

Original Article

# ความเป็นธรรมการใช้บริการสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค)

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

## บทคัดย่อ

แม้รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขจัดโครงการสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2535 แต่จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2544 พบว่าเกือบร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุยังขาดการประกันสุขภาพ ในปีเดียวกันนั้นรัฐบาลได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายหลังการเลือกตั้ง โดยมุ่งให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน โครงการดังกล่าวดำเนินการโดยใช้เงินงบประมาณเป็นหลัก และปฏิรูปรูปแบบการจัดสรรงบประมาณและการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล และพัฒนาระบบบริการโดยให้ความสำคัญและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยอาศัยกรอบแนวคิดของ Andersen Behavior Model ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มาจากการสำรวจครัวเรือนโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามในจังหวัดยากจนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภายหลังดำเนินโครงการครบหนึ่งปีระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2545 สุ่มเลือกตัวอย่างแบบกลุ่มสองชั้นตอน (2-stage cluster sampling) ประชากรที่ศึกษาคือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและถือบัตรทองโดยไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นจำนวน 965 คน

ผลการศึกษาพบว่า การใช้บริการผู้ป่วยนอกในกลุ่มผู้สูงอายุมีความเป็นธรรมโดยขึ้นกับปัจจัยด้านสุขภาพเป็นหลัก และสถานบริการปฐมภูมิมิบทบาทสำคัญต่อสัมฤทธิ์ผลนี้ อย่างไรก็ตามคุณภาพบริการของสถานบริการปฐมภูมิเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญและต้องศึกษาต่อไป ส่วนการให้บริการผู้ป่วยในนั้นพบว่าโอกาสในการใช้บริการก็ขึ้นกับปัจจัยด้านสุขภาพเป็นหลัก แต่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและสะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนมีความถี่ในการใช้บริการผู้ป่วยในมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทและผู้ที่ยังไม่สะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านกายภาพ (physical access) จึงยังคงเป็นสิ่งที่ต้องแก้ไขต่อไป

**คำสำคัญ:** หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ผู้สูงอายุ, ความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพ

## บทนำ

ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเป็นวัตถุประสงค์สำคัญประการหนึ่งของระบบบริการ

สุขภาพ โดยการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นควรขึ้นกับปัจจัยด้านสุขภาพเป็นหลักไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีฐานะดีหรือยากจนเพียงใด การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น

อย่างถ้วนหน้าได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกภายใต้นโยบาย "สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543" โดยอาศัยยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)<sup>(1)</sup> และวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้รับการตอกย้ำให้เด่นชัดขึ้นในรายงานอนามัยโลกปี 2542 และ 2543 ภายใต้ยุทธศาสตร์บริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า<sup>(2,3)</sup>

หลักประกันสุขภาพทำหน้าที่สำคัญสองประการคือ สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและป้องกันมิให้ครัวเรือนต้องล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่มีราคาแพง<sup>(4)</sup> การขยายบทบาทของหลักประกันสุขภาพทำได้ในสองลักษณะคือ การขยายความครอบคลุมจำนวนประชากร และการขยายความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพนั้น ๆ ดังนั้นการขยายหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนโดยมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมบริการที่จำเป็นอย่างเพียงพอ และมีระบบบริการที่ประชาชนเข้าถึงได้โดยสะดวกนั้น จะทำให้หลักประกันสุขภาพสามารถทำหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างเต็มที่และโดยทฤษฎีแล้วจะนำมาซึ่งความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามการขยายหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนมักถูกจำกัดด้วยทรัพยากรและประสิทธิภาพของการจัดสรร/บริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่นั้น<sup>(5)</sup> ดังนั้นเพื่อให้มีความเป็นไปได้ในการดำเนินนโยบายดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อความยั่งยืนของระบบจึงมักหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและระบบการคลังสุขภาพร่วมด้วยเสมอ

ด้วยลักษณะจำเพาะของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงในขณะที่มีความสามารถในการจ่ายต่ำ ประเทศพัฒนาแล้วทุกแห่งรวมทั้งสหรัฐอเมริกาจึงจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ผู้สูงอายุของตน โดยมีรูปแบบของระบบประกันและระบบการบริหารจัดการที่หลากหลาย เช่น รายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการให้บริการ การกำหนดส่วนร่วมจ่าย การจัดสรรทรัพยากรและการ

ซื้อบริการ รวมถึงระบบบริการสุขภาพ ความหลากหลายดังกล่าวย่อมกระทบต่อสัมฤทธิ์ผลของการทำหน้าที่สำคัญสองประการของหลักประกันสุขภาพตามที่กล่าวมาข้างต้น

กรอบแนวคิดของ Andersen Behavior Model ถูกนำมาใช้บ่อยครั้งในการประเมินการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวเสนอว่าการใช้บริการสุขภาพของบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรสามกลุ่มหลัก กลุ่มแรกคือลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อการแสวงหาบริการ เช่น ลักษณะด้านประชากร (อายุ เพศ) ชนชั้นด้านสังคม (การศึกษา อาชีพ) และความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยกลุ่มที่สองคือ ทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการ เช่น รายได้ การมีหลักประกันสุขภาพ การมีบริการที่เข้าถึงได้ไม่ลำบากและปราศจากสิ่งกีดกั้นการเข้าถึงบริการอื่น ๆ และปัจจัยกลุ่มสุดท้ายคือ ปัจจัยด้านสุขภาพส่วนบุคคลไม่ว่าจะเป็นสถานะสุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองหรือจากการตรวจวัดโดยบุคลากรทางการแพทย์ สถานะสุขภาพทางกายหรือทางจิต รวมถึงสมรรถภาพทางร่างกาย<sup>(6,7)</sup> โดยการใช้บริการสุขภาพถือว่ามีความเป็นธรรมหากปัจจัยที่อธิบายการใช้บริการหลักคือปัจจัยด้านสุขภาพและการใช้บริการนั้นเป็นอิสระจากปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยเอื้อ หลักฐานจากการศึกษาในประเทศพัฒนาแล้วที่ให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมอย่างสมบูรณ์ในชุดสิทธิประโยชน์เป็นไปอย่างเท่าเทียมกัน เช่น บริการปฐมภูมิ<sup>(8-11)</sup> และบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล<sup>(11,12)</sup> อย่างไรก็ตามพบว่ายังคงมีความแตกต่างกันในการเข้าถึงบริการที่จัดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและบริการป้องกันด้านคลินิก<sup>(10,13)</sup> และบริการที่ครอบคลุมเพียงบางส่วนหรือไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์<sup>(9,14-16)</sup>

### โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้สูงอายุ

แม้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสวัสดิการรักษายาบาลแก่ผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2535 แต่ด้วยข้อจำกัด

ของงบประมาณทำให้กระทรวงฯ มิได้กำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิภายใต้โครงการดังกล่าวอย่างชัดเจน มีผลให้มีความแตกต่างกันในการให้หลักประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุระหว่างจังหวัดและโรงพยาบาลต่าง ๆ<sup>(17)</sup> บางจังหวัดออกบัตรผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุทุกคนในขณะที่บางจังหวัดออกบัตรให้เฉพาะรายที่ยากจน นโยบายดังกล่าวส่งผลให้ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 44 ในปี 2534 เป็นร้อยละ 65 และ 83 ในปี 2539 และ 2544 ตามลำดับ (จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการสำรวจสวัสดิการและอนามัย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2534, 2539, 2544) การใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากร้อยละ 52 ของผู้ที่รายงานว่ามีอาการเจ็บป่วย เป็นร้อยละ 68 และ 72 ในช่วงเวลาเดียวกัน ถึงกระนั้นก็ยังพบความแตกต่างของความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพและการใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยตามเขตที่อยู่อาศัยและสถานะเศรษฐกิจของครัวเรือน<sup>(18)</sup>

ภายหลังการเลือกตั้งในเดือนเมษายน 2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยภายใต้โครงการ “สามสิบบาทรักษาทุกโรค” โดยเริ่มทดลองนำร่องในพื้นที่ 6 จังหวัด คือ พะเยา ยโสธร นครสวรรค์ สมุทรสาคร ปทุมธานี และยะลา และค่อย ๆ ขยายครอบคลุมทุกจังหวัดในเวลาต่อมา โครงการนี้ได้ผนวกการปฏิรูประบบบริการสุขภาพสองด้านหลักเข้าไปด้วย คือ การปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณและจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล และการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ มีการเปลี่ยนหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณจากการจัดสรรแบบเดิมที่ให้ตามประสบการณ์ในอดีตตามปัจจัยด้านอุปทาน (historical supply-based allocation) เป็นการจัดสรรให้ตามปัจจัยด้านอุปสงค์หรือตามความจำเป็นด้านสุขภาพ (need-based allocation) โดยจัดสรรงบดำเนินการให้จังหวัดตามจำนวนหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดนั้น ๆ การจ่ายเงินแก่

สถานบริการคู่สัญญาหลักมี 2 รูปแบบหลักให้จังหวัดเลือก คือ จ่ายเหมาจ่ายรายหัวรวมบริการผู้ป่วยนอกและใน (inclusive capitation) และเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวมสำหรับบริการผู้ป่วยใน (exclusive capitation) สำหรับการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลคู่สัญญานั้นมีการกำหนดให้ทุกแห่งต้องจัดตั้งสถานพยาบาลปฐมภูมิ (Primary Care Unit, PCU) ตามสัดส่วนประชากรที่ขึ้นทะเบียนและหลักเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง

โดยทฤษฎีแล้วการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนส่งผลบวกต่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ข้อมูลด้านสัมฤทธิ์ผลของนโยบายดังกล่าวในประเทศพัฒนาแล้วก็สนับสนุนว่าเป็นไปตามทฤษฎีดังกล่าวแล้วข้างต้น อย่างไรก็ตามการตีประสบการณ์ในประเทศกำลังพัฒนาอย่างไทยนั้นจะสัมฤทธิ์ผลในลักษณะเดียวกันหรือไม่ เป็นคำถามการวิจัยที่สำคัญ เนื่องจากมีความแตกต่างกันทั้งในด้านศักยภาพความพร้อมของทรัพยากร ระดับการพัฒนา และระบบบริการสุขภาพระหว่างประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### วิธีการศึกษา

การวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแนวราบ (horizontal equity) คือ การใช้บริการสุขภาพควรเท่าเทียมกันสำหรับคนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพเท่าเทียมกัน ใช้กรอบแนวคิดของ Andersen Behavior Model ในการวิเคราะห์ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทั้งสามกลุ่มเป็นตัวแปรอิสระในการวิเคราะห์ ตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยนำประกอบด้วย กลุ่มอายุ (อายุต่ำกว่า 70 ปี อายุ 70

