเป้าหมายไม่สะดวกให้ข้อมูล หรือปฏิเสธการให้ข้อมูล ทั้งก่อนหน้าการสัมภาษณ์ ระหว่างการ

สัมภาษณ์ และหลังการสัมภาษณ์ โดยข้อมูลจะไม่ถูกเผยแพร่ถ้าหากได้รับการสัมภาษณ์แล้ว

3. วิธีการเข้าถึงผู้ถูกสัมภาษณ์

กระบวนการตั้งต้นติดต่อคัดเลือกอาสาสมัคร ขอเข้าพบเพื่อสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง 7 ท่าน ตามกระบวนการดังนี้

1. โทรศัพท์พูดคุยเบื้องต้นกับผู้ให้สัมภาษณ์หรือเลขานุการผู้ให้สัมภาษณ์

2. ส่งเอกสาร AF 04-10/5.0 ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย เอกสารแนะนำ เอกสารให้ความยินยอมให้สัมภาษณ์ทาง Email

3. เมื่อผู้ให้สัมภาษณ์ตอบรับ ส่งวันและเวลาดำเนินการทาง Email แล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือภายนอก ที่ออกจากบัณฑิตวิทยาลัยไปยังหน่วยงานที่กำหนด

กระบวนการให้ข้อมูลและขอความยินยอมกับอาสาสมัคร ก่อนการสัมภาษณ์ นักวิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย แจกจ่ายละเอียด วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของงานวิจัย พร้อมขอความยินยอมในการให้สัมภาษณ์ แจกสิทธิการบอกเลิกการเข้าร่วม และแจ้งรายละเอียดการเก็บความลับของข้อมูลเปิดเผยในรูปผลสรุปการวิจัย โดยเก็บข้อมูลไว้ไม่เกินระยะเวลา 1 ปี

4. เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

สำหรับเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด เป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง และ มีการบันทึกเสียงโดยใช้อุปกรณ์บันทึกเสียง

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ใช้ข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interviews) เป็นแบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview)

6. วิธีวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ตอบแบบนโยบาย โดยครบโครงสร้างของระบบบริการปฐมภูมิ ใช้การวิเคราะห์แบบ Narrative Analytic กล่าวคือ เป็นการเรียงร้อยเป็นเรื่องราว และมีการยกเนื้อหาจากการสัมภาษณ์มาถอดเทปสัมภาษณ์อย่างละเอียดตีความสร้างข้อสรุปและเชื่อมโยงความคิดออกมาเป็นแบบแผนกำหนดตามประเด็นที่กำหนดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และการตอบโจทยเพื่อสนับสนุนหลักฐานเชิงปริมาณโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การทำความเข้าใจข้อมูล: หลังจากถอดเทปการสัมภาษณ์แล้ว ขั้นตอนแรกคือการอ่านข้อมูลทั้งหมด เพื่อทำความเข้าใจกับบริบทข้อมูลเพื่อช่วยในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นในการเชื่อมโยงกับการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

2. การสร้างรหัสวิเคราะห์ (Coding): สำหรับกระบวนการสร้าง Coding หรือรหัสวิเคราะห์ ใช้สำหรับการกำหนด Theme ซึ่งต้องสอดคล้องกับประเด็นจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่กำหนดและรวมถึง ปัจจัยที่การวิเคราะห์เชิงปริมาณไม่สามารถตอบคำถามได้

3. การกำหนดประเด็น (Define theme): เมื่อคุณกำหนดรหัสวิเคราะห์แล้ว เราสามารถกำหนดประเด็น (Theme) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลได้ จาการห้สการวิเคราะห์ที่กำหนดที่จะตอบคำถามวิจัยที่สอดคล้องกับการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยจะทำการจัดกลุ่มรหัสวิเคราะห์ (Categorization) ให้เป็นหมวดหมู่หรือกลุ่ม ซึ่งแสดงถึงรูปแบบหรือปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในแหล่งข้อมูล

4. การตรวจสอบประเด็น (Validation): ขั้นตอนนี้เกี่ยวข้องกับการปรับแต่งประเด็นการนำเสนอ ตรวจสอบว่าประเด็นมีความสอดคล้องกัน และสามารถตอบประเด็นใด ประเด็นใดที่ควรมีการแยกประเด็นออกมา

5. การสังเคราะห์ข้อมูลเรียงเรียงประเด็น: ขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลภายในประเด็นเพื่อระบุ 'เรื่องราว' ของแต่ละประเด็น และจะทำการเน้น Code เพื่อกำหนดลักษณะที่สื่อถึงสาระสำคัญของแต่ละประเด็น

6. การเขียน: การผสมผสานคำบรรยายเชิงวิเคราะห์ (Narrative Analysis) และข้อมูลที่สามารถสังเคราะห์ได้เพื่อปรับบริบทให้เข้ากับเนื้อหาและประเด็นที่ต้องการตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้แบ่งผลการวิเคราะห์เป็นหมวดตามที่ปรากฏในบทที่ 3 จำนวน 3 หัวข้อ ซึ่งผลการศึกษาก็ได้นำเสนอเป็น 3 หัวข้อเช่นเดียวกัน โดยมีเนื้อหาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลการศึกษา ได้แก่

หัวข้อที่ 1 การวิเคราะห์เชิงปริมาณเพื่อที่จะตอบวัตถุประสงค์ที่ 2 คือ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยแบ่งเป็นระดับ ได้แก่

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเศรษฐกิจกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ
2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ
3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

หัวข้อที่ 2 การวิเคราะห์ไปข้างหน้า (Multiple Cross-sectional Study) ซึ่งเป็นการติดตามผลการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ระดับอำเภอ ว่าในพื้นที่แต่ละอำเภอ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่ต้องการการดูแลสุขภาพปฐมภูมิค่อนข้างมาก ว่ามีการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิแล้วหลังจากนั้นไปใช้บริการผู้ป่วยในเป็นร้อยละเท่าไร ซึ่งตัวเลขดังกล่าวสามารถระบุถึงศักยภาพและประสิทธิภาพของบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นปัจจัยในฝั่งผู้ให้บริการที่จะสนับสนุนมิติเชิงพื้นที่ในวัตถุประสงค์ที่ 2 เช่นเดียวกัน

หัวข้อที่ 3 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการ Explanatory Design คือใช้เชิงปริมาณตามด้วยเชิงคุณภาพ หลักฐานจากเชิงคุณภาพจะนำไปสู่การสนับสนุนหลักฐานเชิงปริมาณเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบในวัตถุประสงค์ที่ 2 ว่าตัวแปรใดที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุผ่านตัวแปรการใช้บริการของผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ ในส่วนนี้ยังมีการถกประเด็นถึงแนวทางการแก้ไขปัญหา การเข้าถึง ซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งเป็นการตอบโจทย์วัตถุประสงค์ที่ 3 ของการศึกษา คือ การศึกษาแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย

โดยการนำเสนอผลการศึกษานี้แบ่งเป็น 3 หัวข้อ ตามที่ได้แจกแจงในเบื้องต้นตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

1. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเศรษฐกิจกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

การประมาณการปัจจัยทางเศรษฐกิจนี้ใช้หน่วยการวิเคราะห์ในระดับจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด โดยไม่รวมกรุงเทพฯ เนื่องจากจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient Department: OPD) ของกรุงเทพฯ นั้นไม่ได้สะท้อนความเป็นจริงเท่าใดนัก เนื่องจากมีการบริหารจัดการที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น การวิเคราะห์ครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ Fixed Effect Regression โดยใช้ข้อมูล Panel Data ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562 (ค.ศ. 2015 – 2019) รวมทั้งสิ้น จำนวน 380 Record โดยมีตัวแปรคือ การให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รายจ่ายครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อเดือน (Hhexpense) สัดส่วนคนจนในจังหวัดเป็น % (Poor) จำนวนแรงงานในจังหวัด (Labour) มูลค่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดในหมวดสุขภาพ (Gpphealth) ดัชนีราคาผู้บริโภค (CPI) และ ดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดสุขภาพ (CPIhealth) โดยแสดงผลสถิติบรรยายเบื้องต้นดังต่อไปนี้



ตาราง 15 แสดงปัจจัยเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	N = 76	2558	2559	2560	2561	2562
OPD (ครั้ง)	Min	212,779	232,836	280,755	309,644	321,688
	Max	4,277,975	5,684,979	5,476,944	5,361,380	6,086,514
การใช้บริการผู้ป่วยนอก	Mean	1,279,441.38	1,484,575.28	1,678,448.33	1,710,209.28	1,832,974.86
	S.D.	812,346.69	953,903.09	1,041,484.81	1,064,037.90	1,140,628.24
Hhexpense	Min	11,863.80	11,859.40	10,440.72	11,213.48	11,242.74
ค่าใช้จ่ายครัวเรือน	Max	31,381.00	31,271.04	33,604.46	43,300.51	37,086.11
(บาท/ครัวเรือน/เดือน)	Mean	18,796.14	18,561.90	18,743.18	18,561.99	18,347.27
	S.D.	4,285.87	4,048.61	4,592.48	5,092.18	4,498.63
Poor	Min	0.26	0.03	0.00	0.28	0.24
สัดส่วนคนจน (%)	Max	34.91	39.21	34.20	49.13	29.72
	Mean	9.00	11.15	10.03	12.90	8.05
	S.D.	7.38	9.15	8.28	9.23	6.53
Labour	Min	109,587.64	111,290.58	109,603.52	109,984.45	107,970.51
จำนวนแรงงาน	Max	1,366,251.50	1,348,887.33	1,361,389.13	1,332,149.47	1,353,608.77
(คน)	Mean	435,103.97	434,852.81	426,683.08	434,605.75	424,213.46
	S.D.	278,040.98	277,825.88	276,181.64	281,053.00	271,805.33

ตาราง 15 (ต่อ)

ตัวแปร	N = 76	2558	2559	2560	2561	2562
Gpp	Min	6,542.40	6,574.17	6,790.63	7,038.38	7,444.00
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (ล้านบาท)	Max	548,897.99	565,535.33	578,181.79	614,278.11	617,652.01
	Mean	81,942.91	84,435.06	88,034.93	91,488.93	92,690.78
	S.D.	112,077.43	115,468.73	120,277.77	125,034.11	126,286.34
Gpphealth	Min	334.47	342.71	356.47	375.04	383.32
ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหมวดสุขภาพ (ล้านบาท)	Max	20,868.29	22,291.55	23,153.29	23,553.91	25,656.37
	Mean	1,959.03	2,019.55	2,102.38	2,222.42	2,306.45
	S.D.	2,682.48	2,829.86	2,952.22	3,036.50	3,262.79
Cpi	Min	99.95	99.09	99.03	99.04	99.60
(ดัชนีราคาผู้บริโภค)	Max	100.05	103.52	105.67	105.90	107.16
	Mean	100.00	100.61	101.40	102.25	103.03
	S.D.	0.03	0.83	1.18	1.31	1.34
Cpihealth	Min	99.94	99.09	98.37	98.93	98.61
(ดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดสุขภาพ)	Max	100.04	105.16	108.24	112.12	125.48
	Mean	99.99	101.10	101.76	102.49	103.14
	S.D.	0.03	1.27	1.88	2.37	3.75

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย 1. GPP จากสภาพพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2. ดัชนีราคาผู้บริโภค จากกระทรวงพาณิชย์ 2558-2562

ข้อมูล OPD รายจังหวัดเป็นข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉพาะผู้สูงอายุ โดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใช้ข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2558 – 2562 มีทิศทางการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2558 เฉลี่ย 1.2 ล้าน ครั้ง เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.8 ล้านครั้งต่อจังหวัด ตัวเลขจำนวนการใช้บริการสูงสุดในจังหวัด ปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ 4.2 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นเป็น 6 ล้านครั้ง ขณะที่ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุก็มีการแกว่งตัวเพิ่มขึ้นเช่นกันจาก 8 แสนครั้ง เป็น 1.14 ล้านครั้ง

ข้อมูลค่าใช้จ่ายครัวเรือนเฉลี่ยรายจังหวัด พบค่าเฉลี่ยรายจ่ายครัวเรือนระดับจังหวัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จนถึง พ.ศ. 2562 ค่อนข้างคงที่ ในปี พ.ศ. 2558 ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายครัวเรือนรายจังหวัดมีค่าเฉลี่ย 18,796 บาทต่อครัวเรือน ปี พ.ศ. 2562 มีค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายครัวเรือนรายจังหวัดเท่ากับ 18,347 บาท ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก อย่างไรก็ตาม ค่าสูงสุด (Max) ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนรายจังหวัดมีค่าเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่าจังหวัดที่มีรายได้เฉลี่ยสูงขึ้น

ข้อมูลสัดส่วนคนจนรายจังหวัดพบว่าในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ 8 % ขณะที่ในปี พ.ศ. 2559 – 2561 เพิ่มขึ้นมากกว่า 10 % และสัดส่วนคนจนลดลงเหลือ 8% ในปี พ.ศ. 2562 ค่าสูงสุด และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานก็มีทิศทางในการเปลี่ยนเช่นเดียวกัน คือ สัดส่วนคนจนเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2559 – 2561

ข้อมูลจำนวนผู้มีงานทำในระบบสวนทางกับตัวเลขอื่น ๆ เพราะว่าตลอดระยะเวลา 5 ปี ทิศทางของจำนวนผู้มีงานทำในระบบค่อนข้างคงที่ คือ ไม่มีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างชัดเจน ทั้งค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดเฉลี่ยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2558 มีมูลค่า 81,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2562 ค่าเฉลี่ยผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดเท่ากับ 92,000 ล้านบาท ซึ่งสอดคล้องกับค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน

ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด หมวดบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ มีแนวโน้มทิศทางของการเติบโตในปี พ.ศ. 2558 – 2562 เพิ่มขึ้นตลอด 5 ปี โดยค่าเฉลี่ยผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหมวดสุขภาพและสังคมสงเคราะห์มีค่าเท่ากับ 1,959 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 2,306 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2562 ขณะที่ค่าสูงสุดของผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดในหมวดบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์แตกต่างจากค่าเฉลี่ยมาก แสดงให้เห็นว่าจังหวัดที่มีความแตกต่างกันด้านตัวเลขที่สูงมากเช่นเดียวกัน

ข้อมูลดัชนีราคาผู้บริโภคเป็นค่าดัชนีปี พ.ศ. 2558 - 2562 โดยใช้ปี พ.ศ. 2558 เป็นปีฐาน ทำให้ดัชนีปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ 100 โดยทิศทางของดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index) พบว่ามีทิศทางการเพิ่มขึ้นของราคาอย่างต่อเนื่องจาก 100 ไปถึง 103.03 จุด จากเฉลี่ย 76 จังหวัด

ขณะที่ค่าสูงสุดและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี แสดงถึงค่าครองชีพในแต่ละจังหวัดที่แตกต่างกันเพิ่มขึ้น

ข้อมูลดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดกิจกรรมด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ ก็มีทิศทางและแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกับดัชนีราคาผู้บริโภค โดยเพิ่มจาก 100 ใน ปี พ.ศ. 2558 เป็นค่าเฉลี่ยดัชนีเท่ากับ 103.14 จุด อย่างไรก็ตาม ในหมวดของดัชนีราคาผู้บริโภคในหมวดกิจกรรมด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์มีค่าสูงสุดและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานกว้างขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยค่าสูงสุด (Max) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของหมวดกิจกรรมด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์สูงกว่าดัชนีราคาผู้บริโภครวมถึง 1 เท่าตัว

ผลการทดสอบสถิติพื้นฐานเพื่อทำการทดสอบปัญหา Autocorrelation โดยใช้ Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.747 ไม่พบความสัมพันธ์แบบ Autocorrelation ผลการทดสอบ Multi-Collinearity โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (ดูเพิ่มเติมในภาคผนวก) ผลการทดสอบ Heteroskedasticity พบการกระจายของตัวแปรคลาดเคลื่อนเป็นปกติ (ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ในภาคผนวก ก ข้อ 1)

การประมาณการแบบจำลองพบว่า ตัวแปรอิสระสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม มีค่า R-Square เท่ากับ 0.673 การประมาณการความแปรปรวนร่วม พบค่า F-Stat เท่ากับ 68.72 สามารถอธิบายแบบจำลองได้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 (ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ในข้อมูลภาคผนวก ก ข้อ 1)

การประมาณการแบบจำลองใช้แบบจำลอง Fixed Effect Regression โดยวิธีการ Demean หรือ Within Group Method เนื่องจากจำนวนตัวแปรหุ่น (Dummy) มีทั้งหมด 76 ตัวแปร ซึ่งมีจำนวนมาก ผลจากการประมาณการแสดงค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการได้ดังต่อไปนี้

ตาราง 16 แสดงปัจจัยเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562

Model	Unstandardized		Standardized	t	Sig.
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-324764.81	25854.355		-12.56	.000
Hhexpense	1.912	6.416	.010	.298	.766
Poor	1722.939	2973.016	.022	.580	.563
Labour	-4.520	.568	-.255	-7.956	.000***
GPP	.944	1.136	.031	.831	.407
Gpphealth	250.364	41.808	.230	5.988	.000***
cpi	-57595.687	11496.820	-.286	-5.010	.000***
cpihealth	6366.425	5088.164	.047	1.251	.212
2559	211732.234	26616.628	.323	7.955	.000***
2560	387293.664	31316.851	.591	12.367	.000***
2561	460792.932	38548.627	.703	11.954	.000***
2562	564005.249	47562.454	.860	11.858	.000***

ตัวแปรตาม: การใช้บริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุ (OPD) (จำนวนครั้ง) รายจังหวัด

ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข และ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2558 – 2562

หมายเหตุ: ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ***0.01, ** 0.05, และ *0.1

ผลการประมาณการแบบจำลอง Fixed Effect Regression สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีตัวแปร รายจ่ายของครัวเรือนระดับจังหวัด สัดส่วนคนจนระดับจังหวัด จำนวนแรงงานในระบบระดับจังหวัดโดยใช้จำนวนแรงงานในเดือนธันวาคม ณ วันสิ้นปีเป็นตัวแทนของจำนวนแรงงานในจังหวัด มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) หมวดบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ ดัชนีราคาผู้บริโภค CPI และ CPI หมวดกิจกรรมด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ และตัวแปรจำนวน 5 ปี ได้แก่ ปี พ.ศ. 2558 – 2562 จังหวัดที่ใช้ใน

การประมาณการครั้งนี้ มีจำนวน 76 จังหวัด โดยตัดจังหวัดกรุงเทพฯ ออกไป เนื่องจากจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอก OPD (รายจังหวัด) ข้อมูลไม่ครบถ้วน

ผลการประมาณการค่าพารามิเตอร์สำหรับตัวแปรจำนวน 5 ปี ใช้วิธีการ Demean เพื่อขจัดผลของ Fixed Effect รายจังหวัดพบว่า ตัวแปร จำนวนคนที่มียางทำเพิ่มขึ้นส่งผลต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ โดยเมื่อมีการทำงานเพิ่มขึ้นส่งผลต่อการใช้บริการลดลง -4.52 ครั้ง ขณะที่ตัวแปรผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหมวดสุขภาพและกิจกรรมทางสังคมส่งผลต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ ส่งผลในทิศทางเดียวกันคือ เมื่อ GPP เพิ่มขึ้น 1 ล้านบาท ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของ OPD จำนวน 250 ครั้ง ดัชนีราคาผู้บริโภค (CPI) เพิ่มขึ้น 1 จุดส่งผลต่อการใช้บริการลดลง 57,595 ครั้ง ขณะที่ผลของตัวแปรเวลา โดยใช้ตัวแปรปี พ.ศ. 2558 เป็นตัวแปรควบคุม พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกปี โดยทุกตัวแปร เวลา ปีพ.ศ. ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 สำหรับการเปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน พบว่า ตัวแปร ดัชนีราคาผู้บริโภค (cpi) ส่งผลต่อการใช้บริการมากที่สุดในตัวแปรอิสระในแบบจำลอง (-.286) ต่อมาคือตัวแปร จำนวนผู้มียางทำ Labour (-.255) และตัวแปรผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหมวดสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม (.230) ตามลำดับ สำหรับตัวแปรปี พ.ศ. พบว่า พ.ศ. 2562 จากผลการประมาณการค่า Standardized coefficients พบว่า ตัวแปรตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดคือ ดัชนีราคาผู้บริโภค (CPI) ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (-0.286) ตัวแปรจำนวนคนทำงาน (Labour) ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (-0.255) และตัวแปรตัวแปรผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดหมวดสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม (Gpphealth) ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน 0.230 ส่วนตัวแปรเวลาที่ส่งผลมากที่สุด คือ พ.ศ. 2562 ไปจนถึง 2559 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ตัวแปรค่าใช้จ่ายในครัวเรือนและตัวแปรสัดส่วนครัวเรือนยากจนในระดับจังหวัดเป็น % ตัวแปรผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด และตัวแปรดัชนีราคาหมวดสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม ไม่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

จากผลการประมาณการดังกล่าว พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยมีค่า R-Square 0.673 มีสมการประมาณการดังต่อไปนี้

$$OPD = (-324764.816) + (-4.520) \text{ Labour} + (250.364) \text{ Gpphealth} + (-57595.687) \text{ Cpi} \quad (1)$$

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

สำหรับข้อมูลในการประมาณการผลของปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์ในระดับอำเภอมีทั้งสิ้น 873 อำเภอ ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งได้ทำการตัดข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ออกไปแล้ว โดยข้อมูลตัวแปรประกอบด้วย การใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉพาะผู้สูงอายุ (OPD) ข้อมูลเชิงนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ซึ่งมี 2 กองทุน คือ งบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTCB) ข้อมูลงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล เฉพาะหมวดของผู้สูงอายุ (HFUNDB) ระยะทางเฉลี่ยของการเดินทางจากจุดศูนย์กลาง จากการประมาณการผ่านโปรแกรม QGIS ไปยังอำเภอแต่ละอำเภอเพื่อใช้เป็นตัวแทนของการเดินทางไปรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (AvgDistance) และจำนวนแพทย์ (รวมทุกสาขา) ในแต่ละอำเภอ

นอกจากนี้ยังมีจำนวนโรงพยาบาลแยกตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยแสดงข้อมูลเป็นตารางสถิติบรรยายดังต่อไปนี้

ตาราง 17 แสดงปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562

Descriptive Statistics						
	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
OPD (ครั้ง)	873	31,930	6,127,398	526,281,412	602,842	534,047
LTCB	873	1,089	12,406,434	1,283,556,254	1,470,282	1,533,591
HFUNDB	873	0.00	153,606,267	8,101,772,073	9,280,380	12,635,039
AvgDistance	873	1,344	52,110	10,500,512	12,028.07	5,475.81
NoDoctor	873	1	380	18,230	20.88	39.22
A	873			32		
S	873			50		
M2	873			93		
M1	873			38		
F1	873			94		
F2	873			493		
F3	873			73		

ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562

ข้อมูลสถิติบรรยาย แสดงจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ของผู้สูงอายุจากข้อมูล ที่ผ่านการจัดเตรียมแล้วจำนวน 873 อำเภอ อำเภอที่มีจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ของ ผู้สูงอายุน้อยที่สุดคือ 31,930 ครั้ง จำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) สูงที่สุดคือ 6,127,389 ครั้ง การใช้บริการเฉลี่ยของทุกอำเภอ เท่ากับ 602,842.40 ครั้ง ขณะที่ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานเท่ากับ 534,047 ครั้ง

จำนวนงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (บาท) (LTCB) เฉพาะปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนงบประมาณต่ำสุด 1,089.36 บาท จำนวนงบประมาณ สูงสุด 12,406,434.89 บาท งบประมาณเฉลี่ยของกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงของทุกอำเภอเท่ากับ 1,470,282.07 บาทต่ออำเภอ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1,533,591.64 บาท

จำนวนงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (บาท) (HFUNDB) โดยมีอำเภอที่ได้รับงบประมาณน้อยที่สุดคือ 0 บาท ขณะที่อำเภอที่ได้รับ งบประมาณมากที่สุดคือ 153,606,267.63 บาท ค่าเฉลี่ยของงบประมาณต่ออำเภอเท่ากับ 9,280,380.38 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลเฉพาะหมวดผู้สูงอายุ เท่ากับ 12,635,039.46 บาท

ตัวแปรระยะทางเฉลี่ยจากจุดศูนย์กลางตำบล ไปยังอำเภอแต่ละอำเภอ (เมตร) มีอำเภอ ที่มีระยะทางไกลที่สุดจากจุดศูนย์กลางตำบลไปยังตัวอำเภอเท่ากับ 1,344 เมตร ระยะทางสูงสุดของ ตำบลไปยังอำเภอสูงสุด คือ 52.11 กิโลเมตร ขณะที่ระยะทางเฉลี่ยของทุกตำบลเท่ากับ 12 กิโลเมตร โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.47 กิโลเมตร

ตัวแปรจำนวนแพทย์ของแต่ละอำเภอ (คน) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีอำเภอที่มีจำนวน แพทย์น้อยที่สุดคือ 1 คน ขณะที่บางอำเภอมีจำนวนแพทย์สูงสุด 380 คน โดยเฉลี่ยจำนวนแพทย์ต่อ อำเภอเท่ากับ 20 คนต่อ 1 อำเภอ มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวนแพทย์เท่ากับ 39.22 คน ซึ่งถือว่า สูงกว่าค่าเฉลี่ยเกือบ 2 เท่า

เมื่อแยกจำนวนโรงพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายหลังจากทำความเข้าใจ สะอาดข้อมูลแล้ว มีโรงพยาบาลประเภท A ในตัวแปรจำนวน 32 โรงพยาบาล โรงพยาบาลประเภท S จำนวน 50 โรงพยาบาล โรงพยาบาลประเภท M2 จำนวน 93 โรงพยาบาล โรงพยาบาลประเภท M1 จำนวน 38 โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ระดับ F1 จำนวน 94 โรงพยาบาล โรงพยาบาล ระดับ F2 จำนวน 493 โรงพยาบาลและโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กระดับ F3 จำนวน 73 โรงพยาบาล

ภายหลังจากการทดสอบสมมติฐานของสมการถดถอยและแก้ปัญหาที่พบแล้ว จึงได้ทำการประมาณการค่าพารามิเตอร์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยแสดงผลการประมาณการดังต่อไปนี้

สำหรับผลการประมาณการสมการถดถอย พบค่า R-Square เท่ากับ 0.852 หมายความว่าแบบจำลองสามารถอธิบายตัวแปรตามได้ร้อยละ 85.2

การทดสอบค่า F-Stat มีค่าเท่ากับ 495.345 แบบจำลองตัวแปรอิสระซึ่งประกอบด้วยตัวแปรระยะทาง ตัวแปรจำนวนแพทย์ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของแต่ละหน่วยบริการในพื้นที่ และ งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลและกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถอธิบายตัวแปรตามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ดูเพิ่มเติมในภาคผนวก ก ข้อ 2)

ตาราง 18 แสดงโครงสร้างพื้นฐานที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Sig.
	B	Std. Error	Beta	t	
(Constant)	3.342	.332		10.058	.000
NoDoctor	.003	.000	.189	7.318	.000
Lnltcb	.121	.010	.174	11.952	.000
Lnhfund	.415	.016	.516	26.346	.000
Lnavgdis	.150	.024	.083	6.143	.000
A	.298	.090	.081	3.296	.001
S	.417	.048	.140	8.732	.000
M2	.305	.034	.135	9.004	.000
M1	.295	.050	.087	5.854	.000
F1	.218	.032	.097	6.786	.000
F2	Reference				
F3	-.187	.035	-.075	-5.285	.000

ตัวแปรตาม: ค่า Log ของจำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD)

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก 1) งบประมาณกองทุนสุขภาพจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและจำนวนแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 3) ระยะทางเฉลี่ยจากจุดศูนย์กลางตำบล (Centroid) ไปยังสถานบริการประจำอำเภอ จากการคำนวณจากโปรแกรมซอฟต์แวร์ระบบเปิด QGIS 4) ข้อมูลแผนที่เส้นถนน กรมทางหลวง

ผลการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรอิสระ พบตัวแปรอิสระทุกตัวส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยที่จำนวนแพทย์ (NoDoctor) ในหน่วยวิเคราะห์ระดับอำเภอ ส่งผลต่อจำนวนการใช้บริการ 0.003 กล่าวคือ เมื่อจำนวนหมอเพิ่มขึ้น 1 % จำนวนการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิละดับอำเภอเพิ่มขึ้น 0.3 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ตัวแปรจำนวนงบประมาณในกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTGB) มีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.121 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมีงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น 1 % ทำให้การใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 12.1 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ตัวแปรกองทุนสุขภาพตำบล (HFUND) มีค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการ 0.415 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ตัวแปรระยะทางเฉลี่ยของแต่ละตำบลในพื้นที่อำเภอ (AvgDis) ส่งผลต่อจำนวนการใช้บริการโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการเท่ากับ 0.15 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ตัวแปรแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลแต่ละพื้นที่ซึ่งมีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับ A ถึง F3 โดยโรงพยาบาลระดับ F2 เป็นค่าคงที่ พบว่าทุกแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 โดยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อการใช้บริการผู้สูงอายุมากที่สุดคือ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ S ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.417 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ M2 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการเท่ากับ 0.305 โรงพยาบาลตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ M1 มีค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการเท่ากับ .295 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ A ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการเท่ากับ 0.298 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ F1 มีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.218 และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ F3 มีค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการเป็นลบ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลระดับ F2

เมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลระหว่างตัวแปร จะพบว่า กองทุนสุขภาพตำบล (hfund) จะส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในระดับอำเภอมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .516 ต่อมาคือ ตัวแปรจำนวนแพทย์ (NoDoctor) มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .189 อันดับ 3 คือตัวแปร งบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(ltcb) มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ 0.174 ตัวแปรแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ S มีอิทธิพลในลำดับถัดมา และมีอิทธิพลมากที่สุดในกลุ่มระบบแผนบริการสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .140 ต่อมาคือ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ M2 มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .135 ตัวแปรแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ F1 มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .097 ตัวแปรแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ M1 มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .087 ตัวแปรระยะทางมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .083 และตัวแปรแผนพัฒนาระบบบริการ F3 มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ -

.075 ซึ่งน้อยที่สุด โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.01 ตามลำดับ โดยสมการประมาณการดังต่อไปนี้

$$\text{OPD} = 3.342 + (.003)\text{NoDoctor} + (.121)\text{lnlntcb} + (.415)\text{lnhfund} + (.150)\text{lnavgdis} + (.298)\text{A} + (.417)\text{S} + (.305)\text{M2} + (.295)\text{M1} + (.218)\text{F1} + (0)\text{F2} + (-.187)\text{F3} \quad (2)$$

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลสถิติจากการสำรวจ ปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจทั่วประเทศ และออกรายงานระดับภาค โดยแบ่งเป็นกรุงเทพฯ และ 4 ภูมิภาค คือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ วิธีการที่ใช้สำรวจเป็นวิธีการ Stratified Two-Stage Sampling โดยจัดแบ่งเป็น 77 Stratum และแบ่งตามลักษณะตามการปกครองของกรมการปกครอง คือ แบ่งเป็น ในเขตเทศบาล และ นอกเขตเทศบาล การสุ่มตัวอย่างขั้นที่ 1 คือ แต่ละเขตการปกครองจะทำการเลือก EA หรือ Enumeration Area อย่างเป็นอิสระต่อกัน ได้จำนวน EA ตัวอย่างทั้งสิ้น 1990 EA จาก EA ทั้งหมด 127,460 EA กระจายตามภาคและเขตการปกครอง การเลือกตัวอย่างขั้นที่ 2 เป็นการสุ่มเลือกจากครัวเรือนตัวอย่าง ซึ่งได้จากการนับจุดในแต่ละ EA ตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นในเขตเทศบาล 16 ครัวเรือนตัวอย่าง ต่อ EA และนอกเขตเทศบาล 12 ครัวเรือนตัวอย่าง

3.1 ลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการของผู้สูงอายุ จึงทำการคัดกรองตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเท่านั้น และภายหลังจากการคัดกรองแล้วจึงทำการศึกษาลักษณะทางด้านประชากรของผู้สูงอายุโดยมีข้อมูลสถิติเบื้องต้นดังนี้

ตาราง 19 แสดงสถิติบรรยายตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์สมการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562

ตัวแปร	ความถี่	Percent
พื้นที่ (Area)		
ในเขตเทศบาล (Urban)	8,310	56.1
นอกเขตเทศบาล (Rural)	6,374	43.9
เพศ (Sex)		
ชาย (Male)	6,373	43.9
หญิง (Female)	8,131	56.1
อายุ (Age)		
เฉลี่ย	69.64	ปี
ต่ำสุด	60	ปี
สูงสุด	98	ปี
Sd.	8.024	ปี
ระดับการศึกษา (Education level)		
ไม่ได้เข้าเรียน (no school)	1,181	8.1
ต่ำกว่า ป.6 (<grad6)	5,134	35.4
ป. 6 (grade6)	5,970	41.2
ม. 3 (grade9)	542	3.7
อื่น ๆ (other)	1,514	10.54
ไม่มีข้อมูล (missing)	4	0.03
หลักประกันสุขภาพ (Health Security)		
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS)	11,878	81.9
สิทธิประกันสังคม (SSS)	270	1.9
สิทธิการรักษาของข้าราชการ (CSMBS)	2,404	16.6
สิทธิอื่น ๆ (Other_scheme)	872	6.0
ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยใน 1 เดือนที่สำรวจ		
ไม่ป่วย (คน)	10,946	75.5
ป่วย (คน)	3,558	24.5

ตาราง 19 (ต่อ)

ตัวแปร	ความถี่	Percent
จำนวนโรคเรื้อรัง (Chronic diseases)		
0 โรค (คน)	6,550	45.2
1 โรค (คน)	4,387	30.2
2 โรค (คน)	2,439	16.8
3 โรค (คน)	890	6.1
4 โรค (คน)	182	1.3
5 โรค (คน)	51	0.4
รายได้ต่อครัวเรือนต่อเดือน (Income)		
เฉลี่ย (บาท)	19,793.36	
ต่ำสุด (บาท)	600	
สูงสุด (บาท)	500,000	
S.D. (บาท)	56,027.13	

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย จากข้อมูลสำรวจภาวะอนามัยและสวัสดิการ 2562

ข้อมูลการสำรวจนี้มีจำนวนผู้สูงอายุ 14,684 คน ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลคิดเป็นร้อยละ 56 % ขณะที่ 44 % โดยประมาณอยู่ในเขตชนบท โดยแบ่งเป็นเพศชาย 43.9 % และ เพศหญิง 56.1 % เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69.64 ปี อายุสูงสุด 98 ปี ในการศึกษาครั้งนี้ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุเท่ากับ 8.024 ปี เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 (ป.6) (grade 6) โดย 41.2 % จบการศึกษา ป.6 ขณะที่ไม่จบการศึกษาชั้น ป.6 คิดเป็น 35.4 % และไม่ได้เรียนหนังสือ 8.1 % สำหรับการศึกษที่สูงกว่า มีผู้สูงอายุที่จบมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 คิดเป็น 3.7 % สูงกว่ามัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 คิดเป็น 10.54 %

ข้อมูลด้านสิทธิหลักประกันสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) คิดเป็น 81.9 % สิทธิรักษาพยาบาลของราชการ 16.6 % และสิทธิประกันสังคม 1.9 % ขณะที่ เป็นสิทธิประกันอื่น ๆ นอกเหนือจากสิทธิหลักรวมกันเท่ากับ 6 % ปัจจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคเรื้อรังมีจำนวน 45.2 % ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 1 โรค มี

30.2 % ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 2 โรค มี 16.8 % ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 3 โรคมี 6.1 % ขณะที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวนมากกว่า 4 โรคมี 1.3 % และจำนวน 5 โรค มี 0.4 % รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนผู้สูงอายุในประเทศไทยเท่ากับ 19,793 บาทต่อเดือนต่อครัวเรือน สูงสุด 500,000 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนและต่ำสุด 600 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือนในการสำรวจ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือนเท่ากับ 56,027 บาท

3.2 ปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วย

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการรับบริการสุขภาพ (Health Need) ซึ่งเป็นข้อมูลระดับบุคคลในแบบสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 เพื่อดูผลของการตัดสินใจการใช้บริการของแต่ละบุคคลในการเข้ารับบริการ โดยมีการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

แบบจำลองถดถอยโลจิสติกนี้ใช้เพื่อทำนายผลการใช้บริการ (ใช้=1/ไม่ใช้=0) แบบ Binary โมเดลประกอบด้วยตัวแปรทำนาย (Predictor) 13 ตัว: พื้นที่ในและนอกเขตเทศบาล (Area) เพศ (sex) อายุ (age) ไม่ได้เข้าเรียน (Noschool) ไม่จบประถม 6 (Pre_primary) ประถมศึกษาปีที่ 6 (Primary) มัธยมศึกษาปีที่ 3 (grad9) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) สิทธิประกันสังคม (SSS) สิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ (CSMBS) สิทธิอื่น ๆ (Other_schem) สิทธิโรคเรื้อรัง (Chronic) และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ (Monthincome) ขณะที่ตัวแปรการศึกษา ระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 (higher9) ถูกตัดออกเนื่องจากพบปัญหา Multicollinearity

ในแบบจำลองสุดท้าย อัตราการพยากรณ์ที่ถูกต้องโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็น 57.3% และมีความสามารถในการคาดการณ์ที่สมดุลงมากขึ้นสำหรับทั้งสองระดับ (0 และ 1) โดยคาดการณ์ได้ถูกต้อง 37.3% สำหรับคลาส '0' และ 74.3% สำหรับคลาส '1' ตัวแปรที่มีส่วนสำคัญในการทำนาย คือ 'Area', 'Age', 'UCS' และ 'Chronic' ตามที่ระบุด้วยค่า p ที่มีนัยสำคัญ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคำนวณได้ในภาคผนวก ก ข้อ 3.1)

ตาราง 20 แสดงผู้ป่วยที่มีความจำเป็นแต่ไม่ได้ใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

Variables in the Equation						
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Area	-.119	.044	7.311	1	.007	.888
Sex	.031	.044	.496	1	.481	1.032
Age	.007	.003	6.062	1	.014	1.007
Noschool	-.136	.108	1.579	1	.209	.873
Pre_primary	.098	.085	1.321	1	.250	1.103
Primary	.013	.084	.024	1	.876	1.013
grad9	-.062	.132	.216	1	.642	.940
UCS	.450	.127	12.518	1	.000	1.569
SSS	.336	.187	3.229	1	.072	1.399
CSMBS	.087	.129	.461	1	.497	1.091
Other_schem	.039	.095	.169	1	.681	1.040
Chronic	.315	.024	173.869	1	.000	1.370
Monthincome	.000	.000	1.438	1	.231	1.000
Constant	-2.055	.561	13.408	1	.000	.128

ตัวแปรตาม: จำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD)

ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562

ตัวแปรพื้นที่ในเขตเทศบาล (0) และนอกเขตเทศบาล (1) หรือ ชื่อตัวแปร Area มีผลเชิงลบต่อการใช้บริการ โดยมีค่า Odds ratio อยู่ที่ 0.888 เท่า และมีค่าสัมประสิทธิ์ประมาณการสำหรับจำนวนครั้งในการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยนอกคือ ตัวแปร Area คือ พื้นที่นอกเขตเทศบาลจะมีอัตราการใช้บริการจะลดลงประมาณ 11.2%

ตัวแปรอายุ (Age) มีผลในเชิงบวกต่อการใช้บริการ โดยมีค่า Odds ratio อยู่ที่ 1.007 เท่าซึ่งบ่งชี้ว่าในแต่ละปีอายุที่เพิ่มขึ้น อัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นประมาณ 0.7%

ตัวแปร UCS ซึ่งเป็นตัวแทนของสิทธิบริการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลในเชิงบวกต่อการใช้บริการ โดยมีค่า Odds ratio ที่ 1.569 เท่าเมื่อเทียบกับสิทธิอื่น สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าการมีสิทธิ 'UCS' จะเพิ่มโอกาสในการใช้บริการได้ประมาณ 56.9%

สุดท้าย ตัวแปรจำนวนโรคเรื้อรัง (Chronic) มีผลในเชิงบวกต่อการใช้บริการ โดยมีค่า Odds ratio ที่ 1.370 เท่า ซึ่งบ่งชี้ว่าสำหรับการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรคใน 'Chronic' อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นประมาณ 37%

ค่า Nagelkerke R Square คือ 0.037 ซึ่งบ่งชี้ว่าโมเดลนี้อธิบายความแปรปรวนร่วมของสมการประมาณ 3.7% เปอร์เซ็นต์ที่ค่อนข้างต่ำนี้บ่งชี้ว่าอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการซึ่งไม่รวมอยู่ในโมเดลโดยมีสมการประมาณการดังนี้

$$OPD = (-2.055) + (-.119) \text{Area} + (.007) \text{Age} + (.450) \text{UCS} + (.315) \text{Chronic} \quad (3)$$

การทดสอบ Hosmer-Lemeshow มีค่า p-value เท่ากับ 0.921 ซึ่งบ่งชี้ว่าสมมติฐานของแบบจำลองเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างค่า log Odds และตัวทำนายถือเป็นจริง และแบบจำลองเหมาะสมกับข้อมูลพอสมควร

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าตัวแปรอื่น ๆ รวมถึง เพศ (Sex) ไม่ได้เข้าเรียน (Noschool) ไม่จบชั้นประถมศึกษา (Pre_primary) จบประถมศึกษา (Primary) และ จบมัธยมศึกษาปีที่ 3 (grad9) และสิทธิประกันสังคม (SSS) สิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ (CSMBS) และสิทธิอื่น ๆ (Other schem) รวมถึงรายได้เฉลี่ยครัวเรือนของผู้สูงอายุ (Monthincome) ที่รวมอยู่ในแบบจำลองสุดท้าย แต่ไม่ได้มีส่วนช่วยในการทำนายการใช้บริการตามค่า p อย่างมีนัยสำคัญ

3.3 การเข้ารับบริการส่งเสริมป้องกันโรคของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วย

โดยทำการวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่ไม่ได้ป่วยแต่ไม่ได้รับการบริการส่งเสริมสุขภาพ (การส่งเสริมและป้องกัน) ซึ่งข้อมูลสำนักงานสถิติแยกผู้ที่ไม่ได้ป่วยใน 1 เดือนหลังสุดที่มีการสำรวจ ออกจากผู้ที่มีโรคเรื้อรัง และที่สำคัญผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง คือ ผู้ที่ควรได้รับการส่งเสริมป้องกันโรคมามากที่สุด เพื่อที่จะบรรเทาความรุนแรงของโรค การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เพื่อทำนายการใช้บริการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีเจ็บป่วย พิจารณาจากตัวแปรทำนายหลายตัว ได้แก่ พื้นที่ (Area) เพศ (Sex) อายุ (Age) ระดับการศึกษา 4 ระดับ ไม่ได้เข้าเรียน (Noschool) ไม่จบประถมศึกษา (Pre_primary) ประถมศึกษา (Primary) มัธยมศึกษาปีที่ 3 (grad 9) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) สิทธิประกันสังคม (SSS) สิทธิข้าราชการ (CSMBS) สิทธิอื่น ๆ (Other_schem) จำนวนโรคเรื้อรัง (Chronic) และรายได้ครัวเรือนต่อเดือนของผู้สูงอายุ (Monthincome) ตัวแปรระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 (higher 9) ถูกตัดออกเนื่องจากปัญหา multicollinearity

