รายงานการวิจัย
การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีพันธกิจในการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์ ทั้งในเรื่องของการบำบัด รักษา และฟื้นฟู โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงการให้บริการวิชาการทางการแพทย์ ด้านตติยภูมิหรือสูงกว่าอย่างได้มาตรฐาน

กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ เป็นหน่วยงานซึ่งรับผิดชอบดูแลงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งหวังพัฒนางานวิชาการด้านการแพทย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่ดี และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข จากโครงสร้างประชากรของประเทศไทย พบว่าประชากรสูงอายุมีแนวโน้มจะมีขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น และพบว่ากลุ่มโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพของกลุ่มประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแสดงถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ โดยการบริการมีศักยภาพสามารถเข้าถึงระบบการให้บริการสำหรับกลุ่มประชากรมีความเพียงพอทุกเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยจุดสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนมีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาเรื่องนี้จะเป็นแนวทางและรูปแบบในการวางแผนเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและเพื่อการจัดบริการด้านสุขภาพตามบริบทของสถานบริการแต่ละระดับได้อย่างมีมาตรฐานและคุณภาพต่อไป

ผมหวังว่าโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดทิศทาง การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุต่อไป

(นายแพทย์นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ใคร่ขอขอบคุณคณะทำงานวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ อันได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลนครนายก โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ได้สนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการให้สำเร็จได้ โดยความร่วมมือจากบุคลากรในคณะทำงานวิจัยในพื้นที่ คณะทำงานรู้สึกซึ้งในความเสียสละและความร่วมมือของทุกฝ่ายที่ทำให้งานโครงการวิจัยครั้งนี้เสร็จสิ้นไปได้ด้วยดี หวังว่าข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์และนำไปสู่การวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการกำหนดนโยบายในอันที่จะทำให้ประชากรสูงอายุของประเทศมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

คณะทีมวิจัย

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการ แบ่งเป็นการศึกษาปัญหาและความต้องการการเข้าถึงรูปแบบระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน และการรวบรวมความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้าร่วมทำกระบวนการ Focus group ในพื้นที่ 18 จังหวัด ตามเขตการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สรุปการศึกษาได้ดังนี้

สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ ได้แก่ รพศ. รพท. รพช. และรพ.สต. จำนวน 14,267 คน แบ่งเป็นผู้ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยทั่วไป ร้อยละ 39.9 แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 19.8 แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค ร้อยละ 17.7 และคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.4

ด้านภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเอง พบว่าผู้สูงอายุประเมินตนเองมีภาวะสุขภาพพอใช้สูงสุด ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 24.6, ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 22.3, ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 2.9 ขณะที่ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 1.6 ผู้สูงอายุเพศหญิงประเมินตนเองมีสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมากๆ สูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 14.4 และร้อยละ 1.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี ประเมินตนเองมีภาวะสุขภาพพอใช้สูงสุด ร้อยละ 18.2 รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 11.1 ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 7.7 ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 0.9 และภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 70-79 ปี ประเมินตนเองมีสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมากๆ สูงสุด ร้อยละ 8.2 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ประเมินตนเองมีภาวะสุขภาพพอใช้สูงสุด ร้อยละ 12.7 ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุและเพศของผู้สูงอายุในการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกสาวหรือลูกชายมากที่สุด ร้อยละ 60.2 ขณะที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ร้อยละ 7.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 61.4 ไม่ทำงาน ร้อยละ 62.1 มีความแตกต่างระหว่างความเพียงพอของรายได้กับเพศของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่าพอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 57.2 (p=0.000)

การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.6) ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และร้อยละ 24.5 เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ ขณะที่ไม่ได้รับการตรวจพบร้อยละ 19.9 เพศหญิงได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีและไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีสูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 34.8 และ 11.9 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีมากที่สุด ร้อยละ 22.2 และเคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอร้อยละ 9.3 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้น ไปได้รับการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 13.3 เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 6.5 และไม่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 5.4 และมี

ความแตกต่างระหว่างการตรวจสุขภาพประจำปีกับเพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000)

ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรม พบผู้สูงอายุตอบว่าตนเอง ไม่มีปัญหาร้อยละ 89.1 และมีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/ทำกิจกรรม ร้อยละ 10.9 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพในระบบต่างๆ สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 64 และ 36 ตามลำดับ) ปัญหาระบบสุขภาพ 5 อันดับแรก คือ ระบบข้อและกระดูกมากที่สุด ร้อยละ 31.6 พบในทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 11.6 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 11.5 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.6 รองลงมาคือ กลุ่มโรคเรื้อรัง ร้อยละ 24.5 ระบบประสาท ร้อยละ 15.8 ระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 6.4 และระบบขับถ่าย ร้อยละ 6 ตามลำดับ

ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุด้านอื่นๆ พบว่ามีปัญหาด้านสายตามากที่สุด ร้อยละ 28.6 รองลงมาคือ การนอนไม่หลับ ร้อยละ 25.1, ช่องปาก ร้อยละ 19.4 การได้ยิน ร้อยละ 15.7 และความจำบกพร่อง ร้อยละ 8.6 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ สูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 62.8 และร้อยละ 37.2 ตามลำดับ พบกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ร้อยละ 36.8 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 32.6 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.6 มีความแตกต่างระหว่างปัญหาสุขภาพกับเพศของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 78.6 รองลงมาคือ สูบเป็นประจำ ร้อยละ 8.3 และนานๆ ครั้ง ร้อยละ 1.5 ขณะที่เคยสูบบุหรี่ พบร้อยละ 10.1 การดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.4 รองลงมาคือ เคยดื่มแต่เลิกมาแล้ว ร้อยละ 9.2 และดื่มเวลามีงานสังสรรค์ ร้อยละ 6.1 ขณะที่ดื่มประจำ ร้อยละ 3.1

ด้านการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายสูงถึงร้อยละ 69.6 ขณะที่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 29.2 และไม่ตอบ ร้อยละ 1.2 โดยกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุสูงสุด ได้แก่ การเดิน ร้อยละ 56.5 รองลงมาคือ บริหารร่างกาย ร้อยละ 20.6 วิ่ง ร้อยละ 5.9 เต้นแอโรบิก ร้อยละ 1.5 ไทเก็ก ร้อยละ 1 และเล่นกีฬา ร้อยละ 0.5 ผู้สูงอายุเพศหญิงไม่ออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย

การเข้าถึงระบบบริการ

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.5) ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 47.5 โดยเป็นผู้สูงอายุมากกว่าเพศชาย และมีความแตกต่างระหว่างเพศกับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงให้ความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าเพศชาย และมีความแตกต่างกันระหว่างกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยพบว่าการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอยู่ในสถานบริการ**ระดับรพช.**และ**รพ.สต.**

การใช้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาล พบว่าใช้บริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล ร้อยละ 76.9 ไม่เคยใช้บริการ ร้อยละ 23.1 และมีความแตกต่างระหว่างเพศกับการใช้บริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 48.1 และ 28.8 ตามลำดับ) และมีความแตกต่างกันระหว่างการไปใช้บริการตรวจสุขภาพกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ผู้สูงอายุใช้บริการการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลที่จัดให้ในสถานบริการระดับรพช. และระดับรพ.สต. สูงกว่าระดับรพศ./รพท.

ความต้องการสื่อด้านสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุต้องการสื่อในรูปแบบแผ่นพับมากที่สุด ร้อยละ 7.3 รองลงมาคือ กิจกรรมกลุ่ม หนังสือ บอร์ดและโปสเตอร์ และซีดี ความพอใจของผู้สูงอายุต่อสื่อหรือข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พบว่าไม่พอใจรูปแบบสื่อหรือข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ ซีดี มากที่สุด ร้อยละ 18.9 รองลงมาคือ บอร์ด/โปสเตอร์ ร้อยละ 17.1 และหนังสือ ร้อยละ 16.4 และมีความแตกต่างระหว่างรูปแบบสื่อที่ผู้สูงอายุต้องการกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบในสถานบริการระดับรพช. สูงสุดร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ ระดับรพ.สต. ร้อยละ 42.2 และระดับรพศ./รพท. ร้อยละ 8.4 แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างสื่อรูปแบบซีดีกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.174)

ด้านการรักษาพยาบาล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการสถานบริการของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 94.1 รองลงมาคือ สถานบริการเอกชน/คลินิก ซื้อยากินเอง/รักษาตนเอง และไปรักษาพื้นบ้าน/หมอพื้นบ้าน และสิทธิในการรักษาพยาบาล พบว่าผู้สูงอายุใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 82.3 รองลงมาคือ สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 16.7 ประกันสังคม ร้อยละ 0.8 สวัสดิการจากนายจ้างและประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย ร้อยละ 0.1 ตามลำดับ

ส่วนการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ พบว่า ใช้สิทธิมากกว่าร้อยละ 90 มีเพียงร้อยละ 1.5 ที่จ่ายเงินเอง พบว่าความแตกต่างระหว่างเพศกับการไปสถานบริการสุขภาพและการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.003, p=0.000) พบผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายมีสิทธิในการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ขณะที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศและกลุ่มอายุกับการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.305, p=0.846) เมื่อพิจารณาตามสถานบริการพบว่ามีความแตกต่างระหว่างการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ในสถานบริการทุกระดับพบว่าผู้สูงอายุที่ไปรับบริการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของตนเป็นส่วนใหญ่

ความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ พบว่ามีความสะดวก ร้อยละ 88.5 และไม่สะดวก ร้อยละ 11.5 มีความแตกต่างระหว่างเพศและกลุ่มอายุกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000, p=0.014) โดยผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายตอบว่ามีความสะดวกในการเข้าถึงระบบบริการ และกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีสัดส่วนความ

สะดวกในการเข้าถึงบริการไม่แตกต่างกัน ขณะที่กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความสะดวกในการเข้าถึงบริการน้อยที่สุด (ร้อยละ 22.3) และเมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างความสะดวกในการเข้าถึงบริการกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยพบว่าสถานบริการระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการได้มากที่สุด และเหตุผลในความไม่สะดวกของผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ พบว่าเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูงมากที่สุด (ร้อยละ 24.3) รองลงมาคือ ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่สะดวก และระยะทางไกลบ้าน และมีความแตกต่างระหว่างเหตุผลความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยทุกระดับสถานบริการผู้สูงอายุให้เหตุผลของความไม่สะดวกในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง

ระยะทางไปกลับระหว่างบ้านและสถานบริการ พบว่าผู้สูงอายุใช้ระยะทางเดินทาง 1-5 กม. มากที่สุด ร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ 6-10 กม. ร้อยละ 17.2, น้อยกว่า 1 กม. ร้อยละ 14.9, 10-20 กม. ร้อยละ 13.2, 20-30 กม. ร้อยละ 3.5 และ 50 กม.ขึ้นไป ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาที่ผู้สูงอายุใช้เดินทางไปกลับสถานบริการพบว่า น้อยกว่า 30 นาทีมากที่สุด ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือ 30-60 นาที ร้อยละ 20.4 และมากกว่า 60 นาที ร้อยละ 3 โดยผู้สูงอายุใช้พาหนะเป็นมอเตอร์ไซค์ในการเดินทางมากที่สุด ร้อยละ 39.3 รองลงมาคือ รถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 27.9 รถรับจ้าง ร้อยละ 11.8 เดิน ร้อยละ 8.9 และรถประจำทาง ร้อยละ 6.6 ตามลำดับ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างระยะทางและระยะเวลาไปกลับสถานบริการของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000, p=0.000) โดยสถานบริการระดับรพช. และระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุใช้ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการน้อยกว่า 30 นาที ในขณะที่รพศ./รพท. ผู้สูงอายุใช้ระยะทางเดินทางไปรับบริการ 50 กม. ขึ้นไป

ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง พบว่าผู้สูงอายุไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปกลับระหว่างบ้านกับสถานบริการมากที่สุด ร้อยละ 47.9 รองลงมาคือ 50-100 บาท ร้อยละ 23.2, น้อยกว่า 50 บาท ร้อยละ 16.7, 101-200 บาท ร้อยละ 6.7, 201-300 บาท ร้อยละ 2.6 และมากกว่า 300 บาท ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ และมีความแตกต่างระหว่างค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปกลับสถานบริการระดับรพ.สต. สูงสุด (ร้อยละ 22.7) และระดับรพช. (ร้อยละ 20.7) ในขณะที่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 300 บาท ในการเดินทางไปกลับสถานบริการระดับรพช. และระดับรพศ./รพท. (ร้อยละ 1.2 และ 1.1 ตามลำดับ)

ด้านปัญหาในการมาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ พบผู้สูงอายุมีปัญหาในการมาใช้บริการโรงพยาบาล ร้อยละ 20.2 และร้อยละ 79.8 ไม่มีปัญหาการใช้บริการในสถานบริการแต่ละระดับ และมีความแตกต่างระหว่างเพศกับปัญหาการมาใช้บริการโรงพยาบาลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงและชายส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีปัญหาในการมารับบริการ (ร้อยละ 48.1 และ 31.7 ตามลำดับ) และพบมีความแตกต่างระหว่างปัญหาในการมาใช้

บริการของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุมีปัญหาในการมาใช้บริการในสถานบริการระดับรพช. มากที่สุด ร้อยละ 11.1 รองลงมาคือ ระดับรพ.สต. ร้อยละ 5.5 และระดับรพศ./รพท. ร้อยละ 3.6 ปัญหาการมาใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพในแต่ละดับของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไม่มีใครพามาสถานบริการสุขภาพสูงสุด ร้อยละ 31.2 รองลงมาคือ ระยะเวลารอคอยที่โรงพยาบาลนาน ร้อยละ 27.3, ไม่มีค่าเดินทาง ร้อยละ 16.1, มีขั้นตอนในการใช้บริการมาก ร้อยละ 10.7 และเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 7.7 ตามลำดับ ขณะที่ร้อยละ 3.3 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบริการไม่ดี และพบว่ามีความแตกต่างระหว่างสาเหตุของปัญหาในการมาใช้บริการของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบสถานบริการระดับรพช. ผู้สูงอายุมีปัญหาไม่มีใครพามาสูงสุด ร้อยละ 18.5 รองลงมาคือ ระยะเวลาในการรอคอยที่โรงพยาบาลนาน ร้อยละ 15.4 ไม่มีค่าเดินทาง ร้อยละ 9.2 และขั้นตอนในการใช้บริการมาก ร้อยละ 4.6 และสถานบริการระดับรพ.สต. และระดับรพศ./รพท. พบปัญหาเช่นเดียวกับระดับรพช. คือไม่มีใครพามาสถานบริการ (ร้อยละ 8.9 และ ร้อยละ 3.8 ตามลำดับ)

ลักษณะความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ได้แก่ แพทย์นัดหรือโรคเรื้อรังมากที่สุด ร้อยละ 50.1 รองลงมาคือ ผู้ป่วยใหม่/โรคทั่วไป ร้อยละ 37.6 และอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน ร้อยละ 3.4 และมีความแตกต่างระหว่างลักษณะการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยสถานบริการระดับรพช. และระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุมาใช้บริการมากที่สุด คือแพทย์นัดหรือโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 27.9 และ 14.2 ตามลำดับ) และพบว่าผู้สูงอายุมาใช้บริการในสถานบริการระดับรพ.สต เป็นผู้ป่วยใหม่หรือโรคทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 17.9 และกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินพบว่าไปใช้บริการในสถานบริการระดับรพช. สูงสุด (ร้อยละ 2)

ความเพียงพอของสถานบริการที่มีอยู่

ผู้สูงอายุมีความพอใจต่อการคัดกรอง ตรวจประเมินสุขภาพผู้สูงอายุสูงสุด ร้อยละ 23.7 รองลงมาคือ การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไปรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.3 การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.7 และการให้คำปรึกษาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.1 พบว่ามีความแตกต่างระหว่างความพอใจต่อการให้บริการกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยสถานบริการระดับรพช.และระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุพอใจต่อการคัดกรอง ตรวจประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ สูงสุด (ร้อยละ 11.5 และ 9.6 ตามลำดับ) ในขณะที่สถานบริการระดับรพศ./รพท. ผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจต่อการรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไปรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 3)

และด้านความเพียงพอในการจัดบริการ ผู้สูงอายุตอบว่าสถานบริการมีความเพียงพอในการจัดบริการ ร้อยละ 80.4 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.6 มีความแตกต่างระหว่างความเพียงพอในการจัดบริการกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000)

พบว่าผู้สูงอายุตอบว่าทุกระดับของสถานบริการมีการจัดบริการสุขภาพเพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ ขณะที่ในกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน พบว่าผู้สูงอายุใช้หรือไม่ใช้บริการไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.786)

พิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างการใช้บริการกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉินกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่ไปใช้บริการกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินในสถานบริการระดับรพศ./รพท. (ร้อยละ 22) เนื่องจากมีโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้กว่า ในขณะที่เหตุผลที่ไม่ใช้บริการในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินพบว่ามีความแตกต่างกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสถานบริการระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุไม่ไปใช้บริการในกรณีดังกล่าวเพราะไปแล้วอาจมีอุปกรณ์ไม่เพียงพอและไม่พบแพทย์ (ร้อยละ 19 และ 9.1 ตามลำดับ) และสถานบริการระดับรพศ./รพท. ที่ผู้สูงอายุไม่ไปใช้บริการเพราะมีโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้กว่า

ความสามาถของผู้ใช้บริการในการจ่าย

พบว่าผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากสิทธิที่มีอยู่ในแต่ละครั้งที่มารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ จำนวน 101-500 บาทต่อครั้งมากที่สุด ร้อยละ 4.9 รองลงมาคือ 30-100 บาท ร้อยละ 4.1, 501-1,000 บาท ร้อยละ 1.3 และ 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 0.8 ในขณะที่ร้อยละ 88.7 ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม และพบผู้สูงอายุมีความสามารถในการจ่ายเพิ่มน้อยกว่า 500 บาทต่อครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 76.5) รองลงมาคือ 501-1,000 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 12.8, มากกว่า 2,501 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 5.1, 1,001-1,500 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 3.1, 1,501-2,000 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 1.7 และ 2,001-2,500 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ และมีความแตกต่างระหว่างความสามารถในการจ่ายเพิ่มจากสิทธิที่มีกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าผู้สูงอายุจ่ายน้อยกว่า 500 บาท/ครั้งในสถานบริการระดับรพช.และรพ.สต. ในขณะที่จ่ายมากกว่า 2,501 บาท/ครั้ง ในสถานบริการระดับรพช.และรพศ./รพท.

การยอมรับคุณภาพการบริการ

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 18 จังหวัด ตามเขตตรวจราชการ พบว่าผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ในการให้การรักษาท่าน คะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 3.8951±0.68803 รองลงมาคือ มีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ เป็นกันเองด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8935±0.72944 มีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำและให้บริการ ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8733±0.71561 และมีความเชื่อมั่นในระบบบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ เท่ากับ 3.8324±0.70802 สรุปผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวมทุกด้าน ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8831±0.69111

เมื่อพิจารณาตามสถานบริการ พบว่าสถานบริการระดับรพศ./รพท.และระดับรพช. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการยอมรับคุณภาพบริการ อันดับหนึ่งได้แก่ มีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ในการให้การรักษา ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดเท่ากับ 3.9774±0.66297 และ 3.8796±0.71251 ตามลำดับ ในขณะที่สถานบริการระดับรพ.สต. พบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ เป็นกันเองด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นอันดับหนึ่ง ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดเท่ากับ 3.9909±0.72016

ความสะดวก/สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดเท่ากับ 3.9418±0.70323 รองลงมาคือ มีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีป้ายบอกจุดให้บริการอยู่ในจุดที่ชัดเจน ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8226±0.72214

สถานบริการระดับรพศ./รพท., ระดับรพช. และระดับรพ.สต. พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวกมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8904±0.67279, 3.9278±0.71532 และ3.9876±0.69437 ตามลำดับ

โดยสรุปจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุยังมีปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการในสถานบริการแต่ละระดับของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหลายสาเหตุ เช่น ไม่มีใครพามา ไม่มีค่าเดินทาง เสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เป็นต้น แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชากรในประเทศ แต่ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการ โดยกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุที่มีปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ผู้สูงอายุกลุ่ม 2,3) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันในการจัดระบบการบริการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น โดยการกำหนดนโยบายและการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงานและกระทรวงต่างๆ อย่างเป็นระบบและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังในระดับพื้นที่

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อสำหรับผู้บริหาร	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์	2
คำนิยามศัพท์	3
ขอบเขตการศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	5
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	25
บทที่ 4 ผลการศึกษา	28
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	80
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	91

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามหน่วยบริการ	29
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ	30
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามสถานะภาพและเพศ	30
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามสถานที่อยู่และเพศ	31
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามระดับการศึกษาและเพศ	32
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุสัมภาษณ์จำแนกตามการประกอบอาชีพและเพศ	32
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามความเพียงพอของรายได้และเพศ	32
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและเพศ	33
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามพฤติกรรมและเพศ	36
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเอง ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามภาวะสุขภาพและเพศ	37
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเอง ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามภาวะสุขภาพและกลุ่มอายุ	38
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำแนกตามเพศและการตรวจสุขภาพ	38
ตารางที่ 13	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จำแนกตามกลุ่มอายุและการตรวจสุขภาพ	39
ตารางที่ 14	จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมจำแนกตามเพศและปัญหาสุขภาพ	39

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต หรือทำกิจกรรม ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามปัญหาระบบสุขภาพและกลุ่มอายุ 41

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต หรือทำกิจกรรม ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามปัญหาสุขภาพอื่นๆ และเพศ 42

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุเคยใช้บริการกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ 44

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุเคยใช้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาล ที่มีการจัดให้บริการจำแนกตามเพศและการใช้บริการ 44

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามการเข้าถึงแหล่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ 46

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลจำแนกตามเพศ 49

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ 50

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ จำแนกตามการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาล 52

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ จำแนกตามความสะดวกในการเข้าถึงบริการ 53

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ ตอบว่าไม่สะดวกในการไปใช้บริการจำแนกตามเหตุผล 54

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ จำแนกตามระยะทางที่ใช้เดินทางจากบ้านไปสถานบริการ 56

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้สถานบริการ จำแนกตามระยะเวลาเดินทาง 57

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ จำแนกตามรูปแบบการเดินทางจากบ้านไปสถานบริการ 59

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุเดินทางไปกลับ จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 60

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการมาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ 61

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามปัญหาในการมาใช้บริการ 61

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามสาเหตุของปัญหาในการมาใช้บริการของผู้สูงอายุ 63

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามลักษณะความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ 65

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามความพอใจต่อการให้บริการ 66

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละความเพียงพอในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริการ 67

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามความเพียงพอในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ 67

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุเลือกใช้บริการในกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน จำแนกตามเพศและการใช้บริการ 67

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามเหตุผลการใช้บริการ 68

ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามความสามารถในการจ่ายเพิ่มจากสิทธิเดิม 70

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1 ร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์ 28

รูปภาพที่ 2 ร้อยละหน่วยบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ 29

รูปภาพที่ 3 ร้อยละผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลใด 31

รูปภาพที่ 4 ร้อยละการสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุ 34

รูปภาพที่ 5 ร้อยละการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุ 34

รูปภาพที่ 6 ร้อยละการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 35

รูปภาพที่ 7 ร้อยละกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ 35

รูปภาพที่ 8 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือ ทำกิจกรรม ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามปัญหาระบบสุขภาพและเพศ 40

รูปภาพที่ 9 ร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามปัญหาระบบสุขภาพ 42

รูปภาพที่ 10 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือ ทำกิจกรรม ณ วันสัมภาษณ์จำแนกตามปัญหาสุขภาพอื่นๆ และกลุ่มอายุ 43

รูปภาพที่ 11 ร้อยละความต้องการรูปแบบสื่อของโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ จำแนกตามรูปแบบสื่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 45

รูปภาพที่ 12 ร้อยละความพอใจของผู้สูงอายุ จำแนกตามสื่อข้อมูลด้านสุขภาพ 47

รูปภาพที่ 13 จำนวนและร้อยละความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ จำแนกตามเหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่ไปใช้บริการ 54

รูปภาพที่ 14 ร้อยละระยะทางที่ผู้สูงอายุใช้เดินทางจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพ 55

รูปภาพที่ 15 ร้อยละระยะเวลาที่ผู้สูงอายุใช้เดินทางจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพ 57

รูปภาพที่ 16 ร้อยละรูปแบบการเดินทางของผู้สูงอายุจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพ 58

รูปภาพที่ 17 จำนวนและร้อยละค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเดินทาง 60
จากบ้านไปกลับสถานบริการ

รูปภาพที่ 18 ร้อยละสาเหตุของปัญหาการมาใช้บริการในสถานบริการแต่ละระดับของผู้สูงอายุ 62

รูปภาพที่ 19 ร้อยละลักษณะความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุ 64
ต้องมารับบริการในสถานบริการ

รูปภาพที่ 20 ร้อยละค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายเพิ่มจากการใช้สิทธิเดิมในการรับบริการ 69

รูปภาพที่ 21 ร้อยละความสามารถในการจ่ายเพิ่มจากสิทธิเดิมของผู้สูงอายุ 70

รูปภาพที่ 22 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการยอมรับ 72
คุณภาพการบริการในสถานบริการ

รูปภาพที่ 23 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อความสะดวก/ 73
สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ

บทที่ 1
บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

จากการก้าวสู่สังคมสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจนของสังคมไทยในศตวรรษที่ 21 พบว่า ขนาดหรือจำนวนของประชากรรวมและประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2503 จนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต ขณะจำนวนประชากรผู้สูงอายุหรือประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจาก 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 7.4 ล้านคนในปีปัจจุบัน และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรไทยจะเป็นประชากรสูงอายุ ภายในปี พ.ศ. 2573 คาดประมาณกันว่าสัดส่วนจะเพิ่มเป็นถึง 1 ใน 4

การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุนั้นต้องการบริการด้านการแพทย์และพยาบาลที่ต่างไปจากคนในวัยอื่น เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของร่างกาย พฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ผ่านมา รวมถึงสิ่งแวดล้อม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะกระดูกพรุน รวมถึงบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม ซึ่งภาวะดังกล่าวนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2551 ผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ/โภชนาการ/เมตะบอลิกอื่น เบาหวาน โลหิตจาง และอาการ/อาการแสดง/สิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก และไตวาย จากรายงานประจำปีผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551 พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) จำนวน 1.6 ล้านราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.6) และเพศชาย (ร้อยละ 45.4) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.5) กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 40.8 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.7 พบว่าผู้สูงอายุเข้านอนพักรักษาแบบผู้ป่วยในมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.22 วัน เป็นกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เท่ากับ 6.77 วัน ฉะนั้นในสังคมผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะมีบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่เหมาะสม และหลายประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุจัดบริการเช่นนี้สำหรับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ

ประเทศไทยก็ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญถึงความต้องการนี้มานานแล้ว โดยมีหลายหน่วยงานเข้ามาร่วมมือกันในการทำงานด้านผู้สูงอายุทั้งทางด้านการแพทย์ และด้านสังคมเศรษฐกิจ สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11(1) ด้านการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้สะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย (2551) พบว่า

มีเพียงร้อยละ 2.6 เท่านั้นที่ไม่มีสิทธิด้านสุขภาพ แต่ความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพจากรัฐของผู้สูงอายุไทย คือร้อยละ 30 ต้องการให้มีบุคลากรทางการแพทย์มาเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว ร้อยละ 18.3 ต้องการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล และร้อยละ 11.2 ต้องการให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านหรือชุมชน ดังนั้นจะเห็นได้ว่า แม้ผู้สูงอายุไทยจะมีสิทธิและสวัสดิการด้านสุขภาพแล้วก็ตาม ก็ยังคงมีปัญหาด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งอาจไม่ได้หมายถึงการขาดศักยภาพด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น การเข้าถึงมีความหมายมากกว่าสิทธิการเข้าถึง จึงเป็นเสมือนโอกาสหรือความสามารถในการเข้าถึงในระบบบริการนั้นๆ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงเห็นความสำคัญประเด็นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพควรมีการให้ความสำคัญในมิติอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาวะต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ความชราภาพ การขาดผู้ดูแล การขาดความรู้และความรับรู้ในสิทธิและสวัสดิการ หรือการมีปัญหาทางด้านสมรรถภาพของร่างกาย เป็นต้นฯลฯ ปัญหาดังกล่าวนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งหรือส่วนสำคัญต่อการรับบริการด้านสุขภาพก็เป็นได้ ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก็จะสามารถนำผลจากการวิจัยในครั้งนี้ไปพัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ ดังนั้น จึงควรมีการวิจัยในประเด็น “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย” ในหัวข้อการศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในสถานบริการแต่ละระดับของประเทศ รวมทั้งการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแผนงานโครงการเพื่อรองรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศไทยในอนาคต

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษารูปแบบและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการในปัจจุบัน

2. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการเข้าถึงรูปแบบระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบข้อมูลพื้นฐาน/สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน

2. ทราบเพื่อการจัดทำและวางแผนดำเนินงานพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับประเทศ

3. ทราบข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการเพื่อนำเสนอเชิงนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล

4. ทราบข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

นิยามคำศัพท์

1. ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยถือเอาตามวันเกิดหรืออายุตามปฏิทิน มีทะเบียนบ้านและภูมิลำเนาอยู่ในประเทศไทย

2. ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบบริการที่ครอบคลุมการจัดบริการสุขภาพที่เป็นทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ และจัดโดยบุคคล ครอบครัวและชุมชน

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานตามสิทธิในหลักประกันสุขภาพ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพพร้อมทั้งได้รับการดูแลรักษาตามสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคล

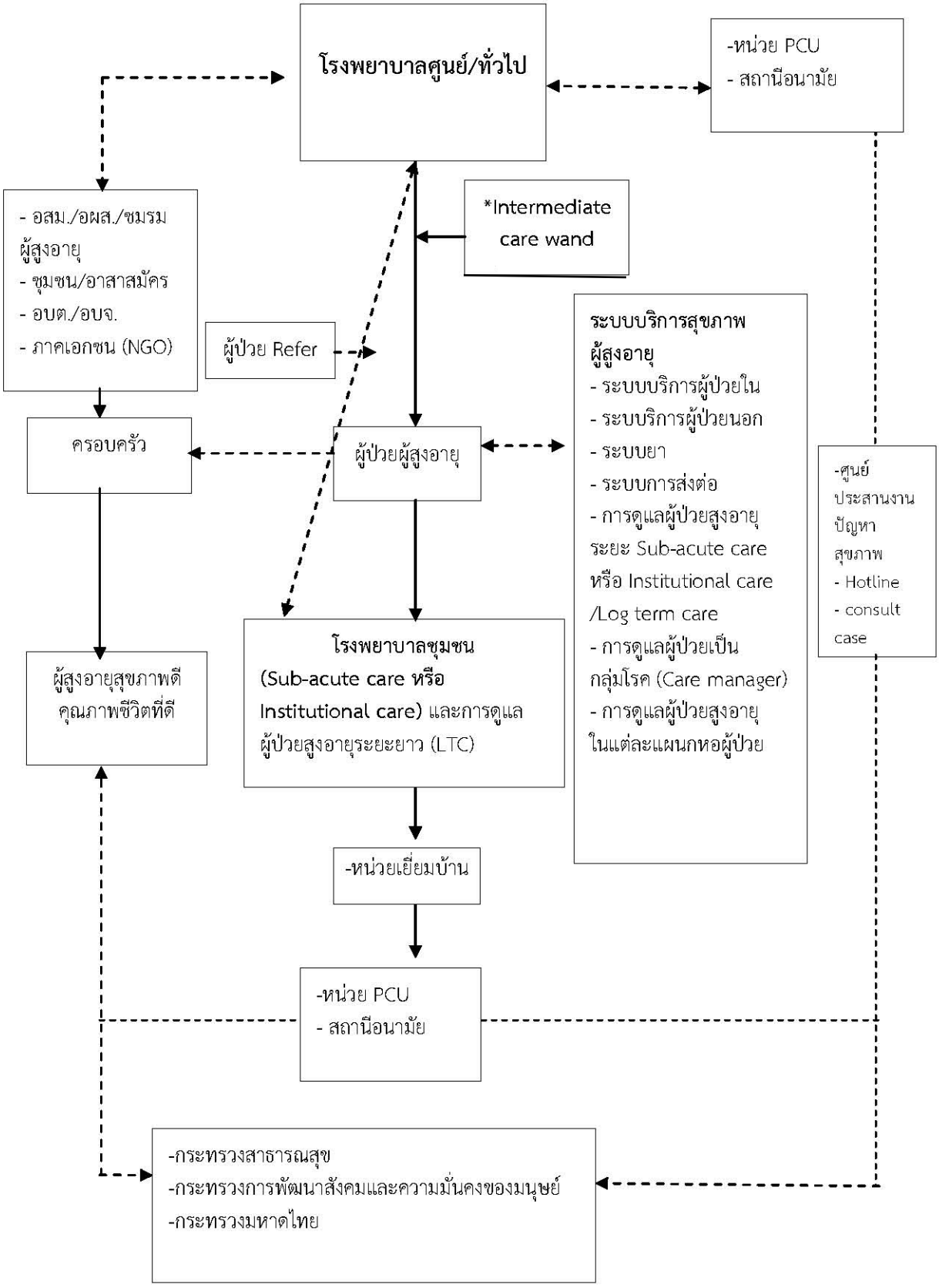
ขอบเขตของโครงการวิจัย

ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในโรงพยาบาลแต่ละระดับของกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมกระจายทั่วภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน และความคิดเห็นในประเด็นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการของผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุขและสาธารณสุข

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่เหมาะสม ตามบริบทและศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับในประเทศไทย

ทฤษฎี สมมุติฐาน (ถ้ามี) และกรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย



บทที่ 2
การทบทวนวรรณกรรม

สถานการณ์ด้านสุขภาพ

คนไทยมีอายุยืนขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาและสังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าอีกยี่สิบปีข้างหน้าเราจะมีผู้สูงอายุสูงถึงหนึ่งในสี่ของประชากร แบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นหลักมาเป็นโรคไม่ติดต่อซึ่งเกิดจากการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มะเร็ง ฯลฯ จากผลการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่าประชากรไทยจะไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มที่รู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมอาการและดูแลรักษาตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งภาวะดังกล่าวมักนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคมต่อไป จากข้อมูลการศึกษาภาระโรคของคนไทย พบว่าสาเหตุหลักของการสูญเสีย ปีสุขภาวะของคนไทยมาจากโรคไม่ติดต่อเป็นหลัก ตามด้วยกลุ่มโรคติดต่อโดยเฉพาะโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และการบาดเจ็บโดยเฉพาะจากอุบัติเหตุจราจร ปัจจัยทางสังคมนอกระบบสาธารณสุข (Social determinants of health) มีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาสุขภาพของประชากรไทย การพัฒนาเศรษฐกิจที่ผ่านมามีผลทำให้สุขภาพคนไทยดีขึ้นจาก “การอยู่ดีกินดี” แต่ขณะเดียวกันก็สร้างปัญหาตามมา เช่น ปัญหาจากมลภาวะ พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาสังคม ปัญหาการกระจายรายได้อันนำไปสู่การแตกแยกทางสังคม (Social exclusion) และความไม่สงบทางการเมือง ทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพทางกายและทางจิต การที่สังคมก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีผลให้มีค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามอายุเป็นลักษณะตัวอักษร “J” (J Curve) กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายสุขภาพจะสูงในช่วงวัยแรกเกิดจากนั้นจะลดต่ำที่สุดในช่วงหนุ่มสาว จากนั้นจะกลับสูงขึ้นในวัยกลางคนและสูงที่สุดในวัยชรา

การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

แนวคิดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

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

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทางเข้าของบริการสุขภาพของประชาชนที่จะได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ (Rosen, Florin and Dixon, 2001) เป็นมิติที่พรรณนา ถึงศักยภาพและทางเข้าที่แท้จริงของระบบการให้บริการกลุ่มประชากร (Aday and

Andersen, 1974) และเป็นบริการที่มีความเพียงพอทุกเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้ป่วยต้องการ โดยจุดสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นนั้นได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน (Bodenheimer, 1970 ; Freaborn and Greenlick 1973) การใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความเป็นจริง ทุกสิ่งจะต้องมีความสะดวกต่อการใช้บริการของบุคคลนั้น (Andersen, 1995) มีความพอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ (Penchansky and Thomas, 1981)

สรุปได้ว่าการเข้าถึงบริการเป็นบริการที่ต้องมีความพอเหมาะและเพียงพอทุกเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้ป่วยต้องการ ประชาชนสามารถที่จะเข้าระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็น และได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพที่แท้จริง ซึ่งการเข้าสู่ระบบและบริการที่จำเป็นนั้นได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน กรอบการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการการเข้าถึงบริการ ด้านการใช้บริการและผลลัพธ์ของบริการ ด้านความต้องการในการเข้าถึงบริการสุขภาพในระบบการดูแลสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยพิจารณาตามความจำเป็นทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการเข้าถึงบริการโดยทั่วไปจะขึ้นกับเงื่อนไข 2 ประการ ได้แก่ บริการสุขภาพที่ผู้ซื้อต้องการและลูกค้าใช้บริการ และเขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Howard, et.al. 2000) การประเมินความต้องการในการดูแลสุขภาพค่อนข้างทำยาก เพราะทางเทคนิคการประเมิน เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการดูแลสุขภาพและสถานะสุขภาพ ความต้องการของบุคคลในการดูแลสุขภาพเป็นการทำให้สถานะสุขภาพของบุคคลนั้นเป็นปกติเท่าที่จะเป็นได้และคงสภาพนั้นไว้

การเข้าถึงบริการตามแนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Adersen, 1981) ได้จำแนกระหว่าง ศักยภาพการเข้าถึง (Potential access) และการเข้าถึงที่แท้จริง (Realized access) ศักยภาพการเข้าถึงนั้นได้กล่าวถึงโอกาสของการเข้าถึงระบบสุขภาพว่าเป็นความพอเพียงของบริการ (Availability of services) ส่วนการเข้าถึงที่แท้จริงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความพอเพียงของบริการและการใช้บริการที่แท้จริง การเข้าถึงบริการที่แท้จริงเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลโดยที่กรอบแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1974) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการได้แก่

1. นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญ จุดประสงค์ของแนวคิดนโยบายนี้จะเน้นทางด้านงบประมาณการศึกษา อัตรากำลัง และโครงการจัดการสุขภาพใหม่

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

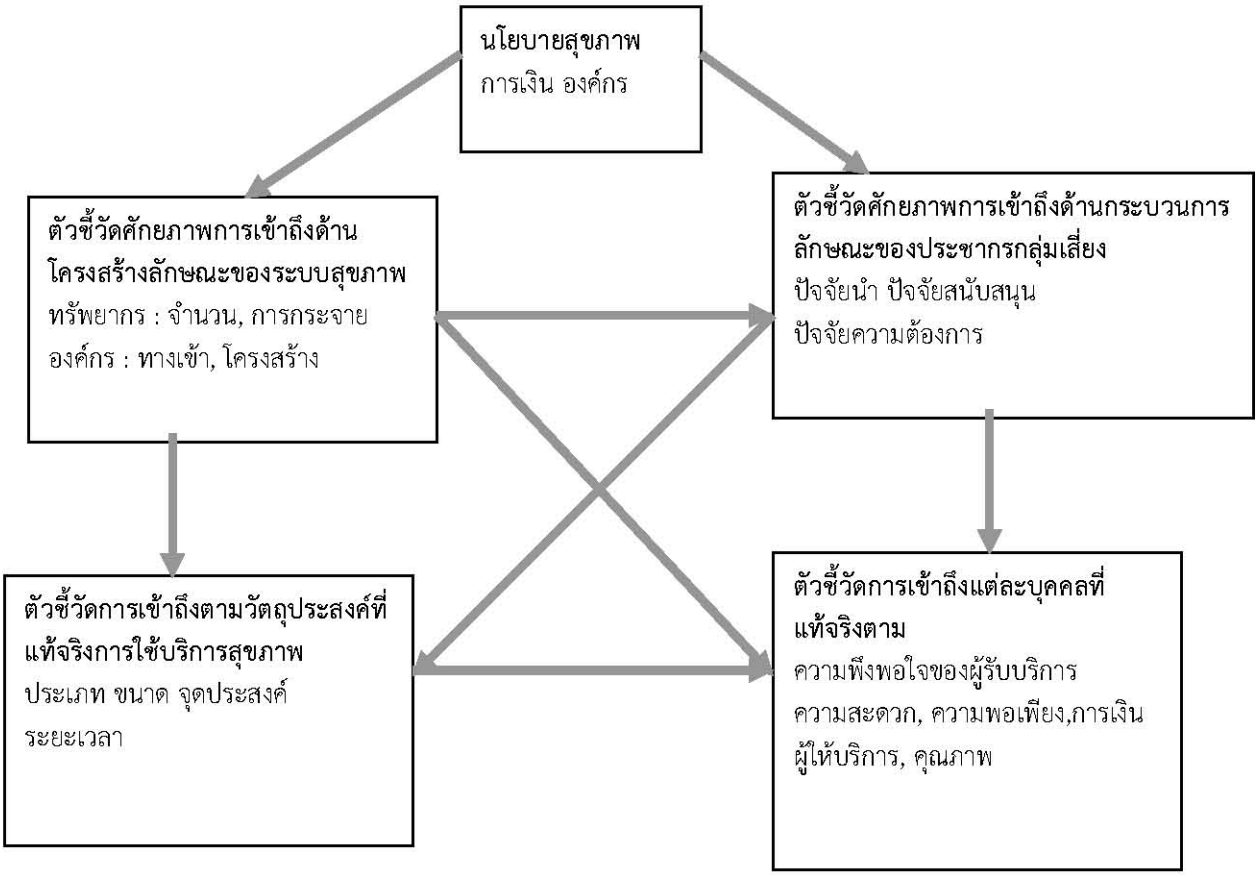
3. ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristics of population) ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุน เช่น รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย

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

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง

อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1974) ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ไว้ว่า นโยบายสุขภาพจะมีจุดหมายที่จะดึงดูดลักษณะของการระบบการให้บริการสุขภาพโดยตรง คุณสมบัติของประชากรสามารถมีการเปลี่ยนแปลงโดยนโยบายสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงในระบบการให้บริการอาจจะมีผลโดยตรงกับรูปแบบการใช้บริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ และลักษณะของประชากรก็มีผลโดยตรงกับการใช้บริการและความพึงพอใจของการใช้บริการของผู้รับบริการมีแนวโน้มว่าจะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ ประสบการณ์ความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจก็มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพที่จะตามมาเช่นเดียวกัน

ปัจจัยทั้ง 5 นี้ได้ใช้สองแนวความคิดหลักคือ 1) การเข้าถึงบริการเป็นลักษณะเฉพาะของประชากร (รายได้ครอบครัว ค่าชดเชยจากการประกันสุขภาพ ทัศนคติต่อการรับการดูแลรักษาทางการแพทย์) หรือลักษณะเฉพาะของระบบบริการ ได้แก่ การกระจายบุคลากร ทรัพยากรและเครื่องมือ และ 2) การเข้าถึงบริการ ประเมินได้ดีที่สุดจากตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ของแต่ละบุคคลที่ได้ผ่านระบบนั้นๆ เช่น จากอัตราการใช้ประโยชน์หรือระดับความพึงพอใจ การวัดค่าเหล่านี้ก่อให้เกิดตัวประกอบภายนอกของความสำคัญของระบบและลักษณะเฉพาะของแต่ละระบบ ซึ่งต่อมาอเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1981) ได้ปรับแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพตามภาพประกอบ



กรอบแนวคิดการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ที่มา : อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen,1981)

สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จากการเสื่อมด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนจากภัยพิบัติที่เกิดจากธรรมชาติ จากข้อมูลสุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2548 พบว่าคนไทยเสียชีวิตมากที่สุดด้วยอุบัติเหตุ ปีละ 32,000 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด ปีละ 30,000-50,000 คน และมะเร็งปีละ 40,000-50,000 คน ซึ่งล้วนแล้วมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตามสถานการณ์ เริ่มจากการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2545 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงในระยะแรกเป็นไปอย่างรวดเร็วและขาดการศึกษาวิจัยอย่างบูรณาการเป็นระบบ ส่งผลกระทบต่อการให้บริการอย่างมาก ทั้งในแง่บวกและลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบให้บริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และในภาครัฐอื่นๆ ทำให้เป้าหมายในการจัดบริการเบี่ยงเบนไปทั้งใน**ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** คุณภาพบริการ รวมทั้งประสิทธิภาพ พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี จนคาดว่าจะถึง 300,000 ล้านบาทในเร็วๆ นี้ ในขณะเดียวกันการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมก็ยังเป็นปัญหาใหญ่การบริการเชิงรุก

เข้าถึงครอบครัวชุมชนยังไม่เกิดอย่างเป็นธรรม ระบบการดูแลทางด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม (Holistic care) อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งระบบการส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วย จนกระทั่งปัจจุบันที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 30 ปี ที่ผ่านมา เพื่อตอบสนองต่อแนวคิดและปรัชญาด้านสุขภาพ การถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งคุณภาพชีวิต พฤติกรรมด้านสุขภาพ และสภาวะสุขภาพของคนไทยที่มีแนวโน้มดีขึ้นตลอดช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ปัจจุบันพบว่าการจัดบริการด้านสุขภาพมุ่งเน้นในเรื่องประสิทธิภาพ การควบคุมต้นทุนเป็นหลัก และเพิ่มการเข้าถึงบริการ จะเห็นได้ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและจำกัดค่าใช้จ่ายรายหัวประชากรต่อปีเพียง 1,202 บาท ถึง 2 ปี ก่อนจะเพิ่มค่าใช้จ่ายรายหัวให้เป็น 1,308 และ 1,396 บาท ในช่วง 2 ปีหลัง ซึ่งเป็นการเพิ่มตามเงินเดือนที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น การจัดบริการสาธารณสุขในทุกระดับจึงต้องคำนึงถึงการลดต้นทุนเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีนโยบายขยายบริการปฐมภูมิ การเปลี่ยนบทบาทของสถานีอนามัยไปเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน จัดทำมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน การเพิ่มจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นโดยเฉพาะในเขตเมือง ต้องล่าช้าไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ ส่งผลต่อการจัดบริการสาธารณสุขอย่างมาก

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรก้าวสู่สังคมสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจนของสังคมไทยในศตวรรษที่ 21 พบว่า ขนาดหรือจำนวนของประชากรรวมและประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2503 จนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต ขณะจำนวนประชากรผู้สูงอายุหรือประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจาก 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 และคาดว่าจะเพิ่มถึง 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรไทยจะเป็นประชากรสูงอายุภายในปี พ.ศ. 2573 คาดประมาณกันว่าสัดส่วนจะเพิ่มเป็นถึง 1 ใน 4 พบว่าการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุนั้นต้องการบริการด้านการแพทย์และพยาบาลที่ต่างไปจากคนในวัยอื่น เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของร่างกาย พฤติกรรมและการดำรงชีวิตที่ผ่านมา รวมถึงสิ่งแวดล้อม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะกระดูกพรุน รวมถึงบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม ซึ่งภาวะดังกล่าวนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพและทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2551 ผู้ป่วยในรายบุคคลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ/โภชนาการ/เมตะบอลิกอื่น เบาหวาน โลหิตจาง อาการ/อาการแสดง/สิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิก และไตวาย จากรายงานประจำปีผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551 พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) จำนวน 1.6

ล้านราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.6) และเพศชาย (ร้อยละ 45.4) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.5) กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 40.8 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.7 พบว่าผู้สูงอายุเข้านอนพักรักษาแบบผู้ป่วยในมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.22 วัน เป็นกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เท่ากับ 6.77 วัน ฉะนั้นในสังคมผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะมีบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่เหมาะสม หลายประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุจัดบริการเช่นนี้สำหรับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ และการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยจะต้องรองรับกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว นอกจากนี้ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าและ มีการนำระบบสารสนเทศเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการจัดบริการสาธารณสุขและเป็นโครงการพื้นฐานที่สำคัญในการจัดบริการแต่ยังขาดการลงทุนและพัฒนาในสถานบริการอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมายด้านการสาธารณสุข

เป้าหมายเฉพาะในการจัดบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย

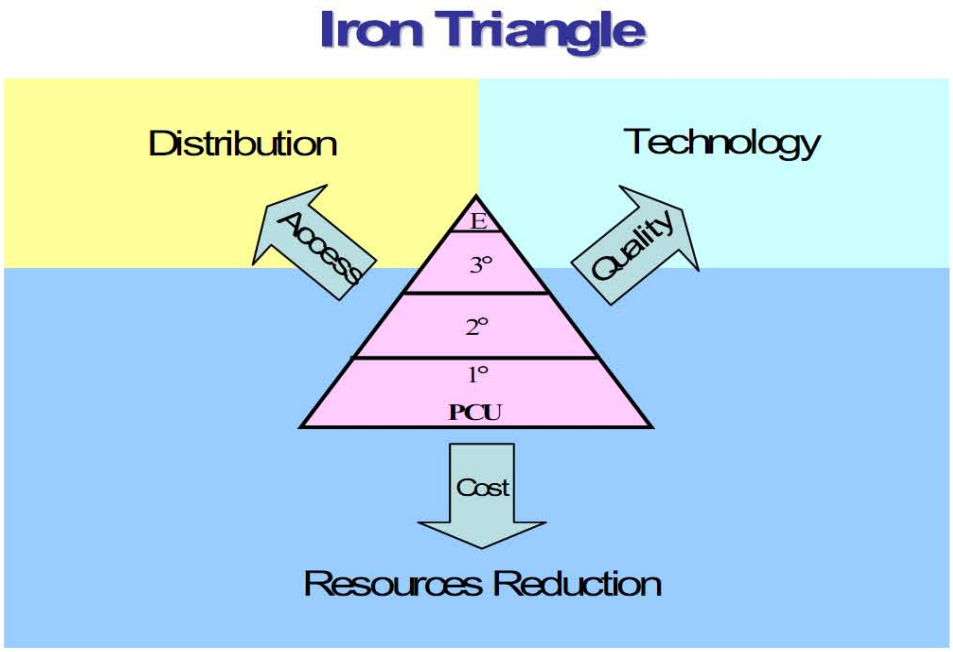
1. การให้บริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ (Quality)

2. การจัดบริการให้ทั่วถึง ทุกคนในประเทศสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างสะดวก (Access) ซึ่งร่วมถึงการจัดบริการให้เสมอภาคและเป็นธรรม

3. การจัดบริการโดยใช้ทรัพยากรที่สมเหตุสมผล และมีประสิทธิภาพ (Cost)

4. การจัดบริการให้บรรลุประสิทธิผลของการจัดบริการสาธารณสุข

จุดมุ่งหมาย 3 ข้อแรก เป็นจุดมุ่งหมายหลักของการจัดบริการ (Tron Triangel : Access, Cost, Quality) ซึ่งต้องบรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ข้ออย่างสมดุล จึงจะเกิดผลดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน



รูปแสดงจุดมุ่งหมายหลักการจัดบริการ

การกำหนดให้บรรลุเป้าหมายข้อใดข้อหนึ่งมากเกินไปจะส่งผลกระทบต่อเป้าหมายอีกสองข้อที่เหลือ เช่น การจัดบริการสาธารณสุขที่มุ่งเป้าหมายด้านคุณภาพการบริการจำเป็นต้องทุ่มเททรัพยากรและให้ความสำคัญกับสถานบริการที่ต้องการให้บริการที่มีคุณภาพ ให้ได้รับทรัพยากรตามมาตรฐาน เช่น มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขาตามภารกิจที่กำหนด เครื่องมือทันสมัยเพียงพอและพื้นที่จัดบริการเหมาะสม ทำให้เกิดการจัดบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและมีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้บรรลุในแง่ของ Access และ Cost น้อยลง เป็นต้น แต่ถ้ามุ่งเป้าหมายที่ Cost การจำกัดการใช้งบประมาณสำหรับสุขภาพทำให้ไม่สามารถขยายให้ครอบคลุมพื้นที่ และไม่สามารถจัดบริการให้เกิดคุณภาพได้ หรือหากมุ่งเน้นให้เกิดการเข้าถึงบริการทั่วถึงจะต้องสร้างและกระจายทรัพยากรสุขภาพให้ทั่วถึง ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรสุขภาพจำนวนมาก การจัดบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายในสามข้อให้สมดุลจะเกิดผลต่อสุขภาพของประชาชน

สภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข

1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร พบว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องจัดบริการสาธารณสุขเฉพาะเพื่อรองรับปัญหาและโรคของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ทรัพยากรสาธารณสุขจำเป็นต้องเพิ่มขึ้น

2. ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ

3. การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี

ยุทธศาสตร์หลักด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. Health Promotion การส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรง รวมถึงแผนการดำรงชีวิต (life style) และการจัดบริการ Health Promotion เป็นเชิงรุกโดยมีเป้าหมายครอบคลุมทั่วไปทุกเพศ ทุกกลุ่มอายุ และทุกสถานที่

2. Disease, Condition Prevention คือ การป้องกันโรคก่อนที่ร่างกายจะเกิดความผิดปกติขึ้น โดยลดความรุนแรงของตัวกระทำให้เกิดโรค และสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย การจัดบริการด้าน Prevention เป็นเชิงรุกที่มีกลุ่มเป้าหมายแตกต่างไปตามสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่

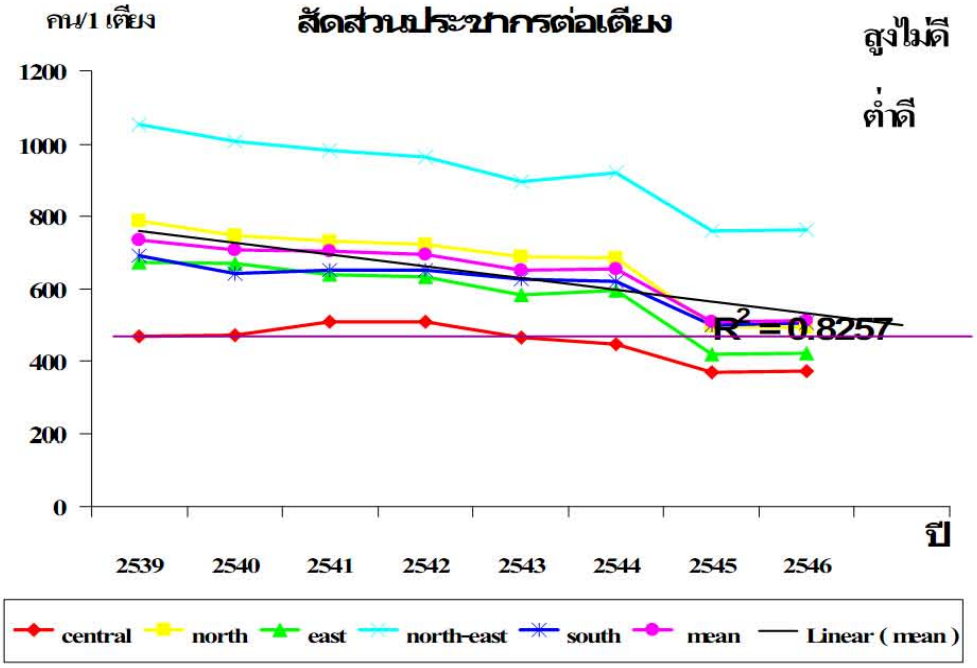
3. Curative care คือการรักษาพยาบาล มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความผิดปกติหรือโรคให้กลับคืนมาสู่สภาพปกติ โดยไม่ให้เกิดความผิดปกติหรือโรครุนแรงขึ้นจนเกิดความพิการหรือความตาย จัดบริการรักษาพยาบาลและครอบคลุมเป้าหมายที่เจ็บป่วย

4. Rehabilitation เป็นการฟื้นฟูเมื่อมีการผิดปกติหรือโรคที่ก่อให้เกิดความพิการ ไม่ว่าจะเป็นชั่วคราวหรือถาวร ทำให้มีการฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจให้กลับมาอยู่ในสภาพที่ใกล้เคียงปกติหรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้

จากการศึกษาระบบการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทยพบว่าประเทศไทยให้ความสำคัญกับเป้าหมายเรื่องการจัดบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงเป็นหลักใหญ่ จนถึงการบังคับไว้ในรัฐธรรมนูญและในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทั้งสองแผน การจัดบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง (Access) กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญของเป้าหมายนี้มาโดยตลอดในช่วง 20 ปี

โครงการต่างๆ จะเป็นการขยายการให้บริการ เช่น โครงการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาสถานีอนามัย เพื่อรองรับการจัดบริการสาธารณสุขในภูมิภาค เมื่อใช้ประชากรต่อเตียงเป็นตัวชี้วัด จะเห็นได้ว่าจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นตลอด ขณะที่การกระจายของเตียงในภาคต่างๆ มีความแตกต่างกันมากในช่วงปี 2539-2543 พบมีความแตกต่างลดลงในช่วงปี 2544-2546 ทั้งนี้เพราะจากนโยบายการกำหนดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลต่างๆ ให้เป็นไปตามความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีปัญหาเรื่องทรัพยากรสาธารณสุขน้อยกว่าภาคอื่นๆ โดยมีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของทรัพยากรต่อประชากรเพิ่มขึ้นมาตลอดจนถึงปี 2546

