

ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet health need) กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม ในประเทศไทย พ.ศ. 2558

เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์*
ศศิรัตน์ ลัทธกุลธรรม*
กัญญา ติษยาริคม*

ชาอิตา วิริยากร*
วริศา พาณิชเกรียงไกร*
วลัยพร พิษณุกุล*

ผู้รับผิดชอบบทความ: เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์

บทคัดย่อ

ประเทศไทยบรรลุระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากขึ้น โดยไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล แต่ก็ยังคงมีความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health need) จึงได้มีการศึกษา unmet health need ซึ่งเป็นการติดตามผลการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอีกมุมหนึ่ง ที่จะช่วยให้ได้ทราบสถานการณ์ว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือไม่ มากน้อยอย่างไร และด้วยเหตุผลใด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความชุกของ unmet health need ลักษณะประชากร ปัจจัยที่มีผล และเหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบริการทันตกรรม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและแบบจำลองโลจิสต์ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 มีตัวอย่างทั้งสิ้น 55,920 ครัวเรือนที่เป็นตัวแทนประชากรไทย

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของ unmet health need กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม เท่ากับร้อยละ 1.50, 0.14 และ 0.99 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด unmet health need อย่างมีนัยสำคัญ คือ อายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิด unmet health need มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า การไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพมีโอกาสเกิด unmet health need มากกว่าผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพ เศรษฐฐานะครัวเรือนกลุ่มจนที่สุดมีโอกาสเกิด unmet health need มากกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐฐานะดีกว่า และผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานครมีโอกาสเกิด unmet health need กรณีผู้ป่วยนอกมากกว่าผู้ที่อาศัยในภาคอื่นๆ เหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิด unmet health need คือ คิวยาว/รอนาน ไม่มีเวลาไปรับการรักษา และเดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม

กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรเร่งหาแนวทางหรือจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการดูแลผู้สูงอายุและประชาชนทุกคนให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างยั่งยืน รวมถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขตกรุงเทพมหานคร และการจัดให้มีสถานพยาบาลใกล้บ้านใกล้ใจให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

คำสำคัญ: ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง, ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน, บริการทันตกรรม, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

**Abstract** Unmet Health Need: Outpatient, Inpatient and Dental Services in Thai Population by 2015

Yaowaluk Wanwong*, Shaheda Viriyathorn*, Sasirat Lapthikultham*, Warisa Panichkriangkrai*, Kanjana Tisayaticom*, Walaiporn Patcharanarumol*

*International Health Policy Program (IHPP), Thailand

Corresponding author: Yaowaluk Wanwong, yaowaluk@ihpp.thaigov.net

Since 2002, Thailand has achieved Universal Health Coverage (UHC) under the three main public health insurance schemes. UHC enabled Thai population to access essential healthcare services regardless of income. Patient would not be worried about negative financial impacts from medical bills to their household however the unmet health need can be found. Therefore, there is a study on unmet health need conducted in order to monitor UHC on another aspect and to demonstrate whether or not Thailand has patients who cannot access health service when needed, if yes, how many; who are they and why? The objective of this study is to analyze prevalence of unmet health need, to describe profile of patients with unmet health need and to identify factors and reasons for unmet health need. Descriptive statistics and logit model were applied for analysis of Health and Welfare Survey (HWS) in 2015 with 55,920 sampled households representing Thai populations.

Prevalence of unmet health need for outpatient, inpatient and dental service were 1.50 percent, 0.14 percent and 0.99 percent of all population, respectively. Main factors of being unmet health need were age, especially elderly; uninsured people; and the poorest household economic group. In addition, people living in Bangkok had more unmet health need for outpatient services than other regions. The main reasons of unmet health need were inadequate time of patient for seeking care, too long queue at health facilities, and too far to travel to health facilities.

Ministry of Public Health, National Health Security Office and other relevant agencies should collectively work together for a policy and strategy to reduce unmet health need of Thai population, especially for elderly. Primary health care service delivery system should be strengthened to cover all urban areas in particular in Bangkok. “Close to client health services” should be developed for improving access to health services.

Keywords: unmet health need, outpatient, inpatient, dental service, universal health coverage

ภูมิหลังและเหตุผล

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) เป็นหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goal, SDG) ซึ่งนานาชาติตกลงมติให้การรับรองนโยบายนี้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาสำหรับทุกประเทศทั่วโลก โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเสมอภาค โดยไม่มีผลกระทบด้านลบทางการเงินต่อครัวเรือนของผู้ป่วย⁽¹⁾ หลายประเทศกำลังมีการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ UHC ทั้งความมุ่งมั่นในการจัดทำนโยบาย UHC และการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เช่น การปรับระบบโครงสร้างการบริการ

ให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ประชาชนในหลายประเทศก็ยังคงประสบปัญหาที่ไม่สามารถเข้าถึงและรับบริการสุขภาพเมื่อต้องการได้ อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล อุปสรรคในการเดินทางมารับบริการ ซึ่งทำให้ได้รับการรักษาที่ล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น จนทำให้ภาวะสุขภาพทรุดลง (poorer health status) สถานการณ์เช่นนี้ เป็นความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ (health inequity) ประการหนึ่ง

ประเทศสมาชิกกลุ่มองค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 35 ประเทศ ส่วนใหญ่เป็น

