

บทรายงาน
ความไม่เสมอภาคด้านสังคมและสุขภาพของประชาชนไทย

จัดทำโดย

วุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล¹

วริศา พานิชเกรียงไกร¹

วลัยพร พัชรนฤมล¹

จิตปภาณี วาศวิท¹

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์²

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร¹

¹ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

² คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทรายงานนี้นำเสนอต่อ World Health Organization ประเทศไทย

8 พฤศจิกายน 2552

สารบัญ

บทคัดย่อ	3
Abstract	4
บทนำ.....	5
วิธีการศึกษา	6
ผลการศึกษา	7
1. สถานะสุขภาพและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็ก.....	7
2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health risk).....	9
3. เมาหวาน ความดันโลหิตสูง ความชุกและการรับการรักษา	10
4. การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน.....	11
5. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเต้านมในสตรีไทย.....	12
6. ความไม่เสมอภาคด้านบริการสังคม.....	14
6.1 ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงไฟฟ้า และน้ำประปา.....	14
6.2 การเข้าถึงบริการการศึกษา	14
วิจารณ์ผลการศึกษา	14
1. ขนาดความรุนแรงและแบบแผนความไม่เสมอภาค	14
2. จุดแข็งและจุดอ่อนของการศึกษา.....	16
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	18
กิตติกรรมประกาศ	18

Deleted:

Deleted:

Deleted:

Deleted:

ความไม่เสมอภาคด้านสังคมและสุขภาพของประชาชนไทย

วุฒิปันธุ์ วงษ์มิ่งคล¹

วริศา พานิชเกรียงไกร¹

วลัยพร พัชรนฤมล¹

จิตปราวณี วาศวิท¹

สุพล ลิ้มวัฒนานนท์²

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร¹

¹ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

² สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้วิเคราะห์ขนาด แบบแผนของความไม่เสมอภาค ปัจจัยกำหนดความไม่เสมอภาคด้านสังคมและสุขภาพของประชาชนไทย เพื่อการกำหนดนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดช่องว่างของความไม่เสมอภาคด้านสังคมและสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

ทำการทบทวนบทรายงานของการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ.2549 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 และ 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2551 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. โดยวิเคราะห์ความไม่เสมอภาค 4 ด้านได้แก่ สถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ การครอบคลุมบริการสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสังคม จำแนกตามสี่ปัจจัย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ ความเป็นเมืองชนบท และภูมิภาค

ผลการศึกษา

มีช่องว่างความไม่เสมอภาคอย่างมากระหว่างชายหญิงต่อปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ ความชุกของการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ในชายสูงกว่าหญิงอย่างมาก ความไม่เสมอภาคในด้านการศึกษามีผลต่อการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอุบัติเหตุโดยการสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ การรัดเข็มขัดเมื่อขับขี่รถยนต์ การออกกำลังกาย โดยผู้มีการศึกษาต่ำมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้มีการศึกษาสูงทุกด้าน ความแตกต่างด้านเศรษฐฐานะของครัวเรือนมีผลเช่นกัน คนจนมีการใช้เข็มขัดนิรภัยน้อยกว่า และ มีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาคในการดื่มสุรา โดยภาคเหนือมีความชุกของการดื่มสูงสุด

สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้น มีช่องว่างความไม่เสมอภาคอย่างมาก ในด้านระดับการศึกษาพบว่ามีความไม่เสมอภาคของการวางแผนครอบครัว และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยสตรีมีการศึกษาน้อย จะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่า ด้านระดับเศรษฐฐานะพบว่า สตรีที่มีฐานะยากจนไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่า

ส่วนความไม่เสมอภาคระหว่างเมืองและชนบทมีผลค่อนข้างน้อยทั้ง 4 ด้าน แต่มีช่องว่างความไม่เสมอภาคด้านภูมิภาคสูงในการดื่มสุราโดยภาคเหนือมีการบริโภคสุราสูงสุด และการเข้าถึงน้ำประปา โดยภาคใต้มีการครอบคลุมน้ำประปาต่ำที่สุด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำนักงานสถิติแห่งชาติควรวางนโยบายของสำนักงานในการสำรวจด้านสังคมใดๆ ให้มีชุดคำถามเกี่ยวกับ เพศ การศึกษา ถิ่นที่อยู่อาศัย และการถือครองทรัพย์สินถาวรและลักษณะครัวเรือน เพื่อการวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคด้านสังคมและสุขภาพได้เป็นการประจำ การศึกษานี้ระบุสถานการณ์ และสภาพปัญหาของความไม่เสมอภาค เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินนโยบายเพื่อลดช่องว่างความไม่เสมอภาคลง

Social and health inequity in Thailand

Vuthiphan Vongmongkol¹

Warisa Panichkriangkrai¹

Walaiporn Patcharanarumol¹

Chitpranee Vasavid¹

Supon Limwattananon²

Viroj Tangcharoensathien¹

¹International Health Policy Program (IHPP)

²IHPP and Pharmaceutical Faculty, Khon Kaen University

Abstract

Objectives

To assess the size and characteristics and the determinants of social and health inequities in Thailand, in order to generate evidence for policy decisions towards closing down the gap.

Methods

A review of the report of Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2006 conducted by the National Statistical Office of Thailand (NSO), and re-analyses a number of national representative household surveys conducted by the NSO namely Health and Welfare Survey (HWS) 2006 and 2007, Household Socio-Economic Survey (SES) 2008 and the third National Health Examination Survey 2004 supported by the Health System Research Institute had been done. The equity of population was assessed in four dimensions, health status, health risk, health service coverage and access to social services, classified by gender, level of education, economic class, urban/rural area and geographical region.

Findings

There were numerous gaps of health risks of population, a huge gap of health risk inequity between gender was observed: higher tobacco and alcohol consumptions were found among men, huge gaps of inequity of traffic injury prevention practices among population in different levels of education: the lower educated people used less helmets and seat belts and had less physical exercise. There was a huge gap of using seat belt inequity among population in different economic classes: the poor used less. There was an inequity of alcohol consumption among regions, the northern people drank more.

There was a huge gap of family planning service and cervical cancer screening inequity among people in different levels of education, the lower educated women used less, also we observed a huge gap of economic inequity on cervical cancer screening, the poorer women had less screening.

There were small gaps in term of urban and rural area for all dimensions. Huge gaps of inequity in alcohol consumption and access piped-water services were observed among four regions, the northern people drank more, and the southern household accessed least piped-water services.

Policy recommendations

There is a need for the National Statistical Office to maintain a module on ownership of household durables goods and housing characteristics in order to construct wealth index as a key economic classification for health inequity monitoring. This study identified the gap of health inequity and guided policy directions towards "closing down the gap in a generation".