จากสรุปผลของแบบจำลอง เราจะเห็นว่าแบบจำลองมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไคสแควร์ = 173.924, df = 13, p < .001) Nagelkerke R Square ที่ .026 ซึ่งให้เห็นว่าแบบจำลองของเราอธิบายความแปรปรวนประมาณ 2.6% ในการใช้บริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ซึ่งเป็นขนาดผลกระทบที่ค่อนข้างเล็ก การทดสอบ Hosmer และ Lemeshow มีระดับนัยสำคัญ (Chi-square = 22.742, df = 8, p = .004) ซึ่งบ่งชี้ว่าแบบจำลองสามารถปรับปรุงได้

เมื่อพิจารณาตัวแปรในสมการแล้ว ต่อไปนี้เป็นตัวทำนายการใช้บริการด้านสุขภาพที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดูเพิ่มเติมในภาคผนวก ก ข้อ 3.2)

ตาราง 21 แสดงการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์ของแบบจำลอง

Variables in the Equation						
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Area	-.026	.051	.251	1	.617	.975
Sex	.145	.052	7.935	1	.005	1.157
Age	.003	.003	.971	1	.324	1.003
Noschool	.233	.131	3.167	1	.075	1.262
Pre_primary	.361	.098	13.465	1	.000	1.435
Primary	.119	.096	1.536	1	.215	1.127
grad9	.102	.152	.446	1	.504	1.107
UCS	-.154	.155	.990	1	.320	.857
SSS	-.726	.261	7.768	1	.005	.484
CSMBS	.160	.157	1.043	1	.307	1.174
Other_schem	.138	.110	1.584	1	.208	1.148
Chronic	.239	.025	91.531	1	.000	1.269
Monthincome	.000	.000	4.063	1	.044	1.000
Constant	-1.645	.694	5.619	1	.018	.193

ตัวแปรตาม: การใช้ส่งเสริมป้องกันโรคโดยผู้ที่ไม่มีอาการป่วย (0=ไม่ใช้บริการ 1 ใช้บริการ) (PP)

ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562

ตัวแปรเพศ (Sex) เพศหญิงมีแนวโน้มใช้บริการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศชาย ($B = .145, p = .005, OR = 1.157$) สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าเมื่อตัวแปร Sex (เปลี่ยนจากชายเป็นหญิง) Odds ratio ของการใช้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 1.157 เท่าโดยกำหนดให้ตัวแปรอื่น ๆ ทั้งหมดในแบบจำลองนั้นคงที่

ระดับการศึกษา ของผู้ที่ไม่จบประถมศึกษา (Pre_primary) เป็นผู้ที่แนวโน้มที่จะใช้บริการด้านสุขภาพปฐมภูมิส่งเสริมป้องกันมากกว่าระดับอื่น ($B = .361, p < .001, OR = 1.435$) สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าทุก ๆ 1 หน่วยที่เพิ่มขึ้นในตัวแปร 'Pre_primary' อัตราการใช้บริการด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น 1.435 เท่า โดยถือว่าตัวแปรอื่น ๆ ทั้งหมดในแบบจำลองมีค่าคงที่ โดยที่ตัวแปรระดับการศึกษาอื่นไม่ส่งผลในแบบจำลอง

ตัวแปรสิทธิประกันสังคม (SSS) ผู้ที่มีประกันสังคม SSS มีโอกาสน้อยที่จะใช้บริการด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรูปแบบอื่น ๆ ($B = -.726, p = .005, OR = .484$) สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าถ้าเป็นผู้มีสิทธิประกันสังคมในตัวแปร 'SSS' อัตราการใช้บริการด้านสุขภาพจะลดลง 0.484 โดยถือว่าตัวแปรอื่น ๆ ทั้งหมดในแบบจำลองมีค่าคงที่

ตัวแปรจำนวนโรคเรื้อรัง (Chronic) ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังตามจำนวนโรค (สูงสุด 5 โรค) มีแนวโน้มที่จะใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่โรคเรื้อรัง ($B = .239, p < .001, OR = 1.269$) สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าทุก ๆ 1 หน่วยที่เพิ่มขึ้นในตัวแปร 'Chronic' อัตราการใช้บริการด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้น 1.269 เท่า โดยถือว่าตัวแปรอื่น ๆ ทั้งหมดในแบบจำลองมีค่าคงที่

รายได้ครัวเรือนต่อเดือนของผู้สูงอายุ (Monthincome) ผู้ที่มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือนสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ($B = .000, p = .044, OR = 1.000$) ผลกระทบตรงนี้ค่อนข้างน้อย ซึ่งบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจนระหว่างรายได้และการใช้บริการด้านสุขภาพโดยแบบจำลองมีสมการประมาณการดังต่อไปนี้

$$PP = (-1.645) + (.145)Sex + (.361)Pre_primary + (-.726)SSS + (.239)Chronic + (0.000001)Monthincome \quad (4)$$

ผลลัพธ์เหล่านี้สามารถช่วยในการออกแบบการแทรกแซงที่มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการใช้บริการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ความพยายามสนับสนุนการใช้บริการด้านสุขภาพของสตรี บุคคลที่มีระดับการศึกษาไม่ต่ำกว่าหรือต่ำกว่า ผู้ที่มีแบบประกันเฉพาะประเภท ไม่มีโรคเรื้อรังและผู้มีรายได้น้อย โดยตัวแปรอื่น ๆ ไม่ส่งผลในสมการ

3.4 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคล (โรคเรื้อรังและโรคประจำตัว)

การวิเคราะห์เฉพาะผู้ที่เป็โรคเรื้อรังและมีโรคประจำตัว โดยเป็นสมการ Poisson Regression เพื่อติดตามว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีโรคประจำตัวมีการใช้บริการกี่มากน้อยเพียงใด โดยที่ตัวแปรตาม คือ จำนวนครั้งของการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้เป็นโรคเรื้อรังและมีโรคประจำตัว โดยผลของการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ตาราง 22 แสดงตัวแปรที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล

Goodness of Fit ^a			
	Value	df	Value/df
Deviance	7610.081	7932	.959
Scaled Deviance	7610.081	7932	
Pearson Chi-Square	9294.859	7932	1.172
Scaled Pearson Chi-Square	9294.859	7932	
Log Likelihood ^b	-8272.471		
Akaike's Information Criterion (AIC)	16578.943		
Finite Sample Corrected AIC (AICC)	16579.020		
Bayesian Information Criterion (BIC)	16697.616		
Consistent AIC (CAIC)	16714.616		

Dependent Variable: Opuse_chronic

Model: (Intercept), AREA, sex, Noschool, Pre_primary, Primary, grad9, higher9, UCS, SSS, CSMBS, Other_schem, Chro_no, age, incohh_month

a. Information criteria are in smaller-is-better form.

b. The full log likelihood function is displayed and used in computing information criteria.

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย

ข้อมูลจากการวิเคราะห์การถดถอยแบบปัวซอง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ทางสถิติประเภทหนึ่งที่ใช้ในการจำลองตัวแปรจำนวนครั้ง ซึ่งในที่นี้คือจำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่มีโรคเรื้อรัง ตัวแปรตาม คือ "จำนวนครั้งของการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ "

ตัวแปรกลุ่ม (Categorical Variables) และตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variables) ใช้เป็นตัวทำนาย ตัวแปรกลุ่ม ได้แก่ พื้นที่ (Area) เพศ (Sex) ระดับการศึกษา ประกอบด้วย ไม่ได้เข้าเรียน (Noschool) ไม่จบประถมศึกษา (Pre_primary) ประถมศึกษา (Primary) ระดับ ม.3 (Grad9) สูงกว่าม. 3 (Higher9) แผนประกันสุขภาพ ประกอบด้วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) สิทธิประกันสังคม (SSS) สิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ (CSMBS) และสิทธิอื่น (Other_schem) และจำนวนโรคเรื้อรัง (Chronic) ตัวแปรต่อเนื่อง คือ อายุ (Age) และรายได้ครัวเรือนต่อเดือน (Monthincome)

การวัด goodness-of-fit ของแบบจำลองระบุว่าข้อมูลเหมาะสมกับโมเดลมากน้อยเพียงใดโดยใช้ค่า Deviance และ Pearson Chi-Square แบบดั้งเดิมสองแบบ ค่าที่เข้าใกล้ 1 บ่งชี้ว่าเหมาะสมกว่า ในกรณีแบบจำลองนี้ โมเดลมีค่าเบี่ยงเบน .959 ซึ่งแสดงถึงความ Fit ของสมการ อย่างไรก็ตาม Pearson Chi-Square อยู่ที่ 1.172 ซึ่งบอกเป็นนัยว่า Fit ค่อนข้างน้อย

การทดสอบ Omnibus Test's Likelihood Ratio Chi-Square มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งบ่งชี้ว่าแบบจำลองมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นกว่าแบบจำลอง null (intercept-only)

การทดสอบ Model effects ของแบบจำลองระบุว่าตัวแปรทำนายแต่ละตัวส่งผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Area ($p = 0.003$) และ Chronic ($p < 0.001$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งบ่งชี้ว่าตัวแปรเหล่านี้ส่งผลต่อจำนวนการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ ตัวแปร Monthincome ($p = 0.051$) มีระดับนัยสำคัญที่น้อยกว่า (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก ก ข้อ 3.3)

ตาราง 23 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีโรคเรื้อรังและโรคประจำตัว

Parameter	B	Std. Error	95% Wald Confidence Interval		Hypothesis Test			Exp(B)
			Lower	Upper	Wald Chi-Square	df	Sig.	
(Intercept)	.266	.3388	-.398	.930	.617	1	.432	1.305
[Area=0]	-.084	.0285	-.140	-.028	8.613	1	.003	.920
[Area=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[Sex=0]	-.019	.0293	-.077	.038	.439	1	.508	.981
[Sex=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[Noschool=0]	.082	.0723	-.060	.223	1.271	1	.260	1.085
[Noschool=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[Pre_primary=0]	-.018	.0566	-.129	.093	.103	1	.748	.982
[Pre_primary=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[Primary=0]	.002	.0556	-.107	.111	.002	1	.966	1.002
[Primary=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[grad9=0]	-.004	.0880	-.176	.169	.002	1	.964	.996
[grad9=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[higher9=0]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[higher9=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[UCS=0]	-.146	.0835	-.310	.018	3.051	1	.081	.864
[UCS=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[SSS=0]	-.112	.1194	-.346	.122	.885	1	.347	.894
[SSS=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[CSMBS=0]	.019	.0845	-.147	.184	.049	1	.825	1.019
[CSMBS=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[Other_schem=0]	-.036	.0620	-.158	.085	.342	1	.559	.964
[Other_schem=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[Chronic=1]	-.689	.1309	-.945	-.432	27.648	1	.000	.502
[Chronic =2]	-.534	.1317	-.792	-.275	16.406	1	.000	.586
[Chronic =3]	-.407	.1349	-.672	-.143	9.111	1	.003	.666
[Chronic =4]	-.213	.1503	-.508	.081	2.013	1	.156	.808
[Chronic =5]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
Age	.000	.0018	-.003	.004	.041	1	.839	1.000
Monthincome	4.057E-7	2.082E-7	-2.4E-9	8.14E-7	3.795	1	.051	1.000
(Scale)	1 ^b							

Dependent Variable: ChOPD

Model: (Intercept), Area, Sex, Noschool, Pre_primary, Primary, grad9, higher9, UCS, SSS, CSMBS, Other_schem, Chronic, Age, Monthincome

a. Set to zero because this parameter is redundant.

b. Fixed at the displayed value.

ตัวแปรตาม: จำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ChOPD)

ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 สำนักงานสถิติแห่งชาติม 2562

สำหรับพารามิเตอร์แสดงอิทธิพลของแต่ละปัจจัยที่มีต่อตัวแปรตาม มีผลการประมาณการ คือ ตัวแปร Area ค่าของ Exp(B) สำหรับ Area= 1 (พื้นที่นอกเขตเทศบาล) คือ 0.920 ซึ่งแสดงว่าการอยู่ในพื้นที่นอกเขตจะลดจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่คาดไว้ลงประมาณ 8 % เมื่อเทียบกับพื้นที่ในเขตเทศบาล (Area=2) โดยกำหนดให้ตัวแปรอื่นคงที่

สำหรับตัวแปรจำนวนโรคเรื้อรังของผู้ป่วย (Chronic) เมื่อเพิ่มขึ้นจาก 1 เป็น 4 ค่าของ Exp(B) จะลดลง ซึ่งบ่งชี้ว่าจำนวนโรคเรื้อรังที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกจะลดลง อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าอิทธิพลของการมีโรคเรื้อรัง 4 โรคเมื่อเทียบกับ 5 โรคนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.156$)

สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variable) รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนผู้สูงอายุ (Monthincome) ค่า Exp(B) คือ 1.000 ซึ่งหมายความว่าสำหรับแต่ละหน่วยที่เพิ่มขึ้นใน Monthincome จำนวนการให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่คาดว่าจะยังคงเท่าเดิม โดยถือว่าตัวแปรอื่น ๆ คงที่ ค่า p คือ 0.051 ซึ่งสูงกว่าระดับนัยสำคัญ 0.05 เล็กน้อย

$$\text{ChOPD} = (.266) + (0.285)\text{Area} + (0.154)\text{Chrono} + (0.0000004)\text{Monthincome} + \mu \quad (5)$$

โดยสรุป แบบจำลองการถดถอยแบบบัวของนี้ชี้ให้เห็นว่าพื้นที่ในเขตและนอกเขต และจำนวนโรคเรื้อรังมีผลอย่างมากต่อจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอก ตัวแปรอื่นๆ เช่น เพศ การศึกษา รูปแบบประกัน อายุ และรายได้ต่อเดือน ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญในแบบจำลองนี้

3.5 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคล (ปัจจัยค่าใช้จ่าย)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการปฐมภูมิของผลทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นของสมการถดถอย Multiple Regression โดยมีการทดสอบ Durbin-Watson Test ไม่พบความสัมพันธ์แบบ Autocorrelation การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (Multicollinearity) โดยใช้ค่า Variance Inflation Factor (VIF) พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นคือตัวแปรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ อย่างไรก็ตามไม่สามารถลบหรือตัดตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งออกได้ จากการประมาณการพบว่าค่า R-Square เท่ากับ 0.052 ซึ่งหมายถึงประมาณ 5.2% ของความแปรปรวนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสามารถอธิบายได้ด้วยตัวแปรของแบบจำลอง ค่า Adjust R-Square เท่ากับ 0.049

ขณะที่ ผลการทดสอบการกระจายของ Error Term โดยใช้วิธี Scatterplot เพื่อดูการกระจายของ Error Term พบการกระจายไม่คงที่ พบปัญหา Heteroskedasticity จึงแก้ไขโดยใช้ตัวแปรตามเป็น Logfunction เป็นสมการ Semi-log function ทำให้บาง Record ที่มีค่าใช้จ่าย

เป็น 0 ไม่สามารถใช้วิเคราะห์ได้จึงต้องตัดรายการที่มีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 0 ออก (ดูเพิ่มเติมได้ในภาคผนวก ก ข้อ 3.4) โดยมีผลของการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

สถิติ Durbin-Watson ซึ่งตรวจสอบความสัมพันธ์แบบ Autocorrelation เท่ากับ 1.624 ซึ่งค่อนข้างใกล้เคียงกับ 2 ซึ่งบ่งชี้ว่าไม่มีปัญหา Autocorrelation ตาราง ANOVA แสดงแบบจำลองโดยรวมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 21.674, p < .001$) หมายความว่าตัวแปรของแบบจำลองเป็นกลุ่มทำนายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

ตาราง 24 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการปฐมภูมิ

Coefficients ^a					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	4.586	.410		11.193	.000
Area	.039	.032	.017	1.208	.227
Sex	-.077	.033	-.033	-2.351	.019
Age	.003	.002	.020	1.438	.151
Noschool	.052	.060	.013	.862	.389
Primary	.142	.036	.060	3.977	.000
grad9	.191	.089	.030	2.143	.032
higher9	.364	.065	.092	5.624	.000
UCS	-.161	.095	-.051	-1.692	.091
SSS	-.178	.136	-.019	-1.303	.193
CSMBS	.089	.096	.028	.920	.358
Other_schem	.260	.070	.053	3.731	.000
Chronic	.033	.016	.029	2.118	.034
Monthincome	3.419E-6	.000	.128	9.213	.000

a. Dependent Variable: ln(ExOPD)

ตัวแปรตาม: ค่า Log ของค่าใช้จ่ายของการรับบริการผู้ป่วยนอก(บาท) (ExOPD)

ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2562

สำหรับการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์ ผลการประมาณการพบว่า พื้นที่ (Area) ไม่ได้ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($B = .039, p = .227$) เพศ (Sex) ผลจากแบบจำลองนี้ชี้ให้เห็นว่าการเป็นเพศหญิง (1) มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ลดลง 7.7% ($B = -.077, p = .019$)

ตัวแปรอายุ (Age) ที่มากขึ้นไม่ได้เป็นตัวทำนายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีนัยสำคัญ ($B = .003, p = .151$) การไม่ได้เรียน (Noschool) ไม่ได้เป็นตัวทำนายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีนัยสำคัญ ($B = .052, p = .389$) ตัวแปรการจบประถมศึกษา (Primary) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 14.2% ($B = .142, p < .001$) ตัวแปรการจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (grad9) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 19.1% ($B = .191, p = .032$) ตัวแปรผู้ที่จบสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (higher9) มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 36.4% ($B = .364, p < .001$) ซึ่งโดยรวมบ่งชี้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

ตัวแปรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) ตัวแปรสิทธิประกันสังคม (SSS) ตัวแปรสิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการ (CSMBS) ไม่ใช่ตัวทำนายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีนัยสำคัญ แต่ตัวแปรสิทธิอื่น ๆ (Other_schem) มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 26% ($B = .260, p < .001$) บ่งชี้ว่าผู้ที่อยู่ในสิทธินี้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น

ตัวแปรจำนวนโรคเรื้อรัง (Chronic) เพิ่มขึ้น 1 โรคมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 3.3% ($B = .033, p = .034$) หมายความว่าผู้ที่มีโรคเรื้อรังมากขึ้นย่อมมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นโดยธรรมชาติ

ตัวแปรรายได้เฉลี่ยครัวเรือนผู้สูงอายุต่อเดือน (Monthincome) ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ($B = 3.419E-6, p < .001$) บ่งชี้ว่าเมื่อรายได้ครัวเรือนเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน

เมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่อตัวแปรตามพบว่า ตัวแปรรายได้เฉลี่ยครัวเรือนผู้สูงอายุต่อเดือน มีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน .128 ต่อมาคือตัวแปรระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน .092 ลำดับ 3 ของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม คือ ตัวแปรระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .060 ถัดมาเป็นตัวแปรสิทธิหลักประกันสุขภาพอื่น ๆ มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .053 ตัวแปรเพศ (หญิง) มีค่าอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นลำดับถัดมา มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ -.033 ซึ่งส่งผลในทางตรงกันข้ามกับตัวแปรตาม และตัวแปรที่มีอิทธิพลน้อยที่สุด คือ ตัวแปรระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .030 โดยมีสมการประมาณดังต่อไปนี้

$$\text{ExOPD} = (4.586) + (-.077) \text{ Sex} + (.142) \text{ Primary} + (.191) \text{ grad9} + (.364) \text{ higher9} + (.260) \text{ Other_schem} + (.033) \text{ Chronic} + (3.419\text{E-}6) \text{ Monthincome} \quad (6)$$

นอกจากนี้ยังเป็นที่น่าสังเกตว่า "Pre_primary" เป็นตัวแปรที่แยกออก ซึ่งบ่งชี้ว่าไม่ได้คาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มีนัยสำคัญเมื่อพิจารณาจากตัวแปรอื่น ๆ ในแบบจำลองซึ่งเกิดปัญหา Multicollinearity

การวิเคราะห์ภาคตัดขวางพหุคูณผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน

ส่วนนี้จะเป็นส่วนเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิเคราะห์คุณภาพและการเข้าถึงบริการปฐมภูมิมีความสำคัญอย่างยิ่งในการตัดสินใจผลลัพธ์สำหรับบุคคลที่ต้องการการดูแลแบบ ACSCs ระบบการดูแลปฐมภูมิคุณภาพสูง จะมีลักษณะต่าง ๆ เช่น ความต่อเนื่อง ความครอบคลุม การดูแลประสานกัน การมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้การส่งเสริมป้องกันโรคได้ดี การตรวจพบตั้งแต่เนิ่น ๆ และการจัดการ ACSCs ที่มีประสิทธิภาพ นั้นหมายความว่า การที่กลุ่มโรคเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลบริการสุขภาพปฐมภูมิ ถ้าหากได้รับการบริการอย่างต่อเนื่องจะทำให้ไม่เกิดภาวะของโรคได้ ซึ่งสะท้อนผ่านการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ถ้าหากว่า การใช้บริการผู้ป่วยนอกในโรคดังกล่าวแล้วไปใช้บริการผู้ป่วยใน มีแนวโน้มว่ามีอาการที่รุนแรงขึ้น สะท้อนถึงคุณภาพการบริการส่งเสริมและป้องกันโรคได้ส่วนหนึ่ง

การวิเคราะห์ภาคตัดขวางพหุคูณ เป็นการวิเคราะห์ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) ความดัน (Hypertension) ที่เป็นผู้สูงอายุเชิงพื้นที่ทั่วประเทศในระยะเวลา 5 ปีย้อนหลัง ซึ่งเป็นแบบ Retrospective Multiple Cross-sectional Study โดยวัดอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดัน ที่มาใช้บริการ OPD เปลี่ยนสถานะเป็นผู้ใช้บริการ IPD ในระหว่าง 5 ปีนั้น ซึ่งคำตอบที่ได้จะสามารถตอบได้ว่าคุณภาพของการให้บริการสุขภาพปฐมภูมินั้นเป็นอย่างไรในพื้นที่นั้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่สามารถวัดได้ว่า จำนวนการให้บริการนั้นเป็นการให้บริการจากผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยใน อาจจะมีกรณีที่ต่อเนื่อง เช่น 1 ปี อาจใช้บริการหลายครั้ง จึงทำการจับข้อมูลโดยใช้เกณฑ์ที่ต่างกัน 3 เกณฑ์ ได้แก่

1. การใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) แล้วไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ภายในรอบ 1 ปี
2. การใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) แล้วไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ภายในรอบ 3 ปี
3. การใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) แล้วไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ภายในรอบ 5 ปี

สำหรับผลของการติดตามไปข้างหน้า จะแสดงเป็นร้อยละของผู้ป่วย เป็นเปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่ใช้บริการทั้ง 2 บริการต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่แต่ละอำเภอ โดยแสดงผลเฉลี่ยและค่า

เบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งประเทศและภาพรวมระดับอำเภอที่แสดงในแต่ละอำเภอโดยเปรียบเทียบ ซึ่งจะให้เห็นภาพเชิงพื้นที่ในทางเปรียบเทียบว่าพื้นที่ใดที่มีประสิทธิภาพของการส่งเสริมป้องกันเป็นแบบใด

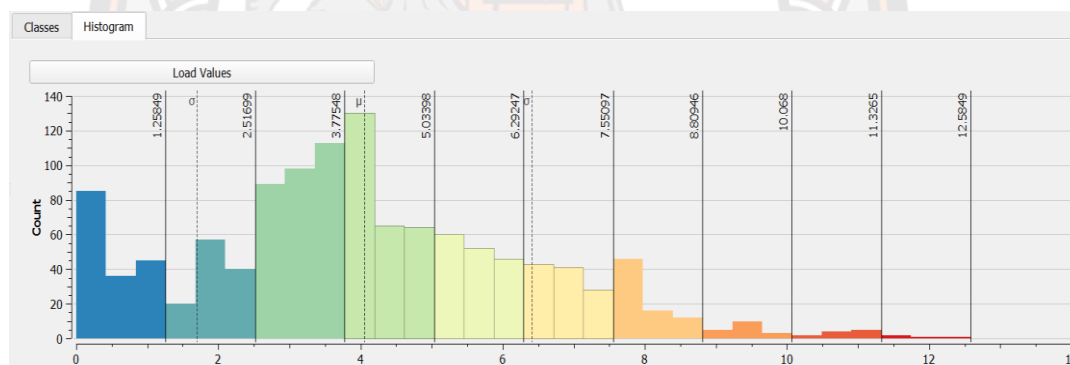
กรอบระยะเวลาภายใน 1 ปี

สำหรับกรอบระยะเวลา 1 ปี หมายความว่า ภายใน 1 ปี ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เข้ามารับบริการและหลังจากนั้นภายใน 1 ปี ไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้วยโรคเดียวกัน ซึ่งการใช้บริการผู้ป่วยนอกแล้วไปใช้บริการผู้ป่วยในด้วยโรคเดียวกัน สะท้อนถึงการดูแลขั้นปฐมภูมิที่สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันได้มีประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลโรคไม่ต้องเข้ารับบริการผู้ป่วยใน

ร้อยละการใช้บริการผู้ป่วยนอกและเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน ภายใน 1 ปี พ.ศ. 2558

นี่เป็นร้อยละของการใช้บริการของผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) ที่เข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้นในปี พ.ศ. 2558

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus:DM)



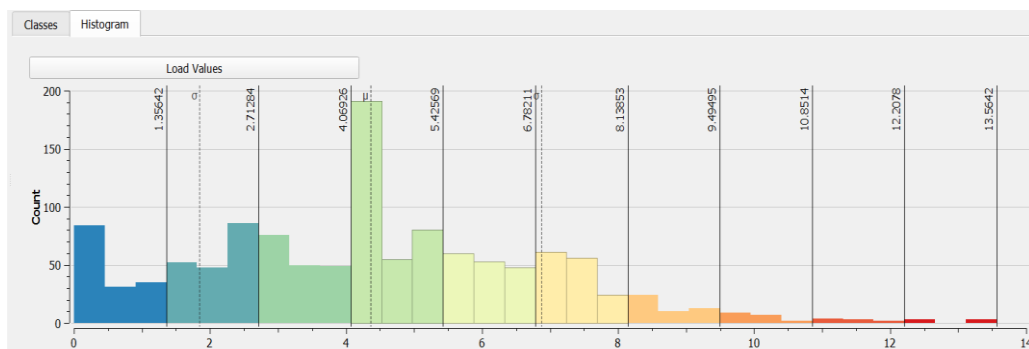
ภาพ 19 แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอก แล้วมาใช้บริการผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 1 ปีของปี พ.ศ. 2558 เฉลี่ยเท่ากับ 4.16 % ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (แกนนอน) และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.54% เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่สูงต่อมาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในจากผู้ป่วยนอกสูงกว่า 6.69 % (ค่าเฉลี่ย + ค่าเบี่ยงเบน

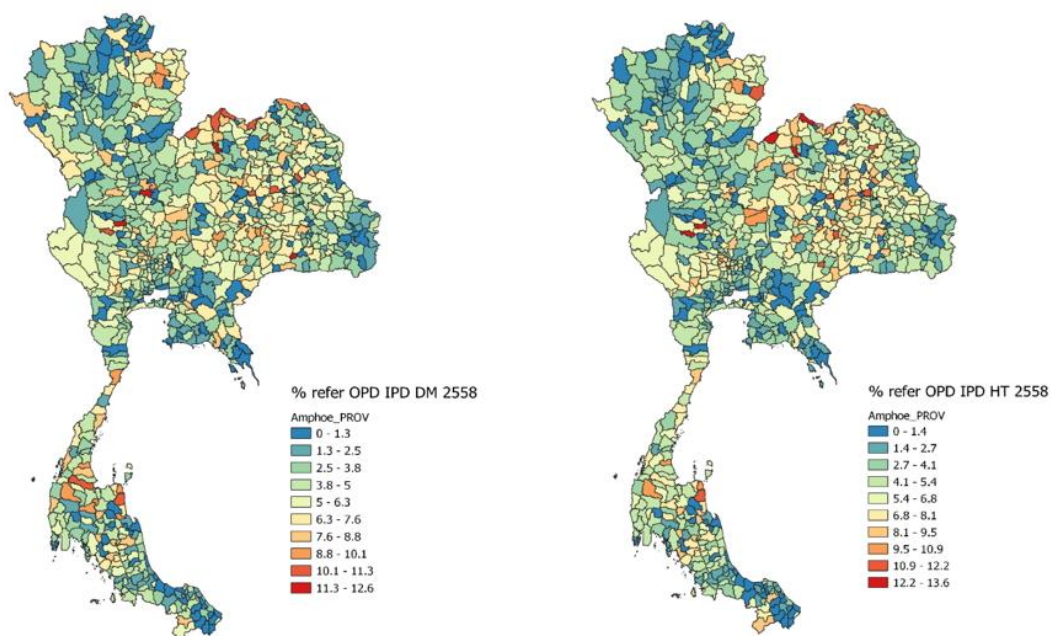
มาตรฐาน) มีจำนวนทั้งหมด 138 อำเภอ กระจายตามภาคต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคอีสานที่มีจำนวน
ผู้ใช้บริการผู้ป่วยเบาหวานจากผู้ป่วยนอกมาใช้บริการผู้ป่วยในในอัตราที่สูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HTN)



ภาพ 20 แสดงร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS



ภาพ 21 แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายเข้ามาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558

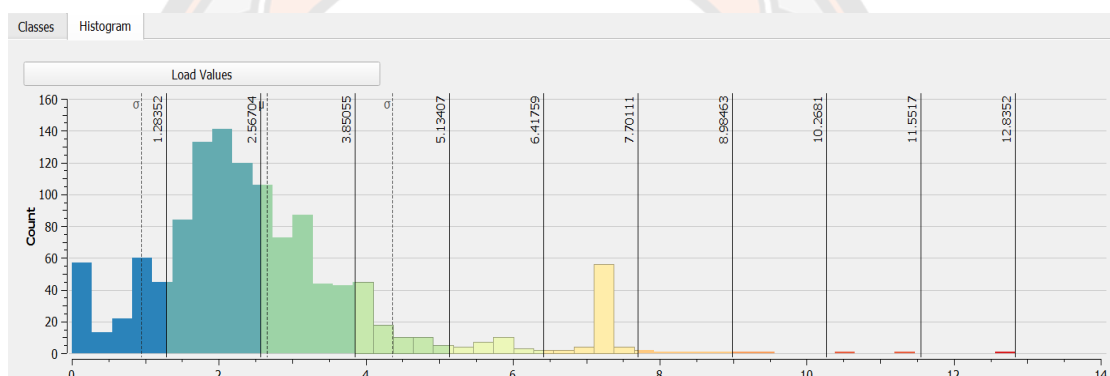
ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนใช้บริการผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 1 ปี พ.ศ. 2558 มีค่าเฉลี่ยการให้บริการเท่ากับ 4.49 % ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.73 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจกบริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่ส่งเกินกว่าค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 7.22% (4.49+2.73) จำนวนทั้งสิ้น 141 อำเภอ กระจายตามภาคต่าง ๆ โดยสามารถดูได้จากแผนที่ข้างต้น

ร้อยละของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ภายใน 1 ปี พ.ศ. 2559

ร้อยละของการใช้บริการของผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) ที่เข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้นในปี พ.ศ. 2559

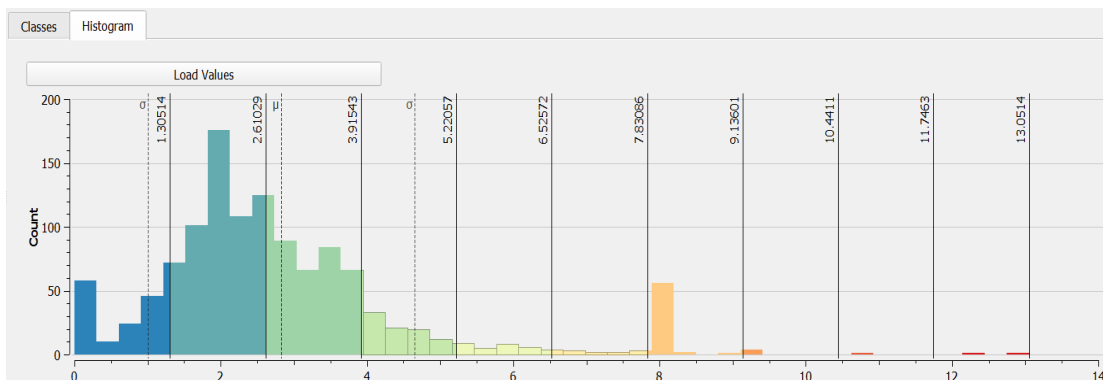
โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)



ภาพ 22 แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

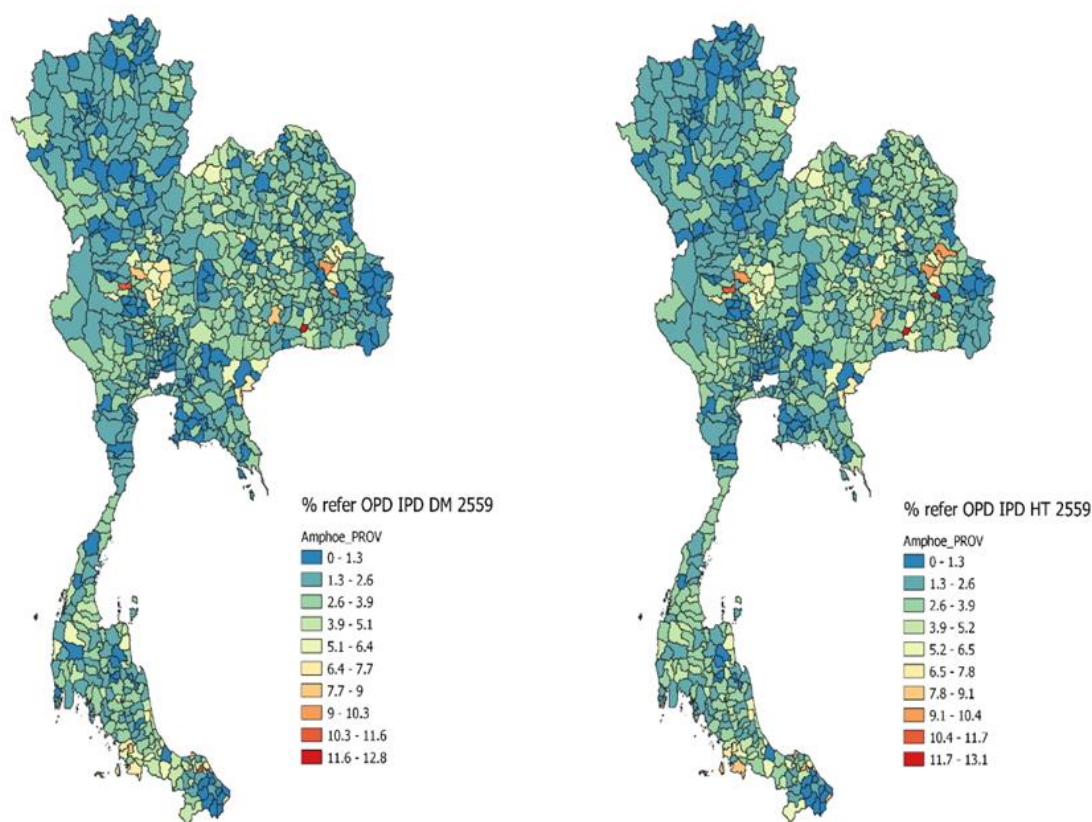
โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HTN)



ภาพ 23 แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนแล้วมาใช้บริการผู้ป่วยใน ต่อเนื่องภายใน 1 ปีของปี พ.ศ. 2559 เฉลี่ยเท่ากับ 2.53 % ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมีค่า เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.59 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการ ผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในจากผู้ป่วยนอกสูงกว่า 4.12 % (ค่าเฉลี่ย + ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) มี จำนวนทั้งหมด 90 อำเภอกระจายตามภาคต่าง ๆ



ภาพ 24 แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Hypertension) ที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนใช้บริการของผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 1 ปี พ.ศ. 2559 มีค่าเฉลี่ยการให้บริการเท่ากับ 2.69 % ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.66 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากบริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่สังเกตเกินกว่าค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 4.35 % (2.69+1.66) จำนวนทั้งสิ้น 93 อำเภอ กระจายตามภาคต่าง ๆ โดยสามารถดูได้จากแผนที่

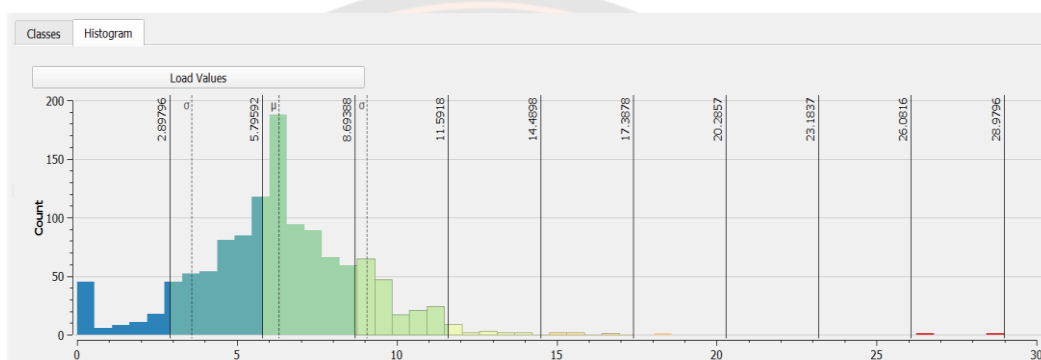
ข้อสังเกตที่ได้จะพบว่า จำนวนการการให้บริการผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในของปี พ.ศ. 2559 ลดลงจากปีก่อน โดยมีกระจายเป็นส่วนน้อยเพียงในบางพื้นที่ของภาคอีสานและภาคกลางเท่านั้น

ร้อยละของการใช้บริการผู้ป่วยนอก และเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน ภายใน 1 ปี พ.ศ.

2560

สำหรับปี 2560 ร้อยละของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) ที่เข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้นในปี พ.ศ. 2560 แสดงดังต่อไปนี้

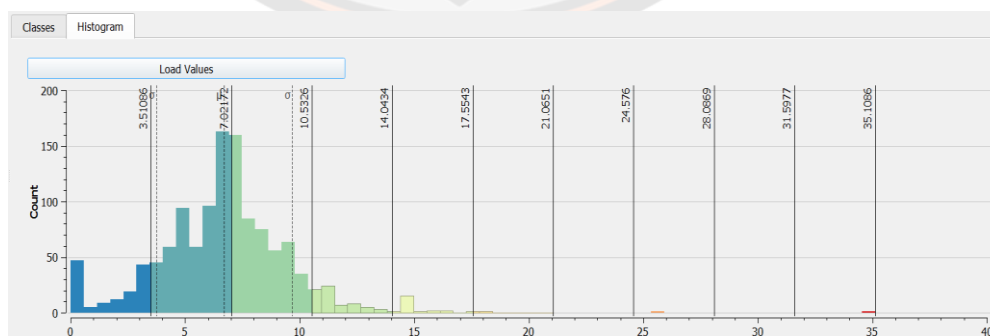
โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)



ภาพ 25 แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HTN)



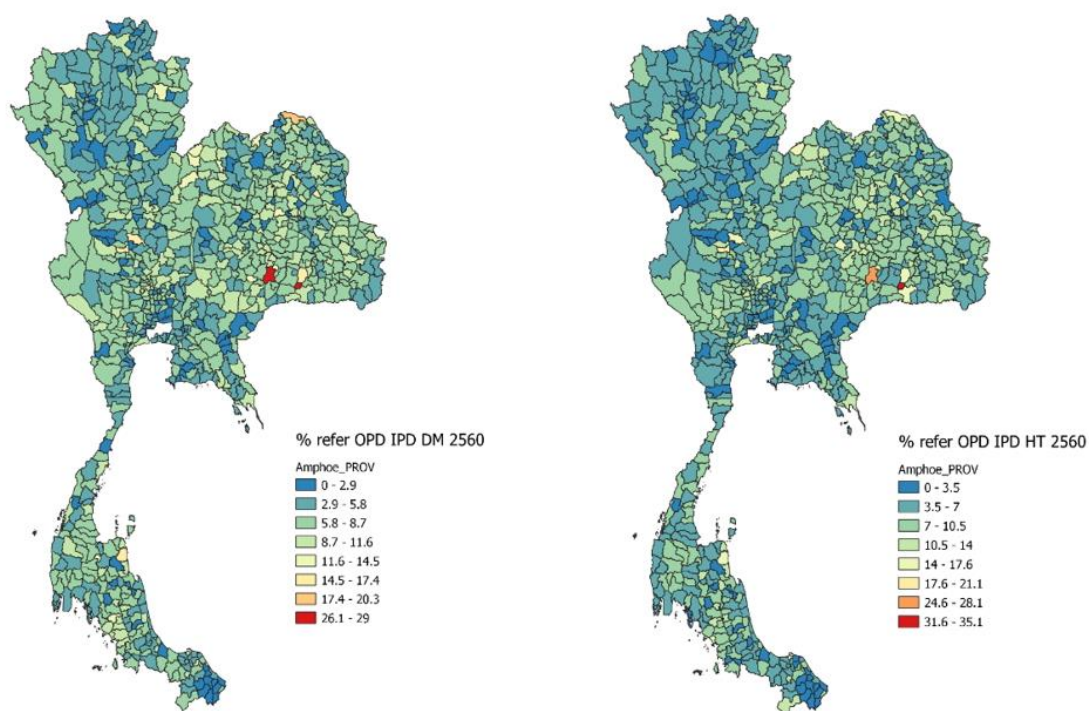
ภาพ 26 แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนแล้วมาใช้บริการผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 1 ปีของ พ.ศ. 2560 เฉลี่ยเท่ากับ 6.34 % ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.00 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในจากผู้ป่วยนอกสูงกว่า 9.34 % ($6.34 + 3.00$) มีจำนวนทั้งหมด 107 อำเภอ

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Hypertension ที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนใช้บริการของผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 1 ปี พ.ศ. 2560 มีค่าเฉลี่ยการให้บริการเท่ากับ 6.66 % ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.22 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 9.88% ($6.66+3.22$) จำนวนทั้งสิ้น 104 อำเภอ กระจายตามภาคต่าง ๆ โดยสามารถดูได้จากแผนที่

ข้อสังเกตที่ได้จะพบว่า ตัวเลขปี พ.ศ. 2560 กลับมาสูงอีกครั้งเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2559 โดยค่าเฉลี่ยสูงขึ้น 2 % โดยประมาณและมีค่าสูงสุดของจำนวนอำเภอที่ผู้ป่วยมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกและหลังจากนั้นไปใช้บริการผู้ป่วยในในอัตราที่สูงขึ้นดังรูปแผนที่



ภาพ 27 แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560

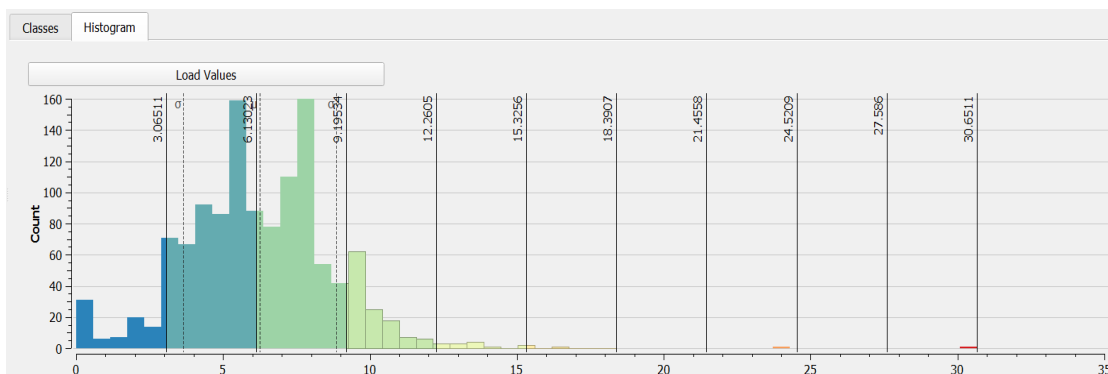
ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ร้อยละของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน ภายใน 1 ปี พ.ศ.