ประเทศในสหภาพยุโรป (European Union; EU) คือมีถึง 22 ประเทศ และมีประเทศนอกสหภาพยุโรปอีก 13 ประเทศ⁽²⁾ ได้ดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะเดียวกัน ได้ออกรายงาน เรื่องความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health need) เพื่อติดตามว่า ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ยังมีประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขหรือไม่ มากน้อยเพียงใด⁽³⁾ ประเทศสมาชิก OECD ที่อยู่ในสหภาพยุโรป มีการจัดทำการศึกษา European Union Statistics on Income and Living Conditions Survey พ.ศ. 2556⁽⁴⁾ รายงานฉบับนี้ ระบุว่า ความชุกของ unmet health need มีประมาณร้อยละ 3 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีเหตุผลในด้านค่ารักษาพยาบาล ระยะทางการเดินทาง และระยะเวลาารรับการรักษ และพบว่าความชุกของ unmet health need สำหรับบริการทันตกรรม (dental care) สูงกว่าบริการการแพทย์ (medical care) รวมทั้งพบช่องว่างของการเกิด unmet health need ระหว่างคนจนและคนรวย กล่าวคือ กลุ่มคนจนมีความชุกของ unmet health need มากกว่ากลุ่มคนรวย

รายงานดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยเห็นความสำคัญในการศึกษา unmet health need จึงได้นำข้อคำถามในแบบสำรวจ unmet health need ดังกล่าว มาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยเป็นครั้งแรกในการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (สศส.) พ.ศ. 2553 โดยใช้ตัวอย่างซ้ำ ซึ่งเป็นการติดตามครัวเรือนตัวอย่างชุดเดิม เพื่อให้ทราบสาเหตุและผลกระทบที่แท้จริงต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน และหลังจากนั้นได้บรรจุข้อคำถามนี้ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอส.) พ.ศ. 2558 ซึ่ง สอส.นั้นจัดทำเป็นการประจำทุก 2 ปี โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทั้งนี้เพื่อเป็นการติดตามตัวชี้วัดอีกชุดหนึ่งของการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ประเทศไทยบรรลุระบบหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBs) ประกันสังคม (Social Health Insurance, SHI) และประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme, UCS) ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้กว้างขวางมากขึ้น⁽⁵⁻⁷⁾ แต่ข้อมูลจาก สศส. พ.ศ. 2553 ซึ่งมีการวิเคราะห์ผลการศึกษาและเผยแพร่เป็นบทความในวารสารต่างประเทศ โดยนพคุณ ธรรมธัชอารี และคณะ (พ.ศ. 2555) พบว่าประเทศไทยมีความชุกของ unmet health need กรณีผู้ป่วยนอกร้อยละ 1.4 และกรณีผู้ป่วยในร้อยละ 0.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความชุกของ unmet health need ในกลุ่มประเทศ OECD ที่อยู่ในสหภาพยุโรป สำหรับประเทศไทยนั้น unmet health need เกิดจากปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายมากกว่าปัจจัยทางกายภาพของผู้ป่วย⁽⁸⁾

บทความนี้ได้วิเคราะห์ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health need) กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม โดยใช้ข้อมูลจาก สอส. พ.ศ. 2558 (ซึ่งเป็นชุดข้อมูลล่าสุดในขณะนี้) และมีวัตถุประสงค์เพื่อ (ก) ค้นหาความชุกของ unmet health need และลักษณะประชากรที่มี unmet health need ตามกลุ่มเพศ อายุ เขตการปกครอง ภูมิภาค เศรษฐฐานะของครัวเรือนและสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ (ข) ทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด unmet health need (ค) ค้นหาเหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อใช้อธิบายลักษณะประชากร และใช้แบบจำลองโลจิสต์ (logit model) ศึกษาความน่าจะเป็นของการเกิด unmet health need ตาม

ปัจจัยต่างๆ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ที่ทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบ stratified two-stage sampling โดยมีกรุงเทพมหานครและจังหวัดเป็นสตราตัม เขตแดนนับ (Enumeration Area : EA) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง คริวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง ได้คริวเรือนตัวอย่างจำนวน 55,920 คริวเรือน⁽⁹⁾ ได้ข้อมูลระดับบุคคลที่นำมาวิเคราะห์ทั้งสิ้น 139,858 คน ข้อมูลจากการสำรวจนี้สามารถนำมาคำนวณและประมาณค่า โดยการถ่วงน้ำหนักตามระเบียบวิธีทางสถิติ เพื่อให้ข้อมูลดังกล่าวสามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศที่มีจำนวน 67,163,661 คนได้

ตัวแปรตามที่สนใจศึกษา คือ ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health need) กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นข้อคำถามในตอนที่ 4 ของแบบสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

ตัวแปรต้นที่สนใจศึกษา คือ เพศ อายุ ภูมิภาค เขตการปกครอง เศรษฐฐานะ และสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ

ความชุกของ unmet health need คือ จำนวนผู้ที่ยังรายงานว่าเคยป่วย (แบบผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน หรือ มีปัญหาสุขภาพช่องปาก) และต้องการได้รับการรักษา แต่ไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาในรอบสิบสองเดือนที่ผ่านมา หารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดที่ทำการศึกษาในรอบสิบสองเดือน

เหตุผลที่ไม่ได้รับการตรวจรักษา คือ ในรอบสิบสองเดือนที่ผ่านมา ที่รายงานว่าป่วยและต้องการได้รับการรักษา แต่ไม่ได้ไปรับการรักษานั้น เป็นเพราะเหตุใดจึงไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาในครั้งนั้น