ปีและสูงกว่า) เพศ สถานภาพสมรส (คู่ และ ไม่คู่-รวม โสด หม้าย หย่า และแยก) และระดับการศึกษา (ประถมศึกษาหรือมากกว่า และต่ำกว่าประถมหรือไม่มี การศึกษา) ใช้จ่ายสนับสนุนประกอบด้วย เขตอาศัย (เทศบาล และนอกเขตเทศบาล) กลุ่มชั้นของรายได้ และความสะดวกในการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้น ทะเบียน การจัดชั้นของรายได้แบ่งตามรายได้เฉลี่ยต่อ หัวที่เป็นตัวเงิน (per capita cash income) เป็น 5 ชั้น (quintile) และเนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุในชนบท รายงานว่าไม่สะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ ขึ้นทะเบียนมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองอย่างชัดเจน ดังนั้นตัวแปรนี้จึงถูกนำมาวิเคราะห์ว่ามีผลต่อการเข้า ถึงและการใช้บริการของผู้สูงอายุหรือไม่ สำหรับเหตุผล ของความไม่สะดวกประกอบด้วย ปัญหาด้านการ คมนาคม ความห่างไกล และไม่มีผู้นำพาไปรับบริการ ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเป็นตัวแปร ด้านสุขภาพที่นำมาวิเคราะห์ โดยผู้สูงอายุที่มีการเจ็บ ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำ วันถูกจัดเป็นผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง (chronic dis-abling conditions)

ผลลัพธ์หรือตัวแปรตามในการศึกษานี้คือ การใช้ บริการสุขภาพในสถานพยาบาลโดยรวมไม่จำแนก ประเภทการใช้บริการ (รวมถึงตั้งแต่สถานอนามัย คลินิก โรงพยาบาลของรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน) โดย สอบถามการใช้บริการผู้ป่วยนอกในรอบหนึ่งเดือนก่อน การสำรวจ และวัดการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็นสอง ขั้นตอนกล่าวคือ ความน่าจะเป็นของการใช้บริการ หรือใช้บัตรทองในการรับบริการ (ได้ใช้หรือไม่ได้ใช้) และความถี่ของการใช้บริการหรือบัตรทองในการรับ บริการ (จำนวนครั้งที่ใช้) สำหรับบริการผู้ป่วยในก็ ทำการวัดในลักษณะเดียวกันแต่เป็นการใช้บริการใน รอบปีที่ผ่านมา

พื้นที่ของการศึกษาคือ จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็น จังหวัดหนึ่งที่ประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและ รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรอยู่ในระดับต่ำ ประชากรที่

ศึกษาคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและถือบัตรทอง โดยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพอื่นใด และอาศัยในชุมชน ขณะที่ทำการสำรวจ ขนาดตัวอย่างคำนวณเพื่อทดสอบ ความแตกต่างของการใช้บริการของผู้สูงอายุในเมือง และชนบท ใช้ข้อมูลการใช้บริการจากการสำรวจด้าน สังคม (social survey) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2542 เป็นฐานในการคำนวณ จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำที่ ต้องการจากแต่ละเขตคือ 456 ตัวอย่าง สุ่มเลือก ตัวอย่างชุมชนอาคารแบบกลุ่มสองขั้นตอน (2-stage cluster sampling) โดยขั้นตอนแรกแบ่งพื้นที่ (strata) เป็นเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล และสุ่มเลือก ชุมชมอาคาร (cluster) (หมู่บ้านในเขตชนบท และเขต การเลือกตั้งในเขตเทศบาล) จำนวน 24 ชุมชม ใน แต่ละพื้นที่กระจายในทุกอำเภอตามสัดส่วนจำนวน หมู่บ้านหรือเขตเลือกตั้งในแต่ละอำเภอ และขั้นตอนที่ สองสุ่มเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 24 คนจากแต่ละ ชุมชมอาคาร จำนวนตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์มีจำนวน 956 ราย ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนและถือบัตรทองเพียงสิทธิ เดียว ทั้งนี้จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่สำรวจมี 1,028 รายแต่ถูกคัดออกไม่นำมาวิเคราะห์ 72 ราย ประกอบด้วย ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๗ 6 ราย มีสิทธิซ้ำซ้อน กับหลักประกันสุขภาพอื่น (สวัสดิการข้าราชการ) 54 ราย และข้อมูลขาดความสมบูรณ์ 12 ราย ข้อมูลที่เก็บ รวบรวมประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและครัวเรือน ข้อมูลการมีหลักประกันสุขภาพ ข้อมูลการเจ็บป่วยและ การมีโรคเรื้อรัง การใช้บริการสุขภาพในรอบเดือนและ รอบปีที่ผ่านมา รวมถึงการใช้สิทธิในบัตรทอง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม STATA7 โดยใช้ คำสั่งสำหรับข้อมูลการสำรวจ (survey command: svy) และถ่วงน้ำหนักของตัวอย่างเขตเทศบาลและนอกเขต เทศบาลตามสัดส่วนการอาศัยจริงของประชากร วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโอกาสในการใช้บริการ และตัวแปรอิสระด้วยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก (logistic regressions) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง ความถี่ของการใช้บริการและตัวแปรอิสระใช้สมการ

Negative Binomial Regressions เนื่องจากความถี่ในการใช้บริการมีความแปรปรวนสูง  
ระยะเวลาที่ศึกษาคือเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2545

**ผลการศึกษา**

ร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุในรอบเดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 46 ไปใช้บริการในสถานพยาบาลประเภทใดประเภทหนึ่ง โดยร้อยละ 39 ของตัวอย่างใช้สิทธิบัตรทองในการไป

รับบริการ (อัตราการใช้สิทธิร้อยละ 84) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23 พักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งครั้งในรอบปีที่ผ่านมา และร้อยละ 97 ของกลุ่มนี้ใช้สิทธิบัตรทองในการรับบริการ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของตัวอย่างที่เคยและไม่เคยไปใช้บริการผู้ป่วยนอกในรอบเดือนที่ผ่านมาและบริการผู้ป่วยในในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าลักษณะส่วนใหญ่ของตัวอย่างไม่แตกต่างกัน ยกเว้น เพศระดับรายได้ และการมีโรคเรื้อรัง (ตารางที่ 1) ผู้สูงอายุเพศหญิง และผู้ที่มีโรคเรื้อรังโดยเฉพาะกรณีที่มี