2561

ต่อไปนี้เป็นร้อยละของการใช้บริการของผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) ที่เข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้นในปี พ.ศ. 2561

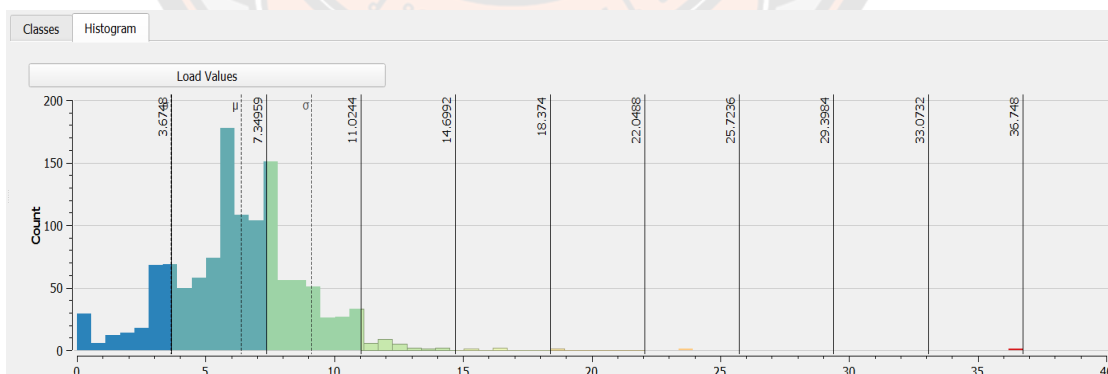
โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)



ภาพ 28 แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2561

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HTN)

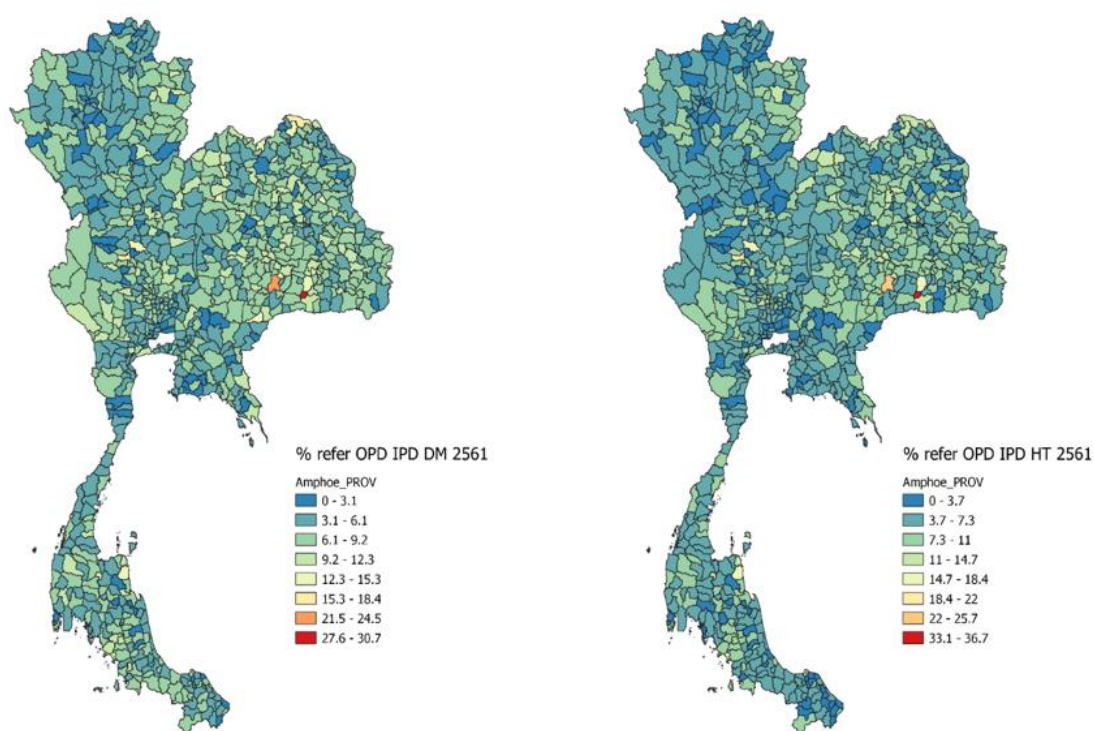


ภาพ 29 แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2561

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนแล้วมาใช้บริการผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 1 ปีของปี พ.ศ. 2561 เฉลี่ยเท่ากับ 6.27 % ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.82 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในจากผู้ป่วยนอกสูงกว่า 9.08 % ($6.27+2.82$) มีจำนวนทั้งหมด 113 อำเภอ กระจายตามภาคต่าง ๆ

ข้อมูลการให้บริการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Hypertension ที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนใช้บริการของผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 1 ปี พ.ศ. 2561 มีค่าเฉลี่ยการให้บริการเท่ากับ 6.34 % ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.97 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 9.31 % ($6.34+2.97$) จำนวนทั้งสิ้น 110 อำเภอ กระจายตามภาคต่าง ๆ โดยสามารถดูได้จากแผนที่



ภาพ 30 แสดงพื้นที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2561

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

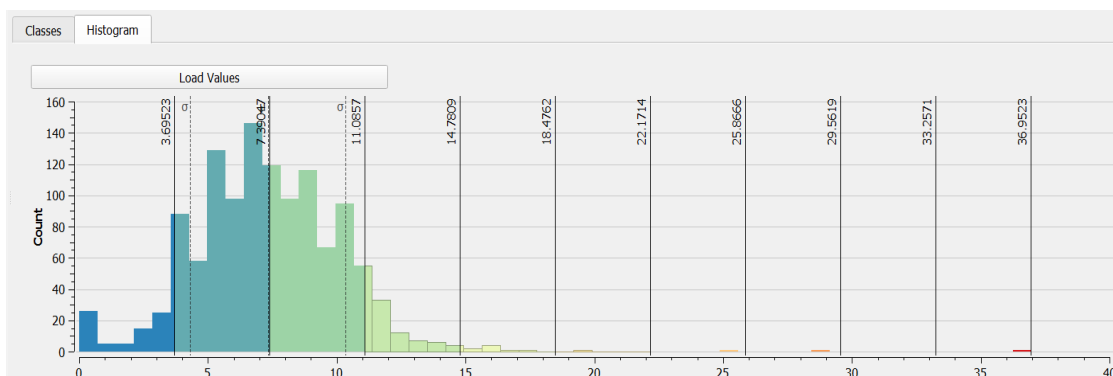
ร้อยละของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน ภายใน 1 ปี พ.ศ.

2562

ต่อไปนี้เป็นร้อยละของการใช้บริการของผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) ที่เข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้นในปี พ.ศ.

2562

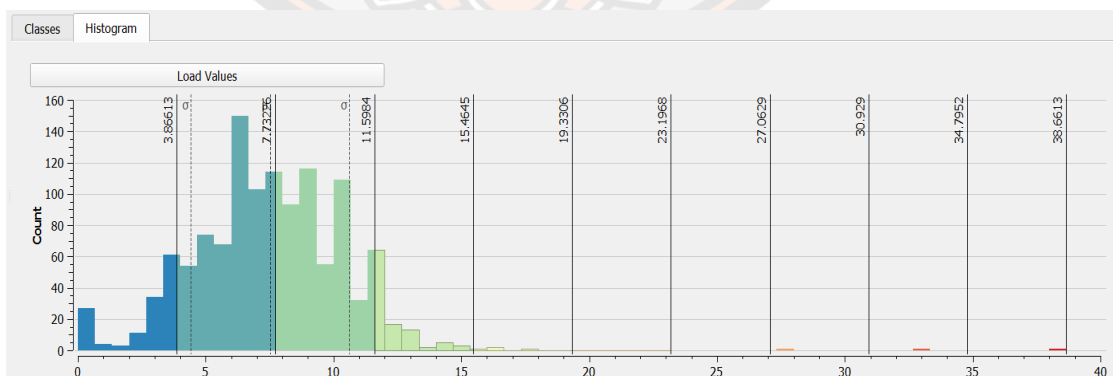
โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)



ภาพ 31 แสดงร้อยละของผู้ป่วยความเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2562

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HTN)



ภาพ 32 แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2562

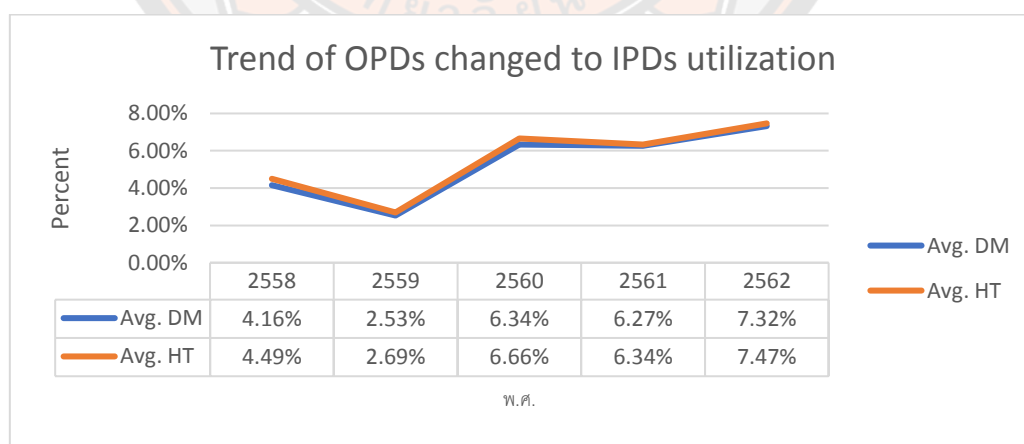
ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนแล้วมาใช้บริการผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 1 ปีของปี พ.ศ. 2562 เฉลี่ยเท่ากับ 7.47 % ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.31 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในจากผู้ป่วยนอกสูงกว่า 10.52 % (7.47 + 3.31) มีจำนวนทั้งหมด 97 อำเภอกระจายตามภาคต่าง ๆ

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Hypertension ที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนใช้บริการของผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 1 ปี พ.ศ. 2562 มีค่าเฉลี่ยการให้บริการเท่ากับ 7.43 % ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.31 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 10.78 % (7.43+3.31) จำนวนทั้งสิ้น 105 อำเภอ กระจายตามภาคต่าง ๆ โดยสามารถดูได้จากแผนที่ในภาพที่ 35

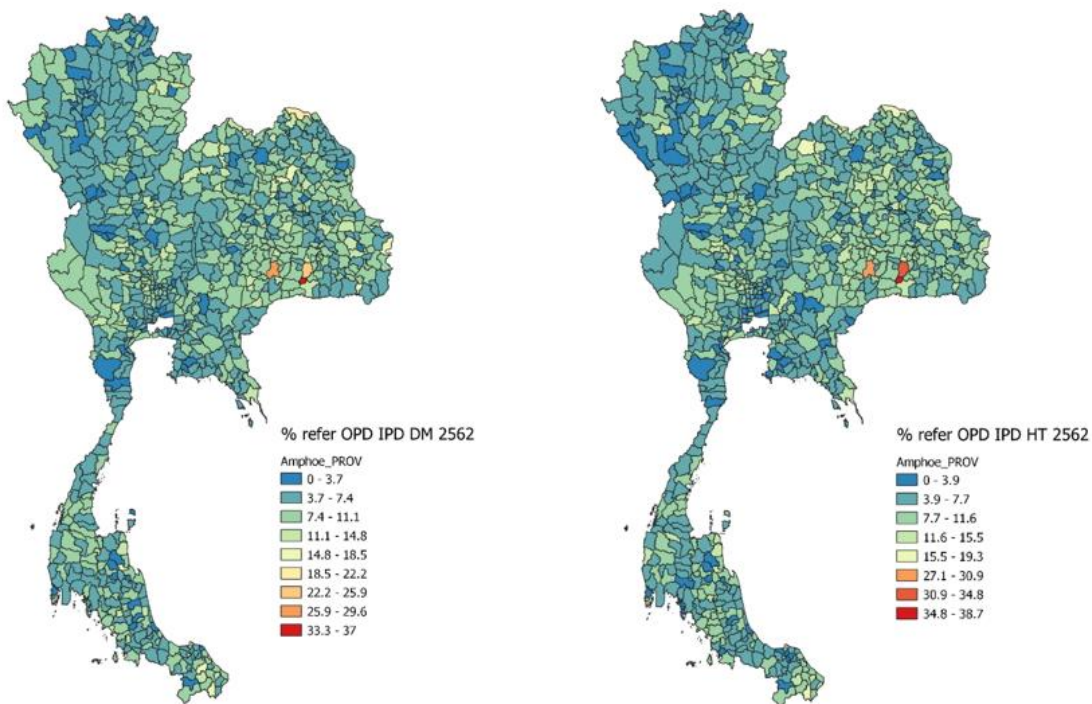
ข้อสังเกตที่ได้จะพบว่า การใช้บริการผู้ป่วยไปยังผู้ป่วยในของแต่ละพื้นที่มีเพิ่มจากปีก่อน โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยสูงสุดถึง 7.43

จากการใช้ค่าเฉลี่ยของแต่ละปีมาพิจารณา พบว่า อัตราการให้บริการจาก OPD ไป IPD มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2558 จนถึงปี 2562 จากอัตราการให้บริการเท่ากับ 4 % เพิ่มไป 7 % โดยประมาณ ทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยที่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีอัตราการเพิ่มและลักษณะของเทรนด์ที่คล้ายคลึงกัน ทั้งนี้เนื่องจากโรคเบาหวานและความดันเป็นเป็นกลุ่มโรคที่พบร่วมกันทิศทางที่เพิ่มขึ้นเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงคุณภาพของบริการปฐมภูมิที่เริ่มมีปัญหา



ภาพ 33 แสดงทิศทางผู้ป่วยนอกเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยในของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข



ภาพ 34 แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2562

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

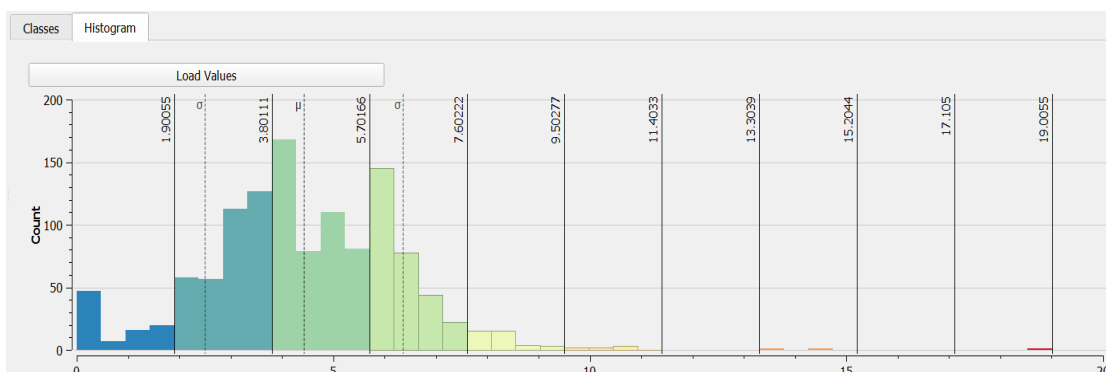
กรอบระยะเวลาภายใน 3 ปี

สำหรับกรอบระยะเวลา 3 ปี หมายความว่า ภายใน 1 ปี ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เข้ามารับบริการและหลังจากนั้นภายใน 3 ปี ไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้วยโรคเดียวกัน ซึ่งการใช้บริการผู้ป่วยนอกแล้วไปใช้บริการผู้ป่วยในด้วยโรคเดียวกัน สะท้อนถึงการดูแลปฐมภูมิที่สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันได้มีประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลโรคไม่ต้องเข้ารับบริการผู้ป่วยใน

ร้อยละของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและมารับบริการผู้ป่วยใน ภายใน 3 ปี พ.ศ. 2558 – 2560

ร้อยละของการใช้บริการของผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) ที่เข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในระยะ 3 ปี กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยนอกและได้รับการรักษา แต่ภายใน 3 ปี ได้เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในด้วยโรคเดียวกัน

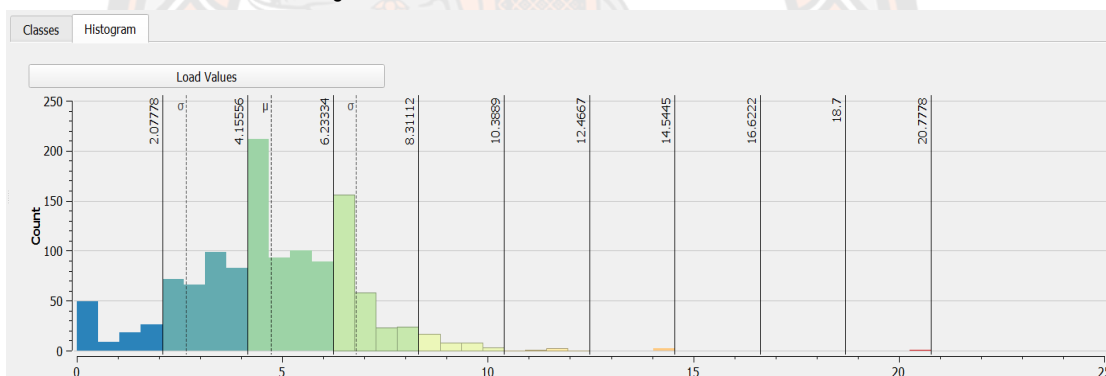
โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)



ภาพ 35 แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2560

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

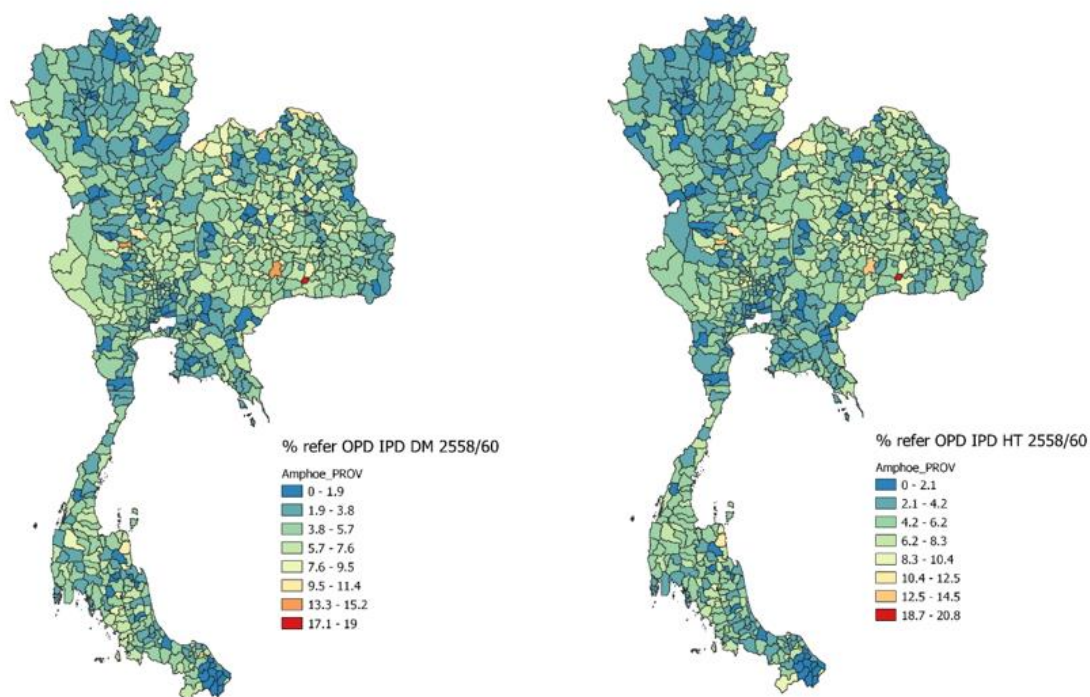
โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HTN)



ภาพ 36 แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560-2562

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนแล้วมาใช้บริการผู้ป่วยใน ต่อเนื่องภายใน 3 ปีของปี พ.ศ. 2558-2562 เฉลี่ยเท่ากับ 4.41 % ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.10% เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 3 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในจากผู้ป่วยนอกสูงกว่า 6.52 % (4.41 + 2.10) มีจำนวนทั้งหมด 107 อำเภอ



ภาพ 37 แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2560

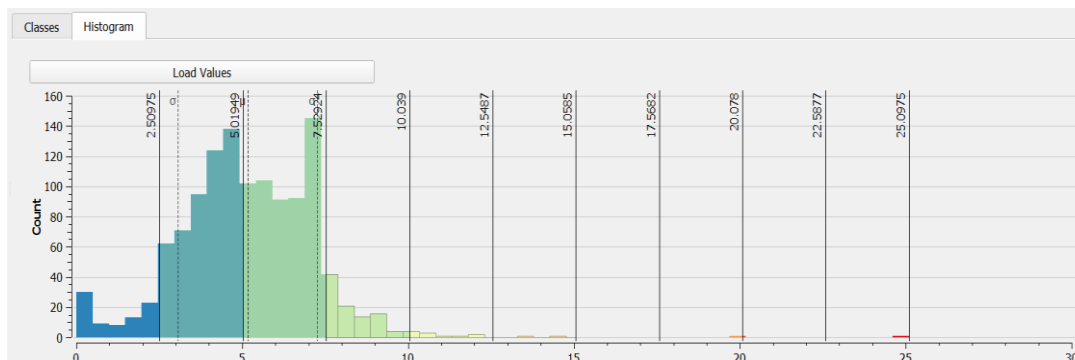
ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Hypertension ที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนใช้บริการของผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 1 ปี พ.ศ. 2558 มีค่าเฉลี่ยการให้บริการเท่ากับ 4.69 % ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.27 % เมื่อเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากบริการผู้ป่วยนอกภายใน 1 ปีที่ส่งเกินกว่าค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 6.97 % (4.69+2.27) จำนวนทั้งสิ้น 113 อำเภอ

ร้อยละของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและมารับบริการผู้ป่วยใน ภายใน 3 ปี พ.ศ. 2559 - 2561

ร้อยละของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) ที่เข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในระยะ 3 ปี กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเข้ามาใช้บริการผู้ป่วยนอกและได้รับการรักษา แต่ภายใน 3 ปี ได้เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในด้วยโรคเดียวกัน

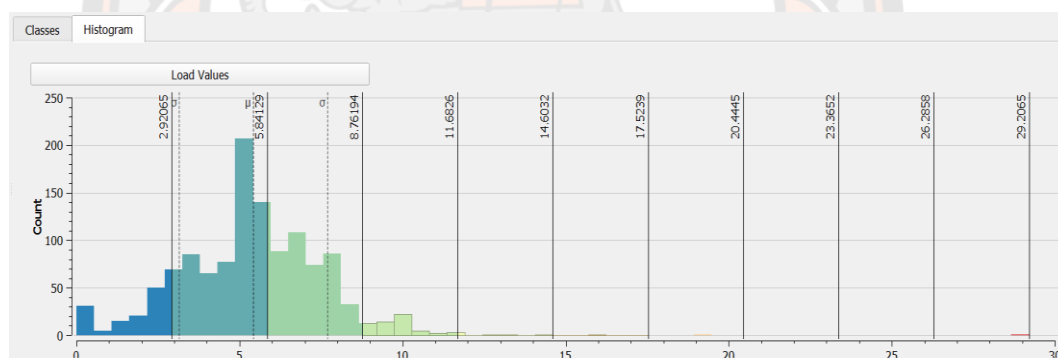
โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)



ภาพ 38 แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559-2561

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HTN)

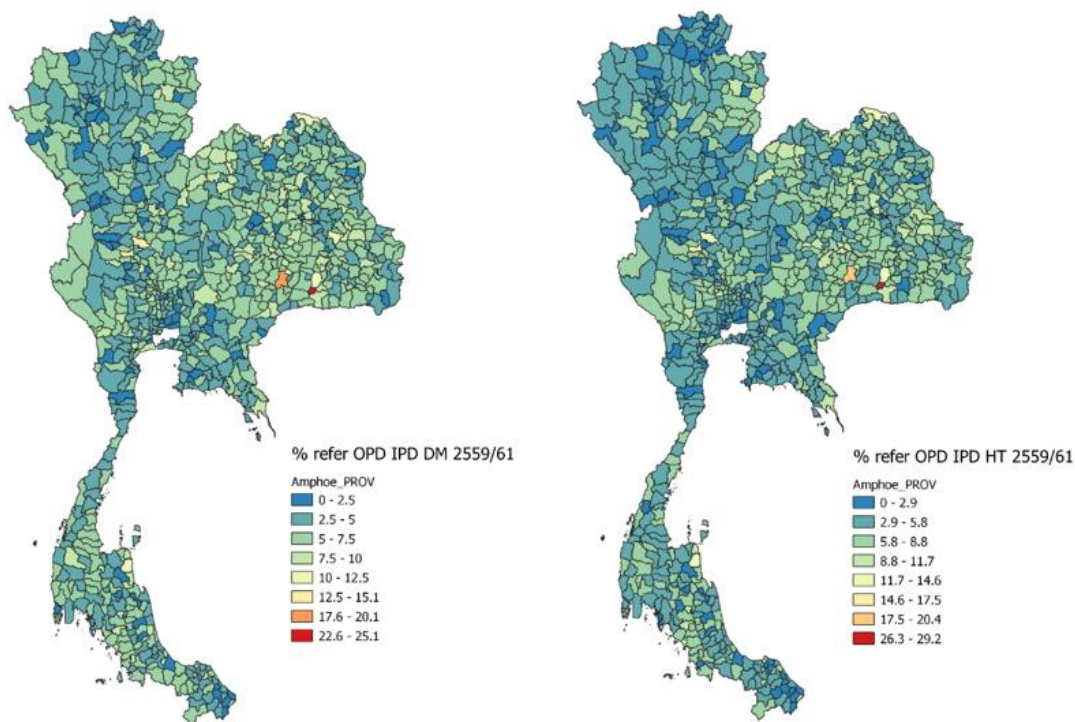


ภาพ 39 แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559-2561

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนแล้วมาใช้บริการผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 3 ปีของ พ.ศ. 2559-2561 เฉลี่ยเท่ากับ 5.13 % ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.28% เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 3 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

คือ มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในจากผู้ป่วยนอกสูงกว่า 7.41 % ($5.13 + 2.28$) มีจำนวนทั้งหมด 97 อำเภอ



ภาพ 40 แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559-2561

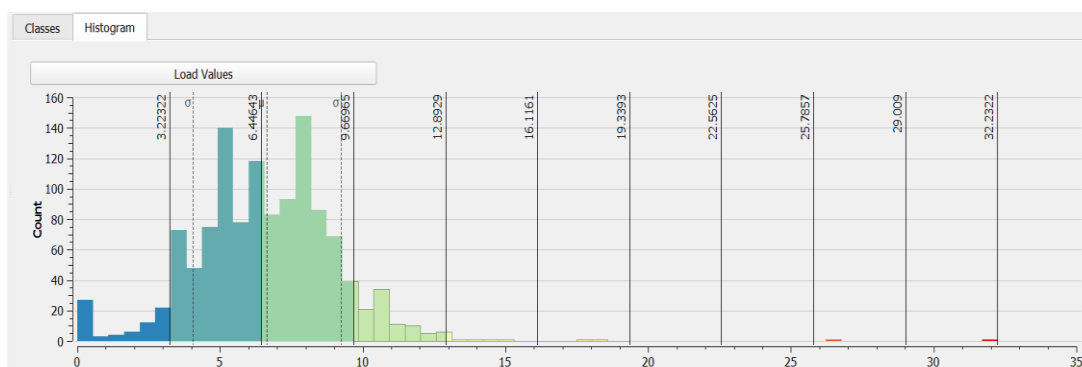
ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Hypertension ที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนใช้บริการของผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 3 ปี พ.ศ. 2559 - 2561 มีค่าเฉลี่ยการให้บริการเท่ากับ 5.33 % ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.46 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน ที่มาจากบริการผู้ป่วยนอกภายใน 3 ปีที่ส่งเกินกว่าค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 7.79 % ($4.69+2.27$) จำนวนทั้งสิ้น 101 อำเภอ

ร้อยละของการใช้บริการผู้ป่วยนอก และรับบริการผู้ป่วยใน ภายใน 3 ปี พ.ศ. 2560 - 2562

ข้อมูลร้อยละของการใช้บริการของผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) ที่เข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้นในปี พ.ศ. 2560 - 2562

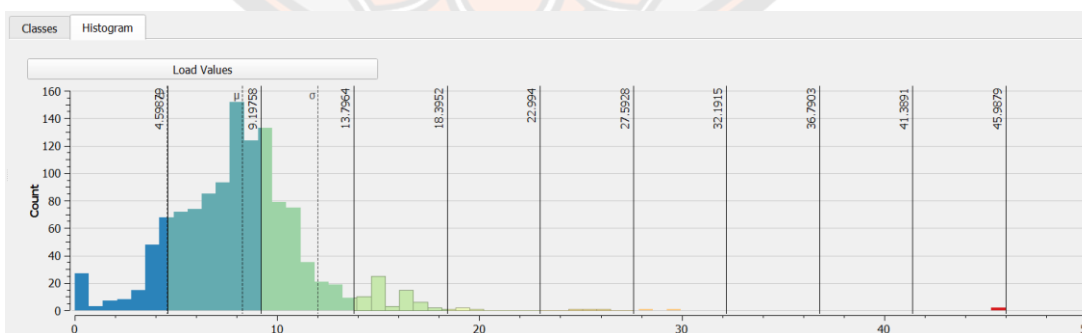
โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)



ภาพ 41 แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560-2562

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HTN)

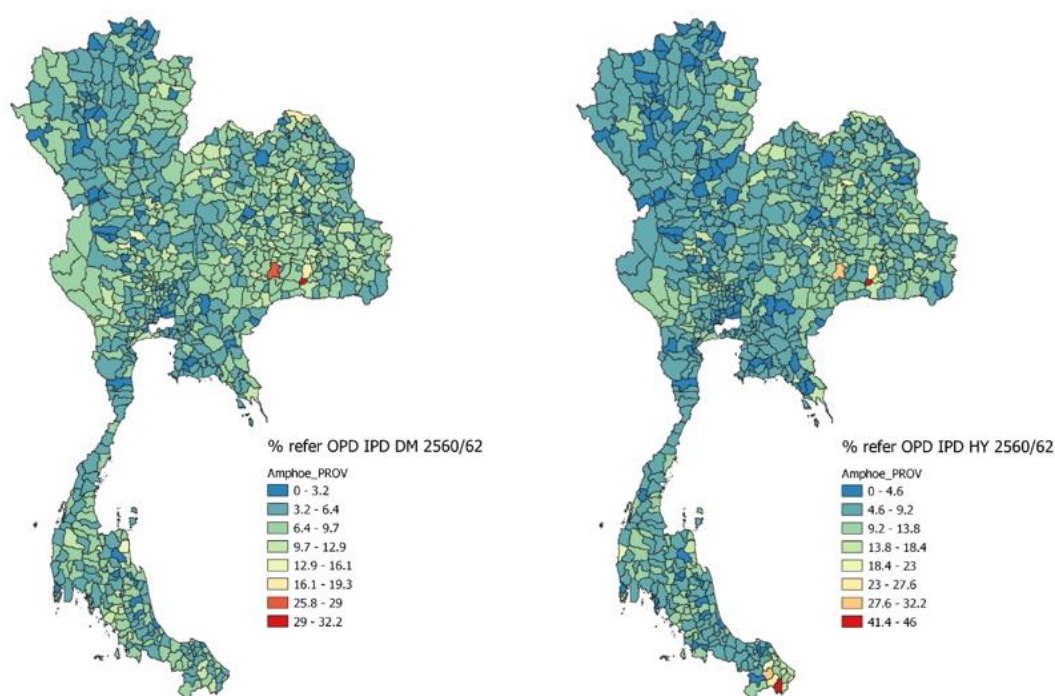


ภาพ 42 แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560-2562

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนแล้วมาใช้บริการผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 3 ปีของ พ.ศ. 2560 - 2562 เฉลี่ยเท่ากับ 6.67 % ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.81 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 3 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในจากผู้ป่วยนอกสูงกว่า 9.48 % ($6.67+2.81$) มีจำนวนทั้งหมด 77 อำเภอ

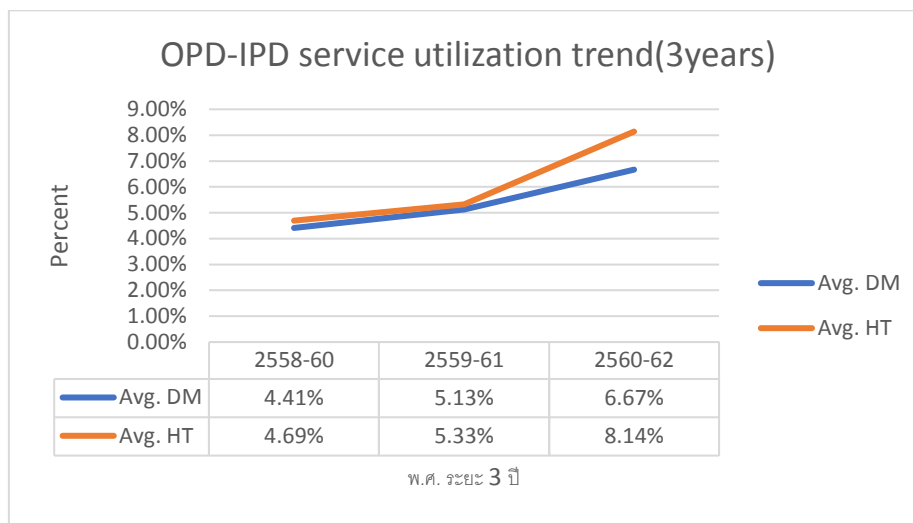
สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Hypertension ที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนใช้บริการของผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 3 ปี พ.ศ. 2560 - 2562 มีค่าเฉลี่ยการให้บริการเท่ากับ 8.14 % ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.99 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่มาจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 3 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 12.13% ($8.14+3.99$) จำนวนทั้งสิ้น 98 อำเภอ



ภาพ 43 แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2560-2562

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการการใช้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันจากค่าเฉลี่ย 3 ปี พบว่ามีทิศทางเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง มีความชันสูงโดยเพิ่มจาก 4.69 % มาเป็น 8.14 % ขณะที่โรคเบาหวานก็มีแนวโน้มการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเช่นกัน



ภาพ 44 แสดงทิศทางการใช้บริการผู้ป่วยนอกไปเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2560

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข

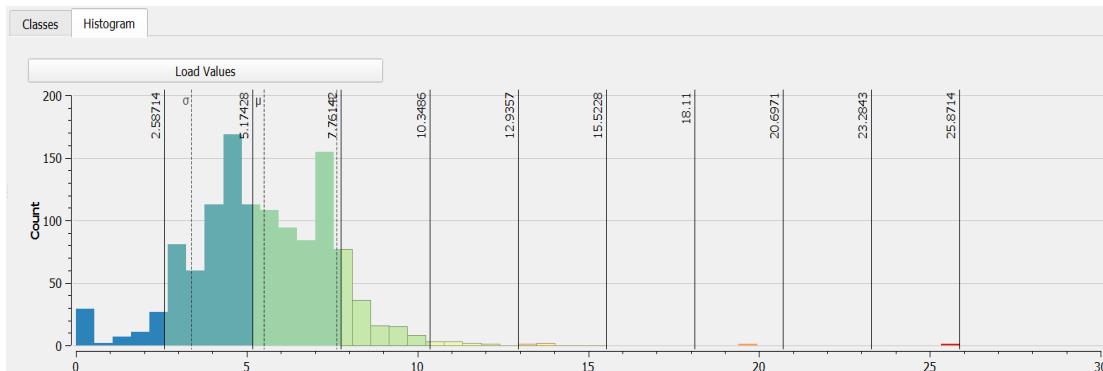
กรอบระยะเวลาภายใน 5 ปี

สำหรับกรอบระยะเวลา 5 ปี หมายความว่า ภายใน 5 ปี ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เข้ามารับบริการและหลังจากนั้นภายใน 5 ปี ไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้วยโรคเดียวกัน ซึ่งการใช้บริการผู้ป่วยนอกแล้วไปใช้บริการผู้ป่วยในด้วยโรคเดียวกัน สะท้อนถึงดูแลปฐมภูมิที่สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันได้มีประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลโรคไม่ต้องเข้ารับบริการผู้ป่วยใน

ร้อยละของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและรับบริการผู้ป่วยใน ภายใน 5 ปี พ.ศ. 2558 – 2562

เป็นร้อยละของการใช้บริการของผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยเบาหวาน Diabetes Mellitus (DM) ที่เข้ามาใช้บริการผู้ป่วยใน คิดเป็นเปอร์เซ็นต์จากผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้นในปี พ.ศ. 2558 – 2562

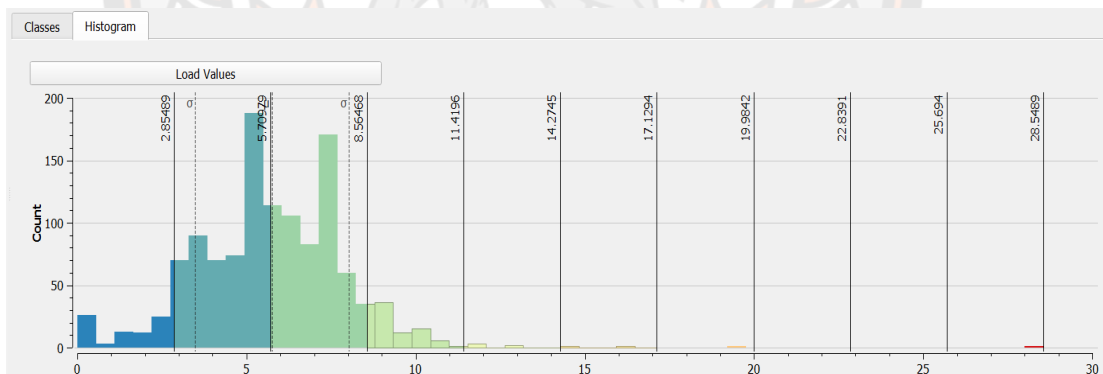
โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM)



ภาพ 45 แสดงร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2562

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension: HTN)

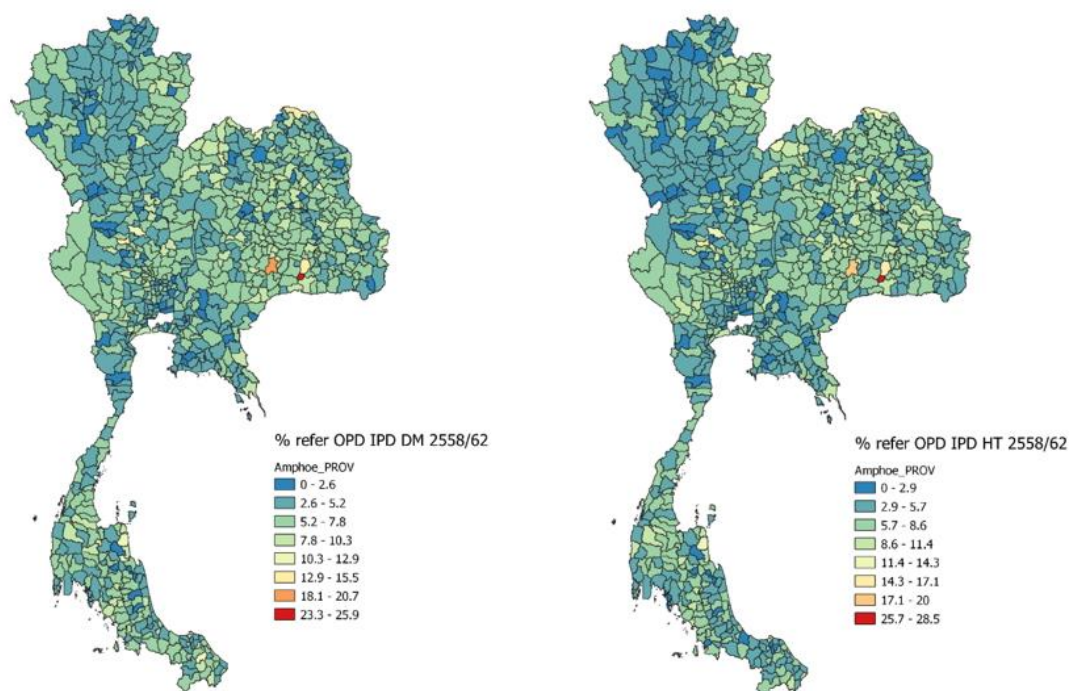


ภาพ 46 แสดงร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2562

ที่มา: ภาพจากโปรแกรม QGIS

อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนแล้วมาใช้บริการผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 5 ปีของ พ.ศ. 2558 - 2562 เฉลี่ยเท่ากับ 5.48 % ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.30 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในที่เกิดจากการให้บริการผู้ป่วยนอกภายใน 5 ปีที่สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยบวกกับค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐาน คือ มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในจากผู้ป่วยนอกสูงกว่า 7.78 % (5.48+2.30) มีจำนวนทั้งหมด 100 อำเภอ หมายความว่า 100 อำเภอนี้มีการใช้บริการจากผู้ป่วยนอกไปยังผู้ป่วยในสูง



ภาพ 47 แสดงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ย้ายมาเป็นผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558-2562