บทนำ

ความเสมอภาคของประชาชนเป็นสิ่งที่นานาประเทศมุ่งเน้นให้เกิดในสังคมของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดช่องว่าง ความไม่เสมอภาคและสร้างความเสมอภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ด้อยโอกาส จุดเริ่มต้นหนึ่งในการดำเนินการเพื่อลดช่องว่างระหว่างประชาชนเกิดจากการประชุมสุดยอดแห่งสหัสวรรษ (Millennium Summit) จัดโดยองค์การสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2543 ผู้นำประเทศจาก 147 ประเทศทั่วโลกได้ตกลงร่วมกันที่จะใช้เป้าหมายการพัฒนาเพื่อต่อสู้กับความยากจน ความหิวโหย การไม่รู้หนังสือ โรคภัยไข้เจ็บ ความไม่เสมอภาคทางเพศและความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จึงได้มีการประกาศปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ โดยมีการกำหนดเป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDG) และกำหนดระยะเวลาเพื่อการบรรลุเป้าหมายในปีพ.ศ.2558 ^[1]

อย่างไรก็ตามการบรรลุเป้าหมายแห่งสหัสวรรษอาจไม่ได้หมายถึงประชาชนทุกคนได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงหรือได้รับบริการด้านสาธารณสุขหรือการมีสุขภาพที่ดีอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยทางสังคมที่อยู่โดยรอบปิดกั้นหรือเป็นอุปสรรคอยู่ เช่น การไม่มีงานทำ การไม่รู้หนังสือ เศรษฐฐานะ วัฒนธรรม การคมนาคม ถิ่นที่อยู่อาศัย สภาพทางสังคม การเข้าถึงสาธารณสุขที่ปลอดภัย เป็นต้น ดังนั้นในปีพ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกจึงได้หยิบยกเรื่องของการสร้างความเสมอภาคในด้านสุขภาพโดยการขับเคลื่อนผ่านปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social determinants of health) เพื่อขจัดปัจจัยทางสังคมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน โดยมีเป้าหมายสำคัญ 3 ประเด็นได้แก่ 1) การปรับปรุงสภาพชีวิตประจำวัน 2) การจัดให้มีการกระจายอำนาจและทรัพยากรอย่างเป็นธรรม และ 3) ทำความเข้าใจถึงปัจจัยด้านสังคมต่างๆและแผ้วถางความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ รวมถึงการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ ^[2]

การพัฒนาาระบบสาธารณสุขในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา ทำให้ประชาชนไทยได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากหลายปัจจัย เช่น การกระจายสถานบริการทางด้านสาธารณสุข การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข การสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า นอกจากนี้บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และ พ.ศ.2550 ได้มีการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน การกระจายอำนาจ การเคารพและคุ้มครองสิทธิของประชาชน รวมถึงการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน เห็นได้จากความครอบคลุมของประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71 ในปีพ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 95 ในปีพ.ศ.2546 ซึ่งร้อยละ 53 ของผู้มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประชากรที่อยู่ในกลุ่มยากจนถึงยากจนมากที่สุด (ร้อยละ 40 ของคนไทย) ^[3] แต่ด้วยปัจจัยทางสังคมหลายๆด้าน เช่น การศึกษา เศรษฐฐานะ ถิ่นอาศัย ทำให้ยังมีประชาชนบางกลุ่ม ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน มีความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำการวิเคราะห์ขนาด แบบแผนของความไม่เสมอภาค ปัจจัย และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ต่อความไม่เสมอภาคด้านสังคมและสุขภาพของประชากรไทย ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดช่องว่างของความไม่เสมอภาคด้านสังคมและสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษามีสองวิธี ได้แก่

1. การทบทวนบทรายงานของการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย โดยการใช้พหุดัชนีแบบจัดกลุ่ม (Thailand Multiple Indicator Cluster Survey - MICS) พ.ศ.2549 ซึ่งทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจครัวเรือน ซึ่งเป็นตัวแทนระดับประเทศ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจครั้งล่าสุดเท่าที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ประกอบด้วยชุดการสำรวจดังต่อไปนี้
 - การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (Health and Welfare Survey) พ.ศ. 2549 และ 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Household Socio-Economics Survey) พ.ศ. 2551 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey) ครั้งที่ 3 พ.ศ.2547 สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจชุดต่างๆ ทำในภาพของประชากรทั้งประเทศโดยการถ่วงน้ำหนัก (weighting) ด้วยค่าน้ำหนักของแต่ละกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจแต่ละชุด ทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม STATA และนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ทำการวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพอนามัยและการเข้าถึงบริการด้านสังคมทั้งหมดสี่ด้าน ดังนี้

1. สถานะสุขภาพ (health status) เช่น ภาวะน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก ภาวะน้ำหนักเกิน ความชุกของเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การรายงานความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (self reporting illnesses) และอัตราการนอนโรงพยาบาล
2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (health risk exposure) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้หมวกกันน็อค การใช้เข็มขัดนิรภัย และการออกกำลังกาย
3. ความครอบคลุมของบริการสุขภาพ ได้แก่ บริการอนามัยมารดา ฝากครรภ์ คลอดบุตร, วางแผนครอบครัว ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตรวจมะเร็งเต้านม, บริการอนามัยเด็กเช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
4. ความไม่เสมอภาคด้านสังคม ได้แก่ การใช้วัสดุถาวรในการสร้างที่อยู่อาศัย การเข้าถึงบริการไฟฟ้า น้ำประปาสำหรับการอุปโภคบริโภค และ ระดับการศึกษา

ทำการวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคทั้งสี่ด้านโดยจำแนกตามปัจจัยทางสังคมสี่ตัวชี้วัด (Social determinants of health) ได้แก่

- ก) เพศ (gender disparity)
- ข) ระดับการศึกษา (education disparity)
- ค) ถิ่นที่อยู่อาศัย ในเขตหรือนอกเขตเทศบาล และ ภูมิภาค (geographical disparity)
- ง) ระดับเศรษฐกิจ (economic disparity) โดยการแบ่งครัวเรือนเป็นห้ากลุ่มหรือควินไทล์ ตามดัชนีสินทรัพย์ (quintile of asset index) ของครัวเรือน หรือรายได้ครัวเรือนต่อคนต่อปี ทั้งนี้ขึ้นกับข้อมูลที่มีของการสำรวจนั้น

- การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ทำการวิเคราะห์ตามควินไทล์ดัชนีสินทรัพย์ครัวเรือน โดยใช้วิธี Principal Component Analysis ในการคำนวณดัชนีสินทรัพย์ แล้วนำครัวเรือนมาจัดเรียงลำดับตั้งแต่ค่าต่ำสุดจนถึงสูงสุด จากนั้นแบ่งครัวเรือน ออกเป็น 5 กลุ่ม ในจำนวนที่เท่าๆกัน ครัวเรือนที่มีค่าดัชนีสินทรัพย์ต่ำที่สุดร้อยละ 20 แรกจะอยู่ในกลุ่มยากจนที่สุด หรือควินไทล์ (quintile) ที่หนึ่ง (ต่อไปนี้เรียก Q1) ในขณะที่ร้อยละ 20 ของครัวเรือนที่มีค่าดัชนีสินทรัพย์สูงสุด จะอยู่ในกลุ่มที่ร่ำรวยที่สุด หรือ ควินไทล์ที่ห้า (ต่อไปนี้เรียก Q5)
- การสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ทำการวิเคราะห์ระดับเศรษฐกิจตามควินไทล์รายได้ครัวเรือนต่อคนต่อปี โดยการหารรายได้ครัวเรือนต่อปีด้วยจำนวนสมาชิกครัวเรือนทั้งหมดโดยไม่ได้ทำการปรับด้วยจำนวนสมาชิกครัวเรือนที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ตามวิธี OECD-modified equivalence scale^{*} เนื่องจากไม่มีข้อมูลอายุของสมาชิกครัวเรือนแต่ละคน จากนั้นทำการแบ่งครัวเรือนเป็นห้ากลุ่มดังวิธีการที่กล่าวถึงข้างต้น