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้ใช้และไม่ได้ใช้บริการในสถานพยาบาล (ร้อยละ)

ลักษณะทั่วไป	ใช้บริการผู้ป่วยนอกใน รอบเดือนที่ผ่านมา		ใช้บริการผู้ป่วยใน ในรอบปีที่ผ่านมา		รวม
	เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	
จำนวนตัวอย่าง	433	523	222	734	956
ปัจจัยลักษณะเฉพาะบุคคล					
เพศชาย	29.1	40.1*	29.4	36.8*	35.1
อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป	44.7	48.1	51.1	45.2	46.6
จบการศึกษาประถมสี่หรือสูงกว่า	90.2	89.5	86.1	90.9	89.8
สถานภาพสมรสในปัจจุบัน	50.7	52.3	52.6	51.3	51.6
ปัจจัยเกี่ยวกับการใช้บริการ					
อาศัยในเขตเทศบาล	19.0	20.1	20.4	19.4	19.6
สะดวกในการไปรับบริการที่ รพ.ที่ขึ้นทะเบียน ชั้นรายได้	85.4	89.6	83.4	88.9	87.7
Quintile 1	22.5	18.4	27.6	18.1*	20.2
Quintile 2	18.7	20.8	16.7	20.8	19.8
Quintile 3	19.3	20.7	18.3	20.6	20.1
Quintile 4	22.6	17.6	18.6	22.2	19.9
Quintile 5	16.9	22.5*	18.8	20.3	20.0
ปัจจัยด้านสุขภาพ					
การมีโรคเรื้อรังประจำตัว	78.8	70.0**	78.6	66.3*	69.1
มีแต่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	26.0	23.6	24.9	24.6	24.7
มีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วย	52.8	37.4**	53.7	41.7*	44.4

การทดสอบ Chi-square \*มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p \leq 0.05$  \*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq 0.01$

ภาวะทุพพลภาพร่วมด้วยมีสัดส่วนการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและในสูงกว่าเพศชาย และผู้ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยด้านรายได้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ร่ำรวย (quintile 5) มีสัดส่วนผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกน้อยกว่ากลุ่มไม่ใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจน

(quintile 1) มีสัดส่วนผู้เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมามากกว่ากลุ่มที่ไม่รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของโอกาสการใช้บริการผู้ป่วยนอกและปัจจัยอิสระหลาย ๆ ตัวพร้อมกันพบว่า การมีโรคเรื้อรังไม่ว่าจะมีหรือไม่มีภาวะ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่อธิบายการใช้บริการผู้ป่วยนอกในรอบเดือนที่ผ่านมา

ตัวแปร	สมการถดถอยลอจิสติก		Negative Binomial Regressions	
	โอกาสใช้บริการ	โอกาสใช้บัตรทองไปรับบริการ	จำนวนครั้งที่ใช้บริการ	จำนวนครั้งที่ใช้บัตรทองไปรับบริการ
จำนวนตัวอย่าง	956	956	443	376
Prob >. F	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
ปัจจัยลักษณะเฉพาะบุคคล				
เป็นเพศชาย	0.59***	0.71*	0.065	0.058
อายุ 70 และสูงกว่า	0.85	0.83	0.053	0.062
จบการศึกษาชั้นประถมหรือสูงกว่า	1.12	0.97	-0.144	-0.038
สถานภาพสมรส	1.15	1.07	0.022	0.081
ปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการ				
อยู่ในเขตเทศบาล	0.96	1.04	-0.142*	-0.11
สะดวกไปรับบริการที่ รพ.ที่ขึ้นทะเบียน ชั้นรายได้ <sup>1</sup>	0.80	1.04	0.072	0.067
Quintile 2	0.75	0.70	-0.086	-0.113
Quintile 3	0.76	0.59**	-0.049	-0.137
Quintile 4	1.11	0.94	-0.225**	-0.311***
Quintile 5	0.65	0.56**	-0.005	-0.081
ปัจจัยด้านสุขภาพ <sup>2</sup>				
มีโรคเรื้อรังโดยไม่มีภาวะทุพพลภาพ	1.99***	2.46***	0.236*	0.156
มีโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ	2.51***	2.36***	0.328***	0.272***
Constant			0.284	0.236
/lnalpha			-16.99	-20.119
Alpha			<0.001	<0.001

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq 0.10$  \*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq 0.05$  \*\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq 0.01$

<sup>1</sup>ชั้นรายได้ Quintile 1 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบกับ, <sup>2</sup>กลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัวเป็นกลุ่มเปรียบเทียบกับ

หมายเหตุ: สัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการถดถอยลอจิสติกนำเสนอเป็นค่า odd-ratio, ส่วนสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการ negative binomial regression นำเสนอเป็นค่า slope

ทุพพลภาพร่วมด้วยเป็นปัจจัยในการอธิบายโอกาสการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ทรงอิทธิพลที่สุดไม่ว่าจะเป็นการใช้บริการโดยรวมหรือการใช้บัตรทองในการไปรับบริการ (ตารางที่ 2) โดยผู้มีโรคเรื้อรังมีโอกาสใช้บริการผู้ป่วยนอกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังถึง 2 - 2.5 เท่า ผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสใช้บริการผู้ป่วยนอกน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างไรก็ตามพบว่าเขตที่อยู่อาศัย และรายได้ไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสการใช้บริการผู้ป่วยนอกรวม แต่ผู้ที่อยู่ในชั้นรายได้ quintiles 3 และ 5 ใช้บัตรทองไปรับบริการผู้ป่วยนอกน้อยกว่ากลุ่มคนจน (quintile 1)