ที่มา: การคำนวณของผู้วิจัย ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง Hypertension ที่มีการใช้บริการผู้ป่วยนอกมาก่อนใช้บริการของผู้ป่วยในต่อเนื่องภายใน 5 ปี พ.ศ. 2558 - 2562 มีค่าเฉลี่ยการใช้บริการเท่ากับ 5.70 % ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.47 % เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพื้นที่ใดบ้างที่มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่มาจกบริการผู้ป่วยนอกภายใน 5 ปีที่ส่งเกินกว่าค่าเฉลี่ย+ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 8.17 % (5.70+2.47) จำนวนทั้งสิ้น 102 อำเภอ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 3 การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย และวัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยการนำประเด็นที่ส่งผลต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ปัจจัยระดับเศรษฐกิจมหภาค ปัจจัยระดับโครงสร้างพื้นฐานและชุมชน และปัจจัยส่วนบุคคล ตามแบบจำลองปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดและทฤษฎีความไม่เท่าเทียมกัน และผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณมีความน่าสนใจได้นำมากำหนดเป็นประเด็น (Theme) ในการตั้งคำถามกับผู้เชี่ยวชาญ

การศึกษาใช้วิธีการ Explanatory Design คือใช้เชิงปริมาณเป็นตัวนำและกำหนดด้วยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้คำถามกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เพื่อให้มีความต่อเนื่องในการตอบคำถามของผู้มีส่วนร่วม สำหรับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเชิงนโยบายและมีความเข้าใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับนิยามคำว่า “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” ซึ่งใช้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นตัวแทนในการวิเคราะห์ ซึ่งได้ทำความเข้าใจตรงกันแล้ว

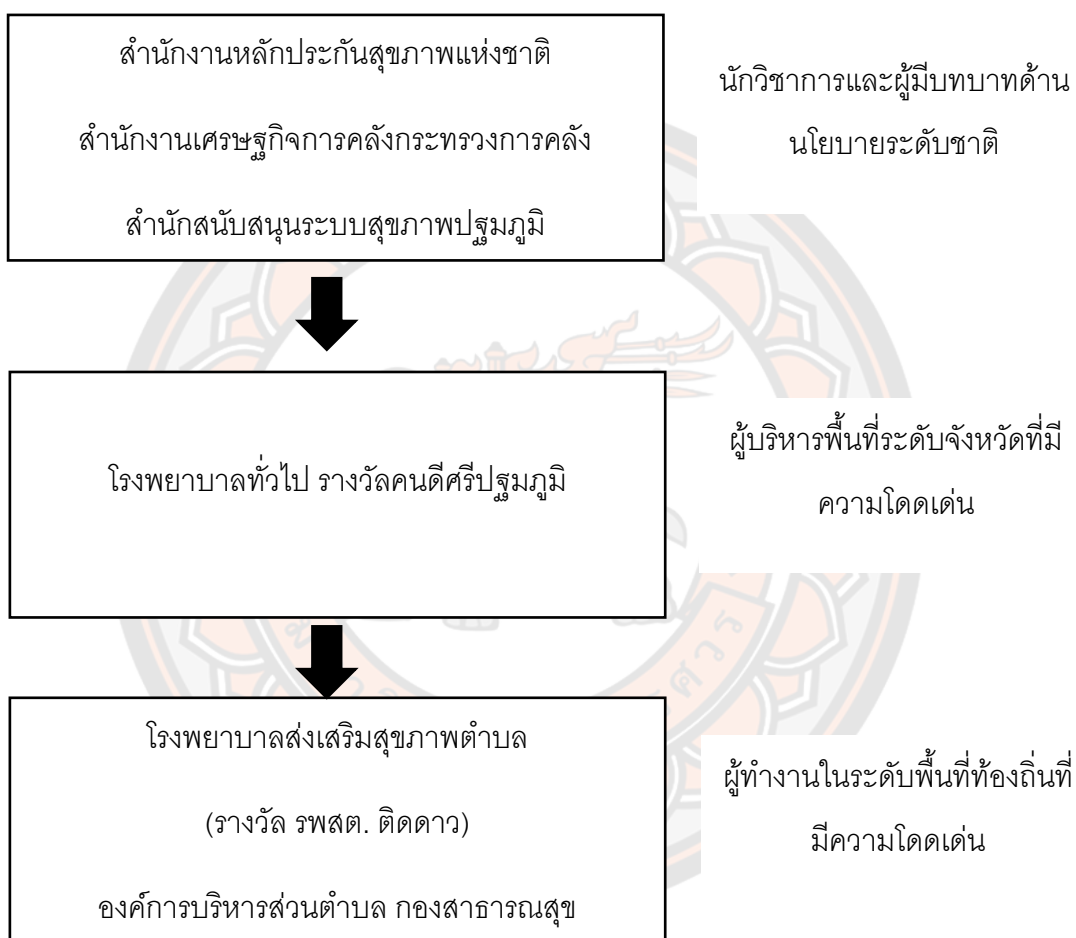
ผลการคัดเลือกการสัมภาษณ์ผู้ตอบกลับมีเพียง ตัวแทนหน่วยงานกรมกิจการผู้สูงอายุ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พ.ม.) และ นักวิชาการด้านผู้สูงอายุ ไม่สามารถติดต่อได้ หรือไม่ได้ติดต่อกลับมา จึงได้ทำการคัดเลือก ผู้อำนวยการ รพ.สต. ยอดเยี่ยม และเป็นหนึ่งในคณะกรรมการบอร์ดบริหาร สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) และ ผู้แทนจากราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับการผลิตแพทย์ที่ให้บริการด้านสุขภาพปฐมภูมิมาแทน นอกจากนี้ ยังคัดเลือก ตัวแทน รพ.สต. ที่ได้รับ.สต. ติดดาว เพื่อให้ได้ความเห็นมิต้องการทำงานในพื้นที่ด้วย รวมเป็น 7 คน โดยมีหน่วยงานดังต่อไปนี้

1. ตัวแทนราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว
2. ตัวแทนโรงพยาบาลทั่วไป ที่ดูแลด้านบริการปฐมภูมิ (รางวัลคนดีศรีปฐมภูมิ)
3. ตัวแทน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ตัวแทน รพ.สต. ดีเด่น และหนึ่งในคณะกรรมการบอร์ดสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
5. ตัวแทนสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลังผู้ดูแลด้าน บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ
6. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ใน รพ.สต. ติดดาว
7. ตัวแทนเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล

กรอบการเลือกกลุ่มเป้าหมาย

สำหรับกรอบการเลือกกลุ่มเป้าหมายของการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ โดยเลือกกลุ่มตัวแทนที่ครอบคลุมในแนวตั้ง (Vertical Analysis) กล่าวคือ การวิเคราะห์รวมกลุ่ม

ผู้เชี่ยวชาญไว้ 3 ระดับ ได้แก่ นโยบายระดับประเทศ รวมถึงนักวิชาการระดับประเทศ นโยบายระดับจังหวัดซึ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลระดับกลางที่รับนโยบายจากผู้ออกแบบนโยบายระดับประเทศมาดำเนินการในจังหวัด และระดับล่างสุดคือ นโยบายเชิงพื้นที่ซึ่งครอบคลุมคนที่ทำงานในพื้นที่ โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็น Best Practice หรือมีความสำคัญระดับสูง มีบทบาทสูงในระบบบริการปฐมภูมิ ดังแสดงได้ต่อไปนี้



ภาพ 48 แสดงกรอบการเลือกกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์ที่มีส่วนสำคัญต่อนโยบายปฐมภูมิ

ที่มา: จากการสรุประดับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบบแนวตั้ง โดยผู้วิจัย

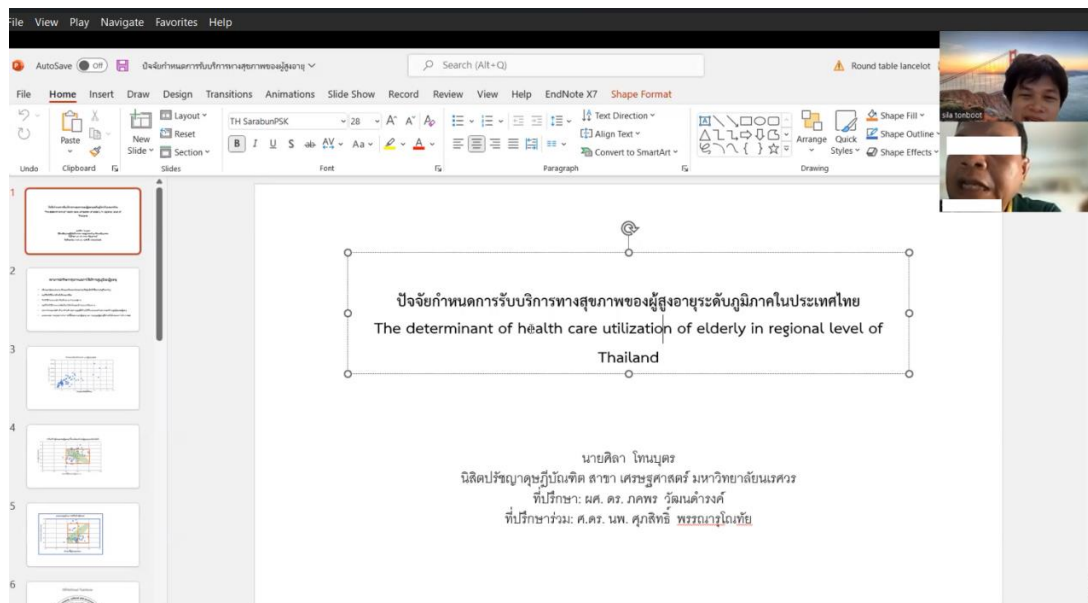
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสุขภาพปฐมภูมิ ในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์แบบ คือ ใช้การวิเคราะห์แบบ Narrative Analytic กล่าวคือ เป็นการเรียงร้อยเป็นเรื่องราว และมีการยกเนื้อหาจากการสัมภาษณ์มาถอดเทปสัมภาษณ์อย่างละเอียด ตีความสร้างข้อสรุปและเชื่อมโยงความคิดออกมาเป็นแบบแผนกำหนด โดยเรียงลำดับประเด็น (Theme) ได้ 6 ประเด็นซึ่งพยายามตอบคำถามตามวัตถุประสงค์ที่ 2 คือ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิดังต่อไปนี้

1. ประเด็นโรคเรื้อรังและการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ
 2. ประเด็นงบประมาณระบบสุขภาพปฐมภูมิและการใช้บริการของผู้สูงอายุ
 3. ประเด็นระยะทางและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ
 4. ประเด็นความยากจนและการใช้บริการ
 5. ประเด็นจำนวนแพทย์และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
 6. ประเด็นอื่น ๆ ที่เสนอข้อมูลโดยผู้ถูกสัมภาษณ์
- 1. ประเด็นโรคเรื้อรังและการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ**

ประเด็นจำนวนโรคเรื้อรังและการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ได้ถูกคัดเลือกเข้ามาถามเพื่อตอบคำถามในประเด็นที่จำนวนโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุนั้นมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณพบว่า จำนวนโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นจะสัมพันธ์กับปริมาณการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิมากกว่าการไม่มีโรคเรื้อรัง กล่าวคือ เมื่อโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น จำนวนการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุก็เพิ่มขึ้น ขณะที่ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนของราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว กล่าวถึง “ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและความสัมพันธ์ของการใช้บริการปฐมภูมิเป็นเพราะเวชปฏิบัติของการดูแลผู้ป่วยบังคับแนวทางให้เป็นแบบนี้” (ตัวแทนจากราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว) ความเห็นเพิ่มเติมจากตัวแทนราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวยังกล่าวอีกว่า “ถ้าหากระบบการบริการจะมีหน่วยเยี่ยมบ้าน หรือว่าการดูแลที่บ้านได้นั้น ก็จะช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลได้ เพียงแต่ว่าระบบบริการแบบการดูแลที่บ้าน (Homecare) นั้นค่อนข้างมีต้นทุนที่สูง”

นอกจากนี้ ปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถส่งผลต่อการไปใช้บริการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังก็คือ ส่วนใหญ่แล้วจะมีโรคที่ต้องไปในพื้นที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลจังหวัด ตัวอย่างเช่น โรคไต ต้องไปทำการฟอกไต การที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีการให้บริการเยอะกว่า ส่วนหนึ่งจากการมีโครงสร้างพื้นฐานด้านการแพทย์ (Medical Facility) มากกว่า



ภาพ 49 แสดงการสัมภาษณ์ออนไลน์ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไป

ที่มา: ภาพประกอบการสัมภาษณ์ด้วยโปรแกรม Zoom และไฟล์นำเสนอโดยผู้วิจัย

ความเห็นของ ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งได้รับตำแหน่ง “คนดีศรีปฐมภูมิ ระดับประเทศ พ.ศ. 2565” มีความสอดคล้องกับข้อมูลโรงพยาบาลทั่วไปเกี่ยวกับการใช้บริการของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในด้านการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ “การจัดบริการของหน่วยบริการแต่ละหน่วย มีการจัดบริการแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทของสถานบริการ และการจัดบริการของโรคเรื้อรังจะค่อนข้างแตกต่างกัน สำหรับโรคเรื้อรังก็จะเป็นการนัดมาติดตามอาการและให้ยา ทำให้ส่งผลต่อจำนวนการใช้บริการ ถ้าเป็น รพ. โรคเรื้อรัง จะนัดมา รพ. บ่อย ๆ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น หน่วยบริการที่มีหมอจริง ๆ จะมีรูปแบบการให้บริการที่แตกต่างจากหน่วยบริการที่ไม่มีหมอยุ่จริง” (ตัวแทนผู้บริหารจากโรงพยาบาลทั่วไป) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่า “จำนวนโรคเรื้อรังหลายโรค แพทย์จะต้องมีภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ทำให้มาใช้บริการหลายครั้ง ก่อนหน้านี้นี้จะมีการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาล แต่ตอนนี้หลังจากที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้แล้วก็จะรับการรักษาหรือรับยาต่อที่ รพ.สต. ซึ่งเพียงพอที่จะทำให้เข้าใจได้ว่า การเป็นโรคเรื้อรังทำให้การรับบริการนั้นสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป” (ตัวแทนผู้บริหารจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) เนื่องจากแนวทางเวชปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นมากกว่าที่จะต้องเดินทางเข้ารับบริการ

2. ประเด็นงบประมาณระบบสุขภาพปฐมภูมิและการใช้บริการของผู้สูงอายุ

ประเด็นที่น่าสนใจที่สอง ที่การศึกษานี้ได้ให้ความสนใจจากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ คือ ประเด็นทางด้านงบประมาณระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งผลจากการวิเคราะห์งบประมาณสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งต้องระบุก่อนว่า งบประมาณสำหรับการส่งเสริมป้องกันระบบสุขภาพปฐมภูมิครั้งนี้ใช้ งบประมาณที่สามารถระบุงบประมาณประชากรผู้สูงอายุได้เท่านั้น โดยงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมินั้นมีหลายส่วน โดยส่วนใหญ่ดำเนินการโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีงบประมาณแต่ละแหล่งดังต่อไปนี้

1. กองทุนสุขภาพตำบล
2. กองทุนส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
3. กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
4. กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care:

LTC)

อย่างไรก็ตาม ทั้ง 4 กองทุน มีเพียง 2 กองทุนเท่านั้นที่สามารถระบุงบประมาณลงไปยังผู้สูงอายุในเชิงพื้นที่ได้ ได้แก่ กองทุนสุขภาพตำบล และ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ซึ่งผลจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่า การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุนั้นมีความสัมพันธ์กับขนาดของงบประมาณของทั้ง 2 กองทุนนี้ จึงเป็นประเด็นในการหาคำตอบเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากตัวแทนของสำนักงานกองทุนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บอกว่า “การสนับสนุนการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอก **กองทุนใหญ่**ที่มีบทบาทกว่า ไม่ใช่สองกองทุนนี้ (กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC), กองทุนสุขภาพตำบล) ซึ่งเป็นการจัดบริการโดยเข้าถึงผู้ป่วยนอกที่รวมเฉพาะการใช้บริการที่ รพ.สต. และไม่ได้รวม การเยี่ยมบ้าน ซึ่งข้อมูลอาจจะแยกหมวดกันอยู่ในศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center)” (ตัวแทนผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) แต่อย่างไรก็ตาม “สำหรับ**กองทุน LTC** แม้จะมีการเข้าถึงที่น้อยแต่มีความจำเป็นในการรักษาพยาบาลมากกว่า แต่ถ้าเป็นกองทุนสุขภาพตำบล มีการหมุนเรื่องการเข้าถึงบริการได้ เช่น การเติมเรื่องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เรื่องการกายภาพบำบัด ถ้างบประมาณเพิ่มขึ้น การเข้าถึงก็เลยเพิ่มขึ้น” (ตัวแทนผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) และโดดเด่นกว่า ขณะที่ กองทุน LTC เป็นการบริการในชุมชน (Community Base) จะไม่ถูกนับการใช้บริการ ข้อนี้สอดคล้องกับความเห็นของผู้อำนวยการ รพ.สต. ติดดาวในเขตปริมณฑล ซึ่งเป็นหนึ่งในคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เห็นว่า “ประเด็น**กองทุนสุขภาพปฐมภูมิ** ก็พบว่า**กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล** สามารถส่งเสริมได้ดีกว่า ด้วยวัตถุประสงค์ที่กว้างกว่า และ ยืดหยุ่นกว่า ขณะที่การดำเนินการของกองทุน LTC เป็นการดำเนินการที่เฉพาะเจาะจงกว่า เฉพาะกลุ่มกว่า ซึ่งไม่ได้ครอบคลุมโรคเรื้อรัง เงื่อนไขการทำงานและใช้จ่ายยากกว่า” (ตัวแทนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ทำงานกับ

กองทุน) เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ยังเพิ่มเติมอีกว่า “ส่วนใหญ่กองทุนสุขภาพตำบลที่มีการเบิกจ่ายค่อนข้างง่าย และใช้งบประมาณได้กว้างกว่า งบประมาณของกองทุน LTC ซึ่งทำให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับงบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบล เฉพาะหมวดผู้สูงอายุ จะสามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการบ้างพอสมควร” (ตัวแทนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ทำงานกับกองทุน) อย่างไรก็ตาม ทุกคนไม่ได้ตอบว่าทำให้การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุนั้นมากขึ้น แต่ที่สำคัญสามารถใช้งานได้ค่อนข้างยืดหยุ่นมากกว่า งบประมาณแหล่งอื่น ซึ่งผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณก็เป็นไปในทิศทางเดียวกันที่ งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุได้มากกว่า

3. ประเด็นระยะทางและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

ประเด็นที่ 3 เป็นเรื่องระยะทางและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ จากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ซึ่งระบุว่า ระยะทางไม่ได้เป็นปัญหาของผู้สูงอายุในการเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่งข้อเท็จจริงข้อนี้เป็นที่เคลือบแคลงสงสัย จึงนำมาสู่การตั้งข้อคำถามในเชิงคุณภาพ โดยข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง พบว่า “**ระยะทาง**ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการเป็นอย่างมาก ทำให้บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นมีความสำคัญต่อการเข้าถึงทำให้ช่วยลดปัญหาเรื่องการเดินทางไปได้” (ผู้อำนวยการ รพ.สต.ติดตามและคณะกรรมการสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ) นอกจากนี้ ปัญหานี้ไม่ได้เกิดขึ้นในเฉพาะเขตเมืองและเขตชนบท แต่เกิดได้ทั้ง 2 พื้นที่เพราะในพื้นที่เขตที่มีความเจริญ ปัญหาการเดินทางก็ยังมีอยู่เช่นกัน ในข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลประจำอำเภอให้ข้อมูลว่า “ถ้าจะเข้าเมือง จะต้องเอารถมอเตอร์ไซด์ไปไว้ที่ใกล้ถนนระยะทางห่างจากพื้นที่ประมาณ 10 กิโลเมตร ด้วยความที่ไกลโรงพยาบาลชุมชน ทำให้สถานพยาบาล (รพ.สต.) เป็นสถานพยาบาลหลัก” (ตัวแทน รพ.สต. ที่ทำงานในพื้นที่) ซึ่งสนับสนุนบทบาทของรพ.สต.และการเข้าถึง

ขณะที่เรื่องนี้ ทางราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว ได้ให้ความเห็นถึงบริบทอื่น ๆ เช่น “บริบทของการเป็นเกาะ สามารถคัดแยกบริบทของการเดินทาง ภูเขา หรือฤดูฝนที่คนไม่สามารถคาดหวังได้ว่า คนที่อาศัยบนภูเขาจะเดินทางไปโรงพยาบาลได้ และที่สำคัญ กทม. ควรจะมีการวิเคราะห์เพิ่มเติม หรือแยกต่างหาก” (ตัวแทนราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว) เพราะระยะทางไกล แต่ว่าผู้รับบริการก็ไปยาก ไม่แตกต่างจากชนบท ซึ่งความเห็นดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับการใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและความสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการในพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาล

4. ประเด็นความยากจนและการใช้บริการ

ประเด็นที่ 4 คือประเด็นของการเป็นคนที่มีรายได้น้อยต่ำกว่าเส้นความยากจน จะทำให้มีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการหรือไม่ เพื่อให้คำตอบที่ออกมานั้นแน่ชัด เนื่องจากว่า การประมาณการเชิงปริมาณนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนยากจนนั้นไม่มีปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ

สุขภาพปฐมภูมิของภาครัฐ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เรื่องนี้เข้าใจได้ชัดมากขึ้น จึงมีคำถามนี้ไปยัง สำนักเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง ที่ผ่านมา กระทรวงการคลังได้มีนโยบายให้ค่าใช้จ่ายกับผู้สูงอายุ 1,000 บาท สำหรับการเดินทางไปเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังเป็นผู้ที่ดูแลนโยบาย บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ซึ่งจะมีการลงทะเบียนคนจนในช่วงปี พ.ศ. 2562 ปัจจุบัน ผลการสัมภาษณ์ ตัวแทนสำนักงานเศรษฐกิจการคลังให้ความเห็นว่า

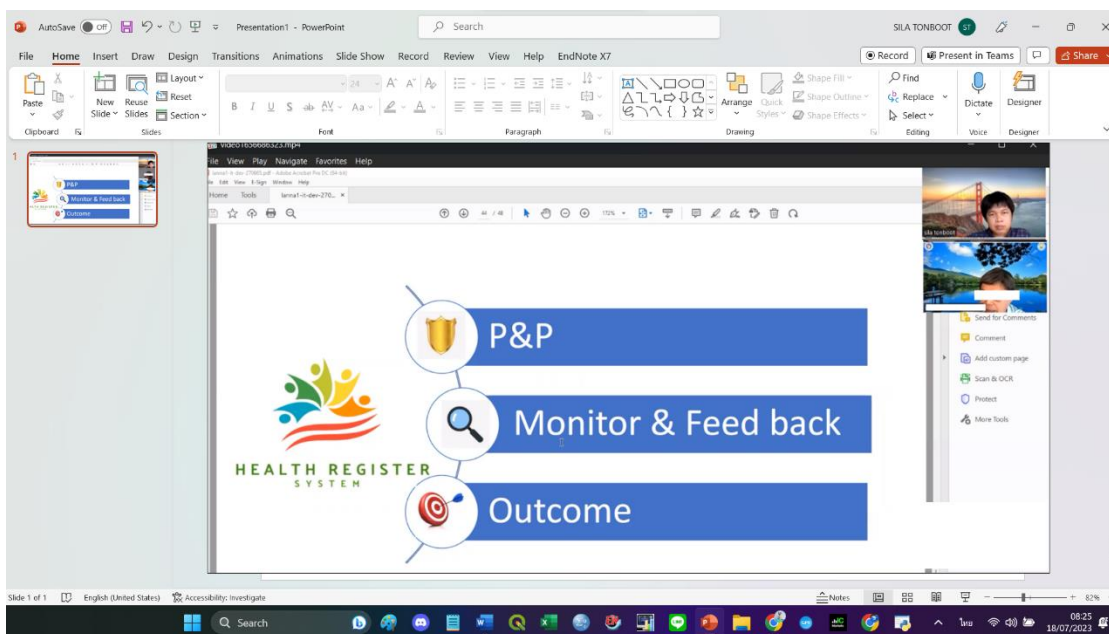
“สัดส่วนคนจน มันจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ที่ติดอันดับความยากจน กับจังหวัดที่ไม่ได้มีปัญหาคความยากจน อันดับแรก ปัตตานี แม่ฮ่องสอน นราธิวาส มีลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกัน แต่ปัจจัยกำหนดผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขแตกต่างกัน เพราะแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันหลัก ๆ คือ เส้นทางการคมนาคม จะลำบาก จะใช้สิทธิ 30 บาท ผู้ป่วยต้องมากับอำเภอที่ใกล้กว่า เช่น ปาย ซึ่งเราจะนับการใช้บริการยังไง แล้วไม่มีชื่อในพื้นที่ที่ต้องไปใช้บริการในสถานการณ์แบบนี้ อาจจะไม่เข้าไม่ถึงบริการหรือเปล่า หรือว่า จะนับขอบเขตจังหวัดหรือยังไง”

จากความเห็นของสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุในครัวเรือนยากจน จะแตกต่างกันไปตามบริบท นอกจากนี้ยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่มาเกี่ยวข้อง “คนจนไม่มีเงินเลยอยู่ภูเก็ต กับคนจนแม่ฮ่องสอน แตกต่างกัน การเข้าถึงแตกต่างกัน มีผลอย่างมาก เป็นปัจจัยสำคัญ น่าจะมีอิทธิพลมากกว่ารายได้ด้วยซ้ำไป ตอนนั้นโครงการ 1,000 บาท ซึ่งเป็นงบประมาณชั่วคราวจากรัฐบาลเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นเงินพิเศษ ตอนนั้นให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ขึ้นไป ด้วยเหตุผลที่ว่าอายุ 60 – 65 ยังพอจะช่วยเหลือตัวเองได้ 1,000 บาท ข้อดีคือ (จากการประเมินการได้สวัสดิการ) ได้ความพึงพอใจสูง ด้วยการที่ใส่ช่อง E-Money สามารถกดเงินสดจากตู้เอทีเอ็มได้” (ตัวแทนสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง) นั่นก็หมายความว่า การที่คนจนเข้าไม่ถึงบริการนั้นอาจไม่ได้ถูกนับรวมอยู่ในสถิติข้อมูลที่สามารถสำรวจได้ ทำให้ตกหล่นไป นอกจากนี้ บริบทของความยากจนยังแตกต่างกันไปตามพื้นที่อีกด้วย

5. ประเด็นจำนวนแพทย์และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประเด็นจำนวนแพทย์ที่มีในแต่ละพื้นที่ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุก็เป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญ การมีแพทย์ส่งผลต่อการใช้บริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ แต่ไม่ได้ส่งผลมาก ซึ่งปัจจุบันจำนวนแพทย์จากการสัมภาษณ์ของราชวิทยาลัย ๆ นั้นมีความเห็นว่า “แพทย์มีจำนวนเพียงพอ แต่ยังมีปัญหาด้านการกระจายตัวของแพทย์ที่กระจุกตัวอยู่ในเมือง” (ตัวแทนราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว) ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม คือ ปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ที่ไม่ดีพอ การกระจายตัวและการแก้ปัญหาเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ซึ่งการแก้ปัญหานี้ ต้องมองในเรื่องอื่น ๆ ด้วย ตัวอย่างเรื่องเส้นทางวิชาชีพ (Career Path) ซึ่งจะกำหนดอนาคตของแพทย์ นอกจากนี้ ความเห็นจากโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งผู้บริหารท่านนี้เป็นผู้บริหารที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน และ

มีความเชี่ยวชาญด้านงานปฐมภูมิ และที่สำคัญได้รับรางวัล “คนดีศรีปฐมภูมิ” ปี 2565 ซึ่งเสนอว่า “ปัญหาส่วนใหญ่ นั้น ระบบการบริหารจัดการก็เป็นปัญหาสำคัญ การที่มีระบบดี จะทำให้การทำงานง่ายขึ้น” (ตัวแทนผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไป)



ภาพ 50 แสดงการสัมภาษณ์ออนไลน์ผู้บริหารราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว

ที่มา: ภาพประกอบการสัมภาษณ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Power Point โดยผู้วิจัย

จากข้อคิดเห็นคนที่ทำงานเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ สรุปได้ว่า การมีแพทย์นั้นส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการเข้าถึงบริการได้น้อย ไม่ได้หมายความว่าประเทศไทยมีปัญหาเรื่องจำนวนแพทย์ยังไม่เพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต แต่ปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ยังเป็นปัญหาใหญ่ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องโครงสร้างการบริหารจัดการ ปัญหาเชิงระบบอื่น ๆ และจำนวนแพทย์ที่ทำงานด้านบริการปฐมภูมิยังค่อนข้างน้อย

6. ประเด็นอื่น ๆ ที่เสนอข้อมูลโดยผู้ถูกสัมภาษณ์

ผลจากการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล นอกจากประเด็นที่ทางผู้วิจัยได้นำเสนอไปแล้ว ทางกลุ่มผู้ถูกสัมภาษณ์ยังได้ถกประเด็นเพิ่มเติม เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการที่สำคัญ และส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย คือ ความแตกต่างทางด้านสิทธิการรักษา พบว่า สิทธิข้าราชการจะกระตุ้นการใช้งานบริการปฐมภูมิได้มากกว่า เพราะว่า สิทธิข้าราชการเป็นรายการจ่ายแบบ Fee For Services หรือ เรียกเก็บตามรายการบริการ ทำให้มีการใช้บริการบ่อย ขณะที่มุมมองของผู้บริหาร สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แนะนำว่า “มุมมองนี้เป็นมุมมองเชิงปริมาณอย่างเดียว แต่สิ่งที่ละเอียดไม่ได้เลยคือ มุมมองทางด้านคุณภาพการบริการ และที่สำคัญ สิทธิการเบิกจ่าย เช่น สิทธิข้าราชการต้องสำรองจ่ายสำหรับการใช้บริการกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้การให้บริการค่อนข้างน้อย และการใช้บริการไปใช้ที่ โรงพยาบาลจำนวนมาก” (ตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ความเชื่อมโยงของแต่ละประเด็นกับทฤษฎีและวรรณกรรม

หลังจากการวิเคราะห์ประเด็นผลของการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ประเด็นย่อยที่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบความเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและวรรณกรรมกับผลการศึกษาโดยมีเนื้อหาสำคัญดังต่อไปนี้

1. ประเด็นโรคเรื้อรังและการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

ประเด็นจำนวนโรคเรื้อรัง กับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามวรรณกรรม กล่าวถึงการมีโรคเรื้อรังหลายโรคทำให้เผชิญกับความซับซ้อนของโรคมมากขึ้น นำไปสู่การให้บริการสุขภาพทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ประเด็นนี้มีข้อค้นพบตรงกับวรรณกรรมที่ปรากฏของ Forma et al. (2009) และ Marengoni et al. (2008) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมไว้ ตัวแทนของราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว กล่าวถึง “ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและความสัมพันธ์ของการใช้บริการปฐมภูมิเป็นเพราะเวชปฏิบัติของการดูแลผู้ป่วยบังคับแนวทางให้เป็นแบบนั้น” แต่การให้บริการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอาจจะเกิดขึ้นทุกจุดของระดับการบริการ ตั้งแต่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกับบริบทอื่น ๆ เช่น ความซับซ้อนของโรค เป็นไปตามความเห็นของตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ว่า “ส่วนใหญ่แล้วจะมีโรคที่ต้องไปในพื้นที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลจังหวัด ตัวอย่างเช่น โรคไต ต้องไปทำการฟอกไตที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่” ซึ่งเวชปฏิบัติของโรคทำให้มีการใช้บริการค่อนข้างบ่อย

2. ประเด็นงบประมาณระบบสุขภาพปฐมภูมิและการใช้บริการของผู้สูงอายุ

ประเด็นเรื่องงบประมาณกองทุนซึ่งเป็นส่วนของเงินสนับสนุนที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ ถือเป็นปัจจัยที่อยู่ในหมวดของชุมชนและโครงสร้างพื้นฐาน เนื่องจากการดำเนินการเชิงพื้นที่ทุกระดับ ได้แก่ ระดับตำบล และระดับอำเภอ ซึ่งเป็นงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบข้อมูลว่า การใช้งบประมาณสามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะกองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งมีความยืดหยุ่นด้านการใช้เงินมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามหลายความเห็นก็แสดงความเห็นว่า กองทุน Long Term Care เน้นไปที่กลุ่มประชากรเฉพาะซึ่งมีความต้องการในการใช้ทรัพยากรมากกว่าเช่นกัน ซึ่งการตอบสนองการเข้าถึงผ่านงบประมาณสนับสนุนการเข้าถึง หรือการดำเนินการนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Macinko et al. (2017) และ Ruckert & Labonté (2017) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมไว้ก่อนหน้านี้

3. ประเด็นระยะทางและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

ประเด็น ระยะของการเดินทางและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ พบว่า “ระยะทางส่งผลต่อการเข้าถึงบริการเป็นอย่างมาก ทำให้บทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นมีความสำคัญต่อการเข้าถึงทำให้ช่วยลดปัญหาเรื่องการเดินทางไปได้” จากความเห็นผู้อำนวยการ รพ.สต.ติดดาวและคณะกรรมการสำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งผลออกมาขัดแย้งกับการวิเคราะห์เชิงปริมาณที่พบว่า พื้นที่ที่ห่างไกลโรงพยาบาลมากกว่าทำให้การใช้บริการมีมากกว่า นำมาสู่การศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งประเด็นนี้แตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศอย่างมาก ที่ยังระยะทางไกล ยิ่งทำให้การเข้าถึงมีปัญหา (Arcury, Gesler, et al., 2005; Choi & DiNitto, 2015; Neutens, 2015)

4. ประเด็นความยากจนและการใช้บริการ

ประเด็นที่ 4 คือประเด็นความยากจน เป็นประเด็นที่น่าสนใจ จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณพบว่า ผู้สูงอายุในครัวเรือนยากจนไม่สัมพันธ์กับการใช้บริการปฐมภูมิ ซึ่งคำตอบเชิงคุณภาพให้ความเห็นว่า “สัดส่วนคนจนจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ที่ติดอันดับความยากจน กับจังหวัดที่ไม่ได้มีปัญหาความยากจน จังหวัดที่มีความยากจนสูงสุดอันดับแรก ปัตตานี แม่ฮ่องสอน นราธิวาส ลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกัน เช่น แม่ฮ่องสอน ปัตตานี แต่ปัจจัยที่กำหนด ผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขแตกต่างกัน” ซึ่งความต่างกันดังกล่าวทำให้บริบทอื่น ๆ ไม่เหมือนกัน หรือครัวเรือนยากจนไม่ได้มีจำนวนมากเหมือนแต่ก่อน ทำให้การวิเคราะห์มีผลออกมาไม่ชัด ซึ่งทั้งนี้ขัดแย้งกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่ได้ทำการทบทวนไว้ (Condelius et al., 2008; Woldemichael et al., 2019) อย่างไรก็ตาม ควรจะมีการศึกษาประเด็นเรื่องการที่สัดส่วนคนจนมีไม่มากส่งผลต่อการบริการจริงหรือไม่อย่างไร

5. ประเด็นจำนวนแพทย์และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประเด็นจำนวนแพทย์ที่ส่งผลต่อการใช้บริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ซึ่งผลเชิงคุณภาพพบว่า “แพทย์มีจำนวนเพียงพอ แต่ยังมีปัญหาด้านการกระจายตัวของแพทย์ที่กระจุกตัวอยู่ในเมือง” ซึ่งผลตรงนี้ก็ค่อนข้างสอดคล้องกับวรรณกรรมที่ได้ทำการทบทวนมา คือ การมีแพทย์ซึ่งถือเป็นทรัพยากรนั้นค่อนข้างสอดคล้องกับวรรณกรรมที่ปรากฏในต่างประเทศ (Chen et al., 2014; Ono et al., 2013)

6. ประเด็นอื่น ๆ ที่เสนอข้อมูลโดยผู้ถูกสัมภาษณ์

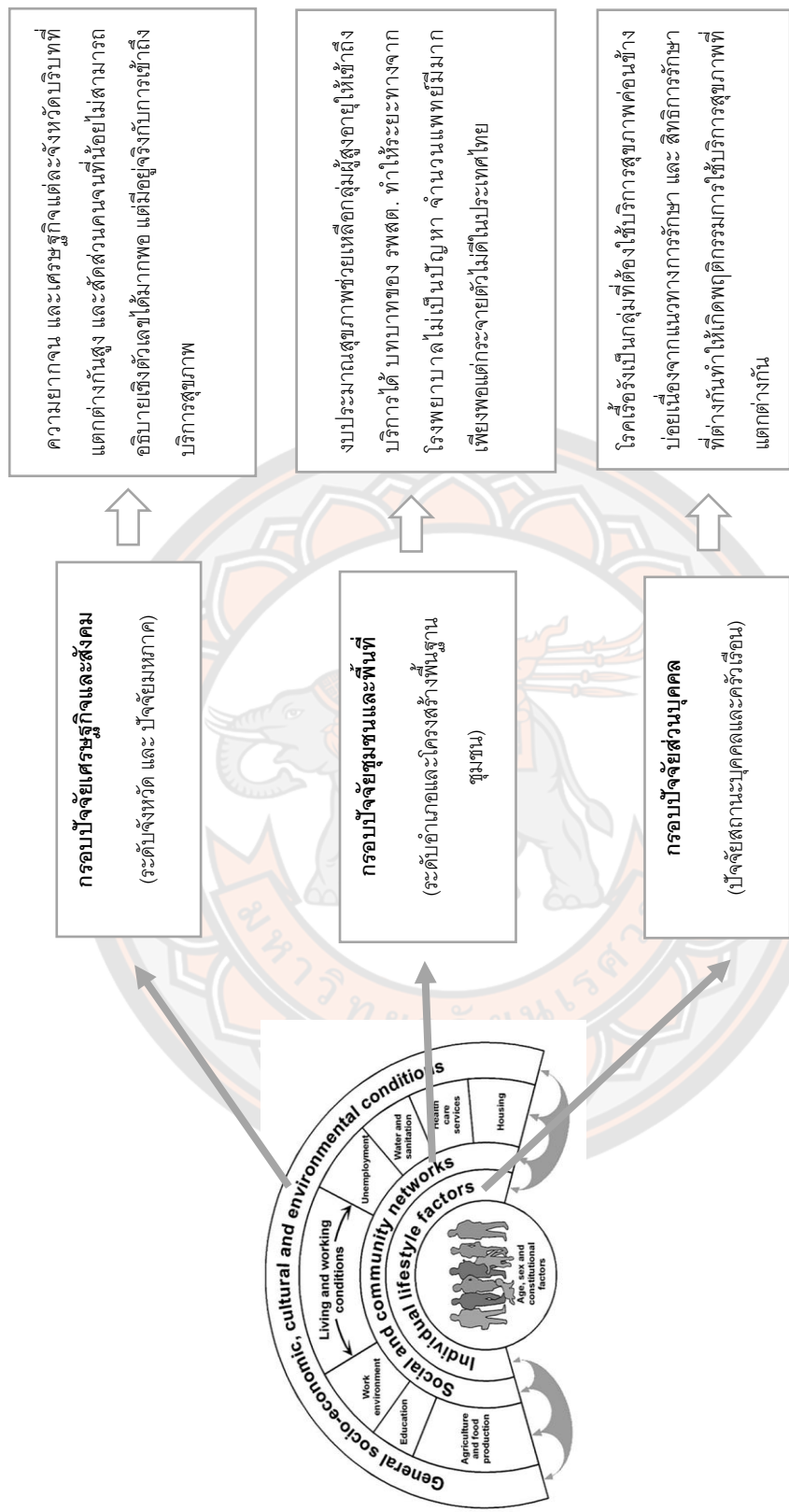
สำหรับประเด็นที่นอกเหนือจากการศึกษาครั้งนี้ที่น่าสนใจ คือ สิทธิข้าราชการจะกระตุ้นการใช้งานบริการปฐมภูมิได้มากกว่า เพราะว่า สิทธิข้าราชการเป็นรายการจ่ายแบบ Fee For Services หรือ เรียกเก็บตามรายการบริการ ทำให้มีการใช้บริการบ่อย เป็นประเด็นที่นอกเหนือจากวรรณกรรมที่ทำการทบทวนไว้ อย่างไรก็ตาม นี่ก็เป็นประเด็นที่ถูกพูดถึงบ่อยมากใน ระบบการคลัง

สุขภาพ ว่าการเงินแบบ Fee for Service ทำให้เกิดการให้บริการที่มาก มีต้นทุนการบริการที่สูง (Jatoi & Sah, 2019)

สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิจากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

จากประเด็นของการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ถ้าหากเรานำมาแบ่งตามกรอบของทฤษฎีปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยของความไม่เท่าเทียมกันในเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ของการศึกษานี้จะพบว่าในกรอบปัจจัยระดับจังหวัด ปัจจัยความยากจน ตัวชี้วัดระดับจังหวัดนั้น ในภาพรวมระดับจังหวัดไม่สามารถบอกความแตกต่างในเชิงตัวเลขได้ สืบเนื่องจากบริบทของความยากจนนั้นอาจมีความต่างกันไป เช่น คนจนในจังหวัดภูเก็ต จะไม่ได้เผชิญความยากลำบากในการเข้าถึงเหมือนกับคนจนในจังหวัดแม่ฮ่องสอน กรอบเศรษฐกิจในการศึกษาครั้งนี้คือกรอบนอกสุด (General Socio-economics condition)





ภาพ 51 แสดงการสรุปความเชื่อมโยงของผลการศึกษาด้านคุณภาพและกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

ที่มา: สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาคู่ผู้วิจัย

ขณะที่กรอบในรองลงมา Social and Community Network ในการศึกษาครั้งนี้คือ กรอบของโครงสร้างพื้นฐานและชุมชน ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยทางด้านอุปทานของระบบสุขภาพ ที่ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการ เป็นระดับที่ย่อยลงมา คือ ภาพเล็กในระดับอำเภอในประเทศไทย พบว่า งบประมาณด้านสุขภาพนั้นส่งเสริมการเข้าถึงบริการได้จริง ขณะที่กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) แม้จะไม่สามารถวัดเชิงปริมาณได้แต่ส่งผลในแง่คุณภาพชีวิตของผู้ได้รับการดูแล ตามความเห็นของผู้เข้าร่วมการศึกษา นอกจากนี้ บทบาทของ รพสต. มีความสำคัญสูงในการให้บริการในพื้นที่ห่างไกล การให้บริการปฐมภูมิใน รพสต. ที่มีหมอครอบครัวไปปฏิบัติงานส่งผลต่อการเข้าถึงของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม จากความเห็นของผู้เข้าร่วม แม้ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนแพทย์เพียงพอ แต่การกระจายของแพทย์ยังไม่ดีพอ โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์ในบริการปฐมภูมิ ซึ่งทำให้บางพื้นที่ขาดแคลนแพทย์มากกว่าบางพื้นที่

