

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

เมธินี อินทรยศ*

วินัย ลิสมิทธิ์†‡

ธีรพล ทิพย์พยอม*

นิลวรรณ อยู่ภักดี*‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: นิลวรรณ อยู่ภักดี

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: ความเป็นธรรมทางสุขภาพ คือ การปราศจากช่องว่างเชิงระบบในการจัดสรรทรัพยากร การเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังประเภทโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases: NCDs) หลายโรคร่วมกันได้สูง ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาและมีคุณภาพชีวิตลดลง ยิ่งถ้ามีความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพซ้ำเติม ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะได้รับผลกระทบเพิ่มขึ้นด้วย **วัตถุประสงค์:** เพื่อค้นหารูปแบบของกิจกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรัง ในมิติความเป็นธรรมด้านสุขภาพแนวราบ (horizontal equity) ทั้งด้านค่าใช้จ่าย การใช้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพ **ระเบียบวิธีศึกษา:** ใช้รูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลงานวิจัยในประเทศไทย 5 ฐานข้อมูล และนานาชาติ 2 ฐานข้อมูล เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย คือ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเป็นธรรม/ความเสมอภาค/ความเท่าเทียมในผู้สูงอายุไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) และนำเสนอผลลัพธ์แบบพรรณนา

ผลการศึกษา: มีการศึกษาผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 8 การศึกษา และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยภายนอกของผู้ป่วย (เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม) และปัจจัยภายในของผู้ป่วย (ปัจจัยด้านตัวบุคคลและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ) โดยพบว่า ในด้านปัจจัยภายนอกนั้น ปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมความเป็นธรรม ได้แก่ การมีสวัสดิการรักษายาและการอยู่ในเขตเมือง ส่วนปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความเป็นธรรม ได้แก่ การศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา รายได้น้อย ไม่มีอาชีพ ไม่มีสิทธิสวัสดิการ และการอยู่ในพื้นที่ห่างไกล สำหรับในด้านปัจจัยภายในพบว่าปัจจัยภายในของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรม ได้แก่ 1) ความพิการหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) การมีความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิต และ 3) พฤติกรรมการไม่ใช้บริการสุขภาพ โดยปัจจัยทั้งภายในและภายนอกมีผลต่อ 1) สภาวะสุขภาพ 2) ภาระค่าใช้จ่าย และ 3) ความจำเป็นด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ทั้งนี้การจัดการที่ลดความรุนแรงจากปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมเพิ่มขึ้น ได้แก่ 1) กิจกรรมการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ 2) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชนและปฐมภูมิ และ 3) กิจกรรมที่เป็นบริการสาธารณะหรือสวัสดิการสังคมต่างๆ เพื่อลดความไม่เป็นธรรมและลดค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบในการใช้บริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความเป็นธรรมด้านสุขภาพมากขึ้น ควรมีการจัดการที่เหมาะสมต่อปัจจัยและกิจกรรมที่จะส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมดังกล่าว

คำสำคัญ: ความเป็นธรรม, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง, โรคไม่ติดต่อ

* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิษณุโลก

† โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

‡ มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ จังหวัดพิษณุโลก



Equity in Health in Thai Elderly under Universal Coverage Scheme: A Systematic Review

Methinee Intarates*, Vinai Leesmidt†‡, Teerapon Dhippayom*, Nilawan Upakdee*‡

* Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University, Phitsanulok province

† Klong Klung Hospital, Kamphaeng Phet province

‡ Centre for Health Equity Monitoring Foundation, Phitsanulok province

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

Abstract

Background: Health equity is systematic deprivation gaps in resource allocation, accessibility and utilization of health services. The elderly people with high prevalence of chronic, and non-communicable diseases (NCDs) usually face problems with respect to high treatment cost, and if health inequity exists, they disproportionately suffer a decrease in their quality of life. **Objective:** The study was aimed at exploring the factors affecting health equity in Thai elderly, as well as activities that improve health equity. We focused on horizontal equity dimensions of cost, use, and accessibility to health services. **Methodology:** This was a systematic review, searching 5 Thai and 2 international databases. The inclusion criteria covered equity in health in elderly and related meanings (in Thai and English). Content analysis, and descriptive presentation were used in this review.

Result: The affecting factors to inequity in health included external factors (e.g. socioeconomic factors) and internal factors (personal/behavioral factors on use of service). The external factors that improved equity in health in elderly included health insurance coverage and living in urban area. The external factors that decreased equity in health in elderly included education lower than high school level, low income, no occupation, no insurance and living in rural or remote area. The internal factors that decreased equity in health in elderly included 1) having disability or chronic illness, 2) stress, and 3) behavior for not using health service. All of these factors affected on 1) health status, 2) health financing, and 3) health needs (accessibility and utilization). The interventions that decreased inequity in health and improved equity in health were as follows: 1) treatment and rehabilitation activities at secondary and tertiary hospitals, 2) health promotion and disease prevention activities at the community or primary care units, and 3) public services or social welfare activities aimed at reducing inequity by decreasing health service expenditure to elderly.

Recommendation: Appropriate approaches amending factors and activities affecting inequity should be implemented to achieve health equity in elderly.

Keywords: horizontal equity, elderly, chronic disease, non-communicable disease

ภูมิหลังและเหตุผล

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ (equity in health) หมายถึง การไม่มีช่องว่างเชิงระบบในประเด็นสุขภาพ หรือไม่มีปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่ต่างกันอย่างเป็นระบบในกลุ่มคนที่มีสถานะสังคมต่างกัน⁽¹⁾ ความเป็นธรรมเป็นสิ่งที่สำคัญในระบบสุขภาพ⁽²⁾ โดยความเป็นธรรมด้านสุขภาพมี 2 มิติ คือ ความเป็นธรรมในแนวนราบ (horizontal

equity) และความเป็นธรรมในแนวตั้ง (vertical equity) ความเป็นธรรมในแนวนราบ หมายถึง การได้รับการดูแลที่เท่ากันระหว่างบุคคลที่มีความต้องการทางสุขภาพเหมือนกัน ส่วนความเป็นธรรมในแนวตั้ง หมายถึง การได้รับการดูแลที่ต่างกันตามความต้องการการรักษาที่ไม่เท่ากัน โดยความเป็นธรรมในแนวตั้งนั้นต้องเป็นสัดส่วนที่เหมาะสมตามความจำเป็นในการรักษาด้วย⁽³⁾ ทั้งนี้ เหตุที่ต้องวัดความ