ผลการศึกษา

ก. ความชุกของ unmet health need และ

ลักษณะของประชากรที่มี unmet health need

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 พบว่าประชาชนคนไทยรายงาน unmet health need รวมจำนวนสูงถึงหนึ่งล้านครั้งสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก ประมาณเก้าหมื่นครั้งสำหรับผู้ป่วยใน และมากกว่าหกแสนครั้งสำหรับการบริการทันตกรรม ค่าความเป็นความชุกของ unmet health need กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรมเท่ากับร้อยละ 1.50, 0.14 และ 0.99 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ

สำหรับ unmet health need กรณีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน พบว่า เพศชายและเพศหญิงมี unmet health need ไม่ต่างกันมากนัก กลุ่มผู้สูงอายุจะมี unmet health need มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 2.83 และ 0.41 ตามลำดับ) หากพิจารณาตามเศรษฐกิจฐานะ พบว่า คริวเรือนที่มีฐานะยากจนที่สุด จะมี unmet health need มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.10 และร้อยละ 0.23 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ไม่มียุติในระบบหลักประกันสุขภาพใดๆ จะมี unmet health need มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.41 และ 0.53 ตามลำดับ แต่ถ้าพิจารณาตามภูมิภาคจะพบว่า กรณีผู้ป่วยนอกนั้น ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจะมี unmet health need มากที่สุด (ร้อยละ 2.43) ส่วนกรณีผู้ป่วยในผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้มี unmet health need มากที่สุด (ร้อยละ 0.20)

ส่วน unmet health need กรณีทันตกรรมนั้น พบว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกับกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน กล่าวคือ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและชาย กลุ่มผู้สูงอายุ มี unmet health need สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น กลุ่มผู้ที่มีฐานะยากจนที่สุด มี unmet health need มากที่สุด และกลุ่มผู้ที่ไม่มียุติในระบบหลักประกันสุขภาพใดๆ มี unmet health need มากที่สุด

ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม กลุ่มผู้ที่ไม่มียุติในระบบหลักประกันสุขภาพใดๆ รายงานว่ามี unmet health need มากกว่ากลุ่มที่มี

ตารางที่ 1 ลักษณะของประชากรที่มี unmet health need จำแนกตามกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม พ.ศ. 2558

	N	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน		บริการทันตกรรม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	67,163,661	1,007,797	1.50	91,507	0.14	662,971	0.99
เพศ							
ชาย	32,505,756	487,783	1.49	38,528	0.12	328,183	1.00
หญิง	34,357,905	520,014	1.51	52,979	0.15	334,788	0.97
อายุ							
0 - 4 ปี	3,772,760	16,810	0.45	2,090	0.06	14,497	0.38
5 - 14 ปี	8,232,778	42,862	0.52	3,686	0.04	53,378	0.65
15 - 59 ปี	44,827,764	656,114	1.46	43,300	0.10	467,394	1.04
60 ปีขึ้นไป	10,330,359	292,011	2.83	42,431	0.41	127,702	1.24
ภูมิภาค							
กรุงเทพมหานคร	8,608,400	209,030	2.43	6,160	0.07	66,051	0.77
กลาง	19,186,545	235,104	1.23	22,996	0.12	258,519	1.35
เหนือ	11,485,420	169,548	1.48	13,551	0.12	112,840	0.98
ตะวันออกเฉียงเหนือ	18,740,674	261,592	1.40	30,168	0.16	126,626	0.68
ใต้	9,142,622	132,523	1.45	18,632	0.20	98,935	1.08
เขต							
ในเขตเทศบาล	29,908,470	471,981	1.58	30,249	0.10	291,011	0.97
นอกเขตเทศบาล	37,255,191	535,816	1.44	61,258	0.16	371,960	1.00
เศรษฐกิจฐานะ^a							
จนที่สุด	13,932,626	292,669	2.10	31,693	0.23	192,987	1.39
จน	13,896,634	213,140	1.53	20,861	0.15	132,975	0.96
ปานกลาง	12,249,380	176,787	1.44	13,646	0.11	116,887	0.95
รวย	13,598,801	153,211	1.13	8,615	0.06	128,835	0.95
รวยที่สุด	12,582,507	156,610	1.24	16,384	0.13	85,361	0.68
สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ^b							
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	5,470,336	60,275	1.10	7,297	0.13	40,960	0.75
ประกันสังคม	10,742,985	144,036	1.34	4,462	0.04	107,725	1.00
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	48,718,343	761,404	1.56	74,916	0.15	485,705	1.00
ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ	877,265	21,103	2.41	4,674	0.53	18,268	2.08

หมายเหตุ ^a คือ ไม่นับรวมเศรษฐกิจฐานะที่ไม่สามารถจำแนกได้, ^b คือ ไม่นับรวมสิทธิในระบบประกันสุขภาพอื่นๆ

ที่มา: จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัยโดยใช้โปรแกรม STATA

สิทธิประกันสุขภาพ ทั้งนี้ กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคมและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานว่ามี unmet health need ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ความชุกของ unmet health need กรณีผู้ป่วยนอกสูงที่สุด รองลงมาเป็นการบริการทันตกรรม ตามด้วยกรณีผู้ป่วยใน

ข. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด unmet health need

จากการศึกษาโดยใช้แบบจำลองโลจิสต์ ซึ่งเป็นการหาโอกาสหรือความน่าจะเป็นของการเกิด unmet health need ทั้งในกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและ บริการทันตกรรมจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ เขต

