

การกระจายผลประโยชน์ของเงินอุดหนุนหลักประกันสุขภาพ
และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการทางการแพทย์ในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น
**BENEFIT INCIDENCE OF HEALTH INSURANCE SUBSIDY
AND SATISFACTION WITH HEALTHCARE SERVICES
QUALITY AMONG THE ELDER IN KHON KAEN PROVINCE**

นัชพล เมธมาลี*

Nutchapon Metmaolee*

**นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
กรุงเทพมหานคร 10240 ประเทศไทย*

**Master student, Master of Public Administration Program, Faculty of Public Administration, National Institute of
Development Administration, Bangkok 10240, Thailand
E-mail address (Corresponding author) : nutchapon.met@hotmail.com*

รับบทความ : 26 มกราคม 2566 / ปรับแก้ไข : 7 มีนาคม 2566 / ตอรับบทความ : 23 มีนาคม 2566

Received : 26 January 2023 / Revised : 7 March 2023 / Accepted : 23 March 2023

DOI : 10.14456/nrru-rdi.2023.14

ABSTRACT

The benefit that the elders received from the government sector had the opportunity to affect the increase or decrease of inequality, hence, the objectives of this research were 1) to study the benefit incidence of the Universal Coverage and the Civil Servant Medical Benefit Scheme among the elders and 2) to find out the satisfaction towards receiving medical services in the elders who exercised of medical treatments in the Universal Coverage and the Civil Servant Medical Benefit Scheme. The quantitative research used a sample of 400 cases drawn from the multi-stage sampling method. The instruments used were the questionnaires and analyzed by benefit incidence analysis that was statistical reliability at 0.90 level. Data were collected by reporting and field visiting in 5 Districts of Khon Kaen Province and analyzed using descriptive statistics to determine the percentage, mean, and standard deviation, and comparing the differences by t-test. The findings showed a high-class group who exercises the Civil Servant Medical Benefit Scheme received the majority benefit at 46.9. The main difference came from the different payment models. In terms of satisfaction with medical services was found that there was no difference in satisfaction with both healthcare service quality but a difference in satisfaction with the servant demand response was statistically significant at 0.05 level, the Universal Coverage ($\bar{X}=3.41$) more than the Civil Servant Medical Benefit Scheme ($\bar{X}=3.19$). Therefore, they should consider merging health insurance rights to the unified management by adjusting into the same format transfer payment.

Keywords : Benefit incidence analysis, Healthcare inequality, Elder, Healthcare service quality

บทคัดย่อ

ผลประโยชน์ที่ได้จากภาครัฐสำหรับผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อการเพิ่มหรือลดความเหลื่อมล้ำ ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการกระจายผลประโยชน์ของเงินอุดหนุนของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และศึกษาความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัยคือ แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.90 เก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานและลงพื้นที่ตามพื้นที่ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 5 อำเภอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยการทดสอบค่า t ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะดี (กลุ่มรวยสุด) ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับประโยชน์เป็นส่วนใหญ่

ร้อยละ 46.9 โดยในภาพรวมมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการทางการแพทย์ระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ไม่แตกต่างกัน แต่พึงพอใจต่อการตอบสนองต่อความต้องการผู้รับบริการแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ($\bar{X}=3.41$) สูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ($\bar{X}=3.19$) จึงควรมีการพิจารณาควมรวมการบริหารจัดการสิทธิหลักประกันสุขภาพแบบหนึ่งเดียว และปรับการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลให้เป็นรูปแบบเดียว

คำสำคัญ : การกระจายผลประโยชน์, ความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข, ผู้สูงอายุ, คุณภาพการบริการทางการแพทย์

บทนำ

แม้ว่าสถานการณ์ความยากจนในประเทศไทยจะมีแนวโน้มปรับตัวดีขึ้นจากสัดส่วนคนยากจนที่ลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2531 ถึงปี 2564 ที่ร้อยละ 65.17 เหลือเพียงร้อยละ 6.32 สาเหตุสำคัญของการปรับตัวที่ดีขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการที่รัฐบาลพยายามออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อมาช่วยเหลือกลุ่มคนยากจนและผู้มีรายได้น้อยอย่างต่อเนื่อง (Office of the National Economics and Social Development Council, 2021, pp. 1-3) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะระยะเวลาที่ผ่านมามีความก้าวหน้าในการลดสัดส่วนความยากจน แต่ในด้านของความเหลื่อมล้ำกลับยังคงไม่สามารถลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ประกอบกับช่วงเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยได้เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในภาพรวม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางและผู้มีรายได้น้อย (Office of the National Economics and Social Development Council, 2021, pp. 28-34) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวก็ส่งผลให้ช่องว่างความเหลื่อมล้ำที่เป็นอยู่ขยายตัวเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ถือเป็นประชากรส่วนใหญ่ที่ยังคงมีความเปราะบางและต้องเผชิญกับปัญหาความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะในเรื่องของสุขภาพ ซึ่งเป็นประเด็นหลักต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรสูงวัย โดยการเข้าถึงหรือได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันนั้นถือเป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อการลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ถึงแม้ว่าประเทศจะประสบความสำเร็จต่อการสร้างหลักประกันสุขภาพที่ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานได้อย่างทั่วถึง แต่ยังคงพบว่ามีช่องว่างที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม เช่น การมีอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน หรือแม้แต่เรื่องของการศึกษา อย่างไรก็ตาม ปัญหาความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสาธารณสุขของไทยยังคงเป็นประเด็นที่ถูกพูดถึงทั้งในเรื่องของความเหลื่อมล้ำในเรื่องของสิทธิประโยชน์ การจัดสรรงบประมาณ และคุณภาพการบริการระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพ (Bhumithavorn, 2020)

จากการทบทวนงานวิจัยในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า ทิศทางการศึกษาวิจัยเกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำของบริการสาธารณสุขในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทยครอบคลุมเนื้อหาหลักอยู่เพียง 2 ประการ คือ รูปแบบกิจกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Intarates et al., 2019) และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Meemon & Paek, 2020; Tonboot & Wattanadumrong, 2021) อย่างไรก็ตาม การศึกษาผลประโยชน์ผ่านเงินอุดหนุนเพื่อสร้างความเป็นธรรมผ่านสิทธิหลักประกันสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุกลับยังคงมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น การศึกษานี้จึงเลือกศึกษาถึงสิทธิสวัสดิการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเกี่ยวกับการกระจายผลประโยชน์ (Benefit incidence analysis) และความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากการใช้สิทธิโดยเลือกศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากพบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพและการจัดบริการทางการแพทย์ยังคงมีเหลื่อมล้ำของหน่วยบริการและการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพแวดล้อมทางสุขภาพ แบบกระจุกตัว แต่เฉพาะเขตเมือง (Khonkaen Provincial Health Office, 2020) และจากการรายงานผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักสถิติแห่งชาติได้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมักจะใช้สิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นสัดส่วนใหญ่ (National Statistical Office, 2021) ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจเลือกศึกษาในประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการกระจายผลประโยชน์ของเงินอุดหนุนของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในกลุ่มผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิการรักษายาบาลระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ประโยชน์การวิจัย

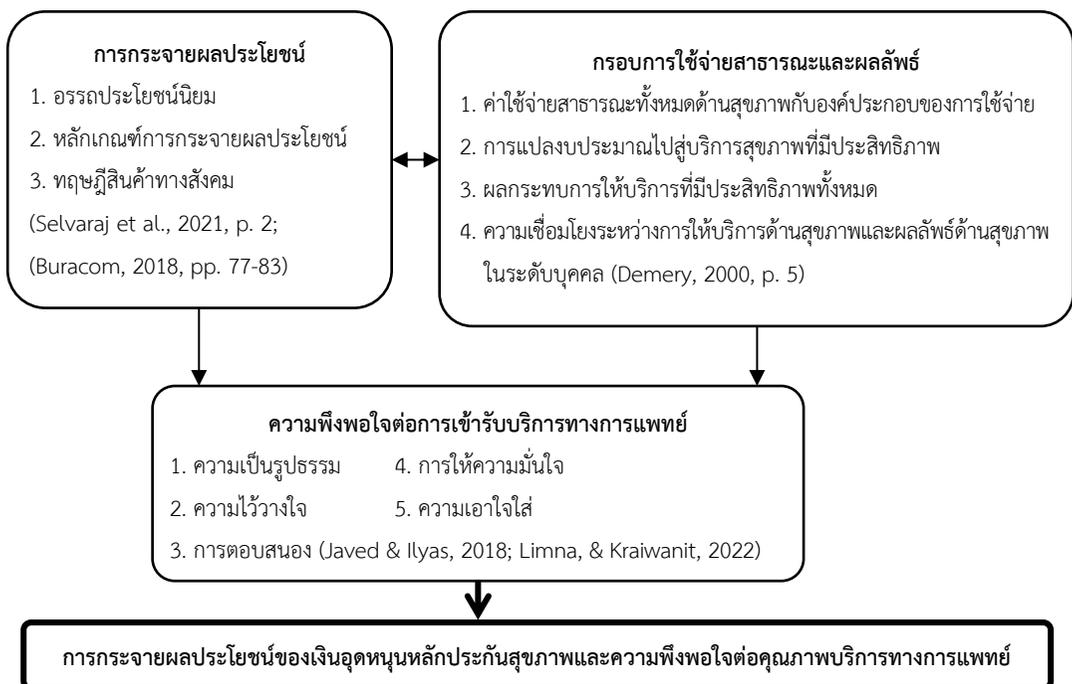
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 และสำนักงานคลังจังหวัดขอนแก่น สามารถนำผลการวิจัยไปเปรียบเทียบ และพิจารณาปรับปรุงการบริหารจัดการด้านการดำเนินงานและด้านการจัดการเงินอุดหนุนของหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมอย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์และมีคุณภาพร่วมกัน