ผลการศึกษา

1. สถานะสุขภาพและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็ก

ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปีที่ให้กำเนิดบุตรในช่วง 2 ปีก่อนวันสัมภาษณ์ กลุ่มมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีสัดส่วนของผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์และการคลอดบุตรได้มากกว่า โดยสัดส่วนของสตรีที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไปได้รับการดูแลระหว่างการจัดครรภ์จากบุคลากรด้านสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 98.5 เปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ได้รับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 90.5 เช่นเดียวกับการได้รับการคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไปได้รับการมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและ กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา ดังนี้ร้อยละ 98.9, 94.9 และ 78.2 ตามลำดับ ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับประเด็นของปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งกลุ่มที่มีเศรษฐกิจสูงกว่าสามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่า และผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนผู้ที่ได้รับบริการมากกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท (นอกเขตเทศบาล) อย่างไรก็ตามในประเด็นของการได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักขณะตั้งครรภ์กลับพบว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนผู้ที่ได้รับวัคซีนมากกว่า (ตารางที่ 1)

<ตารางที่ 1>

ในประเด็นของน้ำหนักแรกคลอดที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัม (Low birth weight) พบว่ามารดา กลุ่ม Q1 เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด คือ ร้อยละ 10 ของทารกเกิดมีชีพ รองลงมาคือกลุ่ม Q4 มีร้อยละ 9.6 เทียบกับร้อยละ 8.5 ในกลุ่ม Q5 ในด้านของภูมิภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบสัดส่วนเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด คือ ร้อยละ 9.5 ส่วนภาคกลางพบสัดส่วนน้อยที่สุดที่ร้อยละ 8.9 ในด้านการศึกษาของ

^{*} OECD-modified equivalence scales เป็นวิธีการคำนวณขนาดครัวเรือนโดยคำนึงถึง economies of scales ในการใช้ทรัพยากรร่วมกันของสมาชิกในครัวเรือน วิธีการนี้กำหนดให้หัวหน้าครัวเรือนมีค่าเท่ากับ 1 และสมาชิกที่เป็นผู้ใหญ่คนถัดไปมีค่าเท่ากับ 0.5 ขณะที่เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีค่าเท่ากับ 0.3

มารดาพบว่ากลุ่มของมารดาที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาที่มีสัดส่วนเด็กแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 9.0 ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวที่มีสัดส่วนน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (รูปที่ 1)

<รูปที่ 1>

การได้รับวัคซีนครบเกณฑ์กำหนด ในกลุ่มที่มารดามีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาที่มีสัดส่วนของเด็กอายุ 12-23 เดือนที่ได้รับวัคซีนครบเกณฑ์กำหนดสูงที่สุด (ร้อยละ 90.5) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มารดาไม่ได้รับการศึกษาและมีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 87.7 และ 89.0 ตามลำดับ) กลุ่ม Q5 เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของเด็กที่ได้รับวัคซีนครบน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 86.0 สูงที่สุดคือกลุ่ม Q2 ที่ร้อยละ 93.4 ในด้านถิ่นที่อยู่อาศัยพบว่ากลุ่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนเด็กที่ได้รับวัคซีนครบมากกว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (90.7 และ 87.0 ตามลำดับ) นอกจากนี้ภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีสัดส่วนสูงที่สุด คือ ร้อยละ 95.4 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 94.0) และภาคกลางมีสัดส่วนน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 83.9 (รูปที่ 2)

<รูปที่ 2>

พิจารณาภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีพบว่า ในกลุ่มมารดาที่ไม่ได้รับการศึกษา มีสัดส่วนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง และภาวะทุพโภชนาการเฉียบพลัน มากที่สุด คือ ร้อยละ 14.3 21.0 และ 10.0 ตามลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากกว่าในกลุ่มมารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปเกือบเท่าตัวในทุกประเภทของภาวะทุพโภชนาการ ในด้านเศรษฐกิจพบว่ากลุ่ม Q1 มีสัดส่วนของปัญหาเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังมากที่สุด และสัดส่วนลดลงตามระดับเศรษฐกิจที่ดีขึ้น ในทางกลับกันกลับพบสัดส่วนของเด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจดีและลดลงตามระดับเศรษฐกิจที่ลดลง นอกจากนี้เด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะพบปัญหาภาวะโภชนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์มากกว่าเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาลอย่างชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 11.2 และ 5.9 ตามลำดับ) และภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง (ร้อยละ 15.4 และ 9.7 ตามลำดับ) อีกประเด็นที่น่าสนใจคือถึงแม้ว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่อยู่ในภาคใต้มีสัดส่วนของเด็กที่มีปัญหาภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานทั้ง 3 แบบมากที่สุด แต่สัดส่วนของเด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานในภาคใต้ก็สูงเป็นอันดับที่สอง รองจากภาคกลาง และมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ตารางที่ 2)

<ตารางที่ 2>

การเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปีที่สมรสหรืออยู่กินกับสามี พบว่าในกลุ่มเศรษฐกิจ Q1 และ Q2 มีสัดส่วนของการใช้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่มากกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐกิจดีกว่า และกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาที่มีการใช้วิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่ในสัดส่วนที่มากที่สุด (ร้อยละ 73.2) และกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษามีสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 57.2) ในประเด็นของถิ่นอาศัยพบว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้ที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่มากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 71.1 และ 66.1 ตามลำดับ) ภูมิภาคที่มีการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่มากที่สุด คือ ภาคเหนือ ที่ร้อยละ 75.0 ส่วนภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (รูปที่ 3)

<รูปที่ 3>

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health risk)

การดื่มสุราในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่ดื่ม[†] มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 50.26 และ 9.12 ตามลำดับ) ผู้ที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา มีสัดส่วนผู้ดื่มสุรามากที่สุดคือร้อยละ 31.78 ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีสัดส่วนน้อยที่สุดที่ร้อยละ 16.10 ในด้านเศรษฐกิจพบว่าสัดส่วนของผู้ดื่มสุราจะลดลงในระดับเศรษฐกิจที่สูงขึ้น ภูมิภาคที่มีสัดส่วนของผู้ดื่มสุรามากที่สุดคือภาคเหนือ (ร้อยละ 35.87) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 33.03) และภูมิภาคที่มีสัดส่วนผู้ดื่มสุราน้อยที่สุด คือ ภาคใต้ที่ร้อยละ 17.77

เพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 38.76 และ 2.58 ตามลำดับ) กลุ่มของผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีสัดส่วนของผู้ที่สูบบุหรี่มากที่สุดคือร้อยละ 23.52 ส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีสัดส่วนน้อยที่สุด คือร้อยละ 8.08 ด้านเศรษฐกิจพบว่าสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่จะลดลงในระดับเศรษฐกิจที่สูงขึ้น ภูมิภาคที่มีสัดส่วนของผู้สูบบุหรี่มากที่สุดคือภาคใต้ (ร้อยละ 23.42) น้อยที่สุดที่ภาคกลางคือ ร้อยละ 17.25 (ตารางที่ 3.)