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวใช้บริการผู้ป่วยนอกและใช้บัตรทองในการไปรับบริการดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชั้นรายได้ quintile 4 ใช้บริการผู้ป่วยนอกและมีความถี่ในการใช้บัตรทองไปรับบริการผู้ป่วยนอกน้อยกว่ากลุ่มคนจน (quintile 1) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มชั้นรายได้อื่น ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลใช้บริการผู้ป่วยนอกที่น้อยกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลแต่ไม่มีความแตกต่างกันในความถี่ของการใช้บัตรทองไปรับบริการ

แม้ว่าไม่มีความแตกต่างกันมากนักของโอกาสและ

ความถี่ในการใช้บริการตามเขตที่อยู่อาศัยและชั้นรายได้ แต่ประเภทของสถานพยาบาลที่ใช้ก็นั้นแตกต่างกันอย่างชัดเจนตามเขตอาศัยและรายได้ (ตารางที่ 3) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลและผู้ที่ยากจนใช้บริการที่สถานอนามัยมากกว่าสถานพยาบาลประเภทอื่น ส่วนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและผู้ที่มีฐานะดีใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุทุกชั้นรายได้ที่อาศัยในชนบทใช้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลเอกชนมากกว่าผู้ที่อาศัยในเมือง

สำหรับบริการผู้ป่วยใน กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีโอกาสต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและการใช้บัตรทองในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น 1.5 - 2 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรัง (ตารางที่ 4) ผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่าเพศหญิง ในขณะที่รายได้มีผลผกผันกับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล กล่าวคือ ผู้สูงอายุในกลุ่มรายได้ quintiles 2 และ 3 มีโอกาสนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชั้น quintile 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับความถี่ในการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มที่เคยรักษาตัวในโรงพยาบาลถูกกำหนดโดยลักษณะ

ตารางที่ 3 การแสวงหาบริการเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในรอบเดือนที่ผ่านมาจำแนกตามชั้นรายได้และเขตอาศัย

การแสวงหา บริการ	รวม ทั้งหมด	เขตเมือง					รวม ในกลุ่ม	เขตชนบท					รวม ในกลุ่ม
		ชั้นรายได้						ชั้นรายได้					
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
ไม่รักษา	7.0	10.4	5.2	7.7	6.1	3.5	6.4	6.1	13.3	4.6	7.2	4.2	7.4
ซื้อยากินเอง	18.8	24.7	10.3	16.3	17.1	22.8	18.9	20.9	11.7	24.1	18.1	19.4	18.7
สถานอนามัย	20.4	3.9	3.4	9.6	9.8	11.4	8.3	38.7	32.5	23.0	31.3	16.7	30.5
โรงพยาบาลชุมชน	35.3	50.6	67.2	49.0	48.8	42.1	49.9	23.3	20.8	27.6	14.5	31.9	23.2
โรงพยาบาลจังหวัด	8.0	7.8	5.2	10.6	11.0	7.0	8.5	4.9	5.0	10.3	10.8	11.1	7.6
สถานพยาบาลเอกชน	10.5	2.6	8.6	6.7	7.3	13.2	8.0	6.1	16.7	10.3	18.1	16.7	12.6
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
(จำนวนการใช้บริการ)	(960)	(77)	(58)	(104)	(82)	(114)	(435)	(163)	(120)	(87)	(83)	(72)	(525)

เฉพาะบุคคลและปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการเป็นหลัก ไม่พบความแตกต่างของความถี่การนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลและผู้ที่ย้ายมาว่าสะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรทองมีความถี่ในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่อาศัยนอก

เขตเทศบาลและผู้ที่ย้ายมาว่าไม่สะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุเพศชายมีความถี่ในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าเพศหญิง และผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาชั้นพื้นฐานมีความถี่ในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการใช้สิทธิบัตรทองในการนอนโรงพยาบาลมากกว่า

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา

ตัวแปรตาม	สมการถดถอยลอจิสติก		Negative Binomial Regressions	
	โอกาสนอนโรงพยาบาล	โอกาสใช้บัตรทองนอนโรงพยาบาล	จำนวนครั้งการนอน	จำนวนครั้งการนอนที่ใช้บัตรทอง
จำนวนตัวอย่าง	956	956	222	213
Prob > F	0.0118	0.016	0.0013	0.0005
<b>ปัจจัยลักษณะเฉพาะบุคคล</b>				
เป็นเพศชาย	0.69*	0.63**	-0.191*	-0.182
อายุ 70 และสูงกว่า	1.25	1.35	0.071	0.079
จบการศึกษาชั้นประถมหรือสูงกว่า	0.64	0.64	0.228**	0.224*
สถานภาพสมรส	1.43	1.38	0.036	0.047
<b>ปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการ</b>				
อยู่ในเขตเทศบาล	1.12	1.16	0.305*	0.299*
สะดวกไปรับบริการที่ รพ.ที่ขึ้นทะเบียน ชั้นรายได้ <sup>1</sup>	0.68	0.73	0.218**	0.203**
Quintile 2	0.47**	0.56*	-0.102	-0.177
Quintile 3	0.60***	0.63**	0.114	0.113
Quintile 4	0.62*	0.63	-0.077	-0.083
Quintile 5	0.66	0.67	-0.064	-0.076
<b>ปัจจัยด้านสุขภาพ<sup>2</sup></b>				
มีโรคเรื้อรังโดยไม่มีภาวะทุพพลภาพ	1.61**	1.58*	-0.108	-0.133
มีโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ	2.01***	1.95**	0.18	0.174
Constant			-0.117	-0.082
/lnalpha			-4.016	-3.798
Alpha			0.018	0.022

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq 0.10$  \*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq 0.05$  \*\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p \leq 0.01$

