

บทที่ 2

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารหรือวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยจะกล่าวถึงแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. สถานการณ์และการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 1.1 สถานการณ์สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การจัดบริการหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายและแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพ
 - 2.2 ปัญหาและอุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพ
 - 2.3 หลักการทั่วไปของการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ
 - 2.4 การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 3.1 การรับรู้ นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ
 - 3.2 ความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 3.3 ลักษณะของระบบบริการสุขภาพกับการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ
 - 3.4 ประสิทธิภาพการใช้บริการสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 3.5 ความพึงพอใจต่อการใช้บริการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. สถานการณ์และการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

การจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้าตามวัตถุประสงค์ของโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น จำเป็นต้องทราบถึงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ และหลักการสร้างหลักประกันสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลดังกล่าว พอสรุปได้ดังนี้

1.1 สถานการณ์สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะความสูงอายุ หรือ ชราภาพ (aging) เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิต เป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของสิ่งมีชีวิตที่ปรากฏขึ้นหลังเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว ภายใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมตามลำดับเวลา (วิภาวี คงอินทร์, 2537) และการเปลี่ยนแปลงนั้นจะต้องมีลักษณะ “ปรากฏเสมอ (universal)” “เสื่อม (degenerative)” “ดำเนินต่อเนื่อง (progressive)” และ “เหตุจากปัจจัยภายใน (intrinsic)” (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) แต่เป็นการยากที่จะบอกว่าภาวะความสูงอายุหรือชราภาพเริ่มต้นเมื่อใด เนื่องจากมีความแตกต่างกันมากระหว่างโมเลกุล เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และบุคคล จึงมีผู้ที่เสนอเกณฑ์ในการกำหนดผู้สูงอายุไว้พอสรุปได้ 6 ประการ คือ อายุจริงที่ปรากฏ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ความคิดเกี่ยวกับตนเอง การเปลี่ยนแปลงทางบทบาทของสังคม ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (กรกานต์ ป้อมบุญมี, 2538 อ้างตาม Borrow and Smith, 1987) ถึงกระนั้นก็ตามการกำหนดอายุเริ่มต้นของวัยสูงอายุในแต่ละสังคมก็ยังไม่เท่ากัน เช่น ประเทศมาเลเซีย หรือในแถบแอฟริกา ถือเอาอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ ประเทศแถบยุโรปและอเมริกาถือเอาอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ, 2533) สำหรับประเทศไทยกำหนดอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นการถือตามเกณฑ์ที่องค์การสหประชาชาติตกลงเป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา (นิสา ชูโต, 2525 :จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ, 2533 : บรรลุ ศิริพานิช, 2538)

ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กำหนดความหมายของ ผู้สูงอายุ ไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (เช่น เป็นข้าราชการบำนาญ หรือ มีสามี/ภรรยา/บุตรเบิกได้ หรือ ประกันสังคม) (<http://www.kph.go.th/sitibat>, 2001)

สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุทั้งในประเทศพัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา เป็นภาพสำคัญของประชากรโลกในศตวรรษที่ 20 ปัจจุบันมีผู้สูงอายุทั่วโลกราว 580 ล้านคน โดยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา 355 ล้านคน (องค์การอนามัยโลก , 1998) ประชากรสูงอายุของประเทศ

พัฒนามีจำนวนมากขึ้น เพราะอัตราเกิดลดลง มาตรฐานการดำรงชีวิตดีขึ้นอย่างต่อเนื่องมายาวนาน หลังปฏิวัติอุตสาหกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์ดีขึ้น มียาและวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเนื่องจาก อัตราการเกิดลดลง อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เพราะเทคโนโลยีทางการแพทย์และยาดีขึ้น มีมาตรการ การป้องกันโรคหลายประการทำให้ไม่ตายก่อนวัย (องค์การอนามัยโลก , 1998) แต่ประชากรสูงอายุในประเทศเหล่านี้มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนา โดยพบว่า ฝรั่งเศสมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 17 ในระยะ 115 ปี เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษที่ประชากรสูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ในระยะเวลา 107 ปี ขณะที่การเพิ่มสัดส่วนเป็นสองเท่าในประเทศไทยกลับใช้เวลาเพียง 30 ปี หรือ ประเทศจีนใช้เวลาเพียง 27 ปีเท่านั้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) และที่สำคัญประชากรสูงอายุในประเทศกำลังพัฒนาเหล่านี้ยังยากจน การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคเรื้อรังและทุพพลภาพ ซึ่งคาดการณ์ว่าใน ค.ศ. 2020 สามในสี่ของคนตายในประเทศที่กำลังพัฒนาเป็นผู้สูงอายุ มีสาเหตุการตาย ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ โรกระบบเลือดไหลเวียน มะเร็ง และเบาหวาน (องค์การอนามัยโลก , 1998)

สถานการณ์สุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ แตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอื่นๆ เพราะเป็นวัยที่กำลังถดถอย ถูกโรคภัยเบียดเบียน โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ทั้งทางร่างกาย และจิตใจจะยิ่งมากขึ้น ประกอบกับ ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ ต้องการศึกษา จึงทำให้ขาดข้อมูล และความรู้พื้นฐาน ในด้านการป้องกันและการรักษาสุขภาพเบื้องต้น ของตนเอง มาตั้งแต่วัยเด็ก จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่และเข้าสู่วัยชรา ซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลสัมพันธ์ และต่อเนื่องกันตลอดช่วงชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าที่ควร (ชื่น เตชามหาชัย, 2540)

การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2543 (จันทร์เพ็ญ ชูประภारธรรม , 2543) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว หรือป่วยด้วยโรคที่พบ ในกลุ่มที่ทำการวิจัยอันดับแรก คือ โรคปวดข้อ และกระดูก (ปวดหัวเข่า เข่าอักเสบ ปวดหลัง) รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ตาผิดปกติ โรคเบาหวาน และอื่นๆ การประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงถึงปานกลาง ในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจในปี พ.ศ.2543 พบอุบัติเหตุและบาดเจ็บร้อยละ 6.8 ซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในบ้านถึงร้อยละ 32.7 รองลงมา คืออุบัติเหตุจากการเดินทาง ร้อยละ 22.3และจากการทำงาน ร้อยละ 21.8 ของการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด สำหรับการสำรวจโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ประชากรผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังในอัตราร้อยละ 69.3ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป

การศึกษาเรื่อง การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (ศิริวรรณ ศิริบุญ , 2538) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 40 รายงานว่า ตนมีสุขภาพปานกลาง รองลงมาร้อยละ 28 รายงานว่า ตนมีสุขภาพแข็งแรงมาก หรือค่อนข้างแข็งแรง และร้อยละ 33 รายงานว่า มีสุขภาพค่อนข้างอ่อนแอ หรืออ่อนแอ การศึกษาครั้งนี้ ได้สอบถามผู้สูงอายุ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ทางด้านต่างๆ ทั้งทางด้านความสามารถในการช่วยตนเอง ในการรับประทานอาหาร ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การฟัง การเคลื่อนไหว รวมทั้งการไปไหนมาไหนตามลำพัง โดยไม่ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือ จากผู้อื่น พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ ที่ตกเป็นตัวอย่าง (ร้อยละ 48) มีปัญหาในการมองเห็น ถ้าไม่ใส่แว่นตา ในขณะที่ประมาณร้อยละ 40 ประสบปัญหาการเดินทางในระยะไกลๆ และอีกประมาณร้อยละ 37 มีปัญหาในการนั่งของๆ ปัญหาที่ผู้สูงอายุ ประสบเป็นสัดส่วน รองลงมาคือ ปัญหาในการเดินทางไปนอกบ้าน ตามลำพัง ร้อยละ 27 ปัญหาในการได้ยินเสียงร้อยละ 21 ปัญหาในการเดินทางไปเดินมา ภายในบ้านร้อยละ 15 และปัญหาในการกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้ ร้อยละ 3 ตามลำดับ และจากรายงานของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) พบว่า ผู้สูงอายุไทยทุก 1 ใน 4 คนจะมีภาวะทุพพลภาพโดยความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาว (เรื้อรัง) สูงสุดถึงร้อยละ 18 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ร้อยละ 16.4 ของผู้มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวไม่สามารถออกนอกที่พักอาศัย ร้อยละ 3.8 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายภายในบ้านหรือห้องโดยลำพัง และร้อยละ 4.9 ต้องนอนอยู่ตลอดเวลา ร้อยละ 6.9 ช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมส่วนตัวไม่ได้ ร้อยละ 11.8 ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อออกนอกเคหะสถาน ปัญหาเหล่านี้มีอัตราที่สูงมากในกลุ่มที่มีอายุสูง สำหรับระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพพบว่า ในผู้สูงอายุหญิงมีระดับความรุนแรงมากกว่าชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุนั้น (ศิริวรรณ ศิริบุญ ,2538) พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ รายงานว่า เหงา และว้าเหว่ รองลงมาผู้สูงอายุร้อยละ 15 มีความกังวลใจในเรื่องของการขาดคนดูแลยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนน้อยที่เข้ากับคนในบ้านไม่ได้ หรือทะเลาะกับคนในบ้าน (ร้อยละ 9) และมีความทุกข์ใจ หรือเดือดร้อนรำคาญใจ จากการที่คนในบ้านทะเลาะเบาะแว้งกัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ กล่าวคือ เกือบครึ่งของผู้สูงอายุ มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่าย สำหรับการกินอยู่ประจำวัน ร้อยละ 40 รองลงมา มีปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่ายยามเจ็บป่วยร้อยละ 20 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาพร่างกายและการเจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุที่ทำงานไม่ได้ร้อยละ 85 ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะไม่สามารถทำงานได้หรือชรา (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2541)

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุไทยยังมีปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และจิตใจมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากสภาพร่างกาย การเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสังคม

1.2 การจัดบริการหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

จากการที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสังคม รัฐบาลจึงได้จัดบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นโครงการหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพในไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้สูงอายุ

การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage) หมายถึง สถานการณ์ที่ประชาชนในประเทศทุกคนสามารถเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานที่ดีได้ ตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล โดยไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม หรือสถานที่อยู่อาศัยเป็นอุปสรรคขวางกั้นการเข้าถึงบริการที่จำเป็นเหล่านั้น (Nitayarumphong and Mills, 1998) เป็นการรับรองการจัดหาการดูแลสุขภาพพื้นฐานให้แก่พลเมืองหรือประชาชนที่ชอบธรรม (Persinger, 2000) การประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นสิทธิของประชาชนทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนต้องมีการจ่ายเงินอาจจะผ่านระบบภาษี ผ่านระบบประกันสุขภาพ หรือระบบอื่นๆ ตามลักษณะของระบบประกันสุขภาพของประเทศ แต่การที่จะให้ถึงซึ่งเป้าหมายการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้นั้น จะต้องมีความมั่นใจว่ารูปแบบการบริหารการเงินและแหล่งเงินที่ใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพนั้นเป็นรูปแบบก่อให้เกิดความยั่งยืนในการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนได้ (Nitayarumphong and Mills, 1998)

การประกันสุขภาพนั้นมีรากฐานแนวคิดมาจาก 2 แนวทางคือ แนวคิดจากลัทธิเสรีนิยมและแนวคิดสังคมนิยม แนวคิดเสรีนิยมจะเน้นการกระจายผ่านตลาดเสรีและลดบทบาทของรัฐในการจัดสวัสดิการสังคมให้เหลือน้อยที่สุด โดยเชื่อว่าหากปัจเจกบุคคลได้รับการดูแลให้พึ่งตนเองได้ สวัสดิการต่างๆ ที่รัฐจัดให้ก็ไม่มีความจำเป็น เมื่อนำแนวคิดนี้มาใช้กับการให้หลักประกันด้านสุขภาพ จึงเป็นรูปแบบที่ปล่อยให้เสรีภาพของแต่ละบุคคลในการเลือกประกันสุขภาพของตนเองภายใต้โอกาสและความเป็นไปได้ตามฐานเศรษฐกิจ แนวทางนี้ในทางปฏิบัติอาจประสบปัญหาได้ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีความสามารถเพียงพอในการรับผิดชอบจัดหาหลักประกันสุขภาพของตนเอง ทำให้ประชาชนส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัย ส่วนแนวคิดสังคมนิยม ถือว่ารัฐต้องจัดประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คิดมูลค่า ในทางปฏิบัติจริงรัฐไม่สามารถจัดสวัสดิการ

ดังกล่าวได้อย่างถ้วนหน้า โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีข้อจำกัด ทางด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ ทำให้ไม่สามารถจัดได้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการวิชาการโครงการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและกลวิธีดำเนินการสำหรับประเทศไทย, 2532 ; Mills, 1998)

แนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การประกันสุขภาพมีหน้าที่สำคัญ 2 ประการในระบบสาธารณสุข นั่นคือ 1) การให้หลักประกันในการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิผลเมื่อจำเป็นและ 2) การปกป้องรายได้หรือทรัพย์สินของครัวเรือนที่เจ็บป่วยจากการ สูญเสียเงินหรือทรัพย์สินเมื่อต้องเผชิญกับค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง (Abel-Smith, 1989 ; Kutzin, 1998 ; Nitayarumphong and Mills , 1998)

การประกันสุขภาพเป็นลักษณะหนึ่งของระบบสุขภาพ และอาจมองได้ว่าเป็นสวัสดิการหนึ่งของรัฐที่พึงจัดให้มีเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับไม่ว่าประชาชนนั้นจะเป็นคนยากจนหรือร่ำรวย เพราะทุกคนมีโอกาสที่จะเจ็บป่วย และมีความต้องการดูแลสุขภาพได้ในทุกเวลา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สังคมไม่น่าจะเป็นอุปสรรคที่ทำให้ประชาชนซึ่งมีความจำเป็นเนื่องจากการเจ็บป่วยไม่ได้รับการดูแลในยามที่ต้องการ ดังจะเห็นได้จากประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่มีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับสูง จะมีสัดส่วนความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ของประเทศ (สงวน นิตยารัมพงศ์และคณะ , 2543)

องค์ประกอบของหลักประกันสุขภาพที่รัฐพึงมีให้แก่ประชาชนควรประกอบด้วย 1.) สวัสดิการและการประกันสุขภาพ (health welfare and insurance) หมายถึง ความคุ้มครองที่เป็นหลักประกันทางการเงินเมื่อต้องการเข้ารับบริการทางสุขภาพช่วยไม่ให้ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ 2.) การให้บริการทางสุขภาพ (health service provision) หมายถึง การให้บริการทางสุขภาพพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนและให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ 3.) กลไกสนับสนุนหลักประกันทางสุขภาพ (supportive mechanisms) หมายถึง กลไกของระบบที่จะช่วยสนับสนุนและเอื้ออำนวยให้การจัดหลักประกันสุขภาพของประชาชนมีความยั่งยืนและสามารถดำเนินไปสู่เป้าหมายระดับชาติของระบบสุขภาพได้ (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2543)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยเป็นความพยายามที่รัฐจัดประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คิดมูลค่า สำหรับโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) จะเรียกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้งของการไปรับบริการทางการแพทย์เพื่อเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการรับบริการ

1.2.2 วิวัฒนาการการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

รัฐบาลได้จัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2545 โดยได้กำหนดนโยบายสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ คือ ด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ ด้านสวัสดิการสังคม ด้านการงานและรายได้ ด้านสังคม การศึกษา วัฒนธรรมและจิตใจ ด้านการวิจัยและพัฒนา โดยในด้านสุขภาพอนามัยนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน รัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบายให้การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2535 ต่อมาปีงบประมาณ พ.ศ. 2540 ได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุไว้ในกลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สัมฤทธิ์ ศรีธีรารังสวัสดิ์, จินตนา ศรีวงษา และ รัตนาภรณ์ วิเศษสังข์, 2543) และในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพในไทย ที่ใช้หลักการการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชน โดยได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุไว้ในกลุ่มประเภท ท (กลุ่มที่ยกเว้นค่าธรรมเนียมการรักษา 30 บาท)

1.2.3 ความจำเป็นที่ต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้สูงอายุ

ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ครอบครัวไทยราวร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในคราวที่เจ็บป่วยหนัก (และในบางกรณี ค่ารักษาพยาบาลทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าที่รับได้) (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) และถึงแม้ว่ารัฐบาลจะได้จัดระบบสวัสดิการสุขภาพให้แก่กลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล แต่บริการที่ได้รับยังเหลือมล่ำ หลายคนไม่พอใจ ประชาชนส่วนใหญ่ที่มีข้าราชการ หรือผู้มีประกันสังคม หรือผู้มีฐานะดีพอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่าซึ่งมีจำนวนเพียงร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) ซึ่งระบบสงเคราะห์ที่รัฐจัดให้นี้ไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งตลาดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูลและความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการได้อย่างสมเหตุสมผล ขาดอำนาจต่อรอง จึงเป็นการยากยิ่งที่ประชาชนแต่ละคนจะรับภาระในการเลือกซื้อบริการสุขภาพโดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนต้องการการประกันสุขภาพข้อบกพร่องของกลไกตลาดจะยิ่งประจักษ์ชัดเจนขึ้น ดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศไทย (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่อาจทำให้บุคคลสิ้นเนื้อประดาตัวและเป็นรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มักมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้อต่อการทำงานหารายได้ ถึงแม้ผู้สูงอายุมีรายได้อยู่บ้างแต่ก็ไม่ค่อยพอเพียงต่อการเลี้ยงชีพ จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุไทยทั้งในอดีตและปัจจุบันอยู่ในภาวะยากจน(ประมาณร้อยละ 5-10) มีรายได้ประมาณ 10,000 บาทต่อคนต่อปี หรือเดือนละ 500 บาท ซึ่งต่ำกว่าระดับยากจนของประเทศ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและเท่าเทียมของผู้สูงอายุ

1.2.4 การจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะต้องคำนึงถึงการส่งเสริมและการรักษาสุขภาพโดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด บริการที่จัดให้ผู้สูงอายุจึงควรมีกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัย ดังนี้ 1.) การบริการตรวจรักษาสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจวัดความดันโลหิต 2.) การให้คำปรึกษาแนะนำ หรือ การจัดกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในตนเองทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ 3.) การให้บริการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมทางด้านโภชนา การออกกำลังกาย เป็นต้น 4.) การจัดกิจกรรมพิเศษ เช่น การให้บริการทางด้านกายภาพบำบัด การให้บริการด้านอาชีพบำบัด เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534)

สำหรับโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ต่อไปนี้ 1.) การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไป ได้แก่ การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ขั้นสูงสุดการรักษา รวมแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ ยาและเวชภัณฑ์ ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล 2.) การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด 3.) อุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุ ทั่วประเทศภายใน 72 ชั่วโมง 4.) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน-ควบคุมโรค เช่นการตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง การเยี่ยมบ้าน (home visit) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health care) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการระดับบุคคลและครอบครัว การให้คำปรึกษา (counseling) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก เป็นต้น (คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

1.2.5 การจัดบริการด้านสุขภาพตามโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดภูเก็ต