<ตารางที่ 3>

จากการสำรวจการสวมหมวกกันน็อคทุกครั้งขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ พบว่า เมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้นจะมีสัดส่วนของผู้ที่สวมหมวกกันน็อคมากขึ้น เช่นเดียวกับระดับเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นจะพบสัดส่วนผู้ที่สวมหมวกกันน็อคมากขึ้น นอกจากนี้สัดส่วนของผู้ที่สวมหมวกกันน็อคในเขตเทศบาลมากกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลเกือบ 2 เท่า คือ ร้อยละ 26.3 และ 15.5 ตามลำดับ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าสัดส่วนผู้ปฏิบัติตามกฎหมายที่ให้สวมหมวกกันน็อคขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ยังคงค่อนข้างต่ำในทุกมิติของการศึกษา คือไม่ถึงร้อยละ 30 มีเพียงกลุ่มผู้มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยกลุ่มเดียวที่มีผู้ปฏิบัติตามร้อยละ 34.9 (รูปที่ 4)

<รูปที่ 4>

การใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขณะขับรถยนต์หรือโดยสารตอนหน้าของผู้ชายและผู้หญิงมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 33.0 และ 30.0 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยขึ้นไปมีการใช้เข็มขัดนิรภัยมากถึงร้อยละ 64.3 เมื่อระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น จะมีสัดส่วนของผู้ที่ใช้เข็มขัดนิรภัยมากขึ้น ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมหาวิทยาลัย มีการใช้เข็มขัดนิรภัยไม่ถึงครึ่งของประชากรในกลุ่ม ในประเด็นของระดับเศรษฐกิจพบว่าในกลุ่ม Q5 มีสัดส่วนผู้ใช้เข็มขัดนิรภัยมากที่สุดถึงร้อยละ 55.2 ส่วนกลุ่มอื่นๆมีการใช้ไม่ถึงครึ่งหนึ่งของประชากรในกลุ่มและกลุ่มที่มีสัดส่วนน้อยที่สุดคือ Q1 (ร้อยละ 15.0) ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้ใช้เข็มขัดนิรภัยมากกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลเกือบเท่าตัว (ร้อยละ 43.5 และ 25.2 ตามลำดับ) หากพิจารณาตามภูมิภาคพบว่าทุกภาคมีสัดส่วนผู้ใช้เข็มขัดนิรภัยไม่ถึงครึ่งของประชากรในภาค และภาคใต้เป็นภูมิภาคที่มีสัดส่วนผู้ใช้เข็มขัดนิรภัยน้อยที่สุด คือร้อยละ 20.0 โดยภาพรวมพบว่ามีเฉพาะกลุ่มผู้มี

[†] จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปที่ในปัจจุบันดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หนึ่งหรือสองครั้ง หรือเดือนละ 1-2 ครั้งหรือเป็นบางวันหรือค่อนข้างบ่อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์หรือดื่มทุกวัน

เศรษฐกิจดีมาก (Q5) และกลุ่มผู้มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยขึ้นไปที่มีสัดส่วนสูงในผู้ปฏิบัติตามมาตรการการใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขณะขับรถยนต์หรือโดยสารตอนหน้า (รูปที่ 5)

<รูปที่ 5>

การออกกำลังกายในรอบ 1 เดือนของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปพบว่าเพศชายมีสัดส่วนของผู้ออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 32.7 และ 26.8 ตามลำดับ) ผู้ที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยมีสัดส่วนของผู้ออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างชัดเจน โดยสัดส่วนของกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยมีมากถึงร้อยละ 44.1 เทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาที่มีเพียงร้อยละ 11.6 ผู้ที่อยู่ใน Q5 มีสัดส่วนผู้ออกกำลังกายสูงสุดคือร้อยละ 41.5 ในขณะที่ Q1 มีสัดส่วนต่ำสุดร้อยละ 22.7 ผู้ที่อยู่ในภาคใต้มีสัดส่วนผู้ออกกำลังกายสูงสุดคือร้อยละ 38.4 และเป็นกลุ่มเดียวที่มีสัดส่วนมากกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (รูปที่ 6)

<รูปที่ 6>

3. เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความชุกและการรับการรักษา

ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์เฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งมีความสำคัญด้านสาธารณสุข ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศอยู่ที่ร้อยละ 22.1 เมื่อเปรียบเทียบกับในปัจจัยต่างๆ พบความแตกต่างที่ชัดเจนในด้านระดับการศึกษา โดยความชุกในกลุ่มของผู้ที่ไม่มีการศึกษามีสูงถึงร้อยละ 42.4 ซึ่งแตกต่างกับผู้มีการศึกษาในระดับมัธยมและมหาวิทยาลัยขึ้นไปที่มีเพียงร้อยละ 12.1 และ 15.5 ตามลำดับ ขณะที่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศชายและหญิงพบว่า มีความแตกต่างกันเล็กน้อย เช่นเดียวกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีเพียงผู้ที่อยู่ใน Q1 ที่มีความชุกมากกว่ากลุ่มอื่นไม่มากนัก สำหรับปัจจัยด้านพื้นที่ทั้งในส่วนเขตที่อยู่อาศัย และ ภูมิภาค พบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อย (รูปที่ 7)

<รูปที่ 7>

ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 71.4 ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยมาก่อน ในจำนวนนี้ในกลุ่มของเพศชายจะมีสัดส่วนสูงกว่าของเพศหญิง ที่ร้อยละ 78.6 และ 63.8 ตามลำดับ ในกลุ่มของผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าไม่ได้รับการตรวจในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้มีการศึกษาต่ำกว่า อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้ที่ไม่มีการศึกษาจะมีสัดส่วนของการไม่ได้รับการตรวจต่ำสุด (ร้อยละ 63.9) อีกทั้งเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการรักษาสูงสุด (ร้อยละ 30.6) แต่ก็เป็นกลุ่มที่มีความชุกของโรคสูงที่สุดด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วน ของผู้ป่วยที่ไม่เคยตรวจสูงกว่าและได้รับการรักษาในสัดส่วนที่ต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ขณะที่ในส่วนของภูมิภาค พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคอีสานซึ่งเป็นภาคที่มีความชุกของโรคน้อยกว่าภาคเหนือและภาคกลาง แต่มีผู้ป่วยถึงเกือบร้อยละ 80 ของทั้งหมดที่ไม่เคยได้รับการตรวจมาก่อน (รูปที่ 8)

<รูปที่ 8>

ความชุกของโรคเบาหวานทั่วประเทศมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 6.9 โดยปัจจัยที่มีความแตกต่างของความชุกอย่างชัดเจนคือปัจจัยด้านการศึกษา ผู้ที่ไม่มีการศึกษา มีความชุกของโรคร้อยละ 10.4 สูงกว่า ผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไปอย่างเห็นได้ชัด (ร้อยละ 3.7 ในระดับมัธยมศึกษา และ ร้อยละ 4.6 ในระดับอุดมศึกษา) เช่นเดียวกันในเขตเทศบาลจะมีความชุกของโรคเบาหวานสูงกว่าพื้นที่นอกเขตเทศบาล คิดเป็นร้อยละ 8.2 และ 6.4 ตามลำดับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เป็นภาคที่มีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7.5 รองลงมาได้แก่ภาคกลางที่ร้อยละ 7.2 ซึ่งแตกต่างกับภาคใต้ที่มีความชุกของโรคต่ำสุดที่ร้อยละ 5.4 (รูปที่ 9)

<รูปที่ 9>

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.6) ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง มีสัดส่วนถึงร้อยละ 72.7 ของผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมและร้อยละ 63.8 ของผู้ที่มีการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจสูงกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.5 และ 49.2 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการตรวจในวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่นๆ ขณะที่ความแตกต่างเพียงเล็กน้อยของสัดส่วนการไม่ได้รับการตรวจในกลุ่มผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะต่างกันและผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบท (รูปที่ 10)

<รูปที่ 10>

4. การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

สัดส่วนของผู้ที่รายงานว่ามีอาการป่วยในรอบ 1 เดือน เท่ากับร้อยละ 17.4 โดยผู้หญิงจะมีสัดส่วนสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 19.5 และ ร้อยละ 15.3 ตามลำดับ) ความแตกต่างจะปรากฏอย่างชัดเจนสำหรับผู้ที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน สัดส่วนของผู้ที่ป่วยจะลดลงตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น โดยกลุ่มที่ไม่มีการศึกษามีผู้ที่มีอาการป่วยถึงร้อยละ 26.1 สูงกว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและมหาวิทยาลัยถึงสองเท่า ด้านเศรษฐกิจฐานะผู้ที่อยู่ใน Q1 ร้อยละ 21.2 มีการรายงานว่ามีอาการเจ็บป่วยซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ภาคเหนือมีร้อยละของการรายงานการป่วยสูงกว่าภาคอื่นๆ (รูปที่ 11)