เป็นธรรมนั้น ก็เพื่อให้มั่นใจได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเป็นไปตามความต้องการของประชาชน และคุณภาพของการให้บริการนั้นไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มประชากร สถานะสุขภาพ และระดับความห่างไกลในการได้รับบริการสุขภาพ⁽⁴⁾ การวัดความเป็นธรรมในแนวตั้งเป็นสิ่งที่วัดได้ยาก⁽⁵⁾ ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่การรักษาใดๆ ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยหนักมีสภาพที่ดีขึ้น ผู้ป่วยหนักเหล่านั้นอาจต้องการการรักษาทางการแพทย์น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการน้อยกว่า ซึ่งบริการทางการแพทย์ด้านการป้องกันโรค สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรายที่มีอาการน้อยกว่า มีสุขภาพที่ดีขึ้นในอนาคตได้^(6,7) ดังนั้น การศึกษาความเป็นธรรมในแนวราบด้านสุขภาพ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความเป็นธรรมในด้านการกระจายปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากร การเข้าถึงบริการ และการใช้บริการ สำหรับความจำเป็นที่เท่ากันของประชากร โดยมีสมมติฐานว่า กลุ่มคนที่มีความต้องการการรักษาเหมือนกัน จะต้องได้รับบริการสุขภาพที่เท่ากัน โดยไม่ขึ้นกับความสามารถในการจ่ายเงินหรือสภาพทางภูมิศาสตร์หรือตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆ⁽⁵⁾ โดยความจำเป็นด้านสุขภาพของประชากรนั้นเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานที่ประชากรควรได้รับ (minimum health need) ทั้งนี้ การกำหนดรูปแบบความเป็นธรรม (theme of equity) สำหรับความเป็นธรรมในแนวราบของการใช้บริการ (horizontal equity of use)^(8,9) ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายทางด้านบริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากันเพื่อบ่งบอกถึงความเป็นธรรมในด้านปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากร 2) การใช้บริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน และ 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน

กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ คือ กลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ประชากรกลุ่มเปราะบาง (vulnerable groups) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ที่ส่วนมากมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งมักเป็นโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และ

โรคความดันโลหิตสูง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁰⁾ ระบุว่า โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุในการเสียชีวิตของประชากร 38 ล้านคนทั่วโลกในปี พ.ศ. 2555 หรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดย 4 โรคหลักที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย โดยรายงานสถิติสาธารณสุข⁽¹¹⁾ พ.ศ. 2552-2557 ระบุว่า อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน นอกจากนี้โรคเรื้อรังที่พบอัตราการตายสูงในประชากรโลกและประชากรไทยแล้ว โรคหรือสภาวะสุขภาพที่ควรให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ได้แก่ โรคไตเรื้อรังที่ต้องล้างไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างไตโดยการฟอกเลือด (hemodialysis)⁽¹²⁾ ดังนั้น การชะลอหรือการป้องกันไตวายเรื้อรังจึงเป็นงานที่ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับบริการนี้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

ประเทศไทยได้จัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage security) ที่มุ่งหวังให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2544⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดมากมายที่ต้องแก้ไข ดังนั้น จึงมีงานวิจัยเชิงระบบหลายชิ้นเกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น ทั้งนี้ ได้มีการวิเคราะห์ช่องว่างของงานวิจัย (research gap) ในช่วงปี 2545 ถึงปี 2556⁽¹⁴⁾ พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) องค์ความรู้เกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และ 3) ข้อเสนอที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้ทำการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์/งานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ และศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมความเป็นธรรมในแนวราบในการดูแลผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อ



ความเป็นธรรมในผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็นธรรมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ เป็นการค้นหารูปแบบของกิจกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรัง ในมิติความเป็นธรรมด้านสุขภาพแนวราบ (horizontal equity) ทั้งด้านค่าใช้จ่าย การใช้บริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทั้งวรรณกรรมที่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและ/หรือเชิงปริมาณ โดยโจทย์ของการศึกษา คือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ และขอบเขตของกิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเริ่มต้นกระบวนการอย่างเป็นระบบด้วยขั้นตอนการค้นหา การคัดเลือก และการวิเคราะห์ โดยแต่ละกระบวนการตัดสินใจมีการพิจารณาจากเสียงข้างมากจำนวน 2 ใน 3 ความคิดเห็นเพื่อหาข้อยุติในขั้นตอนต่างๆ โดยมีผู้ดำเนินการวิจัยหลักคือ เมธิณี นิลวรรณ และธีรพล

กลยุทธ์ในการสืบค้น

ทำการสืบค้นโดยใช้คำสำคัญคือความเป็นธรรม และคำใกล้เคียงคือความเสมอภาคและความเท่าเทียม (ดูภาคผนวก) ตั้งแต่วันเริ่มต้นของแต่ละฐานข้อมูล จนถึงวันที่ 13 มีนาคม 2561 โดยสืบค้นในฐานข้อมูลจำนวน 7 ฐานข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยฐานข้อมูลในประเทศไทยจำนวน 5 ฐานข้อมูล และฐานข้อมูลนานาชาติ 2 ฐานข้อมูล ดังนี้

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และฐานข้อมูลห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2. Thai Digital Collection (TDC) หรือ ThaiLIS
3. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย (Thai Thesis Data-

base) สวทช. (NSTDA)

4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (TCI, ThaiJO, สกว.)
5. ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)
6. Pubmed
7. Scopus

เกณฑ์คัดเลือก

เกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยได้แก่ 1) งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเป็นธรรม/ความเสมอภาค/ความเท่าเทียม ในผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) งานวิจัยที่มีเนื้อหาฉบับเต็ม

การสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัย

เมธิณีดำเนินการสืบค้นตามขอบเขตข้างต้น หลังจากนั้น เมธิณีและนิลวรรณคัดกรองโดยอิสระต่อกัน จากนั้นจะมีการอภิปรายถ้าหากมีความเห็นไม่ตรงกัน ในส่วนของขั้นตอนการคัดเข้านั้น เมธิณีและธีรพลพิจารณาบทความฉบับเต็ม เพื่อคัดเลือกการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า หากไม่สอดคล้องกัน นิลวรรณจะเป็นผู้พิจารณาหาข้อสรุป

การสกัดข้อมูล

ผู้ดำเนินการวิจัย (เมธิณีและนิลวรรณ) ทำการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า เพื่อให้ได้ข้อมูลดังต่อไปนี้ วัตถุประสงค์ รูปแบบการศึกษา ระดับการให้บริการสุขภาพ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ) กลุ่มเป้าหมาย อายุเฉลี่ย โรคเรื้อรังที่ศึกษา ระยะเวลาทำการศึกษา ประเด็นที่ศึกษา (ค่าใช้จ่าย การใช้บริการ การเข้าถึง) และผลลัพธ์การศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ความถี่ การจัดกลุ่ม และการเรียงเรียงข้อมูลจากการศึกษาที่คัดเข้า พิจารณา