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด unmet health need

ปัจจัย	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน		บริการทันตกรรม	
	adj. OR	Std. Err.	adj. OR	Std. Err.	adj. OR	Std. Err.
เพศ (เพศหญิง = อ้างอิง)						
เพศชาย	1.012	0.071	0.804	0.160	1.032	0.085
ภาค (กรุงเทพมหานคร = อ้างอิง)						
กลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร)	0.441***	0.057	1.430	0.726	1.676***	0.308
เหนือ	0.484***	0.064	1.152	0.593	1.166	0.219
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.440***	0.056	1.574	0.779	0.777	0.148
ใต้	0.499***	0.071	2.319*	1.185	1.288	0.244
เขต (นอกเขตเทศบาล = อ้างอิง)						
ในเขตเทศบาล	0.951***	0.070	0.729	0.142	1.038	0.091
อายุ (0 - 4 ปี=อ้างอิง)						
5 - 14 ปี	1.234	0.367	0.852	0.591	1.771*	0.524
15 - 59 ปี	3.505***	0.926	2.165	1.403	2.821***	0.799
60 ปีขึ้นไป	6.876***	1.823	7.940***	5.129	3.302***	0.952
เศรษฐกิจฐานะ (จนที่สุด = อ้างอิง)						
จน	0.809**	0.079	0.748	0.192	0.737**	0.093
ปานกลาง	0.780**	0.077	0.591*	0.162	0.706***	0.083
รวย	0.587***	0.062	0.381***	0.116	0.692***	0.087
รวยที่สุด	0.588***	0.073	0.934	0.272	0.492***	0.073
สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ (ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ=อ้างอิง)						
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	0.495**	0.141	0.157***	0.088	0.461***	0.131
ประกันสังคม	0.583*	0.162	0.088***	0.050	0.472***	0.128
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.782	0.203	0.214***	0.094	0.572**	0.145
อื่นๆ	0.728	0.257	0.021***	0.023	0.435*	0.208

*** คือ p < 0.01, ** คือ p < 0.05 และ * คือ p < 0.1

adj. OR คือ ค่า adjusted Odd Ratio

ที่มา: จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัยโดยใช้โปรแกรม STATA



การปกครอง ภูมิภาค เศรษฐฐานะ และสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ⁽¹⁾ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด unmet health need อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่

o อายุ โดย ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิด unmet health need มากกว่าเด็กอายุ 0-4 ปี ถึง 6.8, 7.9 และ 3.3 เท่า สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและ บริการทันตกรรม ตามลำดับ

o การมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐใดๆ มีโอกาสเกิด unmet health need น้อยกว่าผู้ไม่มีสิทธิในระบบ

หลักประกันสุขภาพ

o เศรษฐฐานะ ผู้ที่มีเศรษฐานะสูงกว่าจะมีโอกาสเกิด unmet health need น้อยกว่าผู้มีเศรษฐานะในระดับต่ำกว่า โดยพบว่า เศรษฐฐานะในระดับรายที่สุด มีโอกาสเกิด unmet health need น้อยกว่าระดับจนที่สุด ประมาณ ร้อยละ 40, ร้อยละ 10 และ ร้อยละ 50 สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ บริการทันตกรรม ตามลำดับ

o เขตที่พำนักอาศัย พบว่า กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร มีโอกาสเกิด unmet health

ตารางที่ 3 เหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need กรณีผู้ป่วยนอก, ร้อยละ

ผู้ป่วยนอก	ข้อจำกัดของผู้รับบริการ					ระบบบริการสุขภาพ		
	ไม่มีเงิน ค่ารักษา พยาบาล	ไม่มีค่า เดินทาง	เดินทาง ไม่สะดวก/ ห่างไกล	ไม่มี เวลาไป รับ การ รักษา	ไม่มีผู้ พาไป รับ การ รักษา	ไม่เชื่อมั่น/ ไม่ประทับใจ สถาน พยาบาล/ ผู้ให้บริการ	ไม่ทราบ ว่าจะไป รับ การ รักษา ที่ใด	คิวยาว รอนาน
อายุ								
15-59 ปี	3.1	2.8	7.7	36.0	3.6	4.4	1.4	41.2
60 ปีขึ้นไป	3.1	4.2	25.2	15.3	16.2	3.9	0.5	31.5
เศรษฐานะ								
จนที่สุด	5.5	6.4	13.7	24.0	15.1	4.5	2.4	28.5
รวยที่สุด	2.8	2.9	4.9	29.1	1.9	6.5	0.0	52.0
ภูมิภาค								
กรุงเทพมหานคร	1.8	0.0	6.9	25.3	4.3	7.2	2.8	51.7
กลาง	4.4	5.9	15.0	25.8	7.4	5.7	0.8	35.2
เหนือ	1.2	2.1	14.0	36.1	5.0	5.0	0.0	36.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3.1	4.4	17.4	29.0	10.9	1.9	0.7	32.6
ใต้	5.2	2.9	10.1	27.5	10.8	2.3	0.6	40.5
สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ								
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	1.6	0.0	19.5	29.8	1.7	1.3	0.0	46.2
ประกันสังคม	2.3	3.6	6.6	42.0	0.6	3.9	0.0	40.9
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2.6	3.4	13.7	26.7	9.5	5.0	0.6	38.5
ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ	24.5	5.0	14.2	11.5	2.3	2.4	25.8	14.3