การทบทวนวรรณกรรม

การวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ (Benefit incidence analysis) เน้นศึกษาถึงความไม่สมดุลในการกำหนดเป้าหมายและการกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรและประเภทของบริการ เป็นการชี้ให้เห็นว่า กลุ่มคนยากจนที่อาศัยอยู่ในรัฐที่ล้าหลังทางเศรษฐกิจและพื้นที่ชนบทได้รับเงินอุดหนุนด้านสุขภาพไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับกลุ่มคนรวย (Selvaraj et al., 2021, p. 2) โดยมีแนวความคิดเบื้องหลังที่ประกอบไปด้วย 1) อรรถประโยชน์นิยม (Utilitarianism) เป็นแนวความคิดที่สนับสนุนให้รัฐบาลเข้ามามีบทบาทในการกระจายผลประโยชน์ผ่านงบประมาณรายจ่ายของรัฐไปสู่คนจน ซึ่งเป็นไปตามหลักการลดน้อยถอยลงของอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่ม (Diminishing marginal utility) ที่เชื่อว่าการโอนเงินจากคนที่มั่งคั่งกว่า (เช่น เงิน 100 บาท) ไปให้คนที่มั่งคั่งน้อยกว่า จะทำให้อรรถประโยชน์ของคนที่ยากจนเพิ่มขึ้นสูงกว่า อรรถประโยชน์ที่คนรวยต้องเสียไป 2) การกระจายผลประโยชน์ตามหลักเกณฑ์ของ Pareto (Pareto optimal theory) เป็นแนวความคิดที่เชื่อว่าการกระจายผลประโยชน์ที่จะทำให้สังคมได้รับประโยชน์สูงสุด จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อ การกระจายทรัพยากรดังกล่าวสามารถทำให้ทุก ๆ คนในสังคมได้รับประโยชน์มากขึ้น หรืออย่างน้อยที่สุดการกระจายผลประโยชน์นั้นทำให้คน ๆ หนึ่ง หรือกลุ่มหนึ่งดีขึ้นได้รับประโยชน์มากขึ้นโดยไม่ทำให้คนอื่นหรือกลุ่มอื่น ๆ แย่ลง ซึ่งแนวความคิดนี้ก็เชื่อว่าการที่รัฐจะต้องเข้ามามีบทบาทในการสร้างหลักประกันทางสังคมผ่านการจัดสรรทรัพยากรใหม่โดยใช้มาตรการจัดเก็บภาษี และนำเงินที่จัดเก็บได้ดังกล่าวมาสร้างเป็นสวัสดิการให้แก่คนจน และ 3) ทฤษฎีสินค้าทางสังคม (Social goods theory) แนวความคิดนี้เชื่อว่าสินค้าบางอย่างควรได้รับการจัดสรรไปสู่ทุก ๆ คนอย่างเท่าเทียมกัน เช่น สิทธิในการออกเสียงเลือกตั้ง การศึกษาขั้นพื้นฐาน และบริการรักษายาบาลขั้นพื้นฐาน โดยสินค้าเหล่านี้ไม่ควรปล่อยให้ถูกจัดสรรโดยกลไกตลาดเพียงอย่างเดียว และรัฐควรเข้ามาทำหน้าที่จัดสรรรายจ่ายสาธารณะ เพื่อจัดสรรสินค้าและบริการเหล่านี้ให้กับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียม หรืออาจจะจัดให้อยู่ในรูปของบริการที่คิดค่าใช้จ่ายต่ำเป็นต้น (Buracom, 2018, pp. 77-83) ซึ่งการวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ (Benefit incidence analysis) ถือเป็นวิธีการที่จะเข้ามาช่วยในการอธิบายถึงผลกระทบของการใช้จ่ายของรัฐว่าจะสามารถสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นได้หรือไม่ โดยวิธีการวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถใช้ได้กับรายจ่ายสาธารณะบางประเภทเท่านั้น เช่น การศึกษา (Education) การสาธารณสุข

(Healthcare) และโครงสร้างพื้นฐานบางประเภท (Infrastructure) ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาจะประกอบด้วย ต้นทุนในการจัดสรรสินค้าและบริการสาธารณสุขและข้อมูลการใช้ประโยชน์ของแต่ละคน ซึ่งอาจจัดกลุ่มให้อยู่ในกลุ่มควินไทล์ (Quintile) หรือเดซิอัล (Decile) ตามระดับรายได้, เพศ, เชื้อชาติ, หรือเขตที่อยู่อาศัย (Asawanuchit, Davoodi, & Tionson, 2003, p. 8)

วิธีการวัดคุณภาพของบริการด้านสุขภาพโดยใช้แบบจำลองการวัดคุณภาพการให้บริการหรือ SERVQUAL มีองค์ประกอบในการประเมินที่สำคัญอยู่ 5 ประเด็น อันได้แก่ 1) ความเป็นรูปธรรม 2) ความไว้วางใจ 3) การตอบสนอง 4) การให้ความมั่นใจ และ 5) ความเอาใจใส่ โดยถูกนำมาปรับใช้ในการวัดคุณภาพการบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และมีงานวิจัยหลายชิ้นที่บ่งชี้ว่าการวัดด้วยแบบจำลอง SERVQUAL ก็สามารถสะท้อนไปถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการได้เช่นกัน (Javed & Ilyas, 2018; Limna & Kraivanit, 2022) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ โดยส่วนใหญ่มักจะนำแนวความคิดการวัดคุณภาพการบริการตามแบบจำลอง SERVQUAL มาปรับใช้อยู่เสมอ (Hamsongkanit & Thananithisak, 2020; Wu, Jeawkok, & Strisik, 2021) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงนำแบบจำลองดังกล่าวมาปรับใช้ ซึ่งในการพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยผู้วิจัยได้นำกรอบการใช้จ่าย สาธารณะและผลลัพธ์: การเชื่อมโยงห่วงโซ่ ของ Demery (2000, p. 5) ที่เกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่าง 1) ค่าใช้จ่าย สาธารณะทั้งหมดด้านสุขภาพกับองค์ประกอบของการใช้จ่าย หากงบประมาณด้านสุขภาพถูกทุ่มเทให้กับกิจกรรม ที่มีผลกระทบเพียงเล็กน้อยต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรโดยรวม ความเชื่อมโยงก็จะอ่อนแอลง 2) การแปลง งบประมาณไปสู่บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ หากภาคส่วนไม่มีประสิทธิภาพ ระดับของการใช้จ่ายจะไม่ใช้ตัวบ่งชี้ที่ดี ของการให้บริการ 3) การให้บริการที่มีประสิทธิภาพทั้งหมดได้รับผลกระทบอย่างไร การใช้จ่ายภาครัฐขึ้นอยู่กับ การตอบสนองของภาคเอกชน ผลกระทบสุทธิต่อการให้บริการด้านสุขภาพโดยรวมจะลดลงบ้าง และ 4) การเชื่อมโยง ระหว่างการให้บริการด้านสุขภาพ (ทั้งภาครัฐและเอกชน) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับบุคคล



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การกระจายผลประโยชน์ของเงินอุดหนุนของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีความแตกต่างกันอันเนื่องมาจากเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์
2. ผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์มากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร, กลุ่มตัวอย่างและวิธีการได้มา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นที่เคยเข้าใช้บริการทางการแพทย์กับหน่วยบริการของรัฐ จำนวน 287,817 คน (Ministry of Public Health, 2020) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการเลือกพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าไปใช้บริการทางการแพทย์มากที่สุด 5 อันดับแรก มาเป็นตัวแทนอำเภอ ประกอบไปด้วย อำเภอเมืองขอนแก่น อำเภอชุมแพ อำเภอน้ำพอง อำเภอบ้านไผ่ และอำเภอลาด โดยมีประชากรรวมทั้ง 5 อำเภอ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 132,339 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 46 ของประชากรผู้สูงอายุที่มาใช้บริการทั้งหมดในจังหวัดขอนแก่น ขั้นตอนที่ 2 ทำการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรทั้งหมดที่มาจากขั้นตอนที่ 1 ด้วยสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane (Rathachatrannon, 2019, pp. 17-18) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ≈ 399 ตัวอย่าง แต่เพื่อป้องกันการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ครบจึงเพิ่มความคลื่อนเข้าไปอีก 5% เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 419 ตัวอย่าง จากนั้นขั้นตอนที่ 3 เพื่อให้ตัวอย่างมีการกระจายตัวในแต่ละอำเภออย่างเหมาะสม ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากสัดส่วนประชากรทั้ง 5 อำเภอ แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 สัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามประชากรใน 5 อำเภอ ของจังหวัดขอนแก่น

อำเภอ	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
อำเภอเมืองขอนแก่น	60,820	193
อำเภอชุมแพ	20,357	64
อำเภอน้ำพอง	19,355	61
อำเภอบ้านไผ่	16,821	53
อำเภอลาด	14,986	47
รวม	132,339	419

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ โดยนำแบบจำลอง SERVQUAL มาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ต่อบริการทางการแพทย์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scales) ได้แก่ ระดับ 1 เท่ากับน้อยที่สุด ระดับ 2 เท่ากับน้อย ระดับ 3 เท่ากับปานกลาง ระดับ 4 เท่ากับมาก และระดับ 5 เท่ากับมากที่สุด (Rubin and Babbie, 2016, p. 231) ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาให้คะแนนความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำคะแนนที่ได้มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Item objective congruence index: IOC)

จากนั้นนำคะแนน IOC มาทำการวิเคราะห์หาความสอดคล้องของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Scale-level CVI) คือ การรวมค่าเฉลี่ยของคะแนน IOC โดยเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนน IOC ในครั้งนี้ควรมีค่ามากกว่า 0.90 ขึ้นไป (Pattanacombutsook, 2021, pp. 334-335) พบว่าได้ค่าเฉลี่ยที่ 0.95 นำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูล (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด นำข้อมูลที่ได้มาทดสอบความเชื่อมั่น ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยกำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นไว้ที่ 0.70 (Corbetta, 2003, p. 173) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 แสดงว่า แบบสอบถามมีคุณภาพ และเหมาะสม สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เลขที่ ECNIDA 2021/0115 เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินเก็บรวบรวมโดยการลงพื้นที่เก็บแบบสอบถามตามพื้นที่ที่กำหนด 5 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 419 ตัวอย่าง ผ่านช่องทางการประสานงานกับผู้นำชุมชนในพื้นที่เพื่อขอความอนุเคราะห์ช่วยเหลือในการนำทางไปยังที่อยู่อาศัยหรือพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุรวมตัวกันอยู่ กำหนดระยะเวลาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 2 เดือน จากนั้นดำเนินการตรวจสอบแบบสอบถามและคัดเลือกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออกได้จำนวนทั้งสิ้น 400 ตัวอย่าง หรือคิดเป็นร้อยละ 95.46 อย่างไรก็ดี ถือว่ามีความครอบคลุมและเพียงพอกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ คือ 399 ตัวอย่าง แล้ว

แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลรายงานการเบิกจ่ายงบประมาณค้ำรักษาพยาบาลข้าราชการ จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จากกรมบัญชีกลาง (The Comptroller General's Department, 2020) และรายงานการเบิกจ่ายงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากเว็บไซต์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office, 2020) และรายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจน และความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี 2564 จากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (Office of the National Economics and Social Development Council, 2021) เพื่อนำมาใช้ในคำนวณผลประโยชน์ของแต่ละชั้นรายได้ ที่ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์จะมาจากข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ในส่วนแรก และข้อมูลจากกรมบัญชีกลางและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้วิธีการวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ (Benefit incidence analysis) โดยการหาค่าเฉลี่ยเงินอุดหนุนต่อหัวของเงินอุดหนุนหลักประกันสุขภาพ จากนั้นนำจำนวนผู้รับผลประโยชน์ (กลุ่มตัวอย่าง) มาแบ่งชั้นรายได้เป็น 5 กลุ่ม ตามวิธีการของ Asawanuchit, Davoodi, and Tiongsong (2003, p. 8) และ Pinthong (2021, p. 35) แล้วจึงคำนวณหาผลประโยชน์ที่ตกอยู่ในแต่ละกลุ่มชั้นรายได้ โดยการนำผลประโยชน์เฉลี่ยมาคูณกับจำนวนผู้รับผลประโยชน์แต่ละชั้นรายได้ดังสมการต่อไปนี้ (Demery, 2000, p. 6; Mohanty et al., 2020, p. 4)

$$X_j = \sum_{i=1}^n H_j \frac{S}{H} = \sum_{i=1}^n \frac{H_j}{H} S$$

โดยที่ X_j เป็นเงินอุดหนุนทั้งหมดที่ครัวเรือนในแต่ละระดับ j ได้รับ

H_j เป็นจำนวนผู้สูงอายุของครัวเรือนกลุ่มตัวอย่างในระดับรายได้ j

H เป็นจำนวนผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด

S เป็นเงินงบประมาณด้านสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2563 ที่อุดหนุนผ่านสิทธิข้าราชการและสิทธิบัตรทอง