<รูปที่ 11>

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า เพศชายและหญิงมีรูปแบบการใช้บริการผู้ป่วยนอกไม่แตกต่างกันนัก ขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาที่ต่ำกว่าเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะใช้บริการจากสถานบริการของรัฐ ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาสูงในระดับมหาวิทยาลัยจะมีสัดส่วนของการใช้บริการสถานบริการเอกชนสูงที่สุด (ร้อยละ 31.4) เป็นที่น่าสังเกตว่ายังมีกลุ่มของผู้ที่เมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่ได้ทำการรักษาซึ่งมีสัดส่วนสูงที่สุด ในกลุ่มของผู้ที่ไม่มีการศึกษา (ร้อยละ 8.2) ด้านเศรษฐกิจฐานะ พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ใน Q1 เมื่อป่วยจะไปรักษาที่สถานบริการของรัฐเป็นสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.5 จากนั้นลดหลั่นลงมาตามลำดับ จนถึง Q5 เพียงร้อยละ 33.2 ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลส่วนใหญ่จะซื้อยาทานเองคิดเป็นร้อยละ 31.3 ขณะที่ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะไปรับบริการที่สถานบริการของรัฐคิดเป็นร้อยละ 46.5 เมื่อจำแนกตามภูมิภาคพบว่า ผู้ป่วยในทุกภาคส่วนใหญ่จะไปรักษาที่สถานบริการของรัฐเป็นหลัก อย่างไรก็ตามก็เห็นได้ว่าผู้ป่วยในเขตภาคกลางจะมีสัดส่วนของการซื้อยากินเอง การใช้บริการสถานบริการของรัฐ และ เอกชนในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันที่ประมาณ ร้อยละ 30 ซึ่งแตกต่างจากภาคอื่นๆอย่างชัดเจน (รูปที่ 12)

<รูปที่ 12>

เมื่อรู้สึกว่าเป็นผู้ป่วย คนไทยไปใช้บริการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 12.41 ครั้งต่อคนต่อปีของผู้ป่วย โดยไปเลือกใช้บริการคลินิกเอกชนมากที่สุด 3.44 ครั้ง รองลงมาคือที่โรงพยาบาลชุมชน สถานือนามัย และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เมื่อ

จำแนกตามระดับการศึกษาจะเห็นเป็นรูปแบบที่ชัดเจนว่า ผู้ที่ไม่มีการศึกษาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (เฉลี่ย 4.36 ครั้งต่อผู้ป่วยต่อปี) แล้วลดหลั่นเป็นลำดับไปจนน้อยที่สุดในกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย แบบแผนของการใช้บริการที่สถานีนอกรีเป็นไปในแนวเดียวกันกับการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน แต่เป็นทางตรงกันข้ามกับที่โรงพยาบาลเอกชน ที่ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยขึ้นไปใช้บริการสูงสุด (เฉลี่ย 2.42 ครั้งต่อผู้ป่วยต่อปี) ในขณะที่ผู้ไม่มีการศึกษาใช้บริการน้อยที่สุด (เฉลี่ย 0.63 ครั้งต่อผู้ป่วยต่อปี) เมื่อจำแนกตามเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ที่อยู่ใน Q1 มีอัตราเฉลี่ยการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกที่สถานีนอกรีและโรงพยาบาลชุมชนสูงสุด (เฉลี่ย 2.76 และ 2.27 ครั้งต่อผู้ป่วยต่อปี) แล้วลดหลั่นลงมาตามลำดับ จนถึงต่ำที่สุดใน Q5 (0.51 และ 1.03 ครั้งต่อผู้ป่วยต่อปี) แบบแผนความไม่เสมอภาคของการใช้บริการที่สถานีนอกรีและโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปในแนวเดียวกัน แต่เป็นในทางผกผันกับการใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป คลินิกเอกชน และ โรงพยาบาลเอกชน (ตารางที่ 4)

<ตารางที่ 4>

ด้านการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล พบว่า มีสัดส่วนของผู้ที่เจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี อยู่ที่ร้อยละ 5.9 ผู้หญิงมีสัดส่วนสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 6.9 และ 4.9 ตามลำดับ) ในขณะที่เดียวกันสัดส่วนของผู้ที่ป่วยจะลดลงตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ผู้ที่ไม่มีการศึกษาจะเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 9.2 สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษาถึงสองเท่า ด้านเศรษฐกิจ พบว่าในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจดีกว่าจะมีการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า สำหรับภูมิภาคมีความแตกต่างกันระหว่างภาคกล่าวคือภาคเหนือมีการเจ็บป่วยสูงสุดที่ร้อยละ 7.4 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง รวม กทม. มีการเจ็บป่วยร้อยละ 6.3, 5.7 และ 4.9 ตามลำดับ (รูปที่ 13)

<รูปที่ 13>

อัตราเฉลี่ยการให้บริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่างๆทั่วประเทศเท่ากับ 1.448 ครั้งต่อผู้ป่วยต่อปี การได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบได้ว่า กลุ่มผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า เศรษฐฐานะดีกว่า จะมีการใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนน้อยกว่า ในทางกลับกันกลุ่มดังกล่าว มีการใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนมากกว่า เห็นได้ชัดว่าผู้อยู่นอกเขตเทศบาลเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า แต่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนน้อยกว่า ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาล (ตารางที่ 5)

<ตารางที่ 5>

5. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเต้านมในสตรีไทย

ความแตกต่างในการได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปี ของสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีอย่างเด่นชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาและ เศรษฐฐานะ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า และผู้ที่มีเศรษฐกิจดีกว่าจะมีสัดส่วนของการได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่สูงกว่า เห็นได้ว่า มีเพียงร้อยละ 24 ของผู้ที่ไม่มีการศึกษาที่ได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ได้รับการตรวจมากกว่าประมาณ 2.6 เท่า เช่นเดียวกัน ผู้ที่อยู่ใน Q1 ได้รับการตรวจเพียงร้อยละ 35.3 ในขณะที่ผู้ที่อยู่ใน Q5 ได้รับการตรวจร้อยละ 57.1 นอกจากนี้ในด้านภูมิภาคก็พบความแตกต่าง โดย ภาคใต้มีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการตรวจต่ำสุด ที่ร้อยละ 38.3 ซึ่งแตกต่างกับภาคเหนือ และตะวันออกเฉียงเหนือที่มีผู้ได้รับการตรวจ ประมาณ ครึ่งหนึ่งของทั้งหมด สำหรับการได้รับการตรวจมะเร็ง

ปากมดลูกของผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาลพบว่าทั้งสองกลุ่มได้รับการตรวจในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันนัก (ร้อยละ 44.8 และ ร้อยละ 46.9) (รูปที่ 14)

<รูปที่ 14>

การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป พบว่ามีสัดส่วนของผู้ที่ทำการตรวจแตกต่างกันเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา ในกลุ่มของผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีสัดส่วนของการตรวจมากกว่า และลดลงเป็นลำดับตามระดับการศึกษา เช่นเดียวกันเมื่อจำแนกตามเศรษฐกิจ กลุ่มที่มีเศรษฐกิจดีกว่า จะมีสัดส่วนของการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจต่ำกว่า ด้านภูมิภาคพบว่าผู้ที่อยู่ภาคกลางและภาคเหนือ มีสัดส่วนการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 34.8 น้อยกว่าภูมิภาคอื่นๆอย่างชัดเจน ขณะที่มีความแตกต่างไม่มากนักสำหรับผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