รูปภาพการจัดบริการสาธารณสุขช่วงตั้งแต่ปี 2539-2546 บรรลุเป้าหมายมากขึ้นในประเด็นการเข้าถึงบริการ (Access) และการควบคุมต้นทุน (Cost) เมื่อพิจารณาในประเด็นคุณภาพการจัดบริการสาธารณสุขยังคงมีปัญหาและต้องการพัฒนาด้านคุณภาพ



ปัญหาและข้อเสนอแนะการจัดบริการสาธารณสุข

1. ตั้งสมมติฐานผิดในเรื่องทรัพยากรสาธารณสุข เช่น ทรัพยากรสาธารณสุขทั่วประเทศมีเพียงพอ แต่มีปัญหาการกระจายทรัพยากรไม่เหมาะสมเท่านั้น เป็นต้น

2. เป้าหมายที่กำหนดไว้มุ่งตอบสนองต่อปรัชญาเรื่องความเท่ากัน (Equality) เช่น ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลต้องใช้เวลา และมีความเท่าเทียมกันในการรับบริการสถานบริการระดับสูงเท่าเทียมประชาชนที่ตั้งบ้านเรือนอยู่หน้าศูนย์ตติยภูมิเฉพาะโรค การจัดสรรเงินเหมาจ่ายต่อหัวระดับอำเภอต้องเท่ากับที่ระดับจังหวัด โดยไม่คำนึงถึงภารกิจที่แตกต่างในการให้บริการ

3. กำหนดเป้าหมายในการสร้างประสิทธิภาพของระบบโดยการจำกัดทรัพยากรสาธารณสุข

4. การจัดระบบบริการไม่คำนึงถึงปัญหาและความต้องการสาธารณสุขของประเทศไทย สิทธิประโยชน์ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ไม่รองรับปัญหา HIV/AIDS ซึ่งเป็นภาระในลำดับแรกของ Years of Life Lost ของประชาชนไทยทั้งชายและหญิง และยังเป็นลำดับแรกของ DALY ของประชาชนไทยชาย ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขไม่ตอบสนองต่อปัญหาที่เป็นภาระลำดับต้นๆ ของประเทศ

5. ระบบการเงินการคลังที่จัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขให้แก่ผู้ให้บริการเป็นเหมาจ่ายรายหัว โดยแยกเรื่องค่ารักษาพยาบาลที่มีรายจ่ายสูงซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความเสียหายของร่างกาย เช่น โรคมะเร็งอุบัติเหตุ จ่ายตาม activities โดยไม่พิจารณาถึงภาระโรค ทำให้งบประมาณค่ารักษาพยาบาลสูง อย่างกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินจัดไว้ไม่เพียงพอ

ปัญหาที่พบในรูปแบบของสถานบริการสาธารณสุข

รูปแบบของสถานบริการในประเทศไทยมีหลากหลายในส่วนสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเป้าหมายหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพมาโดยตลอด โดยอ้างเป้าหมายการปฏิรูประบบราชการหรือระบบสาธารณสุข เพื่อปรับเปลี่ยนการจัดบริการให้ตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขและความต้องการของประชาชน และองค์กรต่างๆ ในระบบให้ทำงานสอดคล้องกันไปตามกลไก บทบาทและภารกิจ ดังนี้

1. ขาดกลไกควบคุมกำกับให้สถานบริการสาธารณสุขในระบบ ให้จัดบริการโดยคำนึงถึงภารกิจและความรับผิดชอบต่อประชาชนในภาพรวมทั้งระบบ ซึ่งหากมีกลไกควบคุมกำกับที่ดี สถานบริการรูปแบบใดก็ได้รับตรวจสอบควบคุมให้ดำเนินการอย่างเหมาะสม

2. มุ่งเน้นการปรับรูปแบบ โครงสร้าง การบริหารจัดการ และความเป็นเจ้าของสถานบริการสาธารณสุขโดยไม่คำนึงถึงกลไกการควบคุมกำกับ และตรวจสอบให้สถานบริการสาธารณสุขมีความรับผิดชอบต่อภารกิจและผู้รับบริการ

3. ข้อเสนอในการปรับรูปแบบสถานบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่มาจากมุมมองที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขเดียวที่ทำงานเบ็ดเสร็จ ไม่เห็นความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการระดับนั้นๆ และสถานบริการระดับอื่นๆ

4. กำหนดเป้าหมายการปรับปรุงโดยสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งภารกิจของสถานบริการมีขอบข่ายกว้างขวาง บางครั้งอาจไม่ตอบความพึงพอใจส่วนบุคคลได้

5. รูปแบบการบริการได้กำหนดเครือข่ายให้บริการที่เชื่อมโยงโดยระบบส่งต่อ ยังพบปัญหาในการจัดบริการดังกล่าว และพบมีความซ้ำซ้อนไม่มีการวางแผนรวมกันในหลายพื้นที่ส่งผลต่อคุณภาพของงาน นอกจากนี้ภาระความรับผิดชอบในการส่งต่อส่วนใหญ่ตกเป็นภาระของผู้รับบริการและญาติ ยกเว้นส่งต่อในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น

6. ระบบควบคุมกำกับสถานบริการเอกชนในปัจจุบัน มุ่งเน้นไปที่การจัดบริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค โดยไม่มีมีระบบควบคุมกำกับด้านประสิทธิภาพด้านการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ทำให้ภาคเอกชนสามารถลงทุนโดยคำนึงถึงการแข่งขันเป็นหลัก จึงมีการกระจุกทรัพยากรสาธารณสุขเอกชนใน

กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล รวมทั้งจังหวัดใหญ่ๆ ที่มีประชาชนเศรษฐฐานะดี โดยดึงทรัพยากรบุคคลมาจากภาครัฐ ทำให้พื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรบุคคล

ระบบบริการสาธารณสุขไทย

1. สถานการณ์และสภาพปัญหา

ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธาณสุข โดยมีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และต่อมาก็มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น อย่างไรก็ดียังพบว่าความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังคงดำรงอยู่อันเนื่องมาจาก

1. จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับรองรับปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีจำนวนมากขึ้น เช่นนักกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด รวมถึงบุคลากรที่ไม่ใช่สายวิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. การขาดความเป็นธรรมในการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการกระจายของโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงที่มีการกระจุกตัวบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานคร ในขณะที่บางเขตพื้นที่ไม่มีบริการ

3. บริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ เช่น บริการระยะกลางและบริการระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการทั้งในชุมชนและในสถาบันยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายทั้งชั่วคราวและถาวรเกือบทั้งหมดจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท

4. ระบบบริการปฐมภูมิขาดคุณภาพและไม่เข้มแข็ง แม้ว่าจะมีแนวคิดในการผลักดันให้เกิดบริการปฐมภูมิซึ่งครอบคลุมบริการสาธารณสุขมูลฐานด้วย แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีการดำเนินการผลักดันอย่างเป็นระบบ สถานบริการปฐมภูมิของรัฐซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีบุคลากรไม่เพียงพอ และได้รับงบประมาณเพิ่มเติมน้อยกว่าบริการรักษาเฉพาะทางอย่างชัดเจน ในส่วนคลินิกเอกชนเริ่มมีบางส่วนให้บริการอย่างรอบด้านตามแนวคิดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คลินิกส่วนใหญ่ยังเน้นให้บริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก เมื่อพิจารณาจากทัศนคติของประชาชนก็พบว่า ยังไม่เข้าใจและขาดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ซึ่งเห็นชัดเจนจากสัดส่วนการใช้บริการที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มลดลง

5. ศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัดในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซับซ้อนมากขึ้นและต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นและชุมชน

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพประเทศไทย

2.1 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ

ประเทศไทยมีแนวโน้มขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โครงการสุขภาพโดยความสมัครใจ ระบบประกันสุขภาพเอกชน และพรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ ในปี พ.ศ. 2544 สามารถครอบคลุมประชากรได้ถึงร้อยละ 71 และจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ส่งผลให้ประชาชนทั้งประเทศมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96 ในพ.ศ. 2549 โดยเป็นผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 74.3 และผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย ร้อยละ 4

ตารางแสดงร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2534, 2539, 2544 และ พ.ศ. 2546-49

ระบบประกันสุขภาพ	ก่อนมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			เมื่อมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	0.9	74.7	73.5	72.2	74.3
-บัตรทองมี ท. (ไม่เสีย 30 บาท)	-	-	-	}74.7	30.6	28.1	28.6
-บัตรทองไม่มี ท. (เสีย 30 บาท)	-	-	0.9		42.9	44.1	45.7
สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)	12.7	12.6	31.5	-	-	-	-
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	15.3	10.2	8.5	8.9	9.4	9.8	8.9
-ข้าราชการ	13.2	9.0	7.5	}8.9	}9.4	} 9.8	} 8.9
-พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2.1	1.2	1.0				
ประกันสังคมและกองทุนทดแทนแรงงาน	-	5.6	7.2	9.6	10.7	11.0	11.4
ประกันสุขภาพสมัครใจ	4.5	16.1	-	-	-	-	-
-บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	1.4	15.3	20.8	-	-	-	-
-บัตรประกันสุขภาพเอกชน	3.1	0.8	1.3	1.7	0.8	1.0	0.7
อื่นๆ	0.9	1.0	0.8	-	-	1.1	0.7
มีหลักประกันสุขภาพ	33.5	45.5	71.0	94.9	94.3	95.1	96.0
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	66.5	54.5	29.0	5.1	5.7	4.9	4.0

ที่มา: 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534,2539,2544,สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546-2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากตารางพบว่าในปี พ.ศ. 2549 ประชากรที่อยู่ในชนบทได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงกว่าประชาชนในเขตเมือง แต่ประชาชนในเขตเมืองมีสวัสดิการประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการมากกว่าประชาชนในเขตชนบท

ตารางแสดงร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2546, 2547 และ พ.ศ. 2549

การมีหลักประกันสุขภาพ	ในเขตเทศบาล						นอกเขตเทศบาล					
	2534	2539	2544	2546	2547	2549	2534	2539	2544	2546	2547	2549
ไม่มีสวัสดิการ	65	58	42	9	10.1	7.7	68	52	22	3	3.5	2.5
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	22	17	16	15	15.3	14.1	6	7	9	6	6.5	6.6
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	-	56	54.6	56.3	-	-	-	84	82.8	82.1
ประกันสังคม	-	11	13	18	18.2	19.8	-	3	4	6	7.0	7.7
สปร.	7	5	15	-	-	-	21	16	39	-	-	-
บัตรประกันสุขภาพ	1	6	10	-	-	-	2	20	27	-	-	-
ประกันสุขภาพเอกชน	5	2	3	3	3	1.6	1	1	1	1	0.3	0.3
อื่นๆ	1	1	1	-	-	0.6	1	1	1	-	-	0.7

ที่มา : 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534,2539,2544,สำนักงานสถิติแห่งชาติ

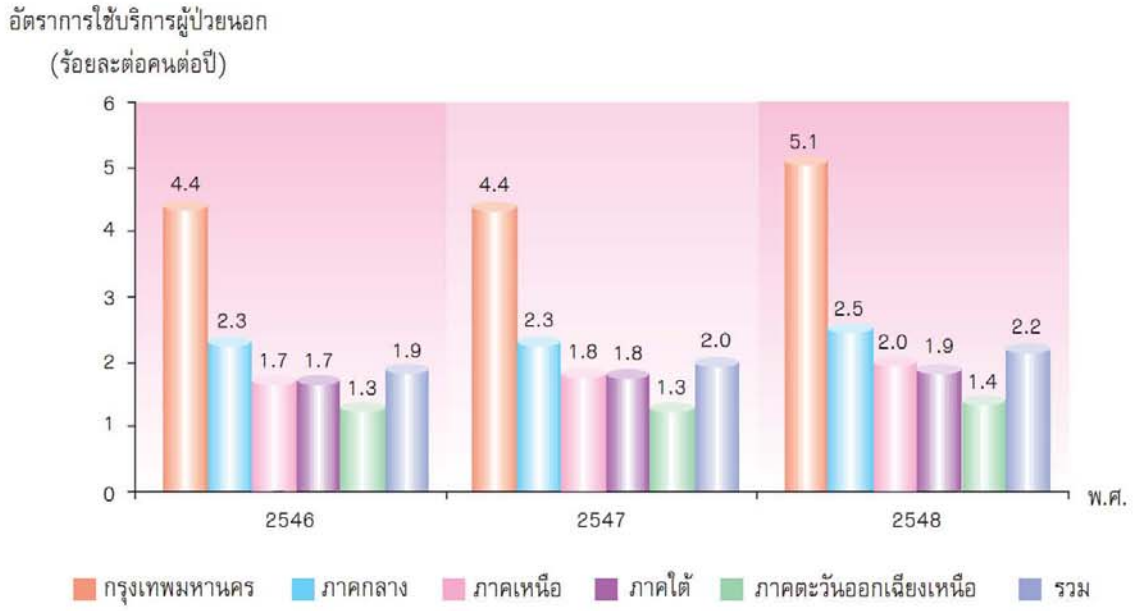
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546, 2547, 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.2 อัตราการใช้บริการสุขภาพ

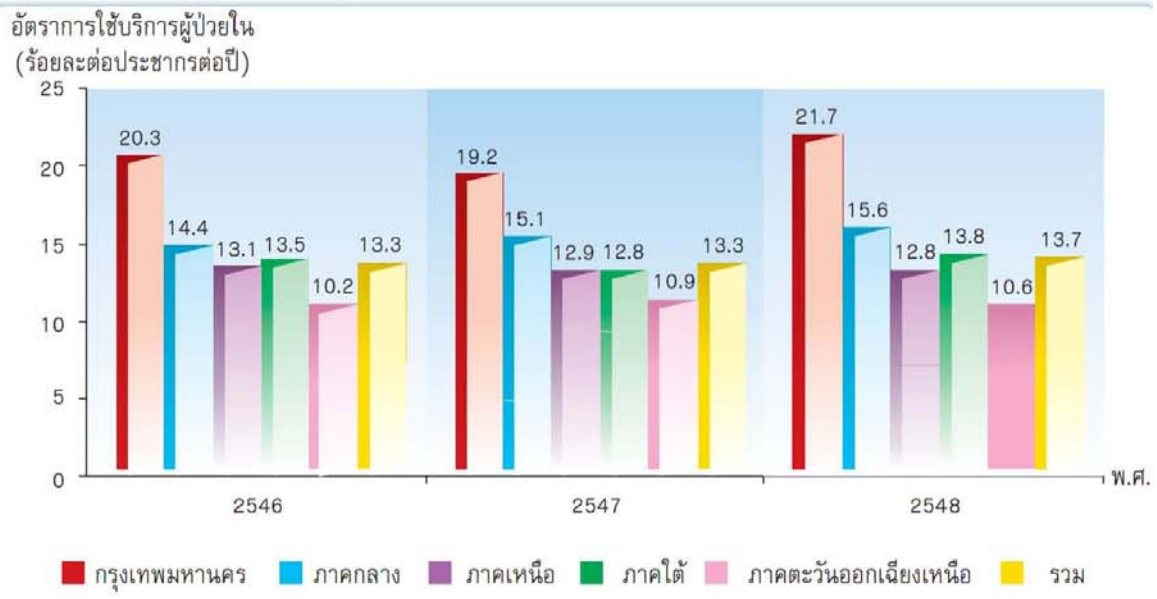
การใช้บริการสุขภาพของประชาชนในสถานบริการที่มีเตียงไว้รับผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2548 มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทุกสังกัดเท่ากับ 2.2 ครั้งต่อคนต่อปี โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร และต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แสดงว่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสูงสุดในกรุงเทพมหานคร และเมื่อเทียบกับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่สูงสุดที่กรุงเทพมหานครและต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการกับทรัพยากรสุขภาพในระดับจังหวัด จะพบว่าอัตราใช้บริการผู้ป่วยนอกสัมพันธ์ต่ออัตราประชากรต่อแพทย์ และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในสัมพันธ์กับอัตราส่วนประชากรต่อเตียง แสดงให้เห็นว่าจังหวัดที่มีทรัพยากรสุขภาพมาก (อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ และอัตราส่วนประชากรต่อเตียงที่มีค่าน้อย) จะมีอัตราการใช้บริการที่สูง เป็นการยืนยันว่าจำนวนทรัพยากรสุขภาพส่งผลให้ประชาชนมีโอกาสในการใช้บริการ

การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการใช้บริการระดับจังหวัด พบว่าจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาคและจังหวัดในภาคกลางจะมีอัตราการใช้บริการที่สูง ในขณะที่จังหวัดส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีอัตราการใช้บริการต่ำกว่าจังหวัดอื่น

ภาพแสดงอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2546-2548



ภาพแสดงอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน พ.ศ. 2546-2548

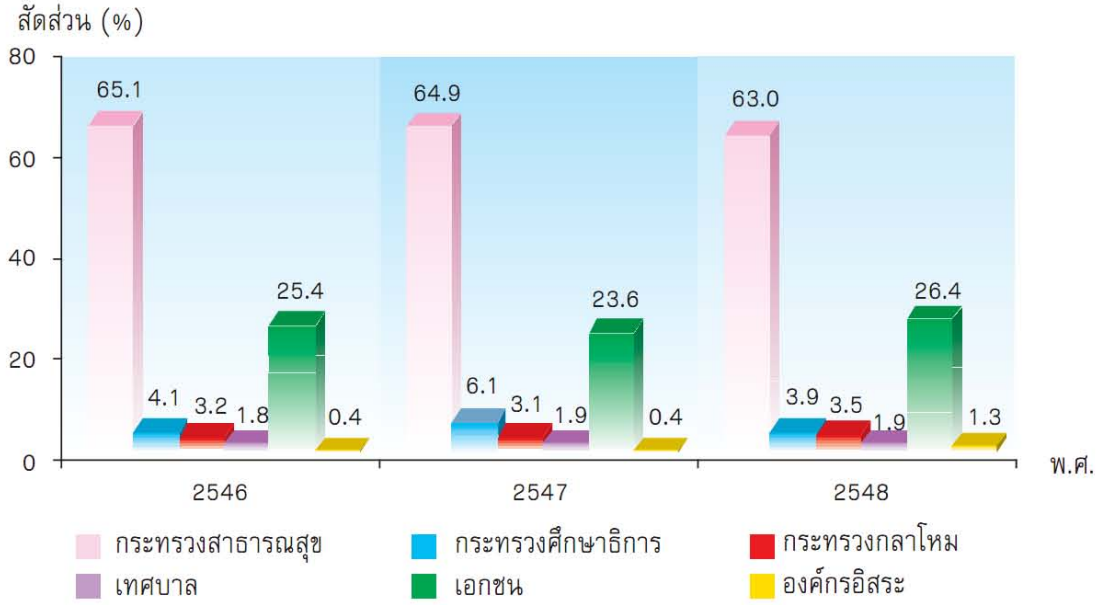


3. การใช้บริการสุขภาพตามสังกัดและระดับของสถานบริการ

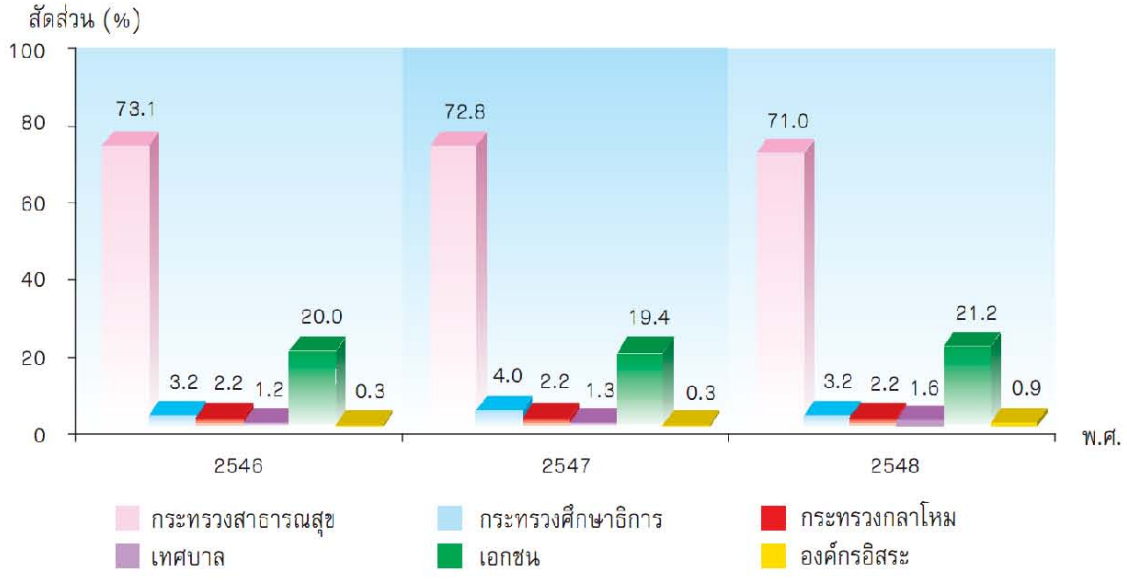
ในปีพ.ศ. 2548 สัดส่วนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตามสังกัดของโรงพยาบาลสูงสุดคือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และเมื่อวิเคราะห์สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกโดยรวมผู้ป่วยที่ใช้บริการสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ในปีพ.ศ. 2546 พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยนอก

ในระดับสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 48 แต่กลับมีการใช้บริการลดลงในระยะเวลาต่อมา ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีระดับเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547

ภาพแสดงสัดส่วนผู้ป่วยนอกจำแนกตามสังกัดโรงพยาบาล พ.ศ. 2546-2548



ภาพแสดงสัดส่วนผู้ป่วยในจำแนกตามสังกัดโรงพยาบาล พ.ศ. 2546-2548



3. ความเป็นธรรมของการใช้บริการสาธารณสุข

ชุมพล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ (2548) ศึกษาความเป็นธรรมในการใช้บริการทางสาธารณสุขโดยยึดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคนไทยเกือบทุกคนจะได้สิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านรักษาพยาบาลอย่างทั่วหน้า แต่ยังมีคำถามเกี่ยวกับความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพไทยและใครได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณสาธารณสุขมากกว่ากัน ดังนี้

1. ระบบหลักประกันสุขภาพคนจน–คนรวย ผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ต้องชำระเงิน 30 บาท เมื่อใช้บริการ (บัตรประเภทมี “ท.”) เป็นประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดในสัดส่วนร้อยละ 30 ซึ่งเป็นส่วนแบ่งที่มากที่สุด และพบว่าร้อยละ 8 ของผู้ที่ได้รับบัตรมี “ท” เป็นประชากรกลุ่มรายได้สูงสุด สัดส่วนของประชากรกลุ่มรายได้ต่ำ-รายได้สูง ไม่แตกต่างกัน พบว่าร้อยละ 23 เป็นกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางและน้อย และร้อยละ 15 ในกลุ่มรายได้สูง

2. การเจ็บป่วย พบว่าสัดส่วนประชากรตามระดับรายได้ที่มีรายงานการเจ็บป่วยแบบที่ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลมีลักษณะใกล้เคียงกับการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล พบประชากรที่มีรายได้ต่ำสุดเจ็บป่วยในสองลักษณะร้อยละ 26 ขณะที่ประชากรที่มีรายได้สูงพบเพียงร้อยละ 15

ตารางแสดงร้อยละสัดส่วนจำนวนผู้รายงานการเจ็บป่วย

ระดับรายได้	การเจ็บป่วยแบบที่ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล	การเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล
ต่ำสุด	26.4	25.6
ต่ำ	21.0	21.1
ปานกลาง	20.4	19.3
สูง	17.2	19.0
สูงสุด	15.0	15.0
รวม	**100**	**100**

3. การใช้บริการสุขภาพ พบว่าการใช้บริการสุขภาพในสถานบริการภาครัฐโดยเฉพาะการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน พบประชากรที่มีรายได้ต่ำสุดและรายได้ต่ำมีการใช้บริการสุขภาพในสัดส่วนที่มากกว่าประชากรที่มีรายได้สูง โดยพบสัดส่วนการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกในกลุ่มประชากรรายได้ต่ำสุดร้อยละ 37 และ 35 ในสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ตามลำดับ ในประชากรรายได้สูงพบสัดส่วนร้อยละ 4 และ 7

ตารางแสดงร้อยละสัดส่วนการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามระดับสถานพยาบาลภาครัฐ

ระดับรายได้	สถานีอนามัย	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลระดับสูง
ต่ำสุด	37	35	21
ต่ำ	26	25	19
ปานกลาง	22	18	18
สูง	11	14	21
สูงสุด	4	7	22
รวม	**100**	**100**	**100**

4. ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนแต่การที่มีระบบประกันสุขภาพหลายระบบซึ่งมีแนวคิดและการออกแบบที่ต่างกัน โดยเฉพาะวิธีและอัตราการจ่ายค่าบริการ รวมถึงเงื่อนไขการใช้บริการ จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเกิดความเหลื่อมล้ำในการใช้และให้บริการ

1. ความถี่ในการใช้บริการ การตัดสินใจไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลันจะเกิดจากการตัดสินใจของผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพสามระบบหลัก พบว่า ผู้ป่วยระบบประกันสังคมมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 1.4 เท่าของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการใช้บริการผู้ป่วยในเป็น 1.25 เท่าของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อปรับด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภูมิลำเนา และการมีภาวะโรคเรื้อรังแล้ว

2. ชนิดและปริมาณบริการที่ได้รับ พบว่าชนิดและปริมาณบริการที่ผู้ป่วยได้รับจะเกิดจากการตัดสินใจของผู้ให้บริการเป็นหลัก และประชาชนมองว่าชนิดของยาที่ผู้ประกันตนต่างระบบได้รับจะต่างกัน ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ตอกย้ำความจริงในเรื่องนี้ โดยผู้ป่วยสิทธิข้าราชการได้ยานอกบัญชียาหลักยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ และยาที่มีราคาแพงสูงกว่าผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมอย่างชัดเจน รวมถึงการได้รับหัตถการบางอย่างมากกว่า เช่น การผ่าคลอด การผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น ความแตกต่างของกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน เช่น การตรวจ HbA1C ไขมันในเลือด และจอประสาทตา นอกจากนั้นจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการจากภาวะโรคต่างๆ เช่น ปวดบวม ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดในสมองมากกว่าของผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจน ส่วนจำนวนวันนอนของผู้ป่วยเบาหวานจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการจะนานกว่าสองระบบอย่างมีนัยสำคัญ แต่อัตราเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่ายของผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงกว่าระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการอย่างมีนัยสำคัญ

3. ปัจจัยกำหนดความเหลื่อมล้ำของบริการที่ได้รับ การที่ผู้ป่วยระบบประกันสังคมใช้บริการถี่กว่าอีกสองระบบเมื่อปรับด้วยปัจจัยความจำเป็นด้านสุขภาพแล้ว น่าจะเป็นเพราะรับรู้ถึงสิทธิจากที่ต้องจ่ายสมทบ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการเนื่องจากอยู่ในเมือง ประกอบกับต้นทุนเสียโอกาสในการไปรับบริการอาจไม่สูงเนื่องจากลางานได้ ความเหลื่อมล้ำของชนิดบริการที่ได้รับของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนเกิดได้จากทั้งสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ระบบบริการ รวมถึงวิธีและอัตราการจ่ายที่ต่างกัน ทั้งนี้สิทธิประโยชน์ของทั้งสามระบบค่อนข้างใกล้เคียงกัน จึงไม่น่าจะใช่ปัจจัยหลักระบบบริการมีผลส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้ป่วยสิทธิข้าราชการส่วนใหญ่อาศัยในเมืองและใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ซึ่งเน้นใช้เทคโนโลยีทันสมัย แต่ในกรณีนี้ผู้มีสิทธิประกันสังคมก็ใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ในเมืองเป็นหลักเช่นกัน ปัจจัยดังกล่าวจึงมิน่าจะใช่ปัจจัยหลักอีกเช่นกัน

ดังนั้นปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือ วิธีและอัตราการจ่ายตามปริมาณบริการย้อนหลังของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในขณะที่อีกสองระบบจ่ายแบบปลายปิด วิธีการจ่ายตามปริมาณบริการย้อนหลังตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ให้บริการไม่ต้องระมัดระวังค่าใช้จ่าย ประกอบกับผู้มีสิทธิก็ไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและมีสถานภาพด้านการศึกษาและเศรษฐกิจค่อนข้างดี การเข้าถึงข้อมูลทำให้สามารถต่อรองเรียกร้องบริการได้ระดับหนึ่ง