J เป็นระดับรายได้ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

และใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage : %)

2. การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่าเฉลี่ย (Mean : \bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation : S.D.) กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจใน 5 ช่วง คือ ระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึงน้อยที่สุด 1.50-2.49 หมายถึงน้อย 2.50-3.49 หมายถึงปานกลาง 3.50-4.49 หมายถึงมาก และ 4.50-5.00 หมายถึงมากที่สุด (Srisa-ard, 2017, p. 121) จากนั้นจึงนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการด้วยสถิติ Independent Two-Samples t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญไว้ที่น้อยกว่า 0.05 (Kachigan, 1986, p. 165-168)

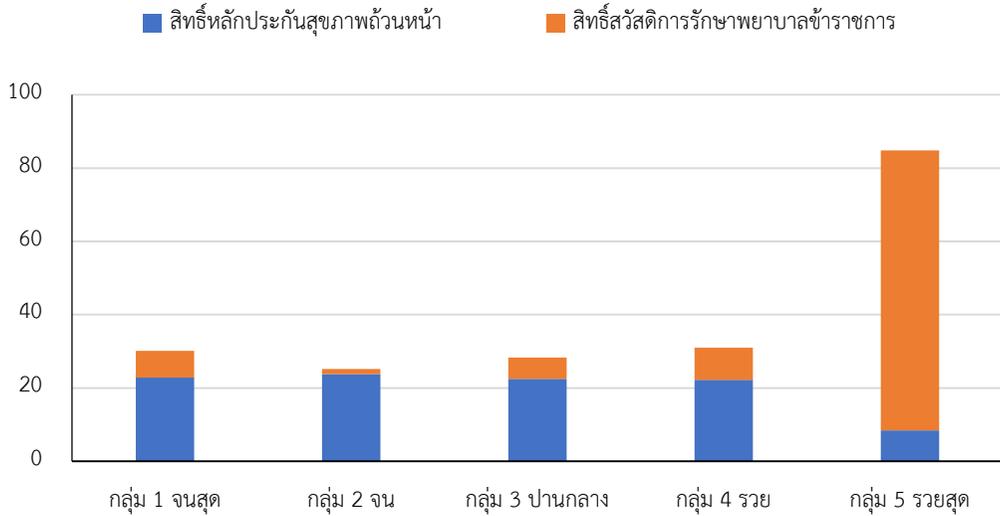
ผลการวิจัย

1. การศึกษาการกระจายผลประโยชน์ของเงินอุดหนุนของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในกลุ่มผู้สูงอายุ แสดงผลการวิจัยดังต่อไปนี้

ตาราง 1 ร้อยละของผลประโยชน์ที่ตกอยู่ในแต่ละกลุ่มรายได้แยกตามสิทธิการรักษายาบาล

กลุ่มรายได้	สิทธิหลักประกันสุขภาพ	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล	รวมทั้ง 2 สิทธิ
	ถ้วนหน้า	ข้าราชการ	
กลุ่ม 1 จนสุด	22.80	7.30	14.10
กลุ่ม 2 จน	23.80	1.40	11.10
กลุ่ม 3 ปานกลาง	22.50	5.80	13.10
กลุ่ม 4 รวย	22.20	8.80	14.60
กลุ่ม 5 รวยสุด	8.40	76.40	46.90
รวม	100.00	100.00	100.00

จากตาราง 1 พบว่า สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนจะได้รับผลประโยชน์จากการใช้เงินอุดหนุนจัดสรรค่ารักษายาบาลมากกว่ากลุ่มอื่น ร้อยละ 22.80-23.80 ในขณะที่สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะดี (กลุ่มรวยสุด) ได้รับประโยชน์จากการใช้เงินอุดหนุนจัดสรรค่ารักษายาบาล ในสัดส่วนร้อยละ 46.90



ภาพ 2 การกระจายผลประโยชน์ตามชั้นรายได้

จากภาพ 2 ผู้วิจัยจึงดำเนินการรวมประโยชน์ของทั้งสองสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลเข้าด้วยกัน และคำนวณหาผลประโยชน์รวมของเงินอุดหนุนหลักประกันสุขภาพใหม่อีกครั้ง พบว่า แนวโน้มที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะดี (กลุ่มรวยสุด) ได้รับประโยชน์จากการใช้จัดสรรเงินอุดหนุนคำรักษายาบาลของรัฐ (ในภาพรวม) มากกว่ากลุ่มอื่น โดยกลุ่มนี้ได้รับประโยชน์ในสัดส่วนร้อยละ 46.9 ซึ่งถือได้ว่าเป็นอัตราที่สูงกว่าอัตราที่เป็นธรรม (Fair share) ที่ร้อยละ 20 ในกรณีที่ผู้สูงอายุทุกกลุ่มมีความจำเป็นในการรับบริการทางการแพทย์ที่ไม่แตกต่างกัน น่าจะบ่งชี้ได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะค่อนข้างดีมีโอกาสดำเนินการรับบริการทางการแพทย์ที่รัฐอุดหนุนมากกว่า และผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มรวยสุด ส่วนใหญ่จะมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งความแตกต่างจากหลักที่นำมาสู่ผลลัพธ์ข้างต้นนั้นมาจากสิทธิสวัสดิการด้านการรักษายาบาลที่ต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ระหว่างทั้งสิทธิการรักษายาบาล ปี พ.ศ. 2563