จังหวัดภูเก็ตได้เริ่มดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2544 โดยมีสถานบริการสุขภาพในสังกัดของรัฐซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลป่าตอง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองภูเก็ต และสถานีอนามัยทุกแห่งในจังหวัดภูเก็ตเป็นผู้ให้บริการ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดภูเก็ตและไม่มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลอื่นใด สามารถขึ้นทะเบียนได้ตามสถานบริการที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่นั้นๆ สถานบริการจะออกบัตรทองประเภทท (ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมการรักษา 30 บาท) ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยระบุสถานบริการ 2 แห่ง (ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ) ตามเขตรับผิดชอบ แต่ในทางปฏิบัติของจังหวัดภูเก็ต ผู้ถือบัตรทองทุกคนสามารถเลือกไปรับบริการจากสถานบริการสุขภาพของรัฐได้ทุกแห่งโดยไม่ต้องมีการส่งต่อจากสถานบริการระดับต้น สถานบริการทุกแห่งจะให้บริการผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้การให้บริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน-ควบคุมโรค สถานบริการที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่นั้นจะเป็นผู้ให้บริการ

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

“หลักประกันในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ” เป็นหลักประกันที่มีการกล่าวถึงและดำเนินการมากที่สุด (วิพุธ พูลเจริญและคณะ, 2543) ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานเป็นหลักการที่สำคัญของทุกสังคม (สมชาย สุขศิริเสรีกุล , 2539) และเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ (Maesneer and Willems, 2000) แต่การให้ความหมายและแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับสังคมและวัฒนธรรม นักสังคมวิทยาการแพทย์หลายท่านได้พัฒนาแนวคิดและทฤษฎี เพื่ออธิบายพฤติกรรมแสวงหาและการใช้บริการด้านสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การเข้าถึงบริการหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับขั้นตอนของความเจ็บป่วยและการรักษาทางการแพทย์ (stages of illness and medical care) ทฤษฎีการแสวงหาความช่วยเหลือ (general theory of help seeking) รูปแบบพฤติกรรม (behavioral model) แต่ทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่มีผู้สรุปอย่างชัดเจน คงเป็นเพียงแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพเท่านั้น ในที่นี้จึงขอเสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ใช้อธิบายโดยทั่วไปดังนี้

2.1 ความหมายและแนวคิดของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพตามความหมายของทางการแพทย์ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยที่ไปถึงการดูแลทางการแพทย์ ความง่ายของการเข้าถึงบริการประกอบด้วย เช่น ความพอเพียงของบริการทางการแพทย์ ที่ตั้งของแหล่งดูแลสุขภาพ การเดินทาง และความสามารถในการจ่ายการดูแล (Persinger, 2000)

นักวิชาการได้ให้ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพ พอสรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับทางเข้าของบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ (Rosen, Florin and Dixon, 2001) เป็นมิติที่พรรณนาถึงศักยภาพและทางเข้าที่แท้จริงของระบบการให้บริการกลุ่มประชากร (Aday and Andersen, 1974) และเป็นบริการที่มีความเพียงพอตลอดเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยจุดสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นนั้น ได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน (Bodenheimer, 1970; Freaborn and Greenlick 1973) การใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความเป็นจริง ทุกสิ่งจะต้องมีความสะดวกต่อการใช้บริการของบุคคลนั้น (Andersen, 1995) มีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ (Penchansky and Thomas, 1981)

จากความหมายที่นักวิชาการต่างๆ ได้ให้ไว้ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการเป็นบริการที่ต้องมีความพอเหมาะและเพียงพอตลอดเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้ป่วยต้องการ ประชาชนสามารถที่จะเข้าระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็น และได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพที่แท้จริง ซึ่งการเข้าสู่ระบบและบริการที่จำเป็นนั้น ได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน

กรอบการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการการเข้าถึงบริการ ด้านการใช้บริการและผลลัพธ์ของบริการ ด้านความต้องการในการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบการดูแลสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะตอบสนองตามข้อตกลงที่ได้ทำไว้ระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ (ซึ่งหมายถึงข้อตกลงที่ขึ้นกับเฉพาะที่) โดยพิจารณาตามความจำเป็นทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการเข้าถึงบริการโดยทั่วไปจะขึ้นกับเงื่อนไข 2 ประการ ได้แก่ บริการสุขภาพที่ผู้ซื้อต้องการและลูกค้าใช้บริการเหล่านั้นเมื่อเขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Howard, *et.al.* 2000) การประเมินความต้องการในการดูแลสุขภาพค่อนข้างทำยาก เพราะทางเทคนิคการประเมินนั้นเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการดูแลสุขภาพและสถานะสุขภาพ ความต้องการของบุคคลในการดูแลสุขภาพเป็นการทำให้สถานะสุขภาพของบุคคลนั้นเป็นปกติเท่าที่จะเป็นไปได้และคงสภาพนั้นไว้ (<http://www.wws.princeton.edu/cgi/bin/byteserv.prl/~oat/disk2/1985/8516/851609.pdf>, 1985)

การศึกษาการเข้าถึงบริการ หากจะมองในแง่ผลลัพธ์ของการใช้บริการการดูแลสุขภาพ จะทำให้เกิดความเข้าใจการเข้าถึงบริการมากกว่าที่จะมองในมุมมองของด้านความต้องการ แต่การมองในมุมมองด้านการใช้บริการเพียงลำพังก็อาจไม่ได้ให้ภาพของการเข้าถึงบริการที่ชัดเจน (Howard, *et.al.* 2000)

โดนาบีเดียน (Aday and Andersen, 1974 cited in Donabedian, 1973) ได้อธิบายหลักเกณฑ์การเข้าถึงบริการจากการใช้บริการใน 2 ลักษณะ คือ 1.) การเข้าถึงเชิงองค์กรและเชิงสังคม (socio-organizational) จะรวมถึงคุณลักษณะของแหล่งทรัพยากรที่สะดวกหรือสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางคนไข้จากการเข้าถึงการดูแลด้วย (เช่น เพศของผู้ซื้อ ค่าบริการ และผู้ให้บริการ) และ 2.) การเข้าถึงเชิงภูมิศาสตร์ (geographic) รวมถึงทางด้านเวลาและลักษณะกายภาพของการเดินทาง ซึ่งอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1981) ได้แนะนำการศึกษารูปแบบของการใช้บริการตามปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความต้องการ ปัจจัยนำคือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการ เช่น ส่วนประกอบของครอบครัว และโครงสร้างสังคม ปัจจัยสนับสนุนนั้นเป็นความสามารถของการใช้บริการ เช่น รายได้และการประกันสุขภาพ ส่วนปัจจัยความต้องการเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้บริการ เช่น การรักษาเมื่อเจ็บป่วย (Slack, *et.al.* 2002)

การเข้าถึงบริการตามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1981) ได้จำแนกระหว่าง ศักยภาพการเข้าถึง (potential access) และการเข้าถึงที่แท้จริง (realised access) ศักยภาพการเข้าถึงนั้นได้กล่าวถึงโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพว่าเป็นความพอเพียงของบริการ (availability of services) ส่วนการเข้าถึงที่แท้จริงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความพอเพียงของบริการและการใช้บริการที่แท้จริง การเข้าถึงบริการที่แท้จริงเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยที่กรอบแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1974) นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่

1.) นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ จุดประสงค์ของแนวคิดนโยบายนี้จะเน้นทางด้านงบประมาณ การศึกษา อัตรากำลังและโครงการการจัดการสุขภาพใหม่

2.) ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristics of health delivery system) ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร และความครอบคลุมของการให้บริการ

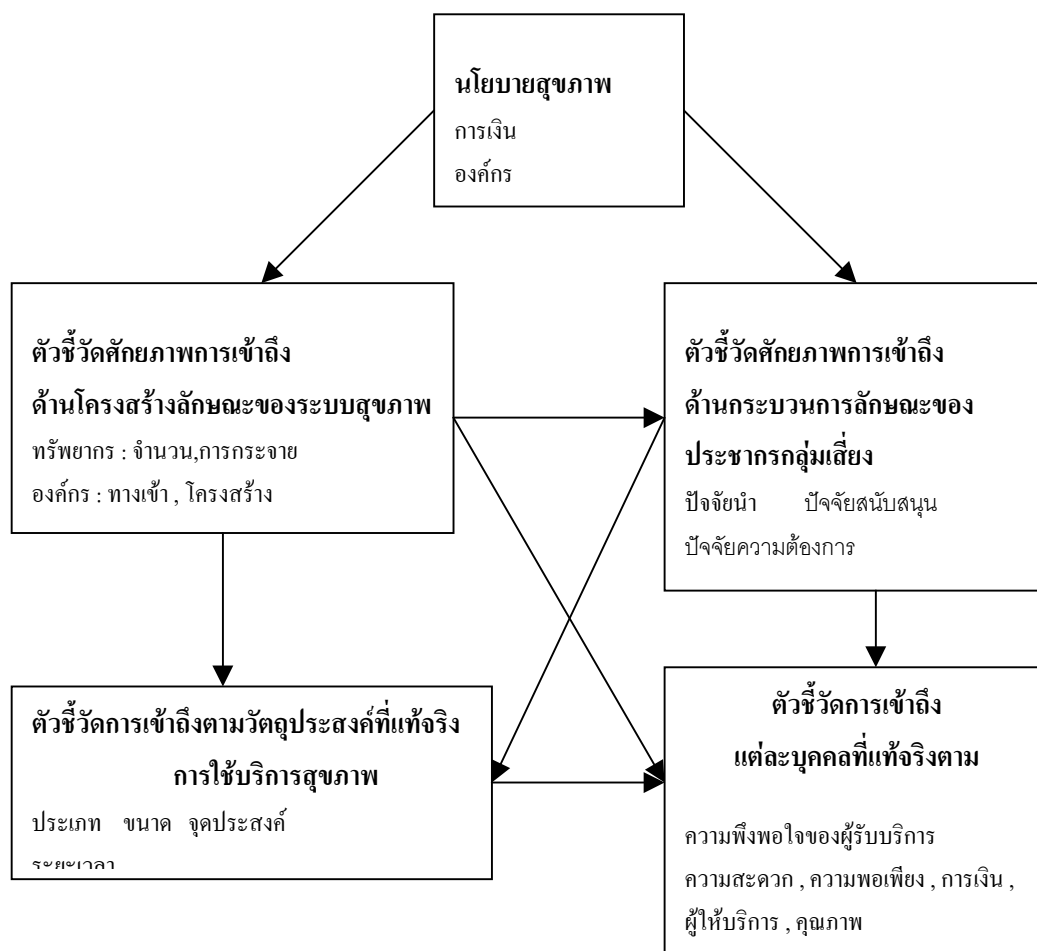
3.) ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of population) ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย

4.) การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์และเวลาที่ใช้บริการ

5.) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง

นอกจากนี้เอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday and Andersen, 1974) ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ไว้ว่า นโยบายสุขภาพจะมีจุดหมายที่จะดึงคุณลักษณะของระบบการให้บริการสุขภาพโดยตรง คุณสมบัติของประชากรสามารถมีการเปลี่ยนแปลงโดยนโยบายสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงในระบบการให้บริการอาจจะมีผลโดยตรงกับรูปแบบการใช้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และลักษณะของประชากรก็มีผลโดยตรงกับการใช้บริการและความพึงพอใจ การใช้บริการของผู้รับบริการนั้นมีแนวโน้มว่าจะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ และประสบการณ์ ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจก็มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพที่ตามมาเช่นเดียวกัน

ปัจจัยทั้ง 5 นี้ได้ใช้สองแนวความคิดหลักคือ 1.) การเข้าถึงบริการเป็นลักษณะเฉพาะของประชากร(รายได้ครอบครัว ค่าชดเชยจากการประกันสุขภาพ ทักษะติดต่อการรับบริการดูแลรักษาทางการแพทย์)หรือลักษณะเฉพาะของระบบบริการ ได้แก่ การกระจายบุคลากร ทรัพยากรและเครื่องมือ และ 2.) การเข้าถึงบริการ ประเมินได้ดีที่สุดจากตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ของแต่ละบุคคลที่ได้ผ่านระบบนั้นๆ เช่น จากอัตราการใช้ประโยชน์หรือระดับความพึงพอใจ การวัดค่าเหล่านี้ก่อให้เกิดตัวประกอบภายนอกของสำคัญของระบบและลักษณะเฉพาะของแต่ละระบบ ซึ่งต่อมาเอเดย์และแอนเดอร์สัน (Aday and Andersen, 1981) ได้ปรับแนวความคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ที่มา : อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen ,1981)

อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen ,1974 ; 1981) ได้เสนอกรอบแนวคิดการศึกษาของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมถึงรูปแบบระบบบริการสุขภาพในสังคม ถึงกระนั้นการการนำกรอบแนวคิดนี้ไปศึกษา ยังเป็นการยากที่จะนำตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์รูปแบบที่สมบูรณ์ได้ เนื่องจากประกอบด้วยตัวแปรจำนวนมาก และไม่ได้สร้างขึ้นมาเพื่อการทดสอบ (ตาราง 1)

ตาราง 1 การวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของแนวคิดการเข้าถึงบริการของอเดย์และแอนเดอร์เซน (1981)

จุดแข็ง	จุดอ่อน
<ul style="list-style-type: none"> ● สามารถใช้ประกอบแนวคิดและระเบียบวิธีที่จะศึกษาการให้บริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม ● เป็นรูปแบบระบบการดูแลสุขภาพที่ใช้บรรยายระบบการดูแลสุขภาพในสังคมปัจจุบันได้อย่างถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประกอบด้วยตัวแปรจำนวนมาก จึงเป็นการยากที่จะรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดมาวิเคราะห์รูปแบบที่สมบูรณ์ได้ ● แนวคิดนี้ไม่ได้เสนอขึ้นเพื่อการทดสอบโดยตรง

การวัดการเข้าถึงบริการนั้นยังเป็นเรื่องที่ยาก โดยส่วนใหญ่จะใช้การให้บริการการดูแลสุขภาพเป็นตัวแทนการวัดของการเข้าถึงบริการที่แท้จริง การเข้าถึงบริการที่แท้จริงนั้นสามารถสังเกตผ่านการวัดการใช้บริการและความพึงพอใจ (Aday and Andersen, 1981) การใช้ประสบการณ์การวัดการเข้าถึงของผู้วิจัยได้จำแนกปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการที่แท้จริง โดยที่เพ็นชานสกี และโทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) ได้อธิบายถึงมิติของการเข้าถึงบริการไว้ 5 ประการได้แก่

- 1.) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (availability) คือ ความสัมพันธ์ของความพอเพียงระหว่างบริการที่มีอยู่กับความต้องการทั้งปริมาณและชนิดของผู้ใช้บริการ
- 2.) การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) คือ ความสัมพันธ์ของสถานที่ตั้งของแหล่งบริการกับความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะไปถึงแหล่งบริการได้สะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะสถานที่ตั้ง การเดินทาง ระยะทาง และค่าใช้จ่าย
- 3.) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) คือ ความสัมพันธ์แหล่งบริการที่ถูกจัดระเบียบกับการยอมรับผู้ใช้บริการว่ามีความสะดวก เช่น ขั้นตอนการรับบริการ เวลาของการปฏิบัติงาน ความสะดวกในการเข้ารับบริการ
- 4.) ความสามารถของผู้ให้บริการในการจ่ายค่าบริการ (affordability) เป็นความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายของบริการและการประกันของผู้รับบริการ หรือความต้องการกับรายได้ของผู้รับบริการ และ
- 5.) การยอมรับคุณภาพบริการ (acceptability) เป็นทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ทั้งหมดนี้ต้องเป็นระดับที่สมดุลระหว่างลูกค้าและระบบ การวัดของทั้ง 5 มิติดังกล่าวสามารถปิดช่องว่างของการกระจายและเชื่อมกับข้อมูลทางด้านสถิติประชากร ซึ่งใช้เป็นประโยชน์ต่อเครื่องมือทางด้านการเงินและภูมิศาสตร์ (Slack, et al. 2002)

เมื่อวิเคราะห์มิติการเข้าถึงบริการของเพ็นชานสกี และ โทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) พบว่า เป็นการรวบตัวแปรของการเข้าถึงบริการและแยกเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งในด้านส่วนบุคคลและระบบบริการ แต่ครอบคลุมถึงการเข้าถึงบริการในสถานบริการ ไม่ได้กล่าวถึงระบบบริการนอกสถานบริการ

ธรรมชาติของการเข้าถึงบริการในกรอบแนวคิดโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization , 1978) ได้อภิปรายคำจำกัดความการดูแลปฐมภูมิถึงมิติการเข้าถึงบริการจะประกอบด้วย การเข้าถึงบริการทางด้านภูมิศาสตร์ หมายถึง ระยะทาง ระยะเวลาเดินทาง และค่าเฉลี่ยของการเดินทางที่ยอมรับ การเข้าถึงบริการทางการเงิน หมายถึง ความสามารถในการจ่ายค่าบริการไม่ว่าอะไรก็ตามในวิธีการจ่าย การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการรักษารูปแบบวัฒนธรรมของชุมชน และการเข้าถึงเข้าถึงบริการทางด้านหน้าที่ หมายถึง การให้ความพอเพียงของประเภทการดูแลปกติที่อยู่บนพื้นฐานที่ต่อเนื่องสำหรับสิ่งที่ประชาชนต้องการการดูแล เมื่อเปรียบเทียบมิติการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของเพ็นชานสกี และ โทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) และ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization , 1978) จะพบว่า มีมุมมองที่คล้ายกันตามตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบมิติของการเข้าถึงบริการในแนวคิดของ เพ็นชานสกี และ โทมัส (1981) และองค์การอนามัยโลก (1978)

มิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ	
เพ็นชานสกีร์ และ โทมัส(1981)	องค์การอนามัยโลก (1978)
Accessibility	Geographical
Affordability	Financial
Acceptability	Cultural
Accommodation	Functional
Availability	Functional

สำหรับประเทศไทย วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) ได้สรุปถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ ไว้ 7 ประการได้แก่

1. คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดครอบครัว และสถานภาพสมรส
2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา

3.) ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาพิจารณาและให้ความสำคัญเกี่ยวกับค่านิยมทางด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคม ทักษะคติ และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเรื่องสุขภาพและการใช้บริการ รูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

4.) ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ฐานะหรือทรัพยากรของครอบครัว เป็นสิ่งที่จะช่วยสามารถเข้าถึงบริการหรือใช้บริการสุขภาพได้หรือไม่ รวมถึงรายได้ของครอบครัวหรือของหัวหน้าครอบครัว และการทำประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวด้วย

5.) ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน พิจารณาและให้ความสำคัญถึงอำนวยความสะดวกหรือบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการ จำนวนบุคลากรที่มีอยู่ในชุมชน จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ สภาพภูมิศาสตร์ระหว่างสถานบริการกับหมู่บ้าน ว่าห่างไกลกันมากน้อยแค่ไหน ตลอดจนการคมนาคมสะดวกหรือไม่

6.) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ การจัดรูปแบบ กระบวนการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคลากรและสิ่งแวดล้อม และครอบคลุมถึงเรื่องราคาค่าบริการหรือค่าใช้จ่ายต่างๆ คุณภาพบริการและพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

7.) ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ ปัจจัยนี้ได้พิจารณาตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นโยบายสาธารณสุขด้านการเมืองและงบประมาณ หรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาให้ เพื่อใช้ในการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชน และกระบวนการในการจัดบริการสุขภาพระดับต่างๆ รูปแบบและกลวิธีในการจัดการ ผลผลิตสุดท้ายและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากระบบสาธารณสุขนั้นๆ

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1981) และ วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532) (ตาราง 3) จะพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพเหมือนกัน แตกต่างกันว่า วสันต์ ศิลปสุวรรณ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ แต่อเดย์และแอนเดอร์เซน นำปัจจัยการให้บริการมารวมกับปัจจัยอื่น เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ

ตาราง 3 การเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเคย์และแอนเคอร์เซน (1981) และ วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ	
อเคย์และแอนเคอร์เซน (1981)	วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2532)
นโยบายสุขภาพ	ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ
ลักษณะของระบบสุขภาพ	ปัจจัยด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ
ลักษณะของประชากรกลุ่มเสี่ยง	
- ปัจจัยนำ	คุณลักษณะทางประชากร
- ปัจจัยสนับสนุน	ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม
	ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ
	ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน
- ปัจจัยความต้องการ	ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม
การใช้บริการสุขภาพ	
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ปัจจัยด้านการบริหารจัดการให้บริการสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการและการประเมินการบริการสุขภาพในมิติอื่น

แมกซ์เวล (Maxwell, 1984 cited in Gulliford, 2001) ได้ให้คำจำกัดความของการเข้าถึงบริการว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินในมิติของคุณภาพของการดูแล การอธิบายการเข้าถึงบริการในขอบเขตของผลลัพธ์สุขภาพทำให้เป็นที่ยอมรับในความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการและประสิทธิภาพของบริการ ตัวอย่างเช่น ถ้ามีการเข้าถึงบริการและประชาชนมีความต้องการ เช่น ประสิทธิภาพของโครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้น การเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการประเมินในมิติอื่น ในทางปฏิบัติ ความเสมอภาคเป็นคำจำกัดความที่ใช้บ่อยในขอบเขตของการเข้าถึงบริการ เป็นความเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการในความสัมพันธ์ของความต้องการที่เท่ากัน

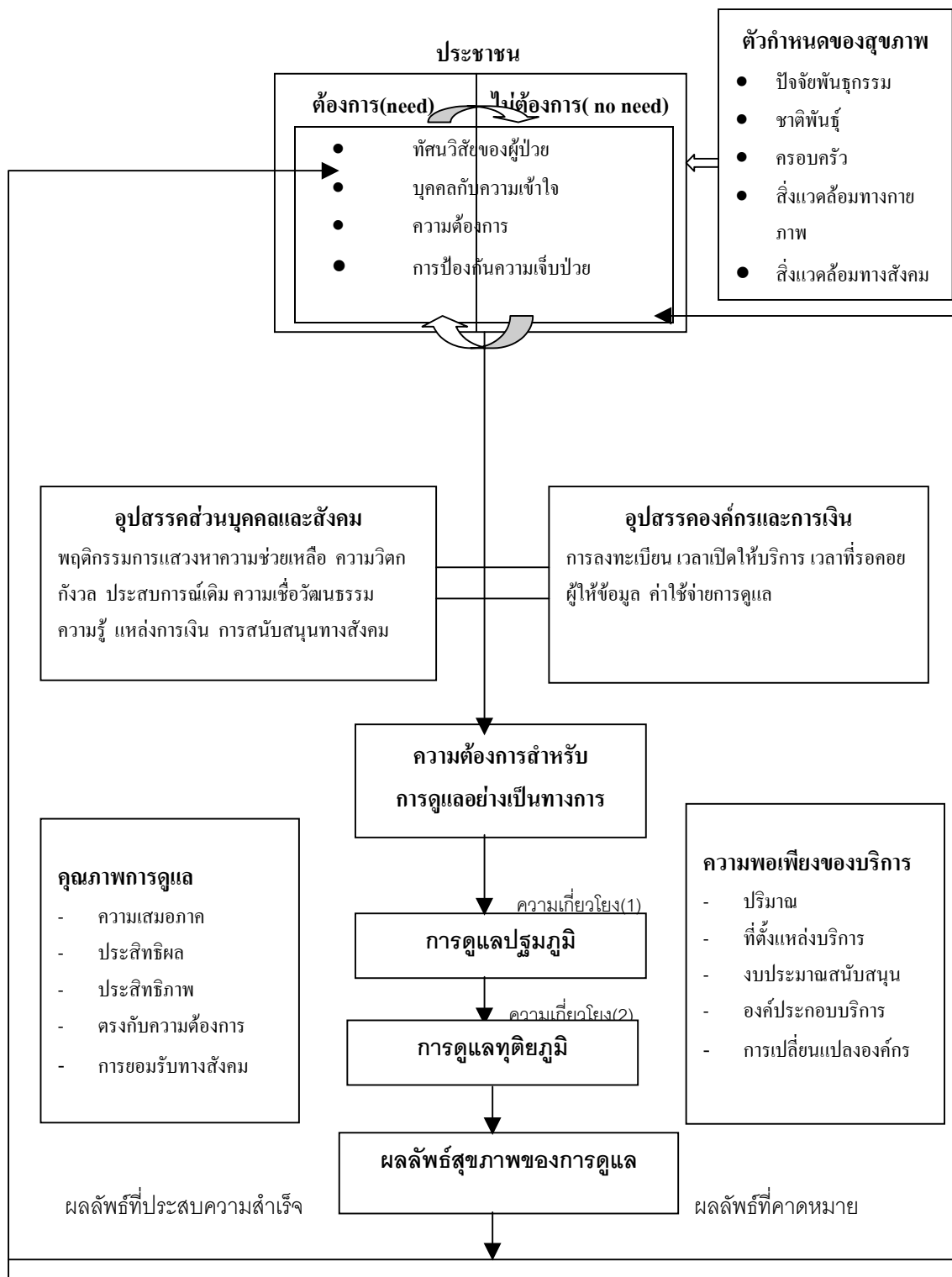
ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงบริการและการประเมินการบริการสุขภาพในมิติอื่น

การประเมินในมิติอื่น	การเข้าถึงบริการ
ความเสมอภาค (equity)	ความเสมอภาคจะได้รับเมื่อมีความต้องการบริการที่เท่ากัน ในบริการที่เท่าเทียมกัน
ประสิทธิภาพ (effectiveness)	ในระดับชุมชนจะมีการเข้าถึงบริการสุขภาพเต็มระดับความสามารถที่จะได้รับประโยชน์
ประสิทธิผล (efficiency)	ประสิทธิผลจะยอมรับได้ถึงแม้ในกลุ่มที่มีขีดความสามารถเข้าระบบบริการต่ำ ก็ยังได้รับผลประโยชน์
การเห็นคุณค่า (appropriateness) (relevance to need)	บริการจะให้บริการที่เหมาะสม เมื่อการเข้าถึงบริการตอบสนองต่อระดับบุคคลและชุมชน
การตอบสนอง (responsiveness) (social acceptability)	บริการที่ตอบสนองต่อผู้รับบริการที่มีความประสงค์จะได้รับการเข้าถึงบริการที่มากขึ้นกว่าเดิม

ที่มา : Gulliford, 2001

2.2 อุปสรรคของการเข้าถึงบริการ (Barriers to access)

อุปสรรคของการเข้าถึงบริการสามารถปรากฏในจุดที่แตกต่างกันบนวิถีรวมทั้งกระบวนการของการติดต่อ ทางเข้า การใช้บริการ คุณค่าและการยอมรับบริการ และการบรรลุของความ ต้องการ หรือคุณค่าของผลลัพธ์ อุปสรรคจะรวมถึงปัจจัยทางโครงสร้างที่สัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายและ องค์การของการบริการ อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อวัฒนธรรมและทัศนคติการ ตระหนักถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และ สิทธิพิเศษผู้ป่วยและลำดับที่เกี่ยวกับการรักษา ซึ่งกัลลิฟอร์ด (Gulliford, 2001) ได้สรุปและเขียนแผนผังปัญหาการเข้าถึงบริการตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แผนผังปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ที่มา: Gulliford, 2001.

จากภาพประกอบ 3 ความต้องการหรือไม่ต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนขึ้นกับตัวกำหนดของสุขภาพ (ปัจจัยพันธุกรรม ชาติพันธุ์ ครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และ สิ่งแวดล้อมทางสังคม) ที่จะทำให้ประชาชนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการในการดูแลปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จในด้านคุณภาพของการดูแล โดยที่อุปสรรคส่วนบุคคลและสังคม และอุปสรรคองค์กรและการเงินจะเป็นปัญหาที่ทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

อุปสรรคส่วนบุคคลและสังคมที่แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ในด้านพฤติกรรม แสวงหาความช่วยเหลือ ความวิตกกังวล ประสบการณ์เดิม ความเชื่อ วัฒนธรรม ความรู้ แหล่งการเงิน และการสนับสนุนทางสังคม เช่น สภาพทางภูมิศาสตร์ เช่น เขตชนบท ภูเขา เกาะ ระยะทางที่ไกลจากผู้ให้บริการ สภาพการจราจรที่ติดขัดในเขตเมือง เป็นต้น (<http://perso.wanadoo.fr/amicite.bresil.mst/HTML/Sommaire.htm>, 2000) ทำให้มีความยากลำบากในการเดินทางไปยังแหล่งบริการ อุปสรรคยังอาจเกิดขึ้นได้จากด้านศักยภาพของผู้ใช้บริการในด้านอื่นๆ เช่น ความเต็มใจในการใช้บริการ (Aday and Andersen, 1974 cited in Meehiutie,1972) ซึ่งขึ้นกับลักษณะนิสัยและความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ สังคมและขนบธรรมเนียมของผู้ป่วยที่ได้เรียนรู้ เช่น ผู้มีบัตรประกันสุขภาพบางคนยังลังเลที่จะใช้สิทธิของตน ทั้งนี้เพราะเกรงว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำกว่าคนอื่น ถ้าใช้สิทธิตามบัตร (ทวิศักดิ์ สุททกวาทิน, 2544) หรืออาจเกิดศักยภาพของผู้ใช้บริการในการที่ไม่สามารถเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพได้โดยลำพัง เช่น ผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องพึ่งพาญาติพี่น้อง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (ทวิศักดิ์ สุททกวาทิน, 2544) สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องเฉพาะบุคคล ไม่สามารถบอกได้ว่า ผู้ที่ต้องการเข้าสู่ระบบเป็นเช่นไร สิ่งประกอบภายนอกเป็นตัวประกอบที่ทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้ารับการรักษา (Aday and Andersen, 1974)

