วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 35 ฉบับเพิ่มเติม 2 พฤษภาคม 2569

Journal of Health Science of Thailand
Vol. 35 Supplement 2, May 2026

นิพนธ์ต้นฉบับ *Original article*

การจัดบริการสุขภาพภายใต้รูปแบบเขตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย

เมธิณี อินทรเทศ ปร.ด. (สาขาเภสัชศาสตร์)*
วินัย ลีสมิทธิ์ ปร.ด. (สาขาระบาดวิทยา)**
นิลวรรณ อยู่ภักดี ปร.ด. (สาขาระบบและนโยบายสุขภาพ)***

* *วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
** *สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์*
*** *คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*
ติดต่อผู้เขียน: นิลวรรณ อยู่ภักดี Email: nilawanu@nu.ac.th

วันรับ: 27 พ.ค. 2568
วันแก้ไข: 14 พ.ย. 2568
วันตอบรับ: 27 พ.ย. 2568

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับผู้สูงอายุภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 18 คน ประกอบด้วยผู้บริหารระดับเขตและจังหวัด 8 คน และผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอและหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 คน ในเขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 3 ผู้ให้ข้อมูลถูกคัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พัฒนาตามกรอบแนวคิด Six Building Blocks Plus (SBBP) ครอบคลุม 7 ประเด็น ได้แก่ การให้บริการสุขภาพ ระบบกำลังคน ระบบข้อมูล การเข้าถึงยาที่จำเป็น ระบบงบประมาณ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของประชาชน ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อแยกประเด็นหลักและการวิเคราะห์แก่นสาระ เพื่อสังเคราะห์กลไกเชิงระบบที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ระบบเขตสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความเป็นธรรม โดยแสดงให้เห็นกลไกหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการเชิงพื้นที่และระบบคลังสุขภาพที่เพิ่มการเข้าถึงบริการ การจัดทำงบประมาณบนฐานข้อมูลระดับพื้นที่ ธรรมาภิบาลและภาวะผู้นำที่ส่งเสริมการกำกับติดตาม และการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้สูงอายุในกระบวนการวางแผน โดยสรุป เขตสุขภาพมีศักยภาพในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพเพื่อความเป็นธรรมของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ผ่านการบริหารเชิงพื้นที่ การใช้ข้อมูลที่โปร่งใส และการบูรณาการความร่วมมือทุกระดับ

คำสำคัญ: **ระบบสุขภาพ; เขตสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; ความเป็นธรรมทางสุขภาพ; ประเทศไทย**

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ ร้อยละ 20 ในปัจจุบัน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33 ภายในปี พ.ศ. 2583 ตามการคาดการณ์ของสถาบันวิจัยเศรษฐกิจอาเซียนและเอเชียตะวันออก[1] การเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรนี้นำมาซึ่งภาระโรคและความต้องการบริการสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และภาวะสมอง-เสื่อม ซึ่งเป็นสาเหตุการตายหลักและภาระโรคสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุ[2] โดยผู้สูงอายุจำนวนมากต้องการการดูแลเชิงต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวในชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ดี ระบบบริการสุขภาพของไทยยังคงเน้นการรักษาเฉียบพลันมากกว่าการดูแลเชิงป้องกันและการฟื้นฟู ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างความต้องการจริงกับความพร้อมของระบบบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และโครงสร้างบริการที่สนับสนุนการดูแลระยะยาว[3]

แม้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะช่วยลดอุปสรรคทางการเงินและเพิ่มการเข้าถึงบริการได้ในระดับหนึ่ง แต่หลักฐานยังพบความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่และคุณภาพบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาระโรคเรื้อรังสูง ผู้สูงอายุในระบบหลักประกันสุขภาพยังมีอัตราการใช้บริการและการได้รับยาแตกต่างกันระหว่างจังหวัด สะท้อนว่าการมีหลักประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากขาดการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพ[4] เพื่อลดความเหลื่อมล้ำดังกล่าว กระทรวง-สาธารณสุขได้จัดตั้งเขตสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เพื่อกระจายอำนาจการบริหารและการจัดสรรทรัพยากร โดยใช้แนวคิดการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ ให้เขตสุขภาพทำหน้าที่เป็นหน่วยเชื่อมโยงการวางแผน การเงิน และบริการระหว่างระดับต่าง ๆ ของระบบสุขภาพ ระบบเขต-สุขภาพสามารถลดช่องว่างด้านบริการได้ หากมีระบบข้อมูลการคลังสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เข้มแข็ง[5]