<sup>1</sup>ชั้นรายได้ Quintile 1 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ, <sup>2</sup>กลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังประจำตัวเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

หมายเหตุ: สัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการถดถอยลอจิสติกนำเสนอเป็นค่า odd-ratio, ส่วนสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการ negative binomial regression นำเสนอเป็นค่า slope



กลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมหรือไม่มี ในขณะที่รายได้ไม่มีผลต่อความถี่ในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

### วิจารณ์

การศึกษานี้วิเคราะห์ความเป็นธรรมในการใช้บริการสุขภาพในแนวราบโดยเลือกใช้ตัวแปรการมีภาวะโรคเรื้อรังที่มีหรือไม่มีภาวะทุพพลภาพร่วมด้วยเป็นปัจจัยด้านสุขภาพในการควบคุมหรือเปรียบเทียบการใช้บริการสาเหตุที่ไม่นำปัจจัยด้านสุขภาพอื่น เช่น การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (self-assessed health) มาร่วมเป็นปัจจัยสุขภาพในการทำนายการใช้บริการนั้น เนื่องจากการรับรู้ในภาวะสุขภาพนั้นเป็นการประเมินของผู้สูงอายุในขณะสำรวจ ส่วนการใช้บริการนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต (รอบเดือนหรือรอบปี) ดังนั้นภาวะสุขภาพที่รายงานเป็นได้ทั้งเหตุและผลจากการใช้บริการ ขณะเดียวกันเมื่อทดลองใส่ตัวแปรดังกล่าวในสมการพบว่าไม่ทำให้ลักษณะความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่น ๆ ต่อการใช้บริการเปลี่ยนไป แต่การมีรายงานว่าผู้มีภาวะสุขภาพดีใช้บริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอกในรอบเดือนและบริการผู้ป่วยในในรอบปีที่ผ่านมา น้อยกว่าผู้ที่รายงานว่ามีภาวะสุขภาพทรุดโทรมอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ข้างต้นสรุปได้ว่า การใช้บริการผู้ป่วยนอกและการใช้สิทธิบัตรทองในการรับบริการผู้ป่วยนอกมีความเท่าเทียมกันเนื่องจากการใช้บริการดังกล่าวถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านสุขภาพเป็นหลักและเป็นอิสระจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเอื้อในการไปรับบริการ นอกจากนั้นนโยบายนี้เหมือนจะเอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยในชนบทและยากจนเมื่อพิจารณาจากความถี่ในการไปรับบริการของผู้สูงอายุในเขตชนบทที่มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองรวมถึงการใช้สิทธิบัตรทองของคนจนที่มากกว่าคนรวย ข้อมูลนี้อาจอธิบายได้จาก 1) สุขภาพที่ทรุดโทรมกว่าของผู้สูงอายุยากจนซึ่งส่วนใหญ่อาศัยในชนบท แม้สมการที่ใช้มีปัจจัยด้านสุขภาพเป็นตัวควบคุมแล้ว แต่มีเพียงตัวแปร

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพียงอย่างเดียวซึ่งอาจไม่เป็นตัวแทนปัจจัยด้านสุขภาพทั้งหมด หรือ 2) การเข้าถึงบริการเชิงกายภาพที่ดีกว่าของคนในชนบทเนื่องจากมีโครงสร้างบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) ที่กระจายอย่างทั่วถึง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในอดีตซึ่งใช้ฐานข้อมูลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศ<sup>(18)</sup> พบว่า ปัจจัยเรื่องเขตที่อยู่อาศัยมีข้อค้นพบในลักษณะเดียวกัน คือผู้สูงอายุในชนบทใช้บริการมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง บ่งชี้ว่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกเชิงกายภาพน่าจะไม่ใช่ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่ก่อนเริ่มมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ในด้านปัจจัยเรื่องฐานะเศรษฐกิจนั้นข้อค้นพบครั้งนี้ต่างจากที่เคยพบ กล่าวคือ การศึกษาครั้งก่อนพบว่าผู้สูงอายุที่พึงพอใจมากกับฐานะเศรษฐกิจของตน ใช้บริการมากกว่ากลุ่มที่ไม่พึงพอใจกับฐานะเศรษฐกิจของตนเอง แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุที่ยากจนใช้บริการมากกว่า ข้อค้นพบนี้ชี้ว่านโยบายนี้อาจช่วยลดสิ่งกีดกั้นด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุในการไปใช้บริการผู้ป่วยนอก การใช้สิทธิบัตรทองในการไปรับบริการผู้ป่วยนอกที่สูงในจังหวัดนี้อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อธิบายถึงความสำเร็จ กล่าวคือ อัตราการใช้สิทธิบัตรทองในการไปรับบริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุในการศึกษานี้สูงถึงร้อยละ 84 ในขณะที่ในการศึกษาครั้งก่อน<sup>(18)</sup> พบผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งที่ใช้บริการภายใต้โครงการที่รัฐจัดให้ การใช้สิทธิบัตรทองที่สูงนี้น่าจะอธิบายได้จากปัจจัยด้านความยากจนของประชาชนในจังหวัดที่ทำการศึกษา และความสามารถจ่ายที่ต่ำของกลุ่มผู้สูงอายุเอง

แม้การใช้บริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความทัดเทียมกันในเชิงโอกาสและปริมาณบริการที่ใช้เมื่อพิจารณาตามเขตอาศัยและฐานะด้านเศรษฐกิจ แต่ความแตกต่างของประเภทสถานพยาบาลที่ใช้ทำให้เกิดข้อคำถามว่าคุณภาพของบริการที่ได้รับแตกต่างกันหรือไม่ เนื่องจากบริการที่ผู้สูงอายุในชนบทและที่ยากจนได้รับนั้นส่วนใหญ่มาจากบริการของสถานีอนามัยในขณะที่บริการส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุในเมืองและที่ร่ำรวยได้รับนั้น