อุปสรรคองค์กร ในการจัดรูปแบบองค์กร วัฒนธรรมทั้งในองค์กรและผู้รับบริการ เป็นอุปสรรคที่มีใช้ทางด้านตัวเงิน (Whitehead, 1992) เช่น ระบบบริการสุขภาพในบางประเทศ มีกฎเกณฑ์ที่ต้องการให้ประชาชนใช้บริการกับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น นอกเหนือจากการให้ผ่านระบบส่งต่อ (referral system) การมีข้อกำหนดนี้ก็เป็นอุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่ง (ทวิศักดิ์ สุททกวาทิน, 2544) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความพอเพียง เศรษฐกิจภายใน (เวลาในการคอย ความล่าช้า ความไม่ต่อเนื่องในการรับบริการ) การลดลงของจำนวนและความเพียงพอของแพทย์ที่ดูแลเบื้องต้น การลดลงของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การลดลงของแพทย์ประจำบ้านและความไม่เพียงพอของแพทย์เอกชนในเมือง ก็มีส่วนต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Aday and Andersen, 1974)

2.3 หลักการทั่วไปของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

หลักการทั่วไปของการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยสรุปจากหลักการเข้าถึงบริการที่ The Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO) (2001) แห่งสหรัฐอเมริกา ได้มีการร่างและแก้ไขใหม่เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2543 ได้ดังนี้ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนควรมีเป้าหมายผสมผสานทั้งทางด้านการซ่อมแซมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือการเพิ่มคุณภาพชีวิต การบริการสุขภาพที่ควรเป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ หรือ ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และเหมาะสมกับสภาพสังคม วัฒนธรรม ภาษาของแต่ละบุคคล โดยที่ค่าใช้จ่ายไม่ควรเป็นอุปสรรคที่จะทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการล่าช้าหรือถูกปฏิเสธ สถานพยาบาลควรอยู่ใกล้บ้าน/ชุมชนเท่าที่จะเป็นไปได้ ทางด้านผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการรับบริการและผลลัพธ์ของบริการนั้น การบริการที่ได้รับตรงกับความต้องการ ส่วนทางด้านผู้ให้บริการควรได้รับการฝึกฝนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ วัฒนธรรมและการพัฒนาความต้องการของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีความพึงพอใจในการให้บริการด้วย

2.4 การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการมักใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการจากศักยภาพการเข้าถึงบริการวัดได้จากกรณีแหล่งบริการสนับสนุน ส่วนการเข้าถึงบริการที่แท้จริงนั้นวัดจากการใช้บริการสุขภาพโดยการวัดจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในการรอคอยแพทย์ ความเพียงพอต่อการรักษาในเวลาวิกฤต วันหยุดและความสะดวกในการพบแพทย์ ความพึงพอใจด้วยการเข้าถึงบริการการศึกษา (Andersen *et al.*, 1971) ซึ่งตัวชี้วัดการใช้บริการ (utilization) สามารถแบ่งได้ตามประเภทของแหล่งบริการ 2 ประเภท (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539 อ้างตาม Maurana *et al.*, 1989) คือ 1). การใช้บริการทางการแพทย์ (physician utilization) เช่น คลินิกหรือโสตคลินิก ตัวชี้วัดการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ ค่าใช้จ่าย ประเภทของบริการ ประเภทผู้ให้บริการ เหตุผลการมาพบแพทย์ ลักษณะการนัดหมาย และสถานที่ตั้ง 2). การใช้บริการโรงพยาบาล (hospital utilization) ตัวชี้วัดการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนครั้งของการมาใช้บริการ ระยะเวลาในการพักค้างคืนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย อัตราครองเตียง ชนิดของบริการ เช่น บริการคนไข้นอก/คนไข้ใน หรือบริการฉุกเฉิน ชนิดของการเข้ารับการรักษา เช่น ผ่าตัด รักษาทางยา คลอดบุตร เป็นต้น นอกจากนี้การวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพอาจจะอยู่ในรูปของการศึกษาเพื่อหาระดับความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ เช่น สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงบริการสุขภาพภายในท้องถิ่นด้วยการเดินทางที่ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง การวัดทางด้านภูมิศาสตร์ เช่น ระยะทางและเวลาการเดินทางจากบ้านถึงแหล่งบริการ การวัดทางด้านเศรษฐกิจ เช่น การได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่า ความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายการเดินทางและรายได้ การวัดทางด้าน

จิตใจ เช่น การยอมรับการบริการโดยกลุ่มเชื้อชาติ การวัดการเข้าถึงบริการด้านองค์กร เช่น ระยะเวลาที่รอคอยในการรับบริการ จำนวนที่ถูกละเลยการรักษา เป็นต้น (Bonn, 1999)

ในการศึกษาการเข้าถึงบริการตามบริบทของไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักจะวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านของการใช้บริการและความพึงพอใจ ซึ่งพอจะรวบรวมผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาด้านการใช้บริการของผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า ปัจจุบันมีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10 ของประชากร แต่อัตราครองเตียงของผู้สูงอายุมีร้อยละ 30 ซึ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น โดยเฉลี่ยแต่ละปีคิดเป็นคนละ 1.4 ครั้งและการเจ็บป่วยแต่ละครั้งใช้เวลานอนพักรักษาตัวโดยเฉลี่ยนาน 11 วัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) แต่ในการคำนวณอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในจากรายจ่ายสุขภาพต่อคนในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล(สปร.) พบว่า ผู้สูงอายุจะใช้บริการผู้ป่วยใน 0.18 ครั้งต่อคนต่อปี (เจด็จ ธรรมชัชวารี, 2544) ซึ่งเป็นอัตราที่ใช้บริการมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นที่อยู่ในโครงการ สปร.ด้วยกัน และเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในวัยแรงงาน โอกาสและสัดส่วนของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจะมีสูงกว่า โดยที่ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่ากลุ่มวัยแรงงาน (กระทรวงสาธารณสุข และ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544) อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุคิดเป็น 3.9 ครั้งต่อคนต่อปี (เจด็จ ธรรมชัชวารี, 2544) ซึ่งเป็นอัตราที่ใช้บริการมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นที่อยู่ในโครงการ สปร.เช่นเดียวกัน ส่วนการเลือกประเภทสถานบริการของผู้สูงอายุนั้นจะขึ้นอยู่กับเขตที่อยู่อาศัยและอาการที่ป่วย (รัตนา กฤษณาธาร, 2534 ; พรประเสริฐ อุ่นคำ, 2537 ; สุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ, 2540) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะนิยมซื้อยารับประทานเองมากที่สุด รองลงมาคือคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะซื้อยารับประทานเองมากที่สุดเช่นกัน แต่รองลงมาคือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลของรัฐตามลำดับ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่กำหนดการเลือกวิธีหรือแหล่งรักษาด้วย เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้สูงอายุจะซื้อยารับประทานเองเป็นส่วนใหญ่ เมื่อมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นหรือรักษาด้วยตนเองไม่ได้จะตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่สถานบริการ

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการเท่าที่รวบรวมได้ พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการของสถานบริการจะแตกต่างกันออกไป (สุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ, 2540) ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการรับบริการคือ ประสิทธิภาพในการรับบริการมาก่อน (ภรณ์ เอกบรรณสิงห์, 2533 ; วิมลศรี ศรีสุพรรณ และมะลิจิตร ศิริวัฒน์เมฆานนท์, 2530 ; ทศนีย์ สันติพงศ์ศุกร, เมฆา ทรงธรรมวัฒน์และศรีสุดา ไทยเลิศ, 2539) ระยะทางในการเดินทาง (ภรณ์ เอกบรรณสิงห์, 2533) การใช้เวลารอคอยในการรับบริการ (ทศนีย์ สันติพงศ์ศุกร, เมฆา ทรงธรรมวัฒน์และศรีสุดา ไทย

เลิศ, 2539) ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อคุณภาพบริการและความสามารถในการบริการของโรงพยาบาล (ปรีชา ครามะคำ, 2538) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความพึงพอใจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ (วิมลศรี ศรีสุพรรณและมะลิจิตร ศิริวิวัฒนเมฆานนท์, 2530 ; ภรณ์ เอกบรรณสิงห์, 2533 ; สมชัย ภิญโญพรพาณิชย์ และเบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์, 2536)