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของแต่ละเขตสุขภาพยังมีความแตกต่างในด้านโครงสร้าง การบริหารงบประมาณ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้บางพื้นที่สามารถเชื่อมโยงบริการผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่บางพื้นที่ยังคงประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำเชิงระบบ[3] ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการกระจายอำนาจของ Conyers[6] และ Bossert[7] ที่ระบุว่า หากการกระจายอำนาจขาดกรอบกำกับที่ชัดเจน ย่อมเสี่ยงต่อการเพิ่มความเหลื่อมล้ำแทนที่จะลดลง

ประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพจึงเป็นหัวใจสำคัญของระบบเขตสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาการดูแลระยะยาว ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการ การจัดสรรทรัพยากร ธรรมาภิบาล[8] และการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของกรอบแนวคิด Six Building Blocks Plus (SBBP)[9]

ช่องว่างความรู้ที่สำคัญ คือ ยังไม่มีหลักฐานเชิงคุณภาพที่อธิบายอย่างชัดเจนว่า ระบบเขตสุขภาพช่วยลดหรือคงไว้ซึ่งความเหลื่อมล้ำในการให้บริการผู้สูงอายุอย่างไร และปัจจัยใดเป็นกลไกสนับสนุนหรืออุปสรรคต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพในแต่ละพื้นที่[5] ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการจัดบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้กรอบแนวคิด SBBP ผ่านมุมมองของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 2 และ 3 เพื่อสร้างความเข้าใจเชิงระบบและเสนอแนวทางเชิงนโยบายที่เหมาะสมต่อสังคมสูงวัยของไทยในอนาคต

วิธีการศึกษา

ลักษณะการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ที่มุ่งศึกษากลไกและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพภายใต้ระบบเขตสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความเป็นธรรมในกลุ่มผู้-สูงอายุ โดยศึกษาจากสองพื้นที่ ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามแนวคิด การบริหารจัดการเชิงพื้นที่อย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มุ่งสร้างความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในระบบบริการของรัฐ

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 18 คน ถูกคัดเลือกแบบเจาะจงและขยายกลุ่มเพิ่มเติมด้วยวิธีลูกโซ่ โดยมีคุณสมบัติเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง

กับการบริหารหรือให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหารเขตสุขภาพและจังหวัด 8 คน และผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอและหน่วยบริการ 10 คน เพื่อให้ครอบคลุมทั้งมุมมองเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติการ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพระดับเขต จังหวัด หรืออำเภอ หรือ การปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 หรือเขตสุขภาพที่ 3 ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (ตุลาคม พ.ศ. 2561 – กันยายน พ.ศ. 2562)

3. มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งปัจจุบันอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้สามารถสะท้อนข้อมูลเชิงระบบและกระบวนการทำงานได้อย่างครบถ้วน

4. สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกได้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยเฉพาะข้อมูลด้านการบริหารงบประมาณ การจัดบุคลากร ระบบข้อมูล การจัดบริการ และการดูแลผู้สูงอายุ

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถเข้ารับการสัมภาษณ์ภายในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด SBBP ขององค์การอนามัยโลก[9] ครอบคลุม 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพ ระบบกำลังคน ระบบข้อมูลสุขภาพ การเข้าถึงยาที่จำเป็น ระบบการคลังสุขภาพ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีความเป็นระบบและครอบคลุมทุกมิติ ผู้วิจัยได้กำหนดมิติของข้อคำถามในแต่ละประเด็นให้ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ (1) แนวทางการดำเนินการหรือรูปแบบการให้บริการ (2) ทรัพยากรและระบบสนับสนุน (3) ข้อจำกัดหรืออุปสรรค และ (4) ผลลัพธ์หรือการประเมิน โดยใช้โครงสร้างมิติดังกล่าวกับทุกประเด็น เพื่อให้สามารถสะท้อนสถานการณ์จริงของระบบบริการสุขภาพได้อย่างรอบด้าน

แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามหลักจำนวน 22 ข้อ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในแต่ละมิติ โดยเนื้อหาของคำถามครอบคลุมประเด็นสำคัญดังนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดบริการสุขภาพ (5 ข้อ) ครอบคลุมแนวทางการจัดบริการเพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการรูปแบบและความครอบคลุมของบริการ แนวโน้มของโรคและการบริหารจัดการยา ระบบการประสานงานและการส่งต่อ รวมถึงการประเมินประสิทธิผลของบริการ โดยมีตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านมีแนวทางอย่างไรในการจัดบริการเพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงของผู้ป่วย และมีข้อจำกัดใดในการให้บริการในพื้นที่ห่างไกล

