



# การใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ของประชากรเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2558

จุฑาทิพ ทังทอง\*

สุรัชตา เชนโสภณ†

สุพล ลิมวัฒนานนท์‡,§

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร§

อรอนงค์ วลีจรัสสิริ†

คุณากร เอี้ยวสุวรรณ\*

จุฬารักษ์ ลิมวัฒนานนท์‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: จุฑาทิพ ทังทอง

## บทคัดย่อ

แม้การบรรลุระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จะช่วยให้คนไทยทั้งประเทศเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น แต่ประชากรกรุงเทพฯ ก็ยังคงมีปัญหาเข้าถึงการรักษาพยาบาลมากที่สุด เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสุขภาพของกรุงเทพฯ มีความแตกต่างจากต่างจังหวัด

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองสำหรับประชากรในเขตกรุงเทพฯ ใช้การศึกษาเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,893 คน ทำการถ่วงน้ำหนักตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนประชากรทั้งเขตกรุงเทพฯ

ประชากรในเขต กทม. ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 33.8) ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15-60 ปี (ร้อยละ 64.2) แต่มีสัดส่วนผู้ที่ไม่ได้ทำงานสูง (ร้อยละ 38.5) มีฐานะยากจนที่สุดเท่ากับร้อยละ 18.8 สำหรับการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลือกวิธีการรักษาคือ ซ้ำยาแผนปัจจุบัน/แผนโบราณ/หมอฟันบ้าน (ร้อยละ 35.2) เมื่อใช้บริการที่สถานพยาบาลภาครัฐ เศรษฐฐานะระดับยากจนที่สุดมีสัดส่วนผู้ที่จ่ายเงินเองมากที่สุด คือร้อยละ 24 มีฐานะเท่ากับ 1,500 บาท ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีฐานะร่ำรวย สำหรับการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 71.1) ส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ ผู้ที่มีเศรษฐฐานะระดับยากจนที่สุดถึงร้อยละ 32.5 ต้องจ่ายเงินเอง มีฐานะเท่ากับ 2,000 บาท สำหรับปัญหาความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง พบว่าผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ร้อยละ 7.4 และ 1.3 ซึ่งมากกว่าสิทธิอื่นๆ เหตุผลหลักที่กลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้เข้านอนรักษาในสถานพยาบาลก็คือ ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล และไม่มีเวลาไปรับการรักษา (ร้อยละ 34.6, 22.3 และ 13.9 ตามลำดับ) ดังนั้นในเขต กทม. โรงพยาบาลรัฐควรมีช่องทางพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีฐานะยากจนสามารถเข้าถึงบริการ โดยลดภาระและความเสี่ยงทางการเงินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง เพื่อแก้ปัญหาความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

**คำสำคัญ:** บริการสุขภาพ, ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน, ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง, กรุงเทพมหานคร

\*สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

†คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

‡คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

§สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

**Abstract** Utilization and Unmet Healthcare Need for Outpatient and Inpatient Services of Population Living in Bangkok Metropolitan in 2015Jutatip Thungthong\*, Onanong Waleekhachonloet<sup>†</sup>, Suratchada Chanasophon<sup>†</sup>, Kunakorn Aewsuwan\*, Supon Limwattananon<sup>‡,§</sup>, Chulaporn Limwattananon<sup>‡</sup>, Viroj Tangcharoensathien<sup>§</sup>\*National Health Security Office, <sup>†</sup>Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, <sup>‡</sup>Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University, <sup>§</sup>International Health Policy Program**Corresponding author:** Jutatip Thungthong, Jutatip.t@nhso.go.th

An achievement of the Universal Health Coverage since 2002 has increased an access in health care utilization of the Thai population. However, populations in Bangkok tend to have an access problem. Basic structure of health service system in Bangkok is different from other regions.

This study aims to analyze healthcare utilization and unmet health need both in outpatient (OP) and inpatient (IP) services of population in Bangkok. This is a descriptive study. The 2015 Health and Welfare Survey provided a sample of 5,893 individual persons living in Bangkok for data analysis.

Majority of population in Bangkok were covered by the Universal Coverage Scheme (UC) (47.9%) and Social Security Scheme (33.8%). 64.2% of population under UC were in age group 15-60 years, however, 35.8% of them did not work and 18.8% of them were in the poorest quintile. For the OP illnesses, 35.2% of the UC had self-care, mostly by purchasing medication from drug stores. When seeking care at the public hospitals, the UC poorest quintile paid out of pocket disproportionately higher (24%) than patients of other quintiles, with the median amount 1,500 baht higher than the richer quintiles. For IP services, majority of the UC (71.1%) admitted to public hospitals. 32.5% of the poorest quintile had to pay out of pocket for the service with median amount 2,000 baht. Among UC respondents, unmet health need for services was 7.4% for OP and 1.3% for IP, higher than other schemes. The main reasons of the unmet health need for IP services among the UC were unaffordability, inconvenience in travelling, and time barrier (34.6%, 22.3%, and 13.9%, respectively)

In Bangkok Metropolitan Area, public hospitals should facilitate an easy access to health services for the UC beneficiaries who had relatively low socio-economic status. This would help mitigate the unmet health need caused by financial hardship due to health payments.