ที่มา: จากการวิเคราะห์ของข้อมูลวิจัยโดยใช้โปรแกรม STATA

need มากกว่าผู้ที่อาศัยในภูมิภาคอื่นๆ

ค. เหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need

เหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need ในกรณีผู้ป่วยนอกที่เนื่องมาจากข้อจำกัดของผู้รับบริการ คือ ไม่มีเวลาไปรับการรักษา ส่วนเหตุผลที่เนื่องมาจากระบบบริการสุขภาพ คือ คิวยาว/ต้องรอนาน แต่เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า เหตุผลที่เนื่องมาจากข้อจำกัดของผู้รับบริการที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิด unmet health need คือ เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล (ร้อยละ 25.2) ส่วนผู้ที่ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ เหตุผลที่ทำให้

เกิด unmet health need มากที่สุดนั้น เนื่องมาจากไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ไหน (ร้อยละ 25.8) และไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 24.5) ดังตารางที่ 3 เหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need ในกรณีผู้ป่วยในที่เนื่องมาจากข้อจำกัดของผู้รับบริการ คือ เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล และไม่มีเวลาไปรับการรักษา ส่วนเหตุผลที่เนื่องมาจากระบบบริการสุขภาพ คือ คิวยาว/รอนาน และไม่เชื่อมั่น/ไม่ประทับใจในสถานพยาบาล/ผู้ให้บริการ แต่เมื่อพิจารณาตามภูมิภาค พบว่า เหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need สำหรับผู้ที่

ตารางที่ 4 เหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need กรณีผู้ป่วยใน, ร้อยละ

ผู้ป่วยใน	ข้อจำกัดของผู้รับบริการ					ระบบบริการสุขภาพ			
	ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล	ไม่มีค่าเดินทาง	เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล	ไม่มีเวลาไปรับการรักษา	ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา	ไม่เชื่อมั่นสถานพยาบาล/ผู้ให้บริการ	ไม่ทราบว่าไปรับการรักษาที่ใด	เตียงเต็ม/สถานที่ไม่รองรับ	คิวยาวรอนาน
อายุ									
15-59 ปี	13.6	5.3	20.5	29.9	4.8	10.1	1.4	5.7	8.6
60 ปีขึ้นไป	5.3	5.4	18.7	7.8	17.3	17.9	0.0	5.4	22.1
เศรษฐกิจฐานะ									
จนที่สุด	14.9	11.9	19.8	19.2	22.2	7.3	0.0	0.9	4.0
รวยที่สุด	0.9	0.0	3.7	13.8	7.6	29.4	0.0	14.3	30.3
ภูมิภาค									
กรุงเทพมหานคร	27.9	0.0	18.0	30.8	0.0	0.0	0.0	23.4	0.0
กลาง	0.0	2.2	23.2	15.7	7.2	22.3	0.0	6.3	23.1
เหนือ	2.3	6.4	13.8	1.6	21.8	19.8	6.2	12.2	16.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	12.4	9.4	19.9	20.0	15.6	8.8	0.0	0.0	13.9
ใต้	14.8	5.0	17.7	24.3	9.8	7.3	0.0	6.1	15.1
สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ									
สวัสดิการโรงพยาบาล									
ข้าราชการ	0.0	0.0	8.7	10.9	9.9	2.6	0.0	0.0	67.9
ประกันสังคม	0.0	0.0	13.7	73.4	0.0	12.8	0.0	0.0	0.0
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	11.4	6.0	19.1	14.4	13.3	15.2	0.9	7.5	12.3
ไม่มีสิทธิในระบบ									
หลักประกันสุขภาพ	0.0	10.1	45.4	44.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

ที่มา: จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัยโดยใช้โปรแกรม STATA

ตารางที่ 5 เหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need กรณีบริการทันตกรรม, ร้อยละ

ผู้ป่วยใน	ข้อจำกัดของผู้รับบริการ					ระบบบริการสุขภาพ			
	ไม่มีเงิน จ่ายค่า รักษา พยาบาล	ไม่มีค่า เดินทาง	เดินทาง ไม่ สะดวก/ ห่างไกล	ไม่มีเวลา ไปรับบริการ รักษา	ไม่มี ผู้พาไป รับการ รักษา	ไม่เชื่อมั่น /สถานที่ พยาบาล/ ผู้ให้บริการ	ไม่ทราบ ว่าจะไปรับ การรักษา ที่ใด	สถานที่ ไม่ รองรับ	คิวยาว รอนาน
อายุ									
15-59 ปี	4.8	1.4	5.9	40.8	1.2	2.1	0.4	1.1	28.4
60 ปีขึ้นไป	6.5	1.6	13.5	19.3	6.9	2.2	0.1	5.5	26.1
เศรษฐกิจฐานะ									
จนที่สุด	9.7	2.7	9.9	33.4	4.0	3.4	0.2	0.6	22.7
รวยที่สุด	4.5	0.8	5.0	43.7	1.5	0.7	1.6	9.3	29.0
ภูมิภาค									
กรุงเทพมหานคร	19.1	0	3.7	31.6	3.2	0.0	0.0	0.0	29.6
กลาง	3.1	1.8	10.1	39.7	2.9	2.0	0.3	2.5	27.4
เหนือ	0.8	0.1	7.8	29.3	4.0	2.6	0.0	3.8	25.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4.0	2.2	6.9	33.5	4.6	3.0	0.2	1.9	23.1
ใต้	5.2	1.2	4.1	23.1	3.3	3.7	1.4	1.3	40.7
สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ									
สวัสดิการรักษายาพยาบาล									
ข้าราชการ	0.7	0.0	6.1	33.6	6.1	0.9	0.0	8.9	26.8
ประกันสังคม	4.1	0.0	3.9	49.7	0.7	0.4	0.0	0.0	29.4
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	4.3	1.5	7.7	30.9	4.0	3.0	0.5	2.2	28.5
ไม่มีสิทธิในระบบ									
หลักประกันสุขภาพ	33.3	6.4	33.3	17.2	2.6	0.0	0.0	0.0	7.1