ประเด็นที่ 2 บุคลากรทางการแพทย์ (2 ข้อ) ครอบคลุมการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ความเพียงพอและความพร้อมของบุคลากร โดยมีตัวอย่างคำถาม เช่น มีการจัดสรรบุคลากรอย่างไรให้เพียงพอต่อภาระงาน และพบข้อจำกัดด้านกำลังคนหรือไม่

ประเด็นที่ 3 ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (3 ข้อ) ครอบคลุมการใช้ข้อมูลเพื่อวางแผน การเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้สนับสนุนบริการ โดยมีตัวอย่างคำถาม เช่น มีการใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายหรือแผนงานอย่างไร และมีข้อจำกัดด้านคุณภาพหรือการเชื่อมโยงข้อมูลหรือไม่

ประเด็นที่ 4 การเข้าถึงยาที่จำเป็น (2 ข้อ) ครอบคลุมการบริหารจัดการยา การสำรองยา และการกำหนดราคายา โดยมีตัวอย่างคำถาม เช่น มีระบบบริหารจัดการและสำรองยาอย่างไร และพบปัญหายาขาดแคลนหรือไม่

ประเด็นที่ 5 การคลังสุขภาพ (3 ข้อ) ครอบคลุมการวางแผนงบประมาณ ความเพียงพอของแหล่งเงินทุน และการบริหารจัดการด้านการเงิน โดยมีตัวอย่างคำถาม เช่น มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการโรคดังกล่าวอย่างไร และงบประมาณมีข้อจำกัดหรือไม่

ประเด็นที่ 6 ความเป็นผู้นำและการอภิบาลระบบ (5 ข้อ) ครอบคลุมการกำกับนโยบาย การประสานความ-

ร่วมมือ การสร้างแรงจูงใจ และการจัดการเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อน โดยมีตัวอย่างคำถาม เช่น มีแนวทางกำกับติดตามคุณภาพบริการอย่างไร และมีวิธีจัดการเมื่อผลการรักษาไม่เป็นไปตามแผนอย่างไร

ประเด็นที่ 7 การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (2 ข้อ) ครอบคลุมบทบาทของประชาชนและแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วม โดยมีตัวอย่างคำถาม เช่น ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างไร และมีแนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างไร

นอกจากนี้ ในแต่ละข้อคำถาม ผู้วิจัยได้กำหนดคำถามย่อยเพื่อให้ครอบคลุมทั้งด้านการดำเนินการ ทรัพยากรข้อจำกัด และผลลัพธ์ เช่น การสอบถามถึงวิธีดำเนินงานจริง ปัญหาอุปสรรค ความเพียงพอของทรัพยากร และการประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมทุกมิติของระบบสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลจริง เพื่อปรับถ้อยคำให้เหมาะสมกับระดับผู้ตอบ ข้อมูลที่ได้ถูกตรวจสอบด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า[10] ได้แก่

1. การรวบรวมข้อมูลจากหลายระดับ เช่น ผู้บริหารเขต ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิ

2. การใช้ทั้งการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์แก่นสาระ

3. การตีความโดยอิงกับกรอบแนวคิด SBBP ร่วมกับทฤษฎี local fiscal theory และ principal–agent theory เพื่อเพิ่มมิติทางการวิเคราะห์[11]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 – มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยประสานงานกับเขตสุขภาพที่ 2 และ 3 เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่และนัดหมายผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์เชิงลึกดำเนินการแบบพบหน้า ณ สถานที่ทำงานหรือผ่านระบบออนไลน์ ใช้เวลาครั้งละ 30 – 60 นาที โดยได้รับความยินยอมก่อนทุกครั้ง ข้อมูลถูกบันทึกเสียงและถอดความแบบคำต่อคำ พร้อมตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีผสาน[12] การวิเคราะห์เนื้อหากับการวิเคราะห์แก่นสาระ เพื่อให้ได้ทั้งภาพรวมเชิงโครงสร้างและความเข้าใจเชิงลึก กระบวนการประกอบด้วย

1. การถอดเทปและอ่านทวนเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล

2. การเข้ารหัสและจัดกลุ่มหมวดหมู่ตามองค์ประกอบ SBBP

3. การสังเคราะห์หมวดหมู่เป็นธีมหลัก เช่น การบริหารจัดการเชิงพื้นที่ ระบบงบประมาณและธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของประชาชน

4. การทบทวนและตรวจสอบธีมร่วมกันระหว่างนักวิจัยอย่างน้อยสองคน

5. การสรุปผลเชิงเปรียบเทียบและเชิงตีความ โดยอ้างอิงบริบทของพื้นที่และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การใช้ทั้งสองวิธีการวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา และการวิเคราะห์แก่นสาระ ช่วยให้ผลการศึกษามีทั้งความเที่ยงตรงเชิงระบบและความลึกในเชิงความหมายอันนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายที่ครอบคลุมต่อการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ[13]

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลปฐมภูมิ คือ การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล ดังนั้น จึงดำเนินมาตรการจริยธรรมที่สอดคล้องกับลักษณะข้อมูลทั้งสองประเภท ดังนี้

1. การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยนเรศวร (COA No. 117/2019)

2. สำหรับข้อมูลปฐมภูมิ ผู้วิจัยขอความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรหรือทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนการสัมภาษณ์ และอธิบายสิทธิในการ

ถอนตัวโดยไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ ข้อมูลการสัมภาษณ์ถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัย โดยกำหนดรหัสประจำตัวแทนข้อมูล ใช้รหัส P1–P18 และนำเสนอผลในรูปแบบสรุปผลหรือสังเคราะห์โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์กลไกของเขตสุขภาพต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ 18 คน ครอบคลุมผู้บริหารเขตสุขภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอและหน่วยปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 2 และเขตสุขภาพที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ทั้งการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อระบุประเด็นและรหัสสำคัญ และการวิเคราะห์แก่นสาระเพื่อสังเคราะห์ความหมายเชิงระบบ

1. การกำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล

เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความโปร่งใส ได้กำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูลจำนวน 18 ราย ดังนี้

1) P1–P3 คือ ผู้บริหารเขตสุขภาพ

2) P4–P7 คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ–ตติยภูมิ

3) P8–P17 คือ ผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอและหน่วยบริการปฐมภูมิ

4) P18 คือ บุคลากรด้านระบบยา/คลังยา รหัสดังกล่าวถูกใช้ในการอ้างอิงคำกล่าว เพื่อแสดงแหล่งข้อมูลในแต่ละประเด็นอย่างเป็นระบบ

2. ผลการวิเคราะห์เนื้อหา

การวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดกล่าวถึงประเด็นที่สะท้อนองค์ประกอบของกรอบแนวคิด SBBP โดยประเด็นที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุด ได้แก่ การบริหารเชิงพื้นที่ ระบบงบประมาณและการคลังสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ตัวอย่างเช่น

1. ผู้บริหารเขตสุขภาพ เน้นบทบาทของการบริหารแบบบูรณาการข้ามจังหวัด

2. ผู้ปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการและการติดตามต่อเนื่องของผู้สูงอายุ

3. ผู้รับผิดชอบระบบยา กล่าวถึง ปัญหาการกระจายยาและการขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ห่างไกล

ข้อมูลเชิงเนื้อหานี้สะท้อนให้เห็นความแตกต่างระหว่างมุมมองเชิงนโยบาย และมุมมองเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการสังเคราะห์เชิงธีมในขั้นตอนถัดไป

3. ผลการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยได้สกัดธีมหลักจำนวน 4 ธีม ซึ่งสะท้อนกลไกสำคัญของเขตสุขภาพในการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ความเป็นธรรมทางสุขภาพเกิดจากการทำงานร่วมกันของหลายองค์ประกอบในระบบสุขภาพ การบริหารจัดการเชิงพื้นที่ที่มีความยืดหยุ่นช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ขณะที่ระบบงบประมาณและการคลังสุขภาพยังเป็นข้อจำกัดสำคัญ นอกจากนี้ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน มีบทบาทในการสนับสนุนการจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ ธีมทั้ง 4 ประเด็นมีความเชื่อมโยงกัน และมีส่วนในการกำหนดระดับความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

4. การบูรณาการผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลจากทั้งสองวิธีการวิเคราะห์สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์เชิงระบบระหว่างโครงสร้างเชิงบริหารและกลไกเชิงความหมายอย่างชัดเจน โดยการวิเคราะห์เนื้อหาช่วยระบุองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การบริหารจัดการเชิงพื้นที่ ระบบข้อมูลสุขภาพ ระบบงบประมาณและการคลังสุขภาพ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ขณะที่การวิเคราะห์แก่นสาระช่วยอธิบายบทบาทและความเชื่อมโยงขององค์ประกอบเหล่านี้ต่อการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ผลการสังเคราะห์พบว่า การบริหารเชิงพื้นที่ที่มีความยืดหยุ่นช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสนับสนุนการตัดสินใจและการจัดบริการให้เหมาะสม ขณะที่ข้อจำกัดด้านงบประมาณยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเป็นธรรม นอกจากนี้