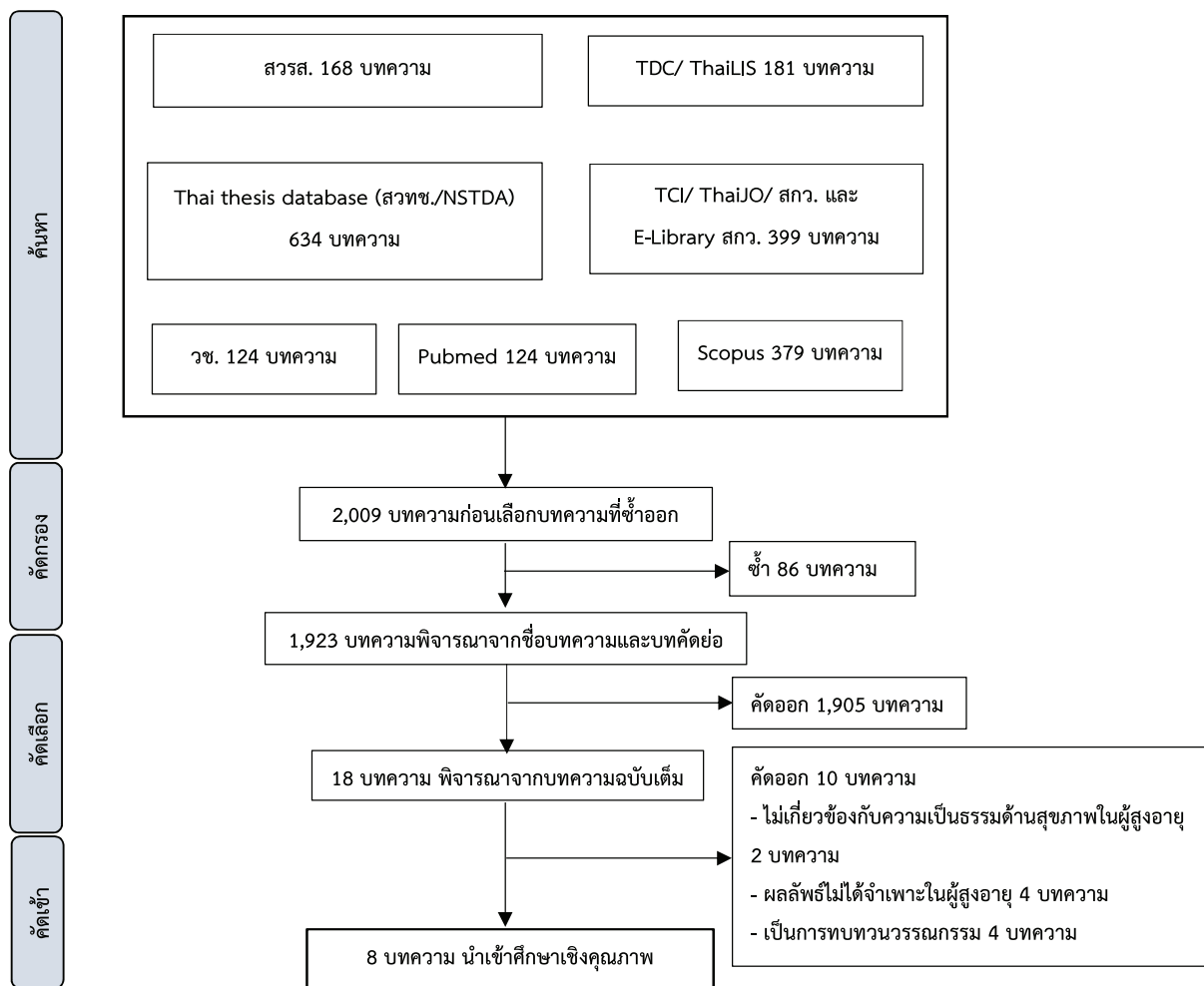
ผลการศึกษาค้นคว้าที่สัมพันธ์กับความเป็นธรรมในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การอธิบายลักษณะของประชากรโดยใช้การบรรยายลักษณะทางสังคมด้านสุขภาพ คือ PROGRESS⁽¹⁵⁾ ได้แก่ สถานที่อยู่อาศัย (place of residence) เชื้อชาติ (race)/ชาติพันธุ์ (ethnicity)/วัฒนธรรม (culture)/ภาษา (language) อาชีพ (occupation) เพศ (gender/sex) ศาสนา (religion) การศึกษา (education) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) และทุนทางสังคม (social capital) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้านี้ ได้แก่ อาชีพ เพศ การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และความห่างไกลระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการสาธารณสุข 2) กิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็น

ธรรมในผู้สูงอายุ และ 3) ผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยเหล่านั้น

ผลการศึกษา

กระบวนการคัดเลือกการศึกษาหรือการสืบค้นอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้บทความคัดเข้าตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงวันที่ 13 มีนาคม 2561 แสดงได้ในภาพที่ 1 ซึ่งเป็นการสืบค้นในแต่ละฐานข้อมูลจำนวน 7 ฐานข้อมูล ได้บทความรวมทั้ง



ภาพที่ 1 A PRISMA flow diagram อธิบายกระบวนการคัดเลือกการศึกษาเพื่อนำเข้าศึกษาเชิงคุณภาพ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลและประเด็นความเป็นธรรมในแต่ละบทความ

ชื่อผู้เขียน (ปี พ.ศ. ที่ ตีพิมพ์)	วัตถุประสงค์	รูปแบบการศึกษา	ระดับการให้บริการ			อายุเฉลี่ย (ปี)	โรคร้ายแรงของ กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลา เวลาที่ศึกษา (ปีการศึกษา)	ประเด็นที่ศึกษา			ผลลัพธ์
			ปฐม ภูมิ	สุขภาพ ทุติย ภูมิ	บริการ ตติย ภูมิ				ค่า ใช้ จ่าย	การใช้ บริการ	การ เข้าถึง	
1. เกียรติศักดิ์ ธรรมอภิพล (2559) ⁽¹⁶⁾	ศึกษาสถานการณ์ ผู้สูงอายุ และปัจจัยที่ ส่งผลต่อความ ยากลำบากใน ครอบครัวผู้สูงอายุ 10 จังหวัด	การวิจัยเชิง คุณภาพ (สัมภาษณ์และ สนทนากลุ่ม)	✓			71.2 (เฉพาะ ผู้สูงอายุ)	ความดันโลหิต สูง ปวดข้อ เบาหวาน ไขมันในเลือด สูง	1 ปี (ปี พ.ศ. 2555)			✓	- ปิดจี้ที่ส่งผลต่อความยากลำบาก ได้แก่ พื้นที่อยู่อาศัย ลักษณะ ครอบครัว รายได้ หนี้สิน ภาระใน การดูแลผู้พึ่งพิงในครอบครัว และ สภาพจิตใจ โดยผู้สูงอายุต้อง รับภาระและมีความยากลำบากใน การดูแลสมาชิกที่พิการหรือทุพพล ภาพ รวมถึงมีภาระหนี้สิน มีรายได้ น้อยและ ไม่มีเงินออม - ข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิและ สวัสดิการต่างๆ เนื่องจากภาระของ ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลคนในครอบครัว จากข้อจำกัดด้านร่างกาย และการไม่ มีผู้ดูแลในการพาไป รพ. และ ข้อจำกัดด้านการเดินทางไปรับ บริการ
2. เฉลิมพล แจ่มจันทร์ (2554) ⁽¹⁷⁾	ศึกษาภาวะการเจ็บป่วย และภาวะโรคเรื้อรัง ของผู้สูงอายุในพื้นที่ กทม. และอยุธยา และ พฤติกรรมการใช้ บริการทางสุขภาพ โดยอภิปรายถึงความ	การวิจัยเชิง คุณภาพและ ปริมาณ (แบบสอบถาม แบบมีโครงสร้าง)	✓	✓		68	ความดันโลหิต สูง เบาหวาน หัวใจ/หลอดเลือด อัม พฤกษ์/อัมพาต	1 ปี (กรกฎาคม 2553 – มิถุนายน 2554)	✓		✓	- ภาวะการเจ็บป่วยในเขตชนบทพบ มากกว่าเขตเมือง ส่วนภาวะโรค เรื้อรังพบในเขตเมืองมากกว่าเขต ชนบท - สวัสดิการทางสุขภาพ พบว่าใน ผู้สูงอายุมีสิทธิสวัสดิการทาง สุขภาพ และพบว่าร้อยละ 75 เป็น