มาจากบริการของโรงพยาบาล ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากโครงสร้างสถานพยาบาลของรัฐในแต่ละพื้นที่และการกระจายของผู้สูงอายุซึ่งมีฐานะดีส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาล นอกจากนั้นการไปรับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งอยู่ไกลจากบ้านย่อมมีภาระค่าใช้จ่ายสูงในการไปใช้บริการสำหรับผู้อาศัยในชนบทซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจน สถานีอนามัยจึงเป็นที่พึ่งหลักของผู้สูงอายุที่ยากจนในชนบทเมื่อเจ็บป่วย ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุที่ร่ำรวยก็พึ่งโรงพยาบาลจังหวัดและสถานพยาบาลเอกชนมากขึ้น นอกจากนั้นก็มีข้อมูลจากการศึกษาในอดีตพบว่ายังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุในระดับสถานีอนามัยเนื่องจากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมในด้านนี้<sup>(19)</sup> อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของระเบียบวิธีการศึกษาและข้อมูลที่จัดเก็บทำให้ไม่สามารถให้ความกระจ่างว่าผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพทัดเทียมกันหรือไม่ สำหรับการให้บริการสถานพยาบาลเอกชนของผู้สูงอายุในชนบทซึ่งสูงกว่าของผู้ที่อาศัยในเมืองในทุกชั้นรายได้นั้นอาจอธิบายได้จากหลายสาเหตุ เช่น 1) ผู้สูงอายุในชนบทชอบบริการของเอกชนมากกว่า 2) ต้นทุนเสียโอกาสในการใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐของผู้สูงอายุในชนบทมากกว่าเมื่อเทียบกับการไปรับบริการเอกชน นอกจากรอนานแล้วอาจไม่มีพาหนะเดินทางกลับเนื่องจากเวลาเดินทางประจำทาง 3) ผู้สูงอายุในเขตเมืองอาจรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการเอกชนดีกว่า (บริการรัฐ) 4) ผู้สูงอายุในเขตเมืองอาจมีศักยภาพในการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลรัฐดีกว่า

โอกาสในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุซึ่งขึ้นกับปัจจัยด้านสุขภาพเป็นหลักและเป็นอิสระจากปัจจัยลักษณะบุคคลและปัจจัยอื่น ป่งชี้ว่าการเข้าถึงบริการที่จำเป็นมีความเท่าเทียมกันระดับหนึ่ง ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับหลักฐานที่พบในประเทศพัฒนาแล้วที่ให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน<sup>(11,12,20,21)</sup> ส่วนการที่ผู้สูงอายุยากจนมีโอกาสนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุฐานะดีนั้นน่าจะ

อธิบายได้จากภาวะสุขภาพที่ด้อยกว่าของผู้สูงอายุยากจนมากกว่าจะเป็นการเข้าถึงบริการที่ดีกว่า เนื่องจากคนจนนั้นส่วนใหญ่อาศัยในชนบทซึ่งไกลจากโรงพยาบาลและมีค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการสูงกว่าคนในเมือง และเมื่อพิจารณาความดีในการนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและผู้รายงานว่าสะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนยิ่งสนับสนุนสมมติฐานข้างต้นว่าการที่มีจำนวนคนจนมีโอกาสใช้บริการผู้ป่วยในมากกว่านั้นน่าจะเกิดจากภาวะสุขภาพที่ด้อยกว่า นอกจากนั้นการที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานหรือที่สูงกว่ามีความดีในการนอนโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาน้อยกว่าขั้นพื้นฐานก็อาจจะบ่งชี้ว่ายังคงมีความแตกต่างในปริมาณของบริการที่ได้รับ อย่างไรก็ตามก็ตีไม่อาจสรุปได้ว่าความดีของการใช้บริการที่มากกว่านั้นมีความเหมาะสมหรือมากเกินไป หรือความดีที่น้อยกว่านั้นเกิดจากปัญหาการเข้าถึงบริการ เนื่องจากขาดข้อมูลด้านคลินิกของการเจ็บป่วยและจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

#### สรุปและข้อเสนอแนะ

การให้หลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าผนวกกับการมีโครงสร้างบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมในระบบบริการสุขภาพไทย ก่อให้เกิดความเป็นธรรมในการใช้บริการผู้ป่วยนอกแก่ผู้สูงอายุในจังหวัดที่ทำการศึกษา และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งก่อนสนับสนุนว่าการมีโครงสร้างบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมพื้นที่อย่างกว้างขวางของไทยมีบทบาทสำคัญต่อสัมฤทธิ์ผลนี้ สำหรับบริการผู้ป่วยในนั้นการเข้าถึงในเชิงกายภาพดูจะยังคงเป็นปัญหาสำหรับผู้สูงอายุในชนบท ดังนั้นการจัดให้มีระบบการขนถ่ายผู้ป่วยที่ตระหว่งสถานีอนามัยและโรงพยาบาลอาจช่วยทำให้การเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในชนบทดีขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้มีสี่ประการคือ การขาดข้อมูลด้านคลินิกทำให้ไม่สามารถยืนยันได้เต็มที่ว่าผู้สูง-