ตารางที่ 1 ธีมหลักจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเป็นธรรมในระบบเขตสุขภาพ

ธีมหลัก	สาระสำคัญของประเด็น
1. การบริหารจัดการเชิงพื้นที่และความเป็นธรรม	เขตสุขภาพช่วยให้การบริหารเชิงพื้นที่มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยสามารถปรับรูปแบบบริการให้เหมาะกับบริบท เช่น การจัดทีมเยี่ยมบ้านและ telehealth ในพื้นที่ห่างไกล
2. ระบบงบประมาณและการคลังสุขภาพ	การจัดสรรงบประมาณแบบเขตช่วยให้เกิดความยืดหยุ่น แต่ยังขาดกลไกเชื่อมโยงข้อมูลกับความต้องการจริงของพื้นที่ ส่งผลให้บางพื้นที่ได้รับงบไม่สอดคล้องกับภาระโรค
3. ธรรมาภิบาลและภาวะผู้นำ	ผู้นำระดับเขตที่มีความเข้าใจพื้นที่สามารถบูรณาการนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนได้ดี แต่ยังมีข้อจำกัดด้านระบบติดตามและประเมินผล
4. การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน	การมีส่วนร่วมของอสม. และชมรมผู้สูงอายุช่วยสะท้อนความต้องการของประชาชน แต่ยังไม่ถูกนำเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ

หมายเหตุ: ตารางนี้สรุปผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากทั้งสองเขตสุขภาพ โดยแสดงสาระสำคัญของผู้ให้ข้อมูล เพื่อสะท้อนกลไกหลักที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ภาวะผู้นำที่เปิดรับข้อมูลจากพื้นที่และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนมีบทบาทในการสะท้อนความต้องการและปรับรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

การบูรณาการทั้งสองวิธีจึงแสดงให้เห็นว่า ความเป็นธรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากองค์ประกอบใดเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากการทำงานร่วมกันของหลายปัจจัยในระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของระบบเขตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เขตสุขภาพ เป็นกลไกสำคัญของการบริหารจัดการระบบสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมความเป็นธรรมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงบริการ การจัดสรรทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของประชาชน[14] ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของกรอบแนวคิด SBBP

การบริหารจัดการเชิงพื้นที่ เป็นกลไกแรกที่สะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากระบบราชการรวมศูนย์ไปสู่การบริหารแบบกระจายอำนาจ[15] ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า เขตสุขภาพที่มีโครงสร้างการบริหารยืดหยุ่นสามารถจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้ตรงกับบริบทของพื้นที่ เช่น การจัดทีมเยี่ยมบ้านและ telehealth สำหรับพื้นที่ห่างไกล กลไกนี้มีลักษณะคล้ายกับระบบสุขภาพของญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ ที่ให้ความสำคัญกับการบริหารเชิงพื้นที่ ซึ่งเพิ่มประสิทธิภาพและลดอุปสรรคด้านภูมิศาสตร์ ผลการศึกษาพบว่า แม้การบริหารจัดการเชิงพื้นที่ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและรองรับบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญในหลายเขตสุขภาพ โดยเฉพาะด้านอำนาจการจัดสรรงบประมาณ กำลังคน และโครงสร้างการกำกับติดตาม ทำให้บางพื้นที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้เต็มศักยภาพ ความแตกต่างนี้สอดคล้องกับงานทบทวนโดย Oliveira และคณะ[16] ซึ่งชี้ว่า การกระจายอำนาจด้านสุขภาพอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต่างกันในแต่ละพื้นที่ หากขาดกลไกกำกับเชิงระบบที่เข้มแข็ง และอาจเพิ่มความเหลื่อมล้ำแทนที่จะลดลงในบางบริบท

ในด้านระบบงบประมาณและการคลังสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า แม้การจัดสรรงบแบบเขตช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น แต่ยังขาดกลไกการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเชิงงบประมาณ ซึ่งเป็นประเด็นเดียวกับที่ Tangcharoensathien และคณะ[3] รายงานว่า ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพไทยจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อการจัดสรรงบประมาณ