สำหรับการตรวจมะเร็งเต้านมกับบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ผู้ที่ไม่มีการศึกษา ซึ่งเคยได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 20.7 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ เช่นเดียวกันในกลุ่มผู้ที่มีเศรษฐกิจในกลุ่ม Q1 เป็นกลุ่มที่ได้รับการตรวจในสัดส่วนที่ต่ำที่สุด (ร้อยละ 24.3) ขณะที่ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลจะมีสัดส่วนในการได้รับการตรวจมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 30.5 และร้อยละ 25.5 ตามลำดับ) ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการตรวจเท่ากันที่ ร้อยละ 34.3 สูงกว่าภาคใต้และภาคกลาง (เท่ากันที่ร้อยละ 23.5) (ตารางที่ 6)

<ตารางที่ 6>

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550 แสดงให้เห็นว่าสตรีที่อายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรมในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา เพียงร้อยละ 5.9 นอกจากนี้ยังปรากฏความแตกต่างในการได้รับการตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรมในทุกด้าน ผู้ที่มีการศึกษามากกว่า เศรษฐฐานะดีกว่า จะมีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการตรวจสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ความไม่เสมอภาคปรากฏอย่างชัดเจนในส่วนของผู้ที่มีการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยขึ้นไป สามารถเข้าถึงการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรมประมาณ ร้อยละ 20.4 แตกต่างกับกลุ่มระดับการศึกษาอื่นๆอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาซึ่งมีเพียงร้อยละ 3.2 เท่านั้นที่เคยได้รับการตรวจด้วยวิธีแมมโมแกรม เช่นเดียวกันผู้ที่อยู่ใน Q5 ได้รับการตรวจแมมโมแกรม ประมาณร้อยละ 12.8 ซึ่งสูงกว่า Q อื่นๆไม่น้อยกว่า 2 เท่า ความแตกต่างจะปรากฏอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ใน Q1 ที่มีเพียงร้อยละ 2.6 เท่านั้นที่เคยได้รับการตรวจด้วยวิธีแมมโมแกรม ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลจะมีโอกาสที่ได้รับการตรวจสูงกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตถึงสองเท่า (รูปที่ 15)

<รูปที่ 15>

6. ความไม่เสมอภาคด้านบริการสังคม

6.1 ที่อยู่อาศัย การเข้าถึงไฟฟ้า และน้ำประปา

การเข้าถึงไฟฟ้าและน้ำประปาของครัวเรือนไทยอยู่ในระดับดี (มากกว่าร้อยละ 97 และ 88 ตามลำดับ) เห็นได้ชัดเจนว่าครัวเรือนที่มีเศรษฐานะดีกว่ามีการสร้างที่อยู่อาศัยจากวัสดุถาวรในสัดส่วนที่มากกว่า มีการเข้าถึงไฟฟ้าและน้ำประปาในสัดส่วนที่มากกว่า ครัวเรือนในเขตเทศบาลมีการเข้าถึงไฟฟ้าและน้ำประปาที่มากกว่าครัวเรือนนอกเขตเทศบาล ภาคใต้มีการเข้าถึงน้ำได้น้อยเพียงร้อยละ 75.29 เท่านั้น ในขณะที่ภาคอื่น ๆ มีการเข้าถึงได้ในสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 90 (ตารางที่ 7) <ตารางที่ 7>

6.2 การเข้าถึงบริการการศึกษา

เกือบร้อยละ 100 ของเด็กหญิงและเด็กชายไทย (อายุ 6-12 ปี) ได้เข้ารับการศึกษานี้ในโรงเรียน เห็นอย่างชัดเจนว่าเด็กไทยที่ครัวเรือนมีเศรษฐานะดีกว่า มีสัดส่วนการเข้าเรียนในโรงเรียนเอกชนสูงมาก ในทางกลับกัน ครัวเรือนที่มีเศรษฐานะต่ำกว่า มีสัดส่วนการเข้าเรียนในโรงเรียนรัฐมากกว่า ครัวเรือนในเขตเทศบาลมีสัดส่วนการเข้าเรียนในโรงเรียนเอกชนสูงกว่า ครัวเรือนนอกเขตเทศบาล (ตารางที่ 8)

<ตารางที่ 8>

เมื่อวิเคราะห์ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ที่มีอายุมากกว่า 12 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้หญิงมีสัดส่วนที่ไม่ได้เรียนหนังสือมากกว่าผู้ชาย เศรษฐฐานะของครัวเรือนกับระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างชัดเจน ครัวเรือนที่มีเศรษฐานะดีกว่า จะมีระดับการศึกษาสูงสุดที่ดีกว่า ส่วนครัวเรือนที่มีเศรษฐานะที่ต่ำกว่ามีการศึกษาที่ต่ำกว่า กลุ่ม Q1 ได้รับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมสูงถึงร้อยละ 71.40 ในขณะที่มีผู้จบมหาวิทยาลัยเพียงร้อยละ 0.80 เท่านั้น (ตารางที่ 9) <ตารางที่ 9>

วิจารณ์ผลการศึกษา

1. ขนาดความรุนแรงและแบบแผนความไม่เสมอภาค

การศึกษานี้ แสดงให้เห็นความไม่เสมอภาค 2 ด้านคือ ความไม่เสมอภาคทางสังคมและทางสุขภาพ ตารางที่ 10 สรุปภาพรวมของความไม่เสมอภาค เป็น 4 ด้าน ได้แก่ (ก) ความไม่เสมอภาคด้านสถานะสุขภาพ (inequity in health outcome), (ข) ความไม่เสมอภาคด้านปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ (inequity in health risk exposure) (ค) ความไม่เสมอภาคด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านต่างๆ (inequity in health service coverage) และ (ง) ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณะอื่นๆ (inequity in access to social services) โดยนำเสนอ ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ ของดัชนีที่สำคัญต่างๆ ความไม่เสมอภาคเนื่องจากเพศ ระดับการศึกษา ด้านเศรษฐานะ คนในเมืองหรือชนบท และภูมิภาค ตามลำดับ ในตารางนี้ ผู้วิจัยประเมินความรุนแรง โดยคำนวณช่องว่างความไม่เสมอภาค ซึ่งเป็นส่วนต่างระหว่าง ตัวเลขสูงสุดกับต่ำสุด (maximum minimum gap) เป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ช่องว่างมากที่สุด Huge gap >20%,
- ช่องว่างมาก Large gap 11-20%,
- ช่องว่างปานกลาง Medium gap 5-10%,

- ช่องว่างน้อย Small gap <5%

<ตารางที่ 10>

ผู้วิจัยให้ความสำคัญเป็นการเร่งด่วนเพื่อลดช่องว่าง ในกรณีที่เป็นช่องว่างมากที่สุดและช่องว่างมาก (huge and large gap) โดยในตารางที่ 11 ได้เน้น (highlight) สีแดง สำหรับกรณีช่องว่างมากที่สุด (huge gap) และสีน้ำเงินสำหรับกรณีช่องว่างมาก (large gap) เพื่อให้เห็นชัดเจน การวิเคราะห์ huge and large gap of inequity จะนำไปสู่การวิเคราะห์และปรับปรุงนโยบายและการดำเนินการต่างๆ ของรัฐ และมาตรการทางสังคมอื่นๆ เพื่อลดช่องว่างความไม่เสมอภาคลง