ชื่อผู้เขียน (ปี พ.ศ. ที่ตีพิมพ์)	วัตถุประสงค์	รูปแบบการศึกษา	ระดับการให้บริการ			อายุเฉลี่ย (ปี)	โรคหรือรังของ กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลา ที่ศึกษา (ปีการศึกษา)	ประเด็นที่ศึกษา			ผลลัพธ์
			ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	ตติยภูมิ				ค่าใช้จ่าย	การใช้ บริการ	การ เข้าถึง	
	เป็นธรรมชาติทางสุขภาพ ในการเข้าถึงบริการ ทางสุขภาพทั้งที่เป็น นั้นและภาระค่าใช้จ่าย ทางสุขภาพ											สิทธิบัตรทอง ที่เหลือ คือ สิทธิอื่นๆ - การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น พบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทมี ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ไปรับ บริการมากกว่าเขตเมืองและ กทม. - ค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีภาระ ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มากกว่าในเขต เมืองและ กทม.
3. ดวงพร นุเคราะห์กุล (2551) ⁽¹⁸⁾	เพื่อพัฒนาบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิที่ เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพชุมชน	การวิจัยเชิง คุณภาพ (วิจัยเชิง ปฏิบัติการ สัมภาษณ์ และ focus group discussion)	✓		ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	2 ปี 4 เดือน (กรกฎาคม 2546 – ตุลาคม 2549)			✓		- การบริการสุขภาพผู้สูงอายุของ ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยการศึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุ ด้วยการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริการของผู้ ให้บริการ การจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านต่างๆ การพัฒนากิจกรรม บริการและการขยายแนวร่วม เพื่อให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม ด้านกายภาพ จัดใจและสังคมของผู้ สูงอายุ
4. มิ่งขวัญ เกษนธนา นุรักษ์ (2557) ⁽¹⁹⁾	ศึกษาความเป็นธรรมชาติ ของการให้บริการทาง กายภาพบำบัดในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	การวิจัยเชิง ปริมาณ (การ สัมภาษณ์แบบ ภาคตัดขวางโดย	✓		63.4	โรคหลอดเลือด สมอง	7 เดือน (มิถุนายน – ธันวาคม 2554)			✓		- การให้บริการกายภาพบำบัดของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความเจ็บป่วยระดับ เดียวกัน ให้รับบริการการรักษากาย

ชื่อผู้เขียน (ปี พ.ศ. ที่ ตีพิมพ์)	วัตถุประสงค์	รูปแบบการศึกษา	ระดับการให้บริการ			กลุ่มเป้าหมาย	อายุเฉลี่ย (ปี)	โรคหรือรื่องของ กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลา เวลาที่ศึกษา (ปีที่ศึกษา)	ประเด็นที่ศึกษา			ผลลัพธ์
			ปฐม ภูมิ	ทุติย ภูมิ	ตติย ภูมิ					ค่า ใช้ จ่าย	การใช้ บริการ	การ เข้าถึง	
5. ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย (2559) ⁽²⁰⁾	จังหวัดนครนายก ศึกษาอัตราตายและ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดย เปรียบเทียบระหว่าง สิทธิ 3 สิทธิ	ใช้แบบสำรวจและ การสัมภาษณ์				สิทธิบัตรทอง แต่ได้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วม การศึกษามีมากกว่า 1 สิทธิการรักษา)	UCS 66.6 CSMBS 72 SHI 47	ไตวายเรื้อรัง	1 ปี (ปีงบประมาณ 2553)	✓	✓	✓	ที่แตกต่างกัน - ความเป็นธรรมในการรับบริการ รักษา พิจารณาโดยการจัดทำ แผนปฏิบัติการและจัดโปรแกรม การรักษาทางกายภาพบำบัดให้ เหมาะสมกับระดับความเจ็บป่วย - ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายและ อัตราตายจากไตวายเรื้อรังในผู้ป่วย สิทธิต่างกัน โดยผู้ป่วยสิทธิบัตร ทองมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าและอัตรา ตายจากไตวายเรื้อรังสูงกว่าสิทธิอื่น - ข้อจำกัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในกลุ่มคนที่มีเศรษฐกิจระดับและ อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล โดยการ จัดสรรและกระจายทรัพยากรด้าน บุคลากร เครื่องมือ รวมถึง งบประมาณให้เพียงพอและ เหมาะสม
6. สถาบันวิจัย เพื่อการ พัฒนา ประเทศไทย (2557) ⁽²¹⁾	ประเมินผลลัพธ์ทาง สุขภาพและผลลัพธ์ อื่นๆ ตามกรอบที่ กำหนดไว้ในเป้าหมาย การพัฒนาแห่ง ที่สาม และ	การวิจัยเชิง ปริมาณ (วิเคราะห์ ข้อมูลจาก ฐานข้อมูลผู้ป่วย ในของ กรมบัญชีกลาง สำนักงาน ประกันสังคม และ สปสช.)	✓	✓	✓	- กลุ่มทารก - กลุ่มมารดา - ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้น ไป 497,433 คน (ผู้สูงอายุสิทธิบัตร ทอง 415,849 คน	UCS=75 CSMBS =78	เบาหวาน ความ ดัน หัวใจ หลอดเลือด สมอง มะเร็ง	5 ปี (ปี พ.ศ. 2550-2554)	✓	✓	- ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในระบบ สวัสดิการข้าราชการพบว่า ผู้สูงอายุ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1) อายุขัยเฉลี่ยต่ำกว่า 2) ตายใน รพ.	

ชื่อผู้เขียน (ปี พ.ศ. ที่ ตีพิมพ์)	วัตถุประสงค์	รูปแบบการศึกษา	ระดับการให้บริการ			กลุ่มเป้าหมาย	อายุเฉลี่ย (ปี)	โรคหรือร้องของ กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลา เวลาที่ศึกษา (ปีการศึกษา)	ประเด็นที่ศึกษา			ผลลัพธ์
			ปฐม ภูมิ	สุขภาพ ทุติย ภูมิ	ศติย ภูมิ					ค่า ใช้ จ่าย	การใช้ บริการ	การ เข้าถึง	
7. บุญเกิด หงวนบุญ มาก (2546) ⁽²²⁾	วิเคราะห์ความไม่เป็นที่ ยอมรับทางสุขภาพของ คนไทย	ฐานข้อมูลทะเบียน ราษฎร์	✓	✓	✓	หรือร้อยละ 84 ของ ตัวอย่างทั้งหมด		โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรค ฮัน	2 เดือน (สิงหาคม- กันยายน 2545		✓	✓	หรือต่อหลังจำหน่าย 1 วัน เป็น จำนวนมากกว่า 3) ค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลต่ำกว่า 4) จำนวนวัน นอน รพ. น้อยกว่า - ความเป็นธรรมชาติของสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประกันสุขภาพถ้วน หน้ามีโอกาสในการเข้าถึงบริการซ้ำ กว่าและน้อยกว่าผู้สูงอายุในระบบ สวัสดิการข้าราชการ - การใช้บริการ พบว่า คนที่อยู่ในเขตเมือง คนที่มี รายได้สูง การศึกษาสูง เป็น ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ใช้บริการที่ รพ. หรือคลินิกเอกชน แต่คนที่ด้วย โอกาสในสังคม ใช้บริการที่ รพ. ประจำอำเภอ หรือ สถานีอนามัย - การเข้าถึงบริการ พบว่า คนที่อยู่ในชนบทและผู้ทำ การเกษตร เดินทางไปรับบริการที่ สถานพยาบาลตามสิทธิโลกกว่า กลุ่มอื่นๆ แต่คนที่อยู่ในเขตเมืองที่ ไม่มีสิทธิใดๆ จะใช้เวลาในการ เดินทางไปสถานพยาบาลมากกว่า กลุ่มอื่นๆ