**Keywords:** health service, outpatient (OP), inpatient (IP), unmet healthcare need, Bangkok

## ภูมิหลังและเหตุผล

การดำเนินนโยบาย “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ช่วยให้คนไทยทั้งประเทศเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นอย่างมาก แต่ประชากรกรุงเทพมหานคร (กทม.) กลับกลายเป็นกลุ่มที่มีปัญหาการเข้าถึงการรักษามากที่สุด มีอัตราการใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับคนต่างจังหวัด และมีจำนวนไม่น้อยยอมจ่ายเงินเองเพื่อเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลภาคเอกชน ต้นเหตุสำคัญของปัญหาอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการในระบบเกิดจากความไม่เพียงพอของหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลประชากรใน กทม. ซึ่งมีประชากรจำนวนมาก และ

การจัดระบบบริการที่ไม่สะดวกและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคน กทม. ศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจเปิดเฉพาะเวลาราชการและให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น โรคที่เกินศักยภาพการดูแลจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาล (รพ.) และกรณีผู้ป่วยต้องรักษาที่ รพ.ต่อเนื่องก็มีความยุ่งยากเพราะต้องขอใบนำส่งตัวเป็นรายครั้ง โครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณสุขของ กทม. ยังขาดหน่วยบริการทุติยภูมิระดับต้น ซึ่งแตกต่างจากต่างจังหวัดซึ่งมีโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) รองรับประชากรในอำเภอ ทั้งๆที่แต่ละเขตพื้นที่ของ กทม. มีประชากรมากกว่าอำเภอในต่างจังหวัด กทม. มีเพียงแค่ศูนย์บริการสาธารณสุข



และคลินิกใกล้บ้านใกล้ใจที่เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเท่านั้น ส่วนโรงพยาบาลใหญ่ระดับตติยภูมิก็มีความแออัดของการเข้ารับบริการ ทำให้มีอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษา เกิดปัญหาความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองของคน กทม. นำไปสู่การเรียกร้องจากกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพและเครือข่ายผู้ป่วยใน กทม. กว่า 400 คน<sup>(1)</sup> ให้ยกระดับศูนย์บริการสาธารณสุขให้มีศักยภาพบริการเทียบเท่า รพช. จากสถานการณ์ดังกล่าว ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้ที่อาศัยอยู่ในเขต กทม. จึงมีความสำคัญในการวางแผน เพื่อแก้ปัญหาที่หลายภาคส่วนให้ความสนใจ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้บริการรักษาพยาบาลและความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองของบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสำหรับประชากรเขต กทม. เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์และนำไปสู่การกำหนดนโยบายในการจัดระบบบริการสาธารณสุขของประชาชนในเขตเมืองที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการต่อไป

## ระเบียบวิธีศึกษา

ใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ซึ่งดำเนินการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เก็บข้อมูลจากประชากรทั่วประเทศ ในเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2558<sup>(2)</sup> โดยการสุ่มครัวเรือนตัวอย่างเป็นการสุ่มแบบสองขั้นตอน (stratified two-stage sampling) ได้ข้อมูลระดับบุคคลที่อาศัยอยู่ในเขต กทม. และสามารถนำมาวิเคราะห์ทั้งสิ้น 5,893 คน ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจนี้สามารถนำมาคำนวณและประมาณค่าเพื่อเป็นตัวแทนของเขต กทม. โดยการถ่วงน้ำหนักตามการสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดในการระบุสิทธิการรักษา นั้น กรณีที่เกิดความซ้ำซ้อนกันของสิทธิการรักษาพยาบาล โดยให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามมากกว่า 1 สิทธิ สำหรับการประกันสุขภาพภาคบังคับ ผู้วิจัยกำหนดให้ใช้สิทธิเดียว<sup>(3)</sup> ดังนี้ 1) กรณี

ที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานของรัฐ และสิทธิอื่นด้วยนั้น กำหนดให้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานของรัฐ 2) กรณีที่มีสิทธิประกันสังคมและสิทธิอื่น กำหนดให้ใช้สิทธิประกันสังคม 3) ผู้ที่ไม่สิทธิการรักษาพยาบาลตามข้อ 1 และ 2 กำหนดให้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการกำหนดเศรษฐกิจฐานะ จะพิจารณาจากดัชนีทรัพย์สินครัวเรือน (asset index) โดยแบบสอบถามประกอบด้วยลักษณะของที่อยู่อาศัยและทรัพย์สินที่มีในครัวเรือน แล้วใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (principal component analysis) แบ่งครัวเรือนเป็น 5 กลุ่มๆ ละเท่าๆ กัน ร้อยละ 20 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด เรียกว่า ควินไทล์ (quintile) ได้แก่ ยากจนที่สุด ยากจน ปานกลาง ร่ำรวยและร่ำรวยที่สุด

ในส่วนของข้อคำถามความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และเหตุผลที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาเมื่อมีความจำเป็นต้องรับการรักษา ในแบบสอบถามมีเนื้อหาข้อถามสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในว่า ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่เคยป่วยและจำเป็นต้องรับการรักษาแต่ไม่ได้รับการตรวจรักษา สาเหตุที่ไม่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลที่มีในการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย เพราะเหตุใด