รายการ	สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
ลักษณะ	สวัสดิการ	สวัสดิการ
กลุ่มเป้าหมาย	ข้าราชการ และบิดา มารดา คู่สมรสและบุตร	ประชาชนทั่วไปที่ไม่มีสิทธิอื่น
รูปแบบการจ่ายเงิน	<ul style="list-style-type: none"> - เหม่าจ่ายรายหัวรวมสำหรับผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยในจัดสรรงบอุดหนุนตามน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG - การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเป็นลักษณะปลายปิด 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยนอก ตามปริมาณบริการและราคาที่เกี่ยวข้อง - ย้อนหลัง สำหรับบริการผู้ป่วยในตามรายการป่วยในอัตราที่กำหนด (DRG) - การจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเป็นปลายเปิด ทำให้สถานพยาบาลไม่ต้องระมัดระวังค่าใช้จ่าย และผู้มีสิทธิเอง ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้
สิทธิประโยชน์	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องพิเศษ ค่าคลอดบุตร 	<ul style="list-style-type: none"> - ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามัญ ค่าคลอดบุตร

ตาราง 3 (ต่อ)

รายการ	สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ
ลักษณะ	สวัสดิการ	สวัสดิการ
การเข้าถึงยา	- มีสิทธิได้รับยาในบัญชียาหลัก ส่วนยานอกบัญชียาหลัก ขึ้นกับดุลยพินิจของ แพทย์สามคน และบางกรณีที่เป็น ยาที่มีราคาแพงมากจะต้องขออนุญาตก่อน	- ได้รับยาในบัญชียาหลัก และยาที่คณะกรรมการพัฒนา บัญชียาหลักมีมติให้ครอบคลุม
เงินอุดหนุน	5,414,942,288.29 (60.82%)	3,488,282,731.15 (39.18%)
จำนวนผู้มีสิทธิ	1,514,225 (90.30%)	162,622 (9.70%)
เงินอุดหนุนต่อหัว	3,576.05	21,450.25

จากตาราง 2 พบว่า จำแนกได้ใน 2 ประเด็นหลัก อันได้แก่ ประเด็นเชิงปริมาณ คือ ลักษณะการจ่าย ให้กับสถานพยาบาลที่แตกต่างกันนั้นถือเป็นสาเหตุหลักของความแตกต่างด้านผลประโยชน์ (ตาราง 2 และภาพ 2) โดยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการจำกัดเพดานแบบเหมาจ่ายรวมรายหัว อยู่ที่ไม่เกิน 3,600 บาท/คน/ปี ซึ่งการเบิกจ่ายจริงเฉลี่ยในปีดังกล่าวคิดเป็น 3,576.05 บาท/คน/ปี ขณะที่สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ที่เป็นลักษณะปลายเปิดและไม่มีเพดานการเบิกที่ชัดเจนจึงเฉลี่ยอยู่ที่ 21,450.25 บาท ซึ่งลักษณะการจ่ายเงิน ให้กับสถานพยาบาลแบบปลายเปิดและไม่มีเพดานการเบิกที่ชัดเจนนั้น ทำให้ผู้ให้บริการไม่ต้องระมัดระวังค่าใช้จ่าย ในการรักษา และหากนำสัดส่วนจำนวนเงินอุดหนุนและสัดส่วนจำนวนผู้มีสิทธิมาเปรียบเทียบกันจะพบว่า สัดส่วนเงินอุดหนุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 39.18 จากเงินอุดหนุนทั้งหมด ขณะที่จำนวน ผู้มีสิทธิกลับมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 9.70 เท่านั้น ในส่วนของประเด็นเชิงคุณภาพ ด้านของการเข้าถึงยา มีความแตกต่างกัน ที่สิทธิข้าราชการมีโอกาสที่จะเข้ายานอกบัญชียาหลักและยาที่มีราคาแพงกว่าสิทธิหลักประกันถ้วนหน้า ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จึงมีความเป็นไปได้ว่าจะนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการบริการระหว่างสิทธิ การรักษายาพยาบาลทั้งสองสิทธิ

2. ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิการรักษายาพยาบาล ระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ แสดงดังตาราง 3

ตาราง 4 ความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิบัตรทองและสิทธิข้าราชการ

ความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์	บัตรทอง		ข้าราชการ		t	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	3.17	0.66	3.29	0.75	1.34	0.179
ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้	4.00	0.67	4.09	0.56	0.97	0.329
การตอบสนองต่อความต้องการผู้รับบริการ	3.19	0.72	3.41	0.85	1.99	0.049*
การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ	3.19	0.54	3.20	0.48	0.15	0.874
ความเข้าใจและความเห็นใจผู้รับบริการ	3.37	0.82	3.48	0.94	0.89	0.375
รวม	3.48	0.56	3.60	0.63	1.48	0.139