4. การลดความเหลื่อมล้ำ การปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพให้เป็นระบบงบประมาณปลายปิด มีวิธีการจ่ายและอัตราที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งสามกองทุน สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้มีสิทธิและต้นทุนการจัดบริการ นอกจากนั้นก็ควรส่งเสริมให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐานทั้งในเขตเมืองและชนบท รวมถึงให้มีการกระจายบริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิที่ได้มาตรฐานกระจายอย่างทั่วถึง รวมถึงมีกลไกกลางในการอภิบาลระบบให้มีทิศทางการพัฒนาสอดคล้องกับเป้าหมายระบบสาธารณสุข และติดตามประเมินคุณภาพบริการเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

5. ค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข

พบว่าอัตราและสัดส่วนการใช้บริการด้านรักษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนจะกระทบการเงินและระบบบริการสุขภาพในที่สุด ซึ่งแต่ละกองทุนจะมีภาระทางการเงินในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุตามสัดส่วนและการใช้บริการของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ข้อมูลในปี พ.ศ. 2552 ที่พบว่าในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีสัดส่วนผู้ป่วยในสูงอายุถึงร้อยละ 52 ของผู้ป่วยในทั้งหมด คิดเป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 63 ของค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยในทั้งหมด ส่วนกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีผู้ป่วยในสูงอายุร้อยละ 24 ของผู้ป่วยในทั้งหมด คิดเป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยในทั้งหมด ขณะที่กองทุนประกันสังคมมีผลกระทบทางการเงินไม่มากเนื่องจากมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 1 ของผู้ประกันตนทั้งหมด ที่สำคัญในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึง 2 เท่าของค่าเฉลี่ยประเทศและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้รัฐบาลอาจแบกรับภาระและไม่นับรวมค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในและใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพจำนวนมากในแต่ละปี เฉพาะปี พ.ศ. 2551 ภาครัฐเสียค่ารักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยใน ถึง 16,976,263,090 บาท จากผู้ป่วยสูงอายุ 1,273,708 คน หรือเฉลี่ยค่ารักษาคนละ 13,328 บาท ทั้งนี้ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่สูงนั้นส่วนหนึ่งก็เพราะว่าช่วงวัยนี้มีการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น อีกทั้งการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (End of Life Care) เป็นช่วงที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยค่าใช้จ่ายผู้ป่วยให้ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของค่าใช้จ่ายในการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตนั่นเอง โดยค่าใช้จ่ายต่อปีของผู้สูงอายุที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในที่ไม่เสียชีวิตต่ำกว่าค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตประมาณ 4 เท่า ถึงแม้ว่าอัตราใช้บริการผู้ป่วยในจะสูงในกลุ่มเด็กแรกเกิดแล้วลดลงตามอายุ ก่อนกลับมาสูงขึ้นอีกครั้งเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน แต่โดยภาพรวมแล้วอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของประชากรไทยช่วงปี 2549-2552 ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกช่วงอายุ โดยกลุ่มผู้สูงอายุ 70-79 ปีมีอัตราการใช้บริการสูงสุด รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ 80 ปี

ขึ้นไป และจากการนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยพบผู้สูงอายุ 60-69 ปี นอนโรงพยาบาล 4.92 วัน อายุ 70-79 ปีนอน 5.22 วัน และอายุ 80 ปีขึ้นไป นอน 6.77 วัน โดยภาวะปัญญาอ่อน (Mental retardation) เป็นโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนนานสุดเฉลี่ย 170.67 วัน ส่วนโรคเบาหวานและไตวายทำให้ผู้สูงวัยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ยไม่เกิน 5 วัน ขณะความดันโลหิตสูงซึ่งผู้สูงอายุป่วยสูงสุดอันดับ 1 ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยไม่เกิน 3 วัน ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในเหล่านี้ไม่ได้เป็นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจที่มีสวัสดิการสุขภาพหรือร่ำรวยจนมีเงินออมมากพอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลแพง จากข้อมูลของสังคมไทยที่ผู้สูงวัยส่วนใหญ่ยากจน ฉะนั้นการเร่งคุ้มครองสุขภาวะผู้สูงอายุตามเจตนารมณ์มาตรา 53 แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ที่ระบุให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอย่างสมศักดิ์ศรีจากรัฐ

สถานการณ์การเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้สูงอายุ

จากจำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้ประเด็นการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยกลายเป็นสถานการณ์เร่งด่วนและมีความสำคัญเด่นชัดขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้มีการศึกษาต่างๆ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูและระยะยาวออกมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ดี พบว่าการดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยนั้นยังคงเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลส่วนบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะตัวตามความรู้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ถึงแม้ปัจจุบันประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีหลักประกันสุขภาพหลักของประเทศอยู่ด้วยกันสามระบบ แต่นั่นก็ไม่เป็นเครื่องหมายที่จะรับรองว่าประชาชนจะได้รับบริการดูแลระยะยาวหากเกิดการเจ็บป่วยหรือเมื่อยามอยู่ในวัยสูงอายุ นั่นเป็นเพราะระบบหลักประกันสุขภาพมิได้ครอบคลุมไปถึงการดูแลระยะยาว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ฉะนั้นผู้ที่เข้าถึงการดูแลระยะยาวในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่แล้วจึงอาจสามารถสรุปได้ว่าเป็นผู้ที่มีเศรษฐฐานะทางสังคมที่ดี ส่วนผู้ที่มีฐานะยากจนจนถึงระดับปานกลางครอบครัวยังเป็นผู้ให้บริการหลัก

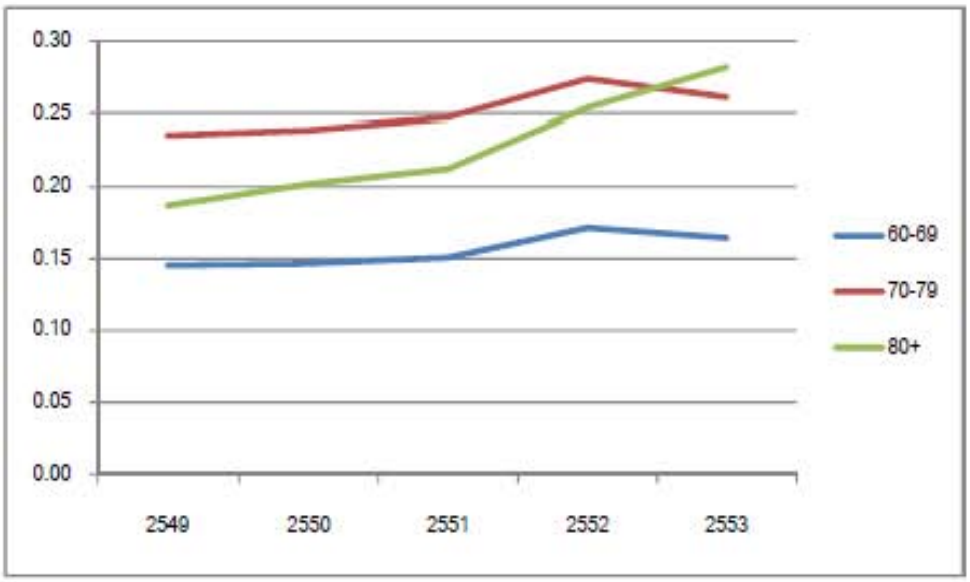
ถาวร สกุลพาณิชย์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์การใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคต ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2564 เพื่อเสนอต่อสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยได้ใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิจากกรมบัญชีกลาง ซึ่งเป็นข้อมูลของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ซึ่งเป็นข้อมูลของผู้มีสิทธิประกันสังคม ฐานข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นข้อมูลผู้มีสิทธิภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นสามฐานข้อมูลสำคัญของประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีการใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิอื่นๆ ประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปีงบประมาณ 2553 เปรียบเทียบกับสถานการณ์ในอดีต จากการศึกษานี้ทำให้ทราบสถานการณ์การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุสำคัญสามด้านคือ

1. การเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยสามารถเข้าถึงบริการตรวจร่างกายประจำปีได้ไม่ว่าเป็นผู้สูงอายุภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพใด (เฉพาะ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพ) ซึ่งแต่เดิมนั้นมีเพียงผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเท่านั้นที่สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุมการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและโรค จากข้อมูลของ สปสช. พบว่า ในปีงบประมาณ 2553 มีผู้สูงอายุจำนวน 2 ล้านคนที่ได้รับการบริการตรวจร่างกายประจำปีและคัดกรองโรค โดยคิดเป็นร้อยละ 26 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และในส่วนของประชาชนผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลจากข้อมูลพบว่ามีการใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี 1.7 ล้านราย แต่ไม่สามารถแยกกลุ่มอายุได้

2. การเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอก จากข้อมูลการให้บริการของกองทุนประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2553 ผู้สูงอายุมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งสิ้นประมาณ 48 ล้านครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 24 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด

3. การเข้าถึงบริการผู้ป่วยใน ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยภาพรวมแล้วจะมีการใช้บริการมากกว่าประชากรกลุ่มวัยอื่นๆ ประมาณสองเท่าตัว จากข้อมูลการให้บริการของกองทุนประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2553 ผู้สูงอายุมีการใช้บริการผู้ป่วยในโดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพประมาณ 1.8 ล้านครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 26 ของการใช้บริการทั้งหมด

รูปแสดงอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน จำแนกตามกลุ่มอายุและปีงบประมาณ



แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2553 ของสวัสดิการพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่มา: ถาวร สกุลพาณิชย์ และคณะ (2553)

จากรูปแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2553 ซึ่งข้อมูลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 จนถึงปีงบประมาณ 2552 ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุระหว่าง 70-79 ปี มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ และมีอัตราการใช้บริการลดลงเล็กน้อยในปีงบประมาณ 2553 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2552 โดยกลุ่มโรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุใช้บริการแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคติดเชื้อ เป็นต้น

บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณาเพื่อศึกษารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 18 จังหวัดตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยข้อมูลเชิงปริมาณได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการทำกระบวนการ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธาณสุขที่ให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุในประเด็นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละระดับสถานบริการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

1. **โรงพยาบาล** คือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยสุ่มเลือกตามเขตการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 18 เขต และสุ่มมาเขตละ 1 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 18 จังหวัด ครอบคลุมในภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ภาคกลาง ประกอบด้วยสถานบริการทุกระดับทั่วประเทศ ได้แก่จังหวัดต่อไปนี้

- เขตที่ 1	พระนครศรีอยุธยา	- เขตที่ 2	อ่างทอง
- เขตที่ 3	นครนายก	- เขตที่ 4	กาญจนบุรี
- เขตที่ 5	สมุทรสงคราม	- เขตที่ 6	นครศรีธรรราช
- เขตที่ 7	กระบี่	- เขตที่ 8	สงขลา
- เขตที่ 9	ระยอง	- เขตที่ 10	อุดรธานี
- เขตที่ 11	มุกดาหาร	- เขตที่ 12	ขอนแก่น
- เขตที่ 13	ศรีสะเกษ	- เขตที่ 14	สุรินทร์
- เขตที่ 15	ลำปาง	- เขตที่ 16	เชียงราย
- เขตที่ 17	พิษณุโลก	- เขตที่ 18	นครสวรรค์

2. **กลุ่มผู้รับบริการ** คือกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาขณะนั้น

3. **กลุ่มผู้ให้บริการ** คือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้าร่วมทำกระบวนการ Focus group ในประเด็นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ ครอบคลุมพื้นที่ตามเขตการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาและประมวลข้อมูลด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในผู้สูงอายุจากตำรา วารสารวิชาการและงานวิจัยในประเทศไทย เช่น จากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาวิจัยแห่งชาติ สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย มหาวิทยาลัยต่างๆ และหน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ออกแบบและจัดทำเครื่องมือวิจัย

3. คัดเลือกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 18 จังหวัดตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

4. การประชุมชี้แจงการดำเนินงานและการใช้เครื่องมือวิจัยกับหน่วยงานร่วมวิจัยในพื้นที่กำหนด

5. การประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลของทีมวิจัยในกลุ่มย่อยของแต่ละหน่วยงานในแต่ละภูมิภาค

6. การทำกระบวนการ Focus group เพื่อศึกษารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในแต่ละระดับสถานบริการ ครอบคลุมพื้นที่ 18 เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

7. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการการในแต่ละระดับสถานบริการ

8. สรุปข้อมูลเชิงคุณภาพจากกระบวนการทำ focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการด้านสุขภาพ

9. การสังเคราะห์รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและนำเสนอในพื้นที่ที่เข้าร่วมวิจัย 18 จังหวัด

10. จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของแต่ละระดับสถานบริการในประเทศไทย

11. เขียนรายงานผลการศึกษาและนำเสนอผลการศึกษาวิจัย

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการ

- ปัญหาและความต้องการต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทย
- ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ชุดที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

2. จัดทำกระบวนการ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเด็นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ

แผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย

ระยะการศึกษา 2 ปี ตุลาคม 2555-2556

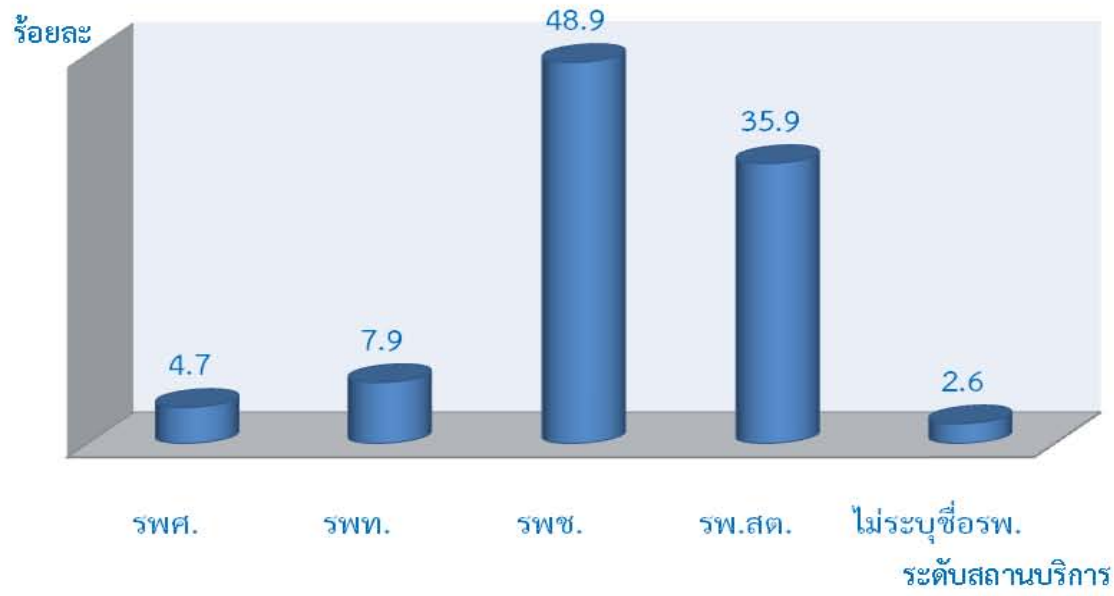
รายละเอียด	ปีงบประมาณ 2555-2556											
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
ระยะที่ 1 (ปี 2555)												
1. ทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ	←	—	→									
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนและชี้แจงการดำเนินงานวิจัย	←	—	→									
3. สร้างเครื่องมือวิจัย	←	—	→									
4. ศึกษาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ		←	—	—	—	—	→					
5. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์ และการจัดทำ Focus group ในแต่ละระดับสถานบริการ			←	—	—	—	—	—	—	→		
6. สรุปข้อมูลและพัฒนาเป็นรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ										←	—	→
ระยะที่ 2 (ปี 2556)												
1. สรุปและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการ	←	—	—	—	—	—	—	→				
2. นำเสนอผลการศึกษาและระบบที่พัฒนาขึ้นในสถานบริการระดับต่างๆ									←	—	—	→
3. สนับสนุนให้สถานบริการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน									←	—	—	→
4. จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ										←	—	→
5. เขียนรายงานการวิจัยและจัดพิมพ์รายงานการวิจัย											←	→

บทที่ 4
ผลการศึกษา

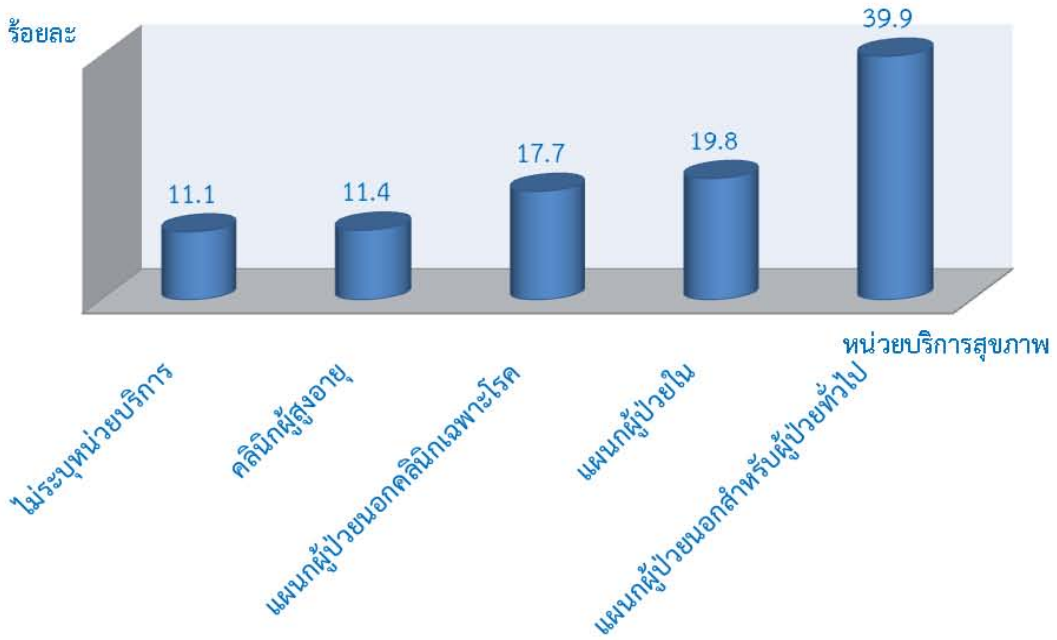
จากการศึกษาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการที่สถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ศึกษาจำนวน 18 จังหวัด แบ่งตามเขตการตรวจราชการ มีผู้สูงอายุตอบแบบสอบสัมภาษณ์ ณ วันที่มารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ ทั้งหมด 14,267 คน แบ่งตามระดับสถานบริการ ได้แก่ ระดับรพช. ร้อยละ 48.9 รพ.สต. ร้อยละ 35.9 รพท. ร้อยละ 7.9 และ รพศ. ร้อยละ 4.7 ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุที่ตอบแบบสัมภาษณ์แต่ไม่ระบุระดับสถานบริการ พบร้อยละ 2.6 (รูปภาพที่ 1) หน่วยบริการที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันที่สัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 39.9 รองลงมาคือ แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 19.8, แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค ร้อยละ 17.7 และไม่ระบุแผนกที่มารับบริการ ร้อยละ 11.1 ในขณะที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.4 (รูปภาพที่ 2)

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบสถานบริการระดับรพช. มีผู้สูงอายุมาใช้บริการสูงสุด ร้อยละ 52.7 รองลงมาคือ รพ.สต. ร้อยละ 34.2 และรพศ./รพท. ร้อยละ 13.1 ผู้สูงอายุมาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการระดับรพ.สต. มากที่สุด ร้อยละ 8.2 รองลงมาคือ ระดับรพช. ร้อยละ 3.4 และระดับรพศ./รพท. พบร้อยละ 1.3 มีความแตกต่างระหว่างหน่วยบริการสุขภาพกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุไปใช้บริการในหน่วยบริการแผนกผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยทั่วไปและคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการระดับรพ.สต. มากที่สุด (ตารางที่ 1)

รูปภาพที่ 1 ร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์



รูปภาพที่ 2 ร้อยละหน่วยบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันที่สัมภาษณ์



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันที่สัมภาษณ์ จำแนกตามหน่วยบริการ

หน่วยบริการ	ระดับสถานบริการ			รวม	P-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
คลินิกผู้สูงอายุ	169 (1.3)	427 (3.4)	1,025 (8.2)	1,621 (12.9)	0.000
แผนกผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยทั่วไป	473 (3.8)	2,521 (20.1)	2,694 (21.4)	5,688 (45.3)	
แผนกผู้ป่วยใน	618 (4.9)	1,507 (11.9)	573 (4.6)	2,463 (19.6)	
แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค	383 (3.0)	2,175 (17.3)	5 (0.0)	2,798 (22.3)	
รวม	**1,643 (13.1)**	**6,630 (52.7)**	**4,297 (34.2)**	**12,570 (100.0)**	

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 61.5 เพศชาย ร้อยละ 38.5 เมื่อแบ่งตามกลุ่มผู้สูงอายุ พบกลุ่มอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.6 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 36.2 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.3 พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศและกลุ่มอายุของผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ (ตารางที่ 2)

สถานภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.4 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 35.9 โสด ร้อยละ 2.8 และหย่า/แยก ร้อยละ 1.9 ตามลำดับ มีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงกับสถานภาพสมรสและเป็นหม้ายของผู้สูงอายุที่มารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีสถานภาพสมรสและเป็นหม้ายสูงถึง ร้อยละ 29.3 และ28.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
60-69 ปี	2,052 (14.5)	3,421 (24.1)	5,473 (38.6)	0.155
70-79 ปี	2,002 (14.1)	3,131 (22.1)	5,133 (36.2)	
80 ปีขึ้นไป	1,408 (9.9)	2,180 (15.4)	3,588 (25.3)	
รวม	**5,462 (38.5)**	**8,732 (61.5)**	**14,194 (100.0)**	

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามสถานภาพและเพศ

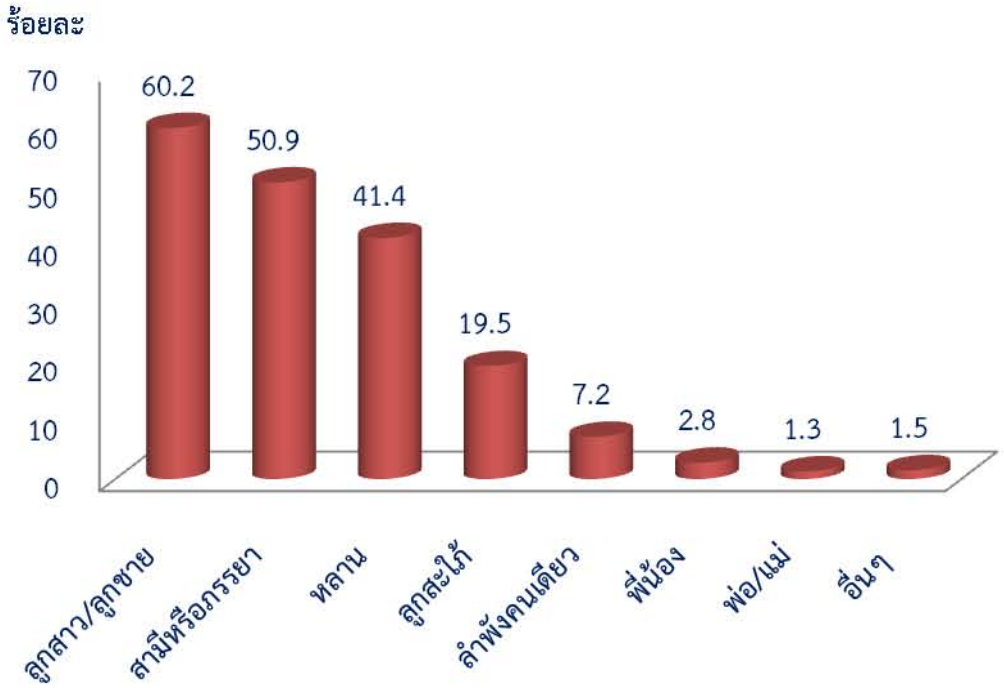
สถานภาพ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
สมรส	4,147 (30.0)	4,080 (29.3)	8,219 (59.4)	0.000
หม้าย	1,066 (7.7)	3,965 (28.6)	4,971 (35.9)	
โสด	71 (0.5)	320 (2.3)	391 (2.8)	
หย่า/แยก	71 (0.5)	193 (1.4)	264 (1.9)	
รวม	**5,319 (38.4)**	**8,526 (61.6)**	**13,845 (100.0)**	

เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครอง พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 63.9 อาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 36.1 และไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศของผู้สูงอายุกับสถานที่อยู่อาศัย (ตารางที่ 4) โดยพบว่าพักอาศัยอยู่กับลูกสาว/ลูกชาย มากที่สุด ร้อยละ 60.2 รองลงมาคือ อยู่กับสามีหรือภรรยา ร้อยละ 50.9, หลาน ร้อยละ 41.4, ลูกสะใภ้ ร้อยละ 19.5 และพี่น้อง ร้อยละ 2.8 ขณะที่อาศัยอยู่ลำพังคนเดียว ร้อยละ 7.2 (รูปภาพที่ 3)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามสถานที่อยู่และเพศ

สถานที่อยู่	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ในเขตเทศบาล	1,964 (13.8)	3,167 (22.3)	5,118 (36.1)	0.507
นอกเขตเทศบาล	3,511 (24.5)	5,565 (39.2)	9,076 (63.9)	
รวม	**5,926 (42.0)**	**8,732 (61.5)**	**14,194 (100.0)**	

รูปภาพที่ 3 ร้อยละผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลใด



ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 61.4 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 4.2 ปริญญาตรี/สูงกว่า ร้อยละ 1.8 และ อนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่จบประถมศึกษาและไม่ได้เรียน พบร้อยละ 16 และ 15.5 ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงไม่จบประถมศึกษาและไม่ได้เรียนสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 10.4 และ 11.5 ตามลำดับ) ขณะที่ผู้สูงอายุเพศชายจะจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ขึ้นไปสูงกว่าเพศหญิง (ตารางที่ 5)

การประกอบอาชีพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 62.1 ไม่ทำงาน และทำงาน ร้อยละ 37.8 และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับการทำงานของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงทำงานมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 20.6) (ตารางที่ 6)

ความเพียงพอของรายได้พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่า พอเพียงไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 57.2, พอเพียงเหลือเก็บ ร้อยละ 29.5 และมีหนี้สิน ร้อยละ 13.4 และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบผู้สูงอายุเพศหญิงมีหนี้สินสูงกว่าเพศชาย (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามระดับการศึกษาและเพศ

ระดับการศึกษา	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ไม่ได้เรียน	569 (4.0)	1,628 (11.5)	2,197 (15.5)	0.000
ไม่จบประถมศึกษา	793 (5.6)	1,477 (10.4)	2,270 (16.0)	
ประถมศึกษา	3,501 (24.7)	5,221 (36.8)	8,722 (61.4)	
มัธยมศึกษา/ปวช.	382 (2.7)	220 (1.5)	602 (4.2)	
อนุปริญญา/ปวส.	73 (0.5)	68 (0.5)	141 (1.0)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	144 (1.0)	118 (0.8)	262 (1.8)	
รวม	**5,462 (38.5)**	**8,732 (61.5)**	**14,194 (100.0)**	

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามการประกอบอาชีพและเพศ

การประกอบอาชีพ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ไม่ทำงาน	2,846 (21.3)	5,462 (40.8)	8,308 (62.1)	0.000
ทำงาน	2,313 (17.3)	2,757 (20.6)	5,070 (37.8)	
รวม	**5,159 (38.6)**	**8,219 (61.4)**	**13,378 (100.0)**	

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามความเพียงพอของรายได้และเพศ

ความเพียงพอของรายได้	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
มีหนี้สิน	736 (5.5)	1,049 (7.8)	1,785 (13.4)	0.000
พอเพียงไม่เหลือเก็บ	2,766 (20.6)	4,914 (36.6)	7,680 (57.2)	
พอเพียงเหลือเก็บ	1,667 (12.4)	2,303 (17.1)	3,970 (29.5)	
รวม	**5,169 (38.5)**	**8,266 (61.5)**	**13,435 (100.0)**	

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือนสูงสุด ร้อยละ 80.5 รองลงมาคือ รายได้ 2,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 12.4 รายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 4.5 และรายได้ 10,001 ขึ้นไปบาทต่อเดือน ร้อยละ 2.6 และมีความแตกต่างระหว่างเพศกับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 50 และ 30.5 ตามลำดับ) (ตารางที่ 8)