กรอบการวิเคราะห์ ยึดประเด็นหลัก 6 ประเด็น คือ 1) สิทธิการรักษาพยาบาลของประชากรในเขต กทม. และภูมิภาค วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) ลักษณะทางประชากร (ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานะการทำงานและเศรษฐกิจฐานะ) จำแนกตามสิทธิหลัก สิทธิอื่นๆ และผู้ไม่มีสิทธิการรักษา ซึ่งหมายถึงผู้ที่รอลงทะเบียนสิทธิ 3) การไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วยในช่วงเวลาอ้างอิงที่สถานพยาบาลประเภทต่างๆ (1 เดือนกรณีผู้ป่วยนอก และ 12 เดือนกรณีผู้ป่วยใน) จำแนกตามสิทธิ โดยข้อ 2 และ 3 เปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างด้วยสถิติ chi square test 4) การใช้บริการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน โดยจำแนกตาม



สิทธิหลักและเศรษฐกิจฐานะ 5) การจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำหรับสถานพยาบาลรัฐ จำแนกตามสิทธิหลักและเศรษฐกิจฐานะ และ 6) ความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองและเหตุผลที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจรักษาเมื่อมีความจำเป็นต้องรับการรักษา จำแนกตามสิทธิและเศรษฐกิจฐานะ โดยข้อ 4 ถึง 6 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

## ผลการศึกษา

### ก. ลักษณะประชากร

ใน พ.ศ. 2558 ประชากรในเขต กทม. ประมาณ 8.6 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 33.8) และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 9.3) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างประชากรในเขต กทม. กับประชากรภูมิภาคอื่นๆ พบว่า ประชากรในเขต กทม. มีสัดส่วนของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่ำกว่าภาคอื่น แต่มีสิทธิประกัน

สังคมและประกันสุขภาพเอกชนสูงกว่าภาคอื่น ผู้ไม่มีสิทธิการรักษายาบาล ซึ่งอาจเป็นผู้ที่ต้องรอลงทะเบียนสิทธิในเขต กทม. เท่ากับร้อยละ 4.1 ซึ่งมากกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 0.1-1.7) ดังตารางที่ 1

ประชากรในเขต กทม. มีความแตกต่างระหว่างสิทธิในด้านลักษณะประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่และผู้ไม่มีสิทธิการรักษายาบาลมีการศึกษาไม่เกินประถมศึกษา (ร้อยละ 69.9 และ 73.8) ในขณะที่ผู้มีสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการส่วนใหญ่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 76.4 และร้อยละ 63.3) ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ไม่มีสิทธิการรักษายาบาลมีวัยทำงานประมาณร้อยละ 65.6 แต่มีสัดส่วนผู้ที่ไม่ได้ทำงานสูง (ร้อยละ 38.5 และ 30.3 ตามลำดับ) มีฐานะยากจนที่สุดพบร้อยละ 18.8 และ 29.6 ตามลำดับ

ในกลุ่มผู้ที่รายงานว่ามีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการร้อยละ

ตารางที่ 1 สิทธิการรักษายาบาลของประชากรไทย กทม. และภูมิภาค ปี พ.ศ. 2558

สิทธิการรักษายาบาล	จำนวนประชากร (ร้อยละ)					
	กทม.	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	รวม
จำนวนทั้งหมด	8,608,400	19,186,545	11,485,420	18,740,674	9,142,622	67,163,661
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47.9	61.8	80.9	86.4	79.5	48,718,343
ประกันสังคม	33.8	26.0	8.5	5.7	9.2	10,783,185
ข้าราชการ	9.3	8.1	8.7	7.1	8.7	5,470,336
หน่วยงานอิสระของรัฐ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	0.2	0.2	0.3	0.3	0.5	205,954
ประกันสุขภาพเอกชน	3.3	1.2	0.4	0.2	0.3	625,308
สวัสดิการโดยนายจ้าง	0.9	0.5	0.1	0.1	0.5	222,078
อื่นๆ	0.2	0.3	0.3	0.1	0.2	141,788
ไม่ทราบ	0.3	0.3	0.1	0.1	0.2	119,404
ไม่มีสิทธิการรักษายาบาล	4.1	1.7	0.7	0.1	1.0	877,265



ตารางที่ 2 ลักษณะของประชากรในเขต กทม. จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2558 (หน่วย: ร้อยละ)

	หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	ประกัน สังคม	ข้าราชการ	อื่นๆ*	ไม่มีสิทธิ การรักษา	p-value
<b>อายุ</b>						<0.001
0-14 ปี	21.8	0.1	9.7	14.8	24.6	
15-59 ปี	64.2	97.0	57.7	76.5	67.7	
60 ปี ขึ้นไป	13.9	2.9	32.5	8.7	7.7	
<b>เพศ</b>						<0.001
หญิง	54.2	48.4	53.9	47.0	46.3	
ชาย	45.8	51.6	46.1	53.0	53.7	
<b>การศึกษา</b>						<0.001
ไม่ได้เรียน	5.2	1.8	1.8	14.0	39.7	
ประถมศึกษา	64.7	21.8	35.0	39.2	34.1	
มัธยมศึกษา	24.9	40.3	20.5	19.9	12.8	
อนุปริญญา/ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	5.2	35.7	42.6	24.4	12.7	
ไม่ระบุ	0.1	0.4	0.2	2.5	0.8	
<b>สถานะการทำงาน</b>						<0.001
ไม่ได้ทำงาน	38.5	4.1	41.8	27.2	30.3	
นายจ้าง	2.1	1.5	0.4	8.2	4.7	
กิจการส่วนตัว	25.6	5.7	5.2	17.0	20.4	
ลูกจ้างเอกชน	11.8	85.2	1.3	30.2	20.0	
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	0.1	3.5	41.5	2.6	0.0	
ไม่ระบุ	21.9	0.1	9.8	14.8	24.6	
<b>เศรษฐกิจฐานะ</b>						<0.001
จนที่สุด	18.8	22.8	4.5	23.0	29.6	
จน	11.8	9.5	3.2	1.9	6.0	
ปานกลาง	9.0	9.2	1.6	3.3	6.2	
รวย	20.9	19.6	25.4	11.6	15.9	
รวยที่สุด	38.8	37.9	64.0	59.0	39.7	
ไม่ระบุ	0.7	0.9	1.3	1.3	2.6	
<b>โรคเรื้อรัง</b>						<0.001
ความดันโลหิตสูง	34.2	27.8	34.9	25.4	19.4	
เบาหวาน	19.1	14.0	16.2	9.4	14.9	
ไขมันในเลือดสูง	7.5	9.3	12.5	4.3	8.4	
ภูมิแพ้	6.1	11.9	2.5	20.9	13.1	
อื่นๆ	33.1	36.9	33.9	40.0	44.1	
โรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค	16.9	10.9	35.2	6.5	10.3	

\*อื่นๆ ประกอบด้วย หน่วยงานอิสระ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการโดยนายจ้าง อื่นๆ ที่ไม่ใช่สิทธิหลัก และไม่ทราบว่ามี/ไม่มีสิทธิ



35.2 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 16.9 สิทธิประกันสังคมร้อยละ 10.9 โรคที่พบมากเป็น 4 อันดับแรกของประชากรในเขต กทม. คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และภูมิแพ้

## ข. การเจ็บป่วยและทางเลือกในการใช้บริการรักษาพยาบาล

ในภาพรวมร้อยละ 18.6 ของประชากร กทม. รายงานว่า มีการไปใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อัตราการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1.3 ครั้งต่อคนต่อเดือน ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม ซื้อยาแผนปัจจุบัน/แผน

โบราณ/หมอพื้นบ้าน (ร้อยละ 35.2 และ 31.8) ส่วนผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ใช้บริการโรงพยาบาลรัฐเป็นหลัก (ร้อยละ 69.5) ในขณะที่ผู้ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 34.1) ซื้อยาแผนปัจจุบัน/แผนโบราณ/หมอพื้นบ้าน (ร้อยละ 26.5) และคลินิกเอกชน (ร้อยละ 19.5)

ในภาพรวมร้อยละ 3.6 ของประชากร กทม. รายงานว่า มีการไปใช้บริการแบบผู้ป่วยใน (ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) อัตราการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล (แบบผู้ป่วยใน) เท่ากับ 1.1 ครั้งต่อคนต่อปี พบว่า ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการส่วนใหญ่ใช้บริการ

ตารางที่ 3 การเจ็บป่วย และการใช้บริการรักษาพยาบาล จำแนกตามสิทธิ

	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ประกันสังคม	ข้าราชการ	อื่นๆ*	ไม่มีสิทธิการรักษา	p-value
ร้อยละที่ไปรับบริการผู้ป่วยนอก	20.7	16.8	20.5	12.5	11.8	
อัตราป่วยผู้ป่วยนอกเฉพาะผู้ที่ไปรับบริการ (ครั้ง/คน/เดือน)	1.3	1.2	1.5	1.3	1.2	
<b>การไปรับบริการผู้ป่วยนอก</b>						<b>&lt;0.001</b>
ไม่ได้รักษา	5.4	11.3	9.3	0.0	3.7	
ซื้อยาแผนปัจจุบัน	34.3	31.6	12.6	38.8	17.6	
ซื้อยาแผนโบราณ	0.4	0.0	0.0	0.0	6.7	
หมอพื้นบ้าน/แผนโบราณ	0.5	0.2	1.2	0.0	2.2	
สถานีนอนมาย์/ศูนย์บริการ	6.0	3.5	0.8	3.3	0.0	
โรงพยาบาลรัฐ	32.3	18.4	69.5	16.9	34.1	
คลินิกเอกชน	10.2	5.9	3.8	8.1	19.5	
อื่นๆ	0.5	0.1	0.6	3.4	0.0	
ร้อยละที่ไปรับบริการผู้ป่วยใน	3.8	3.7	2.3	3.4	4.9	
อัตราการนอน รพ. เฉพาะผู้ที่ไปรับบริการ (ครั้ง/คน/ปี)	1.07	1.2	1.16	1.0	1.09	
<b>การไปรับบริการผู้ป่วยใน</b>						<b>&lt;0.001</b>
โรงพยาบาลรัฐ	71.1	48.2	91.8	29.6	41.6	
โรงพยาบาลเอกชน	28.8	51.7	8.2	70.4	58.3	

\*อื่นๆ ประกอบด้วย หน่วยงานอิสระ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการโดยนายจ้าง อื่นๆ ที่ไม่ใช่สิทธิหลัก และไม่ทราบว่ามี/ไม่มีสิทธิ



ที่โรงพยาบาลรัฐ ส่วนผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและผู้ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 51.7 และ 58.3) (ตารางที่ 3)