จะเห็นได้ว่า ช่องว่างมากที่สุด (huge gap) เป็นความไม่เสมอภาคด้านปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

- gender inequity ของความชุกของการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ในชายสูงกว่าหญิงอย่างมาก
- educational inequity ของมาตรการป้องกันอุบัติเหตุโดยการสวมหมวกนิรภัยและการรัดเข็มขัดเมื่อขับที่รถจักรยานยนต์และรถยนต์ รวมทั้งการออกกำลังกาย โดยผู้มีการศึกษาต่ำมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้มีการศึกษาสูงทุกๆด้าน
- Economic inequity ของการใช้สายรัดเข็มขัดขณะขับที่รถยนต์ คนจนรัดเข็มขัดน้อยกว่า
- Geographical inequity ของการดื่มสุรา โดยภาคเหนือมีความชุกของการดื่มสูงสุด

สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้น มี huge gap of inequity ดังนี้

- Educational inequity ของการวางแผนครอบครัว และตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยสตรีมีการศึกษาน้อย จะรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่า
- Economic inequity ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยสตรียากจน ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่า

<ตารางที่ 11>

ความไม่เสมอภาคระหว่าง เมืองและชนบทค่อนข้างน้อยทั้ง 4 ด้านคือสถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และบริการสังคม

กรณีช่องว่างความไม่เสมอภาคระหว่างภูมิภาค (Geographical inequity) นั้น ส่วนใหญ่เป็น small gap, medium gap, มี huge gap ในการดื่มสุราโดยภาคเหนือมีการบริโภคสุราสูงสุด, และการเข้าถึงน้ำประปา โดยภาคใต้มีการครอบคลุมน้ำประปาต่ำที่สุด มี large gap ของการไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย (ภาคใต้ใช้ต่ำสุด), และการไม่ออกกำลังกาย (ภาคกลางรวม กทม. มีการออกกำลังกายน้อยสุด) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ภาคใต้คัดกรองต่ำสุด) และการครอบคลุมของบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ภาคกลางรวม กทม. ได้รับวัคซีนต่ำสุด)

ความไม่เสมอภาคระหว่างเพศหญิงชาย (gender inequity) มีความแตกต่างไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็น small gap, medium gap, มี huge gap 2 ประการเท่านั้น คือ เพศชายสูบบุหรี่ และดื่มสุรามากกว่าเพศหญิง

ตารางที่ 11 แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ระดับการศึกษาและเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญมาก ที่ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคด้านปัจจัยเชิงสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ ความเป็นเมืองหรือชนบท และภาคภูมิศาสตร์ ไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญมากนักต่อความไม่เสมอภาค

ดังนั้น มาตรการที่สำคัญในการลดช่องว่างความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ รัฐบาลต้องมุ่งเน้น การพัฒนาการศึกษาให้เข้าถึงอย่างถ้วนหน้า การกระจายรายได้ ให้มีความเสมอภาคมากยิ่งขึ้น ในปี พ.ศ. 2550-2551 (ค.ศ. 2007-2008) ค่า Gini Index ของประเทศไทย เป็น 42 ช่องว่างรายได้ระหว่าง คนรวยที่สุด 10% กับคนจนที่สุด 10% เท่ากับ 12.6 เท่า และ ช่องว่างรายได้ระหว่าง คนรวยที่สุด 20% กับคนจนที่สุด 20% เท่ากับ 7.7 เท่า

	Poorest 10%	Poorest 20%	Richest 20%	Richest 10%	Richest 10% to poorest 10%	Richest 20% to poorest 20%	Gini index
Thailand 2002	2.7	6.3	49.0	33.4	12.6	7.7	42.0

Source: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/> access November 7, 2009

นอกเหนือจากความไม่เสมอภาค ระดับของดัชนีต่างๆก็มีความสำคัญเช่นกัน เช่น การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์อยู่ในระดับต่ำ ทั้งๆที่เป็นมาตรการทางกฎหมาย เป็นต้น ประเทศไทยต้องมีการดำเนินการมาตรการต่างๆ ด้วยความจริงจังและจริงจังอย่างต่อเนื่อง

2. จุดแข็งและจุดอ่อนของการศึกษา

การศึกษาความไม่เสมอภาคด้านสังคมและสุขภาพครั้งนี้ ถูกจำกัดด้วยฐานข้อมูลที่มีอยู่เท่านั้น ยังมีบางประเด็นที่สำคัญ เช่น ภาวะเด็กกำพร้า การใช้แรงงานเด็ก ภาวะตั้งครภ์ของวัยรุ่น เป็นต้น ที่ยังมีได้ทำการวิเคราะห์ การศึกษานี้ไม่ได้มุ่งวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานตามนโยบายต่างๆ หรืออธิบาย ว่าความไม่เสมอภาคด้านต่างๆ เหล่านี้ เกิดจากสาเหตุใด

ความไม่เสมอภาคตั้งแต่วัยเด็ก เป็นปัจจัยกำหนดความไม่เสมอภาคด้านสังคมและสุขภาพ เช่น รายงานสถานการณ์เด็กโลกโดยองค์การ ยูนิเซฟ^[4] เช่น

- ภาวะ น้ำหนักแรกเกิดต่ำ Bangladesh 22%, Bhutan 15%, India 30%, Indonesia 9%, DRP Korea 7%, Maldives 22%, Myanmar 15%, Sri Lanka 22% และ Thailand 9% ภาวะน้ำหนักแรกเกิดต่ำ เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่
- การใช้แรงงานเด็ก Child labour พบว่า Bangladesh: 13% (Urban 18, Rural 8), Bhutan 19% (U16, R22), Nepal 31% (U30, R33), Sri Lanka 8% (U9, R7), Thailand 8% (U8, R8)
- การแต่งงานในวัยเด็ก (Child marriage) พบว่า Bangladesh: 64% (Urban 58, Rural 69), India 45%(U28, R53), Indonesia 24% (U15, R33), Sri Lanka 27% (U19, R34), Thailand 20% (U12, R23) การแต่งงานในวัยเด็กและการคลอดบุตรในวัยเด็ก มีความเสี่ยงสูง ทำให้สุขภาพมารดาและเด็กไม่ดี
- การลงทะเบียนการเกิด (Birth registration) ซึ่งทำให้มีสิทธิ และความเป็นพลเมือง พบว่า Bangladesh: 10% (U13, R9), India 41% (U59, R35), Indonesia 55% (U69, R43), Myanmar 65% (U66, R64), Nepal 35%, Sri Lanka 64% (U82, R46), Thailand 99% (U100 R99).