ยึดหลัก ภาระโรคและความต้องการของประชากรในพื้นที่มากกว่าการเฉลี่ยเชิงโครงสร้าง นอกจากนี้ การใช้ local fiscal theory ชี้ให้เห็นว่าการกระจายงบประมาณแบบอิงข้อมูลจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อผู้บริหารในพื้นที่มีอำนาจตัดสินใจและรับผิดชอบผลลัพธ์ต่อประชาชนในพื้นที่ของตน[17]

ธรรมาภิบาลและภาวะผู้นำ เป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จของระบบเขตสุขภาพ ผู้นำที่เข้าใจบริบทพื้นที่และส่งเสริมการทำงานแบบเครือข่าย มีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนความเป็นธรรมเชิงระบบ โดยเฉพาะในระดับจังหวัดและอำเภอที่ต้องบูรณาการระหว่างนโยบายส่วนกลางกับข้อจำกัดเชิงท้องถิ่น งานขององค์การอนามัยโลก[18] ระบุว่า ระบบสุขภาพที่มีภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมและรับผิดชอบ จะเพิ่มประสิทธิภาพและความโปร่งใสของการตัดสินใจในทุกระดับ ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าธรรมาภิบาลเชิงระบบที่เข้มแข็ง เช่น ระบบติดตามผลและการรายงานแบบเปิดเผย เป็นองค์ประกอบสำคัญของความเป็นธรรมทางสุขภาพในระยะยาว

ส่วนของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน พบว่า การมีส่วนร่วมในระดับชุมชนโดยเฉพาะจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญต่อการสะท้อนความต้องการของประชาชนสู่หน่วยบริการ[19] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเหล่านี้ยังไม่ถูกเชื่อมโยงสู่ระดับนโยบายอย่างเป็นระบบ ที่แม้มีการเปิดช่องให้ประชาชนมีส่วนร่วม กลไกการให้ข้อมูลย้อนกลับยังไม่สามารถแปลงไปสู่การตัดสินใจเชิงงบประมาณได้ ในมุมทฤษฎี การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนเป็นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักการด้านการตอบสนองและความรับผิดชอบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งหมายความว่าความเป็นธรรมที่ยั่งยืนต้องเกิดจากการเชื่อมโยงข้อมูลจากประชาชนสู่การบริหารเชิงระบบ[20]

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานในระบบเขตสุขภาพช่วยเพิ่มการเข้าถึงยาและบริการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของทรัพยากรระหว่างพื้นที่ยังคงเป็นอุปสรรคต่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของ Jongudomsuk และคณะ[22] และ Intarates และคณะ[5] ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างสมดุลในหลายมิติ โดยผลการศึกษานี้ยืนยันเพิ่มเติมว่า ความเป็นธรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุไม่สามารถบรรลุได้จากการบริหารเพียงด้านเดียว แต่ต้องอาศัยการบูรณาการของหลายองค์ประกอบในระบบสุขภาพ

โดยสรุป ความเป็นธรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นผลจากการทำงานร่วมกันของการบริหารเชิงพื้นที่ ธรรมาภิบาล และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ซึ่งเกื้อหนุนกันในลักษณะของระบบพึ่งพาซึ่งกันและกัน สะท้อนว่าเขตสุขภาพมิใช่เพียงกลไกเชิงบริหาร แต่เป็นโครงสร้างที่มุ่งให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และสร้างสมดุลระหว่างประสิทธิภาพกับความเป็นธรรมในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยในสังคมสูงวัย

สรุป

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ระบบเขตสุขภาพของประเทศไทยเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงบริการ การจัดสรรทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การบริหารเชิงพื้นที่ ทำให้การจัดบริการมีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อบริบทในแต่ละพื้นที่มากขึ้น เขตสุขภาพที่มีผู้นำเข้มแข็ง ระบบข้อมูลโปร่งใส และการประสานงานข้ามหน่วยงาน มีแนวโน้มประสบความสำเร็จในการเพิ่มโอกาสเข้าถึงบริการและยาที่จำเป็นของผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในบางเขตยังประสบข้อจำกัดด้านอำนาจการตัดสินใจเชิงงบประมาณ ความเหลื่อมล้ำของทรัพยากรบุคลากร และการมีส่วนร่วมที่ยังจำกัดอยู่ในระดับปฏิบัติการมากกว่าระดับนโยบาย กลไกเหล่านี้สะท้อนว่า ความเป็นธรรมทางสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับการกระจายอำนาจเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีระบบติดตาม ตรวจสอบ และการใช้ข้อมูลเชิงหลักฐานที่เข้มแข็งในทุกระดับ