**ก. การใช้บริการรักษาพยาบาลตามเศรษฐกิจฐานะ:**

การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีฐานะยากจนที่สุดซื้อยาใช้เองมากที่สุด (ร้อยละ 45.1) ในขณะที่ผู้มีเศรษฐกิจฐานะดีขึ้นจนถึงระดับปานกลาง ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ (ร้อยละ 51.5 และ 39.6) สิทธิประกันสังคมส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนและร้านยา สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทุกระดับเศรษฐกิจฐานะใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐมากที่สุด (ร้อยละ 65.5 ขึ้นไป) ดังตารางที่ 4

การใช้บริการแบบผู้ป่วยใน ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ฐานะยากจนที่สุดถึงปานกลางใช้

บริการที่โรงพยาบาลรัฐ (ประมาณร้อยละ 80 ขึ้นไป) ผู้มีสิทธิประกันสังคมที่มีฐานะยากจนที่สุดถึงปานกลาง ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐมากกว่าเอกชนเล็กน้อย ในขณะที่ผู้ที่มีฐานะร่ำรวยที่สุดมีการใช้บริการภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ ส่วนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กลุ่มที่มีฐานะยากจนที่สุดถึงปานกลางไม่ได้ไปใช้บริการแบบผู้ป่วยใน ดังตารางที่ 5

**ง. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล เมื่อใช้บริการที่สถานพยาบาลภาครัฐ**

สำหรับการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีฐานะยากจนที่สุดมีสัดส่วนผู้ที่จ่ายเงินเองมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 24 โดยมีมาตรฐานของจำนวนเงินเท่ากับ 1,500 บาท ซึ่งจ่ายมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะร่ำรวย สิทธิประกันสังคมที่มีฐานะยากจนที่สุดถึงปานกลาง และสิทธิสวัสดิการรักษา

ตารางที่ 4 การใช้บริการรักษาผู้ป่วยนอก จำแนกตามสิทธิหลักและเศรษฐกิจฐานะ (หน่วย: ร้อยละ)

	จนที่สุด	จน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด
<b>หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</b>					
ไม่รักษา	7.3	2.3	0.9	4.1	7.7
ซื้อยาเอง/หมอพื้นบ้าน/แผนโบราณ	45.1	33.3	51.0	34.7	27.5
เอกชน	12.7	12.9	8.6	17.8	31.8
รัฐ	34.9	51.5	39.6	43.4	33.1
<b>ประกันสังคม</b>					
ไม่รักษา	7.6	20.3	22.7	8.8	9.5
ซื้อยาเอง/หมอพื้นบ้าน/แผนโบราณ	38.3	34.5	34.3	24.8	28.3
เอกชน	30.8	36.8	29.0	22.9	46.3
รัฐ	23.3	8.4	14.1	43.5	15.9
<b>ข้าราชการ</b>					
ไม่รักษา	20.6	0.0	0.0	3.4	12.3
ซื้อยาเอง/หมอพื้นบ้าน/แผนโบราณ	5.2	0.0	24.1	13.7	15.8
เอกชน	0.0	0.0	0.0	8.0	6.5
รัฐ	74.2	100.0	75.9	74.9	65.5



ตารางที่ 5 การใช้บริการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิหลักและเศรษฐกิจฐานะ (หน่วย: ร้อยละ)

	จนที่สุด	จน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด
<b>หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</b>					
รพ. เอกชน	0.0	15.9	22.0	55.2	30.4
รพ. รัฐ	100.0	84.1	78.0	44.8	69.6
<b>ประกันสังคม</b>					
รพ. เอกชน	48.0	58.8	48.6	35.5	62.1
รพ. รัฐ	52.0	41.2	51.4	64.5	37.9
<b>ข้าราชการ</b>					
รพ. เอกชน	N/A	N/A	N/A	0.0	13.6
รพ. รัฐ	N/A	N/A	N/A	100.0	86.4

N/A : ไม่มีผู้ตอบตัวเลือกนี้

ตารางที่ 6 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับสถานพยาบาลรัฐ และมูลค่า จำแนกตามสิทธิหลักและเศรษฐกิจฐานะ

	ผู้ป่วยนอก			ผู้ป่วยใน		
	ร้อยละ ผู้ป่วยที่ ต้องจ่ายเอง	ค่ามัธย ฐาน	ควอไทล์ พิสัย	ร้อยละ ผู้ป่วยที่ ต้องจ่ายเอง	ค่ามัธย ฐาน	ควอไทล์ พิสัย
<b>หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า</b>						
จนที่สุด	24.0	1,500	500-1,500	32.5	2,000	2,000-4,000
จน	16.2	1,000	500-3,000	31.8	4,000	200-4,000
ปานกลาง	16.5	1,000	1,000-2,000	12.6	7,000	7,000-7,000
รวย	17.6	30	30-1,200	24.6	20,000	20,000-99,998
รวยที่สุด	14.6	600	30-1,000	43.2	5,000	5,000-16,000
<b>ประกันสังคม</b>						
จนที่สุด	0.0	-	-	0.0	-	-
จน	0.0	-	-	53.2	13,000	13,000-13,000
ปานกลาง	0.0	-	-	53.7	7,000	7,000-7,000
รวย	10.2	1,000	1,000-3,500	29.9	5,000	2,000-10,000
รวยที่สุด	0.0	-	-	7.4	1,300	1,300-1,300
<b>ข้าราชการ</b>						
จนที่สุด	0.0	-	-	-	-	-
จน	0.0	-	-	-	-	-
ปานกลาง	36.4	300	300-300	-	-	-
รวย	19.0	800	400-1,000	65.0	5,000	2,500-5,000
รวยที่สุด	9.2	800	700-2,000	22.5	120	120-20,000