ชื่อผู้เขียน (ปี พ.ศ. ที่ ตีพิมพ์)	วัตถุประสงค์	รูปแบบการศึกษา	ระดับการให้บริการ			กลุ่มเป้าหมาย	อายุเฉลี่ย (ปี)	โรคหรือรังของ กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลา เวลาที่ศึกษา (ปีที่ศึกษา)	ประเด็นที่ศึกษา		ผลลัพธ์
			ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิ	สุขภาพ					ค่าใช้ บริการ จ่าย	การใช้ บริการ	
8. อาจุพัท เนติขจรกุล (2552) ⁽²³⁾	ศึกษาความสัมพันธ์ ของปัจจัยทางด้าน บุคคล บิดีขี้ทางด้าน สังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้าน พฤติกรรมสุขภาพ กับ สถานะสุขภาพของ ผู้สูงอายุและผลของ นโยบาย 30 บาท	การวิจัยเชิง ปริมาณ (วิเคราะห์ ข้อมูลจากการ สำรวจ)	✓	✓	✓	- ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2,213 คน (สิทธิบัตรของร้อย ละ 69.3 และ 85.1 ในปี 2543 และ 2547 ตามลำดับ)	68.5 (ปี 2543) 71.8 (ปี 2547)	ไม่ระบุ	5 ปี (ปี พ.ศ. 2543 - 2547)	✓	✓	- เพศ คำนึงถึงความ ร่ำรวย การศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัยและพฤติกรรม ทางสุขภาพมีผลต่อสุขภาพ โดย พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวน ครั้งการใช้บริการมากกว่าเพศชาย สำหรับค่านีความ ร่ำรวย การศึกษา และอาชีพ สะท้อนว่าผู้สูงอายุมี ภาวะพึ่งพิงในด้านค่าใช้จ่ายและการ ดูแลสุขภาพจากคนในครอบครัว ซึ่ง ครัวเรือนที่มีเศรษฐกิจฐานะที่ไม่ดี ส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างจำกัด สำหรับเขตที่อยู่อาศัยและพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพ พบว่าผู้ที่อยู่ ในชนบท ใช้บริการที่ร้านขายยา สถานอนามัยและ รพ.รัฐใกล้บ้าน - นโยบาย 30 บาท เพิ่มการใช้ บริการสุขภาพ โดยลดค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาลและเพิ่มการ เข้าถึงบริการสุขภาพให้มากขึ้น

*UCS หรือ Universal Health Coverage Scheme คือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, CSMB หรือ Civil Servant Medical Benefit Scheme คือสวัสดิการรักษายาตามข้าราชการและครอบครัว, SHI หรือ Social Health Insurance Scheme คือ กองทุนประกันสังคม

สิ้น 2,009 บทความ มีบทความซ้ำ 86 บทความ คงเหลือ 1,923 บทความ หลังจากนั้นพิจารณาบทความจากชื่อ บทความและบทคัดย่อ โดยตัดบทความที่ไม่เกี่ยวข้อง จำนวน 1,905 บทความ (บทความนั้นๆ ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับความเป็นธรรม/ความเสมอภาค/ความเท่าเทียมในผู้สูงอายุ และไม่ได้เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ) หลังจากพิจารณาบทความฉบับเต็ม จำนวน 18 บทความ พบ 10 บทความที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จึงมีบทความที่นำเข้าสู่ศึกษาเชิงคุณภาพจำนวน 8 บทความ⁽¹⁶⁻²³⁾ สำหรับคำที่ใช้ในการสืบค้นในแต่ละฐานข้อมูลได้แสดงไว้ในภาคผนวก

จากการศึกษาทั้งหมด 8 การศึกษา พบว่าเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 การศึกษา^(16,18,22) การวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 4 การศึกษา^(19-21,23) และมี 1 การศึกษาที่เป็นการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ⁽¹⁷⁾ โดยเป็นการศึกษาการให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจำนวน 6 การศึกษา^(16-19,22,23) ระดับทุติยภูมิจำนวน 5 การศึกษา^(17,20-23) และระดับตติยภูมิจำนวน 2 การศึกษา^(21,22) กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ คือ ผู้สูงอายุ ช่วงอายุระหว่าง 60-75 ปี สำหรับโรคเรื้อรังที่ศึกษา คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ไตวาย และโรคมะเร็ง เป็นต้น

ส่วนที่ 1 รูปแบบความเป็นธรรม

ในการกำหนดรูปแบบความเป็นธรรม (theme of equity)^(8,9) นั้น พบว่าความเป็นธรรมในแนวราบในการใช้บริการ (horizontal equity of utilization) ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายทางด้านบริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน 2) การใช้บริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน และ 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน

โดยผลของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบความถี่ของรูปแบบความเป็นธรรมที่ทำการศึกษาด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพจำนวน 3 การศึกษา^(17,20,21) การใช้บริการสุขภาพจำนวน 4 การศึกษา^(19,20,22,23) และการเข้า

ถึงบริการสุขภาพจำนวน 8 การศึกษา⁽¹⁶⁻²³⁾ ดังจะเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นรูปแบบความเป็นธรรมในแนวราบที่มีการศึกษามากที่สุดในการบ่งบอกถึงความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยและกิจกรรมที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยภายนอกของผู้ป่วย (เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและปัจจัยด้านสังคม) และปัจจัยภายในของผู้ป่วย (ปัจจัยด้านตัวบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ) โดยปัจจัยที่ส่งเสริมความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีสวัสดิการรักษายาบาล^(20,23) และการอาศัยอยู่ในเขตเมือง⁽¹⁸⁾ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ การศึกษาน้อย/การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา^(19,21,23) รายได้น้อย^(16,17,21,23) ไม่มีอาชีพ^(21,23) ไม่มีสิทธิสวัสดิการ^(17,19) อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล^(16,17,19,21,23) รวมถึงปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเองในเรื่องความพิการหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง⁽¹⁷⁾ การมีความเครียด หรือปัญหาสุขภาพจิต⁽¹⁶⁾ และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ^(22,23) (ตารางที่ 2)

กิจกรรมที่มีรายงานว่าส่งเสริมความเป็นธรรม ทั้งในระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ⁽²⁴⁾ ชุมชน สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ รวมถึงบริการสาธารณะ/สวัสดิการสังคม/สิทธิ/นโยบายต่างๆ ได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้

1) กิจกรรมในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ได้แก่ การให้บริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล⁽¹⁹⁾ และการให้บริการล้างไตในโรงพยาบาล⁽²⁰⁾ ซึ่งจัดเป็นการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) กิจกรรมในระดับชุมชน/ปฐมภูมิ ได้แก่ การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ บุคลากรการแพทย์ และหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สิ่งแวดล้อมเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากรการแพทย์ต่อผู้สูงอายุ การดูแลรักษาสุขภาพ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุ	ส่งเสริมความเป็นธรรม	ส่งผลต่อความเป็นธรรม
1. ปัจจัยภายนอก		
1.1 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ		
- การศึกษา	-	การศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา (3 บทความ ^(19,21,23))
- รายได้	-	รายได้น้อย (4 บทความ ^(16,17,21,23))
- อาชีพ	-	การไม่มีอาชีพ (2 บทความ ^(21,23))
- สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล	การมีสิทธิสวัสดิการ (2 บทความ ^(20,23))	การไม่มีสิทธิสวัสดิการ (2 บทความ ^(17,19))
1.2 ปัจจัยด้านสังคม		
- สภาพทางภูมิศาสตร์	เขตเมือง (1 บทความ ⁽¹⁸⁾)	ชนบท (5 บทความ ^(16,17,19,21,23))
2. ปัจจัยภายใน		
2.1 ปัจจัยด้านตัวบุคคล		
- สภาพร่างกาย	-	ความพิการหรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง (1 บทความ ⁽¹⁷⁾)
- สภาพจิตใจ	-	การมีความเครียด หรือปัญหาสุขภาพจิต (1 บทความ ⁽¹⁶⁾)
2.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ		
	-	การไม่ใช้บริการสุขภาพ (2 บทความ ^(22,23))

และการส่งต่อ รวมถึงความปลอดภัยต่างๆ ในผู้สูงอายุ เช่น การป้องกันการพลัดตกหกล้ม^(16,18) โดยกิจกรรมในระดับนี้คือการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

3) บริการสาธารณะ/สวัสดิการสังคม/สิทธิ/นโยบายต่างๆ ได้แก่ การได้รับสวัสดิการสุขภาพและสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการการคุ้มครองทางสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(16,17,20-23) (ตารางที่ 3)

ผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่

1) สภาวะสุขภาพ 2) ภาระค่าใช้จ่าย และ 3) ความจำเป็นด้านสุขภาพ ดังนี้

1) ผลต่อสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (การตาย) จำนวน 2 บทความ^(20,21) สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 2 บทความ^(22,23) และภาวะความเจ็บป่วย/โรคเรื้อรังจำนวน 2 บทความ^(17,20)

2) ผลต่อภาระค่าใช้จ่าย (การคลังสุขภาพ) ได้แก่ ความยากลำบาก/ภาวะพึ่งพิง/ภาระค่าใช้จ่าย จำนวน 3 บทความ^(16,17,21)

3) ผลต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพจำนวน 3 บทความ^(16,17,20) และการใช้บริการสุขภาพจำนวน 3 บทความ^(18,19,23) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 กิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็นธรรมในผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุ	จำนวนงานวิจัย	รายละเอียดกิจกรรม
กิจกรรมในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ	2 งานวิจัย ^(19,20)	- การให้บริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล ⁽¹⁹⁾ - การให้บริการล้างไตในโรงพยาบาล ⁽²⁰⁾
กิจกรรมในระดับชุมชน/ปฐมภูมิ	2 งานวิจัย ^(16,18)	- การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ บุคลากรการแพทย์ และหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน ระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สิ่งแวดล้อมเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากรการแพทย์ต่อผู้สูงอายุ การดูแลรักษาสุขภาพ และการส่งต่อ รวมถึงความปลอดภัยต่างๆ ในผู้สูงอายุ เช่น การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ^(16,18)
บริการสาธารณะ/สวัสดิการสังคม/สิทธิ/นโยบายต่างๆ	6 งานวิจัย ^(16,17,20-23)	- การได้รับสวัสดิการสุขภาพและสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการการคุ้มครองทางสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ^(16,17,20-23)

ตารางที่ 4 ผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุ

ผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุ	จำนวนงานวิจัย
ผลต่อสภาวะสุขภาพ	ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (การตาย) 2 บทความ ^(20,21) สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2 บทความ ^(22,23) และภาวะความเจ็บป่วย/โรคเรื้อรัง 2 บทความ ^(17,20)
ผลต่อภาระค่าใช้จ่าย	สถานการณ์ผู้สูงอายุ/ความยากลำบาก/ภาวะพึ่งพิง/ภาระค่าใช้จ่าย 3 บทความ ^(16,17,21)
ผลต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ	การเข้าถึงบริการสุขภาพ 3 บทความ ^(16,17,20) การใช้บริการสุขภาพ 3 บทความ ^(18,19,23)

จากตารางที่ 2-4 พบว่า

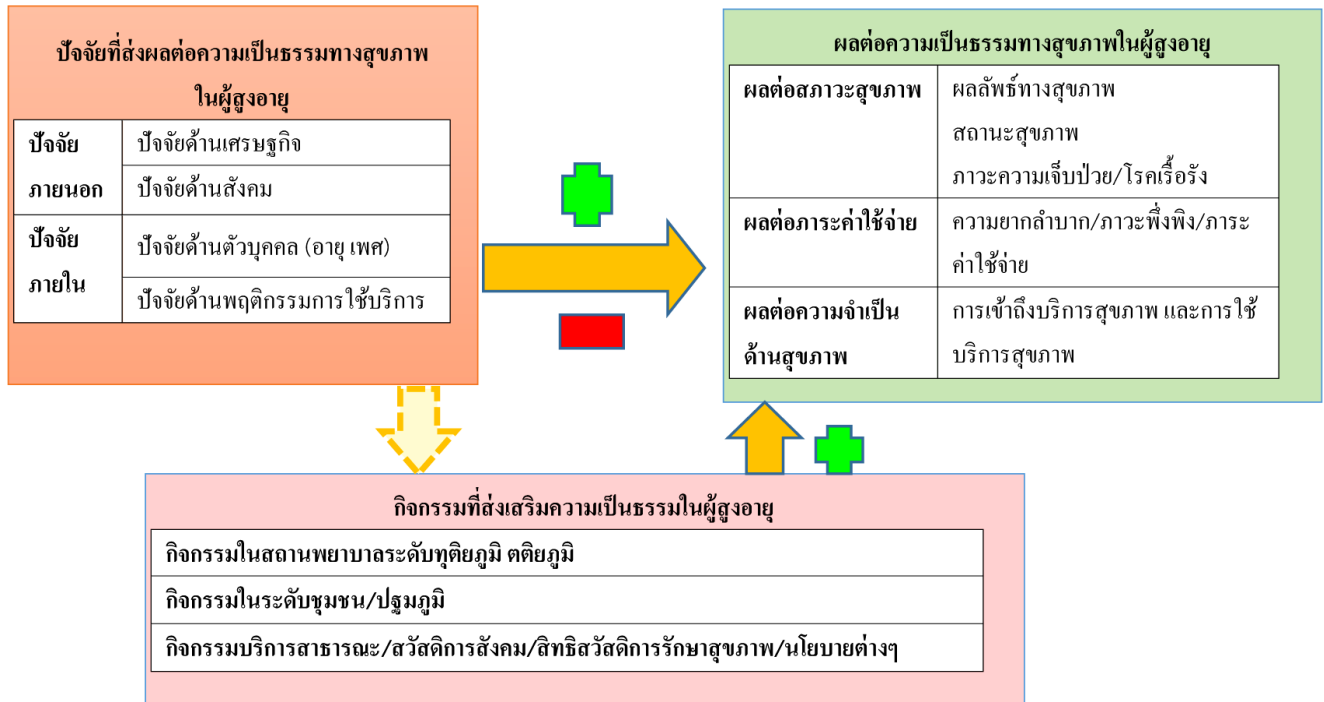
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านรายได้^(16,17) 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล^(16,17) และ 3) ไม่มีสวัสดิการใดๆ^(17,20)

- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพในผู้สูงอายุ 1) ข้อจำกัดด้านระดับการศึกษา^(19,23) 2) การไม่มีสวัสดิการใดๆ^(19,23) 3) อยู่ในพื้นที่ห่างไกล^(18,19,23,24) และ 4) ข้อจำกัดที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ข้อจำกัดด้านอายุ^(18,19)

- กิจกรรมที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและ

การใช้บริการสุขภาพ^(16,17,20-23) ได้แก่ 1) กิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็นธรรมในผู้สูงอายุ คือสวัสดิการที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบในทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ 2) การจัดให้มีสิทธิสวัสดิการสุขภาพและสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการการคุ้มครองทางสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ กิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็นธรรมในผู้สูงอายุ และผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ แสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสืบค้นอย่างเป็นระบบ ได้การศึกษาที่เกี่ยวข้องสำหรับนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพจำนวน 8 การศึกษา ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านรายได้ ระดับการศึกษา การอาศัยอยู่พื้นที่ห่างไกล และการที่ไม่มีสวัสดิการใดๆ รวมถึงข้อจำกัดที่เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง เช่น ข้อจำกัดด้านอายุ สำหรับกิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรมทั้งในระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ชุมชน รวมถึงบริการสาธารณะ/สวัสดิการสังคม/สิทธิสวัสดิการรักษาสุขภาพ/นโยบายต่างๆ^(18, 24) ได้แก่ สวัสดิการที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ และการจัดให้มีสิทธิสวัสดิการสุขภาพและสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการการคุ้มครองสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ปัจจัยที่พบว่าส่งผลต่อความเป็นธรรมในผู้สูงอายุคือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงปัจจัยด้านตัวบุคคล และพฤติกรรมการใช้บริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ในด้านปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา รายได้น้อย การอาศัยในเขตชนบทนั้น พบว่า ส่งผลต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ⁽²⁵⁻²⁷⁾ โดยพบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน⁽²⁶⁾ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความอ่อนไหวต่อภาวะความเจ็บป่วยได้มาก รับรู้ถึงการเจ็บป่วยได้รวดเร็วและรู้สึกกว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรังหลายชนิดและมีความรุนแรงมากกว่าปกติ เป็นต้น

ส่วนในด้านปัจจัยทางด้านตัวบุคคลและพฤติกรรม การใช้บริการของผู้ป่วยนั้น พบว่าการมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป^(18,19,22) เป็นข้อจำกัดในการใช้บริการและการเข้าถึง

บริการด้านสุขภาพ ส่งผลให้ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง นอกจากนี้ ยังพบว่าการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา^(22,23) การไม่วางแผนสุขภาพในการดูแลตนเอง พฤติกรรมส่วนบุคคล อันได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย รวมถึงประวัติครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง⁽²⁷⁾ ล้วนส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำและมีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมที่ต่ำอีกด้วย⁽²⁶⁾ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหลายชนิด มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่หัวใจ หลอดเลือด สมอ และไต ร่วมกับปัจจัยที่ผู้ป่วยมีอายุมาก⁽²⁶⁻²⁸⁾ ปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้ส่งผลเสียต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยทำให้การใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง ส่งผลให้ความเป็นธรรมด้านสุขภาพลดลงด้วย ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีอายุไม่มาก มีการศึกษาที่สูง มีหลักประกันสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งในการร่วมกิจกรรมของชุมชน มีพฤติกรรมมารับบริการรักษาสุขภาพอย่างสม่ำเสมอในสถานบริการสุขภาพตามสิทธิของตนเอง พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มักมีความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มข้างต้น⁽²⁷⁾

กิจกรรมที่ส่งเสริมความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

กิจกรรมในระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ เช่น การให้บริการกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล⁽¹⁹⁾ การให้บริการล้างไตในโรงพยาบาล⁽²⁰⁾ จัดเป็นการบำบัดรักษาภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ เพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการในโรงพยาบาล แม้จะมีข้อจำกัดด้านอายุที่มากกว่า 60 ปี การศึกษาที่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาและอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล

กิจกรรมในสถานพยาบาลระดับชุมชน/ปฐมภูมิ เช่น การสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ญาติ บุคลากรการแพทย์ และหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สิ่งแวดล้อมเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ทั้งในด้านพฤติกรรมบริการของบุคลากรการแพทย์ต่อผู้สูงอายุ การดูแลรักษาสุขภาพ และการส่งต่อ รวมถึงความปลอดภัยต่างๆ ในผู้สูงอายุ เช่น การป้องกันการพลัดตกหกล้ม^(16,18) กิจกรรมเหล่านี้ส่งเสริม

ความเป็นธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยส่งเสริมความเป็นธรรมด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งสามารถครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยอีกด้วย

กิจกรรมบริการสาธารณะ/สวัสดิการสังคม/สิทธิสวัสดิการรักษาสุขภาพ/นโยบายต่างๆ เป็นการกำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีความแตกต่างกัน เช่น การได้รับสวัสดิการสุขภาพและสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการการคุ้มครองทางสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^(16,17,20-23) กิจกรรมเหล่านี้ส่งเสริมความเป็นธรรมเนื่องจากสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและลดความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ต่างกันได้ ได้แก่ การศึกษา รายได้ อาชีพ สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล การอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมืองหรือชนบท อายุ สภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ทั้งนี้พบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดความเหลื่อมล้ำความเป็นธรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ^(26,29,30) ที่รวบรวมการศึกษาของประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทย ระบุว่า 1) ประสิทธิภาพของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ความครอบคลุม และลดอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน⁽³⁰⁾ 2) การเพิ่มความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่สำคัญขึ้นอยู่กับความครอบคลุมของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยหลักการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุคือการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศนั้นๆ⁽³¹⁾

การศึกษาครั้งนี้เป็นการหาข้อสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และครอบคลุมฐานข้อมูลในประเทศไทย รวมถึงฐานข้อมูลต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยที่ยังไม่เคยมีการหาข้อสรุปเกี่ยวกับความเป็นธรรมด้านสุขภาพในผู้สูงอายุภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมา



ก่อน สำหรับข้อจำกัดของการศึกษาคั้งนี้คือ จำนวนการศึกษาที่นำเข้าทบทวนวรรณกรรมยังมีไม่มาก เนื่องจากประเทศไทยมีการเปลี่ยนผ่านระบบประกันสุขภาพมาเป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ไม่นานนัก ทำให้มีข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลในการศึกษาต่างๆ ในช่วงรอยต่อของช่วงดังกล่าว รวมถึงผลลัพธ์ที่ได้มาจากการศึกษาที่มีรูปแบบการศึกษาแตกต่างกัน ตั้งแต่การศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงสำรวจ และการวิเคราะห์จากฐานข้อมูล อาจมีผลต่อระดับ (strength/magnitude) ของความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน อีกทั้งเป็นการรายงานความสัมพันธ์แต่ยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในของผู้ป่วย โดยปัจจัยทั้งสองด้านมีผลต่อสภาวะสุขภาพ ภาระค่าใช้จ่าย และความจำเป็นด้านสุขภาพ ทั้งนี้ การจัดการที่ลดความรุนแรงของปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมเพิ่มขึ้น ได้แก่ กิจกรรมการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชนและปฐมภูมิ และกิจกรรมที่เป็นบริการสาธารณะหรือสวัสดิการสังคมต่างๆ โดยเป็นการลดความไม่เป็นธรรมและลดค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบในการใช้บริการสุขภาพ ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความเป็นธรรมด้านสุขภาพมากขึ้น จึงควรมีการจัดการที่เหมาะสมต่อปัจจัยและกิจกรรมที่จะส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมดังกล่าวด้วย