อายุได้รับการที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน และ ความดีของการใช้บริการที่มากกว่าของบางกลุ่มนั้นมีความเหมาะสมหรือไม่ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาในประเด็นนี้ต่อไป การศึกษาวิจัยในพื้นที่จังหวัดเดียวเป็นข้อจำกัดประการที่สอง การนำภาวะโรคเรื้อรังผนวกกับภาวะทุพพลภาพเป็นปัจจัยด้านสุขภาพเพียงด้านเดียวเป็นข้อจำกัดประการที่สาม ข้อจำกัดประการสุดท้ายคือ การศึกษานี้ไม่ได้มีการเปรียบเทียบการใช้บริการก่อนและหลังการมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าสัมฤทธิ์ผลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นจากโครงการนี้โดยตรง อย่างไรก็ตามก็ตีจากหลักฐานการศึกษาในอดีตประกอบกับอัตราการใช้สิทธิบัตรทองในการรับบริการที่สูงมากในกลุ่มผู้สูงอายุในการศึกษานี้สนับสนุนว่าโครงการนี้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการและปกป้องภาระค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการแก่ผู้สูงอายุได้ดีกว่าโครงการสวัสดิการรักษายาบาล (สปร.) ที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุในอดีต

### กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกของผู้เขียนที่ศึกษาที่ London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London โดยมี Professor Anne Mills เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และได้รับทุนจากสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ดังนั้นจึงใคร่ขอขอบคุณ สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในครั้งนี้ ตลอดจนบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้สนับสนุนผู้เขียนในระหว่างการศึกษานี้

### เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Health For All by the Year 2000. Geneva: World Health Organization; 1978.
2. WHO. The World Health Report 1999: making a difference. Geneva: World Health Organization; 1999.

3. WHO. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
4. Kutzin J. Enhancing insurance functions of health system: a proposed conceptual framework. In: Nittayaramphong S, Mills A, editors. Achieving Universal Coverage of health care. Bangkok: Office of Health Care Reform, Ministry of Public Health, Thailand; 1998.
5. Kutzin J. Towards Universal Health Care Coverage: a goal-oriented framework for policy analysis. Washington DC: Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, World Bank; 2000.
6. Andersen R, Newman J. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Memorial Fund Q 1973; 51:95-124.
7. Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995; 36:1-10.
8. Victor C, Vetter N. Poverty, Disability and use of services by the elderly: analysis of the 1980 general household survey. Soc Sci Med 1986; 22:1087-91.
9. Fernandez-Mayoralas G, Rodriguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. Soc Sci Med 2000; 50:17-26.
10. Schellhorn M, Stuck AE, Minder CE, Beck JC. Health services utilization of elderly swiss: evidence from panel data. Health Econ 2000; 9:533-45.
11. Walter-Ginzburg A, Chetrit A, Medina C, Blumstein T, Gindin J, Modan B. Physician visits, emergency room utilization, and overnight hospitalization in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS). J Am Geriatr Soc 2001; 49:549-56.
12. Blazer DG, Landerman LR, Fillenbaum G, Horner R. Health services access and use among older adults in North Carolina: urban vs rural residents. Am J Public Health 1995; 85:1384-90.
13. Bowling A, Bond M, McKee D, McClay M, Banning AS, Dudley N, Elder A, Martin A, Blackman I. Equity in access to exercise tolerance testing, coronary angiography, and coronary artery bypass grafting by age, sex and clinical indications. Heart 2001; 85:880-6.
14. Donelan K, Blendon RJ, Schoen C, Binns K, Osborn R, Davis K. The elderly in five nations: the importance of universal coverage. Health Affairs 2000; 19:226-35.
15. Federman AD, Adams AS, Ross-Degnan D, Soumerai SB, Ayanian JZ. Supplemental insurance and use of effective cardiovascular drugs among elderly medi-

- care beneficiaries with coronary heart disease. *JAMA* 2001; 286:1732-9.
16. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilization of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000; 51:123-33.
  17. Kamnuansilpa P, Wongthanavas S, Bryant J, Prohmmo A. An assessment of the Thai government's health services for the aged. *Asia Pac Pop J* 2000; 15:3-18.
  18. Jitapunkul S, Bunnag S, Ebrahim S. Health-care for elderly people in developing-countries - a case-study of Thailand. *Age Aging* 1993; 22:377-81.
  19. Lloyd-Sherlock P. Formal social protection for older people in developing countries: three different approaches. *Int Soc Pol* 2002; 31: 695 - 713.
  20. Wolinsky FD, Miller DK, Prendergast JM, Creel MJ, Chavez MN. Health service utilization among the noninstitutionalized elderly. *J Health Soc Behav* 1983; 24:25-37.
  21. Evashwick C, Rowe G, Diehr P, Branch L. Factors explaining the use of health care services by the elderly. *Health Serv Res* 1984; 19:357-82.

**Abstract**    **Equity in Health Services Utilization among Thai Elderly under the Universal Coverage Scheme**

**Samrit Srithamrongsawat**

Health Insurance System Research Office (HISRO)

*Journal of Health Science* 2006; 15:685-96.

A policy of free medical care for elderly people was launched in Thailand in 1992, but a substantial number of older people, mainly urban residents, were still paying out of pocket for health care in 2001. In that year, the Thai government introduced a policy of universal coverage, to include all Thais not covered by formal public insurance schemes. The policy is tax funded and has incorporated two main reform initiatives, reform of budget allocation and payment methods and strengthening primary care.

The study was aimed to assess whether use of health care of elderly people was equitable under the Universal Coverage Policy in a poor province in Northeast Thailand. The study was conducted after the policy has been implementing for one year during April - May 2002. A 2-stage cluster sampling household survey of 956 respondents aged 60 and above and holding a card was employed.

Results reveal that access to ambulatory care was quite equitable as it was mainly determined by health need; moreover, the health care delivery system seemed to favour those older people who were poor and who were rural residents. However access to inpatient care was inequitable, most likely due to problems of physical access and travel costs for rural residents. The study concludes that the combination of the Universal Coverage Policy and the health care delivery system appears to provide relatively equitable access to health care for elderly people, but issues of hospital access for rural residents require addressing. Further study is needed on quality of care.

**Key words:**    **Universal Coverage, older people, equity in health services**