ที่มา: จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัยโดยใช้โปรแกรม STATA

อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ที่เนื่องมาจากข้อจำกัดของผู้รับบริการ คือ ไม่มีเวลาไปรับการรักษา (ร้อยละ 30.8) และไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 27.9) เหตุผลที่เนื่องมาจากระบบบริการสุขภาพ คือ เสียงเต็ม/สถานที่ไม่รองรับ (ร้อยละ 23.4) ดังตารางที่ 4

เหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need ในกรณีบริการทันตกรรมที่เนื่องมาจากข้อจำกัดของผู้รับบริการ คือ ไม่มีเวลาไปรับการรักษา ส่วนเหตุผลที่เนื่องมาจากระบบบริการสุขภาพ คือ คิวยาว/รอนาน แต่เมื่อ

พิจารณาตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่าผู้ที่ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพใดๆ จะเกิด unmet health need มากที่สุดที่เนื่องมาจากข้อจำกัดของผู้รับบริการ คือ ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลและเดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล (ร้อยละ 33.3 เท่ากัน) ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

เรื่อง unmet health need นั้น ได้เริ่มมีการศึกษา

ในประเทศไทยครั้งแรก โดยการบรรจุข้อคำถามในการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคม (สศส.) พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นการใช้ตัวอย่างซ้ำ หรือ panel survey มีการนำข้อมูล สศส. ไปวิเคราะห์และตีพิมพ์เป็นบทความในวารสารต่างประเทศในปี พ.ศ. 2555⁽⁸⁾ จากนั้นก็ไม่มีการศึกษา unmet health need ใน สศส. ที่ใช้ตัวอย่างซ้ำอีกเลย ทำให้ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงหรือแนวโน้มการเกิด unmet health need จาก สศส. ได้ และในชุดคำถาม unmet health need ใน สศส. ก็ไม่มีข้อคำถามสำหรับการบริการทันตกรรม

ได้มีการนำ unmet health need ไปบรรจุเป็นข้อคำถามในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอส.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นการสำรวจทุกสองปี ทำให้ประเทศไทยมีชุดข้อมูล unmet health need จากการสำรวจเดียวกัน (สอส.) ถึงสามชุดข้อมูลในปี 2554, 2556 และ 2558 แต่บทความฉบับนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล unmet health need จาก สอส. พ.ศ. 2558 เพียงชุดเดียว เพื่อนำเสนอข้อมูลอย่างรอบด้าน ทั้งความชุก ลักษณะ ปัจจัยและสาเหตุของการเกิด unmet health need จึงไม่สามารถทำการวิเคราะห์แนวโน้ม unmet health need ได้เพราะไม่ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงจากข้อมูล สอส. ทั้งสามชุด ดังนั้น ควรทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบ สอส. พ.ศ. 2554, 2556 และ 2558 ซึ่งจะทำให้การติดตามประเมินผลการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ความชุกของ unmet health need กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม จากข้อมูล สอส. ปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ ร้อยละ 1.50, 0.14 และ 0.99 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ ซึ่งเป็นตัวเลขที่น้อยกว่าตัวเลขร้อยละ 3 จากการสำรวจของประเทศ OECD ในสหภาพยุโรป และสอดคล้องกับตัวเลข unmet health need ของประเทศไทยจาก สศส. ปี พ.ศ. 2553 ที่พบร้อยละ 1.4 และ 0.4 สำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (หมายเหตุ สศส. ปี พ.ศ. 2553 ไม่มี unmet health

need ของบริการทันตกรรม)

ผู้ที่รายงานว่ามี unmet health need ทั้งหมดมีจำนวนเท่ากับ 1.76 ล้านคน (หนึ่งล้านสำหรับบริการผู้ป่วยนอก เก้าหมื่นสำหรับบริการผู้ป่วยใน และ หกแสนกว่าสำหรับบริการทันตกรรม) ใน พ.ศ. 2558 ถือว่าเป็นจำนวนที่มากพอควร หน่วยงานภาครัฐด้านหลักประกันสุขภาพหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรติดตามและประเมินผลในการจัดบริการสาธารณสุข เพื่อลดความชุกของ unmet health need นี้