References

1. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(4):254-8.
2. World Health Organization. Equity in health [cited 2017 August 15]. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>.
3. Sen A. Principles and Basic Concepts of Equity and Health. Oxford: Oxford University Press, 1999.
4. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K. Decentralization in health care. European observatory on health systems and policies series. UK: Bell & Bain, Glasgow; 2007.
5. Pannarunothai S, Rehnberg C. Equity in the delivery of health care in Thailand. Faculty of Medicine, Naresuan University: Under the Swedish-Thai Collaboration for Health Services Development and with the support of the Health Systems Research Institute, Thailand; 1998.
6. Culyer AJ. Health care: the political economy of its finance and provision. *Oxford Review of Economic Policy* 1989;5:34-58.
7. Cullis JG, West PA. The economics of health: an introduction. New York: New York University Press; 1979.
8. Somjai D. Equity in health system and universal coverage. *Journal of Health Science* 2012;21(1):194-203.
9. Suksiriserekul S. Health economics for public health administrators. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2010.
10. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2014.
11. Bureau of Non Communicable Diseases. Annual report 2017. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2017.
12. Suriyawongpaisal P, Srithamrongsawat S, Leesmidt V, Bua-kaew K, Khumnurak S, Klubkun K. Comparative cross-case analysis of service models for patients with chronic kidney conditions in Klong Klung and Kong Rha districts, Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2016;10(4):427-41.
13. Dangyangwai P, Ayawat D, Sudhadhira S. Equity in basic health services under universal coverage health insurance programme. *Khon Kaen University Research Journal (Graduate School)* 2005;5(1):158-71.
14. Kasemsap V, Ngam-Aroon W, Suriyawongpaisal W, Prakongsai P. The project of a study of gap analysis for NCD prevention and control. Nonthaburi: International Health Policy Program 2013. (in Thai)
15. O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M, et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *J Clin Epidemiol* 2014;67(1):56-64.
16. Thamma-Aphiphol K, Sillabutra J, Chompikul J, Suthisukon K, Viripiomgool S. Factors affecting Thai elderly families hardship. *Journal of Health Systems Research*

- 2016;10(4):414-26 (in Thai).
17. Chamchan C. Equity and obstacles in accessing health services and public welfare among Thai elderly with chronic diseases in central region and Bangkok. Final report. Office of the Higher Education Commission and The Thailand Research Fund; 2011. Report No.: MRG5380111v (in Thai)
 18. Hoontrakul D, Sritanyarat W, Nuntaboot K, Premgamone A. Development of age-friendly primary health care: case study of one primary care unit. *Thai Journal of Nursing Research* 2008;12(2):131-41. (in Thai)
 19. Tientananuruk M, Kongsin S, Torugsa S. Equity of physical therapy services for patients with stroke in Nakorn Nayok province. *Ramathibodi Medical Journal* 2014;37(3):138-44.
 20. Anutrakulchai S, Mairiang P, Pongskul C, Thepsuthammarat K, Chan-on C, Thinkhamrop B. Mortality and treatment costs of hospitalized chronic kidney disease patients between the three major health insurance schemes in Thailand. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):131-41.
 21. Thailand Development Research Institute. Study of health outcomes and health equity. (Revised edition). Bangkok: Vitoon Binding & Printing; 2015. (in Thai)
 22. Nguanboonmak B. Equity in health and health care in universal health coverage program: a case study of Nakhon Pathom province. (master's thesis). Bangkok: Mahidol University; 2003. (in Thai)
 23. Netithanakul A, Soonthorndhada K. Equity in health care utilization of the elderly: evidence from Kanchanaburi DSS, Thailand. *Journal of Population and Social Studies* 2009;18(1):103-22. (in Thai)
 24. Thai Health Coding Center, Ministry of Public Health. The division criteria of healthcare service level under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health according to Geographic Information System: GIS. [cited 2018 March 15]. Available from: <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf>. (in Thai)
 25. Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Chen J. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of us adults. *JAMA* 1998;279(21):1703-8.
 26. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACdC. Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20:2489-98. (in Portuguese)
 27. Song Y, Ma W, Yi X, Wang S, Sun X, Tian J, et al. Chronic diseases knowledge and related factors among the elderly in Jinan, China. *PLoS ONE* 2013;8(6):e68599.
 28. Maaten S, Kephart G, Kirkland S, Andreou P. Chronic disease risk factors associated with health service use in the elderly. *BMC Health Serv Res* 2008;8(1):237.
 29. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev Saude Publica* 2017;51(50):1-15.
 30. Rodney AM, Hill PS. Achieving equity within universal health coverage: a narrative review of progress and resources for measuring success. *Int J Equity Health* 2014;13(72):1-8.
 31. Sadana R, Blas E, Budhwani S, Koller T, Paraje G. Healthy ageing: raising awareness of inequalities, determinants, and what could be done to improve health equity. *Gerontologist* 2016;56(S2):S178-93.



ภาคผนวก

ตารางแสดงรายละเอียดคำค้นในแต่ละฐานข้อมูล

ฐานข้อมูล	คำค้น	จำนวนที่พบ	
1. สถาบันวิจัยระบบสารสนเทศ (สวรส.) (สืบค้นใน HRSI—research report, articles, book documents, conference paper/presentation slide)	“ความเป็นธรรม”	167	
	“ความเสมอภาค”	0	
	“ความเท่าเทียม”	1	
	รวม	168	
2. Thai Digital Collection (TDC) ฐานเดียวกับ Thai Library Integrated System (ThaiLIS)	ความเป็นธรรม	75	
	ความเสมอภาค	85	
	ความเท่าเทียม	21	
	รวม	181	
3. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย (Thai Thesis Database) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) หรือ National Science and Technology Development Agency (NSTDA))	ความเป็นธรรม	400	
	ความเสมอภาค	228	
	ความเท่าเทียม	6	
	รวม	634	
4. ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre (TCI), Thai Journal Online (ThaiJO), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และ E-library สกว.	4.1 TCI, ThaiJO, สกว. (พบเฉพาะการสืบค้นใน article ไม่พบการสืบค้นใน Journal)	“ความเป็นธรรม”	133
		“ความเสมอภาค”	137
		“ความเท่าเทียม”	76
		รวม	346
	4.2 E-library สกว.	ความเป็นธรรม	24
		ความเสมอภาค	12
		ความเท่าเทียม	17
		รวม	53
	รวมฐาน TCI, ThaiJO, สกว. และ E-library สกว.	รวมฐาน TCI, ThaiJO, สกว. และ E-library สกว.	399
	5. ห้องสมุดงานวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)	ความเป็นธรรม	49
ความเสมอภาค		62	
ความเท่าเทียม		13	
รวม		124	
6. Pubmed	(Equity) and Thai*	124	
	รวม	124	
7. Scopus	(Equity) and Thai*	379	
	รวม	379	