* p<0.05

ตาราง 3 พบว่า ภาพรวมของผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการทางการแพทย์ระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการตอบสนองต่อความต้องการผู้รับบริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ($\bar{X}=3.41$) สูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ($\bar{X}=3.19$) ขณะที่ข้อความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ และความเข้าใจและความเห็นใจผู้รับบริการ ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนจะได้รับผลประโยชน์จากการใช้เงินอุดหนุนจัดสรรค่ารักษายาพยาบาลมากกว่ากลุ่มอื่น แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สามารถสร้างความเป็นธรรมให้กับผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนได้ ในขณะที่สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะดี (กลุ่มรวยสุด) ได้รับประโยชน์จากการใช้เงินอุดหนุนจัดสรรค่ารักษายาพยาบาล โดยสะท้อนให้เห็นว่าแม้ว่าสิทธิการรักษายาพยาบาลดังกล่าว จะมีความครอบคลุมบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิ์แต่ยังไม่สามารถสร้างความเป็นธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิ์ดังกล่าว ซึ่งที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นเกี่ยวกับการกระจายผลประโยชน์ระหว่างสิทธิการรักษายาพยาบาลในต่างประเทศ อย่างเช่น Bose and Benerjee (2019, pp. 8-9) ก็พบสถานการณ์ที่คล้ายกันในประเทศอินเดีย ที่การให้บริการของโรงพยาบาลรัฐในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะร่ำรวยจะได้รับผลประโยชน์เป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับ Sambodo et al. (2021, p. 1129) ที่พบว่า ความไม่เสมอภาคของการประกันสุขภาพแห่งชาติในรัฐบาลอินโดนีเซีย โดยให้บริการด้านการดูแลสุขภาพขั้นสูงและเอื้อประโยชน์ด้านการรักษายาพยาบาลต่อชาวเมืองและผู้คนที่ย้ายอยู่ในเกาะชวาและบาหลีที่มีฐานะค่อนข้างร่ำรวยมากกว่าเมื่อเทียบกับพื้นที่ชนบทและเกาะอื่น ๆ

ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการทางการแพทย์ระหว่างสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าการจัดสรรเงินอุดหนุนระหว่างทั้งสองสิทธิดังกล่าว ยังคงสร้างความเหลื่อมล้ำให้กับผู้สูงอายุที่ใช้บริการทางการแพทย์ตามสิทธิประโยชน์จากบัตรสิทธิข้าราชการที่มากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม แต่ผู้สูงอายุก็มีความพึงพอใจต่อการตอบสนองต่อความต้องการผู้รับบริการที่แตกต่างกัน จึงมีความเป็นไปได้ว่าด้วยเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ที่มากกว่าของผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิข้าราชการ จึงทำให้อาจได้รับการที่ตอบสนองต่อความต้องการมากกว่าผู้สูงอายุที่สิทธิบัตรทอง ดังนั้น He and Tang (2021, p. 351) จึงได้เสนอแนะว่า การปฏิรูปการให้บริการด้านสุขภาพสาธารณะ เป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ไปสู่การบริการสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนระหว่างองค์กรและผู้ปฏิบัติงานในทุกกระดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Guida and Carpentieri (2021) ที่พบว่า ประชากรในเมืองยุโรปกำลังแก่ตัวลงในอัตราที่ไม่เคยมีมาก่อน ในขณะที่เดียวกันความซบเซาสัมพันธ์กับความเปราะบางและการพึ่งพาบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงการประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเบื้องต้นได้ไม่ดึ้นัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชานเมือง เนื่องจากการบริการและกิจกรรมที่จำกัด โดยเขาจึงได้เสนอแนะเชิงนโยบายในการกระจายบริการสาธารณสุขเขตเมืองให้ครอบคลุมไปสู่เขตชานเมือง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการบูรณาการสิทธิการรักษาพยาบาลที่มีอยู่ในปัจจุบันให้มีรูปแบบการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้เป็นไปในรูปแบบเดียว

2. ควรมีการพิจารณาสร้างหลักประกันสุขภาพที่มีการบริหารจัดการหนึ่งสิทธิสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาการกระจายผลประโยชน์ของกลุ่มผู้สูงอายุไปสู่ระดับประเทศต่อไป เพื่อจะได้เห็นถึงภาพรวมของการกระจายผลประโยชน์ของเงินอุดหนุนหลักประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยสาเหตุของความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ในกลุ่มผู้สูงอายุ

3. ควรมีการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในเปลี่ยนแปลงระบบหลักประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไปสู่การบริหารหลักประกันสุขภาพหนึ่งเดียว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

Asawanuchit, S. S., Davoodi, M. H. R., & Tiongsong, M. E. (2003). *How useful are benefit incidence analyses of public education and health spending*. International Monetary Fund.

Bhumithavorn, T. (2020). Inequality in Health Care Welfare System in Thailand. *Journal of Social Synergy, 11*(2), 76–93. (In Thai)

Bose, M., & Banerjee, S. (2019). Equity in distribution of public subsidy for noncommunicable diseases among the elderly in India: an application of benefit incidence analysis. *BMC Public Health, 19*(1), 1-12.

Buracom, P. (2018). *The Determinants and Distributional Effects of Public Spending in Thailand*. Bangkok : Graduate School of Public Administration, National Institute of Development Administration. (In Thai)

Corbetta, P. (2003). *Social research: Theory, methods and techniques*. London : Sage Publications.