แนวทางการพัฒนาในการแก้ปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับ 3 ระดับ ตามกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) ในส่วนนี้จึงเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ตามวัตถุประสงค์ที่ 3 คือ ศึกษาแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยซึ่งสามารถระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุในประเทศไทยมาจากการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ 2 และมีข้อเสนอสำหรับการพัฒนาการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิดังนี้

1. ข้อเสนอด้านการพัฒนาเศรษฐกิจกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ภาครัฐควรส่งเสริมนโยบายการกระจายความเจริญสู่ต่างจังหวัด การกระจายความเจริญจะช่วยให้การรักษาหมอในพื้นที่ไว้ได้ จะทำให้ต่างจังหวัดมีความเจริญมากขึ้น การกระจายความเจริญสู่ต่างจังหวัดจะทำให้เกิดการจ้างงานเพิ่มขึ้น และการทำงานในพื้นที่มากขึ้นทำให้มีคนดูแลผู้สูงอายุเพราะไม่ต้องไปทำงานต่างจังหวัด ซึ่งมีหลักฐานจากการที่ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณบ่งบอกถึงความสำคัญในการเข้าถึงเชื่อมโยงกับภาวะการมีงานทำ และยิ่งไปกว่านั้น การกระจายของแพทย์ยังกระจายไปยังพื้นที่ที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ จากผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพของผู้เชี่ยวชาญที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ ในประเด็นนี้ทำให้กรอบระดับเศรษฐกิจและสังคม และกรอบโครงสร้างพื้นฐานและชุมชนมีความเชื่อมโยงกันอยู่ สิ่งสำคัญสำหรับนโยบายเศรษฐกิจ คือ การส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจไปสู่ภูมิภาค การกระจายอำนาจการปกครองให้กับหน่วยงานระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ลำพังการเสนอแนะอย่างเดียวแต่ไม่พูดถึงแนวทางจะเป็นเรื่องที่ได้ลำบาก ซึ่งสามารถทำได้หลายแนวทาง เช่น การส่งเสริมการทำธุรกิจออนไลน์ ทำให้คนไม่ต้องเข้ามาทำงานในเมืองหลวง หรือเมืองใหญ่ก็สามารถทำได้ สำหรับธุรกิจภาคการลงทุน สามารถใช้

แรงจูงใจด้านภาษีที่แตกต่างกันของพื้นที่หลังจากการปรับการกระจายอำนาจ ทำให้ท้องถิ่นสามารถเก็บภาษีและบริหารจัดการเงินภาษีส่วนหนึ่ง การลดภาษีหรือไม่เก็บภาษีการลงทุนในบางจังหวัดทำให้ดึงดูดต่อการลงทุนในจังหวัดเหล่านั้น การใช้ภาษีแบบ Area-Based กล่าวคือ ธุรกิจสาขาที่อยู่ต่างจังหวัดก็ควรจะมีการนำส่งภาษีในพื้นที่ มิใช่การนำส่งเข้าส่วนกลางเพราะว่าบริษัทใหญ่อยู่ในเมืองหลวง ทำให้ไม่เกิดการพัฒนาในต่างจังหวัด เมื่อมีการพัฒนาและการกระจายการพัฒนา หลายปัจจัยก็จะทยอยดีขึ้น เช่น ความเป็นเมือง สิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการมีอยู่ของกำลังคนก็จะสามารถทำให้รักษาจำนวนบุคคลากรทางด้านสาธารณสุขเอาไว้ในพื้นที่ได้เช่นกัน

2. ข้อเสนอด้านโครงสร้างพื้นฐานกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

สำหรับข้อเสนอด้านโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งที่สำคัญที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ มี 2 ประการ คือ การมีหมอครอบครัว สามารถสร้างการใช้บริการที่ดีต่อผู้สูงอายุ ความเห็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ เป็นความสัมพันธ์ที่แสดงถึงความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความมั่นใจในการรับบริการ ดังนั้น ถ้าหากระบบบริการปฐมภูมิ ที่แต่ละครัวเรือน สามารถให้บริการได้อย่างเต็มรูปแบบ ได้รับคำแนะนำที่ดีในการรับบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ ทำให้การใช้บริการในพื้นที่จะมีมากขึ้น มากกว่าที่จะต้องไปเน้นที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว โดยทีมหมอครอบครัวควรมีครบถ้วนทุกวิชาชีพและทำงานได้ดีตามระบบ

นอกจากหมอครอบครัว สิ่งที่เป็นปัจจัยต่อเนื่อง คือ การออกแบบระบบบริการที่ตอบโจทย์ ซึ่งต่อให้โครงสร้างพื้นฐานไม่มีความพร้อมมาก แต่ก็จะได้รับบริการที่ดี ตัวอย่างเช่น ข้อคิดจากคุณหมอที่ได้สัมภาษณ์และได้รางวัล “คนดีศรีปฐมภูมิว่า” ถ้าระบบดีก็จะสามารถทำให้บริการไปถึงผู้สูงอายุได้ เพราะว่า คนไข้ไม่ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล ลองนึกดูว่า การที่หมอเดินทางลงไป ในชุมชน 1 ครั้ง คนไข้ไม่ต้องเดินทางมาไกลถึงโรงพยาบาล ซึ่งการให้บริการควรจะเน้นไปที่ Community Based มากกว่า Hospital Base แต่ถ้าหากเราเอาคนไข้ทุกคนมาที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางก็เกิดขึ้นมากกว่าหมอไปคนเดียว มีหน้าซ้ำยังเป็นการซ้ำเติมระบบที่เอาคนไข้มาเพิ่มความแออัดของการใช้บริการในโรงพยาบาลอีก ซึ่งการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ หรือการสานต่อการพัฒนาทีมหมอครอบครัวก็เป็นส่วนหนึ่งของคำว่าระบบที่ดี

3. ข้อเสนอแนะนโยบายเกี่ยวกับบริการส่วนบุคคล

ข้อเสนอเกี่ยวกับบริการส่วนบุคคล เนื่องจากส่วนใหญ่จะเป็นปัจจัยเรื่องความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ การที่ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล กลายเป็นข้อจำกัด ดังนั้น สิ่งที่ต้องพัฒนา คือ ทีมหมอครอบครัว และหนึ่งในผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลระดับครัวเรือน คือ อสม. ซึ่งจะทำหน้าที่ในการดูแลครอบครัว และเป็นหนึ่งในทีมหมอครอบครัว การให้คำปรึกษาได้ หรือการให้คำแนะนำได้ ทำให้ประชาชนที่เป็นผู้สูงอายุทุกคนสามารถมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการตามช่วงวัย ซึ่งผู้สูงอายุเป็นช่วงที่มีความจำเป็นในการรับบริการต่าง ๆ เช่น บริการส่งเสริมป้องกันโรค การคัดกรองโรคต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันปฏิเสธไม่ได้ว่าผู้สูงอายุบางคนไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเหล่านี้



บทที่ 5

บทสรุป

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ซึ่งภายใต้การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐาน และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งยังเป็นเรื่องที่ยากใหม่สำหรับประเทศไทย โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือ ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย และทำการศึกษาแนวทางการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย ทั้ง 3 ข้อใช้วิธีการแบบ Mixed-Method Analysis แบบ Explanatory Design กล่าวคือ ทำการศึกษาเชิงปริมาณก่อนแล้วใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพในการตอบข้อสงสัย สำหรับการวิเคราะห์เชิงปริมาณ แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นภาพใหญ่สามารถแทรกแซงทางด้านนโยบายได้ ระดับปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานทำให้ดูปัจจัยที่ละเอียดตรงลงมาที่ส่งผลต่อการใช้บริการ และระดับตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยแวดล้อมของผู้ใช้บริการ ข้อค้นพบของการศึกษานี้พบว่า แท้จริงแล้วปัจจัยที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ มีอะไรบ้าง ปัจจัยใดบ้างที่เป็นอุปสรรคของการเข้าถึงบริการ ซึ่งที่ผ่านมามีการวิเคราะห์ในระดับพื้นที่เป็นส่วนใหญ่โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ แตกต่างจากการศึกษานี้ที่เน้นศึกษาในภาพรวมและใช้วิธีการผสมผสานควบคู่กัน ผลจากการศึกษาและได้ข้อสรุป โดยมีข้อสรุปแยกย่อยระดับการวิเคราะห์ทั้ง 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1 สรุปสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุไทย

ข้อสรุปของการทบทวนสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยซึ่งเป็นการตอบวัตถุประสงค์การศึกษาที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย หลังจากได้ค้นข้อมูลแล้วพบว่า สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำกันในบางพื้นที่เมื่อพิจารณาจากจังหวัดที่มีประชากรขนาดใหญ่แล้ว พบว่า จำนวนแพทย์กระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ โดยจำนวนผู้สูงอายุต่อแพทย์ 1 คน ประมาณ 100 คน เช่น จังหวัดภูเก็ต กรุงเทพฯ ชลบุรี สมุทรสาคร และสงขลา เป็นต้น ขณะที่จังหวัดขนาดเล็กมีอัตราส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อแพทย์มากถึง 600 กว่าคน ได้แก่ หนองบัวลำภู กำแพงเพชร บึงกาฬ ยโสธร เป็นต้น ความแตกต่างนี้นำไปสู่ข้อจำกัดหนึ่งของการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพราะการกระจายของแพทย์ในพื้นที่ดังกล่าว จะขาดแคลนในพื้นที่อำเภอห่างไกลภายในจังหวัดที่มีอัตราส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อ

แพทย์สูง ความพยายามในการแก้ไขปัญหาในช่วงที่ผ่านมาได้มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อส่งเสริมบริการสาธารณสุข ผ่านกองทุนสุขภาพตำบล และกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) นั้นได้กระจายงบประมาณไปในจังหวัดต่าง ๆ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาพบว่า การใช้งบประมาณยังไม่ตอบโจทย์เท่าที่ควร มีการใช้งบประมาณสูง แต่ไม่ได้เพิ่มปริมาณการเข้าถึงบริการในจังหวัดได้เท่าที่ควรซึ่งปัญหาดังกล่าวมาจากความพร้อมของการดำเนินงานของหน่วยงาน ความร่วมมือของหน่วยงานในท้องถิ่นในการดำเนินการ การขาดแคลนบุคลากร ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนการมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยในปัจจุบันมีการกำหนดหน้าที่การทำงาน กำหนดระบบการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการ (ในกรณีนี้คือ ผู้สูงอายุ) ความพยายามในการส่งเสริมการเข้าถึง ผ่านการติดตาม การเยี่ยมบ้าน การดูแลให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค นอกจากนี้ ปัญหาของระบบบริการที่แท้จริงยังมิได้ถูกแก้ไข นั่นคือ การกระจายทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ให้มีการกระจายตัวอย่างเหมาะสม ที่ปัจจุบันห่างกันมากกว่า 5 – 7 เท่าตัวในพื้นที่จังหวัดที่เป็นเมืองใหญ่และจังหวัดที่เป็นเมืองขนาดเล็ก

2. สรุปผลปัจจัยเศรษฐกิจกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (สมการที่ 1)

สำหรับข้อสรุปข้อที่ 2 ถึงข้อที่ 5 เป็นการตอบวัตถุประสงค์ที่ 2 เกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ โดยผลการทดสอบปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการผู้สูงอายุในระดับจังหวัด โดยปัจจัยในแบบจำลองนี้เป็นแบบจำลองทางด้านเศรษฐกิจ ผลจากการศึกษา พบว่า จำนวนผู้มีงานทำโดยเมื่อมีจำนวนผู้มีงานทำเพิ่มขึ้น 1 ตำแหน่ง จะส่งผลต่อการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุลดลง 4.52 ครั้ง ตัวแปรผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดในหมวดสุขภาพและกิจกรรมทางสังคมส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ เมื่อ GPP หมวดสุขภาพดังกล่าวเพิ่มขึ้น 1 ล้านบาท ส่งผลต่อการใช้บริการเพิ่มขึ้น 250 ครั้ง ตัวแปรดัชนีราคาผู้บริโภค หรือ CPI ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิมากที่สุด คือ เมื่อดัชนีราคาผู้บริโภคเพิ่มขึ้น 1 จุด ส่งผลต่อการใช้บริการลดลง 57,595 ครั้ง ขณะที่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลาแล้วพบว่า จำนวนการให้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2558 ซึ่งแสดงถึงการมาถึงของสังคมผู้สูงอายุ

3. สรุปผลปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐานกับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ (สมการที่ 2)

ผลการศึกษา ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ โดยใช้ตัวแปรโครงสร้างพื้นฐานของระบบสาธารณสุขของไทย ทำการวิเคราะห์ในระดับอำเภอโดยใช้ข้อมูลการให้บริการจาก โรงพยาบาลและหน่วยบริการในอำเภอนั้น การวิเคราะห์เป็นข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-Section Data) พบว่า ตัวแปรจำนวนงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลเมื่องบประมาณเพิ่มขึ้น 1 % ทำให้การให้บริการเพิ่มขึ้น 0.415 % ตัวแปรระยะทางเฉลี่ยจากจุดศูนย์กลางตำบลไปยังหน่วยบริการ ส่งผลต่อการให้บริการคือ เมื่อระยะทางห่างออกไป 1 % มีการใช้

งานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 0.15 % ตัวแปรงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เมื่องบประมาณเพิ่มขึ้น 1% ทำให้การใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 0.121 % ตัวแปรจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้น 1 % ทำให้การใช้บริการเพิ่ม 0.003 % สำหรับตัวแปรแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy) พบว่า แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับ S ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุใช้บริการมากที่สุด แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ M2, M1, F1,F2, และ F3 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับ A หรือ โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำภูมิภาค ก็ยังมีการใช้บริการปฐมภูมิค่อนข้างสูง

4. สรุปปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ (สมการที่ 3 – 6)

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีบริการ (Health Need) (ในสมการที่ 3) พบว่า ตัวแปรพื้นที่ในเขตและนอกเขตเทศบาลมีความน่าจะเป็นของการใช้บริการแตกต่างกัน โดยพื้นที่นอกเขตเทศบาลมีความน่าจะเป็นของการใช้บริการน้อยกว่า 0.888 เท่า หรือนอกเขตเทศบาลจะมีอัตราการใช้บริการลดลง 11.2 % ตัวแปรอายุมีความน่าจะเป็นของการใช้บริการเมื่ออายุสูงขึ้น 1 ปีเท่ากับ 1.007 เท่า หรือ 0.7 % ขณะที่ตัวแปรหลักประกันสุขภาพบัตรทอง (UCS) ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ 1.569 (56.9 %) สิทธิอื่นไม่ส่งผลต่อการใช้บริการ ตัวแปรจำนวนโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1 โรค แล้วมาใช้บริการมีความน่าจะเป็นของการใช้บริการเท่ากับ 1.370 เท่า หรือมีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้น 37 %

การตัดสินใจเข้ารับบริการส่งเสริมและป้องกันโรคของผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีอาการป่วย (สมการที่ 4) พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลต่อการใช้บริการส่งเสริมป้องกันของระบบสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วย ได้แก่ ตัวแปรเพศ (Sex) โดยเพศหญิงมีความน่าจะเป็นของการใช้บริการมากกว่าเพศชาย 1.157 เท่า ตัวแปรระดับการศึกษาส่งผลต่อการใช้บริการส่งเสริมป้องกันของระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยผู้ที่ไม่จบประถมศึกษามีแนวโน้มใช้บริการเพิ่มขึ้น 1.435 เท่า ตัวแปรสิทธิประกันสังคมส่งผลต่อการใช้บริการส่งเสริมป้องกันน้อยกว่าสิทธิอื่น 0.484 เท่า ตัวแปรจำนวนโรคเรื้อรัง ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1 โรค แล้วมาใช้บริการมีความน่าจะเป็นของการใช้บริการเท่ากับ 1.269 เท่า ตัวแปรรายได้เฉลี่ยครัวเรือนของผู้สูงอายุส่งผลต่อการใช้บริการส่งเสริมป้องกันมีค่าสัมประสิทธิ์การประมาณการ 0.000 เท่า คือแทบจะไม่เปลี่ยนแปลง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกรายบุคคลที่มีโรคเรื้อรัง (สมการที่ 5) ในกรณีทีพิจารณาถึงความถี่ของการใช้บริการ โดยใช้ Poisson Regression พบว่า ผลการประมาณการสมการ Poisson Regression เพื่อพยากรณ์จำนวนการใช้งานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

ในช่วงปี พ.ศ. 2562 พบว่า จำนวนการใช้งานขึ้นอยู่กับพื้นที่เมือง โดยพื้นที่เมืองจะมีความน่าจะเป็นของการใช้งานลดลง 0.920 เท่า ตัวแปรโรคเรื้อรัง เมื่อเพิ่มขึ้นจาก 1 เป็น 4 โรคจะลดลง ซึ่งบ่งชี้ว่า จำนวนโรคเรื้อรังที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกจะลดลง อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าอิทธิพลของการมีโรคเรื้อรัง 4 โรคเมื่อเทียบกับ 5 โรคนั้นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติตัวแปรรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนผู้สูงอายุจะเพิ่มโอกาสของการใช้บริการขึ้นเท่ากับ 1.000 เท่า กล่าวคือไม่ส่งผลต่อจำนวนการให้บริการเช่นกัน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ (สมการที่ 6) โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณพบว่า ผลการประมาณการตัวแปรที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของการใช้บริการปฐมภูมิ คือ ตัวแปรเพศ คือ เพศชายจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง 7.7 % ตัวแปรการศึกษาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 จะจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น 14.2 % ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 จะจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น 19.1 % ผู้ที่จบการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 จะจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น 36.4 % ตัวแปรสิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ นอกเหนือจากสิทธิหลัก 3 สิทธิจ่ายเยาะกว่าสิทธิอื่น ๆ 26 % ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 3.3 % ต่อ 1 โรค ขณะที่การมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนผู้สูงอายุทำให้เกิดการยอมจ่ายค่าใช้จ่ายด้านบริการปฐมภูมิขึ้นเล็กน้อย

5. สรุปผลการวิเคราะห์ภาคตัดขวางพหุคูณ (Multiple Cross-sectional Study) ของการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรคเบาหวานความดัน

นอกจากนี้เพื่อให้เข้าใจคุณภาพของการให้บริการจึงได้ทำการวิเคราะห์ Multiple Cross-sectional Study ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันทั่วประเทศ โดยใช้ข้อมูลรายบุคคลทำการวิเคราะห์ว่า ผู้ป่วยเบาหวานและความดันที่ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ไปใช้บริการผู้ป่วยในร้อยละเท่าใด คำตอบที่ได้จะสามารถบอกได้ถึงความแตกต่างของผลลัพธ์ของบริการเชิงพื้นที่ เนื่องจากโรคเบาหวานและความดันเป็นโรคที่สามารถบริหารจัดการได้ที่ระบบบริการผู้ป่วยนอก โดยทำการวิเคราะห์ทุกระยะ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี เพื่อตรวจสอบว่า ภายในระยะเวลาดังกล่าว มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยจากหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ไปยัง แผนกผู้ป่วยในมากน้อยเพียงใด โดยที่ความแตกต่างของช่วงเวลา 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี จะสามารถบอกความแตกต่างของอัตราการให้บริการในระยะสั้นและระยะยาวได้ เนื่องจากในระยะยาว อาจจะเป็นได้ว่า ผู้ป่วยอยู่กับอาการป่วยเรื้อรังมานาน ทำให้มีความจำเป็นสูงกว่าที่จะต้องเข้ารับบริการผู้ป่วยใน ผลจากการศึกษาดังกล่าวพบว่า พื้นที่บริเวณภาคอีสานมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกไปยังบริการผู้ป่วยใน โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันของผู้สูงอายุที่สูง เมื่อพิจารณาทิศทางของอัตราการให้บริการจากผู้ป่วยนอกไปยังผู้ป่วยในของผู้ป่วย พบว่า ในระยะสั้นมีแนวโน้มการให้บริการผู้ป่วยในของผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับระยะสั้นกับระยะยาวแล้วพบว่า ในระยะสั้นช่วงปี พ.ศ. 2562 เมื่อเปรียบเทียบกับผลของการให้บริการผู้ป่วยในภายใน 5 ปีแล้วพบว่า

การใช้บริการผู้ป่วยนอกไปยังผู้ป่วยในของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและความดัน มีอัตราสูงกว่าระยะยาว (5 ปี) หมายความว่า การดูแลโรคเบาหวานความดันที่สามารถดูแลได้ในบริการระดับผู้ป่วยนอกไปยังบริการผู้ป่วยในมากขึ้น ซึ่งเป็นสัญญาณของคุณภาพของการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ไม่ส่งผลดี

6. สรุปผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณแบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก โดยประเด็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการใช้บริการพบว่า แนวทางเวชปฏิบัติของการรักษาโรคทำให้การใช้บริการเกิดขึ้นบ่อยอยู่แล้วในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยจะเน้นไปที่การดูแลในโรงพยาบาล ทำให้การใช้บริการกับโรคเรื้อรังนั้นสัมพันธ์กัน

ประเด็นงบประมาณที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้นส่งเสริมการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพปฐมภูมิหรือไม่ พบว่า งบประมาณทั้ง 2 แหล่ง คือ กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล และ กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) นั้น เป็นแค่งบประมาณส่วนหนึ่งเกี่ยวกับการให้บริการปฐมภูมิเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การแย่งงบประมาณแหล่งอื่นใช้ในบริการปฐมภูมิเท่าไรนั้น ไม่สามารถทำได้ ขณะที่ผลของการใช้งบประมาณทั้ง 2 แหล่ง พบว่า แหล่งกองทุนสุขภาพตำบลมีความยืดหยุ่นในการใช้งานมากกว่า อาจจะมีส่วนส่งเสริมให้การใช้บริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น มากกว่างบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)

ขณะที่ประเด็นระยะทางและการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่ส่งผลต่อการใช้บริการ ซึ่งความเห็นค่อนข้างแตกต่างจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เห็นเด่นชัดคือ บทบาทของ รพ.สต. ต่อการเข้าถึงบริการที่มีระยะทางห่างไกล ซึ่งถ้าหากว่าโรงพยาบาลอยู่ห่างจากพื้นที่ชุมชนมากทำให้การใช้บริการที่ รพ.สต. มีบทบาทมาก

ประเด็นผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวยากจน กับการใช้บริการพบว่า การเดินทางอาจจะมีปัญหาจริง แต่ว่าโครงสร้างของปัญหานั้นแตกต่างกันออกไป ซึ่งความเห็นจากผู้สัมภาษณ์ได้ยกตัวอย่าง ของคนจนในจังหวัดภูเก็ตและจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่จะมีปัญหาในการเข้าถึงแตกต่างกัน ขณะที่ผลความแตกต่างนั้นอาจจะน้อยจนไม่สามารถมองเห็นได้ในภาพรวมระดับประเทศ

จำนวนแพทย์ในแต่ละพื้นที่ก็มีส่วนในการเข้าถึงบริการ โดยสิ่งที่เผชิญอยู่ตอนนี้คือ ความเพียงพอของแพทย์เป็นที่น่าพอใจ แต่การกระจายของแพทย์นั้นไม่ได้ตอบโจทย์มากนัก มีการกระจายตัวอยู่ในเมืองใหญ่ โดยส่วนใหญ่มองเห็นว่า เป็นเรื่องของรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันทำให้แพทย์ไม่ยอมออกไปอยู่ในพื้นที่บางพื้นที่

7. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ที่ 3 คือ การพัฒนาแนวทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย มีข้อเสนอหลัก 3 ด้าน ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎี ซึ่งสอดคล้องกับระดับของนโยบาย 3 ระดับ คือ ระดับจังหวัดซึ่งเป็น

ปัจจัยมหภาค ระดับโครงสร้างพื้นฐานของบริการสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบาย 3 ข้อ โดยสรุปดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอด้านการพัฒนาเศรษฐกิจกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ภาครัฐควรมีการส่งเสริมนโยบายกระจายความเจริญไปยังจังหวัดต่าง ๆ ลดความเหลื่อมล้ำด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ ซึ่งช่วยการจ้างงานซึ่งทำให้มีครอบครัวไม่เป็นครอบครัวแอ่งกลาง นอกจากนี้ยังสามารถรักษากำลังคนทางการแพทย์ในพื้นที่ไว้ด้วย และที่สำคัญ การพัฒนาเศรษฐกิจจังหวัดยังสามารถส่งผลต่อโครงสร้างพื้นฐานของการบริการได้ด้วย

2. ข้อเสนอด้านโครงสร้างพื้นฐานกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

สำหรับข้อเสนอโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งที่สำคัญคือ การพัฒนาที่มหมอบครอบครัวให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างหมอบกับคนใช้สร้างความน่าเชื่อถือความไว้วางใจ และที่สำคัญต้องมีการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชากรได้ นอกจากนี้ระบบการให้บริการในพื้นที่ห่างไกลต้องมีรองรับ การบริการใน Community Base สามารถสร้างผลที่ดีกว่า Hospital Base

3. ข้อเสนอด้านนโยบายเกี่ยวกับบริการส่วนบุคคล

ข้อเสนอส่วนบุคคล คือ บทบาทของ อสม. ในการพัฒนาบทบาทที่สามารถเข้าถึงบริการส่วนบุคคลได้ทั่วถึงกว่า และที่สำคัญสามารถสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการได้ซึ่งจะส่งผลต่อโรคเรื้อรัง ทั้งในทางส่งเสริมป้องกันและในทางการพัฒนาการดูแล

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุไทย พบประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งนำมาอภิปรายดังต่อไปนี้

การกระจายทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยจากผลการศึกษาพบว่า มีการกระจายค่อนข้างไม่เป็นธรรมซึ่งกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่เป็นส่วนมากและเป็นปัญหาที่มีมายาวนานมากในประเทศไทย (พลเดช ปิ่นประทีป, 2562; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2548) ดูได้จากประชากรผู้สูงอายุต่อจำนวนแพทย์ในประเทศไทยที่ยังมีอัตราส่วนห่างกันมากอยู่ 5 – 7 เท่า ขณะที่ผลการศึกษาของ Witthayapipopsakul et al. (2019) ระบุว่า การกระจายทรัพยากรโดยเฉพาะทรัพยากรทางการแพทย์นั้นกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่เช่นกัน (Nishiura et al., 2004) โดยจะอยู่ในโรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลระดับภูมิภาค (โรงพยาบาลในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ A หรือ โรงพยาบาลศูนย์) อย่างไรก็ตามข้อมูลเพิ่มเติมจากการศึกษาดังกล่าวระบุว่า ถ้าหากพิจารณาในระดับโรงพยาบาลชุมชน หรือ District Hospitals แล้ว จำนวนบุคลากรสาธารณสุขจะอยู่

ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งถ้าพิจารณา 2 จุดพร้อมกัน คือ การกระจายตัวที่เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลขนาดเล็กแล้ว ถือว่ามีความเป็นธรรมด้านการกระจายทรัพยากรสุขภาพ โดยอาจจะมาจาก การพัฒนาทางด้านโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกในระดับอำเภอที่มากขึ้น (Goel et al., 2016; Tangcharoensathien et al., 2013) ประกอบกับนโยบายการรักษากำลังคนทางด้านสาธารณสุขไว้ในพื้นที่มากที่สุด ตลอดระยะเวลา 40 ปีที่ผ่านมาของไทย (Dussault & Franceschini, 2006; Pagaiya & Noree, 2009; Smith et al., 2013) ถึงแม้ว่าผลการศึกษาดังกล่าวจะระบุว่า การกระจายทรัพยากรสุขภาพเป็นธรรมดี แต่เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณแพทย์ต่อจำนวนประชากรผู้สูงอายุจากข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ยังคงห่างกันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะทรัพยากรปฐมภูมิ ซึ่งอยู่ในช่วงเริ่มต้นพัฒนาที่มหมอบครอครวเท่านั้น

ประเด็นสำคัญที่มีการพูดถึงมาหลายปีในประเทศไทย เกี่ยวกับการกำหนดพื้นที่ทุรกันดารในการกระจายแพทย์ ซึ่งพื้นที่ทุรกันดารดังกล่าว จะถูกใช้ในการกระจายกำลังคนทางการแพทย์ ผ่านค่าตอบแทนพิเศษ เพื่อที่จะทำให้แพทย์อยู่ในพื้นที่ที่มีความยากลำบากกว่าพื้นที่อื่น โดยการใช้ตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจ (Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003) จากการวิเคราะห์สถิติบรรยายของการศึกษานี้ พบว่า การกระจายตัวของแพทย์พื้นที่ที่จำนวนแพทย์ไม่พอต่อความต้องการ ไม่ได้เป็นแค่พื้นที่ที่มีความกันดาร แต่รวมถึง พื้นที่สีเทา หรือ พื้นที่ที่ไม่ได้มีความเจริญมากแต่ก็ได้มีความกันดารเหมือนกัน จากที่ข้อมูลในวรรณกรรมจะพบว่า ประเทศไทยมีการกระจายของแพทย์ค่อนข้างที่จะไม่เป็นธรรม และอยู่ในเมืองใหญ่เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งปัญหานี้มีมานานมากแล้ว (Dussault & Franceschini, 2006; Tangcharoensathien et al., 2015; Wibulpolprasert & Pengpaibon, 2003; Witthayapipopsakul et al., 2019) ซึ่งปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุต่อแพทย์ อยู่ที่ประมาณ 5 – 7 เท่า ระหว่างพื้นที่เจริญกับพื้นที่ที่มีจำนวนหมอบต่อประชานน้อย ผลการศึกษาของ Witthayapipopsakul et al. (2019) ระบุว่า การกระจายของทรัพยากรโดยเฉพาะแพทย์นั้นอยู่ในเมืองใหญ่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ (Nishiura et al., 2004) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเพิ่มเติมจากการศึกษานี้ บ่งบอกว่า ถ้าดูในระดับโรงพยาบาลชุมชนแล้วจำนวนแพทย์นั้นค่อนข้างมีมากในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งตรงนี้ค่อนข้างน่าสนใจ และตรงกับสมมติฐานว่า พื้นที่ที่ถูกกละเลยในปัจจุบันอาจจะเป็นพื้นที่หรือเมืองที่ไม่ได้ใหญ่หรือเจริญมาก แต่ก็ไม่ได้กันดารเหมือนกัน ในผลจากการศึกษาคั้งนี้พบว่า จังหวัดที่มีการะงานของแพทย์ต่อผู้สูงอายุมาก ได้แก่ ระนอง ปังกาพหนองบัวลำภู อุทัยธานี สมุทรสงคราม ชัยนาท สตูล อ่างทอง พังงา และสิงห์บุรี ซึ่งจังหวัดเหล่านี้ไม่ได้เป็นจังหวัดที่เข้าถึงยาก และไม่ได้อยู่ติดชายแดน บางจังหวัดอยู่ภาคกลางและไม่ไกลจากกรุงเทพฯ แต่เป็นจังหวัดที่เล็ก และมีภาระงานของแพทย์ต่อผู้สูงอายุที่สูง

อีกประเด็นหนึ่งคือประเด็นความเป็นเมือง ซึ่งไม่ได้สามารถตอบโจทย์การมีอยู่ของแพทย์ได้ทั้งหมด การใช้ขนาดเศรษฐกิจในการวิเคราะห์ หรือการวัดอาจจะไม่ได้ส่งผลต่อการรักษาแพทย์ไว้ในจังหวัดได้ทั้งหมด จังหวัดที่มี GPP สูง แต่ไม่ได้บอกว่ามีความเป็นเมืองไปทุกจังหวัด ตัวอย่างเช่น จังหวัดกำแพงเพชร และระยอง ซึ่งเป็นเมืองอุตสาหกรรม เป็นต้น ตัวอย่างนี้สามารถเปรียบเทียบให้เห็นได้ชัดในกรณีระยองกับเชียงใหม่ เหตุผลก็เพราะว่าระยองคือ จังหวัดที่เป็นอุตสาหกรรม ทำให้มี GPP มูลค่า 988,748.13 บาทต่อหัวต่อปี ขณะที่เชียงใหม่มี GPP เพียง 143,637.59 บาทต่อหัวต่อปี เท่านั้น ซึ่งความแตกต่างของ 2 เมืองนี้มีค่อนข้างมาก แต่ว่า ระดับภาระงานของหมอต่ผู้สูงอายุ มีเพียงแค่ 0.03 และ 0.01 ตามลำดับ ตามที่ปรากฏในผลการศึกษานี้ ซึ่งแสดงให้เห็นได้ชัดว่า ขนาดเศรษฐกิจไม่ใช่ปัจจัยทั้งหมดในการวัดความเป็นเมือง หรือสะท้อนภาระงานของแพทย์ ผลดังกล่าวค่อนข้างสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนแพทย์กับสถานการณ์เศรษฐกิจ (Noree, Pagaiya, & Nimnual, 2022) แต่ถึงแม้ว่าปัจจัยเศรษฐกิจจะส่งผลแต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นปัจจัยที่ถูกกละเลย ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจก็ยังส่งผลต่อการกระจายตัวของแพทย์ (Isabel & Paula, 2010; Pál et al., 2021; Rabbanikhah et al., 2018) นอกจากนี้ ปัจจัยทางด้านความเจริญ สิ่งหนึ่งที่ต้องทำความเข้าใจ คือ เส้นทางอาชีพของแพทย์ก็มีความสำคัญ เมื่อแพทย์ต้องเลือกเรียนเฉพาะทาง ส่วนใหญ่อาจจะมองถึงความก้าวหน้า โอกาสเติบโต ซึ่งการทำงานในชุมชนหรือพื้นที่จังหวัดเล็ก ๆ ต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากกว่าที่จะต้องการหมอเฉพาะทาง การเรียนต่อเฉพาะทางจึงทำให้กลับไปอยู่ในเมืองอย่างมีความสำคัญ ซึ่งจะทำให้แพทย์เลือกที่จะรับโอกาสทางการศึกษาที่ได้ทำงานทั้งในภาคเอกชนและต่างประเทศถ้าเป็นไปได้ (Suphanchaimat, Wisajohn, Thammathacharee, & Tangcharoensathien, 2013) นอกจากนี้ ปัจจัยทางการมีครอบครัวก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงสำหรับการทำงานของแพทย์ที่อยู่ในชนบท การมีครอบครัวอยู่ในตัวเมืองแต่ต้องขับรถไปทำงานในชนบททำให้แพทย์ต้องอยู่ห่างจากครอบครัว (Haskins, Phakathi, Grant, & Horwood, 2017) ซึ่งรวมถึงหมอนที่เติบโตในเขตชนบท ทำให้ท้ายที่สุดก็ต้องย้ายกลับไปอยู่ใกล้ ๆ กับครอบครัว (Saijo, Yoshioka, Hanley, Kitaoka, & Yoshida, 2018) สุดท้าย ก็คือ Lifestyle หรือ รูปแบบการใช้ชีวิตความเป็นเมือง (Adewoyin, Chukwu, & Sanni, 2018; Cao et al., 2020; Chen et al., 2014) หรือ การมีโอกาสดูได้ใช้ชีวิตในเมืองก็เป็นสิ่งที่ทำให้แพทย์อยากย้าย ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลือกที่ทำงานของแพทย์ สอดคล้องกับข้อคิดเห็นของผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพที่ปรากฏในการศึกษา

ตลอดหลาย 10 ปีที่ผ่านมาการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในประเทศไทยให้ความสำคัญไปที่การกระจายจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และโครงสร้างพื้นฐานทางด้านบริการทางการแพทย์ (Nishiura et al., 2004; Witthayapipopsakul et al., 2019) เช่น เทคโนโลยี จำนวนเตียง ในการพัฒนา แต่สิ่งหนึ่งที่ยังไม่ได้มีการพัฒนาและเริ่มมีการพัฒนา คือ การพัฒนาการสนับสนุนการเข้าถึง

บริการผ่านโครงการต่าง ๆ การเกิดขึ้นของ “กองทุนสุขภาพตำบล” และ “กองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หรือ Long Term Care เกิดขึ้นในรอบหลายปีที่ผ่านมา จึงเป็นคำถามว่า การกระจายทรัพยากรเหล่านั้นถูกจุด ถูกพื้นที่หรือไม่ และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่า การกระจายทรัพยากรมีประสิทธิภาพถูกจุดเป็นบางส่วน ขณะที่จังหวัดที่ได้รับการกระจายทรัพยากรสูงสุดยังไม่ได้กระตุ้นการใช้บริการมากเท่ากับที่ควรจะเป็น อย่างไรก็ตาม ผลการทบทวนข้อมูลนี้ เป็นการทบทวนข้อมูลในระดับมหภาค (Macro-View) ซึ่งสิ่งที่ควรจะต้องระบุให้ชัดเจนอีกอย่างหนึ่ง คือ การกระตุ้นการเข้าถึงนั้น งบประมาณเข้าถึงไปยังประชากรกลุ่มใดมากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจต่ำกว่ากลุ่มอื่น (Limwattananon, Tangcharoensathien, Tisayaticom, Boonyapaisarncharoen, & Prakongsai, 2012)

การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับประเด็นผลของการใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าประชากรกลุ่มยากจน และกลุ่มที่อยู่ใกล้เคียงกับเส้นความยากจน สามารถช่วยลดการล้มละลายทางการเงินได้มากที่สุด (Catastrophic health spending) (Tangcharoensathien, Witthayapipopsakul, Panichkriangkrai, Patcharanarumol, & Mills, 2018) ขณะเดียวกันการใช้บริการสุขภาพก็เพิ่มขึ้นในกลุ่มยากจนและกลุ่มที่อยู่ใกล้เคียงเส้นยากจน (Limwattananon, Tangcharoensathien, & Prakongsai, 2011) ดังนั้น มิติที่ขาดไปสำหรับข้อมูลด้านงบประมาณ คือ การพุ่งเป้าไปที่ประชากรตามเศรษฐกิจไปด้วย เพิ่มเติมจากข้อมูลเชิงพื้นที่

จากการวิเคราะห์นโยบายการเข้าถึงบริการสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งส่วนมากเป็นการเน้นไปที่ฝั่งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กล่าวคือ การกำหนดสิทธิในพระราชบัญญัติ หรือ การกำหนดสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพตามกฎหมายไทย ทำให้ประชากรเข้าถึงบริการได้อย่างถ้วนหน้า คือนโยบายฝั่งอุปสงค์ และนโยบายฝั่งอุปทาน ซึ่งเน้นไปทางด้านการใช้งบประมาณที่ลงทุนไปในการรักษากำลังคนให้อยู่ในพื้นที่ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น จำนวนเตียง จำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ และงบประมาณส่งเสริมการเข้าถึง อย่างไรก็ตาม สิ่งหนึ่งที่มีการพูดถึงน้อยและมีการพัฒนาน้อยที่สุด คือ ปัจจัยแวดล้อม ภายนอกที่ส่งเสริมการเข้าถึง และการใช้บริการสุขภาพ เช่น ระบบการขนส่งโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคมอื่น ที่จะเน้นไปที่การสนับสนุนพุ่งเป้าไปยังกลุ่มที่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพมากที่สุด รายงานผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Intarates, Leesmidt, Dhippayom, & Upakdee (2019) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ การปราศจากช่องว่างเชิงระบบในการจัดสรรทรัพยากร คือ ปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน ซึ่งปัจจัยภายนอก ได้แก่ การศึกษา รายได้ สิทธิและสวัสดิการ การอยู่พื้นที่ห่างไกล ซึ่งบริบทของความห่างไกลส่งผลอย่างมากที่การกระจายทรัพยากรของไทยไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2548)

การ ศึ ก ษา ร ี อ ง Closing The Health Gaps For The Elderly ข อ ง Osornprasop &

Sondergaard (2016) พยายามตีแผ่ข้อค้นพบเรื่องนี้ในช่วงก่อนที่ประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเขาได้ขยายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การขาดคนดูแล และขาดการช่วยเหลือด้านต้นทุนการบริการที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ เช่น ต้นทุนการเดินทาง โดยเฉพาะผู้สูงอายุยากจนที่อาศัยอยู่ชนบท สำหรับการขาดแคลนระบบขนส่งจะส่งผลกระทบต่ออย่างมากโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ใกล้ถนนสายหลัก ซึ่งจะไม่มีรถประจำทางผ่าน นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ไม่มีคนดูแลพามาโรงพยาบาล ต้นทุนการเดินทาง ที่พักอาศัย กรณีที่ถูกส่งต่อมาจากหน่วยบริการระดับต่ำกว่า ทำให้ผู้รับบริการไม่ยอมมา ซึ่งกลายเป็นว่าปัจจัยเหล่านั้นเป็นปัจจัยภายนอก อย่างปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่

สำหรับประเด็นการเข้าถึงบริการของคนยากจน ในการศึกษาที่ใช้สัดส่วนคนจนระดับจังหวัด ความคาดหวังของผู้วิจัยคิดว่า การเข้าถึงบริการของคนจนน่าจะทำได้ยากกว่า เนื่องจากคนจนจะมีอุปสรรคหลายอย่างในการไปใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านที่พัก ค่าใช้จ่ายด้านการเดินทาง อย่างไรก็ตามภายหลังจากการประมาณการพบว่า สัดส่วนคนจนระดับจังหวัดไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุ สาเหตุอาจจะเป็นเพราะว่าการที่ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า Universal Coverages (UCS) ซึ่งทำให้ข้อจำกัดทางการเข้าถึงด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการหมดไป คำตอบของข้อสงสัยนี้มีผลการศึกษาของ สุพน ลิมวัฒนานนท์ (Limwattananon et al., 2012) ช่วยยืนยันการมีอยู่ของข้อเท็จจริง โดยที่เขาพบว่า การเพิ่มของงบประมาณของ UCS จาก 3 หมื่นล้านบาทในปี 2003 มาเป็น 4.6 หมื่นล้านบาทในปี 2004 พบว่าส่งผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพ (ทั้งบริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) ของกลุ่มคนจนและคนที่อยู่ใกล้เส้นความยากจนเพิ่มขึ้น ซึ่งการใช้บริการของคนจนส่วนใหญ่เกิดที่โรงพยาบาลระดับภูมิภาค หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้านขายยา และคลินิกเอกชนตามลำดับ (Weraphong, PannarunoThai, Luxananun, Junsri, & Deesawatsripetch, 2013) ซึ่งผลของการศึกษาในต่างประเทศก็ไม่แตกต่างกันที่การใช้นโยบาย UCs ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการ เช่น ตุรกี (Menon, Mollahaliloglu, & Postolovska, 2013) กาน่า (Amporfu, 2013) แคนาดา (Veugelers & Yip, 2003)