พยาบาลข้าราชการที่มีฐานะยากจนที่สุดถึงยากจน ไม่ได้จ่ายเงินเอง ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ประกันตนไปใช้บริการในสถานพยาบาลตามที่ได้เลือกไว้ และข้าราชการไปใช้บริการในสถานพยาบาลรัฐที่ลงทะเบียนจ่ายตรงไว้

การที่ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีฐานะยากจนที่สุดมีสัดส่วนผู้ที่จ่ายเงินเองมาก เนื่องจากกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เลือกซื้อยารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าสิทธิอื่นๆ

สำหรับการใช้บริการผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีฐานะยากจนที่สุดถึงร้อยละ 32.5 ต้องจ่ายเงินเอง โดยมีมาตรฐานของจำนวนเงินเท่ากับ

2,000 บาท สูงกว่าสิทธิอื่นๆ ในระดับเศรษฐฐานะเดียวกัน สิทธิประกันสังคมกลุ่มที่มีฐานะยากจนที่สุดไม่ได้จ่ายเงินเอง แต่กลุ่มที่ยากจนถึงระดับปานกลางมีสัดส่วนของผู้ต้องจ่ายเงินเองร้อยละ 50 โดยมีมาตรฐานของจำนวนเงินเท่ากับ 13,000 และ 7,000 บาท ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

### จ. ลักษณะของประชากรที่มีความจำเป็นทางสุขภาพแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง

ความชุกของความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองแบบผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 13.1) สูงกว่า

ตารางที่ 7 ลักษณะของประชากรที่มีความจำเป็นทางสุขภาพแต่ไม่ได้รับการตอบสนอง

	ผู้ป่วยนอก (N=1,601,154)		ผู้ป่วยใน (N=308,000)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	209,030	13.1	6,160	2.0
เพศชาย	104,075	6.5	0	0.0
เพศหญิง	104,955	6.6	6,160	2.0
อายุ				
0-14 ปี	15,026	0.9	0	0.0
15-59 ปี	156,740	9.8	4,670	1.5
60 ปีขึ้นไป	37,264	2.3	1,490	0.5
เศรษฐฐานะ				
จนที่สุด	57,452	3.6	1,490	0.5
จน	23,812	1.5	1,054	0.3
ปานกลาง	12,987	0.8	0	0.0
รวย	35,071	2.2	1,423	0.5
รวยที่สุด	76,628	4.8	2,193	0.7
ไม่ระบุ	3,080	0.2	0	0.0
สิทธิการรักษาพยาบาล				
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	118,706	7.4	4,108	1.3
ประกันสังคม	56,818	3.6	2,052	0.7
ข้าราชการ	13,398	0.8	0	0.0
อื่นๆ	12,183	0.8	0	0.0
ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล	7,925	0.5	0	0.0



**ตารางที่ 8** เหตุผลที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจรักษาเมื่อมีความจำเป็นต้องรับการรักษา จำแนกตามสิทธิของประชากรในเขต กทม. ปี พ.ศ. 2558 (หน่วย: ร้อยละ)

	หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	ประกัน สังคม	ข้าราชการ	อื่นๆ*	ไม่มีสิทธิ การรักษา
<b>ผู้ป่วยนอก</b>					
ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0
ไม่มีค่าเดินทาง	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
คิวยาว/รอนาน	45.7	45.8	44.0	49.6	21.7
เดินทางไม่สะดวก/ห่างไกล	5.2	6.5	11.5	9.0	0.0
ไม่มีเวลาไปรับการรักษา	18.8	33.2	27.2	8.4	0.0
ไม่เชื่อมั่น/ไม่ประทับใจสถานพยาบาล/ผู้ให้บริการ	8.5	3.7	0.0	6.2	0.0
ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ใด	0.0	0.0	0.0	0.0	65.3
ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา	5.5	0.0	0.0	10.3	0.0
อื่น ๆ /ไม่ระบุ	13.4	10.8	17.3	16.5	13.0
<b>ผู้ป่วยใน</b>					
ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล	34.6	0.0	0.0	0.0	0.0
ไม่มีค่าเดินทาง	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
คิวยาว/รอนาน	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
เดินทางไม่สะดวก/ห่างไกล	22.3	0.0	0.0	0.0	0.0
ไม่มีเวลาไปรับการรักษา	13.9	48.6	0.0	0.0	0.0
ไม่เชื่อมั่น/ไม่ประทับใจสถานพยาบาล/ผู้ให้บริการ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ใด	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
อื่น ๆ /ไม่ระบุ	29.1	51.4	0.0	0.0	0.0

\*อื่นๆ ประกอบด้วย หน่วยงานอิสระ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการโดยนายจ้าง อื่นๆ ที่ไม่ใช่สิทธิหลัก และไม่ทราบว่าไม่มี/ไม่มีสิทธิ