Demery, L. (2000). *Benefit incidence: a practitioner's guide*. Poverty and Social Development Group Africa Region, The World Bank. Public Disclosure Authorized. Retrieved April 6, 2021, from <https://documents1.worldbank.org/curated/en/574221468135940764/pdf/351170Benefit0incidence0practitioner.pdf>

Guida, C., & Carpentieri, G. (2021). Quality of life in the urban environment and primary health services for the elderly during the Covid-19 pandemic: An application to the city of Milan (Italy). *Cities, 110*, 103038. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2020.103038>

- Harnsongkanit, H., & Thananithisak, C. (2020). Evaluation of Customer Satisfaction Quality from Accredited Independent Pharmacies Located in Bangkok by Applying the SERVQUAL MODEL. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 13(2), 412-420. (In Thai)
- He, A. J., & Tang, V. F. (2021). Integration of health services for the elderly in Asia: A scoping review of Hong Kong, Singapore, Malaysia, Indonesia. *Health Policy*, 125(3), 351-362.
- Intarates, M., Leesmidt, V., Dhippayom, T., & Upakdee, N. (2019). Equity in Health in Thai Elderly under Universal Coverage Scheme: A Systematic Review. *Journal of Health Systems Research*, 13(2), 157-173. (In Thai)
- Javed, S. A., & Ilyas, F. (2018). Service quality and satisfaction in healthcare sector of Pakistan- the patients' expectations. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(6), 489-501.
- Kachigan, S. K. (1986). *Statistical analysis: An interdisciplinary introduction to univariate & multivariate methods*. Radius Press.
- Khonkaen Provincial Health Office. (2020). *Khon Kaen Province Health Development Plan 2020-2021*. Retrieved April 6, 2021, from <https://www.kkpho.go.th/i2021/index.php/component/attachments/download/7221> (In Thai)
- Limna, P., & Kraivanit, T. (2022). Service Quality and Its Effect on Customer Satisfaction and Customer Loyalty: A Qualitative Study of Muang Thai Insurance Company in Krabi, Thailand. *Journal for Strategy and Enterprise Competitiveness*, 1(2), 1-16. (In Thai)
- Meemon, N., & Paek, S. C. (2020). Older Adults Living Alone in Thailand: Socioeconomic Inequality and Its Relation to Unmet Health Needs. *Asia-Pacific Social Science Review*, 20(4), 17-31.
- Ministry of Public Health. (2020). *Basic information and summary of service recipients classified by service units*. Retrieved April 6, 2021, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b91a30012c36ef54910261d9cfc6d7f5 (In Thai)
- Ministry of Public Health. (2020). *Number of health personnel from PROVIDER file by PROVIDERTYPE*. Retrieved December 15, 2021, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=c11dad88f80061c70cd1ae96b500d017 (In Thai)
- Mohanty, S. K., Mishra, R. S., Mishra, S., & Sen, S. (2020). Understanding equity of institutional delivery in public health centre by level of care in India: an assessment using benefit incidence analysis. *International Journal for Equity in Health*, 19, 217. doi: 10.1186/s12939-020-01331-z
- National Health Security Office. (2020). *NHSO Annual Report 2020*. Bangkok: National Health Security Office, Ministry of Public Health. (In Thai)
- National Health Security Office. (2020). *Population report classified by rights in each province*. Retrieved December 6, 2020, from <https://ucinfo.nhso.go.th/ucinfo/RptRegisPop-3>. (In Thai)

- National Health Security Office. (2020). *Summary report of the net budget amount by fund*. Retrieved January 20, 2021, from <https://ucapps1.nhso.go.th/budgetreport/summaryTransferLevelReport> (In Thai)
- National Statistical Office. (2021). *Survey of the elderly population in Thailand*. Retrieved January 20, 2021, from http://statbbi.nso.go.th:8090/nso/nso_center/project/search/result_by_department-th.jsp (In Thai)
- Office of the National Economics and Social Development Council. (2021). *Poverty and Inequality Report 2021*. Retrieved December 4, 2022, from https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=nesdb_structure (In Thai)
- Pattana-combutsook, M. (2021). Validation of Nursing Research Reports and Proper Use of Social Science Research Instruments in Publishing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 329-343. (In Thai)
- Pinthong, P. (2021). Benefit Incidence Analysis of HIV and AIDS treatment policy in Thailand. *Thai Journal of Public Administration*, 19(2), 24-40.
- Rathachatrannon, W. (2019). Determining an Appropriate Sample Size for Social Science Research: The Myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan Method. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies*, 8(Special Issue), 11-28. (In Thai)
- Rubin, A., & Babbie, E. R. (2016). *Empowerment series: Research methods for social work*. Boston, MA : Cengage Learning.
- Sambodo, N. P., Van Doorslaer, E., Pradhan, M., & Sparrow, R. (2021). Does geographic spending variation exacerbate healthcare benefit inequality? A benefit incidence analysis for Indonesia. *Health Policy and Planning*, 36(7), 1129-1139. doi: 10.1093/heapol/czab015
- Selvaraj, S., Karan, A. K., Mao, W., Hasan, H., Bharali, I., Kumar, P., ... & Chaudhuri, C. (2021). Did the poor gain from India's health policy interventions? Evidence from benefit-incidence analysis, 2004–2018. *International journal for equity in health*, 20(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01489-0>
- Srisa-ard, B. (2017). *Preliminary research* (10th ed.). Bangkok : Suwiryayan. (In Thai)
- The Comptroller General's Department. (2020). *Information on reimbursement of medical expenses, rights, civil servants' medical welfare benefits 2020*. Bangkok : The Comptroller General's Department, Ministry of Finance. (In Thai)
- Tonboot, S., & Wattanadumrong, B. (2021). Situation of Inequality in Health Utilization among Thai Elderly in 2020. In *The 8th Business Economics and Communications International Conference: Theme Business Creativity and Innovation in the Age of Transformation* (pp. 96-101). Naresuan University, Phitsanulok Province. (In Thai)

Wu, J., Jeawkok, J., & Strisik, W. (2021). Assessing Hospitalized Cancer Patients' Satisfaction by Using Servqual Model: A Case Study of Guizhou Cancer Hospital, Guizhou Province, China. *KKU Research Journal (Graduate Studies) Humanities and Social Sciences*, 9(2), 49–58.