โดยสรุป เขตสุขภาพมีศักยภาพเป็น “ระบบบริหารสุขภาพแบบบูรณาการ” ที่สามารถขับเคลื่อนความเป็นธรรมได้อย่างยั่งยืน หากได้รับการสนับสนุนด้วยนโยบายที่เน้นความรับผิดชอบร่วมและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาสามารถสังเคราะห์แนวทางการดำเนินการเชิงนโยบายได้ 5 ด้านหลัก ดังนี้

1) การบริหารจัดการเชิงพื้นที่ ควรกำหนดอำนาจการตัดสินใจให้เขตสุขภาพสามารถกำหนดนโยบายและรูปแบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของตน โดยเน้นการกระจายอำนาจควบคู่กับกลไกความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ ทั้งด้านงบประมาณและคุณภาพบริการ

2) ระบบงบประมาณและการคลังสุขภาพ พัฒนาระบบจัดสรรงบประมาณตามผลการดำเนินงาน โดยคำนึงถึงภาระโรค และจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงสร้างกลไกติดตามผลลัพธ์ของการใช้จ่ายงบประมาณอย่างโปร่งใส

3) ระบบข้อมูลสุขภาพ ควรจัดตั้งฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับเขตสุขภาพที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการทุกระดับ เพื่อใช้ในการวางแผนบริการและประเมินผลลัพธ์ในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านการป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และคุณภาพชีวิตในระยะยาว

4) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ส่งเสริมการอบรมบุคลากรระดับปฐมภูมิด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการบริการที่บ้าน พร้อมสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรอยู่ในพื้นที่ระยะยาว เช่น การจัดสรรงบฝึกอบรมหรือการเลื่อนตำแหน่งแบบอิงผลงานพื้นที่

5) การมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างกลไกสนับสนุนและค่าตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงพัฒนา ศูนย์-ผู้สูงอายุระดับตำบล ที่ทำหน้าที่เป็นทั้งแหล่งบริการสุขภาพเบื้องต้นและศูนย์ข้อมูลชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักเฉพาะฝ่ายบริหารและผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข จึงอาจยังไม่ครอบคลุมมุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยตรง ซึ่งอาจส่งผลให้การตีความความเป็นธรรมทางสุขภาพสะท้อนมุมมองเชิงระบบบริการมากกว่าประสบการณ์ของผู้รับบริการ นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิง-คุณภาพในบริบทของพื้นที่ศึกษาเฉพาะ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปอ้างอิงทั่วไปในบริบทอื่น อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ใช้การตรวจสอบสามเส้าและการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อช่วยลดอคติและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการ-ศึกษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาที่ผสานข้อมูลจากทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อเข้าใจประสบการณ์ของผู้สูงอายุต่อความเป็นธรรมในระบบบริการได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น รวมทั้งการศึกษาข้ามเขตสุขภาพเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น งบประมาณ ระบบข้อมูล และรูปแบบการบริหารที่ส่งผลต่อความแตกต่างด้านผลลัพธ์สุขภาพ นอกจากนี้ควรพัฒนาเครื่องมือประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพเชิงพื้นที่ เพื่อใช้ติดตามและประเมินผลในระดับนโยบายต่อไป