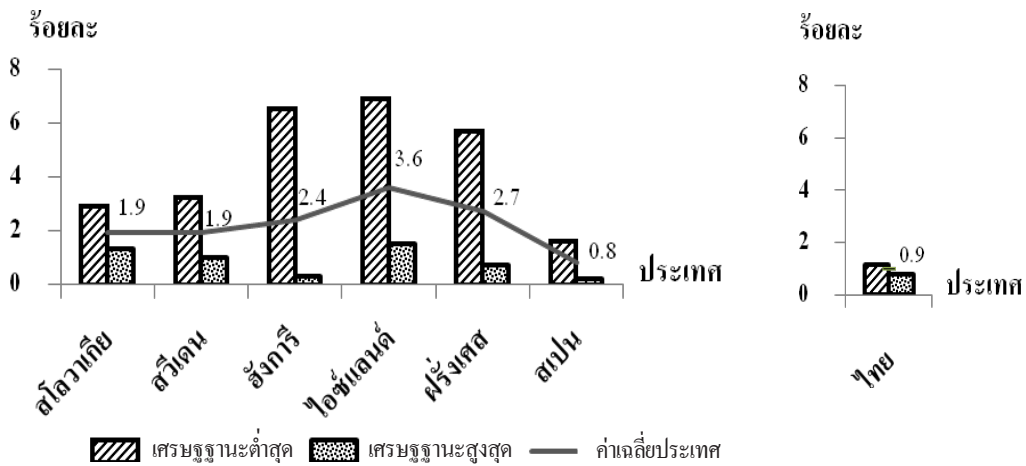
ผู้ที่ไม่มีความพึงพอใจในระบบหลักประกันสุขภาพใดๆ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม มี unmet health need สูงกว่าผู้ที่มีความพึงพอใจในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบหลัก โดยเหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need ของผู้ที่ไม่มีความพึงพอใจในระบบหลักประกันสุขภาพ กรณีผู้ป่วยนอกคือ ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ไหนและไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 50.3 ของประชากรทั้งหมด) กรณีผู้ป่วยในคือ เดินทางไม่สะดวก/ห่างไกล และไม่มีเวลาไปรับการรักษา (ร้อยละ 89.9 ของประชากรทั้งหมด) กรณีบริการทันตกรรมคือ ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลและเดินทางไม่สะดวก/ห่างไกล (ร้อยละ 66.6 ของประชากรทั้งหมด) ซึ่งเป็นความท้าทายของรัฐบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจัดระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ผู้ที่ไม่มีความพึงพอใจในระบบหลักประกันสุขภาพใดๆ และการทำให้กลุ่มคนเหล่านี้มีความพึงพอใจในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีความพึงพอใจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ unmet health need เพิ่มขึ้น ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม ประกอบกับประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564⁽¹⁰⁾ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรมีแนวทางหรือแผนยุทธศาสตร์ใน

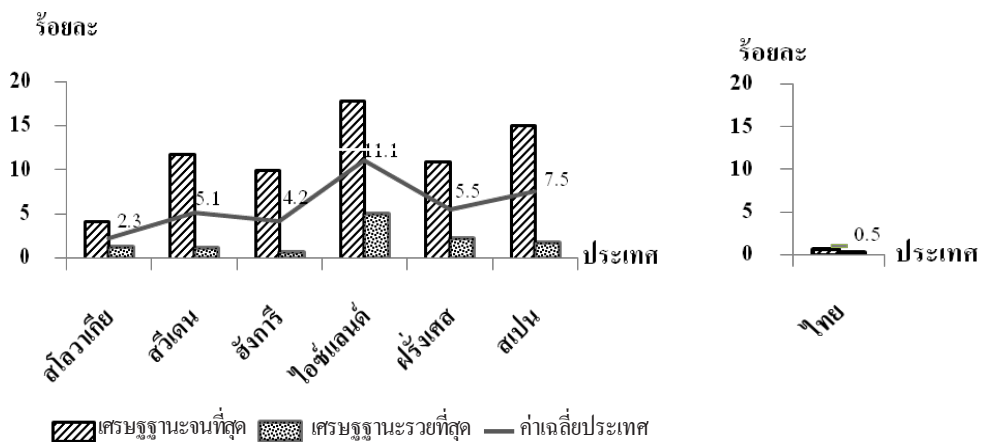
การดูแลผู้สูงอายุให้เข้าถึงการบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างยั่งยืน เช่น การดูแลระยะยาว (long term care) การเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นวิธีการในการทำงานเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นมากขึ้น และลดความชุกของการเกิด unmet health need ของผู้สูงอายุ

ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมี unmet health need สำหรับกรณีผู้ป่วยนอก สูงกว่าภูมิภาค

อื่นๆ เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวง มีประชากรหนาแน่น มีความเป็นสังคมเมืองมากกว่าภูมิภาคอื่นๆ ทำให้การจัดบริการด้านสุขภาพในเขตเมือง กรุงเทพมหานครยากกว่าเขตเมืองในภูมิภาคอื่นๆ ดังนั้น สำนักงานเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมกันพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการสุขภาพ



รูปที่ 1 เปรียบเทียบความชุก unmet health need กรณีผู้ป่วยนอก ระหว่างประเทศสมาชิกกลุ่ม OECD ที่อยู่ในสหภาพยุโรป และประเทศไทย ที่มา: จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัย



รูปที่ 2 เปรียบเทียบความชุก unmet health need กรณีทันตกรรม ระหว่างประเทศสมาชิกกลุ่ม OECD ที่อยู่ในสหภาพยุโรป และประเทศไทย ที่มา: จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัย



ปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนเขตเมืองได้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและลดความชุกในการเกิด unmet health need ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

ครัวเรือนที่มีฐานะยากจนที่สุดมี unmet health need สูงกว่าระดับเศรษฐกิจฐานะอื่นๆ ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความรู้แก่ประชาชนให้มากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชนได้ นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขควรมีการติดตามและประเมินผลการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กิจกรรมมีความยั่งยืนและเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด

เหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need ในภาพรวม ทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและบริการทันตกรรม ด้านหนึ่งเนื่องมาจากระบบบริการสุขภาพ คือ คิวยาว/รอนาน ดังนั้นรัฐบาลควรเร่งวางยุทธศาสตร์ที่ทำให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและรวดเร็ว ทั้งการจัดบริการและการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การจัดระบบบริการสุขภาพกรณีทันตกรรม ควรให้มีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และควรปลูกฝังให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองก่อนมาโรงพยาบาล เพื่อลดความแออัดที่โรงพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบความชุก unmet health need กรณีผู้ป่วยนอกและบริการทันตกรรมระหว่างประเทศสมาชิกกลุ่ม OECD ที่อยู่ในสหภาพยุโรป ซึ่งใช้ข้อมูลจาก European Union Statistics on Income and Living Conditions Survey พ.ศ. 2556 กับประเทศไทยที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) พ.ศ. 2558 (รูปที่ 1 และ 2) โดยพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างครัวเรือนที่มีฐานะยากจนที่สุดและร่ำรวยที่สุดในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการด้านสุขภาพ

และอุปสรรคในการเดินทางไปรับการรักษา ซึ่งเลือก 4 เหตุผลจากแบบสำรวจ ได้แก่ ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา คิวยาว/รอนาน และเดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล⁽⁴⁾ โดยดูช่องว่างระหว่างครัวเรือนที่ฐานะยากจนที่สุดและร่ำรวยที่สุดของประเทศสมาชิก OECD ที่อยู่ในสหภาพยุโรป และประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำน้อยกว่าประเทศสมาชิกกลุ่ม OECD อย่างชัดเจน สาเหตุหนึ่งเนื่องจากประเทศไทยบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ส่งผลให้ความเหลื่อมล้ำน้อยลง⁽⁷⁾ ทั้งนี้ สำหรับกรณีผู้ป่วยใน ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างประเทศสมาชิกกลุ่ม OECD กับประเทศไทย เนื่องจากประเทศสมาชิกกลุ่ม OECD ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นข้อดีของบทความนี้ที่มีข้อมูลที่กว้างกว่าประเทศสมาชิกกลุ่ม OECD

ถ้าหากประเทศไทยสามารถลดความเหลื่อมล้ำและสามารถทำให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น จะทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความยั่งยืนของระบบ และสามารถเป็นแหล่งเรียนรู้หรือเป็นบทเรียนให้กับประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ ได้

ข้อยุติ

แม้ว่าความชุกของ unmet health need ในปี พ.ศ. 2558 กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและทันตกรรม จะมีเพียงร้อยละ 1.50, 0.14 และ 0.99 ของประชากรทั้งหมด แต่ในภาพรวม ผู้ที่รายงานว่ามี unmet health need ยังคงมีจำนวนมาก คือมีถึง 1.76 ล้านคน ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด unmet health need อย่างมีนัยสำคัญคือ อายุ การมีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ เศรษฐฐานะ และเขตที่พักอาศัย ส่วนเหตุผลที่ทำให้เกิด unmet health need ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและทันตกรรมคือ ไม่มีเวลาไปรับการรักษา และคิวยาว/รอนาน สำหรับ

กรณีผู้ป่วยใน คือ เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล และ คิวยาว/รอนาน หน่วยงานด้านหลักประกันสุขภาพและ หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการเร่ง แก้ไขปัญหาดังกล่าว และนอกจากประเด็นเรื่อง unmet health need หรือการไม่ได้รับบริการสุขภาพเมื่อมี ความจำเป็นแล้ว ยังมีอีกมุมมองหนึ่งที่น่าสนใจสำหรับ การศึกษาในอนาคต คือ การใช้บริการสุขภาพเกินจำเป็น (moral hazard) ซึ่งถ้าหากมีการศึกษา เชื่อว่าข้อมูล ที่ได้จะช่วยให้การประเมินผลและติดตามการใช้บริการ สุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, รศ.ดร.จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ และนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่ให้การสนับสนุนและข้อเสนอแนะใน การศึกษานี้ และขอขอบคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้ ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 โดย ให้ความอนุเคราะห์สำเนาข้อมูลดิบมาใช้ในการวิเคราะห์ ครั้งนี้

References

1. United Nations. Sustainable Development Goals [Internet]. [cited 2016 February 10]; Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>.
2. OECD. Member and partners [Internet]. 2016 [cited 2016 February 9]; Available from: <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/#d.en.194378>.
3. OECD. Health at a glance 2015: OECD indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015 [cited 2015 December 24]; Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
4. OECD. Unmet needs for medical care and dental care. In: Health at a Glance 2015: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015 [cited 2015 December 24]; Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-40-en.
5. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Adv Health Econ Health Serv Res* 2009;21:57-81.
6. Kongsri S, Limwattananon S, Sirilak S, Prakongsai P, Tangcharoensathien V. Equity of access to and utilization of reproductive health services in Thailand: national reproductive health survey data, 2006 and 2009. *Reprod Health Matters* 2011 May;19(37):86-97.
7. Tangcharoensathien V, Swasdiworn W, Jongudomsuk P, Srithamrongswat S, Patcharanarumol W, Prakongsai P, et al. Universal coverage scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges (World Health Report 2010: Background Paper, 43). In: WHO, editor. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
8. Thammatacharee N, Tisayaticom K, Suphanchaimat R, Limwattananon S, Putthasri W, Netsaengtip R, et al. Prevalence and profiles of unmet healthcare need in Thailand. *BMC Public Health* 2012;12:923.
9. National Statistical Office. Executive summary of Health and Welfare Survey 2015 [Internet]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/healthy/healthyMeth58.pdf>. (in Thai)
10. Prasartkul P. Thai aging society: present and future [Internet]. 2015 [cited 2016 February 9]; Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Available from: <http://www.spko.moph.go.th/wp-content/uploads/2013/10/aged-society-2558-09-09.pdf>. (in Thai)