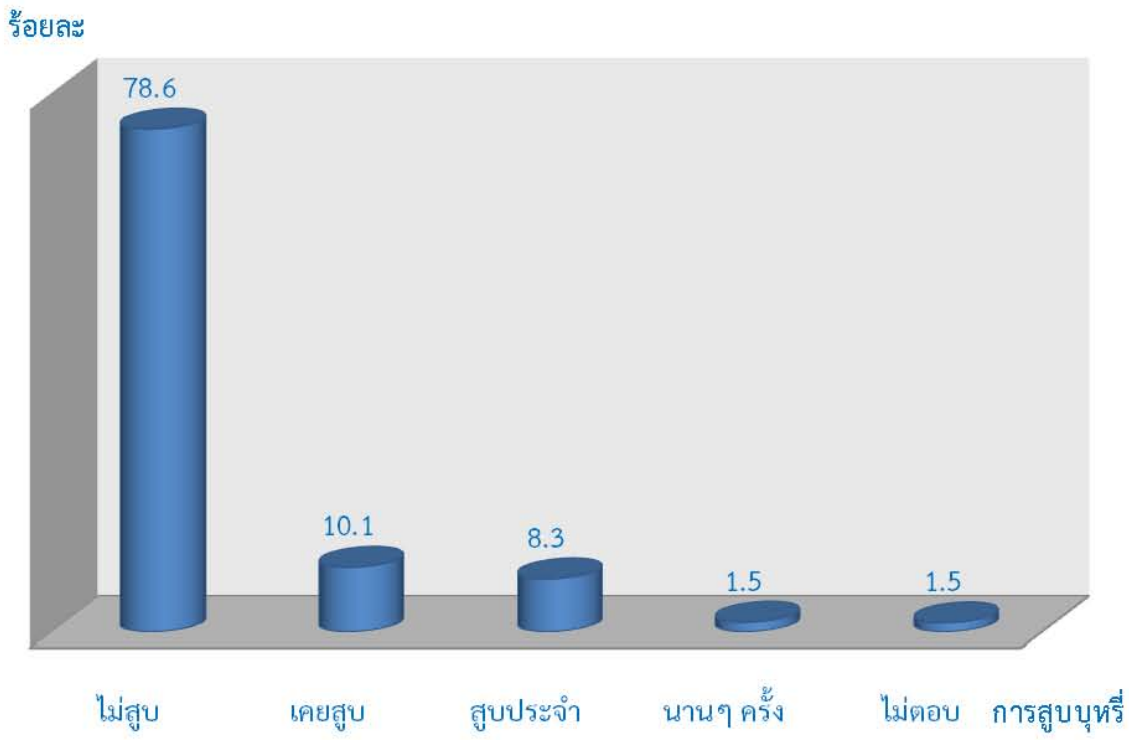
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนและเพศ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
น้อยกว่า 2,000 บาท	4,073 (30.5)	6,729 (50.0)	10,761 (80.5)	0.000
2,001-5,000 บาท	631 (4.7)	1,032 (7.7)	1,654 (12.4)	
5,001-10,000 บาท	276 (2.1)	320 (2.4)	596 (4.5)	
10,001 ขึ้นไปบาท	193 (1.4)	162 (1.2)	355 (2.6)	
รวม	**5,173 (38.7)**	**8,193 (61.3)**	**13,366 (100.0)**	

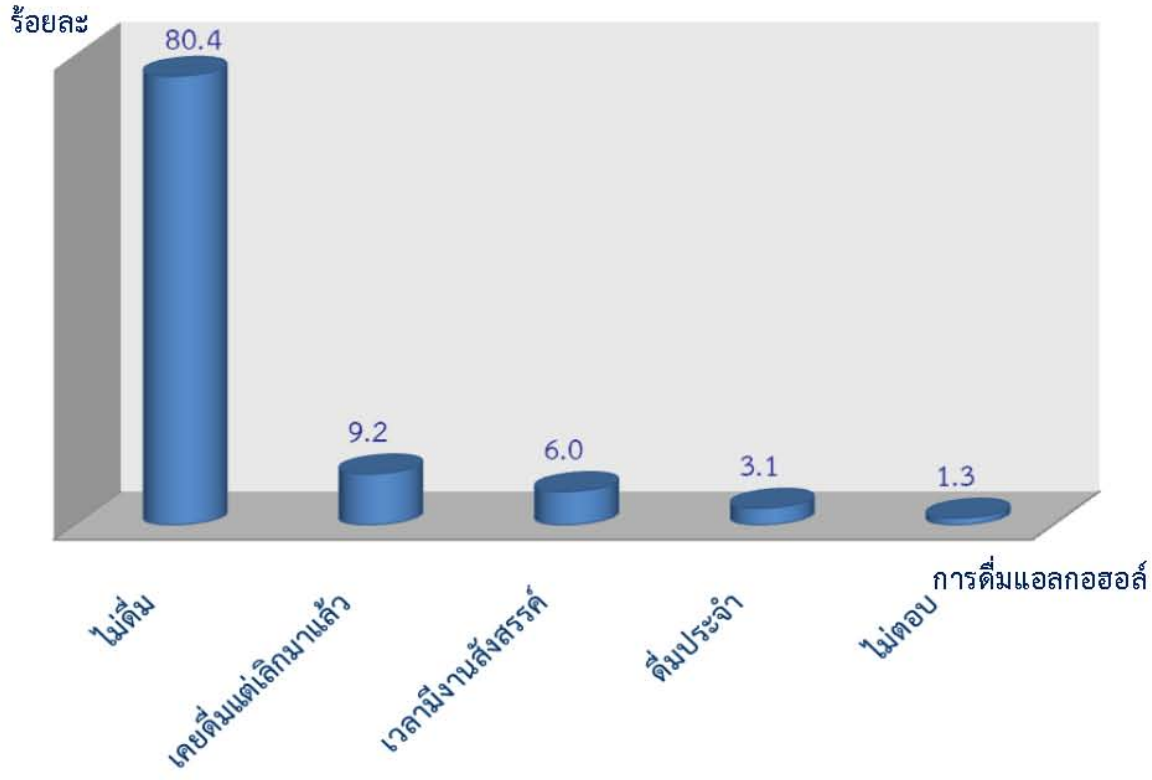
พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 78.6 รองลงมาคือ สูบเป็นประจำ ร้อยละ 8.3 และ นานๆ ครั้ง ร้อยละ 1.5 ขณะที่เคยสูบบุหรี่ พบร้อยละ 10.1 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.4 รองลงมาคือ เคยดื่มแต่เลิกมาแล้ว ร้อยละ 9.2 และดื่มเวลามีงานสังสรรค์ ร้อยละ 6.1 ตามลำดับ ขณะที่พบว่าดื่มประจำ ร้อยละ 3.1 (รูปภาพที่ 4,5)

เมื่อพิจารณาการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุออกกำลังกายสูงถึงร้อยละ 69.6 ขณะที่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 29.2 และไม่ตอบ ร้อยละ 1.2 โดยกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุพบสูงสุดได้แก่ การเดิน ร้อยละ 56.5 รองลงมาคือ บริหารร่างกาย ร้อยละ 20.6, วิ่ง ร้อยละ 5.9, เต้นแอโรบิก ร้อยละ 1.5, ไทเก็ก ร้อยละ 1 และ เล่นกีฬา ร้อยละ 0.5 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 6,7)

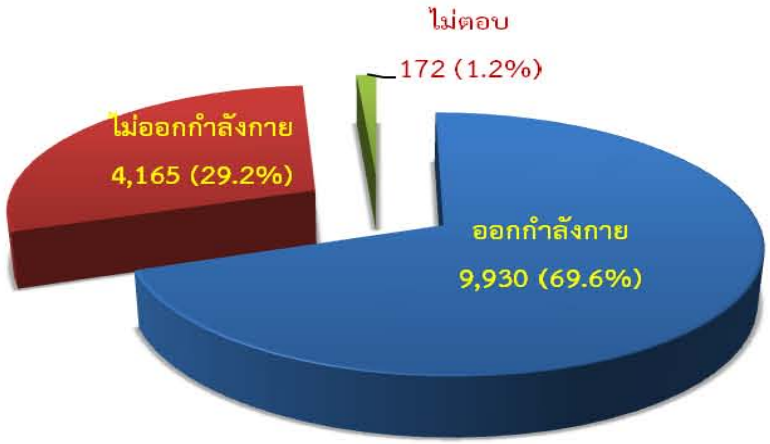
รูปภาพที่ 4 ร้อยละการสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุ



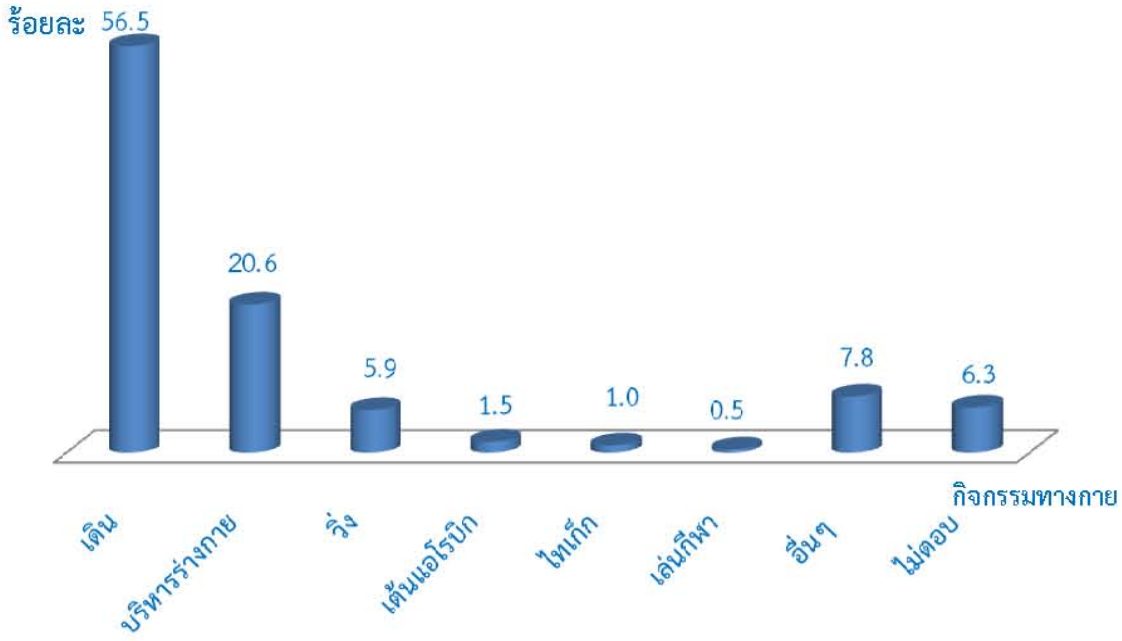
รูปภาพที่ 5 ร้อยละการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้สูงอายุ



รูปภาพที่ 6 ร้อยละการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ



รูปภาพที่ 7 ร้อยละกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ



เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงไม่ออกกำลังกายสูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 18.8 และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001, p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงทำกิจกรรมการเดินและบริหารร่างกายมากที่สุด (ร้อยละ 39.9 และ ร้อยละ 15.9 ตามลำดับ) ส่วนเพศชายทำกิจกรรมการวิ่งสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 4.6) และไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศกับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุในกิจกรรมการเดินและการเต้นแอโรบิก

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ พบมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000,p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศชายดื่มแอลกอฮอล์ประจำมากที่สุด ร้อยละ 2.3 เพศหญิงพบ ร้อยละ 0.8 ขณะที่ดื่มเวลามีงานสังสรรค์พบเพศชาย ร้อยละ 4.8 และเพศหญิง ร้อยละ 1.3 ในขณะที่เพศชายสูบบุหรี่ ร้อยละ 7 และเพศหญิง ร้อยละ 1.4 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่สัมภาษณ์จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพและเพศ

พฤติกรรมสุขภาพ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
การออกกำลังกาย				
ออกกำลังกาย	3,892 (27.7)	5,999 (42.7)	9,891 (70.4)	
ไม่ออกกำลังกาย	1,508 (10.7)	2,642 (18.8)	4,150 (29.6)	0.001
รวม	**5,400 (38.5)**	**8,641 (61.5)**	**14,041 (100.0)**	
กิจกรรมทางกาย				
เดิน	3,147 (25.8)	4,873 (39.9)	8,024 (65.7)	0.586
บริหารร่างกาย	979 (8.3)	1,948 (15.9)	2,927 (24.0)	0.000
วิ่ง	525 (4.6)	333 (2.7)	840 (6.9)	0.000
ไทเก็ก	29 (0.2)	118 (1.0)	143 (1.3)	0.000
เต้นแอโรบิก	41 (0.3)	176 (1.4)	217 (1.8)	0.000
เล่นกีฬา	31 (03)	34 (0.3)	65 (0.5)	0.167
รวม	**4,730 (38.7)**	**7,486 (61.3)**	**12,216 (100.0)**	
การดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	3,321 (23.7)	8,108 (57.8)	11,429 (81.4)	
เคยดื่มแต่เลิกมาแล้ว	1,088 (7.8)	224 (1.6)	1,312 (9.3)	
เวลามีงานสังสรรค์	675 (4.8)	183 (1.3)	858 (6.1)	0.000
ดื่มประจำ	317 (2.3)	117 (0.8)	434 (3.1)	
รวม	**5,401 (38.5)**	**8,632 (61.5)**	**14,033 (100.0)**	
สูบบุหรี่				
ไม่สูบ	2,983 (21.3)	8,188 (58.5)	11,171 (79.7)	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	1,254 (8.9)	189 (1.3)	1,443 (10.3)	
สูบประจำ	986 (7.0)	196 (1.4)	1,182 (8.4)	0.000
นานๆ ครั้ง	169 (1.2)	47 (0.3)	216 (1.5)	
รวม	**5,392 (38.5)**	**8,662 (59.4)**	**14,012 (100.0)**	

จากการสัมภาษณ์โดยให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเอง พบว่าผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพพอใช้สูงสุด ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 24.6, ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 22.3, ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 2.9 ขณะที่ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 1.6 และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับการประเมินภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงประเมินตนเองมีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมากๆ สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 14.4 และ 1.6 ตามลำดับ) (ตารางที่ 10)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบกลุ่มอายุ 60-69 ปี ประเมินตนเองมีภาวะสุขภาพพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 18.2 รองลงมาคือ ภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 11.1, ภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 7.7, ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 0.9 และภาวะสุขภาพดีมาก ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันระหว่างอายุกับการประเมินภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่ากลุ่มอายุ 70-79 ปี ประเมินตนเองมีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมากๆ สูงสุด (ร้อยละ 8.2 และ 1.1 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ประเมินตนเองมีภาวะสุขภาพพอใช้สูงสุด (ร้อยละ 12.7) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเอง ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามภาวะสุขภาพและเพศ

ภาวะสุขภาพ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ไม่ดีมากๆ	176 (1.3)	220 (1.6)	396 (2.9)	0.000
ไม่ดี	1,096 (7.9)	2,000 (14.4)	3,096 (22.3)	
พอใช้	2,582 (18.6)	4,171 (30.0)	6,753 (48.6)	
ดี	1,398 (10.1)	2,019 (14.5)	3,417 (24.6)	
ดีมาก	90 (0.6)	135 (1.0)	225 (1.6)	
รวม	**5,342 (38.5)**	**8,545 (61.5)**	**13,887 (100.0)**	

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละกลุ่มอายุผู้สูงอายุที่ประเมินภาวะสุขภาพตนเอง ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามภาวะสุขภาพและกลุ่มอายุ

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มอายุ			รวม	p-value
	60-69 ปี (%)	70-79 ปี (%)	80 ปีขึ้นไป (%)		
ไม่ดีมากๆ	128 (0.9)	156 (1.1)	114 (0.8)	398 (2.9)	0.000
ไม่ดี	1,068 (7.7)	1142 (8.2)	897 (6.4)	3,107 (22.3)	
พอใช้	2,538 (18.2)	2,468 (17.7)	1,772 (12.7)	6,778 (48.6)	
ดี	1,543 (11.1)	1,191 (8.5)	694 (5.0)	3,428 (24.6)	
ดีมาก	106 (0.8)	76 (0.5)	45 (0.3)	227 (1.6)	
รวม	**5,383 (38.6)**	**5,033 (36.1)**	**3,522 (25.3)**	**13,938 (100.0)**	

การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.6) ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และร้อยละ 24.5 เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ ขณะที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 20 และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.003) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับการตรวจสุขภาพและไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 34.8 และ 11.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 12) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอายุกับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.002) โดยกลุ่มอายุ 60-69 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีมากที่สุด (ร้อยละ 22.2) และเคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 9.3 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 13.3 เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 6.5 และไม่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจำแนกตามเพศและตรวจสุขภาพ

การตรวจสุขภาพประจำปี	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ไม่ได้รับการตรวจ	1,102 (8.1)	1,613 (11.9)	2,715 (20.0)	0.003
ได้รับการตรวจประจำปี	2,823 (20.7)	4,738 (34.8)	7,561 (55.6)	
เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ	1,323 (9.7)	2,008 (14.8)	3,331 (24.5)	
รวม	**5,248 (38.6)**	**8,359 (61.4)**	**13,607 (100.0)**	

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจำแนกตามกลุ่มอายุและการตรวจสุขภาพ

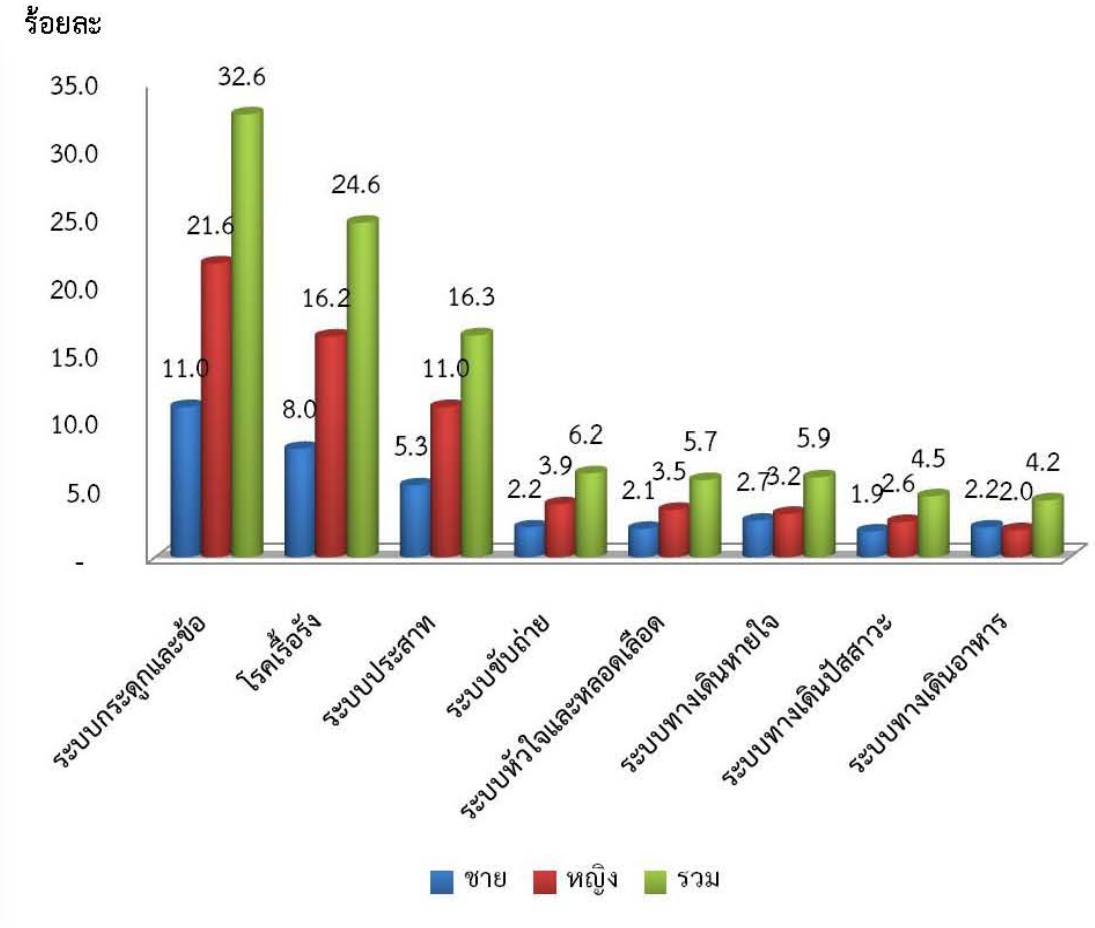
การตรวจสุขภาพประจำปี	กลุ่มอายุ			รวม	p-value
	60-69 ปี (%)	70-79 ปี (%)	80 ปีขึ้นไป (%)		
ไม่ได้รับการตรวจ	1,005 (7.4)	976 (7.1)	743 (5.4)	2,724 (19.9)	0.002
ได้รับการตรวจประจำปี	3,025 (22.2)	2,746 (20.1)	1,819 (13.3)	7,590 (55.6)	
เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ	1,264 (9.3)	1,195 (8.8)	882 (6.5)	3,341 (24.5)	
รวม	**5,294 (38.8)**	**4,917 (36.0)**	**3,444 (25.2)**	**13,655 (100.0)**	

ปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ พบว่ามีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรม ร้อยละ 10.9 ไม่มีปัญหา ร้อยละ 89.1 และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำงานของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 5.8 และ 5.1 ตามลำดับ) (ตารางที่ 14) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพในระบบต่างๆ สูงกว่าเพศชาย เช่น ระบบข้อและกระดูก ร้อยละ 21.6 รองลงมาคือ โรคเรื้อรัง ร้อยละ 16.2 ระบบประสาท ร้อยละ 11 และระบบขับถ่าย ร้อยละ 3.9 (รูปภาพที่ 8)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรมจำแนกตามเพศและปัญหาสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
มี	722 (5.1)	815 (5.8)	1,537 (10.9)	0.000
ไม่มี	4,707 (33.3)	7,873 (55.8)	12,580 (89.1)	
รวม	**5,429 (38.5)**	**8,688 (61.5)**	**14,117 (100.0)**	

รูปภาพที่ 8 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรม ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามปัญหาระบบสุขภาพและเพศ

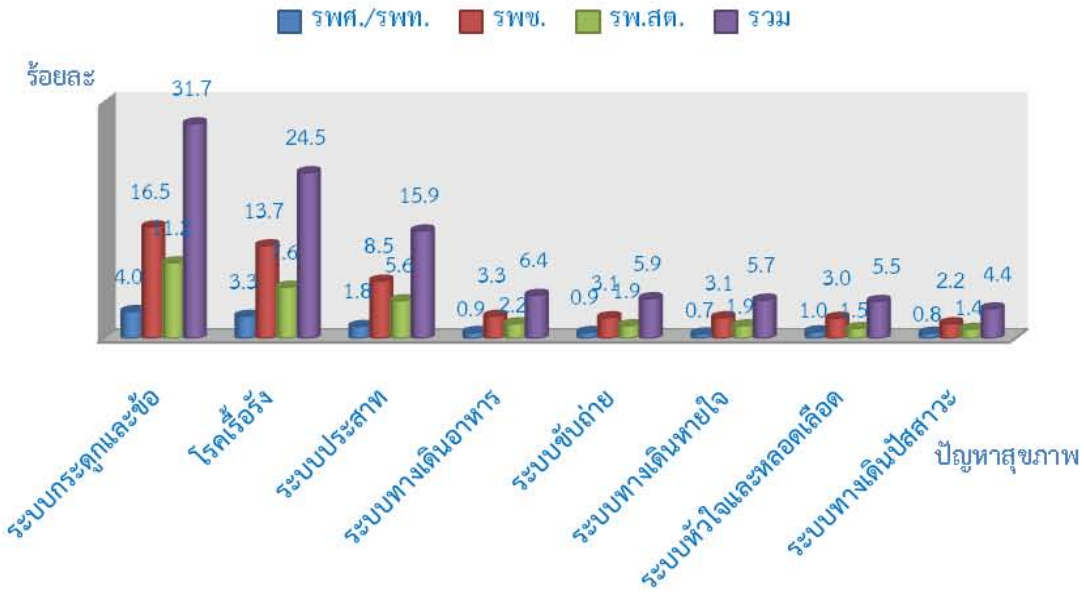


เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบผู้สูงอายุมีปัญหาระบบสุขภาพ 5 อันดับแรก คือ ระบบข้อและกระดูกมากที่สุด ร้อยละ 31.6 พบในทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 11.6, กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 11.5 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.6 รองลงมาคือ กลุ่มโรคเรื้อรัง ร้อยละ 24.5, ระบบประสาท ร้อยละ 15.8, ระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 6.4 และระบบขับถ่าย ร้อยละ 6 ตามลำดับ (ตารางที่ 15) พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาระบบสุขภาพไปรับบริการที่สถานบริการระดับรพช. รพ.สต. และรพศ./รพท. ตามลำดับ (รูปภาพที่ 9)

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาระบบสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรม ณ วันสัมภาษณ์จำแนกตามปัญหาระบบสุขภาพและกลุ่มอายุ

ปัญหาระบบสุขภาพ	กลุ่มอายุ			รวม
	60-69 ปี (%)	70-79 ปี (%)	80 ปีขึ้นไป (%)	
ระบบกระดูกและข้อ	4,803 (11.6)	4,783 (11.5)	3,562 (8.6)	13,148 (31.6)
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	836 (2.0)	882 (2.1)	571 (1.4)	2,289 (5.5)
ระบบประสาท	2,310 (5.6)	2,417 (5.8)	1,830 (4.4)	6,557 (15.8)
ระบบทางเดินหายใจ	929 (2.2)	868 (2.1)	610 (1.5)	2,407 (5.8)
ระบบทางเดินอาหาร	1,070 (2.6)	966 (2.3)	637 (1.5)	2,673 (6.4)
ระบบทางเดินปัสสาวะ	548 (1.3)	696 (1.7)	576 (1.4)	1,820 (4.4)
ระบบขับถ่าย	784 (1.9)	958 (2.3)	757 (1.8)	2,499 (6.0)
โรคเรื้อรัง	3,908 (9.4)	3,781 (9.1)	2,492 (6.0)	10,181 (24.5)
รวม	**15,188** **(36.5)**	**15,351** **(36.9)**	**11,035** **(26.5)**	**41,574** **(100.0)**

รูปภาพที่ 9 ร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามปัญหาระบบสุขภาพ

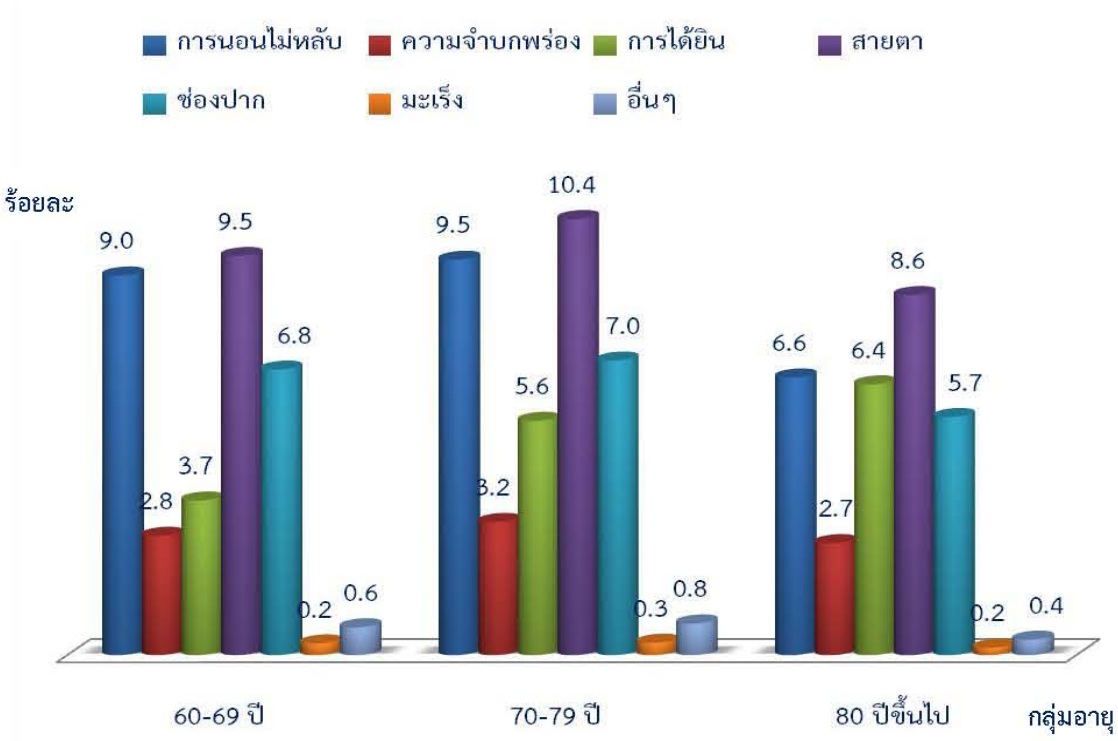


ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุด้านอื่นๆ พบว่ามีปัญหาด้านสายตามากที่สุด ร้อยละ 28.6 รองลงมาคือ การนอนไม่หลับ ร้อยละ 25.1, ช่องปาก ร้อยละ 19.4, การได้ยิน ร้อยละ 15.7 และความจำบกพร่อง ร้อยละ 8.6 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ สูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 62.8 และ 37.2 ตามลำดับ) พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศกับการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในผู้สูงอายุ (ตารางที่ 16) ในขณะที่กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ (รูปภาพที่ 10)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรม ณ วันสัมภาษณ์จำแนกตามปัญหาสุขภาพอื่นๆ และเพศ