กล่าวโดยสรุป การเข้าถึงบริการเป็นการที่ผู้ป่วยสามารถไปถึงการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสมตามความจำเป็นเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการ และบริการนั้นจะต้องมีพอเหมาะ พอเพียงทุกเวลาทุกสถานที่ ซึ่งการเข้าถึงบริการประกอบด้วย การเข้าถึงบริการทางด้านภูมิศาสตร์ การเข้าถึงบริการทางการเงิน การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการทางด้านหน้าที่ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่ 1.) นโยบายสาธารณสุข (health policy) 2.) ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (characteristics of health delivery system) 3.) ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (characteristics of population) 4.) การใช้บริการสุขภาพ (utilization of health services) และ 5.) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (consumer satisfaction) การเข้าถึงบริการเป็นลักษณะเฉพาะของประชากรหรือลักษณะเฉพาะของระบบบริการ ซึ่งประเมินได้ดีที่สุดจากผลลัพธ์ของประสบการณ์แต่ละบุคคล ในทางปฏิบัติส่วนมากจะวัดจากการใช้บริการการดูแลสุขภาพและความพึงพอใจเป็นตัวแทนการวัดของการเข้าถึงบริการที่แท้จริง ในการศึกษา รูปแบบของการใช้บริการมักจะศึกษาตาม ปัจจัยนำคือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการ ปัจจัยสนับสนุนนั้นเป็นความสามารถของการใช้บริการ ส่วนปัจจัยความต้องการเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้บริการ ในมิติของการเข้าถึงบริการ 5 ประเภทได้แก่ 1.) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (availability) 2.) การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) 3.) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (accommodation) 4.) ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (affordability) และ 5.) การยอมรับคุณภาพบริการ (acceptability) ทั้งหมดนี้ต้องเป็นระดับที่สมดุลระหว่างผู้รับบริการและระบบบริการ อุปสรรคส่วนบุคคลและสังคมและอุปสรรคองค์กรและการเงินจะเป็นปัญหาที่ทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง การเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินในมิติของคุณภาพการดูแล ในทางปฏิบัติการประเมินการเข้าถึงบริการทางด้านศักยภาพการเข้าถึงบริการวัดได้จากการมีแหล่งบริการสนับสนุน ส่วนการเข้าถึงบริการที่แท้จริงวัดจากการใช้บริการสุขภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ในการศึกษาวิจัยนี้จึงนำปัจจัยที่น่าจะที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพดีถ้วนหน้า(30 บาท รักษาทุกโรค) คือ ปัจจัยทางด้านนโยบาย ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ระยะทาง ระยะเวลาของการเดินทาง ความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการความพึงพอใจต่อบริการ และประเภทการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุมาศึกษา ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาจะศึกษาเฉพาะแต่ละปัจจัยว่ามีผลต่อการให้บริการสุขภาพ แต่ยังไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยเหล่านี้มาวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ที่มีต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประเด็นสำคัญที่จะศึกษาคือ 1.) นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(30 บาทรักษาทุกโรค) มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ ระยะทาง ระยะเวลาของการเดินทาง และความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยส่งอิทธิพลผ่านตัวแปรความพึงพอใจและประเภทการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ 2.) ความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการผ่านตัวแปรความพึงพอใจ ประเภทการให้บริการสุขภาพไปยังตัวแปรการเข้าถึงบริการ 3.) ระยะทาง ระยะเวลาของการเดินทาง และความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการผ่านตัวแปรความพึงพอใจ ประเภทการให้บริการไปยังตัวแปรการเข้าถึงบริการ และ 4.) การเข้าถึงบริการสุขภาพรับอิทธิพลโดยตรงจากความพึงพอใจและประเภทการให้บริการของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย การศึกษาวิจัยนี้ได้เลือกมาศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพในการมีบัตรประกันสุขภาพ ลักษณะของระบบบริการสุขภาพในด้านระยะทางและระยะเวลาการเดินทางที่ผู้สูงอายุจะไปถึงแหล่งบริการ ความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ประเภทการให้บริการสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการให้บริการในด้านความรู้ ความสามารถของผู้ให้บริการและคุณภาพของการให้บริการ จึงขออธิบายปัจจัยเหล่านั้นดังนี้

3.1 นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

นโยบายสุขภาพ เป็นคำประกาศอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับการดำเนินการภายในสถาบันต่างๆ (โดยเฉพาะรัฐบาล) ซึ่งได้กำหนดลำดับความสำคัญและลักษณะกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่ และแรงผลักดันอื่นๆทางการเมือง (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) นโยบายสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ความพยายามในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน โดยส่วนต่างๆของสังคมสามารถดำเนินการไปได้โดยมีทิศทางและวิธีการที่ถูกต้อง (ณัฐ ภมรประวัติ , ไกรสิทธิ์ ดันตศิรินทร์ และ เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม , 2541)

ปัจจุบันเกือบทุกประเทศมีนโยบาย และจัดให้มีบริการด้านสุขภาพและสวัสดิการในรูปแบบใดแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการจัดแบบเต็มรูปแบบหรือจัดให้มีเพียงบางส่วนให้แก่ผู้สูงอายุ (ภัสสร ลิมานนท์, 2535) ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นนโยบายหลักในการที่จะให้ประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ซึ่งนโยบายนี้ได้รับการต้อนรับอย่างท่วมท้นจากประชาชนและได้รับความร่วมมืออย่างดีจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ , 2545)

จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆที่มีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนค่อนข้างประสบความสำเร็จ โดยเห็นได้จากในประเทศไต้หวันหลังการดำเนินการได้ 9 เดือนได้มีการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงด้านการใช้บริการของประชาชนกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพอยู่ก่อนและกลุ่มเพิ่งได้รับหลักประกันสุขภาพภายหลังนโยบายถ้วนหน้าในปี 1995 พบว่า อัตราการใช้บริการของกลุ่มที่เพิ่งได้รับหลักประกันใหม่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในบริการทุกประเภท และเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพอยู่ก่อนแล้ว ในประเทศเกาหลีใต้ก็พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการของประชาชนภายหลังการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดีขึ้นเป็นลำดับ และอัตราการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตเมืองและชนบทก็เริ่มใกล้เคียงกันมากขึ้น (ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, 2542)

จากรายงานของสุริย์ กาญจนวงศ์และคณะ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุทราบเกี่ยวกับโครงการบัตรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 92.3 แต่มีบัตรผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 78.0 และเคยไปใช้บริการร้อยละ 66.6 จะเห็นได้ว่าประชาชนผู้บริโภครู้ก็เป็นส่วนหนึ่งของการทำให้นโยบายประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ กล่าวโดยสรุป นโยบายหลักประกันสุขภาพในการมีบัตรประกันสุขภาพน่าจะมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.2 ความต้องการดูแลของผู้สูงอายุกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

แอนเดอริเซน (Dimatteo and Dinicola, 1982 cited in Andersen ,1968) กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตนเอง และปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเจ็บป่วย เป็นตัวแปรทาง

สุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแอนเดอร์ เซนและบรีทคัส (Dimatteo and Dinicola., 1982 cited in Andersen and Bartkus,1973) ที่กล่าวว่า การเลือกบริการทางการแพทย์นั้นขึ้นกับการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น การตอบสนองที่ไวต่ออาการที่เกิดขึ้น และการประเมินความเพียงพอของบริการการมีคุณภาพชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับตนเองในผู้สูงอายุเป็นภาพสะท้อนทั้งในเชิงบวกและลบที่ผู้สูงอายุมีต่อสุขภาพตนเอง หากบอกว่าแข็งแรงก็จะหมายถึง ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และเป็นการประเมินสภาพจิตใจพร้อมไปด้วย (จันทรพีญ ชูประภาวรรณ, 2543)

การสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมามีทำให้ผู้สูงอายุประเมินตนเอง โดยพบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงถึงปานกลาง ผู้สูงอายุหญิงประเมินตนเองว่าไม่แข็งแรงหรืออ่อนแอมากกว่าผู้สูงอายุชายในวัยเดียวกัน และส่วนใหญ่มีมุมมองในเชิงบวกต่อตนเองและความสามารถของตน (จันทรพีญ ชูประภาวรรณ, 2543) การกระทำการกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันนั้นเป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต (ทศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี จะแสดงถึงการมีความสามารถในการดำเนินชีวิตที่ดี และสามารถดำรงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม ส่วนผู้ที่สูญเสียและมีข้อจำกัดต่างๆของร่างกาย จะทำให้ผู้นั้นต้องพบกับข้อจำกัดต่างๆในการดำเนินชีวิต ซึ่งนำไปสู่การมีความต้องการการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นได้ (Hoeman, 1996) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง/อ่อนแอหรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงทำให้มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นและการดูแลเพิ่มมากขึ้นตามความจำเป็นที่มีระดับแตกต่างกัน (อัจฉรา เอ็นซ์ และ ปรียา รุ่งโสภาสกุล, 2541) โดยพบว่า ปัจจัยความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ ทั้งการพบแพทย์ การบริการฉุกเฉินและการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Fernandez, et al., 2000)

การประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งมีผลต่อความต้องการดูแลของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.3 ลักษณะของระบบบริการสุขภาพกับการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

ลักษณะของระบบบริการสุขภาพในด้านระยะทางและระยะเวลาการเดินทางที่ผู้สูงอายุจะไปถึงแหล่งบริการ เป็นปัจจัยหนึ่งของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อลักษณะการมาและการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ โดยพบว่าผู้ใช้บริการจะเลือกไปใช้สถานบริการสุขภาพที่ใกล้ตัวก่อนเสมอ คือผู้มาใช้บริการร้อยละ 50 จะมาใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพในระยะทางน้อยกว่า หรือเท่ากับ 10 กิโลเมตร และจะลดลงเมื่อระยะทางเพิ่มมากขึ้น (แสงทอง เหมงาม, 2533)

โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมากที่สุดอยู่ในระยะทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 กิโลเมตร รองลงมาคือระยะทาง 3.1-5 กิโลเมตร (ทัศนวลัย จารณศรี, 2539) แต่การศึกษาของ สมทรง ณ นคร และคณะ (2536) กลับพบว่า ระยะทางใกล้-ไกลระหว่างหมู่บ้านถึงสถานบริการสุขภาพของรัฐ มิได้เป็นตัวกำหนดการมาใช้บริการหรือไม่มาใช้บริการ แต่การคมนาคมที่ไม่สะดวกต่างหากที่เป็นตัวกำหนด เช่น ไม่มีรถโดยสารประจำทางผ่านสถานีอนามัย หรือเส้นทางคมนาคมไม่เอื้อต่อการใช้งานพาหนะขับจี๊ โดยเฉพาะในฤดูฝน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี มหาศักดิ์พันธ์ (2538) ที่พบว่า วิธีการเดินทางมารักษาของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง อำเภอแม่สอด จังหวัดตากมีความสัมพันธ์กับการมารักษาอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เวลาที่ใช้ในการเดินทางก็มีผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพด้วย (Aday and Andersen, 1974 ; ภรณ์ เอกบรรณสิงห์, 2533 ; ชูภา ภู่อันติสัมพันธ์, 2538)

ระยะทางและระยะเวลาการเดินทางจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเข้าถึงบริการที่มีความสัมพันธ์ต่อลักษณะการมาและการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ ซึ่งน่าจะมีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย

การบริการสุขภาพเป็นส่วนที่สำคัญของระบบสุขภาพ โดยปกติการบริการสุขภาพในประเทศไทยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต้นหรือปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ สถานบริการที่ให้บริการคือ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน ในภาคเอกชน ซึ่งจะมีลักษณะการจัดบริการที่ผสมผสานทั้งในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ในปัจจุบันประเทศไทยมีสถานบริการกระจายไปครอบคลุมตำบลต่างๆทุกตำบล เปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกใช้บริการได้ตามฐานะทางเศรษฐกิจและความรู้ แต่เมื่อพิจารณาตามภูมิศาสตร์ จะพบว่า จำนวนสถานบริการมีความแตกต่างระหว่างเขตเมืองและชนบท ดังจะเห็นได้จากในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนประชากรต่อเตียงเท่ากับ 199 ในเขตต่างจังหวัดมีอัตราส่วนเป็น 523 ประชากรต่อเตียง (สุวิทย์ วิบูลย์ผล ประเสริฐ, 2542) นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างของอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรสาธารณสุขโดยแพทย์ 1 คนในกรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนต่อประชากรเพียง 900 คน ขณะที่อัตราส่วนในต่างจังหวัดมีความแตกต่างจากกรุงเทพถึง 6 เท่า (สุกสิทธิ์ พรรณารุ โนนทัย, 2543) การกระจายของสถานพยาบาลและบุคลากรที่แตกต่างกันนี้ย่อมส่งผลถึงปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ใช้บริการ (สุพัตรา ศรีวิมลชากร, 2539) โดยพบว่า ประชาชนเขตชนบทและเขตเมืองมีความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในเขตเมืองประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีแพทย์ได้ถึงร้อยละ 81 ขณะที่ในเขตชนบทมีเพียงร้อยละ 47.3 ที่สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีแพทย์ ดังนั้นสัดส่วนของ

ประชาชนในเขตชนบทจะดูแลรักษาตนเองหรือส่งยาด้วยตนเองมากกว่าในเขตเมืองเกือบสองเท่า (Wibulpolprasert, 2000)

ดังนั้นความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ จึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.4 ประเภทการใช้บริการสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

แอนเดอร์สันและนิวแมน (เสงี่ยม กองธรรม, 2544 อ้างตาม Anderson and Newman , 1973) ได้วางมาตรวัดสำหรับการใช้บริการสุขภาพส่วนบุคคลไว้ ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปของนักสังคมวิทยาการแพทย์ โดยที่ทั้งสองคนได้กำหนดทิศทางเกี่ยวกับการวัดและการกำหนดเรื่องการบริการสุขภาพไว้ 3 แนวทาง คือ 1.) ชนิดหรือประเภท (type) เป็นการแยกให้เห็นการบริการสุขภาพแบบต่างๆ เช่น โรงพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล 2.) วัตถุประสงค์ (purpose) ขั้นตอนการรักษามีลักษณะแตกต่างกัน 4 ประการ คือ การพยาบาลขั้นต้น เป็นการป้องกันก่อนที่จะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การพยาบาลขั้นที่สอง เป็นการบำรุงให้กลับเข้าสู่สภาพเดิม การพยาบาลขั้นที่สาม เป็นช่วงการรักษาตามอาการของโรค การพยาบาลขั้นที่สี่ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพตามความต้องการของแต่ละบุคคลโดยตรง ไม่เกี่ยวข้องกับการเยียวยาความเจ็บป่วย และ 3.) หน่วยการวิเคราะห์ (unit of analysis) มีหน่วยการวิเคราะห์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ การติดต่อกับแพทย์มีหรือไม่มี ปริมาณหรือจำนวนครั้งของการติดต่อ และช่วงระยะเวลา คือ ช่วงระยะเวลาห่างกันมากน้อยเพียงใด

จากการสำรวจสุขภาพและสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2542 พบว่าประชาชนเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยจะดูแลตนเองและซื้อยากินเอง เวลาเจ็บป่วยรุนแรงจึงจะไปพบแพทย์ไม่ว่าจะเป็นสถานบริการของรัฐหรือเอกชนที่อยู่ใกล้บ้านและสะดวกในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ เลี้ยวประไพและบุปผา ศิริรัศมี(2531) ; อรพิน นุนนาคและอัจฉรา เอ็นซ์(2538) การใช้บริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ(ชุตินา วระวิบูล, 2534)พบว่า เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยโดยทั่วไปมักจะเลือกใช้บริการจากสถานบริการประเภทอื่นๆ คือ รักษาแผนโบราณ ซื้อยากินเอง ไม่รักษา รongลงมา คือ เลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ แบบแผนการให้บริการนี้ก็พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ส่วนการศึกษาปัจจัยบางประการที่กำหนดการให้บริการสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2528)พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะการเจ็บป่วยของกลุ่มประชากรตัวอย่าง ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และอาชีพของหัวหน้าครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัย จากการศึกษาพฤติกรรมการเลือกสถานพยาบาลและการใช้บริการการรักษาพยาบาลของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม จังหวัดนนทบุรี (ปรีชา ผาติชล, 2540)

พบว่าตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรมของผู้ประกันตนคือ ทักษะคิดและความพึงพอใจ ส่วนความสะดวกในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจเลือกสถานพยาบาล (ปรีชา ผาติชล, 2540) กล่าวโดยสรุป การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านชนิดหรือประเภทของการให้บริการ มีความสัมพันธ์กับการเลือกสถานพยาบาลและความพึงพอใจซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3.5 ความพึงพอใจต่อการใช้บริการกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความพึงพอใจในบริการทางการแพทย์ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2536) สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจเมื่อได้รับบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งคุณภาพของบริการในความหมายของผู้ป่วย คือ ความสอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังและได้รับบริการหรือลูกค้า ในการจัดบริการสุขภาพ ความต้องการของผู้ป่วยและญาติมิตรคือการมีสุขภาพดี หากเจ็บป่วยก็หวังจะให้หายจากการเจ็บป่วยนั้นอย่างรวดเร็วที่สุด โดยการดูแลของผู้ที่มีความรู้ความสามารถ การใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพเจ็บป่วยของตน ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ได้รับความสะดวก สบาย ความอบอุ่น และรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนความคาดหวังนั้นพิจารณาในระดับวัตถุประสงค์หรือการแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้ ไม่ใช่ความคาดหวังในเชิงเทคนิค เนื่องจาก ตัวผู้ป่วยเองไม่สามารถตัดสินใจว่าจะต้องใช้การตรวจวินิจฉัยอะไรหรือวิธีการรักษาอย่างไร จึงคาดหวังที่จะให้นักวิชาการหรือผู้ให้บริการซึ่งมีความรู้มากกว่า เป็นผู้ตัดสินใจแทน หากเป็นกรณีที่ มีทางเลือกรักษามากกว่า 1 วิธี ผู้ป่วยบางคนก็คาดหวังที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้นด้วย

จากผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเท่าที่รวบรวมได้ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการรับบริการคือ ประสบการณ์ในการรับบริการมาก่อน (ภรณ์ เอกบรรณสิงห์, 2533 ; วิมลศรี ศรีสุพรรณ และมะลิจิตร ศิริวัฒน์เมฆานนท์, 2530 ; ทศนีย์ สันติพงศ์ศุกร, เมธา ทรงธรรมวัฒน์และศรีสุดา ไทยเลิศ, 2539) ระยะทางในการเดินทาง (ภรณ์ เอกบรรณสิงห์, 2533) การใช้เวลารอคอยในการรับบริการ (ทศนีย์ สันติพงศ์ศุกร, เมธา ทรงธรรมวัฒน์และศรีสุดา ไทยเลิศ, 2539) ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อคุณภาพบริการและความสามารถในการบริการของโรงพยาบาล (ปรีชา ครามะคำ, 2538) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความพึงพอใจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ (วิมลศรี ศรีสุพรรณและมะลิจิตร ศิริวัฒน์เมฆานนท์, 2530 ; ภรณ์ เอกบรรณสิงห์, 2533 ; สมชัย ภิญโญพรพาณิชย์ และ เบญจมาภรณ์ ภิญโญพรพาณิชย์, 2536)

ดังนั้นความพึงพอใจต่อการใช้บริการในด้านความรู้ ความสามารถของผู้ให้บริการและคุณภาพของการให้บริการน่าเป็นปัจจัยหนึ่งต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่น่าจะที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพดีถ้วนหน้า คือ ปัจจัยทางด้านนโยบาย ความต้องการการดูแล ระยะทางของการเดินทาง ความสามารถในการจัดบริการของสถานบริการ ความพึงพอใจและประเภทการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาเฉพาะแต่ละปัจจัยว่ามีผลต่อการใช้บริการสุขภาพอย่างไร แต่ยังไม่พบว่ามีผู้ใดทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยเหล่านี้มาวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ที่มีต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งประเด็นสำคัญที่จะศึกษาคือ 1.) นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ ระยะทาง ระยะเวลาของการเดินทาง และความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยส่งอิทธิพลผ่านตัวแปรการความพึงพอใจและประเภทการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ 2). ความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการผ่านตัวแปรความพึงพอใจ ประเภทการใช้บริการสุขภาพไปยังตัวแปรการเข้าถึงบริการ 3). ระยะทาง ระยะเวลาของการเดินทาง และความสามารถของสถานบริการในการจัดบริการมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเข้าถึงบริการผ่านตัวแปรความพึงพอใจ ประเภทการใช้บริการไปยังตัวแปรการเข้าถึงบริการ และ 4). การเข้าถึงบริการสุขภาพรับอิทธิพลโดยตรงจากความพึงพอใจและประเภทการใช้บริการของผู้สูงอายุ