ผู้ป่วยใน (ร้อยละ 2.0) ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีปัญหาความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ร้อยละ 7.4 และ 1.3 ซึ่งมากกว่าสิทธิอื่นๆ ส่วนผู้ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล พบปัญหานี้น้อยมาก โดยพบเพียงร้อยละ 0.5 ในผู้ป่วยนอก ดังตารางที่ 7

**จ. เหตุผลที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจรักษาเมื่อมีความจำเป็น**

ผู้ที่มีสิทธิในสวัสดิการรักษายาบาลภาครัฐทั้ง

3 สิทธิหลัก คือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบุเหตุผลเดียวกันในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ คิวยาว/รอนาน (ร้อยละ 45.7, 45.8 และ 44.0 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ไม่มีเวลาไปรับการรักษา (ร้อยละ 18.8, 33.2 และ 27.2 ตามลำดับ) และเดินทางไม่สะดวก (ร้อยละ 5.2, 6.5 และ 11.5 ตามลำดับ) ส่วนผู้ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล เหตุผลหลักที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจรักษา คือ ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ใด (ร้อยละ 65.3)

เหตุผลหลักที่ไม่ได้เข้านอนรักษาในสถานพยาบาล



ในกลุ่มผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล และไม่มีเวลาไปรับการรักษา (ร้อยละ 34.6, 22.3 และ 13.9 ตามลำดับ) ผู้มีสิทธิประกันสังคมมีเหตุผลหลักคือ ไม่มีเวลาไปรับการรักษา (ร้อยละ 48.6) ส่วนสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่พบปัญหา ดังตารางที่ 8

## วิจารณ์

ประชากรในเขต กทม. ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 33.8) การเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอก สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม ซึ่อาศัยแผนปัจจุบัน/แผนโบราณ/หมอพื้นบ้าน (ร้อยละ 35.2 และ 31.8) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้บริการโรงพยาบาลรัฐเป็นหลัก (ร้อยละ 69.5) ในขณะที่ผู้ที่ไม่มีสิทธิการรักษายาบาลใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 34.1) ซึ่อาศัยแผนปัจจุบัน/แผนโบราณ/หมอพื้นบ้าน (ร้อยละ 26.5) และคลินิกเอกชน (ร้อยละ 19.5) การเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 71.1) สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 91.8) ส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ ในขณะที่สิทธิประกันสังคมและผู้ที่ไม่ใช่สิทธิการรักษายาบาล รับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 51.7 และ 58.3 ตามลำดับ)

การไปรับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลภาครัฐ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 15-24 (แยกตามเศรษฐกิจฐานะ) จ่ายเงินเอง ซึ่งกลุ่มที่ฐานะยากจนที่สุดถึงปานกลางจ่ายมากกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะดีกว่า ในขณะที่กลุ่มที่มีฐานะยากจนที่มีสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่ต้องจ่ายเงินเอง ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ประกันตนไปใช้บริการในสถานพยาบาลตามที่ได้เลือกไว้ และข้าราชการไปใช้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐที่ลงทะเบียนจ่ายตรงไว้ สำหรับการไปใช้บริการแบบผู้ป่วยในที่สถานพยาบาลภาครัฐ

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีฐานะยากจนที่สุดร้อยละ 32.5 ต้องจ่ายเงินเอง (มีฐานะเท่ากับ 2,000 บาท) สิทธิประกันสังคมกลุ่มที่ฐานะยากจนและปานกลางมีสัดส่วนของผู้ต้องจ่ายเงินเอง ประมาณร้อยละ 50 (มีฐานะเท่ากับ 13,000 และ 7,000 บาท) ตามลำดับ

ในด้านปัญหาความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหานี้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ร้อยละ 7.4 และ 1.3 ซึ่งมากกว่าสิทธิอื่นๆ เหตุผลหลักที่ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้เข้านอนรักษาในสถานพยาบาลคือ ไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 34.6 ของผู้ที่ตอบว่ามีปัญหา)

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาที่รายงานว่าความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เขต กทม. และปริมณฑล เท่ากับร้อยละ 1.1 และ 0.4 ใน ปี พ.ศ. 2555<sup>(5)</sup> โดยพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนและยากจนที่สุดในประเทศไทยมีความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่าระดับเศรษฐกิจฐานะอื่นๆ ประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างระดับเศรษฐกิจฐานะกับความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมของบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการ ตลอดจนผลลัพธ์การรักษา<sup>(6,7)</sup> การศึกษาครั้งนี้พบว่า ใน กทม. นั้น ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีฐานะยากจนมีความเสี่ยงทางการเงินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง เมื่อต้องไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลภาครัฐและมีปัญหาความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่สนับสนุนว่า ภาครัฐควรดูแลกลุ่มผู้ที่ยากจน การศึกษาต่ำ และด้อยโอกาส<sup>(8)</sup> และการลดปัญหาความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ทำได้โดยการกระจายสถานพยาบาลให้มีความครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น และชุดสิทธิประโยชน์ควรครอบคลุมการป้องกัน



และรักษาโรคที่จำเป็นโดยผู้รับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง<sup>(5,9)</sup>