จะเห็นได้ว่าการลดช่องว่างความไม่เสมอภาค มีความจำเป็นให้เด็กทุกๆ คนในประเทศ ตั้งต้นอย่างเสมอภาคกัน เช่น ได้รับสารอาหาร และมีภาวะโภชนาการที่สมบูรณ์ถูกต้อง แข็งแรง ดังนั้น การศึกษาในอนาคต มีความจำเป็นต้อง มุ่งเน้นความเสมอภาคในวัยเด็กของประเทศไทย เพื่อนำไปสู่นโยบายและแผนงานที่มีประสิทธิผลในการลดช่องว่างเหล่านี้

เนื่องจากข้อจำกัดของเวลาและทรัพยากร การศึกษานี้ จึงเป็นการวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross sectional analysis) เฉพาะข้อมูลจากการสำรวจในปีล่าสุดเท่าที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในอนาคตนักวิจัยจะทำการวิเคราะห์ เพื่อให้เห็นถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความไม่เสมอภาค ด้วยฐานข้อมูลที่เป็นอนุกรม ซึ่งคาดว่าจะมีค่อนข้างดี การศึกษานี้ ไม่วิเคราะห์ความ(ไม่)เสมอภาคด้านการคลังสุขภาพ 5 ด้านด้วยกัน คือ

- Financial Incidence analysis เพื่อวิเคราะห์ ความก้าวหน้า (progressivity) หรือถดถอย (regression) ของแหล่งการคลังสุขภาพแหล่งต่างๆ เช่น ภาษีทางตรง ภาษีทางอ้อม การประกันสังคม และรายจ่ายโดยตรงของครัวเรือน
- Catastrophic health expenditure เพื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์ของรายจ่ายสุขภาพที่ถึงกับทำให้ครัวเรือนสิ้นเนื้อประดาตัว
- Impoverishment เพื่อวิเคราะห์หาจำนวนครัวเรือนที่ตกลงไปอยู่ต่ำกว่าเส้นความยากจน เนื่องจากรายจ่ายสุขภาพ
- Equity in health service utilization เพื่อวิเคราะห์ความเสมอภาคของการใช้บริการ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในบริการระดับต่างๆ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลเอกชนเป็นต้น
- Benefit incidence analysis เพื่อวิเคราะห์ว่า งบประมาณภาครัฐนั้น ใครได้ประโยชน์ ระหว่างคนจนหรือคนรวยเป็นต้น

เนื่องจากการศึกษาเหล่านี้้อย่างละเอียดอยู่แล้ว โดยการศึกษาระบบการคลังสุขภาพของประเทศ มีความก้าวหน้ามาก progressive กล่าวคือ คนร่อยจ่ายเงินในระบบสุขภาพมากกว่าคนจน ผ่านระบบภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาซึ่งมีความก้าวหน้าสูงสุด รองลงมาเป็น ภาษีทางอ้อม และ เงินสมทบประกันสังคม นอกจากนี้ ยังมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะบริการในระดับอำเภอและจังหวัด คนจนได้รับประโยชน์จากงบประมาณสาธารณสุข มากกว่าคนรวย และมีอุบัติการณ์ต่ำมากของครัวเรือนที่มีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงจนถึงกับสิ้นเนื้อประดาตัว ^[5, 6, 7]

การศึกษานี้ รวมทั้งการศึกษาก่อนหน้านี้ มีความเป็นไปได้เนื่องจาก ฐานข้อมูลต่างๆ ที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เอื้ออำนวยต่อการวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคได้เป็นอย่างดี ^[8] สำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำข้อมูลการสำรวจครัวเรือนไทย ได้จัดทำมีชุดข้อมูลเกี่ยวกับ การถือครองทรัพย์สิน และลักษณะของที่อยู่อาศัย ในการสำรวจทางสังคมทุกครั้ง ไม่ว่าจะเป็น การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ (reproductive health survey), การสำรวจคนชรา การสำรวจเด็กและเยาวชน การสำรวจภาวะพิการ ฯลฯ โดยชุดข้อมูลดังกล่าว เอื้ออำนวยต่อการจัดทำดัชนีความมั่งคั่ง (wealth index) ซึ่งสามารถวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคด้านเศรษฐกิจ Economic disparities of health inequity ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- ก) การศึกษา ติดตามความก้าวหน้า (หรือถอยหลัง) ของความไม่เสมอภาคด้านสังคมและด้านสุขภาพ ความเป็นไปได้ ก็ต่อเมื่อฐานข้อมูล โดยเฉพาะ ฐานข้อมูลระดับครัวเรือน ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีการจัดเก็บข้อมูล เพศ การศึกษา ถิ่นที่อยู่อาศัย และการถือครองทรัพย์สินและลักษณะครัวเรือน ซึ่งในขณะนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีนโยบายชัดเจนให้มีชุดข้อมูลดังกล่าวไว้ในการสำรวจทางสังคมทุกประเภท ผู้วิจัยขอให้สำนักงานสถิติแห่งชาติ ยังคงรักษานโยบายนี้เป็นนโยบายของสำนักงานสถิติแห่งชาติตลอดไป นอกจากนี้ มีไม่กี่ประเทศในโลกที่มีฐานข้อมูลระดับ ครัวเรือน สามารถวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคได้เป็นอย่างดี
- ข) ความไม่เสมอภาคด้านสังคมและสุขภาพ มีความสลับซับซ้อนมาก ต้องการการทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ถึง ความสัมพันธ์ และสาเหตุของความไม่เสมอภาคเหล่านั้น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและการศึกษา มีอิทธิพลสูงต่อความไม่ เสมอภาคด้านสุขภาพ
- ค) ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ (intersectoral action) จึงมีความสำคัญมาก ต่อการลดช่องว่างของความไม่ เสมอภาค
- ง) การศึกษาวิจัยในอนาคต ควรมุ่งเน้นเพื่อตอบคำถามว่า เด็กไทยทุกคน “ยาก ดี มี จน เมืองหรือชนบท การศึกษาของ มารดา” มีความเสมอภาคและมีจุดตั้งต้นที่จุดเดียวกันทุกคนหรือไม่ (equity from the start)
- จ) เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ กำหนดภาวะสุขภาพในอนาคต จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัย และสาเหตุของความไม่เสมอภาคของปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา

กิตติกรรมประกาศ

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำหรับฐานข้อมูลการสำรวจครัวเรือนต่างๆ ในประเทศไทย ซึ่งเอื้อต่อการวิเคราะห์ความไม่ เสมอภาคด้านต่างๆ ได้แก่ gender, educational, economic (wealth index), geographical and urban/rural differential ได้
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจจ ร่างกาย (National Health Examination Survey) ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547
- องค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนการวิเคราะห์ วิจัยและการจัดทำรายงานฉบับนี้ เพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณะ และเพื่อการ ดำเนินการนโยบายต่างๆ ในการลดช่องว่างความไม่เสมอภาคลง

เอกสารอ้างอิง

- ¹ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการติดตามผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ พ.ศ. 2548. ที่มงานองค์การสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย, 2547
- ² WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Report by the Commission on Social Determinants of Health. 2009 Geneva, the World Health Organization.
- ³ ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และกัญญา ดิษยาธิคม. ระหว่างคนจนกับคนรวยใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า?. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550; 16 ฉบับเพิ่มเติม(พฤษภาคม – มิถุนายน): S20-36
- ⁴ United Nations Children’s Fund, The State of the World’s Children 2008, Child Survival. 2008 New York UNICEF
- ⁵ Prakongsai P., Limwattananon S., and Tangcharoensathien V. The Equity impact of the universal coverage policy : lessons from Thailand. In Dov Chernichovsky, and Kara Hanson, eds. Innovations in health system finance in developing and transitional economies, 57-81. London : Emerald Group Publishing Limited, 2009.
- ⁶ Limwattananon S., Tangcharoensathien V., and Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. Bulletin of the World Health Organization 85, 8(2007): 600–606.
- ⁷ Tangcharoensathien V., Prakongsai P., Limwattananon S., Patcharanarumol W., and Jongudomsuk P. From targeting to Universality : lessons from the health system in Thailand(Chapter 16). In Peter Townsend, editor. Building decent societies : rethinking the role of social security in development, 310-322. Houndmills, Basingstoke, Hampshire : Palgrave Macmillan, 2009.
- ⁸ Tangcharoensathien V., Limwattananon S., and Prakongsai P. Improving health-related information systems to monitor equity in health: lessons from Thailand. In Di McIntyre, and Gavin Mooney, eds. The Economics of health equity, 222-246. New York : Cambridge University Press, 2007.