เพิ่มเติมจากประเด็นของสัดส่วนคนจนไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ผลของดัชนีราคาผู้บริโภค (CPI) หมวดสุขภาพที่ไม่สะท้อนเพราะอะไร ส่งผลโดยอ้อม คือ ราคาสุขภาพไม่สะท้อน แต่ราคาหมวดอื่นสะท้อน นั่นอาจจะเป็นเพราะว่า ราคาของบริการสุขภาพส่วนใหญ่ที่ให้บริการโดยรัฐนั้นอยู่ในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลของการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2548) ในช่วงก่อนปี 2014 พบว่าสุขภาพ คือ 45 % ของการใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของครัวเรือน ค่าใช้จ่ายทางตรงหลังจากมีการใช้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าใช้จ่ายลดลงเหลือ 20 % และในปี 2006 ค่าใช้จ่ายลดลง

เหลือน้อยลงมากกว่า 15 % เท่านั้น (Limwattananon et al., 2011; Tangcharoensathien, Limwattananon, Patcharanarumol, & Thammatacharee, 2014) การที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมค่าใช้จ่ายหลายรายการทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงอย่างเห็นได้ชัด (Hsu & Yang, 2017; Kirduang & Glewwe, 2018; Meemon & Paek, 2019; Paek, Meemon, & Wan, 2016) ซึ่งเรื่องนี้ค่อนข้างชัดเจนเมื่อดัชนีราคาผู้บริโภครวม (CPI) ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าดัชนีราคาหมวดสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม ทั้งนี้ก็เพราะว่า การตัดสินใจไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล ไม่ได้มีค่าใช้จ่ายแค่การรักษาพยาบาล แต่ยังมีค่าเดินทาง ค่าอาหาร และที่พัก รวมทั้งค่าเสียโอกาสด้านรายได้เข้ามาเกี่ยวข้อง (Blazer, Landerman, Fillenbaum, & Horner, 1995; Meemon & Paek, 2020; Shook, 2005; Somkotra & Detsomboonrat, 2009)

ประเด็นระยะทางเฉลี่ย เป็นประเด็นที่น่าสนใจ จากการศึกษาเรื่อง Closing The Health Gaps For The Elderly: Promoting Health Equity And Social Inclusion In Thailand Osornprasop & Sondergaard (2016) รายงานผลว่า พื้นที่ชนบทซึ่งประสบปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุเนื่องจากการขาดแคลนระบบการขนส่ง และผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลจากถนนสายหลัก และยากจน ซึ่งประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับระบบการขนส่งของประเทศ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษามีค่าสัมประสิทธิ์เป็นบวก คือ ในพื้นที่ที่ห่างไกลออกไปกลับมีการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง ชัดแย้งกับผลของการศึกษาดังกล่าว อาจจะมาจกหลายปัจจัย เช่น การมีอยู่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าถึงได้ง่ายกว่า ในพื้นที่เขตเมือง เนื่องจากบริการผู้ป่วยนอกที่ใช้ในตัวแปรนี้เป็นการรวมเอาจำนวนการใช้บริการจากระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้ามาด้วย เมื่อพิจารณาในแง่เชิงปริมาณ ผลการศึกษาคั้งนี้ค่อนข้างที่จะสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yiengprugsawan, Carmichael, Lim, Seubsman, & Sleigh (2010) ซึ่งใช้ข้อมูลของสำนักงานสถิติ โดยใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ที่ระบุว่า พื้นที่เขตเมืองมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่น้อยกว่าพื้นที่เขตชนบท แต่ผลการศึกษาของ Quashie & Pothisiri (2019) กลับให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน คือ จำนวนผู้ใช้บริการในเขตเมืองมีมากกว่าพื้นที่เขตชนบท ข้อแตกต่างเดียวของ 2 การศึกษานี้ คือ การใช้ฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน โดยบทความหลังใช้ข้อมูลจากผลสำรวจประชากรผู้สูงอายุในไทยของสำนักงานสถิติเช่นเดียวกัน ทำให้การใช้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือส่งผลต่อการวิเคราะห์อย่างมาก

ในการศึกษานี้ปัจจัยภูมิภาคเป็นปัจจัยเชิงพื้นที่ที่ถูกใส่เข้ามาเพื่อวัดความแตกต่างเชิงพื้นที่ด้วยข้อเท็จจริงของความเป็นธรรมด้านการเข้าถึงบริการที่ว่า จะไม่มีความแตกต่างอย่างเป็นระบบในเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Whitehead, 1991) ผลการศึกษาคือ ปัจจัยเรื่องภูมิภาคส่งผลต่อการรับบริการ โดยในความเป็นจริงพื้นที่มิได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการ หากแต่ว่าลักษณะความแตกต่างของพื้นที่ เช่น ทรัพยากรในพื้นที่หรือคนที่อาศัยในพื้นที่ทำให้ตัวพื้นที่มีความแตกต่าง

กัน อย่างไรก็ตามในผลการศึกษานี้ ความต่างของพื้นที่ในเขตชนบทกับเขตเมืองไม่มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการศึกษาในต่างประเทศ ความแตกต่างของเขตเมืองและเขตชนบทมีความต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Li, Shi, Liang, Ding, & Xu, 2018; Liu et al., 2016; Wulandari & Laksono, 2019) อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ ปัจจัยเชิงพื้นที่ที่ส่งผลต่อการใช้บริการคือภูมิภาค ซึ่งหนึ่งในการแบ่งภูมิภาคของการศึกษานี้เป็นไปตามเงื่อนไขของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำให้กรุงเทพฯ เป็น 1 ในภูมิภาคที่มีทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่ค่อนข้างมากกว่าที่อื่น ความแตกต่างด้านภูมิภาคจึงเป็นเรื่องของทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขที่มีเป็นหลัก สอดคล้องกับการศึกษาในเยอรมัน (Salm & Wübker, 2020) อิตาลี (Mangano, 2010) ตัวแปรด้านหลักประกันสุขภาพ (Healthcare insurance) (Siongco, Nakamura, & Seino, 2020; Tilahun, Atnafu, Asrade, Minyihun, & Alemu, 2018; Wang et al., 2018) อาการป่วยและการมีโรคเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (Buor, 2003; Jang, Seon, & Oh, 2020; Stock, 1983) ระดับการศึกษา (Abera Abaerei, Ncayiyana, & Levin, 2017; Motlagh et al., 2015; Terraneo, 2015) ก็เช่นกัน ที่ให้ผลไม่แตกต่างกันกับการศึกษาในประเทศอื่น ๆ

ประเด็นต่อมา คือ ปัจจัยด้านรายได้ของครัวเรือนของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาในหลายแบบจำลองพบว่า การเข้าถึงบริการนั้นไม่ได้มีความสัมพันธ์กับรายได้ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของนโยบายสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Paek et al. (2016) ที่ระบุว่า ทำให้คนที่มียาได้น้อย สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้จำนวนมาก อย่างไรก็ตาม เมื่อนำค่าใช้จ่ายของการรับบริการสุขภาพปฐมภูมิมาพิจารณาซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวรวมถึงค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายทางอ้อมด้านอื่นพบว่ามีความสัมพันธ์กับรายได้ของครัวเรือนของผู้สูงอายุ ตรงนี้น่าสนใจมาก ที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนั้นมีได้มีเพียงค่าใช้จ่ายด้านการรับบริการเพียงอย่างเดียว การศึกษาของ Osornprasop & Sondergaard (2016) เรื่อง Closing The Health Gap For Elderly In Thailand สะท้อนเรื่องนี้ได้เป็นอย่างดีที่ว่า การขาดคนดูแล และต้นทุนการเดินทาง รวมทั้งการไม่ได้ อยู่ในพื้นที่ที่มีรถประจำทาง หรือใกล้ถนนสายหลักที่มีรถประจำทางแล่นผ่าน เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง ขณะที่การศึกษาของต่างประเทศหลายบทความที่มีผลการศึกษาแตกต่างจากนี้ คือ รายได้ส่งผลต่อการใช้บริการโดยตรง (Archibong, Basse, Isokon, & Eneji, 2020) ไม่ได้ส่งผลทางอ้อมต่อค่าใช้จ่าย

ประเด็นสุดท้ายเรื่องของจุดอ่อนและจุดแข็งของการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบวิธีการที่ใช้ในงานวิจัยนี้กับวิธีการที่มีอยู่ในวรรณกรรมต่างประเทศ จุดแข็งและจุดอ่อนโดยที่จุดแข็งหลักของการศึกษาของการศึกษาของผู้วิจัยอยู่ที่การใช้ข้อมูลระดับบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลจากการใช้บริการ สะท้อนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์

ระดับมหภาคข้อมูลของชุดตัวแปรอิสระและตัวแปรตามไม่ได้มาจากข้อมูลแหล่งเดียวกัน ซึ่งอาจมีความลำเอียงในการวิเคราะห์ปะปน ในการวิเคราะห์ระดับเศรษฐกิจและส่วนบุคคลของ การศึกษานี้ ใช้ข้อมูลเชิงสำรวจ การสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งข้อมูลมีความสอดคล้องกันดีแต่อย่างไรก็ตาม นั้นเป็นการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะมีความลำเอียงของผู้ตอบ ความลำเอียงของผู้วิเคราะห์ ซึ่งนี่ก็เป็นทั้งจุดอ่อนและจุดแข็งของข้อมูลแต่ละรูปแบบ

นอกจากนี้ในการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พยายามที่จะสร้างข้อมูลการวิเคราะห์ที่ในภาพกว้าง และความลึกของผลการศึกษา แต่นั่นก็เพิ่มความซับซ้อนเพิ่มเติมในการรวมและตีความข้อมูลไปพร้อมๆ กันการวิจัยในอนาคตอาจสร้างจุดแข็งและแก้ไขข้อจำกัดที่ระบุในการศึกษานี้ เพื่อเพิ่มความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการศึกษา

จากการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้การประมาณการการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุมีความละเอียดยิ่งขึ้น เราสามารถแยกข้อมูลการใช้บริการในระดับหน่วยบริการของผู้สูงอายุว่า ในการใช้บริการหนึ่งครั้ง ผู้สูงอายุมารับบริการในแผนกใด หรือการรับบริการรายโรค ในแต่ละจุดของการรับบริการ ซึ่งการวิเคราะห์แบบนี้จะเป็นการวิเคราะห์แบบพุ่งเป้าว่าบริการสาธารณสุขใดได้รับบริการมากที่สุด กลุ่มโรคใด เป็นต้น โดยสามารถแยกรหัสหน่วยบริการ จากข้อมูล 43 แฟ้ม อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการเข้าถึงข้อมูล และข้อจำกัดด้านการจำแนกบริการอาจจะเป็นอุปสรรคหนึ่ง

2. ระยะทางและการเดินทางยังคงเป็นตัวแปรที่น่าสนใจสำหรับการศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้สูงอายุ เนื่องจากภาวะในสังคมปัจจุบันที่การเดินทางในชนบททำได้ค่อนข้างยาก แต่ทำไมจึงมีผลการประมาณการที่มีค่าเป็นบวก ซึ่งสิ่งที่น่าสนใจคือ การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาจจะมีผลที่ทำให้ระยะทางไกลแต่การใช้บริการดีขึ้นก็เป็นได้ ซึ่งตัวแปรนี้ไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษานี้ จึงสามารถใช้จำนวน รพ.สต. ที่อยู่ในแต่ละอำเภอรวมเข้าไปด้วย จำนวนทรัพยากรปฐมภูมิ เช่น จำนวนบุคลากรในโครงการตามนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงบริการผู้สูงอายุ ได้แก่ Caregiver Case Manager เป็นต้น

3. ต่อเนื่องจากระยะทางและการเข้าถึงบริการ คือ เรื่องของคุณภาพของบริการปฐมภูมิ และการเข้าถึง ซึ่งท้ายที่สุดสิ่งหนึ่งที่น่าสนใจคือ ความสำเร็จของบริการปฐมภูมิ ที่จะสามารถวัดได้ว่าในเชิงคุณภาพการให้บริการแล้ว ตัวชี้วัดใด ที่จะบอกคุณภาพของบริการปฐมภูมิที่ดีสำหรับผู้สูงอายุได้ถึงแม้ว่าจะเป็นเรื่องที่ยังใหม่มากในประเทศไทย เพราะประเทศไทยเพิ่งมีการพัฒนาจริงจังกด้านบริการปฐมภูมิภายหลังจากการมี พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562 นี้ แต่การวัดคุณภาพบริการและการ

ให้บริการที่ได้ทั่วถึง สามารถบอกถึงการบริการปฐมภูมิต่อผู้สูงอายุโดยไม่มีการแบ่งแยกความแตกต่างระหว่าง เพศ อายุ เชื้อชาติ หรือ เศรษฐฐานะใด

4. ประเด็น การวิเคราะห์ Multiple Cross-sectional Studyของการรับบริการ เพื่อดูว่า บริการปฐมภูมิ สามารถลดความแออัดของการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลได้จริงหรือไม่ ซึ่งจะเป็นการเปรียบเทียบการศึกษาย้อนหลัง โดยเปรียบเทียบว่า การมีนโยบาย หรือการส่งเสริมบริการปฐมภูมิแบบเข้มข้น ลดการใช้บริการในโรงพยาบาลไปเท่าใด

5. ประเด็นการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีความเฉพาะ ควรมีการวิเคราะห์แยกต่างหาก เพราะว่า พื้นที่ กทม. มีการจัดบริการที่แตกต่างจากต่างจังหวัดและระยะทางในกทม. ที่ใกล้สถานบริการไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุจะเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้ง่าย ซึ่งเรื่องนี้สะท้อนอยู่ในผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ทั้งข้อคิดเห็นจากตัวแทนของ ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตจังหวัดในปริมณฑล

6. การประเมินผลของการมีอยู่ของแต่ละกองทุนเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ ต้องสามารถตอบโจทย์ได้ว่า จริง ๆ แล้ว กองทุนแต่ละกองทุนสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งนั่นก็เป็นสิ่งสำคัญที่สามารถต่อยอดจากการศึกษานี้

สิ่งที่ได้จากการศึกษานี้ (Study Contribution)

งานวิจัยชิ้นนี้มีส่วนสำคัญในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับประชากรสูงอายุในประเทศไทย ซึ่งเป็นหัวข้อที่ยังไม่ได้สำรวจในการวิจัยก่อนหน้านี้ ผลงานหลักของการวิจัยนี้มี 3 ประการดังต่อไปนี้

ประการแรก จากการตรวจสอบสถานการณ์ของการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรสูงอายุในประเทศไทย ซึ่งตรวจสอบทั้งฝั่งผู้ให้บริการและฝั่งผู้รับบริการ ซึ่งได้แสดงให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงออกมาผ่านการกระจายของแพทย์ จากข้อมูลชี้ชัดว่า พื้นที่ที่ไม่ได้มีความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจมาก แต่ก็ไม่ได้เป็นพื้นที่ที่ห่างไกล ธุรกันดาน หรือการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจน้อย ก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ภาครัฐต้องให้การสนับสนุน โดยเฉพาะการขาดแคลนด้านกำลังคนทางการแพทย์ต่อประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งนี่เป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญเชิงนโยบาย ในการระบุพื้นที่ที่น่าจะเกิดปัญหาด้านการกระจายที่เป็นธรรมชาติของทรัพยากรด้านสาธารณสุข และเป็นพื้นที่ที่ควรมีการวิจัยในอนาคตและการอภิปรายเชิงนโยบาย

ประการที่สอง งานวิจัยนี้ได้ระบุปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชากรสูงอายุในประเทศไทย เมื่อพิจารณาทั้งที่ตั้งทางภูมิศาสตร์และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษานี้ได้นำเสนอความเข้าใจที่เหมาะสมของอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ข้อมูลเชิงลึกเหล่านี้นำไปสู่ยุทธศาสตร์ทางทฤษฎีเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและประชากรสูงอายุ

เสริมคุณค่าวรรณกรรมด้วยข้อค้นพบเฉพาะบริบทจากประเทศไทยซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทของหน่วยงานขนาดเล็กในชุมชนและพื้นที่ที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

สุดท้าย การศึกษานี้ได้เสนอแนะข้อเสนอที่เป็นไปได้ในการปรับปรุงการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชากรสูงอายุในประเทศไทยในองค์รวม ข้อเสนอเชิงนโยบายที่นำเสนอให้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนความพยายามอย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กลยุทธ์เหล่านี้อาจมี เป็นประโยชน์สำหรับประเทศอื่น ๆ นอกเหนือจากประเทศไทย ที่ต้องต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน

ในมุมมองของการวิจัยในอนาคต การวิจัยนี้พยายามเปิดช่องทางมากมายสำหรับงานในอนาคต การวิจัยเพิ่มเติมสามารถตรวจสอบประสิทธิภาพของนโยบายทางด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อพิจารณาถึงลักษณะพลวัตของระบบการดูแลสุขภาพและข้อมูลด้านประชากร การศึกษาระยะยาวจะมีประโยชน์ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเมื่อเวลาผ่านไป



บรรณานุกรม

กองบริหารการสาธารณสุข. (2561). *คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ*.

นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข

เกวลิน ชื่นเจริญสุข. (2560). *การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) พ.ศ.*

2560 - 2564. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ณัฐพงษ์ ทองภักดี. (2558). *เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาการเศรษฐกิจ สถาบัน

บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

นันทินารี คงยืน. (2560). ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิกับมาตรฐานการพัฒนา. *วารสารกฎหมาย*

สุขภาพและสาธารณสุข, 3(3), 374-387.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 124(ตอนที่ 16ก), 1-16.

พลเดช ปิ่นประทีป. (2562). *ความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข*. สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2565

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2528). *เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข*. กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วริศา พานิชเกรียงไกร, อังคณา สมน์สทวิชัย, วลัยพร พัทธนฤมล, อเนก มุ่งอ้อมกลาง, เยาวลักษณ์

แหวนวงษ์, และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2560). การจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใน

เขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*,

11(2), 221-237.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, นิตยา จันทร์เรืองมหาผล, กัญจนา ดิษยาธิคม, เอื้องฟ้า คงเอี่ยมตระกูล,

ภูษิต ประคองสาย, จิตปราณี วาศวิท, และวลัยพร พัทธนฤมล. (2548). ความเป็นธรรมใน

ระบบสุขภาพไทย: ประสบการณ์ ของผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการ*

สาธารณสุข, 14(3), 436-452.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, และศิลา โทณบุตร. (2564). *รายงานโครงการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำ*

รายการสิทธิประโยชน์กลางการดูแลปฐมภูมิของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ

(นน. 87). นนทบุรี: กองเศรษฐกิจสุขภาพ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2560). *มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ*.

สืบค้น 21 พฤษภาคม 2565, จาก <https://www.ha.or.th/Backend/>

[fileupload/ข่าวประชาสัมพันธ์ทั่วไป/Attach/DHSA_Standards.pdf](https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/ข่าวประชาสัมพันธ์ทั่วไป/Attach/DHSA_Standards.pdf)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *การศึกษาแนวทางการพัฒนาค่านิยมเมืองและชนบทของประเทศไทย*.

- สืบค้น 2 พฤษภาคม 2565, จาก <http://statstd.nso.go.th/download.aspx>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว*. สืบค้น 23 เมษายน 2565, จาก <http://cro.moph.go.th/cppho/download/2150.pdf>
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว (family care team)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์เกษตรกรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2564). *ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ปีงบประมาณ 2564*. สืบค้น 10 พฤษภาคม 2565, จาก https://skko.moph.go.th/dward/document_file/hc_starred/common_form_upload_file/20201210165735_846610809.pdf
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. (2552). สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 1, 11-15.
- สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ. (2562). *ความคืบหน้าและการดำเนินงานพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562*. สืบค้น 25 มีนาคม 2565, จาก https://skko.moph.go.th/dward/document_file/hc_starred/common_form_upload_file/20201210165735_846610809.pdf
- Abera Abaerei, A., Ncayiyana, J., & Levin, J. (2017). Health-care utilization and associated factors in gauteng province, South Africa. *Global Health Action*, 10(1), 1305765.
- Acharya, S., Ghimire, S., Jeffers, E. M., & Shrestha, N. (2019). Health care utilization and health care expenditure of nepali older adults. *Frontiers in Public Health*, 7, 24.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208.
- Aday, L. A., Andersen, R., & White, K. L. (1992). A framework for the study of access to medical care. In K. L. White, J. Frenk, C. Ordoñez Carceller, J. M. Paganini, & B. Starfield (Eds.), in *Health Services Research: An anthology* (pp. 543-551). Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Adewoyin, Y., Chukwu, N.-N. A., & Sanni, L. M. (2018). Urbanization, spatial distribution of healthcare facilities and inverse care in Ibadan, Nigeria. *Ghana Journal of Geography*, 10(2), 96-111.

- Agarwal, R., Jain, P., Ghosh, M. S., & Parihar, K. S. (2017). Importance of primary health care in the society. *International Journal of Health Sciences*, 1(1), 6-11.
- Ahmed, S., Creanga, A. A., Gillespie, D. G., & Tsui, A. O. (2010). Economic status, education and empowerment: Implications for maternal health service utilization in developing countries. *PloS One*, 5(6), e11190.
- Ahmed, S. M., Lemkau, J. P., Nealeigh, N., & Mann, B. (2001). Barriers to healthcare access in a non-elderly urban poor American population. *Health & Social Care in the Community*, 9(6), 445-453.
- Al-Taiar, A., Clark, A., Longenecker, J. C., & Whitty, C. J. (2010). Physical accessibility and utilization of health services in Yemen. *International Journal of Health Geographics*, 9, 1-8.
- Allison, P. D. (2009). *Fixed effects regression models*. Los Angeles: SAGE publications.
- Alzheimer's Association. (2019). 2019 alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 15(3), 321-387.
- Amporfu, E. (2013). Equity of the premium of the ghanaiian national health insurance scheme and the implications for achieving universal coverage. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1-9.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Anomaly, J. (2023). What is public health? Public goods, publicized goods, and the conversion problem. *Public Choice*, 195(1-2), 43-53.
- Anyanwu, J. C., & Erhijakpor, A. E. (2009). Health expenditures and health outcomes in Africa. *African Development Review*, 21(2), 400-433.
- Arbabi, H., Alishahi, S., Sobhiyah, M. H., & Taheripour, S. (2021). Analyzing stakeholders' interactions in an urban project with non-level intersection in urmia using the power and interest matrix and social network analysis. *Motaleate Shahri*, 10(37), 71-84.
- Archibong, E., Bassey, G., Isokon, B., & Eneji, R. (2020). Income level and healthcare utilization in calabar metropolis of cross river state, Nigeria. *Heliyon*, 6(9), e04983.

- Arcury, T. A., Gesler, W. M., Preisser, J. S., Sherman, J., Spencer, J., & Perin, J. (2005). The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Services Research, 40*(1), 135-156.
- Arcury, T. A., Preisser, J. S., Gesler, W. M., & Powers, J. M. (2005). Access to transportation and health care utilization in a rural region. *The Journal of Rural Health, 21*(1), 31-38.
- Arneson, R. J. (1993). Inequality reexamined. By amartya sen. Cambridge: Harvard university press, 1992. 207p. \$29.95. *American Political Science Review, 87*(2), 483-485. doi:10.2307/2939068
- Arrow, K. J. (1978). Uncertainty and the welfare economics of medical care. In P. Diamond, & M. Rothschild (Eds.), in *Uncertainty in Economics* (pp. 345-375). Elsevier: Academic Press.
- Arrow, K. J. (1999). Amartya k. Sen's contributions to the study of social welfare. *The Scandinavian Journal of Economics, 101*(2), 163-172.
- Artiga, S., & Hinton, E. (2019). Beyond health care: The role of social determinants in promoting health and health equity. *Health, 20*(10), 1-13.
- Astivia, O. L. O., & Zumbo, B. D. (2019). Heteroskedasticity in multiple regression analysis: What it is, how to detect it and how to solve it with applications in r and spss. *Practical Assessment, Research, and Evaluation, 24*(1), 1. doi: <https://doi.org/10.7275/q5xr-fr95>
- Atanasova, E., Pavlova, M., Moutafova, E., Rechel, B., & Groot, W. (2013). Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: Financial burden and barrier to access. *The European Journal of Public Health, 23*(6), 916-922.
- Atkinson, A. B., & Stiglitz, J. E. (2015). *Lectures on public economics: Updated edition*. New Jersey: Princeton University Press.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine, 167*(14), 1503-1509.
- Bakkeli, N. Z. (2016). Income inequality and health in China: A panel data analysis. *Social Science & Medicine, 157*(c), 39-47.
- Bambra, C., & Eikemo, T. A. (2009). Welfare state regimes, unemployment and health: A

- comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(2), 92-98.
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(4), 284-291.
- Banerjee, A., & Somanathan, R. (2007). The political economy of public goods: Some evidence from India. *Journal of development Economics*, 82(2), 287-314.
- Bara, A.-C., Van den Heuvel, W. J., & Maarse, J. A. (2002). Reforms of health care system in Romania. *Croatian Medical Journal*, 43(4), 446-452.
- Bärnighausen, T., & Sauerborn, R. (2002). One hundred and eighteen years of the german health insurance system: Are there any lessons for middle-and low-income countries? *Social Science & Medicine*, 54(10), 1559-1587.
- Batterham, R. W., Hawkins, M., Collins, P., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2016). Health literacy: Applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*, 132, 3-12.
- Bauer, K. (2003). Distributive justice and rural healthcare: A case for e-health. *International Journal of Applied Philosophy*, 17(2), 241-252.
- Beckfield, J., & Krieger, N. (2009). Epi+ demos+ cracy: Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiologic Reviews*, 31(1), 152-177.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Blazer, D. G., Landerman, L. R., Fillenbaum, G., & Horner, R. (1995). Health services access and use among older adults in North Carolina: Urban vs rural residents. *American Journal of Public Health*, 85(10), 1384-1390.
- Bloom, D. E., & Canning, D. (2000). The health and wealth of nations. *Science*, 287(5456), 1207-1209.
- Bloom, D. E., Fan, V. Y., & Sevilla, J. (2018). The broad socioeconomic benefits of

- vaccination. *Science Translational Medicine*, 10(441), eaaj2345.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-2475.
- Bogart, L. M., Wagner, G. J., Galvan, F. H., Landrine, H., Klein, D. J., & Sticklor, L. A. (2011). Perceived discrimination and mental health symptoms among black men with HIV. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(3), 295.
- Borgonovi, F., & Pokropek, A. (2016). Education and self-reported health: Evidence from 23 countries on the role of years of schooling, cognitive skills and social capital. *PloS One*, 11(2), e0149716.
- Botero, A. M. C., Valencia, M. M. A., & Carmona-Fonseca, J. (2012). Social and health equity and equality—the need for a scientific framework. *Social Medicine*, 7(1), 10-17.
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual review of Public Health*, 32, 381-398.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(1 suppl 2), 19-31.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258.
- Buor, D. (2003). Analysing the primacy of distance in the utilization of health services in the ahafo-ano south district, Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 18(4), 293-311.
- Busby, J., Purdy, S., & Hollingworth, W. (2017). How do population, general practice and hospital factors influence ambulatory care sensitive admissions: A cross sectional study. *BMC Family Practice*, 18, 1-9.
- Cao, X., Bai, G., Cao, C., Zhou, Y., Xiong, X., Huang, J., & Luo, L. (2020). Comparing regional distribution equity among doctors in China before and after the 2009 medical reform policy: A data analysis from 2002 to 2017. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1520.
- Case, A., & Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 42(2), 189-214.
- Chen, L., Yip, W., Chang, M. C., Lin, H. S., Lee, S. D., Chiu, Y. L., & Lin, Y. H. (2007). The

- effects of taiwan's national health insurance on access and health status of the elderly. *Health Economics*, 16(3), 223-242.
- Chen, Y., Yin, Z., & Xie, Q. (2014). Suggestions to ameliorate the inequity in urban/rural allocation of healthcare resources in China. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 1-6.
- Chi, Z., & Han, H. (2022). Urban-rural differences: The impact of social support on the use of multiple healthcare services for older people. *Frontiers in Public Health*, 10, 851616. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.851616> .
- Cho, Y. I., Lee, S.-Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809-1816.
- Choi, N. G., & DiNitto, D. M. (2015). Role of new diagnosis, social isolation, and depression in older adults' smoking cessation. *The Gerontologist*, 55(5), 793-801.
- Cocking, C., Flessa, S., & Reinelt, G. (2012). Improving access to health facilities in nouna district, burkina faso. *Socio-economic Planning Sciences*, 46(2), 164-172.
- Comber, A. J., Brunsdon, C., & Radburn, R. (2011). A spatial analysis of variations in health access: Linking geography, socio-economic status and access perceptions. *International Journal of Health Geographics*, 10, 1-11.
- Condelius, A., Edberg, A.-K., Jakobsson, U., & Hallberg, I. R. (2008). Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(1), 41-55.
- Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 12(4), 431-457.
- Dahlgren, G. (1991). The dahlgren-whitehead model: Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The dahlgren-whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20-24.
- Deardorff, A. V. (2008). *Deardorff's glossary of international economics*. Michigan: Department of Economics, University of Michigan.
- Demircuc-Kunt, A., Klapper, L., & Prasad, N. (n.d.). *How unequal access to public goods reinforces horizontal inequality in India*. Retrieved March 5, 2022, from

<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/489761528721159930-0050022018/original/DemirgucKuntetal31stMay.pdf>

- Development Strategy and Policy Analysis Unit, Development Policy and Analysis Division, & Department of Economic and Social Affairs. (2015). *Inequality and the 2030 agenda for sustainable development development issues no. 4*. Retrieved May 20, 2022, from https://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_dev_issues/dsp_policy_04.pdf
- Dey, S., Nambiar, D., Lakshmi, J., Sheikh, K., & Reddy, K. S. (2012). Health of the elderly in India: Challenges of access and affordability. In J. P. Smith, & M. Majmundar (Eds.), in *Aging in Asia: Findings from new and emerging data initiatives* (pp. 371–386). Washington, DC: National Academies Press (US).
- Diez Roux, A. V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 125-145.
- Doetsch, J., Pilot, E., Santana, P., & Krafft, T. (2017). Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement: A qualitative case study in Lisbon, Portugal. *International Journal for Equity in Health*, 16, 1-17.
- Domapielle, M. K. (2014). Health insurance and access to health care services in developing countries. *Indonesian Journal of Government and Politics*, 5(1), 30964.
- Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006). Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4, 1-16.
- Ensor, T., & Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: Influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 19(2), 69-79.
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bull World Health Organ*, 91(8), 546-546a. doi:10.2471/blt.13.125450
- Fagerberg, J., & Srholec, M. (2017). Capabilities, economic development, sustainability. *Cambridge Journal of Economics*, 41(3), 905-926.
- Falster, M. O., Jorm, L. R., Douglas, K. A., Blyth, F. M., Elliott, R. F., & Leyland, A. H. (2015). Sociodemographic and health characteristics, rather than primary care

- supply, are major drivers of geographic variation in preventable hospitalizations in Australia. *Medical Care*, 53(5), 436-445.
- Farag, M., Nandakumar, A., Wallack, S. S., Gaumer, G., & Hodgkin, D. (2009). Does funding from donors displace government spending for health in developing countries? *Health Affairs*, 28(4), 1045-1055.
- Feldman, M., Hadjimichael, T., Lanahan, L., & Kemeny, T. (2016). The logic of economic development: A definition and model for investment. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 34(1), 5-21.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using ibm spss statistics*. Los Angeles: sage.
- Finkelstein, A. (2007). The aggregate effects of health insurance: Evidence from the introduction of medicare. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 1-37.
- Fitzpatrick, A. L., Powe, N. R., Cooper, L. S., Ives, D. G., & Robbins, J. A. (2004). Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1788-1794.
- Fleurbaey, M., & Schokkaert, E. (2009). Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*, 28(1), 73-90.
- Fleurbaey, M., & Schokkaert, E. (2011). Chapter sixteen - equity in health and health care¹¹this chapter was written when marc fleurbaey was research associate at core. We thank chiara canta, tom mcguire, tom van ourti and fred schrogen for their useful comments. In M. V. Pauly, T. G. McGuire, & P. P. Barros (Eds.), in *Handbook of Health Economics* (Vol. 2, pp. 1003-1092). N.d.: Elsevier.
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2016). *The economics of health and health care: Pearson new international edition*. New York: Routledge.
- Forma, L., Rissanen, P., Aaltonen, M., Raitanen, J., & Jylhä, M. (2009). Age and closeness of death as determinants of health and social care utilization: A case-control study. *European Journal of Public Health*, 19(3), 313-318.
- Gersovitz, M., & Hammer, J. S. (2004). The economical control of infectious diseases. *The Economic Journal*, 114(492), 1-27.
- Glynn, L. G., Murphy, A. W., Smith, S. M., Schroeder, K., & Fahey, T. (2010). Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).

doi:10.1002/14651858.CD005182.pub4

- Goel, S., Angeli, F., Bhatnagar, N., Singla, N., Grover, M., & Maarse, H. (2016). Retaining health workforce in rural and underserved areas of India: What works and what doesn't? A critical interpretative synthesis. *The National Medical Journal of India*, 29(4), 212.
- Gong, C. H., Kendig, H., & He, X. (2016). Factors predicting health services use among older people in China: An analysis of the china health and retirement longitudinal study 2013. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-16.
- Gruber, J., & Kőszegi, B. (2004). Tax incidence when individuals are time-inconsistent: The case of cigarette excise taxes. *Journal of Public Economics*, 88(9-10), 1959-1987.
- Guagliardo, M. F. (2004). Spatial accessibility of primary care: Concepts, methods and challenges. *International journal of Health Geographics*, 3(1), 1-13.
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188.
- Haddad, S., & Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Social Science & Medicine*, 40(6), 743-753.
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Lévesque, J.-F., Gauthier, J., & Loignon, C. (2014). An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health & Place*, 28, 92-98.
- Hajizadeh, M., Connelly, L. B., Butler, J. R., & Khosravi, A. (2012). Unmet need and met unmet need in health care utilisation in Iran. *International Journal of Social Economics*, 39(6), 400-422.
- Haskins, J. L., Phakathi, S. A., Grant, M., & Horwood, C. M. (2017). Factors influencing recruitment and retention of professional nurses, doctors and allied health professionals in rural hospitals in Kwazulu Natal. *Health Sa Gesondheid*, 22, 174-183.
- Head, J. G. (1966). On merit goods. *FinanzArchiv/Public Finance Analysis*, (H. 1), 1-29.

- Hersh, L., Salzman, B., & Snyderman, D. (2015). Health literacy in primary care practice. *American Family Physician, 92*(2), 118-124.
- Hoebel, J., Rommel, A., Schröder, S. L., Fuchs, J., Nowossadeck, E., & Lampert, T. (2017). Socioeconomic inequalities in health and perceived unmet needs for healthcare among the elderly in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(10), 1127.
- Hoeck, S., François, G., Van der Heyden, J., Geerts, J., & Van Hal, G. (2011). Healthcare utilisation among the belgian elderly in relation to their socio-economic status. *Health Policy, 99*(2), 174-182.
- Holtzman, N. A. (1993). Primary care physicians as providers of frontline genetic services. *Fetal Diagnosis and Therapy, 8*(Suppl. 1), 213-219.
- Horton, S., & Johnson, R. J. (2010). Improving access to health care for uninsured elderly patients. *Public Health Nursing, 27*(4), 362-370.
- Hrevtsova, R. (2012). Access of elderly people to affordable healthcare: Problems and solutions (a view from a newly independent state). *European Journal of Health Law, 19*(2), 157-176.
- Hsu, J., Price, M., Huang, J., Brand, R., Fung, V., Hui, R., . . . Selby, J. V. (2006). Unintended consequences of caps on medicare drug benefits. *New England Journal of Medicine, 354*(22), 2349-2359.
- Hsu, Y. T., & Yang, C. H. (2017). Universal coverage scheme and out-of-pocket healthcare expenditure: Evidence from Thailand. *Journal of the Asia Pacific Economy, 22*(2), 309-329.
- Hutchinson, P. L., Do, M., & Agha, S. (2011). Measuring client satisfaction and the quality of family planning services: A comparative analysis of public and private health facilities in Tanzania, Kenya and Ghana. *BMC Health Services Research, 11*, 1-17.
- Intarates, M., Leesmidt, V., Dhipayom, T., & Upakdee, N. (2019). Equity in health in Thai elderly under universal coverage scheme 2019: A systematic review. *Journal of Health Systems Research, 13*(2), 157-174.
- Isabel, C., & Paula, V. (2010). Geographic distribution of physicians in Portugal. *The European Journal of Health Economics, 11*(4), 383-393.
- Jang, S. Y., Seon, J. Y., & Oh, I.-H. (2020). Influencing factors of transportation costs

- regarding healthcare service utilization in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 35(35).
- Jatoi, I., & Sah, S. (2019). Clinical practice guidelines and the overuse of health care services: Need for reform. *Cmaj*, 191(11), E297-E298.
- Jiang, M., Yang, G., Fang, L., Wan, J., Yang, Y., & Wang, Y. (2018). Factors associated with healthcare utilization among community-dwelling elderly in Shanghai, China. *PloS One*, 13(12), e0207646.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., . . . McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
- Karsten, S. G. (1995). Health care: Private good vs. Public good. *American Journal of Economics and Sociology*, 54(2), 129-144.
- Kawachi, I., Kim, D., Coutts, A., & Subramanian, S. V. (2004). Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 682-690.
- Kawachi, I., Subramanian, S., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647-652.
- Kelley, L. S., Buckwalter, K. C., & Maas, M. L. (1999). Access to health care resources for family caregivers of elderly persons with dementia. *Nursing Outlook*, 47(1), 8-14.
- Khoury, M. J., Bowen, M. S., Clyne, M., Dotson, W. D., Gwinn, M. L., Green, R. F., . . . Yu, W. (2018). From public health genomics to precision public health: A 20-year journey. *Genetics in Medicine*, 20(6), 574-582.
- Kim, A. M., Park, J. H., Yoon, T. H., & Kim, Y. (2019). Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. *BMC Health Services Research*, 19, 1-7.
- Kim, H.-K., & Lee, M. (2016). Factors associated with health services utilization between the years 2010 and 2012 in Korea: Using andersen's behavioral model. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 7(1), 18-25.
- Kim, S. J., & Bostwick, W. (2020). <? Covid19?> social vulnerability and racial inequality in covid-19 deaths in Chicago. *Health Education & Behavior*, 47(4), 509-513.
- Kim, Y. S., Lee, J., Moon, Y., Kim, K. J., Lee, K., Choi, J., & Han, S. H. (2018). Unmet

- healthcare needs of elderly people in Korea. *BMC Geriatrics*, 18, 1-9.
- Kirdruang, P., & Glewwe, P. (2018). The impact of universal health coverage on households' consumption and savings in Thailand. *Journal of the Asia Pacific Economy*, 23(1), 78-98.
- Krueger, A. O. (1990). Government failures in development. *Journal of Economic Perspectives*, 4(3), 9-23.
- Kullanit, A., & Taneepanichskul, N. (2017). Transportation barriers on healthcare utilization among elderly population living in Mahasarakham province, Thailand. *Journal of Health Research*, 31(Suppl. 2), S233-238.
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2008). The impact of user fees on health service utilization in low-and middle-income countries: How strong is the evidence? *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 839-848C.
- Lankila, T., Näyhä, S., Rautio, A., Rusanen, J., Taanila, A., & Koiranen, M. (2016). Is geographical distance a barrier in the use of public primary health services among rural and urban young adults? Experience from northern Finland. *Public Health*, 131, 82-91.
- LaValley, M. P. (2008). Logistic regression. *Circulation*, 117(18), 2395-2399.
- Leatherman, S. A., & McCarthy, D. (2005). *Quality of health care for medicare beneficiaries: A chartbook*. New York: The Commonwealth Fund.
- Lee, Y.-C., Huang, Y.-T., Tsai, Y.-W., Huang, S.-M., Kuo, K. N., McKee, M., & Nolte, E. (2010). The impact of universal national health insurance on population health: The experience of Taiwan. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1-8.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, 1-9.
- Levy, H., & Janke, A. (2016). Health literacy and access to care. *Journal of Health Communication*, 21(sup1), 43-50.
- Lezzoni, L. (2003). When walking fails. *Mobility Problems of Adults with Chronic Conditions*, 11-13.
- Li, J., Shi, L., Liang, H., Ding, G., & Xu, L. (2018). Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. *BMC Health Services*

Research, 18(1), 1-9.

- Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V., & Prakongsai, P. (2011). Reducing impoverishment caused by costly health-care payments: Outcome of universal health care coverage in Thailand. *Journal of Health Systems Research, 5(1), 25-31.*
- Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V., Tisayaticom, K., Boonyapaisarncharoen, T., & Prakongsai, P. (2012). Why has the universal coverage scheme in Thailand achieved a pro-poor public subsidy for health care? *BMC Public Health, 12(1), 1-11.*
- Liu, J. (2007). Health professional shortage and health status and health care access. *Journal of Health care for the Poor and Underserved, 18(3), 590-598.*
- Liu, X., Li, N., Liu, C., Ren, X., Liu, D., Gao, B., & Liu, Y. (2016). Urban–rural disparity in utilization of preventive care services in China. *Medicine, 95(37).*
- Liu, X., Wong, H., & Liu, K. (2015). Outcome-based health equity across different social health insurance schemes for the elderly in China. *BMC Health Services Research, 16(1), 1-12.*
- Liu, Y. B., Liu, L., Li, Y.-F., & Chen, Y. L. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 12(8), 9714-9725.*
- Louvison, M. C. P., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., Santos, J. L. F., Malik, A. M., & Almeida, E. S. d. (2008). Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública, 42, 733-740.*
- Loyola-Sanchez, A., Richardson, J., Wilkins, S., Lavis, J. N., Wilson, M. G., Alvarez-Nemegyei, J., & Pelaez-Ballestas, I. (2016). Barriers to accessing the culturally sensitive healthcare that could decrease the disabling effects of arthritis in a rural Mayan community: A qualitative inquiry. *Clinical Rheumatology, 35, 1287-1298.*
- Lu, H., Wang, W., Xu, L., Li, Z., Ding, Y., Zhang, J., & Yan, F. (2017). Healthcare seeking behaviour among Chinese elderly. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 30(3), 248-259.*

- Lumley, T. (2017). Pseudo r^2 statistics under complex sampling. *Australian & New Zealand Journal of Statistics*, 59(2), 187-194.
- Luo, J., Zhang, X., Jin, C., & Wang, D. (2009). Inequality of access to health care among the urban elderly in northwestern China. *Health Policy*, 93(2-3), 111-117.
- Lupi-Pegurier, L., Clerc-Urmes, I., Abu-Zaineh, M., Paraponaris, A., & Ventelou, B. (2011). Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: A multilevel analysis with a view on socio-economic inequality. *Health Policy*, 103(2-3), 160-167.
- Macinko, J., Harris, M. J., & Rocha, M. G. (2017). Brazil's national program for improving primary care access and quality (PMAQ): Fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 40(2 Suppl), S4.
- Macintyre, S., Ellaway, A., & Cummins, S. (2002). Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine*, 55(1), 125-139.
- Mackenbach, J. P. (2019). *Health inequalities: Persistence and change in modern welfare states*. Oxford: Oxford University Press.
- Mangano, A. (2010). An analysis of the regional differences in health care utilization in Italy. *Health & Place*, 16(2), 301-308.
- Mankiw, N. G. (2014). *Principles of economics* (7th ed.). Hampshire, UK: Cengage Learning.
- Marcin, J. P., Shaikh, U., & Steinhorn, R. H. (2016). Addressing health disparities in rural communities using telehealth. *Pediatric Research*, 79(1), 169-176.
- Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A., & Fratiglioni, L. (2008). Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1198-1200.
- Marmot, M. (2015). The health gap: The challenge of an unequal world. *The Lancet*, 386(10011), 2442-2444.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.