การเข้าถึงบริการสุขภาพภาครัฐ และการลดรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพ<sup>(3,9,10)</sup> แต่จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการซื้อยาใช้เองเป็นวิธีที่ประชาชน กทม. สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมเลือกมากที่สุดเมื่อรู้สึกป่วยหรือไม่สบายแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากสะดวกและเสียเวลาน้อย ทำให้ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเองซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคนยากจน<sup>(11)</sup> การรับบริการที่ร้านยาแทนการไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบสุขภาพภาครัฐ ควรมีการตรวจสอบและตั้งมาตรฐานในการกำกับดูแลการซื้อขายในร้านยา รมณรงค์ให้ประชาชนตระหนักในการเลือกใช้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ภาครัฐควรให้ความสนใจเรื่องการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล เพราะประชาชนบางกลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล มีแนวโน้มที่จะไม่เข้ารับการรักษา หรือไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน

ปัญหาพื้นฐานของชุมชนเมืองที่มีขนาดใหญ่อย่าง กทม. แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่หลายแห่ง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึง เนื่องจาก รพ. ขนาดใหญ่เหล่านี้ ประสบปัญหาความแออัด ต้องดูแลประชากรทุกกลุ่มประกอบกับไม่มีหน่วยบริการใกล้บ้านเหมือนต่างจังหวัด ทำให้ขาดโอกาสในการรับบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ประกอบกับโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพใน กทม. นั้น บริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีไม่เพียงพอ หน่วยบริการภาครัฐมีหลายสังกัด ทำให้ขาดการจัดการร่วมกันโดยกระทรวงสาธารณสุข<sup>(12)</sup> ในปัจจุบันมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีมากกว่า 60 แห่ง หากมีการยกระดับศูนย์บริการสาธารณสุขให้เป็นโรงพยาบาลชุมชน และให้ดำเนินการอย่างเต็มที่ทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรคและงานรักษาพยาบาล จะทำให้คน กทม. ได้รับประโยชน์มากขึ้นได้ ซึ่งแม้ว่าจะ

ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก แต่ก็สามารถจัดทำเป็นแผนดำเนินการระยะยาวได้ เริ่มจากเขตที่มีความพร้อมโดยจัดทำแผนผลิตบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์และพยาบาล) หรือเสนอให้ รพ. เอกชนที่มีอยู่มากใน กทม. ร่วมให้บริการ และควรมีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นแล้วดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งที่ผ่านมา กทม. ไม่สามารถจัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นได้เพราะติดที่ระเบียบการจ่ายเงินสมทบ แต่อาจใช้การบริหารกองทุนในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาชุมชน กทม.

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 5,893 คน อาศัยอยู่ในเขต กทม. และคำนวณโดยการถ่วงน้ำหนักตามการสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีข้อจำกัดในขนาดตัวอย่างที่น้อยลงเมื่อวิเคราะห์ในประเด็นย่อยด้านการไปใช้บริการเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยใน และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งมีเฉพาะผู้ใช้บริการเท่านั้น

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้คือ ในเขต กทม. โรงพยาบาลรัฐควรมีช่องทางพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีฐานะยากจน สามารถเข้าถึงบริการ โดยลดภาระและความเสี่ยงทางการเงินที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง เพื่อแก้ปัญหาความจำเป็นทางสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลดิบจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 มาใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้

## References

1. Health Focus. Suggestion to upgrade health center in Bangkok to be equal to community hospital [cited 2016 March 1]. Available from: <http://www.hfocus.org/content/2015/10/11159>. (in Thai)



2. Vasavit J, Tangcharoensathien V, Tisayaticom K, Patcharanarumon W, Opanapol N. Health and welfare of Thailand after implementation of the Universal Health Coverage Part 1 illness and health utilization in private sector. *Journal of Health Sciences* 2004;13:428-39. (in Thai)
3. Tangcharoensathien V, et al. Thailand's Universal Coverage Scheme: achievements and challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Synthesis report. Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office; 2012. (in Thai)
4. National Statistical Office. Executive Summary from Health and Welfare Survey 2015 [cited 2016 March 1]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/healthy/healthyExec58.pdf>. (in Thai)
5. Thammatacharee N, Tisayaticom K, Suphanchaimat R, Limwattananon S, Putthasri W, Netsaengtip R, et al. Prevalence and profiles of unmet healthcare need in Thailand. *BMC Public Health* 2012;12:923.
6. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saude Publica* 2007;23(12):2820-34.
7. Hadley J. Sicker and poorer—the consequences of being uninsured: a review of the research on the relationship between health insurance, medical care use, health, work, and income. *Med Care Res Rev* 2003;60 (supplement 2):S3-75.
8. Suansawat O. Problems of the disadvantaged groups [cited 2013 January 4]. Available from: <http://sd-group1.blogspot.com/2013/01/53242919.html>. (in Thai)
9. Evans T, Chowdhury M, Evans D, Fidler A, Lindelow M, Mills A, Scheil-Adlung X, Thai experts: Thailand's Universal Coverage Scheme: achievements and challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010) Synthesis Report. Thailand: Health Systems Research Institute; 2012.
10. Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Reducing impoverishment caused by costly health-care payments: outcome of Universal Health Care Coverage in Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2011;5(1): 25-31. (in Thai)
11. Thomudtha P, Waleekhachonloet O, Sakonchai S, Limwattananon S, Limwattananon C. Drug expenditure and economic impact of community pharmacy visits by poor households. *IJPS* 2012;8(1):15-26. (in Thai)
12. Tangjitkamol S. Preliminary report on Bangkok health information. Bangkok: Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, 2016. (in Thai)