ปัญหาสุขภาพอื่นๆ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
การนอนไม่หลับ	1,543 (8.6)	2,957 (16.5)	4,519 (25.1)	0.000
ความจำบกพร่อง	555 (3.1)	996 (5.6)	1,551 (8.6)	0.022
การได้ยิน	1,144 (6.4)	1,670 (9.3)	2,814 (15.7)	0.006
สายตา	1,839 (10.3)	3,276 (18.3)	5,115 (28.6)	0.000
ช่องปาก	1,397 (7.8)	2,086 (11.6)	3,483 (19.4)	0.017
มะเร็ง	60 (0.3)	75 (0.4)	135 (0.7)	0.149
อื่นๆ	137 (0.8)	186 (1.0)	323 (1.8)	-
รวม	**6,666 (37.2)**	**11,246 (62.8)**	**18,002 (100.0)**	

รูปภาพที่ 10 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตหรือทำกิจกรรม ณ วันสัมภาษณ์จำแนกตามปัญหาสุขภาพอื่นๆ และกลุ่มอายุ



ตอนที่ 2 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

2.1 การเข้าถึงแหล่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ

การเข้าถึงแหล่งบริการของผู้สูงอายุในด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.5) ผู้สูงอายุเคยเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 47.5 และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 33.3 และ 19.2 ตามลำดับ) (ตารางที่ 17)

การใช้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการให้ พบว่าผู้สูงอายุเคยใช้บริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล ร้อยละ 76.8 และไม่เคยไปใช้บริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล ร้อยละ 23.2 และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับการใช้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 48.1 และ 28.8 ตามลำดับ) (ตารางที่ 18)

ความต้องการสื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าต้องการสื่อในรูปแบบแผ่นพับมากที่สุด ร้อยละ 7.3 รองลงมาคือ กิจกรรมกลุ่ม ร้อยละ 4.1 หนังสือ ร้อยละ 3.2 บอร์ดและโปสเตอร์ ร้อยละ 2.5 และซีดี ร้อยละ 0.9 (รูปภาพที่ 11)

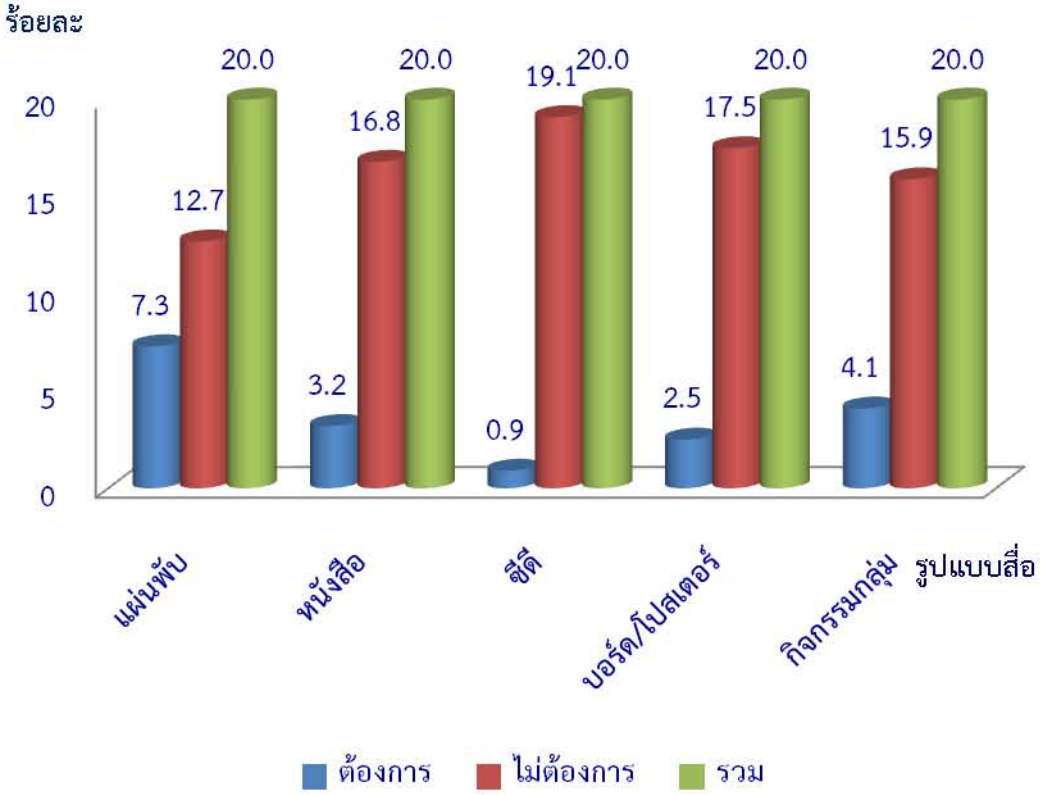
ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุเคยใช้บริการกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ไม่เคย	2,708 (19.4)	3,931 (28.1)	6,639 (47.5)	0.000
เคย	2,679 (19.2)	4,654 (33.3)	7,333 (52.5)	
รวม	**5,387 (38.6)**	**8,585 (61.4)**	**13,972 (100.0)**	

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุเคยใช้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการให้จำแนกตามเพศและการใช้บริการ

การใช้บริการการตรวจสุขภาพ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ไม่เคย	1,352 (9.7)	1,867 (13.4)	3,219 (23.2)	0.000
เคย	4,003 (28.8)	6,678 (48.1)	10,681 (76.8)	
รวม	**5,355 (38.5)**	**8,545 (61.5)**	**13,900 (100.0)**	

รูปภาพที่ 11 ร้อยละความต้องการรูปแบบสื่อจากโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ จำแนกตามรูปแบบสื่อหรือข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ



เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและการใช้บริการตรวจสุขภาพกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และเคยใช้บริการการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลที่จัดให้ในสถานบริการระดับรพช. และระดับรพ.สต. สูงกว่าระดับรพศ./รพท.

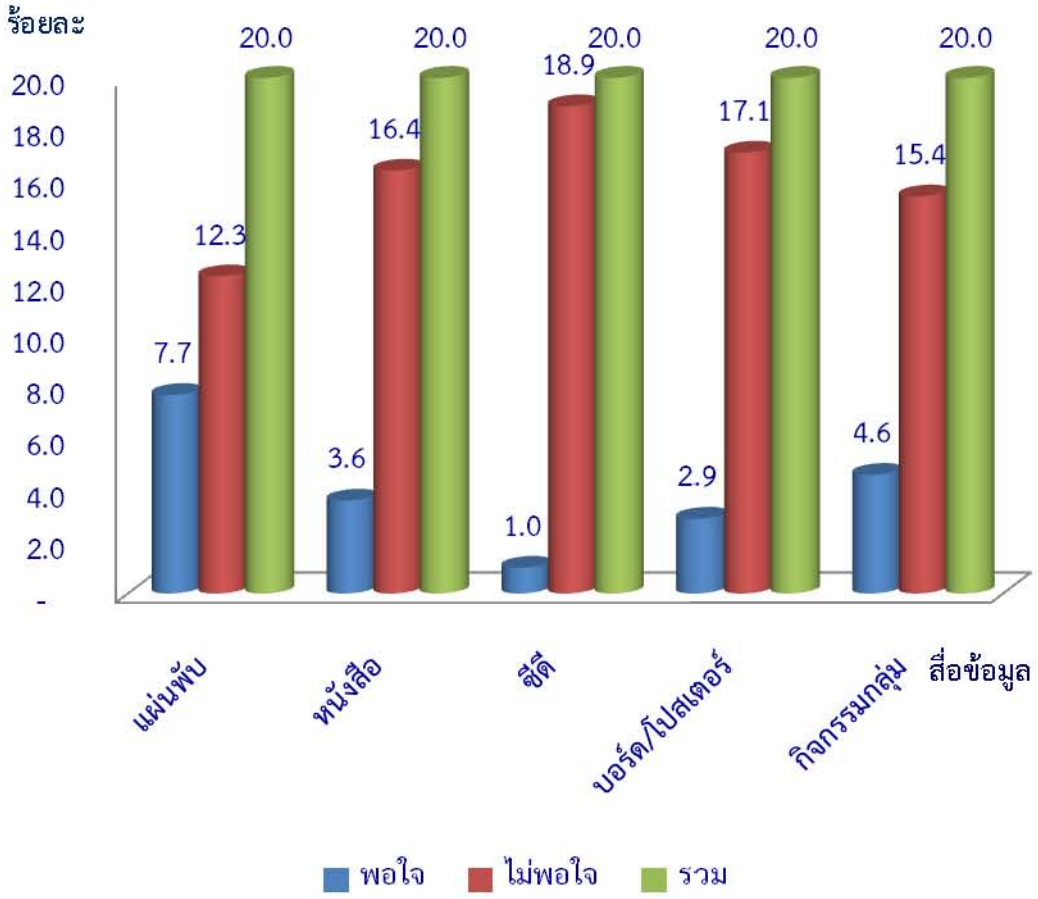
ความต้องการสื่อของผู้สูงอายุ พบในสถานบริการระดับรพช. สูงสุดร้อยละ 49.4 รองลงมา ระดับรพ.สต. ร้อยละ 42.2 และระดับรพศ./รพท. ร้อยละ 8.4 โดยผู้สูงอายุมีความต้องการสื่อในรูปแบบแผ่นพับมากที่สุด ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือ กิจกรรมกลุ่ม ร้อยละ 22.8, หนังสือ ร้อยละ 17.8, บอร์ด/โปสเตอร์ ร้อยละ 13.9 และซีดี ร้อยละ 4.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 19)

ความพอใจของผู้สูงอายุต่อสื่อหรือข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พบว่าไม่พอใจรูปแบบสื่อหรือข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ ซีดี มากที่สุด ร้อยละ 18.9 รองลงมาคือ บอร์ด/โปสเตอร์ ร้อยละ 17.1 และหนังสือ ร้อยละ 16.4 แผ่นพับเป็นรูปแบบสื่อที่ผู้สูงอายุพอใจที่สุด ร้อยละ 7.7 (รูปภาพที่ 12)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ จำแนกตามการเข้าถึงแหล่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ

การเข้าถึงแหล่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ					
ไม่เคย	1,291 (9.5)	3,514 (25.7)	1,699 (12.4)	6,540 48.0)	0.000
เคย	467 (3.4)	3,334 (24.4)	3,355 (24.6)	7,156 (52.0)	
รวม	**1,758 (12.9)**	**6,848 (50.1)**	**5,054 (36.9)**	**13,660 (100.0)**	
การใช้บริการตรวจสุขภาพ					
ไม่เคย	627 (4.6)	1,754 (12.9)	802 (5.9)	3,183 (23.4)	0.000
เคย	1,119 (8.2)	5,062 (37.2)	4,227 (31.1)	10,408 (76.6)	
รวม	**1,746 (12.9)**	**6,816 (50.2)**	**5,029 (37.0)**	**13,591 (100.0)**	
รูปแบบสื่อ					
แผ่นพับ	472 (3.8)	2,471 (20.1)	2,055 (16.7)	4,998 (40.6)	0.000
หนังสือ	219 (1.8)	1,007 (8.2)	959 (7.8)	2,185 (17.8)	0.000
ซีดี	80 (0.6)	323 (2.6)	203 (1.7)	606 (4.9)	0.174
บอร์ด/โปสเตอร์	126 (1.0)	965 (7.8)	621 (5.0)	1,712 (13.9)	0.000
กิจกรรมกลุ่ม	140 (1.1)	1,364 (10.6)	1,364 (11.1)	2,813 (22.8)	0.000
รวม	**1,037 (8.4)**	**6,067 (49.4)**	**5,202 (42.2)**	**12,314 (100.0)**	

รูปภาพที่ 12 ร้อยละความพอใจของผู้สูงอายุจำแนกตามสื่อข้อมูลด้านสุขภาพ



2.2 ด้านการรักษาพยาบาล

ด้านการรักษาพยาบาล พบว่าผู้อายุส่วนใหญ่ใช้บริการสถานบริการของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 94.1 รองลงมาคือ ไปสถานพยาบาลเอกชน/คลินิก ร้อยละ 4.2, ซื้อยากินเอง/รักษาตนเอง ร้อยละ 1.4 และ ไปรักษาพื้นบ้าน/หมอพื้นบ้าน (แผนโบราณ) ร้อยละ 0.3 พบมีความแตกต่างระหว่างเพศกับการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.003) โดยผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายไปใช้บริการสถานบริการของรัฐมากที่สุด

สิทธิในการรักษาพยาบาล พบผู้สูงอายุใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 82.3 รองลงมาคือ สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 16.7 และประกันสังคม ร้อยละ 0.8 และมีความแตกต่างระหว่างเพศกับสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายมีสิทธิในการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด และไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศกับการใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 98.5 ขณะที่จ่ายเงินเองเพียง ร้อยละ 1.5

ความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ พบมีความสะดวก ร้อยละ 88.5 และไม่สะดวก ร้อยละ 11.5 และมีความแตกต่างกันระหว่างเพศกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายตอบว่ามีความสะดวกในการเข้าถึงระบบบริการ (ตารางที่ 20)

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าทุกกลุ่มใช้บริการสถานบริการของรัฐ และใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.014) พบว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี มีสัดส่วนความสะดวกในการเข้าถึงบริการไม่แตกต่างกัน ขณะที่กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการน้อยที่สุด (ร้อยละ 22.3) (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลจำแนกตามเพศ

ด้านการรักษาพยาบาล	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
การใช้สถานบริการ				
ไปสถานพยาบาลของรัฐ	4,925 (36.1)	7,916 (58.0)	12,841 (94.1)	0.003
ไปสถานพยาบาลเอกชน/ คลินิก	210 (1.5)	359 (2.6)	569 (4.2)	
ไปรักษาพื้นบ้าน/ หมอพื้นบ้าน (แผนโบราณ)	15 (0.1)	22 (0.2)	37 (0.3)	
ซื้อยากินเอง/รักษาตนเอง	100 (0.7)	95 (0.7)	195 (1.4)	
รวม	**5,250 (38.5)**	**8,392 (61.5)**	**13,624 (100.0)**	
สิทธิในการรักษาพยาบาล				
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	4,355 (31.1)	7,179 (51.3)	11,534 (82.3)	0.000
ประกันสังคม	51 (0.4)	55 (0.4)	106 (0.8)	
ประกันสุขภาพกับบริษัท ประกันภัย	6 (0.0)	12 (0.1)	18 (0.1)	
สวัสดิการจากนายจ้าง	8 (0.1)	4 (0.0)	12 (0.1)	
สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	975 (6.9)	1,370 (9.8)	2,345 (16.7)	
รวม	**5,395 (38.5)**	**8,620 (61.5)**	**14,015 (100.0)**	
การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล				
ใช้	5,293 (37.9)	8,455 (60.6)	13,748 (98.5)	0.305
ไม่ใช้แต่จ่ายเงินเอง	71 (0.5)	132 (0.9)	203 (1.5)	
รวม	**5,364 (38.4)**	**8,587 (61.6)**	**13,951 (100.0)**	
ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ				
สะดวก	4,862 (34.9)	7,468 (53.6)	12,330 (88.5)	0.000
ไม่สะดวก	500 (3.6)	1,093 (7.8)	1,596 (11.5)	
รวม	**5,362 (38.5)**	**8,564 (61.5)**	**13,926 (100.0)**	

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ไปใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ

ด้านการรักษาพยาบาล	กลุ่มอายุ			รวม	p-value
	60-69 ปี (%)	70-79 ปี (%)	80 ปีขึ้นไป (%)		
การใช้สถานบริการ					
ไปสถานพยาบาลของรัฐ	4,925 (36.0)	4,672 (34.1)	3,292 (24.0)	12,889 (94.1)	0.004
ไปสถานพยาบาลเอกชน/คลินิก	239 (1.7)	213 (1.6)	121 (0.9)	573 (4.2)	
ไปรักษาพื้นบ้าน/หมอพื้นบ้าน (แผนโบราณ)	19 (0.1)	10 (0.1)	8 (0.1)	37 (0.3)	
ซื้อยากินเอง/รักษาตนเอง	77 (0.6)	87 (0.6)	31 (0.2)	195 (1.4)	
รวม	**5,260 (38.4)**	**4,982 (36.4)**	**3,452 (25.2)**	**13,694 (100.0)**	
สิทธิในการรักษาพยาบาล					
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	4,526 (32.2)	4,186 (29.8)	2,863 (20.4)	11,575 (82.3)	0.000
ประกันสังคม	72 (0.5)	22 (0.2)	12 (0.1)	106 (0.8)	
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย	8 (0.1)	3 (0.0)	7 (0.0)	18 (0.1)	
สวัสดิการจากนายจ้าง	3 (0.0)	5 (0.0)	4 (0.0)	12 (0.1)	
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	819 (5.8)	870 (6.2)	666 (4.7)	2,355 (16.7)	
รวม	**5,428 (38.6)**	**5,086 (36.2)**	**3,552 (25.3)**	**14,066 (100.0)**	

ด้านการรักษาพยาบาล	กลุ่มอายุ			รวม	p-value
	60-69 ปี (%)	70-79 ปี (%)	80 ปีขึ้นไป (%)		
การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล					
ใช้	5,321 (38.0)	4,995 (35.7)	3,483 (24.9)	13,799 (98.5)	0.846
ไม่ใช้แต่จ่ายเงินเอง	76 (0.5)	73 (0.5)	55 (0.4)	204 (1.5)	
รวม	**5,397 (38.5)**	**5,068 (36.2)**	**3,538 (25.3)**	**14,003 (100.0)**	
ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ					0.014
สะดวก	4,842 (34.6)	4,427 (31.7)	3,111 (22.3)	12,380 (88.6)	
ไม่สะดวก	565 (4.0)	613 (4.4)	420 (3.0)	1,598 (11.4)	
รวม	**5,407 (38.5)**	**5,040 (36.2)**	**3,531 (25.3)**	**13,978 (100.0)**	

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000, p=0.000) โดยผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด พบในทุกระดับสถานบริการ เป็นสถานบริการระดับรพ.สต. และระดับรพช. สูงสุด (ร้อยละ 87.8 และ ร้อยละ 82.5 ตามลำดับ) ในขณะที่ใช้สวัสดิการข้าราชการรัฐวิสาหกิจ พบระดับสถานบริการ รพศ./รพท. สูงสุด (ร้อยละ 31.4) (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการจำแนกตามการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาล

การเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาล	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
สิทธิในการรักษาพยาบาล					
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1,166 (66.1)	5,674 (82.5)	4,435 (87.8)	11,275 (82.3)	0.000
ประกันสังคม	37 (2.1)	55 (0.8)	9 (0.2)	101 (1.0)	
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย	6 (0.3)	6 (0.1)	6 (0.1)	18 (0.1)	
สวัสดิการจากนายจ้าง	1 (0.0)	8 (0.1)	3 (0.1)	12 (0.1)	
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	554 (31.4)	1,137 (16.5)	600 (11.9)	2,291 (16.7)	
รวม	**1,764 (100.0)**	**6,880 (100.0)**	**5,053 (100.0)**	**13,697 (100.0)**	
การใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล					
ใช้	1,710 (97.8)	6,797 (99.0)	4,935 (98.2)	13,442 (98.5)	0.000
ไม่ใช้แต่จ่ายเงินเอง	39 (2.2)	68 (1.0)	91 (1.8)	198 (1.5)	
รวม	**1,749 (100.0)**	**6,865 (100.0)**	**5,026 (100.0)**	**13,640 (100.0)**	

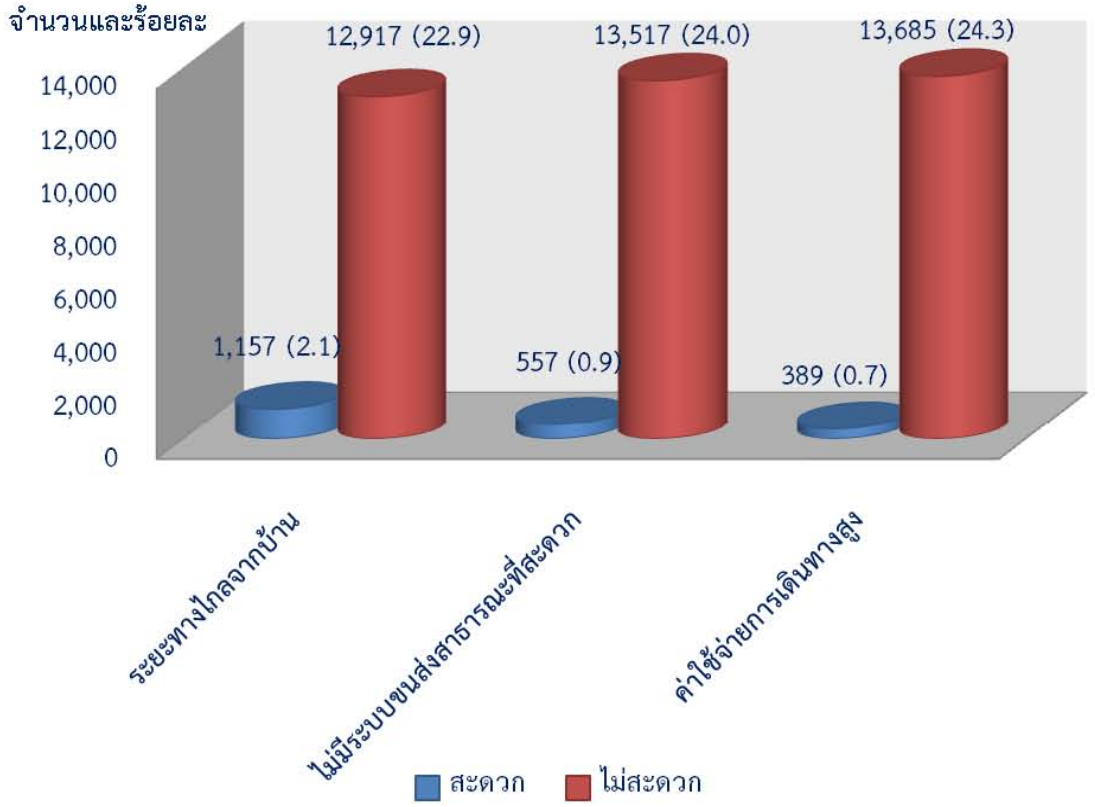
ความสะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ พบมีความแตกต่างระหว่างความสะดวกในการเข้าถึงบริการกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 มีความสะดวกในการเข้าถึงการบริการ เป็นสถานบริการระดับ รพ.สต. สูงสุด (ร้อยละ 91.2) รองลงมาคือ ระดับรพช. (ร้อยละ 88) และระดับรพศ./รพท. (ร้อยละ 84.2) ในขณะที่สถานบริการระดับรพศ./รพท. ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเข้ารับบริการมากที่สุด (ร้อยละ 15.8) (ตารางที่ 23)

เหตุผลความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่จะต้องเดินทางมารับบริการที่สถานบริการระดับต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 (90.8) ไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพเพราะค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง (ร้อยละ 24.3) ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่สะดวก (ร้อยละ 24) และระยะทางไกลบ้าน (ร้อยละ 22.9) (รูปภาพที่ 13) และพบว่ามีความแตกต่างระหว่างเหตุผลที่ไม่สะดวกกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าสถานบริการระดับรพช. มีผู้สูงอายุตอบไม่สะดวกในการมารับบริการสูงสุด ร้อยละ 53.4 เพราะระยะทางไกลบ้าน และไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่สะดวก และทุกระดับสถานบริการผู้สูงอายุตอบว่าไม่สะดวกเพราะระยะทางไกลบ้าน (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการจำแนกตามความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
สะดวก	1,477 (84.2)	6,013 (88.0)	4,579 (91.2)	12,069 (88.6)	0.000
ไม่สะดวก	277 (15.8)	824 (12.0)	443 (8.8)	1,544 (11.4)	
รวม	**1,754 (100.0)**	**6,837 (100.0)**	**5,022 (100.0)**	**13,613 (100.0)**	

รูปภาพที่ 13 จำนวนและร้อยละความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ
จำแนกตามเหตุผลที่ไม่ไปใช้บริการ

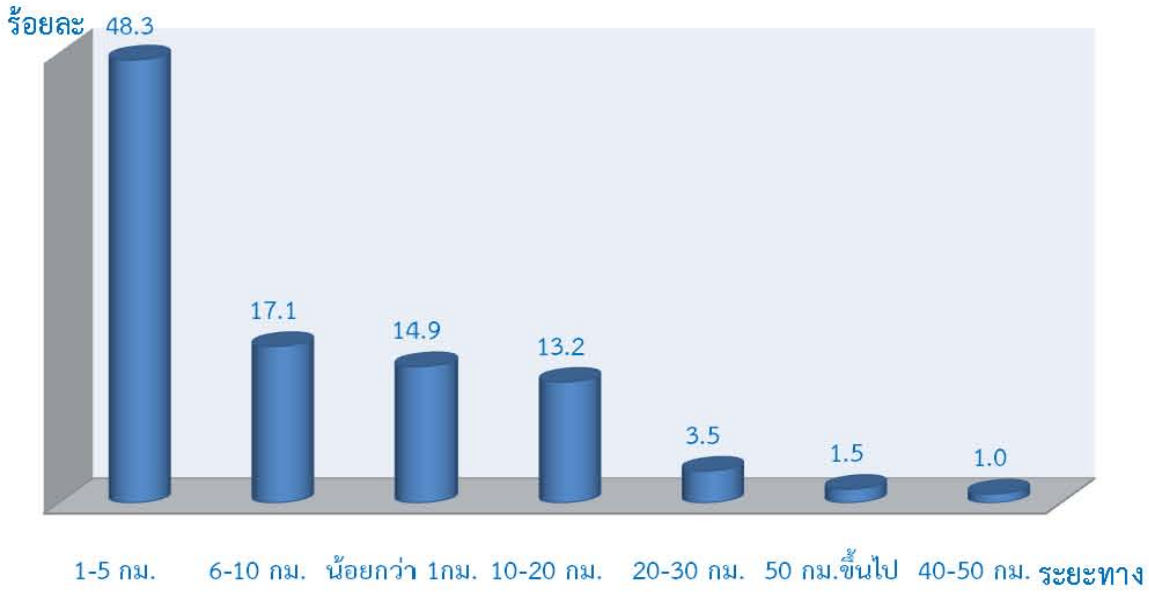


ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ณ วันสัมภาษณ์
ตอบว่าไม่สะดวกในการไปใช้บริการจำแนกตามเหตุผล

เหตุผลที่ไม่สะดวก	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
ระยะทางไกลจากบ้าน	223 (9.9)	566 (25.2)	318 (14.2)	1,107 (49.4)	0.000
ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่สะดวก	57 (2.5)	329 (14.7)	144 (6.4)	530 (23.7)	0.000
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง	105 (4.7)	210 (9.4)	66 (2.9)	381 (16.9)	0.000
อื่นๆ	31 (1.4)	93 (4.1)	101 (4.5)	225 (10.0)	-
รวม	**416 (19.0)**	**1,198 (53.4)**	**629 (28.1)**	**2,243 (100.0)**	

เมื่อพิจารณาตามระยะทางที่ผู้สูงอายุเดินทางจากบ้านไปกลับสถานบริการระดับต่างๆ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 48.3 เดินทางด้วยระยะทาง 1-5 กม. มากที่สุด รองลงมาคือ ระยะทาง 6-10 กม. ร้อยละ 17.2, น้อยกว่า 1 กม. ร้อยละ 14.9, ระยะทาง 10-20 กม. ร้อยละ 13.2 และระยะทาง 20-30 กม. ร้อยละ 3.5 ขณะที่เดินทางไปกลับด้วยระยะทาง 50 กม. ขึ้นไป ร้อยละ 1.5 (รูปภาพที่ 14)

รูปภาพที่ 14 ร้อยละระยะทางที่ผู้สูงอายุใช้เดินทางจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพ



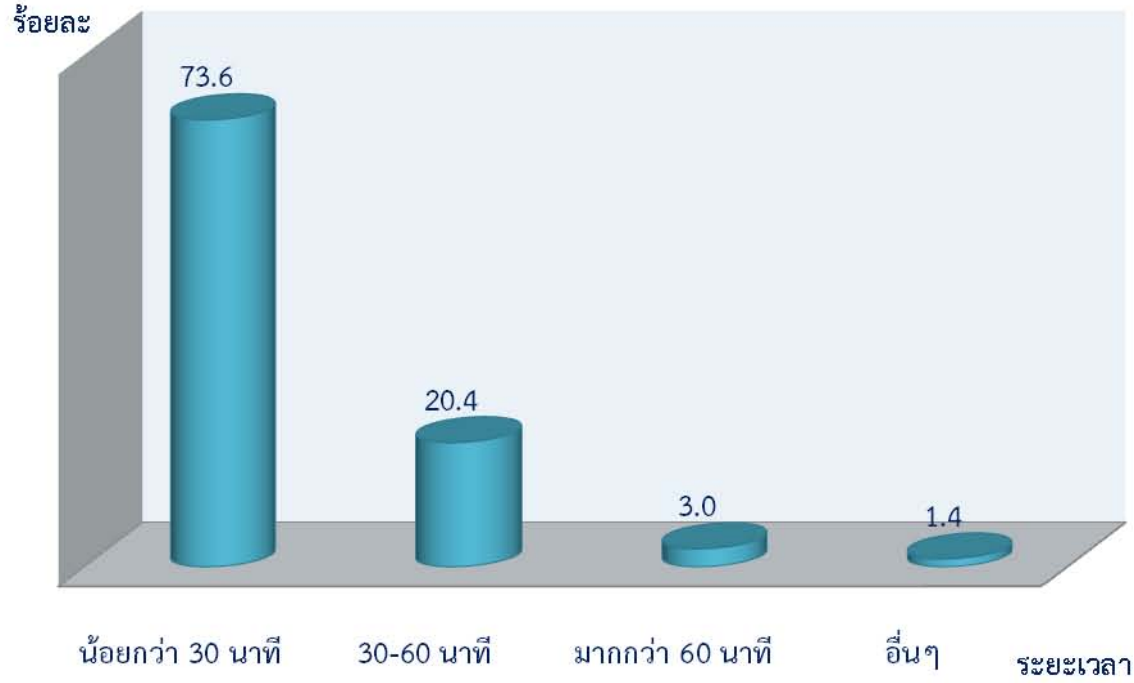
เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่า ผู้สูงอายุเดินทางไปกลับใช้ระยะทาง 1-5 กม. และน้อยกว่า 1 กม. เป็นสถานบริการระดับรพ.สต. มากที่สุด (ร้อยละ 20.9 และ ร้อยละ 8.6 ตามลำดับ) และมีความแตกต่างระหว่างระยะทางที่ใช้ในการเดินทางของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) พบว่าสถานบริการระดับรพช. ผู้สูงอายุเดินทางไปกลับด้วยระยะทาง 1-5 กม. และ 6-10 กม. มากที่สุด (ร้อยละ 23 และ 10.8 ตามลำดับ) ส่วนระยะทาง 40-50 กม. และ 50 กม.ขึ้นไป ผู้สูงอายุเดินทางไปกลับสถานบริการระดับรพศ./รพท. (ร้อยละ 0.5 และ 0.8 ตามลำดับ) (ตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามระยะทางที่ใช้เดินทางจากบ้านไปสถานบริการ

ระยะทาง	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
น้อยกว่า 1 กม.	162 (1.2)	728 (5.3)	1,181 (8.6)	2,071 (15.0)	0.000
1-5 กม.	637 (4.6)	3,184 (23.0)	2,887 (20.9)	6,708 (48.6)	
6-10 กม.	371 (2.7)	1,487 (10.8)	502 (3.6)	2,360 (17.1)	
10-20 กม.	308 (2.2)	1,192 (8.6)	334 (2.4)	1,834 (13.2)	
20-30 กม.	123 (0.9)	292 (2.1)	65 (0.5)	480 (3.5)	
40-50 กม.	74 (0.5)	53 (0.4)	14 (0.1)	141 (1.0)	
50 กม. ขึ้นไป	109 (0.8)	29 (0.2)	74 (0.5)	212 (1.5)	
รวม	**1,784 (12.8)**	**6,965 (50.4)**	**5,057 (36.6)**	**13,806 (100.0)**	

ระยะเวลาในการเดินทางไปใช้บริการสถานบริการระดับต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุเดินทางไปกลับสถานบริการใช้ระยะเวลาน้อยกว่า 30 นาที สูงสุด ร้อยละ 73.6 รองลงมาคือ 30-60 นาที ร้อยละ 20.4 และใช้เวลามากกว่า 60 นาที ร้อยละ 3 (รูปภาพที่ 15) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างระยะเวลาเดินทางของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบผู้สูงอายุที่ใช้ระยะเวลาเดินทางน้อยกว่า 30 นาที และ 30-60 นาที ไปกลับสถานบริการระดับรพช. (ร้อยละ 36.6 และ 11.7 ตามลำดับ) ในระยะเวลามากกว่า 60 นาที ผู้สูงอายุเดินทางไปกลับสถานบริการระดับรพช. และรพศ./รพท. ไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 1.3 และ 1.1 ตามลำดับ) (ตารางที่ 26)

รูปภาพที่ 15 ร้อยละระยะเวลาที่ผู้สูงอายุใช้เดินทางจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพ



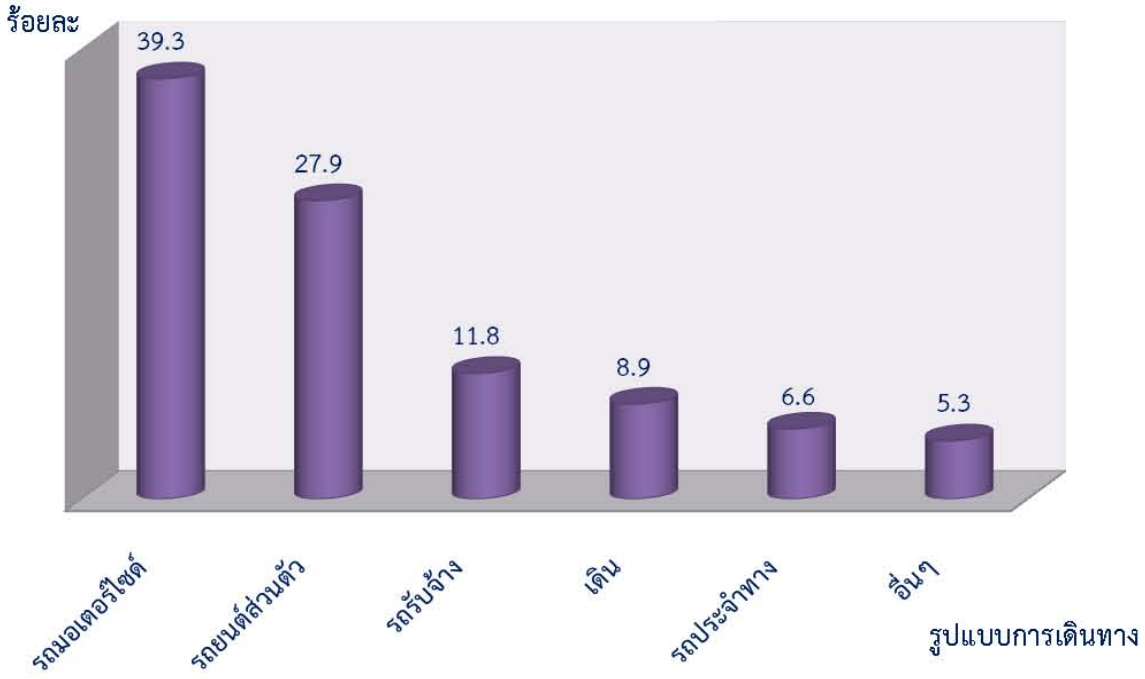
ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้สถานบริการ จำแนกตามระยะเวลาเดินทาง

ระยะเวลาเดินทาง	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
น้อยกว่า 30 นาที	1,050 (7.7)	4,998 (36.6)	4,208 (30.8)	10,256 (75.0)	0.000
30-60 นาที	536 (3.9)	1,597 (11.7)	669 (4.9)	2,802 (20.4)	
มากกว่า 60 นาที	148 (1.1)	183 (1.3)	89 (0.7)	420 (3.1)	
อื่นๆ	26 (0.2)	88 (0.6)	78 (0.6)	192 (1.4)	
รวม	**1,760 (12.9)**	**6,866 (50.2)**	**5,044 (36.9)**	**13,670 (100.0)**	

ผู้สูงอายุเลือกรูปแบบการเดินทางในการมารับบริการที่สถานบริการระดับต่างๆ โดยใช้รถมอเตอร์ไซด์มากที่สุด ร้อยละ 39.3 รองลงมาคือ ใช้รถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 27.9, ใช้รถรับจ้าง ร้อยละ 11.8, เดิน ร้อยละ 8.9 และใช้รถประจำทาง ร้อยละ 6.6 (รูปภาพที่ 16)

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างรูปแบบการเดินทางของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าสถานบริการระดับรพช. ผู้สูงอายุเลือกใช้รถมอเตอร์ไซด์และรถยนต์ส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 19.1 และ 15.7 ตามลำดับ) ขณะที่สถานบริการระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุเลือกใช้วิธีเดินสูงสุด ร้อยละ 6.7 และสถานบริการระดับรพศ./รพท. เลือกใช้รถยนต์ส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 5.3 (ตารางที่ 27)

รูปภาพที่ 16 ร้อยละรูปแบบการเดินทางของผู้สูงอายุจากบ้านไปสถานบริการสุขภาพ

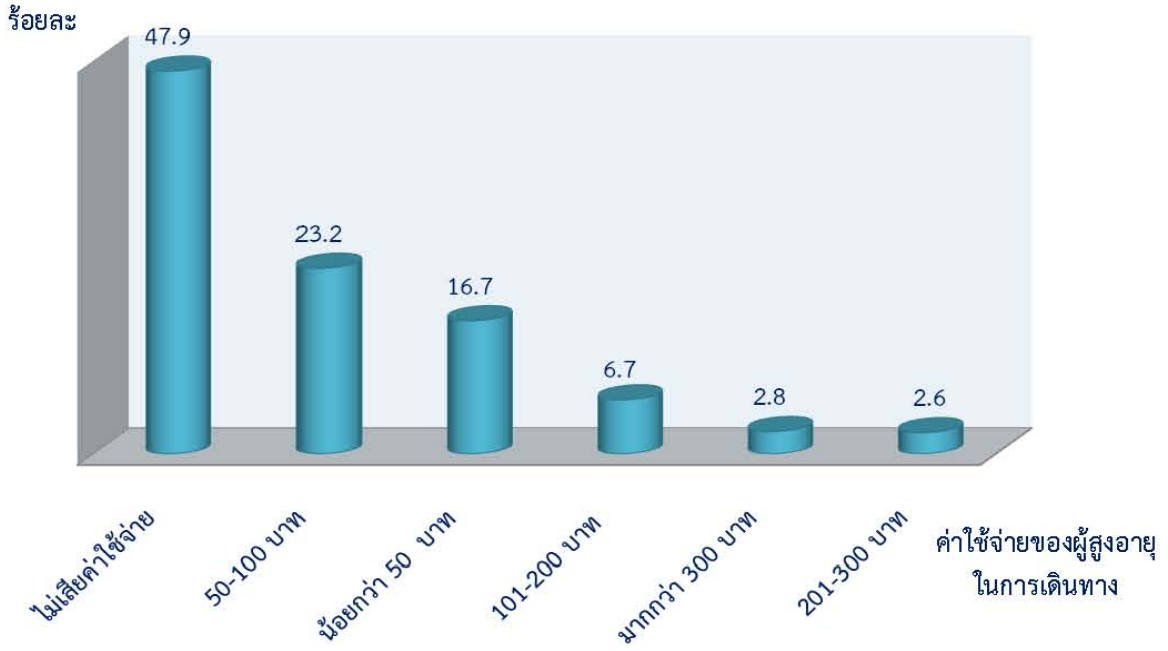


ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามรูปแบบการเดินทางจากบ้านไปสถานบริการ

รูปแบบการเดินทาง	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
เดิน	89 (0.6)	286 (1.8)	1,071 (6.7)	1,446 (9.0)	0.000
รถรับจ้าง	271 (1.7)	1,119 (6.9)	455 (2.8)	1,845 (11.4)	0.000
รถประจำทาง	260 (1.6)	519 (3.3)	252 (1.6)	1,031 (6.4)	0.000
รถมอเตอร์ไซด์	425 (2.6)	3,058 (19.1)	2,876 (17.9)	6,359 (39.6)	0.000
รถยนต์ส่วนตัว	855 (5.3)	2,527 (15.7)	1,116 (6.9)	4,498 (27.9)	0.000
อื่นๆ	70 (0.4)	431 (2.7)	397 (2.5)	898 (5.6)	0.000
รวม	**1,970 (12.3)**	**7,940 (49.4)**	**6,167 (38.3)**	**16,077 (100.0)**	-

ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเดินทางไปกลับสถานบริการระดับต่างๆ พบว่าผู้สูงอายุไม่เสียค่าใช้จ่ายมากที่สุด ร้อยละ 47.9 รองลงมาคือ ค่าใช้จ่าย 50-100 บาท ร้อยละ 23.2, ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 50 บาท ร้อยละ 16.7, ค่าใช้จ่าย 101-200 บาท ร้อยละ 6.7, ค่าใช้จ่าย 201-300 บาท ร้อยละ 2.6 และค่าใช้จ่ายมากกว่า 300 บาท ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 17) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุมารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปกลับสถานบริการระดับรพ.สต. สูงสุด (ร้อยละ 22.7) และระดับรพช. (ร้อยละ 20.7) ในขณะที่เสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 300 บาท ในการเดินทางไปกลับสถานบริการระดับรพช. และระดับรพศ./รพท. (ร้อยละ 1.2 และ 1.1 ตามลำดับ) (ตารางที่ 28)

รูปภาพที่ 17 ร้อยละค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเดินทางจากบ้านไปกลับสถานบริการ



ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุเดินทางไปกลับ จำแนกตามค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ค่าใช้จ่าย ในการเดินทาง	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
ไม่เสียค่าใช้จ่าย	637 (4.6)	2,861 (20.6)	3,148 (22.7)	6,646 (47.9)	0.000
น้อยกว่า 50 บาท	214 (1.5)	1,249 (9.0)	867 (6.2)	2,330 (16.8)	
50-100 บาท	507 (3.6)	1,958 (14.1)	753 (5.4)	3,218 (23.2)	
101-200 บาท	195 (1.4)	568 (4.1)	173 (1.2)	936 (6.7)	
200-300 บาท	94 (0.7)	172 (1.2)	96 (0.7)	362 (2.6)	
มากกว่า 300 บาท	149 (1.1)	164 (1.2)	68 (0.5)	381 (2.7)	
รวม	**1,796 (12.9)**	**6,973 (50.3)**	**5,105 (36.8)**	**13,873 (100.0)**	

พบผู้สูงอายุมีปัญหาในการมาใช้บริการโรงพยาบาล ร้อยละ 20.2 และร้อยละ 79.8 ไม่มีปัญหาการใช้บริการในสถานบริการแต่ละระดับ และมีความแตกต่างระหว่างเพศกับปัญหาการมาใช้บริการโรงพยาบาลของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงและชายส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีปัญหาในการมารับบริการ (ร้อยละ 48.1 และ 31.7 ตามลำดับ) (ตารางที่ 29) และพบมีความแตกต่างระหว่างปัญหาในการมาใช้บริการของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุมีปัญหาในการมาใช้บริการในสถานบริการระดับรพช. มากที่สุด ร้อยละ 11.1 รองลงมาคือ ระดับรพ.สต. ร้อยละ 5.5 และระดับรพศ./รพท. ร้อยละ 3.6 (ตารางที่ 30)

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการมาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ

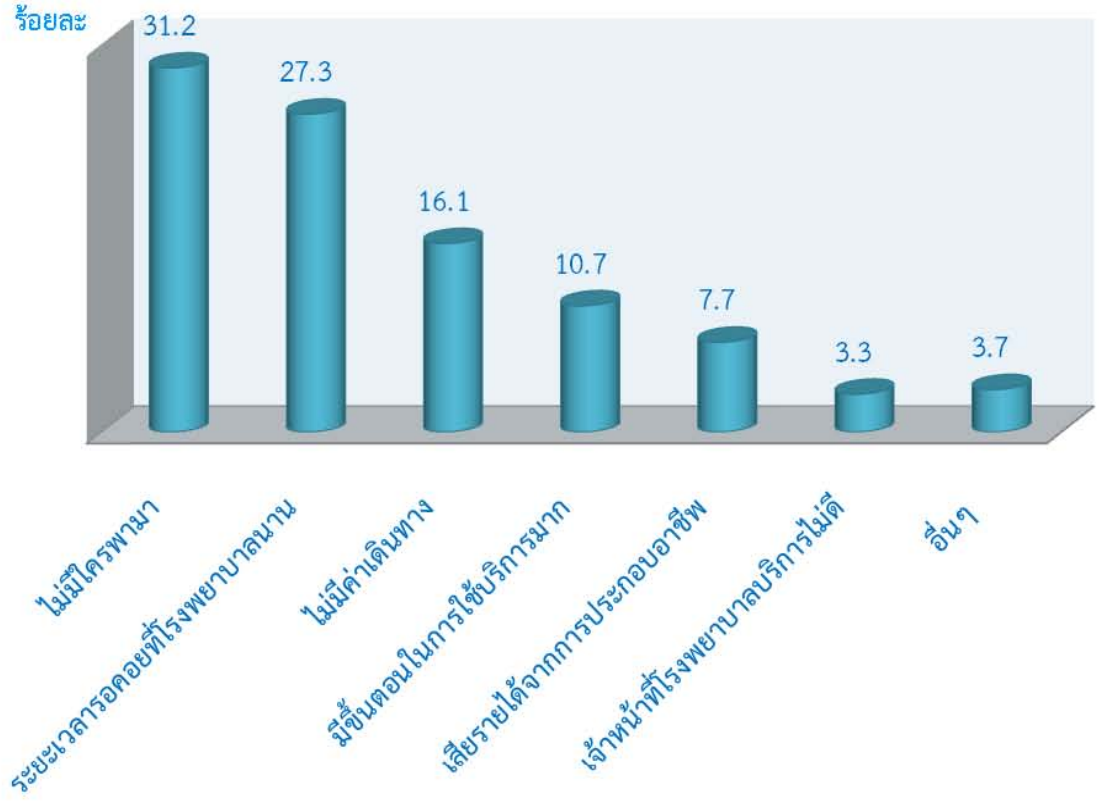
ปัญหาในการมาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ไม่มี	4,433 (31.7)	6,715 (48.1)	11,148 (79.8)	0.000
มี	956 (6.8)	1,871 (13.4)	2,827 (20.2)	
รวม	**5,389 (38.6)**	**8,586 (61.4)**	**13,975 (100.0)**	

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามปัญหาในการมาใช้บริการ

ปัญหาในการมาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
ไม่มี	1,261 (9.2)	5,350 (39.3)	4,294 (31.4)	10,905 (79.8)	0.000
มี	489 (3.6)	1,516 (11.1)	752 (5.5)	2,757 (20.2)	
รวม	**1,750 (12.8)**	**6,866 (50.3)**	**5,046 (36.9)**	**13,662 (100.0)**	

ปัญหาการมาใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไม่มีใครพามาสถานบริการสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 31.2 รองลงมาคือ ระยะเวลารอคอยที่โรงพยาบาลนาน ร้อยละ 27.3, ไม่มีค่าเดินทาง ร้อยละ 16.1, มีขั้นตอนในการใช้บริการมาก ร้อยละ 10.7 และเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 7.7 ตามลำดับ ขณะที่ร้อยละ 3.3 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบริการไม่ดี (รูปภาพที่ 18)

รูปภาพที่ 18 ร้อยละสาเหตุของปัญหาการมาใช้บริการในสถานบริการแต่ละระดับของผู้สูงอายุ



เมื่อพิจารณาตามสถานการบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างสาเหตุของปัญหาในการมาใช้บริการของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบสถานบริการระดับรพช. ผู้สูงอายุมีปัญหาไม่มีใครพามาสูงสุด ร้อยละ 18.5 รองลงมาคือ ระยะเวลาในการรอคอยที่โรงพยาบาลนาน ร้อยละ 15.4 ไม่มีค่าเดินทาง ร้อยละ 9.2 และขั้นตอนในการใช้บริการมาก ร้อยละ 4.6 และสถานบริการระดับรพ.สต. และระดับรพศ./รพท. พบปัญหาเช่นเดียวกับระดับรพช. คือไม่มีใครพามาสถานบริการ (ร้อยละ 8.9 และ ร้อยละ 3.8 ตามลำดับ) ในขณะที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างระยะเวลาในการรอคอยที่โรงพยาบาลนานที่เป็นปัญหาการมาใช้บริการของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการ (ตารางที่ 31)

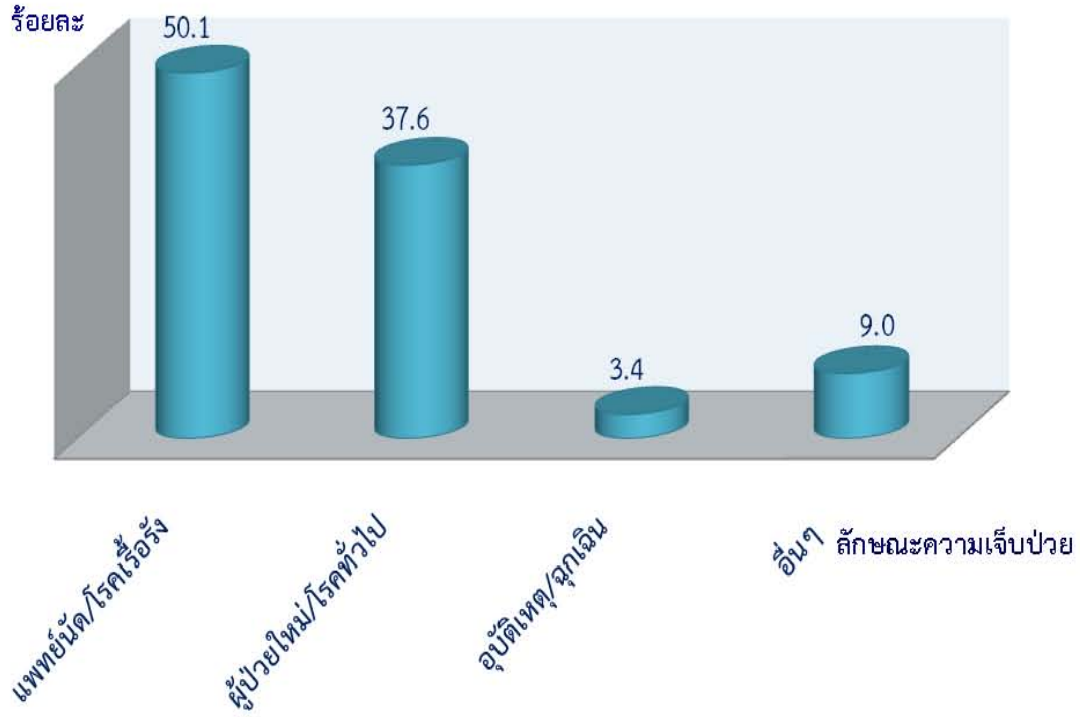
ลักษณะความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องมาใช้บริการที่สถานบริการมากที่สุด ร้อยละ 50.1 คือ แพทย์นัดหรือโรคเรื้อรัง รองลงมาคือ ผู้ป่วยใหม่หรือโรคทั่วไป ร้อยละ 37.6 และอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน ร้อยละ 3.4 (รูปภาพที่ 19) เมื่อพิจารณาลักษณะเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามระดับสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างลักษณะความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยสถานบริการระดับรพช. และระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุมาใช้บริการมากที่สุด คือแพทย์นัดหรือโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 27.9 และ 14.2 ตามลำดับ) และพบว่าผู้สูงอายุมาใช้บริการในสถานบริการระดับรพ.สต

เป็นผู้ป่วยใหม่หรือโรคทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 17.9 และกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินพบว่าไปใช้บริการในสถานบริการระดับรพช. สูงสุด (ร้อยละ 2) (ตารางที่ 32)

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการจำแนกตามสาเหตุของปัญหาในการมาใช้บริการของผู้สูงอายุ

ปัญหาในการมาใช้บริการ	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
ไม่มีใครพามา	177 (3.8)	862 (18.5)	419 (8.9)	1,458 (31.3)	0.000
ระยะเวลารอคอยที่โรงพยาบาลนาน	280 (6.0)	714 (15.4)	279 (6.0)	1,273 (27.4)	1.000
ไม่มีค่าเดินทาง	97 (2.1)	431 (9.2)	210 (4.5)	738 (15.8)	0.000
มีขั้นตอนในการใช้บริการมาก	159 (3.4)	216 (4.6)	129 (2.8)	504 (10.8)	0.000
เสียรายได้จากการประกอบอาชีพ	109 (2.3)	169 (3.7)	86 (1.8)	364 (7.8)	0.000
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบริการไม่ดี	41 (0.9)	60 (1.3)	49 (1.1)	150 (3.2)	0.000
อื่นๆ	30 (0.6)	87 (1.9)	56 (1.2)	173 (3.7)	-
รวม	**893 (19.1)**	**2,539 (54.7)**	**1,228 (26.3)**	**4,660 (100.0)**	

รูปภาพที่ 19 ร้อยละลักษณะความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมารับบริการในสถานบริการ



เมื่อพิจารณาลักษณะเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามระดับสถานบริการ พบว่าสถานบริการระดับรพช. และระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุมาใช้บริการมากที่สุด คือแพทย์นัดหรือโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 27.9 และ 14.2 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุมาใช้บริการในสถานบริการระดับรพ.สต เป็นผู้ป่วยใหม่หรือโรคทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 17.9 และกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน ไปใช้บริการในสถานบริการระดับรพช. ร้อยละ 2 (ตารางที่ 32)

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามลักษณะความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ

ลักษณะความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
ผู้ป่วยใหม่/โรคทั่วไป	465 (3.5)	2,215 (16.6)	2,394 (17.9)	5,074 (38.0)	0.000
แพทย์นัด/โรคเรื้อรัง	1,002 (7.5)	3,716 (27.9)	1,905 (14.2)	6,623 (49.6)	
อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	116 (0.9)	256 (2.0)	81 (0.6)	453 (3.4)	
อื่นๆ	160 (1.2)	571 (4.3)	469 (3.5)	1,200 (9.0)	
รวม	**1,743 (13.1)**	**6,758 (50.6)**	**4,849 (36.3)**	**13,350 (100.0)**	

2.3 ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่

ความพอเพียงของการจัดบริการของสถานบริการ พบว่ามีความแตกต่างระหว่างความพอใจต่อการให้บริการกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบสถานบริการระดับรพช. ผู้สูงอายุพอใจต่อการคัดกรอง ตรวจประเมินสุขภาพผู้สูงอายุสูงสุดร้อยละ 11.5 รองลงมาคือ การรักษาโรคและพื้นฟูสภาพทั่วไปรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.2, การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 9.5 และการให้คำปรึกษาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 9 ในขณะที่สถานบริการระดับรพศ./รพท. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการรักษาโรคและพื้นฟูสภาพทั่วไปรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้สูงอายุ มากที่สุดร้อยละ 3 และระดับรพ.สต. มีความพึงพอใจต่อการคัดกรอง ตรวจประเมินสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด ร้อยละ 9.6 เช่นเดียวกับสถานบริการระดับรพช. (ตารางที่ 33)

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามความพอใจต่อการให้บริการ

ความพอใจต่อการให้บริการ	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
การคัดกรอง ตรวจประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	1,094 (2.6)	4,810 (11.5)	3,981 (9.6)	9,885 (23.7)	0.000
การรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไปรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของผู้สูงอายุ	1,265 (3.0)	4,646 (11.2)	3,391 (8.1)	9,302 (22.3)	0.001
การเยี่ยมบ้าน การรักษาฟื้นฟูที่บ้านแก่ผู้สูงอายุ	495 (1.2)	2,811 (6.8)	2,980 (7.2)	6,286 (15.1)	0.000
การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแก่ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	910 (2.2)	3,967 (9.5)	3,322 (8.0)	8,199 (19.7)	0.000
การให้คำปรึกษา การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ	871 (2.1)	3,752 (9.0)	3,349 (8.0)	7,972 (19.1)	0.000
รวม	**4,635 (11.1)**	**19,986 (48.0)**	**17,023 (40.9)**	**41,644 (100.0)**	