สรุปเชิงนโยบาย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบเขตสุขภาพให้มีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ ควบคู่กับการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมระบบข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการวางแผนและกำกับการจัดบริการ เพื่อให้การดำเนินงานตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง และนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารและบุคลากรด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 และ 3 ที่กรุณาให้ข้อมูลและความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Lorthanavanich D. Introduction. In: Lorthanavanich D, Komazawa O, editors. Population ageing in Thailand long-term care model: review of population ageing practices and policies. vol. 2. ERIA research project report FY2021 No. 06b. Jakarta: Economic Research Institute for ASEAN and East Asia; 2021. p. 1-11.
2. Hu X, Yu SJ, Gao YC, Zhao Y, He YS, Liu YC, et al. Health inequality in the disease burden of non-communicable diseases among the elderly from 1990 to 2021, and projections to 2050: a systematic analysis of global burden of disease study. BMC Geriatr 2025; 25(1):693.
3. Tangcharoensathien V. Thailand health system review. 2nd ed. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2024.
4. Intarates M, Leesmidt V, Dhippayom T, Upakdee N. Equity in health in Thai elderly under universal coverage scheme: a systematic review. JHSR 2019;13(2):157-74.
5. Intarates M, Dhippayom T, Upakdee N, Leesmidt V, Weraphong J, Bangpan M. How area health management leads to improved equity in health: a scoping review. J Health Res 2023;37(2):97-115.
6. Conyers D. Decentralization: The latest fashion in development administration? Public Administration and Development 1983;3:97-109.
7. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. Soc Sci Med 1998;47(10):1513-27.
8. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action [Internet]. 2007 [cited 2026 Mar 27]. Available from: http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
9. World Health Organization. Health inequities and their causes [Internet]. 2018 [cited 2025 Nov 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes
10. Intarates M, Pannarunothai S, Benjakul S, Upakdee N. Horizontal equity of outpatient care utilization in elderly under universal coverage scheme evidence from 2 area health managements in Thailand. J Health Res 2025; 39(2):1-12.
11. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. Oncol Nurs Forum 2014;41(5):545-7.
12. Leesmidt V, Chunharas S. The appropriate roles of the ministry of public health within health care decentralization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2010.
13. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Health Sci 2013;15(3): 398-405.
14. Humble N, Mozelius P. Content analysis or thematic analysis: similarities, differences and applications in qualitative research. In: proceedings of the 21st European conference on research methodology for business and management studies (ECRM 2022). Aveiro, Portugal: Academic Conferences International; 2022.
15. Noda S, Hernandez PMR, Sudo K, Takahashi K, Woo NE, Chen H, et al. Service delivery reforms for Asian ageing societies: a cross-country study between Japan, South Korea, China, Thailand, Indonesia and the

Philippines. Int J Integr Care 2021;21(2):1.

16. Sapkota S, Dhakal A, Rushton S, van Teijlingen E, Marahatta SB, Balen J, et al. The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews. BMJ Glob Health 2023;8(12):e013317.
17. Oliveira R, Santinha G, Sá Marques T. The impacts of health decentralization on equity, efficiency, and effectiveness: a scoping review. Sustainability 2024;16(1):386.
18. Martínez-Vázquez J. Fiscal decentralization at fifty: achievements and challenges. Hacienda Pública Española/Review of Public Economics 2025;2726:1-39.
19. World Health Organization. Governance of WHO's leadership and coordination role in promoting and monitoring global action against noncommunicable diseases [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 19]. Available from: https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance
20. World Health Organization. Thailand country cooperation strategy 2022-2026 [Internet] 2022 [cited 2025 Nov 19]. Available from: https://www.who.int/thailand/our-work/country-cooperation-strategy--for-thailand
21. World Health Organization. Promoting participatory governance, social participation and accountability [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 14]. Available from: https://www.who.int/activities/promoting-participatory-governance-social-participation-and-accountability
22. Jongudomsuk P, Sritharongsawat S, Patcharanarumol W, Limwattananon S, Pannarunothai S, Wapachalon P, et al. The kingdom of Thailand health system review. Bangkok: Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies; 2015.

Health Service Delivery within the Area Health System Model for Promoting Equity among Older Adults in Thailand

Methinee Intarates, Ph.D. (Pharmacy)*; Vinai Leesmidth, Ph.D. (Epidemiology); Nilawan Upakdee, Ph.D. (Health systems and policy)*****

** Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute; ** Bhumirajanagarindra Kidney Institute; *** Faculty of Pharmacy, Naresuan University, Thailand*

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(Suppl 2):S283-S293.

Corresponding author: Nilawan Upakdee, Email: nilawanu@nu.ac.th

Abstract: This study aimed to explore the patterns of health service delivery within regional health systems that promote health equity among older adults under Thailand's universal health coverage scheme. A qualitative case study design was employed, using in-depth interviews with 18 key informants comprising eight regional and provincial health administrators and ten health practitioners at district and primary care levels from area health region 2 and 3. Participants were purposively selected based on their involvement in health service management for the elderly. Data were collected using a semi-structured interview guide developed from the Six Building Blocks Plus (SBBP) framework, which covers seven components: health service delivery, health workforce, health information systems, access to essential medicines, health financing, leadership and governance, and community participation. Data were analyzed through content analysis to identify core categories and thematic analysis to synthesize systemic mechanisms influencing health equity among the elderly. The findings revealed that regional health systems played a crucial role in fostering equity through four key mechanisms: area-based management and health financing that enhance service accessibility, evidence-informed budgeting at the regional level, governance and leadership that strengthen monitoring and coordination, and public and elderly participation in planning processes. Overall, the study highlights that regional health systems can drive sustainable equity for the ageing population through decentralized management, transparent information use, and multi-sectoral collaboration.

Keywords: **health system; area health; older adults; health equity; Thailand**