The Lancet, 372(9650), 1661-1669.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (2005). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oup Oxford.

McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, 22-30.

McConnel, C. E., & Zetzman, M. R. (1993). Urban/rural differences in health service utilization by elderly persons in the United States. *The Journal of Rural Health*, 9(4), 270-280.

McInerney, M., & Mellor, J. M. (2012). Recessions and seniors' health, health behaviors, and healthcare use: Analysis of the medicare current beneficiary survey. *Journal of Health Economics*, 31(5), 744-751.

McMaughan, D. J., Oloruntoba, O., & Smith, M. L. (2020). Socioeconomic status and access to healthcare: Interrelated drivers for healthy aging. *Frontiers in Public Health*, 8, 231.

McNutt, P. (1999). Public goods and club goods. *Encyclopedia of Law and Economics*, 1, 927-951.

Meemon, N., & Paek, S. C. (2019). The impact of Thailand's universal coverage scheme on household catastrophic health expenditure. *Asia-Pacific Social Science Review*, 19(3), 144-154.

Meemon, N., & Paek, S. C. (2020). Universal coverage scheme in Thailand: Analysis of factors associated with and reasons for underutilization. *Asia-Pacific Social Science Review*, 20(2).

Menon, R., Mollahaliloglu, S., & Postolovska, I. (2013). *Toward universal coverage: Turkey's green card program for the poor*. Washington, DC: World Bank.

Michael, Y. L., Green, M. K., & Farquhar, S. A. (2006). Neighborhood design and active aging. *Health & Place*, 12(4), 734-740.

Moberly, T. (2018). Providing care based on need and free at point of delivery is nhs's greatest achievement, say *BMJ* readers. *BMJ*, 361.

doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.k3209>

Mobley, L. R., Root, E., Anselin, L., Lozano-Gracia, N., & Koschinsky, J. (2006). Spatial analysis of elderly access to primary care services. *International Journal of Health Geographics*, 5, 1-17.

- Morris, S., Sutton, M., & Gravelle, H. (2005). Inequity and inequality in the use of health care in England: An empirical investigation. *Social Science & Medicine*, *60*(6), 1251-1266.
- Motlagh, S. N., Sabermahani, A., Hadian, M., Lari, M. A., Mahdavi, M. R. V., & Gorji, H. A. (2015). Factors affecting health care utilization in Tehran. *Global Journal of Health Science*, *7*(6), 240.
- Mulyanto, J., Kunst, A. E., & Kringos, D. S. (2019). Geographical inequalities in healthcare utilisation and the contribution of compositional factors: A multilevel analysis of 497 districts in Indonesia. *Health & Place*, *60*, 102236.
- Murata, C., Yamada, T., Chen, C.-C., Ojima, T., Hirai, H., & Kondo, K. (2010). Barriers to health care among the elderly in Japan. *International journal of Environmental Research and Public Health*, *7*(4), 1330-1341.
- Musgrave, R. A. (1959). *The theory of public finance: A study in public economy*. New York: McGraw-Hill.
- Mwangi, J., Kulane, A., & Van Hoi, L. (2015). Chronic diseases among the elderly in a rural Vietnam: Prevalence, associated socio-demographic factors and healthcare expenditures. *International Journal for Equity in Health*, *14*(1), 1-8.
- Myles, G. D. (1995). *Public economics*. Cambridge: Cambridge university press.
- Nagaoka, K., Fujiwara, T., & Ito, J. (2012). Do income inequality and social capital associate with measles-containing vaccine coverage rate? *Vaccine*, *30*(52), 7481-7488.
- Naik, J. P. (1979). Equality, quality and quantity: The elusive triangle in Indian education. *International Review of Education*, *25*(2), 167-185. doi:10.1007/BF00598024
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, *39*(3), 423-441.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, Á., Rodríguez-Sanz, M., . . . Pasarín, M. I. (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet*, *368*(9540), 1033-1037.
- Neutens, T. (2015). Accessibility, equity and health care: Review and research directions for transport geographers. *Journal of Transport Geography*, *43*, 14-27.
- Nishiura, H., Barua, S., Lawpoolsri, S., Kittittrakul, C., Leman, M. M., Maha, M. S., &

- Muangnoicharoen, S. (2004). Health inequalities in Thailand: Geographic distribution of medical supplies in the provinces. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 35, 735-740.
- Noree, T., Pagaiya, N., & Nimnual, I. (2022). Effect of doctor allocation policies on the equitable distribution of doctors in Thailand. *Hum Resour Health* 21, 1. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00782-5>
- Novignon, J., Olakojo, S. A., & Nonvignon, J. (2012). The effects of public and private health care expenditure on health status in sub-Saharan Africa: New evidence from panel data analysis. *Health Economics Review*, 2(1), 1-8.
- O'donnell, O., Van Doorslaer, E., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Akkazieva, B., . . . Herrin, A. N. (2008). Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics*, 27(2), 460-475.
- Ono, T., Lafortune, G., & Schoenstein, M. (2013). Health workforce planning in OECD countries: A review of 26 projection models from 18 countries. *OECD Health Working Papers*, 62.
- Osornprasop, S., & Sondergaard, L. M. (2016). *Closing the health gaps for the elderly: Promoting health equity and social inclusion in Thailand (english)*. Retrieved May 10, 2023, from <http://documents.worldbank.org/curated/en/148431468299339382/Closing-the-health-gaps-for-the-elderly-promoting-health-equity-and-socialinclusion-in-Thailand>
- Ostrom, V., & Ostrom, E. (2019). Public goods and public choices. In V. Ostrom, & E. Ostrom (Eds.), in *Alternatives for Delivering Public Services* (pp. 7-49). Boulder, CO: Westview.
- Pabinger, C., & Geissler, A. (2014). Utilization rates of hip arthroplasty in OECD countries. *Osteoarthritis and Cartilage*, 22(6), 734-741.
- Paek, S. C., Meemon, N., & Wan, T. T. (2016). Thailand's universal coverage scheme and its impact on health-seeking behavior. *Springerplus*, 5, 1-16.
- Pagaiya, N., & Noree, T. (2009). *Thailand's health workforce: A review of challenges and experiences*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development.

- Pál, V., Lados, G., Ilcsikné Makra, Z., Boros, L., Uzzoli, A., & Fabula, S. (2021). Concentration and inequality in the geographic distribution of physicians in the European union, 2006–2018. *Regional Statistics, 11*(3), 3-28.
- Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2018). Health care spending in the united states and other high-income countries. *JAMA, 319*(10), 1024-1039.
- Parkin, D. (2017). Principles of health economics including: The notions of scarcity, supply and demand, distinctions between need and demand, opportunity cost, discounting, time horizons, margins, efficiency and equity. *Retrieved, 11*(10), 2019.
- Pauly, M. V. (1968). The economics of moral hazard: Comment. *The American Economic Review, 58*(3), 531-537.
- Petchers, M. K., & Milligan, S. E. (1988). Access to health care in a black urban elderly population. *The Gerontologist, 28*(2), 213-217.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1136*(1), 161-171.
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine, 128*, 316-326.
- QGIS project. (2023). *Network analysis library*. Retrieved May 11, 2022, from https://docs.qgis.org/3.28/en/docs/pyqgis_developer_cookbook/network_analysis.html#:~:text=Dijkstra's%20algorithm%20finds%20the%20shortest,as%20a%20shortest%20path%20tree.&text=only%20one%20vertex%20has%20no,have%20only%20one%20incoming%20edge
- Quashie, N. T., & Pothisiri, W. (2019). Rural-urban gaps in health care utilization among older Thais: The role of family support. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 81*, 201-208.
- Rabbanikhah, F., Moradi, R., Mazaheri, E., Shahbazi, S., Barzegar, L., & Karyani, A. K. (2018). Trends of geographic distribution of general practitioners in the public health sector of Iran. *Journal of Education and Health Promotion, 7*.
- Rahman, M. M., Khanam, R., & Rahman, M. (2018). Health care expenditure and health outcome nexus: New evidence from the saarc-asean region. *Globalization and*

Health, 14(1), 1-11.

- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214.
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J.-M., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C., & McKee, M. (2013). Ageing in the European union. *The Lancet*, 381(9874), 1312-1322.
- Reeves, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*, 115(1), 1-8.
- Ricketts, T. C. (2000). The changing nature of rural health care. *Annual Review of Public Health*, 21(1), 639-657.
- Rosenthal, T. C., & Fox, C. (2000). Access to health care for the rural elderly. *JAMA*, 284(16), 2034-2036.
- Rosero-Bixby, L. (2004). Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: A gis-based study. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1271-1284.
- Ross, C. E., & Wu, C. L. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 719-745.
- Rubenstein, E. L. (2016). Health information and health literacy: Public library practices, challenges, and opportunities. *Public Library Quarterly*, 35(1), 49-71.
- Ruckert, A., & Labonté, R. (2017). Health inequities in the age of austerity: The need for social protection policies. *Social Science & Medicine*, 187, 306-311.
- Ruhm, C. J. (2000). Are recessions good for your health? *The Quarterly Journal of Economics*, 115(2), 617-650.
- Ryvicker, M., Gallo, W. T., & Fahs, M. C. (2012). Environmental factors associated with primary care access among urban older adults. *Social Science & Medicine*, 75(5), 914-921.
- Sachs, J. D. (2012). From millennium development goals to sustainable development goals. *The Lancet*, 379(9832), 2206-2211.
- Saijo, Y., Yoshioka, E., Hanley, S. J., Kitaoka, K., & Yoshida, T. (2018). Job stress factors affect workplace resignation and burnout among Japanese rural physicians. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 245(3), 167-177.
- Salm, M., & Wübker, A. (2020). Sources of regional variation in healthcare utilization in

- Germany. *Journal of Health Economics*, 69, 102271.
- Salsberg, E., & Grover, A. (2006). Physician workforce shortages: Implications and issues for academic health centers and policymakers. *Academic Medicine*, 81(9), 782-787.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), 918-924.
- Scatena, L. M., Villa, T. C. S., Netto, A. R., Kritski, A. L., Figueiredo, T. M. R. M. d., Vendramini, S. H. F., . . . Motta, M. C. S. d. (2009). Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnoses in Brazilian municipalities. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 389-397.
- Schappert, S. M., & Rechsteiner, E. A. (2008). Ambulatory medical care utilization estimates for 2006. *National Health Statistics Reports*, 8(1-32).
- Scheil-Adlung, X. (Ed.). (2015). *Global evidence on inequities in rural health protection: New data on rural deficits in health coverage for 174 countries*. Geneva: International Labour Organization.
- Sen, A. (1979). Personal utilities and public judgements: Or what's wrong with welfare economics. *The Economic Journal*, 89(355), 537-558.
- Sen, A. (1980). Equality of what? In S. M. McMurrin (Ed.), in *Tanner lectures on human values* (Vol. 1). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sen, A. (2014). Development as freedom (1999). In J. T. Roberts, A. B. Hite, & N. Chorev (Eds.), in *The globalization and development reader: Perspectives on development and global change* (2nd ed., pp. 525-548). Chichester: Willey Blackwell.
- Sevilla, J., Bloom, D., Salmon, D., & Bishai, D. (2023). Vaccination as investment in human capital. *Handbook of Applied Health Economics in Vaccines*, 47.
- Shi, L., Starfield, B., Kennedy, B., & Kawachi, I. (1999). Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract*, 48(4), 275-284.
- Shin, H., Kim, M. T., Juon, H.-S., Kim, J., & Kim, K. B. (2000). Patterns and factors associated with health care utilization among Korean American elderly. *Asian American and Pacific Islander Journal of Health*, 8(2), 116-129.
- Shook, M. (2005). Transportation barriers and health access for patient attending a

- community health center. *Field area paper*. Portland, OR: Portland State University
- Siongco, K. L. L., Nakamura, K., & Seino, K. (2020). Reduction in inequalities in health insurance coverage and healthcare utilization among older adults in the Philippines after mandatory national health insurance coverage: Trend analysis for 2003–2017. *Environmental Health and Preventive Medicine, 25*(1), 1-13.
- Smith, R., Lagarde, M., Blaauw, D., Goodman, C., English, M., Mullei, K., . . . Hanson, K. (2013). Appealing to altruism: An alternative strategy to address the health workforce crisis in developing countries? *Journal of Public Health, 35*(1), 164-170.
- Smith, R. D. (2003). Global public goods and health. *Bulletin of the World Health Organization, 81*(7), 475.
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. N.p.: WHO Document Production Services.
- Somkotra, T., & Detsomboonrat, P. (2009). Is there equity in oral healthcare utilization: Experience after achieving universal coverage. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 37*(1), 85-96.
- Stankiewicz, A., Herel, M., & DesMeules, M. (2015). Rio political declaration on social determinants of health: A snapshot of Canadian actions 2015. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice, 35*(7), 113.
- Starfield, B. (2007). Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine, 64*(7), 1355-1362.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly, 83*(3), 457-502.
- Stiglitz, J. E. *The role of government in economic development: Annual World Bank Conference on Development Economics*. (pp. 11-23). Washington, DC: World Bank.
- Stock, R. (1983). Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria. *Social Science & Medicine, 17*(9), 563-570.
- Story, W. T. (2013). Social capital and health in the least developed countries: A critical

- review of the literature and implications for a future research agenda. *Global Public Health*, 8(9), 983-999.
- Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA*, 303(12), 1159-1166.
- Stuckler, D., Basu, S., & McKee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*, 340. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c3311>.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.
- Stuckler, D., Reeves, A., Loopstra, R., Karanikolos, M., & McKee, M. (2017). Austerity and health: The impact in the UK and Europe. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_4), 18-21.
- Sudhinaraset, M., Ingram, M., Lofthouse, H. K., & Montagu, D. (2013). What is the role of informal healthcare providers in developing countries? A systematic review. *PloS One*, 8(2), e54978.
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., . . . Ayonayon, H. N. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 770-776.
- Sulemana, A., & Dinye, R. D. (2014). Access to healthcare in rural communities in Ghana: A study of some selected communities in the Pru district. *European Journal of Research in Social Sciences*, 2(4).
- Sülkü, S. N., & Caner, A. (2011). Health care expenditures and gross domestic product: The Turkish case. *The European Journal of Health Economics*, 12, 29-38.
- Sun, F., Norman, I. J., & While, A. E. (2013). Physical activity in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 13(1), 1-17.
- Sun, J., Deng, S., Xiong, X., & Tang, S. (2014). Equity in access to healthcare among the urban elderly in China: Does health insurance matter? *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(2), e127-e144.
- Sun, X., Chen, Y., Tong, X., Feng, Z., Wei, L., Zhou, D., . . . Feng, D. (2014). The use of

- annual physical examinations among the elderly in rural China: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-8.
- Suphanchaimat, R., Wisaijohn, T., Thammathacharee, N., & Tangcharoensathien, V. (2013). Projecting Thailand physician supplies between 2012 and 2030: Application of cohort approaches. *Human Resources for Health*, 11(1), 1-11.
- Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M. R., Ikegami, N., Hashimoto, H., . . . Campbell, J. C. (2011). Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The Lancet*, 378(9797), 1183-1192.
- Tammes, P., Purdy, S., Salisbury, C., MacKichan, F., Lasserson, D., & Morris, R. W. (2017). Continuity of primary care and emergency hospital admissions among older patients in England. *The Annals of Family Medicine*, 15(6), 515-522.
- Tang, N., Eisenberg, J. M., & Meyer, G. S. (2004). The roles of government in improving health care quality and safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(1), 47-55.
- Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., & Thammatacharee, J. (2014). Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand. *PLoS Medicine*, 11(9), e1001726.
- Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., Thammatacharee, J., Jongudomsuk, P., & Sirilak, S. (2015). Achieving universal health coverage goals in Thailand: The vital role of strategic purchasing. *Health Policy and Planning*, 30(9), 1152-1161.
- Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S., Suphanchaimat, R., Patcharanarumol, W., Sawaengdee, K., & Putthasri, W. (2013). Health workforce contributions to health system development: A platform for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 874-880.
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: A solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223.
- Taylor Jr, D. H., & Hoenig, H. (2006). Access to health care services for the disabled elderly. *Health Services Research*, 41(3p1), 743-758.

- Terraneo, M. (2015). Inequities in health care utilization by people aged 50+: Evidence from 12 European countries. *Social Science & Medicine*, 126, 154-163.
- Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E., & World Health Organization. (2009). *Financing health care in the European union: Challenges and policy responses*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Tilahun, H., Atnafu, D. D., Asrade, G., Minyihun, A., & Alemu, Y. M. (2018). Factors for healthcare utilization and effect of mutual health insurance on healthcare utilization in rural communities of South Achefer Woreda, North West, Ethiopia. *Health Economics Review*, 8(1), 1-7.
- Townsend, P., & Davidson, N. (1982). *Inequalities in health: The black report* Penguin. N.p.: Harmondsworth.
- Travassos, C., & Viacava, F. (2007). Access to and use of health services by rural elderly, Brazil, 1998 and 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2490-2502.
- Van der Pol, M., Olajide, D., Dusheiko, M., Elliott, R., Guthrie, B., Jorm, L., & Leyland, A. H. (2019). The impact of quality and accessibility of primary care on emergency admissions for a range of chronic ambulatory care sensitive conditions (acscs) in Scotland: Longitudinal analysis. *BMC Family Practice*, 20(1), 1-10.
- Van Doorslaer, E., & O'Donnell, O. (2010). Measurement and explanation of inequality in health and health care in low-income settings. In M. McGillivray, I. Dutta, & D. Lawson (Eds.), in *Health inequality and development, studies in development economics and policy* (pp. 20-44). Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1-14.
- Verulava, T., Jorbenadze, R., Dangadze, B., & Eliava, E. (2019). Access to ambulatory medicines for the elderly in Georgia. *Home Health Care Management & Practice*, 31(2), 107-112.
- Veugelers, P. J., & Yip, A. M. (2003). Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(6), 424-428.
- Virts, J. R., & Wilson, G. W. (1984). Inflation and health care prices. *Health Affairs*, 3(1), 88-100.

- Wagstaff, A. (1986). The demand for health: Theory and applications. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 40(1), 1-11.
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M.-F., Chepynoga, K., Buisman, L. R., . . . Eozenou, P. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: A retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), e169-e179.
- Wagstaff, A., O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., & Lindelow, M. (2007). *Analyzing health equity using household survey data: A guide to techniques and their implementation*. World Bank Publications.
- Walters, S., & Suhrcke, M. (2005). Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern europe and the CIS: A review of the recent literature.
- Wang, F. (2015). More health expenditure, better economic performance? Empirical evidence from oecd countries. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 52, 0046958015602666.
- Wang, Z., Li, X., Chen, M., & Si, L. (2018). Social health insurance, healthcare utilization, and costs in middle-aged and elderly community-dwelling adults in China. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1-13.
- Weinhold, I., & Gurtner, S. (2014). Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy*, 118(2), 201-214.
- Weraphong, J., Pannarunothai, S., Luxananun, T., Junsri, N., & Deesawatsripetch, S. (2013). Catastrophic health expenditure in an urban city: Seven years after universal coverage policy in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 44(1), 124-136.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217-228.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1. *World Health Organization: Studies on Social and Economic Determinants of Population Health*, 2, 460-474.
- Wibulpolprasert, S., & Pengpaibon, P. (2003). Integrated strategies to tackle the

- inequitable distribution of doctors in Thailand: Four decades of experience. *Human Resources for Health*, 1(1), 1-17.
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Geneva: World Health Organization.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768-1784.
- Witthayapipopsakul, W., Cetthakrikul, N., Suphanchaimat, R., Noree, T., & Sawaengdee, K. (2019). Equity of health workforce distribution in Thailand: An implication of concentration index. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12, 13.
- Woldemichael, A., Takian, A., Sari, A. A., & Olyaeemanesh, A. (2019). Inequalities in healthcare resources and outcomes threatening sustainable health development in Ethiopia: Panel data analysis. *BMJ Open*, 9(1), e022923.
- Woolhandler, S., & Himmelstein, D. U. (2017). The relationship of health insurance and mortality: Is lack of insurance deadly? *Annals of Internal Medicine*, 167(6), 424-431.
- World Health Organization. (1986). *The ottawa charter for health promotion: First international conference on health promotion, Ottawa, 21 november 1986*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Global public goods for health: The report of working group 2 of the commission on macroeconomics and health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008a). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008b). *Social determinants of health*. Geneva: WHO Regional Office for South-East Asia.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization.
- Wulandari, R. D., & Laksono, A. D. (2019). Urban-rural disparity: The utilization of primary

- healthcare centers among elderly in east JAVA, Indonesia. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 147-154.
- Yamada, T., Chen, C.-C., Murata, C., Hirai, H., Ojima, T., Kondo, K., & Harris III, J. R. (2015). Access disparity and health inequality of the elderly: Unmet needs and delayed healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(2), 1745-1772.
- Yang, S., Khang, Y.-H., Chun, H., Harper, S., & Lynch, J. (2012). The changing gender differences in life expectancy in Korea 1970–2005. *Social Science & Medicine*, 75(7), 1280-1287.
- Yiengprugsawan, V., Carmichael, G. A., Lim, L. L., Seubsman, S.-a., & Sleigh, A. C. (2010). Has universal health insurance reduced socioeconomic inequalities in urban and rural health service use in Thailand? *Health & Place*, 16(5), 1030-1037.
- Zaman, S. B., Hossain, N., Mehta, V., Sharmin, S., & Mahmood, S. A. I. (2017). An association of total health expenditure with gdp and life expectancy. *Journal of Medical Research and Innovation*, 1(2), AU7-AU12.
- Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K., & Kyriopoulos, J. (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *The European Journal of Public Health*, 23(2), 206-210.
- Zgibor, J. C., & Songer, T. J. (2001). External barriers to diabetes care: Addressing personal and health systems issues. *Diabetes Spectrum*, 14(1), 23-28.
- Zhang, N. J., Terry, A., & McHorney, C. A. (2014). Impact of health literacy on medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(6), 741-751.



ภาคผนวก ก แสดงผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

1. ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณปัจจัยเศรษฐกิจกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ตาราง 25 แสดงค่าสัมประสิทธิ์แสดงการตัดสินใจ

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.820 ^a	.673	.663	152484.767151976960000	1.747

a. Predictors: (Constant), 2562, Hhexpensemean, Labourmean, 2561, 2559, GPPmean, cpihealthmeant, Poormean, Gpphealthmean, 2560, cpimean
 b. Dependent Variable: OPDmean

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 26 แสดงผลการวิเคราะห์ ANOVA ของสมการ

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	17576956423662.328	11	1597905129423.848	68.722	.000 ^b
	Residual	8556590350528.489	368	23251604213.393		
	Total	26133546774190.816	379			

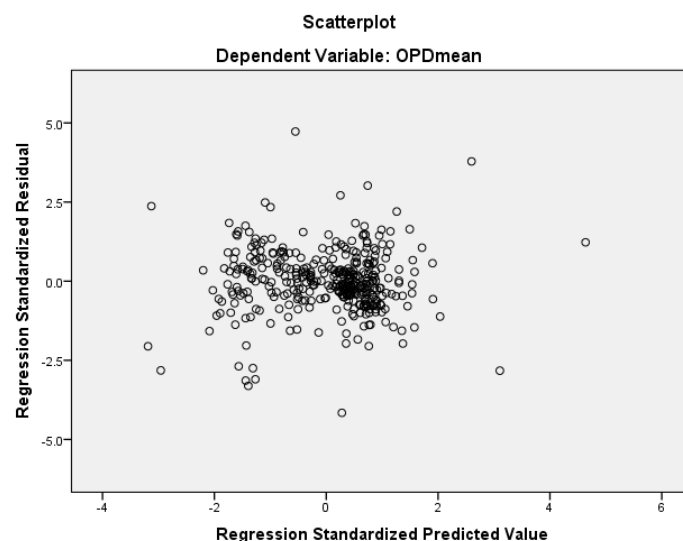
a. Dependent Variable: OPDmean
 b. Predictors: (Constant), 2562, Hhexpensemean, Labourmean, 2561, 2559, GPPmean, cpihealthmeant, Poormean, Gpphealthmean, 2560, cpimean

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 27 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Tolerance	VIF
(Constant)	-324764.81	25854.35		-12.56	.00		
Hhexpensemean	1.91	6.416	.010	.29	.76	.847	1.181
Poormean	1722.93	2973.01	.022	.580	.563	.643	1.556
Labourmean	-4.520	.568	-.255	-7.956	.00	.863	1.15
GPPmean	.944	1.136	.031	.831	.40	.641	1.559
Gpphealthmean	250.364	41.808	.230	5.988	.00	.601	1.66
cpimean	-57595.68	11496.82	-.286	-5.010	.00	.272	3.67
cpihealthmeant	6366.42	5088.16	.047	1.251	.21	.626	1.59
2559	211732.2	26616.62	.323	7.955	.00	.540	1.85
2560	387293.6	31316.85	.591	12.36	.00	.390	2.56
2561	460792.93	38548.62	.703	11.95	.00	.257	3.88
2562	564005.24	47562.454	.860	11.858	.00	.169	5.91

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS



ภาพ 52 แสดงผลการทดสอบการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อน

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ตาราง 28 แสดงผลการวิเคราะห์ความฟิตของสมการและการทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.923 ^a	.852	.850	.26919	1.926

a. Predictors: (Constant), lnavgdis, NoDoctor, F1 , M1 , M2 , F3 , S , lnltcb, lnhfund, A
b. Dependent Variable: lny

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 29 แสดง ANOVA โครงสร้างพื้นฐานที่ส่งผลต่อการใช้บริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุ

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	358.955	10	35.896	495.345	.000 ^b
	Residual	62.393	861	.072		
	Total	421.348	871			

a. Dependent Variable: lny
b. Predictors: (Constant), lnavgdis, NoDoctor, F1, M1, M2, F3, S, lnltcb, lnhfund, A

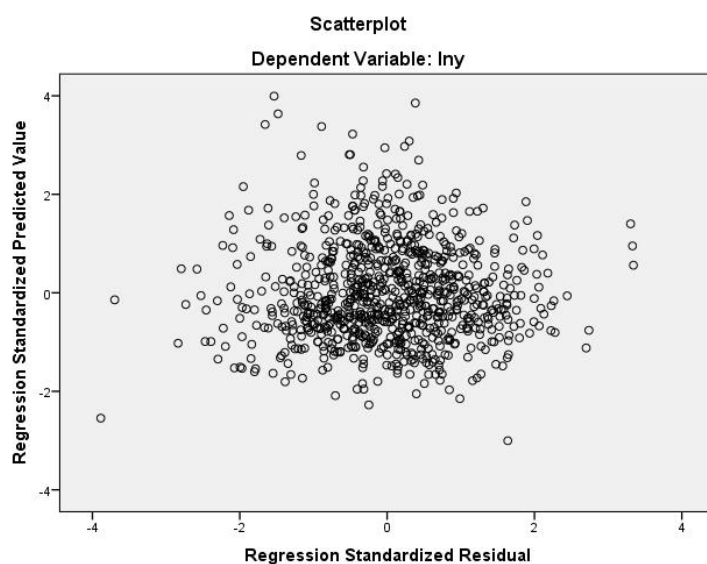
ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 30 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ และการทดสอบสหสัมพันธ์ของตัวแปร

Model	Unstandardized		Standardized		Collinearity		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Tolerance	VIF
(Constant)	3.342	.332		10.05	.000		
NoDoctor	.003	.000	.189	7.318	.000	.258	3.880
A	.298	.090	.081	3.296	.001	.287	3.478
S	.417	.048	.140	8.732	.000	.674	1.485
M2	.305	.034	.135	9.004	.000	.761	1.313
M1	.295	.050	.087	5.854	.000	.787	1.271
F1	.218	.032	.097	6.786	.000	.839	1.192
F3	-.187	.035	-.075	-5.28	.000	.862	1.160
lnltcb	.121	.010	.174	11.95	.000	.812	1.231
lnhfund	.415	.016	.516	26.34	.000	.448	2.235
lnavgdis	.150	.024	.083	6.143	.000	.938	1.066

a. Dependent Variable: lny

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS



ภาพ 53 แสดงผลการวิเคราะห์การกระจายของค่าความคลาดเคลื่อน

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐานเบื้องต้นทางสถิติที่สำคัญโดยสมการที่ 3 จนถึงสมการที่ 6 ใช้ตัวแปรเดียวกันในการวิเคราะห์จึงทำการวิเคราะห์สมมติฐานรวมกันเพื่อทดสอบปัญหาโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการป่วย

ตาราง 31 แสดงผลการทดสอบ Omnibus Test ของแบบจำลอง

Omnibus Tests of Model Coefficients				
		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	256.289	13	.000
	Block	256.289	13	.000
	Model	256.289	13	.000

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 32 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ Nagelkerke R Square

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	12268.815 ^a	.028	.037

a. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than .001.

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 33 แสดงผลทดสอบ Hosmer and Lemeshow Test

Hosmer and Lemeshow Test				
Step	Chi-square	df	Sig.	
1	3.204	8	.921	

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 34 แสดงการพยากรณ์ความน่าจะเป็นของเหตุการณ์

Classification Table ^a					
		Observed	Predicted		
			Use_notuse	Percentage	Correct
Step 1	OPD	0	1		
		0	1558	2617	37.3
		1	1258	3644	74.3
		Overall Percentage			57.3

a. The cut value is .500

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 35 แสดงผลการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์ของสมการ

		Variables in the Equation					
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Area(1)	-.119	.044	7.311	1	.007	.888
	Sex	.031	.044	.496	1	.481	1.032
	Age	.007	.003	6.062	1	.014	1.007
	Noschool	-.136	.108	1.579	1	.209	.873
	Pre_primary	.098	.085	1.321	1	.250	1.103
	Primary	.013	.084	.024	1	.876	1.013
	grad9	-.062	.132	.216	1	.642	.940
	UC	.450	.127	12.518	1	.000	1.569
	SSS	.336	.187	3.229	1	.072	1.399
	CSMBS	.087	.129	.461	1	.497	1.091
	Other_schem	.039	.095	.169	1	.681	1.040
	Chronic	.315	.024	173.869	1	.000	1.370
	Monthincome	.000	.000	1.438	1	.231	1.000
	Constant	-2.055	.561	13.408	1	.000	.128

a. Variable(s) entered on step 1: Area, Sex, Age, Noschool, Pre_primary, Primary, grad9, UC, SSS, CSMBS, Other_schem, Chronic, Monthincome.

ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2562 สํานักงานสถิติแห่งชาติ, 2562

3.2 การเข้ารับบริการของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ป่วย

ตาราง 36 แสดงการทดสอบ Omnibus Test

Omnibus Tests of Model Coefficients				
		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	173.924	13	.000
	Block	173.924	13	.000
	Model	173.924	13	.000

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 37 แสดงค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ Nagelkerke R Square

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	10196.356 ^a	.016	.026

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 38 แสดงผลทดสอบ Hosmer and Lemeshow Test

Hosmer and Lemeshow Test				
Step	Chi-square	df	Sig.	
1	22.742	8	.004	

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 39 แสดงค่าความน่าจะเป็นของเหตุการณ์

Classification Table ^a					
		Observed	Predicted		Percentage Correct
			HP1		
			1	2	
Step 1	PP	1	8959	0	100.0
		2	1987	0	.0
Overall Percentage					81.8

a. The cut value is .500

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 40 แสดงผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ของสมการ

Variables in the Equation							
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	Area(1)	-.026	.051	.251	1	.617	.975
	Sex	.145	.052	7.935	1	.005	1.157
	Age	.003	.003	.971	1	.324	1.003
	Noschool	.233	.131	3.167	1	.075	1.262
	Pre_primary	.361	.098	13.465	1	.000	1.435
	Primary	.119	.096	1.536	1	.215	1.127
	grad9	.102	.152	.446	1	.504	1.107
	UC	-.154	.155	.990	1	.320	.857
	SSS	-.726	.261	7.768	1	.005	.484
	CSMBS	.160	.157	1.043	1	.307	1.174
	Other_schem	.138	.110	1.584	1	.208	1.148
	Chronic	.239	.025	91.531	1	.000	1.269
	Monthincome	.000	.000	4.063	1	.044	1.000
	Constant	-1.645	.694	5.619	1	.018	.193

a. Variable(s) entered on step 1: Area, Sex, Age, Noschool, Pre_primary, Primary, grad9, UC, SSS, CSMBS, Other_schem, Chronic, Monthincome.

ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2562 สํานักงานสถิติแห่งชาติ 2562

3.3 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคล (โรคเรื้อรังและโรคประจำตัว)

ตาราง 41 แสดงค่า Good of Fit ของสมการ

Goodness of Fit ^a			
	Value	df	Value/df
Deviance	7610.081	7932	.959
Scaled Deviance	7610.081	7932	
Pearson Chi-Square	9294.859	7932	1.172
Scaled Pearson Chi-Square	9294.859	7932	
Log Likelihood ^b	-8272.471		
Akaike's Information Criterion (AIC)	16578.943		
Finite Sample Corrected AIC (AICC)	16579.020		
Bayesian Information Criterion (BIC)	16697.616		
Consistent AIC (CAIC)	16714.616		

Dependent Variable: ChOPD

Model: (Intercept), Area, Sex, Noschool, Pre_primary, Primary, grad9, higher9, UC, SSS, CSMBS, Other_schem, Chronic, Age, Monthincome^a

a. Information criteria are in smaller-is-better form.

b. The full log likelihood function is displayed and used in computing information criteria.

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 42 แสดงค่า Omnibus Test

Omnibus Test ^a			
Likelihood Ratio Chi-Square	df	Sig.	
122.129	10	.000	

Dependent Variable: ChOPD

Model: (Intercept), Area, Sex, UC, SSS, CSMBS, Other_schem, Age, Monthincome, EDU, Chronic

a. Compares the fitted model against the intercept-only model.

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 43 แสดงประสิทธิภาพของแบบจำลอง

Tests of Model Effects				
Source	Wald Chi-Square	Type III		Sig.
		df		
(Intercept)	2.818	1		.093
Area	8.613	1		.003
Sex	.439	1		.508
Noschool	. ^a	.		.
Pre_primary	. ^a	.		.
Primary	. ^a	.		.
grad9	. ^a	.		.
higher9	. ^a	.		.
UC	3.051	1		.081
SSS	.885	1		.347
CSMBS	.049	1		.825
Other_schem	.342	1		.559
Chronic	96.048	4		.000

ตาราง 43 (ต่อ)

Tests of Model Effects			
Source	Wald Chi-Square	Type III	
		df	Sig.
Age	.041	1	.839
Monthincome	3.795	1	.051

Dependent Variable: ChOPD

Model: (Intercept), Area, Sex, Noschool, Pre_primary, Primary, grad9, higher9, UC, SSS, CSMBS, Other_schem, Chronic, Age, Monthincome

a. Unable to compute due to numerical problems

ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2562 สํานักงานสถิติแห่งชาติ 2562

ตาราง 44 แสดงผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ของสมการ

Parameter Estimates								
95% Wald Confidence								
Parameter	B	Std. Error	Interval		Hypothesis Test			
			Lower	Upper	Wald Chi-Square	df	Sig.	Exp(B)
(Intercept)	.266	.3388	-.398	.930	.617	1	.432	1.305
[Area=1]	-.084	.0285	-.140	-.028	8.613	1	.003	.920
[Area=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[Sex=1]	-.019	.0293	-.077	.038	.439	1	.508	.981
[Sex=2]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1
[Noschool=0]	.082	.0723	-.060	.223	1.271	1	.260	1.085
[Noschool=1]	0 ^a	.	.	.	.	.	.	1

ตาราง 44 (ต่อ)

Parameter Estimates									
95% Wald Confidence									
Parameter	B	Std. Error	Interval		Hypothesis Test				
			Lower	Upper	Wald Chi- Square	df	Sig.	Exp(B)	
[Pre_primary=0]	-.018		.0566	-.129	.093	.103	1	.748	.982
[Pre_primary=1]	0 ^a		.	.	.	.	.	.	1
[Primary=0]	.002		.0556	-.107	.111	.002	1	.966	1.002
[Primary=1]	0 ^a		.	.	.	.	.	.	1
[grad9=0]	-.004		.0880	-.176	.169	.002	1	.964	.996
[grad9=1]	0 ^a		.	.	.	.	.	.	1
[higher9=0]	0 ^a		.	.	.	.	.	.	1
[higher9=1]	0 ^a		.	.	.	.	.	.	1
[UC=1]	-.146		.0835	-.310	.018	3.051	1	.081	.864
[UC=2]	0 ^a		.	.	.	.	.	.	1
[SSS=1]	-.112		.1194	-.346	.122	.885	1	.347	.894
[SSS=2]	0 ^a		.	.	.	.	.	.	1
[CSMBS=1]	.019		.0845	-.147	.184	.049	1	.825	1.019
[CSMBS=2]	0 ^a		.	.	.	.	.	.	1
[Other_schem=1]	-.036		.0620	-.158	.085	.342	1	.559	.964
[Other_schem=2]	0 ^a		.	.	.	.	.	.	1
[Chronic=1]	-.689		.1309	-.945	-.432	27.648	1	.000	.502
[Chronic=2]	-.534		.1317	-.792	-.275	16.406	1	.000	.586
[Chronic=3]	-.407		.1349	-.672	-.143	9.111	1	.003	.666
[Chronic=4]	-.213		.1503	-.508	.081	2.013	1	.156	.808

ตาราง 44 (ต่อ)

Parameter Estimates							
Parameter	B	Std. Error	95% Wald Confidence Interval		Hypothesis Test		
			Lower	Upper	Wald Chi-Square	df	Sig.	Exp(B)
[Chronic=5]	0 ^a	.	.	.	.	.	1
Age	.000	.0018		-.003	.004	.041	1 .839 1.000
Monthincome (Scale)	4.057E-7	2.0828E-7		-2.486E-9	8.140E-7	3.795	1 .051 1.000

Dependent Variable: ChOPD

Model: (Intercept), Area, Sex, Noschool, Pre_primary, Primary, grad9, higher9, UC, SSS, CSMBS, Other_schem, Chronic, Age, Monthincome

a. Set to zero because this parameter is redundant.

b. Fixed at the displayed value.

ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2562 สํานักงานสถิติแห่งชาติ 2562

3.4 การเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกรายบุคคล (ปัจจัยค่าใช้จ่าย)

ตาราง 45 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ R-Square และ การทดสอบ Durbin-Watson

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.228 ^a	.052	.049	1.13048	1.624

a. Predictors: (Constant), Monthincome, Age, Primary, Sex, Area, SSS, Other_schem, Chronic, grad9, CSMBS, Noschool, higher9, UC

b. Dependent Variable: ln(ExOPD)

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 46 แสดงผลการประมาณการค่าตาราง ANOVA

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	360.089	13	27.699	21.674	.000 ^b
	Residual	6595.685	5161	1.278		
	Total	6955.775	5174			

a. Dependent Variable: ln(ExOPD)

b. Predictors: (Constant), Monthincome, Age, Primary, Sex, Area, SSS, Other_schem, Chronic, grad9, CSMBS, Noschool, higher9, UC

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ตาราง 47 แสดงผลการประมาณการค่าสัมประสิทธิ์ของสมการ

Model	Coefficients ^a					Collinearity	
	Unstandardized		Standardized		Sig.	Tolerance	VIF
	Coefficients	Coefficients	Beta	t			
B	Std. Error						
1 (Constant)	4.586	.410		11.193	.000		
AREA	.039	.032	.017	1.208	.227	.970	1.031
sex	-.077	.033	-.033	-2.351	.019	.951	1.051
age	.003	.002	.020	1.438	.151	.943	1.060
Noschool	.052	.060	.013	.862	.389	.872	1.146
Primary	.142	.036	.060	3.977	.000	.809	1.236
grad9	.191	.089	.030	2.143	.032	.914	1.094
higher9	.364	.065	.092	5.624	.000	.682	1.467
UC	-.161	.095	-.051	-1.692	.091	.199	5.017
SSS	-.178	.136	-.019	-1.303	.193	.841	1.188
CSMBS	.089	.096	.028	.920	.358	.205	4.870
Other_schem	.260	.070	.053	3.731	.000	.924	1.082
Chro_no	.033	.016	.029	2.118	.034	.979	1.021
incohh_month	3.419E- 6	.000	.128	9.213	.000	.958	1.044

a. Dependent Variable: ln(ExOPD)

ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2562 สํานักงานสถิติแห่งชาติ, 2562

ตาราง 48 แสดงตัวแปรที่ถูกตัดออกจากสมการตัวแปรระดับการศึกษาผู้ที่ไม่จบ ป.6

Excluded Variables ^a							
Model				Collinearity Statistics			
	Beta			Partial	Toleranc	VIF	Minimum
	In	t	Sig.	Correlatio	e		Toleranc
				n			e
Pre_primary	.000 ^b	.000	1.000	.000	6.514E-14	15351000008081.4	6.476E-14

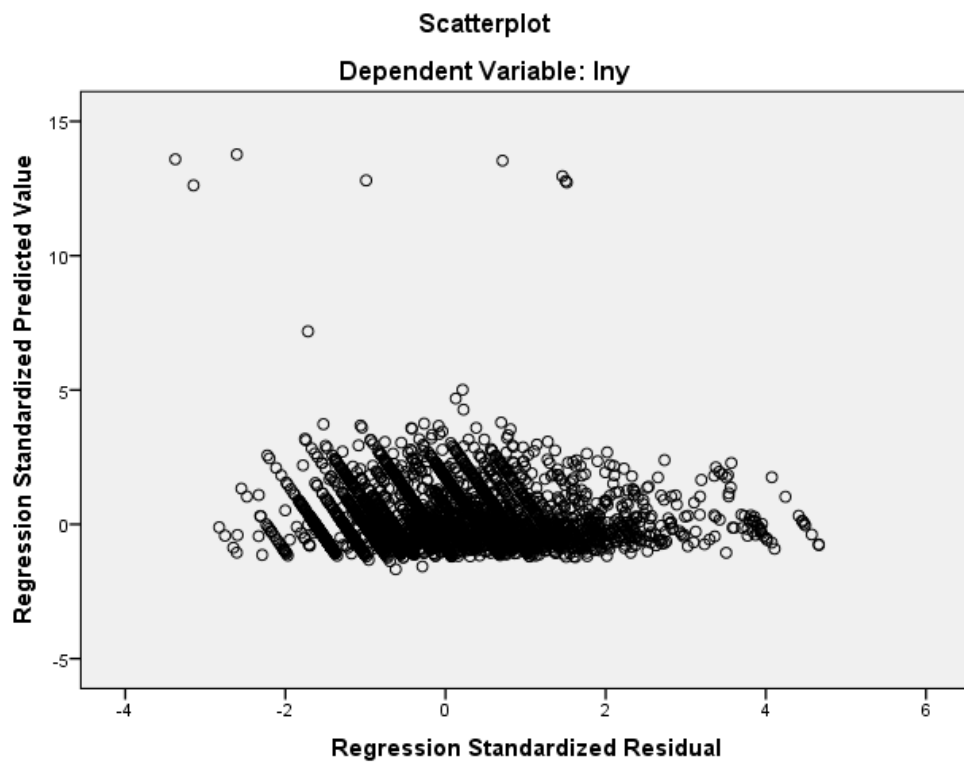
a. Dependent Variable: ln(ExOPD)

b. Predictors in the Model: (Constant), Monthincome, Age, Primary, Sex, AREA, SSS, Other_schem, Chronic, grad9, CSMBS, Noschool, higher9, UC

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ผลการทดสอบการกระจายของ Error Term ของสมการที่ 6

การทดสอบในสมการที่ 6 ผลการทดสอบพบว่า พบปัญหา Heteroskedasticity จึงทำการแก้ไขโดยการใช้ function logarithm ในการแก้ไขกับตัวแปรตาม ln(y) และทำการประมาณการปัญหาใหม่ผลการทดสอบพบการกระจายเป็นปกติตั้งรูป



ภาพ 54 แสดงผลการทดสอบการกระจาย Heteroskedasticity

ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย ด้วยโปรแกรม SPSS

ภาคผนวก ข แสดงการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ผลการถอดเทปสัมภาษณ์จากตัวแทนหน่วยงานโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแนวตั้ง (Vertical Design) โดยเรียงลำดับตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่มีบทบาทด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไปจนถึงระดับปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิตามลำดับชั้นในระดัปลำดับของประเทศไทย โดยนำผู้บริหารองค์กร หรือตัวแทนหน่วยงานที่ได้รับรางวัลในการปฏิบัติหน้าที่และสามารถให้ข้อมูลได้ การสัมภาษณ์เป็นการถามในประเด็นที่กำหนด และสนทนาแบบปลายเปิดคือ การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ซึ่งถอดเฉพาะช่วงตอบคำถามที่สำคัญและเน้นคีย์เวิร์ดในแต่ละประเด็นมาดังต่อไปนี้

ตัวแทนสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และตัวแทนราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว

ผู้ถูกสัมภาษณ์ท่านนี้เป็นตัวแทนผู้บริหารราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัว (ราชวิทยาลัยฯ) ในช่วงเวลาที่สัมภาษณ์ ราชวิทยาลัยฯ มีบทบาทในการดูแลหลักสูตรการอบรมแพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นแพทย์ที่ทำงานอยู่ทุกโรงพยาบาล และเป็นงานด้านสุขภาพปฐมภูมิโดยตรง นอกจากนี้ท่านยังมีบทบาทเป็นคณะกรรมการบอร์ดสำนักระบบสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยตัดเนื้อหาเฉพาะช่วงแต่ละประเด็นที่ทำการวิเคราะห์ตามคีย์เวิร์ด โดยการสัมภาษณ์ครั้งนี้ต้องการได้มุมมองเชิงนโยบาย เชิงการบริหารจัดการระบบ ให้มุมมองระดับประเทศในระดับมหภาคระดับชาติตามกรอบทฤษฎีปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (SDH)

ประเด็นการเข้าถึงบริการ: Care giver (CG) มีบทบาทมากต่อผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะป่วยหรือไม่ ถ้าฐานข้อมูลไหน เอา CG เข้ามาวิเคราะห์ จะกำหนดการเข้าถึงบริการ เข้าใจว่า ช่วงหลังก็มีการเขียนเกณฑ์การทำการดูแลที่บ้าน (Homecare) เพื่อเอามาใช้การดูแลที่บ้าน ถ้าบ้านไหนไม่มี CG จะลำบาก ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการเคลื่อนไหวน้อยลง

ประเด็นจำนวนการเข้าถึง: หมอจบใหม่ จะมีความรู้มากกว่าคนที่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ไปหาหมอหรอก แต่ที่มีโรคเรื้อรังมีการใช้บริการมากขึ้นเนี่ย เป็นเพราะหมอ นัดหรือเปล่า ถ้าจำนวนโรคที่เป็นเยอะ หมอนัดหรือเปล่า เพราะต้องมีการดูแลสม่ำเสมอ ซึ่งถ้าเป็นโรคมามากก็จะไปบ่อย จำนวนโรคเรื้อรัง อัตราการใช้บริการเยอะ คือ เป็นเพราะแนวทางของเวชปฏิบัติบังคับให้เป็นแบบนั้น

ซึ่งถ้ามีหน่วยเยี่ยมบ้าน จะทำให้มีการเยี่ยมบ้าน ดูแลที่บ้าน การเสริมการดูแลที่บ้าน ทำให้มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ระบบการเยี่ยมบ้านมันแพง มันต้องจัดระบบการทำงานมีส่วนร่วม

ของชุมชน แล้วมันมีการสำรวจทรัพยากรสุขภาพในพื้นที่หรือไม่ ถ้ามีจะเอามาอธิบายการใช้บริการของผู้สูงอายุได้หรือไม่

ขนาดของโรงพยาบาลใหญ่: การที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีการใช้บริการเยอะกว่า ส่วนหนึ่งจากมี Medical Facility มากกว่า ยิ่งไงก็ต้องไปโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งโรคไตก็จะเยอะต่อคน ข้อมูลเชิงคุณภาพของการเจ็บป่วย ภาระของการเจ็บป่วย แตกต่างกันไปตามแต่ละโรค แต่ละโรคมีบริการ ซึ่งเป็นตัวกำหนดการใช้บริการ คนที่ไม่มี Care Giver ก็จะไม่สามารถไปโรงพยาบาลได้

พื้นที่เมืองชนบท: บริบทของการเป็นเกาะ ในฐานะที่รีวิว สามารถคัดแยกบริบทของการเดินทาง ภูเขา หน้าฝนไม่ต้องคาดหวังว่า คนบนดอยจะไปโรงพยาบาลได้ แต่กระบวนการส่งทำให้ตรงนี้ถูกเกลี่ยออกไป และนอกจากนี้ กทม. ควรจะมีการวิเคราะห์เพิ่ม เพราะ กทม. ไปลำบากมาก ซึ่งบริบท กทม. สามารถวิเคราะห์แยกได้ ต้องแยกบริบทที่แตกต่างออกไป เพราะว่า **ระยะทางไกล แต่ค่าก็ไปยากกว่า ไม่แตกต่างจากชนบท**

ระบบส่งต่อ การที่จะทำให้การเข้าถึงเยอะ ถ้ามี Study เกี่ยวกับการส่งต่อ คือ ส่งไปแล้วไม่ได้ส่งกลับ แทนที่จะส่งไป รพ.สวนดอก ไม่ไปแล้ว เพราะว่ารู้จักหมอแล้วเลยไม่ได้ส่งอีก เรื่องความเจ็บป่วยเป็นเพราะว่าหมอได้รับความไว้วางใจมากกว่า แนวโน้มวิเคราะห์ออกมาก็จะเห็น

การวางนโยบายที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ระบบบริการปฐมภูมิ มันจะแก้ปัญหาได้ยังไง เมื่อเวลาบอกว่าให้คนไข้ไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเถอะ ไป รพ. อำเภอก็ถึงนาที่ก็ส่งยาละ ซึ่งกระบวนการอยู่ที่ Residence และ Intern ที่อยู่หน้างาน ส่วนใหญ่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ส่ง Refer กลับ ซึ่งเข้าใจว่า คนไข้ส่วนใหญ่จะไม่ไวใจ รพ. อำเภอ มันเป็นเรื่อง หมอ กับ Patient Relationship ซึ่งเป็นปัญหาของ รพ.ใหญ่ รพ.ศูนย์ ดีที่สุด ถึงจะตาย ที่ รพ.สวนดอก ตายตาหลักกว่า **ความเชื่อชาวบ้านที่ว่า รพ.ศูนย์ดีกว่า ซึ่งโรคเรื้อรังหลายโรคมีความซับซ้อนของการไว้วางใจ ศักยภาพการตรวจที่แม่นยำ ก็จะเกิดการพูดต่อ ๆ กัน จนแห่กันมาสวนดอกหมด**

นโยบายของการเข้าถึง Primary Care คุณภาพของการรักษาพยาบาลในเชิงคลินิก เป็นตัวกำหนดความไว้วางใจ ถ้า Primary Healthcare (PHC) มีความไว้วางใจ การทำ Home Care กับ Prevention and Promotion (PP) ก็จะได้รับ ความไว้วางใจ ผู้สูงอายุไม่ได้กลัวตาย เรื่องความตายไม่ได้เป็นประเด็นสำคัญ เรื่องความทรมาณต่างหาก ซึ่ง PHC สามารถดูแลได้ดีกว่า ก็จะทำให้ได้รับความไว้วางใจและการดูแลใกล้บ้าน เช่น Palliative Care ก็คือ ต้องขยายระบบบริการ PHC ด้วยระบบของแพทย์สภามันทำไม่ทัน ปี 1 ทำได้ 10 คนเอง ทำไม่ทัน ถ้าชุมชนของการทำงานของสหวิชาชีพมีความเข้มแข็งก็จะเกิดบริการที่มีคุณภาพขึ้นมาได้

Value Based Healthcare (VBHC) ควรพัฒนาความพร้อม แต่คุณภาพก็เป็นส่วนหนึ่ง ซึ่งไม่ควรรอระบบ ให้พัฒนาไปเลย และ อสม. ก็กลายเป็นปัจจัยสำคัญ แต่ปริมาณ อสม.ก็ต้องกระจายทั่วถึงและ อสม. ก็อาจจะเป็นคำตอบในการดูแลผู้สูงอายุ ได้เป็นอย่างดี

ปัญหาการกระจายแพทย์ ปัจจุบันแม้จะผลิตได้เยอะ แต่กระจายได้ไม่ดี บางพื้นที่ชนบท อาจจะมาจากรโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และโจทย์ใหญ่เรื่องความเจริญ เรื่องการกระจายของแพทย์ สมัยก่อน เราใช้ Ideology ซึ่งแพทย์จะมีความเข้าใจเรื่องการอุดช่องว่างนี้ให้ได้ ช่องว่างของการกระจายแพทย์ แต่ตอนนี้แพทย์ไม่เป็นแบบนั้น ต้องลงไปดูว่า มีความคิดในเชิงความเหลื่อมล้ำ เวลาส่งไป Elective จะมีคำถามว่า มีน้ำอุ่นไหม มี Wi-Fi หรือเปล่า ซึ่งมันไม่มีคำตอบง่าย ๆ มันจะสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ด้วย

ในพื้นที่ต่าง ๆ ปัจจุบันไม่มีแรงดึงดูดให้หมอรุ่นใหม่ให้ติดกับพื้นที่ที่อาจจะไม่มีความเป็นอยู่สบาย แต่อาจจะเป็นเรื่องอื่น ๆ แล้วจะแก้ปัญหาการกระจายของแพทย์ได้อยู่ดี

Career path ของแพทย์ การมองหมอมันจะมองแบบ Hospital base มันผิดฝาผิดตัว แล้วจะบอกว่า เป็นเรื่องธรรมชาติ โดย Public ไม่ได้ เรื่องการจูงใจ แม้จะออกพรบ. แล้วถ้าไม่ทำระบบจูงใจให้ มันก็ทำไม่ได้ ซึ่งปัจจุบันมันก็ดีขึ้นเรื่อย ๆ ในการแบ่งเบาภาระของ รพ. จังหวัดได้ดี ใน Concept ของพื้นที่ คือ 1 พื้นที่ 1 รพ. แต่ว่า บ้านเรายังมี gap ตรงนี้อยู่

ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

การสัมภาษณ์ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพยายามให้ภาพรวมในระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารท่านนี้ ณ ตอนที่สัมภาษณ์เป็นรองผู้อำนวยการอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป และเคยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการในโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน ซึ่งได้รับรางวัล คนดีศรีปฐมภูมิปี พ.ศ. 2565 ซึ่งจะให้มุมมองการบริหารจัดการในระดับโครงสร้างชุมชน การดูแลผู้ป่วยในมิติของชุมชนและโครงสร้างพื้นฐานที่มีในการให้บริการตามกรอบทฤษฎีปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (SDH)

ลักษณะของโรคเรื้อรัง: ลักษณะของการจัดการโรคเรื้อรังมันก็เป็นอย่างนี้แหละ การจัดการบริการของหน่วยบริการแต่ละหน่วย มีการจัดการแตกต่างกัน พื้นที่ไกลรพ. แต่ใกล้ รพ.สต. ที่ รพ.สต. จัดบริการไม่ได้ก็จะไปที่ศูนย์ (โรงพยาบาล) ปัญหาคือ คุณภาพมันเท่ากันไหม มันต่างกันหรือไม่ ต้นทุน คุณภาพที่มาแล้วกลับไปได้เท่ากัน และที่สำคัญอย่างหนึ่งของ รพ. คือ จำนวนคนไข้แน่น

จำนวนการใช้บริการ: ถ้าเป็นที่ โรงพยาบาล โรคเรื้อรัง จะนัดมา รพ. บ่อย ๆ ที่อนามัยจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย หน่วยบริการที่มีหมอจริง ๆ ก็จะแตกต่างจากบริการที่ไม่มีหมอ อยู่จริง

จำนวนการใช้บริการ: นโยบายที่เป็นปัญหาอีกอย่าง คือ คนที่คุมยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ การบริหารยาที่ รพ.สต. จ่ายยานี้เพียงพอสำหรับระยะเวลาไม่เกินเดือน ขณะที่ รพ.สต. จ่ายยาดีกว่า รพ. จะจ่ายยา น้อยกว่า

สิทธิรักษาพยาบาล: สิทธิข้าราชการเบิกได้ หมอไม่ค่อยยั้ง UC สิทธิองค์กรปกครองของท้องถิ่นจะเบิกแบบไม่ยั้ง งบประมาณของ รพ.สต. ใช้เชิง Prevention ได้น้อยเพราะว่า ให้ไปที่ CUP (Contracting Unit of Primary Care) ถ้าแม่ข่ายเข้าใจจะเป็นการกระจายที่ดี สุดท้ายคนที่จะกระจายคือ ผู้อำนวยการ รพ. ซึ่งคนที่ Manage คือ หน่วยงานในท้องถิ่น ผ่าน รพ.สต.

เงินมี 3 ก้อน PP (Prevention & Promotion) OP(Outpatient) , IP (In-Patient)
 ส่วนตัว PP มันเขียนโครงการได้ แต่จะทำหรือเปล่า และเราต้อง Defend ว่าเราต้องทำ การบริหาร
 โครงการถ้าเงินเหลือ ถ้า CUP บริหารเงินเหลือก็จะเข้าเงินบำรุง การที่ รพ.สต. ย้ายไปอยู่กับองค์กร
 ปกครองส่วนท้องถิ่นอาจจะดีกว่า เพราะว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้ดูป่วยไม่ป่วย แต่เค้าจะดู
 คนของเค้า การที่เงินอยู่ในหน่วยบริการ อยู่ที่สถานะของเงินของการบริการ มันจะเป็นว่าทำยังไงให้
 หน่วยบริการจะอยู่รอด แต่ว่าการไปอยู่กับท้องถิ่นมันจะต่างกันที่จะทุ่มเทเพราะต้องดูแลคนซึ่งเป็น
 ฐานเสียงของพวกเขา

หากถามว่า งบประมาณ จะส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการหรือส่งเสริมการบริการใหม่ เองจะไป
 ประชุมในที่ประชุม คปสอ. เราไปดูว่ามีปัญหาอะไร เราจะใช้เงินทำอะไร เราจะไม่เอาไปบริหาร PP
 ต้องทำ PP ต้องไปจัดทำเรื่องของ PP

นโยบายการรักษาเหมือนกัน รพ.สต. ยุคเดิม แบ่งงบ รพ.สต. มีงบเท่าไร อยู่ที่นโยบาย
 CUP นโยบาย รพ.กับผู้บริหาร และถ้าคนไหนมีปัญหาที่จะดูแลต่อเนื่องได้ ซึ่งก็จะให้ รพ.สต.ดูแล จริง
 ๆ แล้วต้องทำนโยบาย 1 จังหวัด 1 โรงพยาบาลเพื่อให้ไม่ต้องเถียงกันเรื่องต้นทุนของค่าการรักษาจะ
 เป็นของใคร เพราะว่า

ถ้า รพ.สต. เค้าจะได้ดูแลประชาชนเพิ่มขึ้น ถ้า Logistic ดีขนาดนี้แทบไม่ต้องมา ผมส่งยา
 ไปที่ รพ.สต. ถ้ามีหมอลงไป ก็ไปเจอ รพ.สต. ไม่จำเป็นต้องมา รพ. เพราะที่มา รพ. ก็จะมี เจอหมอ
 ชักประวัติ เจอยา กลับบ้าน เรื่องงบประมาณและการจัดบริการจะต้องเปลี่ยนวิธีคิดเรื่องการ
 จัดบริการผู้สูงอายุ ถ้า Logistic ดี ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ ที่ รพ.สต. โดยยุคนี้ต้อง Tele-med (Tele-
 medicine) หมอเค้ายอมไป

ปัจจุบันหมออยู่ในเมืองเพราะในเมืองมีความเจริญ หมอจะลงไปหรือเปล่า ซึ่งหมอ ไป รพ.
 สต. ต้นทุนจะคุ้มกว่า หมอไปคนเดียว คนไข้ลดต้นทุนเดินทางได้ ทุกวันนี้คนไข้ไม่ควรไปรพ. ควรไป
ดูแลในชุมชน ถ้ามีระบบที่ดี ที่รู้อยู่แล้วเพราะว่า ที่หมู่บ้าน **เรามีระบบ** แต่ไม่ได้ทำให้ระบบมี
 ศักยภาพเพียงพอ

จำนวนการใช้บริการ: ตัวเลขที่เห็น มันไม่ได้บอกจำนวนคุณภาพของบริการ ควรจะวัด
 คุณภาพของบริการด้วย การจัดการงบประมาณ สิทธิเบิกได้ มีการใช้เยอะ แต่ใช้ที่ รพ. เป็นส่วนใหญ่
 ตรงนี้ทำให้ ผู้สูงอายุต้องไปที่รพ. เพราะว่าไม่มั่นใจถ้าให้จ่ายค่าบริการไปก่อนแล้วมาเบิกทีหลังทำให้การ
 ใช้บริการน้อย โดยระบบแล้วการชำระค่าบริการควรจะเป็นเหมือนกันหมด เช่น UC ไปใช้ที่ PCU ได้
 ซึ่งในเชิงนโยบายต้องไปปรับ

การกระจายอำนาจ เราควรให้ผู้นำท้องถิ่นให้เค้าไปดูดูแลได้ดีกว่า เพราะเค้าต้องการคะแนน
 เสียง ท้องถิ่นสามารถจัดงบมาเติมได้ เรื่องสิ่งแวดล้อมกับผู้สูงอายุที่บ้าน ที่แสนสุข ที่ชลบุรี ทำ IOT

(Internet of Things) ที่ในอนาคต อาจจะมีระบบบริการที่เข้าถึงได้ดีกว่า กับผู้สูงอายุจะถูกดูแลขั้นที่
ต้องถื่นมากขึ้น

ตัวแทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์กรระดับประเทศที่มีหน้าที่ในการดูแล
บริหารจัดการกองทุนที่ทำงานด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ นอกเหนือจากผู้จัดางงบประมาณสำหรับ
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนหลายกองทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่
ทำงานเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ มิได้แบ่งแยกสิทธิ โดยให้บริการทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย
ซึ่งการสัมภาษณ์ตัวแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงพยายามที่จะตอบบทบาทของ
การวิเคราะห์กองทุนที่ส่งเสริมป้องกันโรค ในบริการปฐมภูมิของผู้สูงอายุประเทศไทย โดยมีเนื้อหาที่
สำคัญดังนี้

ขอบเขตนิยามการใช้บริการปฐมภูมิส่งผลต่อการใช้บริการ: ข้อจำกัดของข้อมูลจาก
Health Data Center (HDC) เป็นนิยาม ของภาครัฐ สะท้อนนิยามปฐมภูมิ ใน พรบ. ปฐมภูมิ ก็
ค่อนข้างเปิดกว้าง ไม่ได้จำกัดว่า ทุติยภูมิหรือตติยภูมิซึ่งไม่ได้จำกัดเรื่องนี้ ในประกาศใหญ่ ทุกระดับ
สามารถจัดบริการปฐมภูมิได้อยู่แล้ว ในแต่ละจังหวัด ซึ่งอาจจะมี ความแตกต่างด้านรายได้ของหน่วย
บริการ

Behavior ในการใช้บริการจะต่ำ ถ้าเป็น UC (Universal Coverage Scheme) จำนวน
มากจะไปคลินิก ซึ่งจะไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลนั้น และสิทธิต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มอายุ จากองค์กร
อิสระ เรื่องของการให้สิทธิประโยชน์ cover ของผู้สูงอายุต่อไปใหม่ พอหลุดไปแล้ว **ประกันสังคม
สุดท้ายก็จะผลัดมาอยู่ที่ UC** ซึ่งขึ้นอยู่กับ เศรษฐฐานะ ที่ผู้สูงอายุจะสามารถเข้าถึงสถานพยาบาล
เอกชนได้

เรื่องของพื้นที่ แต่ละจังหวัด อย่าง ระนอง มีหมอค่อนข้างน้อย ในรัฐสวัสดิการ ครอบคลุม
ทั้ง รพช รพ.สต. สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องไปดู in- detail อย่าดูแค่การเข้าถึง แล้วเทียบ
กับ อัตราส่วนแพทย์ หน่วยบริการ เทียบกับจังหวัดอื่น ว่า Coverage ใกล้เคียงกันไหม ซึ่งมัน
ค่อนข้างกว้างมาก เนื่องจากประชากรเยอะ เช่น อาจจะมีปัจจัยแทรกแซงในการแปรผลการศึกษาเชิง
ปริมาณที่ว่ามา ผมคิดว่าควรต้องระบุข้อจำกัดของผลการศึกษา

งบประมาณ 2 กองทุน: การเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอก กองทุนใหญ่ ไม่ใช่สองกองทุนนี้
(LTC, สุขภาพตำบล) บริการผู้ป่วยนอกรวม รพ.สต. **ไม่ได้รวม Home Visit** อาจจะแยกหมวดกัน
อยู่ใน HDC ทำให้อาจจะคลาดเคลื่อน

กองทุนตำบลจะเข้าถึงมากกว่า และกองทุน LTC ที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงจะมีจำนวนน้อย
อยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มนี้มีความจำเป็นในการรักษาพยาบาลมากกว่า ถ้าเป็น กองสุขภาพ
ตำบล เพราะว่า มีการหนุนเรื่องการเข้าถึงบริการได้ เช่น การเติมเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เรื่อง

การทำกายภาพบำบัด ถ้างบเพิ่ม การเข้าถึงเพิ่มก็จะเด่นกว่า LTC ซึ่งเป็น Community Base จะไม่ถูกนับในฐานะข้อมูลเช่นกัน

งบประมาณ 2 กองทุน: กระบวนการในการกระจายงบประมาณของ 2 กองทุนเป็น Capitation จ่ายต่อหัว Matching fund ให้งบประมาณไป โดยให้ท้องถิ่นสนับสนุนในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน กองทุนพื้นที่จังหวัดก็เช่นเดียวกันจะให้ Support ตามประชากรต่อหัว จะได้มากน้อยตามจำนวนหัวของประชากรที่มี และทางท้องถิ่นให้ความสำคัญอย่างไร เช่น บางพื้นที่ Design ได้ดี บางพื้นที่เงินเหลือเยอะ ทำให้มีความเหลื่อมล้ำในแต่ละปี ถ้าจังหวัดไหนใช้เงินเยอะ

ข้อเสนอแนะทางการศึกษา: ระยะทางกับ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ **การใช้บริการไม่ได้วัดปฐมภูมิทั้งหมด ต้องไปใช้ที่ รพ.สต. ยิ่งไกล มีรพ.สต.ใกล้ มากกว่า** ถ้าอย่างนี้อาจจะตอบโจทย์ได้ไม่หมด จากการดู Cross-sectional ถ้าเป็น Multiple Cross-sectional Study ถ้า รพ.ทั่วไป เป็นด่านแรก การเข้าถึงจะยากกว่า ถ้าดู Multiple Cross-sectional Study **เมื่อรับบริการปฐมภูมิ มันจะเห็นเทรนด์ลดความแออัด** กับ รพ.ศูนย์เพิ่มเติม ยังต้องดูต่อไปข้างหน้าต่อไปว่าควรจะต้องดู Multiple Cross-sectional Study หรือ Cohort หรือไม่

โรคเรื้อรัง: โรคเรื้อรัง การไปรับบริการปฐมภูมิ คลินิกชุมชนอบอุ่น ไม่ได้จัดเป็นรายการ Fee schedule สำหรับเรื่องจำนวนโรคเรื้อรังหลายโรคแล้วมีการใช้บริการมากขึ้น อาจจะเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนในการรักษา ทำให้มาใช้บริการหลายครั้ง โดยแต่ก่อนจะใช้บริการที่ระดับ รพ. แต่ตอนนี้ไปที่ชุมชน ก็คือ คอนโทรลได้แล้ว แต่ก็ยังมารับยาต่อที่ รพ.สต.

จำนวนโรคเรื้อรัง งบประมาณที่ส่งเสริมจะอยู่กับผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ถ้างบประมาณสำหรับส่งเสริมป้องกันสุขภาพ จะมีกอง P&P (Prevention and Promotion) ให้กับทุกสิทธิ แต่ไม่ใช่ NCD (Non-Communication Disease) เป็นต้นเหตุของโรค ปีหนึ่ง ประมาณ 60,000 ล้านบาท สำหรับ P&P สำหรับระเบียบการจ่าย ฉบับที่ 10 เป็นประเภทและขอบเขตบริการของการสร้างเสริมสุขภาพของ UC (Universal Coverage) ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เช่น ANC (Antenatal Care) ทำอะไรได้บ้าง กลุ่มอายุนี้ทำอะไรได้บ้าง มีกองทุน Acute Care มี กองทุน OP ทั่วไป กองทุน OP อุกเขิน โดยมีข้อจำกัดจากการใช้บริการ 140,000 ล้านบาท กองทุน OP , P&P , IP และแยกในกองทุนย่อย รายจังหวัด รายอย่างอื่น รายอำเภอ งบประมาณกลางจะจ่ายเป็นรายหัว ไป Adjusted ตามกลุ่มอายุ ทำให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างผู้สูงอายุเยอะกว่า ซึ่งต้องตั้ง Draft sheet 0 แล้วทำ sheet 1 และ 2 มาให้ โดยจ่ายไปแต่ละจังหวัด รายอำเภอ ซึ่งให้ Acute Care, Stroke, RT, PA, CTscan coverage ชัก 49,000 บาท โดยบางรายการจะมีการจ่ายพิเศษ มีการกระตุ้นให้เกิดการจ่ายแบบ Fast Track เบิกจ่ายไม่เกิน 49,000 บาท ให้ทำ CT ทำละลายลิ่มเลือดได้เลย ก็จะมี INC, ก็จะมี IP จ่ายด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังมีการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงเรื่อง Community Care ให้ แล้วก็จะ

On-top ให้อีก คือ Stroke และโรคอื่น ๆ ททยอยเพิ่มขึ้นมา ถ้าได้รับการประเมินว่าอยู่ในภาวะพึ่งพิง LTC

ตัวแทนผู้บริหาร รพ.สต. ดีเด่น และบอร์ดคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นอกจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและนโยบายระดับประเทศแล้ว ได้ทำการสัมภาษณ์ต้นแบบ รพ.สต. ดีเด่นซึ่งผู้อำนวยการ รพ.สต. นี้เป็นคณะกรรมการบอร์ดระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วย ทำให้มีความเข้าใจงานด้านนโยบายภาพรวมและเข้าใจงานด้านการบริการเป็นอย่างดี นอกจากนี้ ยังเป็นรพ.สต. ที่อยู่ในเขตที่มีความเป็นเมืองสูง คือ อยู่ในจังหวัดนนทบุรี ซึ่งครอบคลุมบริบทความแตกต่างด้านการให้บริการในพื้นที่เขตเมืองด้วย

กองทุนสุขภาพปฐมภูมิ: สองกองทุน (กองทุนสุขภาพตำบล และกองทุนระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)) มันแยกกันแต่เงินได้มาจาก สปสช. เหมือนกัน ใช้แก้ปัญหาในพื้นที่ งบประมาณ ส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความหลากหลายกว่า การใช้จ่ายเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน เป็นค่าใช้จ่ายเรื่องการดูแลอย่างเดียว ขณะที่ **กองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล เขียนให้ลงกับชุมชนได้มากกว่า** ประเด็นกองทุนสุขภาพปฐมภูมิ ก็พบว่ากองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถส่งเสริมได้ด้วยดีกว่า ด้วยวัตถุประสงค์ที่กว้างกว่า และ ยืดหยุ่นกว่า ขณะที่การดำเนินการของกองทุน LTC เป็นการดำเนินการที่เฉพาะเจาะจงกว่า เฉพาะกลุ่มกว่า ซึ่งไม่ได้ครอบคลุมโรคเรื้อรัง เงื่อนไขการทำงานและใช้จ่ายยากกว่า

บริบทเมืองชนบท: ที่ รพ.สต. ของเรามีระยะทาง 7 กิโลเมตรกว่า งานคลินิกโรคเรื้อรังที่เอามาจาก CUP ของ รพ.แม่ข่าย เกือบ 90 % ที่นี้บริบทไม่ได้อยู่นนใหญ่ ทำให้มีค่าใช้จ่าย แท็กซี่ 350 ต่อคนต่อครั้ง ไม่ได้มีรถประจำทาง ไม่มีระบบขนส่งแต่ละพื้นที่มีบริบทการเข้าถึงแตกต่างกัน ซึ่งความเชื่อมั่น และความน่าเชื่อถือของหน่วยบริการสำคัญ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่จะมาใช้บริการมีโรคเรื้อรัง และใช้บริการอันดับ 1 เจ็บป่วยทั่วไป ส่วนใหญ่ 90 % ไม่ได้ไปโรงพยาบาล ไป รพ. พระนั่งเกล้า 10 กิโลเมตร แต่ค่าใช้จ่าย 350 บาทต่อคนต่อครั้ง แต่ใช้บริการที่นี้ได้ Item ยาเหมือนกับที่โรงพยาบาล การมีอยู่ของ รพ.สต. มันต้องอยู่ที่กระทบต่อการเข้าถึงอยู่ด้วย ตัวยาได้รับ

สิทธิ รพ.สต. การจำแนกสิทธิ มีการจำแนกสิทธิตรวจสอบสิทธิ นอกสิทธิ และ สิทธิของข้าราชการในโรคเรื้อรังมีการใช้บริการในระดับที่ใกล้เคียงกันใจแต่ละสิทธิ แต่สำหรับสิทธิข้าราชการจะเป็นการจ่ายก่อน

จำนวนแพทย์: การมีหรือไม่มีหมอครอบครัวส่งผลต่อการใช้บริการหรือไม่ ที่นี้จะมีแพทย์มาประจำ พอมี หมอครอบครัว มันเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น การมีหมอครอบครัวมา ทำให้เกิดบริการเป็นระบบมากขึ้น มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น มีเวลาเข้ามาใช้บริการมากขึ้น ซึ่งเกิดความสัมพันธ์กับหมอและคนไข้มากขึ้น

ระยะทางในการเดินทาง: การเข้าถึงต้องการความเชื่อมั่นของบริการ ซึ่งประกอบด้วยระบบที่น่าเชื่อถือ มีหมอ ประเด็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ต้นทุนที่เกิดขึ้น ทำให้การเลือกรับบริการเป็นปัจจัยสำคัญ

ขณะที่บริบทความเป็นชนบท ความเป็นเมือง ไม่สามารถบอกได้ว่า แบบไหนดี หรือไม่ดีกว่า แต่บริบทแตกต่างกัน เพราะว่า **ชนบทอาจจะห่างไกล ก็มีค่าเดินทาง แต่ในเมืองก็มีพาหนะแต่ค่าใช้จ่ายสูงเช่นกัน**

ตัวแทนสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

สำหรับตัวแทนสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง มุ่งไปที่ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและความยากจน กลุ่มคนจนของประชากรผู้สูงอายุเท่านั้น ซึ่งพยายามจะเติมเต็มมิติทางด้านมหภาคและความยากจน ซึ่งได้มุมมองเกี่ยวกับทางด้านโครงสร้างพื้นฐานและปัจจัยส่วนบุคคลมาพอสมควร อย่างไรก็ตาม มุมมองเศรษฐกิจจึงเป็นสิ่งที่ยังขาดไป โดยได้ทำการสัมภาษณ์ นักเศรษฐกรชำนาญการพิเศษ สำนักนโยบายเศรษฐกิจมหภาค สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง โดยมีเนื้อหาและประเด็นที่เกี่ยวข้องที่สำคัญดังนี้

สัดส่วนคนจน: สัดส่วนคนจนจะไม่ได้ส่งผลมากนัก มันจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ที่ติดอันดับความยากจน กับจังหวัดที่ไม่ได้มีปัญหาความยากจน จังหวัดที่มีความยากจนอันดับแรก คือ ปัตตานี แม่ฮ่องสอน นราธิวาส ด้วยลักษณะเฉพาะที่ไม่เหมือนกัน เช่น แม่ฮ่องสอน ปัตตานี แต่ปัจจัยที่กำหนด ผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขแตกต่างกัน เพราะแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน หลัก ๆ คือ เส้นทางคมนาคม จะลำบาก จะใช้สิทธิ 30 บาท ค่าต้องมากับอำเภอที่ใกล้กว่า เช่น ปาย ซึ่งเราจะนับยังไง ในสถานการณ์แบบนี้ ซึ่งอาจจะนับว่าเข้าไม่ถึงหรือเปล่า หรือว่า จะนับขอบเขตจังหวัดหรือยัง

คนจน: สำหรับคนจนค่าใช้จ่ายในการเดินทางจะไม่เท่ากัน มันเป็นการเชิงโครงสร้างซึ่งจะไปเกี่ยวกับรายได้ของผู้สูงอายุคนนั้น ในฐานะข้อมูลผู้มีรายได้น้อย หรือ ผู้ถือสวัสดิการแห่งรัฐ ผู้สูงอายุ 4 ล้านคน ในกลุ่มถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ (แต่นิยามแตกต่างกัน) เมื่อก่อนมี 14.6 ล้านคน **คนจนปัจจุบัน 13.3** หลังจากปรับ 4 ล้านส่วนใหญ่มีรายได้กว่าค่าเส้นความยากจน

บริบทเมืองและชนบท: คนจนไม่มีเงินเลยอยู่ภูเก็ต กับคนจนที่อยู่แม่ฮ่องสอนจะแตกต่างกัน การเข้าถึงแตกต่างกัน ซึ่งมันมีผลอย่างมาก และเป็นปัจจัยสำคัญ น่าจะมีอิทธิพลมากกว่ารายได้ด้วยซ้ำไป ตอนนั้นสำหรับโครงการ 1,000 บาท ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ ตอนนั้นให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ขึ้นไป ด้วยเหตุผลที่ว่า 60 – 65 ยังพอจะช่วยเหลือตัวเองได้ 1000 บาท ข้อดีคือ (จากการประเมินการได้สวัสดิการ) ได้ความพึงพอใจสูง ด้วยการที่ใส่ช่อง e-money สามารถกดเงินสดจากตู้เอทีเอ็มได้

ถ้ารัฐบาลจะหยิบตัวนี้ขึ้นมาทำใหม่ ให้ตัดวงเงินที่อยู่ในบัตรสวัสดิการ เหมือนกับการให้ 300 บาทในการซื้อสินค้าธงฟ้าฯ ซึ่งใส่ 1,000 บาท จะต้องไปอนามัยกับ รพ. ไม่งั้นจะไม่สามารถใช้จ่ายได้ และที่สำคัญควรมีการนำแพทย์เข้าไปพื้นที่ห่างไกล ที่ระบบคมนาคมขนส่งมันไม่พอ ด้วยการจัดการแตกต่างกัน คนที่ไม่ได้เจ็บป่วยร้ายแรง นอนอยู่บ้านสบายกว่า เพราะว่ามันไกล แล้วแถมไม่มีรถ ลูกหลานไม่ได้ดูแล

นอกจากจำนวนคนจนในแต่ละพื้นที่ ถ้าเราสามารถสุ่มวิเคราะห์ได้ว่า ผู้สูงอายุพิการกับผู้อยู่ลำพัง (2 กลุ่มนี้เข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขเลย เหมือนกัน) ตัวอย่าง ลงลพบุรี อ. ชัยบาดาล พบผู้สูงอายุ ตาบอด พิการ แต่ประเด็นคือ เขาได้แค่ผู้สูงอายุ เพราะว่าไม่เคยไป รพ. พอไม่ได้ไปเจอหมอก็เลยไม่ได้วินิจฉัยว่าเป็นผู้พิการ ทำให้คนจำนวนไม่น้อย ควรจะได้มากกว่า น่าจะมีคนตกหล่นเยอะ ซึ่งควรจะมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เข้าไปในพื้นที่ แทนที่จะเป็นหน่วยงานพื้นที่รับผิดชอบ

ในอนาคตข้างหน้า เราจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ สิ่งสำคัญคือว่า ถ้าพรรคการเมืองนโยบายแบบเดิม ภาระทางการคลังจะขึ้นแบบขึ้นบันได เพราะว่า จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสิ่งที่น่ากลัวคือ การให้ 3,000 บาท ทุกวันนี้ภาระการคลังตอนนี้ 78,000 ล้าน ซึ่งถ้าคูณ 3 ก็จะทำให้เท่ากับ 10 % ของงบประมาณประเทศ

สิ่งที่ต้องใส่เข้าไปคือ ข้อจำกัดของงบประมาณเพราะฉะนั้น ที่สำคัญคือ คนทำงานน้อยลง ภาษีก็จะจัดเก็บได้น้อย ผู้สูงอายุเป็นตัวแปรหลัก ทั้งในเรื่องขีดความสามารถของประเทศ productivity

ตัวแทนผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว

บทสัมภาษณ์ของตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่มีระยะทางห่างไกล จาก โรงพยาบาลชุมชน ที่ดูแลประชากรในพื้นที่ที่ระยะทางไกลทำให้การเดินทางไป โรงพยาบาล เป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยประเด็นที่ให้ความสนใจเป็นเรื่องระยะทางเป็นหลัก โดยมีเนื้อหาที่สำคัญดังนี้

บทบาทของหน่วยงานตำบล ห่างไกลใช้บริการเยอะ: ระยะทางห่างไกล 20 กิโลเมตร มี 2 อย่างก็คือ จะไปด้วยตัวเอง หรือไปมอเตอร์ไซค์ ไม่งั้นก็ประสานรถ อบต. เพราะที่นี้ไม่มีรถโดยสาร ถ้าจะเข้าเมือง เอารถมอเตอร์ไซค์ไปไว้ที่ใกล้ถนนผ่าน ประมาณ 10 กิโลเมตร เขตรับผิดชอบของรพ.สต. นี้ มี 7 หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุ 800 กว่าคน ส่วนใหญ่จะอยู่กับลูกหลาน อาจจะมีบ้างที่มีปัญหาในการเดินทาง ด้วยความที่ไกลโรงพยาบาล ทำให้สถานพยาบาล (รพ.สต.) เป็นสถานพยาบาลหลัก แต่ที่นี้ไม่มีหมอชุมชน (หมอคอบครัว) มีแต่นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทันตกรรม ไม่มีพยาบาล ซึ่งมี รพ.สต. อีกแห่งหนึ่งของตำบล รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน หมายความว่า 2 รพ.สต. รับผิดชอบ 1 ตำบล

การเยี่ยมบ้านเยาะแต่ไม่นับ visit: สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จะออกเยี่ยมบ้าน ถ้าทำได้ก็ต้องใช้รถ ออบต. ไป รพ. กรณีที่ต้องไป รพ.สต. ซึ่งการเยี่ยมบ้านไม่ได้ทำการลงระบบ แต่มีใบเยี่ยมบ้าน

งบประมาณสองกองทุน: CG (Care Giver) ที่นี้เป็น อสม. เป็นชาวบ้าน ค่าจัดทำ Care plan ส่วนใหญ่กองทุนสุขภาพตำบล จะจัดทุกเดือนที่ศูนย์ฯ ในส่วนของหน่วยทันตกรรม ก็จัดออกตามหมู่บ้าน ตรวจสอบช่องปากเพื่อส่งไปทำฟันปลอมที่ รพ. เดือนละหมู่บ้าน ถ้าโอนงบประมาณเข้าหน่วยบริการ สำหรับ รพ.สต.ใช้จะใช้จ่าย ที่นี่จะแก้ปัญหาโดยตั้งชมรมขึ้นมาเพื่อให้ใช้เขียนโครงการ เข้าชมรม เบิกจ่ายได้ไม่ยากโดยใช้เงินจากชมรม ภายได้เงื่อนไขอยู่ในพื้นที่ นอกจากหน่วยงานอื่นก็จะมีอนามัย กองการศึกษาของ ออบต. ซึ่งทุกฝ่ายให้ความเห็นว่า งบค่อนข้างจำกัดสำหรับการทำงาน

ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล กองสาธารณสุข ผู้บริหารกองทุนสุขภาพตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นหน่วยงานที่ดูแล รพ.สต. หลังจากมีการโอนย้ายจากกระทรวงสาธารณสุข เข้ามาในสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล โดยหน่วยงานที่ดูแลงบประมาณสุขภาพ คือ กองสาธารณสุข มีฐานะเป็นหนึ่งในคณะกรรมการที่ตัดสินใจด้านการจัดการงบบน โดยร่วมกับ รพ.สต. ในพื้นที่ ซึ่งได้ทำการสัมภาษณ์ครั้งนี้ มีเนื้อหาเฉพาะส่วนของ งบประมาณ 2 กองทุนในตัวแปรที่ทำการวิเคราะห์เท่านั้น

งบประมาณสองกองทุน: งบประมาณของกองทุนสุขภาพตำบล มีการใช้**งบประมาณที่กว้างกว่า ส่งเสริมป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ จะใช้ได้กว้างกว่า ใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคฟื้นฟู ติดตามคัดกรอง** ส่วนเรื่องการเดินทาง ถ้าเป็นรถสำหรับการเดินทาง อย่างนั้นไม่ได้ใช้เงินกองทุน รถไม่ใช่รถฉุกเฉิน เป็นรถออบต. ส่วนเรื่อง รพ.สต. จะไปควรวรรณกับ ออบจ. รพ.สต. ไหนที่มีความพร้อมจะไปกับ ออบจ. เป็นแค่บางแห่งเท่านั้น

ในส่วนของกองสวัสดิการ มีบทบาทในการเป็นผู้ถือเงินของกองทุนสุขภาพตำบลได้ ไม่สามารถซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ ต้องเกี่ยวกับการคัดกรองโรคเท่านั้น การส่งเสริมป้องกันโรค ถ้าคัดกรองแล้วเครื่องมือซับซ้อนทำไม่ได้ ซึ่งผู้ใช้งบประมาณคือ หน่วยงาน หรือกลุ่มที่ต้องการใช้เงิน หน่วยงานของ ออบต. ไม่สามารถใช้ได้เอง