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ พบว่าส่วนใหญ่ตอบว่าสถานบริการที่ไปใช้บริการให้บริการสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 80.4 ขณะที่ตอบไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.6 พบว่ามีความแตกต่างระหว่างความเพียงพอในการจัดบริการของโรงพยาบาลกับเพศของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.001) โดยทั้งผู้สูงอายุเพศหญิงและชายส่วนใหญ่ตอบว่าโรงพยาบาลที่ไปใช้บริการให้บริการสุขภาพความเพียงพอ (ร้อยละ 50.1 และ 30.3 ตามลำดับ) (ตารางที่ 34) และมีความแตกต่างระหว่างความเพียงพอในการจัดบริการกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าผู้สูงอายุตอบว่าทุกระดับของสถานบริการมีการจัดบริการสุขภาพเพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ (ตารางที่ 35) และกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินพบว่าผู้สูงอายุตอบว่ามาใช้บริการแห่งนี้ (สถานบริการที่ตอบแบบสัมภาษณ์) ร้อยละ 89.5 ตอบว่าไม่มาใช้บริการ ร้อยละ 10.5 และไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศกับการมาใช้บริการกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 36)

ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละความเพียงพอในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุของสถานบริการ

ความเพียงพอในการจัดบริการ	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
เพียงพอ	4,202 (30.3)	6,940 (50.1)	11,142 (80.4)	0.001
ไม่เพียงพอ	1,113 (8.1)	1,600 (11.5)	2,713 (19.6)	
รวม	**5,315 (38.4)**	**8,540 (61.6)**	**13,855 (100.0)**	

ตารางที่ 35 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามความเพียงพอในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

ความเพียงพอในการจัดบริการ	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
เพียงพอ	1,243 (9.1)	5,478 (40.2)	4,188 (30.9)	10,872 (80.2)	0.000
ไม่เพียงพอ	502 (3.7)	1,387 (10.2)	793 (5.8)	2,682 (19.8)	
รวม	**1,745 (12.9)**	**6,828 (50.4)**	**4,981 (36.7)**	**13,554 (100.0)**	

ตารางที่ 36 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุเลือกใช้สถานบริการในกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน จำแนกตามเพศและการใช้บริการ

การใช้บริการกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	เพศ		รวม	p-value
	ชาย (%)	หญิง (%)		
ใช้บริการ	4,776 (34.4)	7,643 (55.1)	12,419 (89.5)	0.786
ไม่ใช้บริการ	555 (4.0)	902 (6.5)	1,457 (10.5)	
รวม	**5,331 (38.4)**	**8,545 (61.6)**	**13,876 (100.0)**	

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการในกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือฉุกเฉิน พบว่าผู้สูงอายุเลือกใช้บริการในสถานบริการที่ไปใช้บริการ ณ วันสัมภาษณ์มากที่สุด ร้อยละ 89.4 เป็นสถานบริการระดับรพช. (ร้อยละ 48) และมีความแตกต่างระหว่างการใช้บริการกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินของผู้สูงอายุกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่ไปใช้บริการกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินในสถานบริการระดับรพศ./รพท. (ร้อยละ 22) เนื่องจาก

มีโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้กว่า และกรณีถ้ามาโรงพยาบาลนี้แล้วอาจมีอุปกรณ์ไม่เพียงพอและมาโรงพยาบาลนี้แล้วอาจไม่พบแพทย์ ผู้สูงอายุตอบว่าเป็นสถานบริการระดับรพ.สต. สูงสุด (ร้อยละ 19 และ 9.1 ตามลำดับ) พบมีความแตกต่างระหว่างเหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่ไปใช้บริการในกรณีอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินกับระดับของสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ามีโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้กว่า (ร้อยละ 53.9) (ตารางที่ 37)

ตารางที่ 37 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการ จำแนกตามเหตุผลการใช้บริการ

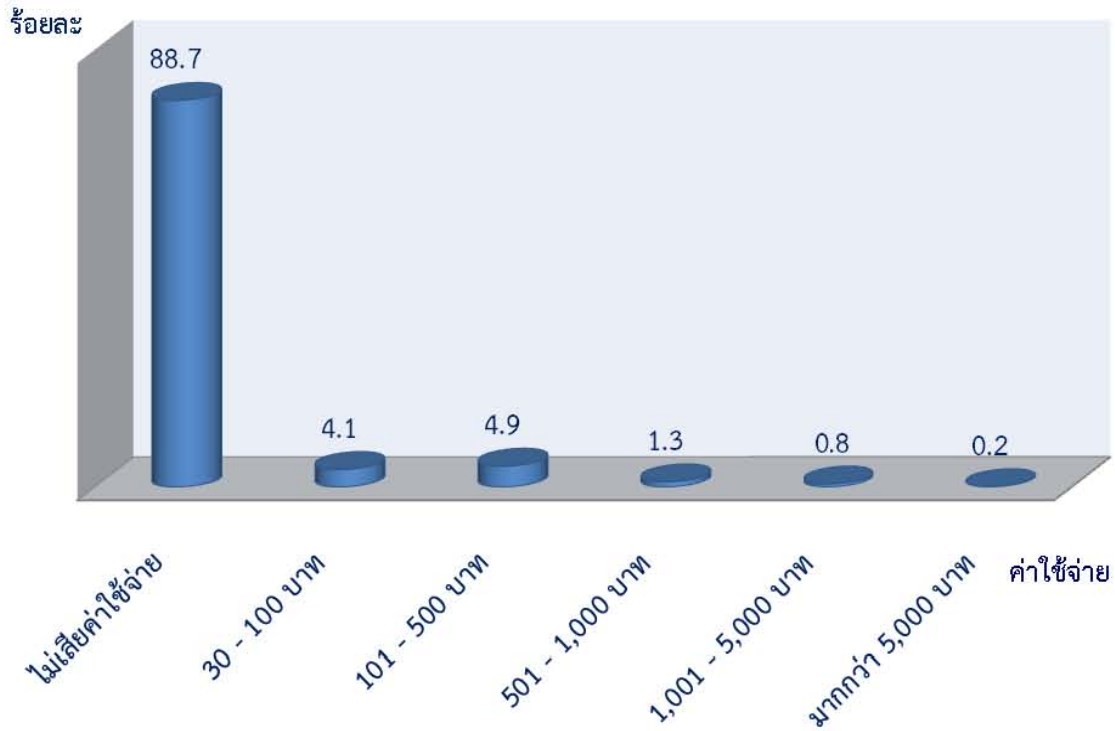
เหตุผล	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
การใช้บริการกรณีอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน					
ใช้บริการ	1,336 (9.8)	6,500 (48.0)	4,288 (31.5)	12,124 (89.4)	0.000
ไม่ใช้บริการ	418 (3.1)	348 (2.6)	678 (5.0)	1,444 (10.6)	
รวม	**1,754 (12.9)**	**6,848 (50.6)**	**4,966 (36.6)**	**13,568 (100.0)**	
เหตุผลที่ไม่ใช้บริการ					
มีโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้กว่า	375 (22.0)	220 (12.9)	326 (19.1)	921 (53.9)	0.000
มาโรงพยาบาลนี้แล้วอาจมีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ	22 (1.3)	92 (5.4)	324 (19.0)	438 (26.6)	0.000
มาโรงพยาบาลนี้แล้วอาจไม่พบแพทย์	23 (1.3)	26 (1.5)	156 (9.1)	205 (12.0)	0.000
อื่นๆ	26 (1.5)	72 (4.2)	48 (2.8)	146 (8.5)	-
รวม	**446 (26.1)**	**410 (24.0)**	**854 (49.9)**	**1,710 (100.0)**	

2.4 ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ

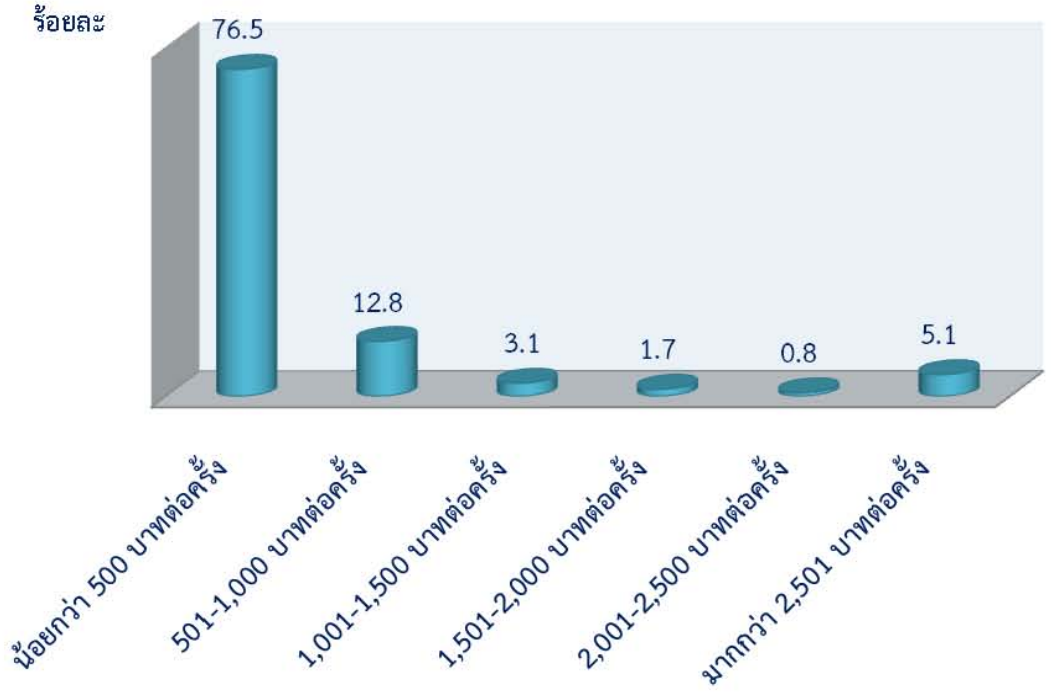
ความสามารถของผู้สูงอายุในการจ่ายค่าบริการ พบว่าผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากสิทธิที่มีอยู่ในแต่ละครั้งที่มารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ จำนวน 101-500 บาท มากที่สุด ร้อยละ 4.9 รองลงมาคือ จำนวน 30-100 บาท ร้อยละ 4.1 จำนวน 501-1,000 บาท ร้อยละ 1.3 และจำนวน 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ ขณะที่ร้อยละ 88.7 ไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม (รูปภาพที่ 20)

เมื่อพิจารณาตามความสามารถในการจ่ายเพิ่มตามสิทธิที่มี พบผู้สูงอายุมีความสามารถในการจ่ายเพิ่มน้อยกว่า 500 บาทต่อครั้งมากที่สุด ร้อยละ 76.5 รองลงมาคือ จำนวน 501-1,000 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 12.8, จำนวนมากกว่า 2,501 บาทต่อครั้ง ร้อยละ5.1, จำนวน 1,001-1,500 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 3.1, จำนวน 1,501-2,000 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 1.7 และจำนวน 2,001-2,500 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 21) และมีความแตกต่างระหว่างความสามารถในการจ่ายเพิ่มจากสิทธิที่มีกับระดับของสถานบริการที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) พบว่าในสถานบริการระดับรพช.และรพ.สต. ผู้สูงอายุจ่ายเพิ่มตามสิทธิที่มีน้อยกว่า 500 บาทต่อครั้ง (ร้อยละ 39.4 และ 29.5) (ตารางที่ 38)

รูปภาพที่ 20 ร้อยละค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายเพิ่มจากการใช้สิทธิเดิมในการรับบริการ



รูปภาพที่ 21 ร้อยละความสามารถในการจ่ายเพิ่มจากสิทธิเดิมของผู้สูงอายุ



ตารางที่ 38 จำนวนและร้อยละระดับสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการจำแนกตามความสามารถในการจ่ายเพิ่มจากสิทธิเดิม

ความสามารถในการจ่ายเพิ่มจากสิทธิที่มี	ระดับสถานบริการ			รวม	p-value
	รพศ./รพท. (%)	รพช. (%)	รพ.สต. (%)		
น้อยกว่า 500 บาทต่อครั้ง	914 (7.6)	4,688 (39.4)	3,512 (29.5)	9,114 (76.5)	0.000
501-1,000 บาทต่อครั้ง	296 (2.5)	763 (6.4)	456 (3.8)	1,515 (12.7)	
1,001-1,500 บาทต่อครั้ง	61 (0.5)	181 (1.5)	120 (1.0)	362 (3.0)	
1,501-2,000 บาทต่อครั้ง	53 (0.4)	77 (0.6)	72 (0.6)	202 (1.7)	
2,001-2,500 บาทต่อครั้ง	22 (0.2)	55 (0.5)	23 (0.2)	100 (0.8)	
มากกว่า 2,501 บาทต่อครั้ง	222 (1.9)	237 (2.0)	152 (1.3)	611 (5.2)	
รวม	**1,568 (13.1)**	**6,001 (50.5)**	**4,335 (36.4)**	**11,904 (100.0)**	

2.5 การยอมรับคุณภาพบริการ

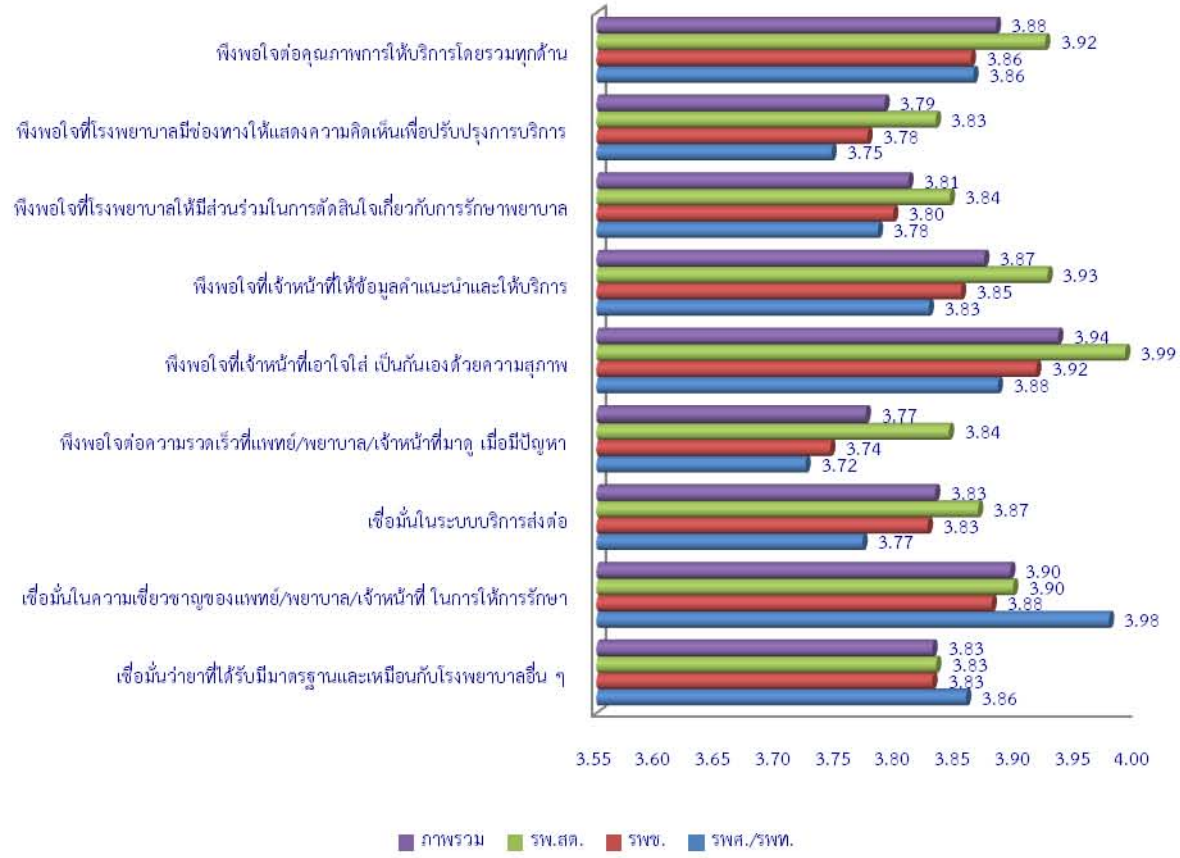
จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในด้านความพึงพอใจต่อการยอมรับคุณภาพของสถานบริการแต่ละระดับที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ พบว่าผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ในการให้การรักษาท่าน คะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 3.8951±0.68803 รองลงมาคือ ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ เป็นกันเองด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8935±0.72944 มีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำและให้บริการ ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8733±0.71561 และมีความเชื่อมั่นในระบบบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8324±0.70802 สรุปผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ**โดยรวมทุกด้าน** ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ3.8831±0.69111

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการ พบว่าในสถานบริการระดับรพศ./รพท. ผู้สูงอายุมีความพอใจต่อการยอมรับคุณภาพบริการ ได้แก่ มีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ในการให้การรักษาท่าน ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดเท่ากับ 3.9774±0.66297 รองลงมาคือ มีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ เป็นกันเองด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส มีค่าเฉลี่ยคะแนนความ พึงพอใจเท่ากับ 3.8847±0.71128

สถานบริการระดับรพช. พบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจในด้านความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ในการให้การรักษาท่าน ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดเท่ากับ 3.8796±0.71251 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ**โดยรวมทุกด้าน**ของสถานบริการระดับรพช. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8622±0.70905

สถานบริการระดับรพ.สต. พบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ เป็นกันเองด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดเท่ากับ 3.9909±0.72016 รองลงมาคือ มีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำและให้บริการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.9262±0.69522 (รูปภาพที่ 22)

รูปภาพที่ 22 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการยอมรับคุณภาพการบริการในสถานบริการ



2.6 ความสะดวกหรือสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ

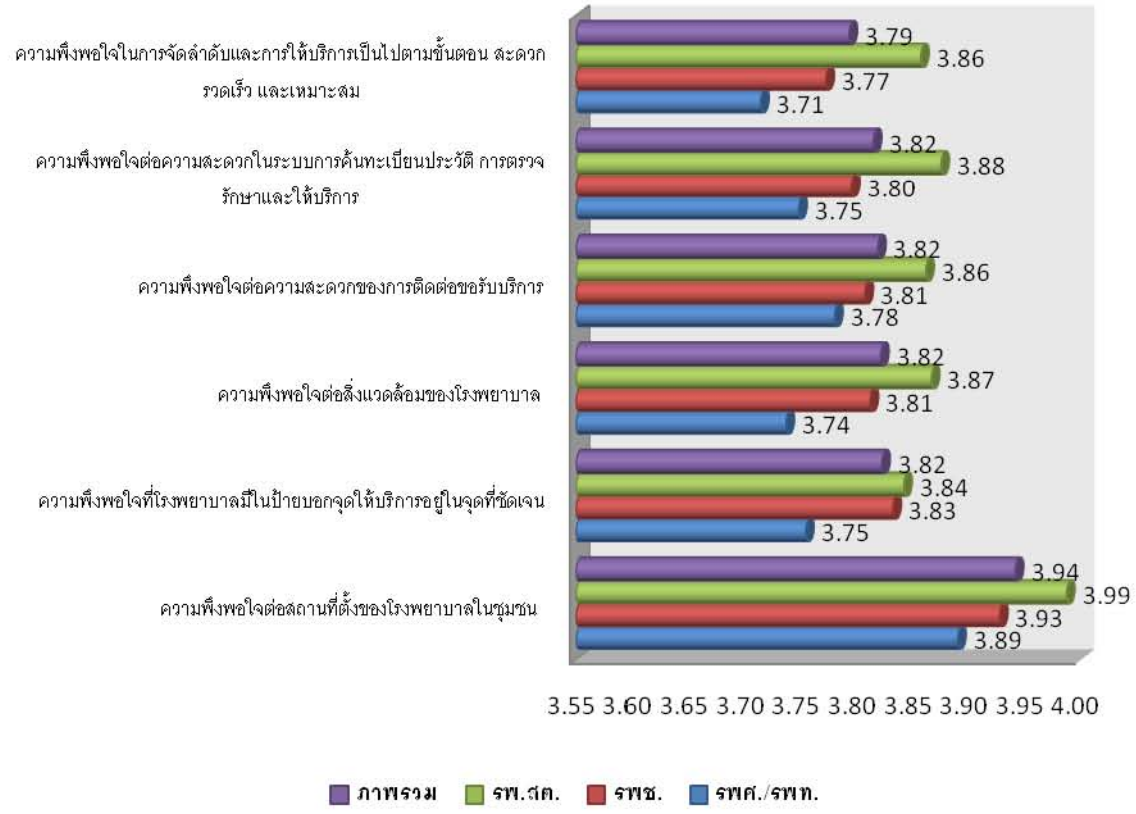
จากการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดเท่ากับ 3.9418±0.70323 รองลงมาคือ มีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีป้ายบอกจุดให้บริการอยู่ในจุดที่ชัดเจน ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8226±0.72214

เมื่อพิจารณาตามระดับสถานบริการระดับรพศ./รพท. พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวกสูงสุด ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8904±0.67279 รองลงมาคือ มีความพึงพอใจต่อความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการของโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.7804±0.70332

สถานบริการระดับรพช. พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวกสูงสุด เช่นเดียวกับสถานบริการระดับรพศ./รพท. มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.9278±0.71532 รองลงมาคือ ความพึงพอใจที่โรงพยาบาล

มีในป้ายบอกจุดให้บริการอยู่ในจุดที่ชัดเจน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8325±0.72352 และสถานบริการระดับรพ.สต. พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวกสูงสุด ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.9876±0.69437 รองลงมาคือ มีความสะดวกในระบบการค้นทะเบียนประวัติการตรวจรักษาและให้บริการ ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเท่ากับ 3.8754±0.67953 (รูปภาพที่ 23)

รูปภาพที่ 23 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อความสะดวกหรือสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ



ตอนที่ 3 การทำกระบวนการ Focus group ในประเด็นสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบในปัจจุบันและรูปแบบที่เหมาะสำหรับการจัดบริการในผู้สูงอายุ ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในพื้นที่เขตการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข 18 เขต สรุปผลการศึกษาจากการทำ Focus group ดังนี้

1. สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

1. การประเมิน คัดกรอง และฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเช่น การจัดทัศนศึกษา กิจกรรมทางศาสนา
3. การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยทีมสุขภาพ อสม. และจิตอาสา
4. การประสานงานความร่วมมือกิจกรรมด้านสุขภาพกับอปท.

1.2 ด้านการรักษาพยาบาล

1. ระบบบริการผู้ป่วยนอก จัดระบบช่องทางด่วน 70 ปี ไม่มีคิว
2. คลินิกผู้สูงอายุ/คลินิกเฉพาะโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต
3. การประเมิน Geriatric Giant
4. จัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เช่น การนวด/อบ/ประคบ
5. ระบบการส่งต่อ
6. ระบบการเยี่ยมบ้าน
7. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อสำหรับผู้สูงอายุ
8. จัดหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่

1.3 ด้านความเพียงพอของบริการ

1. บุคลากรไม่เพียงพอ
2. สถานที่ไม่มีหรือไม่เอื้ออำนวยในการจัดบริการ
3. อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น รถเข็น
4. งบประมาณสนับสนุน

1.4 ด้านความสามารถของผู้ใช้บริการจ่ายค่าบริการ

1. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ระบบจ่ายตรง ยกเว้นรพ.สต.ไม่มีระบบจ่ายตรง
3. ระบบสงเคราะห์การจ่ายเงิน
4. ค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเดินทางมาโรงพยาบาล
5. กรณีผู้สูงอายุสำรองจ่ายไปก่อนและไม่ได้รับคืนจากบุตร (ทั้งมีต้นสังกัดและไม่มีต้นสังกัด)

2. ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

2.1 ผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุไม่เห็นความสำคัญ
2. การเดินทางไม่สะดวก, ไม่มียานพาหนะ, ไม่มีคนพามา
3. ติดภาระงาน เช่น ต้องทำงาน เลี้ยงหลาน
4. ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เคลื่อนไหวลำบาก หูตึง
5. ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคและการรักษา
6. ทัศนคติต่อสถานบริการ เช่น ไม่ชอบพยาบาล, แพทย์
7. ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยา/ไม่มีผู้ดูแลเรื่องยา

2.2 การจัดบริการ

1. การบริหารจัดการ/ความชัดเจนด้านนโยบาย
2. รูปแบบการบริการไม่ชัดเจน
3. การจัดบริการไม่ครอบคลุม เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก
4. การบริการแบบ one stop service : จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ
5. ปัญหาด้านการสื่อสารต่างๆ ภาษาถิ่นสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

2.3 บุคลากรทางการแพทย์

1. ผู้ให้บริการไม่เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ
2. องค์ความรู้ของบุคลากรต้องมีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพ
3. อัตรากำลังไม่เพียงพอ
4. ภาระงานมาก
5. ความเชี่ยวชาญของบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาล เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ
6. ทีมงานไม่มีความพร้อมและการประสานงานระหว่างทีม
7. การขาดขวัญกำลังใจและแรงจูงใจของบุคลากรในการทำงาน

2.4 สถานที่ อุปกรณ์ และงบประมาณ

1. ขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์/กายอุปกรณ์
2. สถานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดบริการ
3. ใช้สถานที่ร่วมกับแผนกอื่นๆ
4. งบประมาณสนับสนุน

2.5 ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ

1. การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
2. ระบบการจ่ายตรง
3. ค่าใช้จ่ายในเดินทางของผู้สูงอายุ
4. ค่าธรรมเนียมในการบริการ

3. รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

3.1 แบ่งตามระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องดูแล

กลุ่มที่ 1

1. สร้างชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
2. มีสถานที่การทำกิจกรรม
3. มีอุปกรณ์สำหรับการทำกิจกรรม
4. มีบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ
5. มีศูนย์เรียนรู้สำหรับให้ศึกษาและทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 2

1. มีการจัดบริการ Day care
2. ส่งเสริมและสนับสนุนโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน
3. มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4. ให้การดูแลในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ

กลุ่มที่ 3

1. มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลสำหรับผู้สูงอายุ
2. มีบริการรถรับ-ส่ง ผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉินที่ต้องการไปโรงพยาบาล
3. มีศูนย์พัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.2 แบ่งตามระดับสถานบริการ

ระดับรพศ./รพท

1. มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้สูงอายุ
2. มีขั้นตอนการบริการแบบ One Stop Service
3. มีศูนย์ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุและสถานบริการระดับต่างๆ
4. มีช่องทางการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ศูนย์ hot line, การนัดหมายสื่อกลางโดยโทรทัศน์ หรือ internet
5. จัดบริการผู้ป่วยใน (IPD) สำหรับผู้สูงอายุเพราะความต้องการการดูแลที่พิเศษต่างจากวัยอื่น
6. มีระบบบริการรับ-ส่ง ผู้สูงอายุ
7. มีทีม Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อสม. จิตอาสา

ระดับรพช.

1. มี Day care center ในรพช.
2. มีทีมดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ
3. จัดบริการผู้ป่วยใน (IPD) สำหรับผู้สูงอายุเพราะความต้องการการดูแลที่พิเศษต่างจากวัยอื่น
4. มีช่องทางการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ศูนย์ hot line, การนัดหมายสื่อกลางโดยโทรทัศน์ หรือ internet

5. มีระบบบริการรับ-ส่ง ผู้สูงอายุ

6. มีทีม Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อสม., จิตอาสา

ระดับรพ.สต.

1. มี Day care center ในชุมชน

2. มีระบบบริการรับ-ส่ง ผู้สูงอายุ

3. มีทีม Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อสม., จิตอาสา

4. การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. มีการกำหนดและผลักดันนโยบายชัดเจนและต่อเนื่อง เช่น การรับฟังความคิดเห็นของประชาชนในพื้นที่, อปท.เขียนเป็นบัญญัติในนโยบายพื้นที่ และมีกระทรวงผู้สูงอายุโดยตรง

2. การปรับโครงสร้างและกำหนดผู้รับผิดชอบดูแลงานผู้สูงอายุโดยตรง

3. มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการใช้ข้อมูลร่วมกัน

4. มีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขและหน่วยงานของท้องถิ่น

5. สร้างความตระหนักและทัศนคติให้เข้าใจผู้สูงอายุของผู้บริหาร บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

6. การจัดทำมาตรฐานการบริการให้สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม

7. มีการบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ช่องทางด่วน คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกพิเศษเฉพาะโรค

8. มีการจัดตั้งและสร้างภาคีเครือข่ายการทำงานทุกระดับ ตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบายจนถึงผู้ปฏิบัติและท้องถิ่น

9. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานผู้สูงอายุ

5. การสนับสนุนการดำเนินงาน

นโยบาย

1. ความชัดเจนของนโยบายจากส่วนกลางและเป็นรูปธรรม

2. การนำลงสู่การปฏิบัติได้ง่าย

บุคลากร

1. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เช่น การอบรม ทุนการศึกษาต่อ

2. การสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานของบุคลากร เช่น การพิจารณาความดีความชอบ

3. การเพิ่มค่าตอบแทนเฉพาะทางผู้สูงอายุ

4. การจัดสรรบุคลากรเฉพาะวิชาชีพให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

5. การสร้างและพัฒนาศักยภาพกลุ่มจิตอาสาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

งบประมาณ

1. มีการกำหนดนโยบายและงบประมาณด้านสุขภาพจากหน่วยงานท้องถิ่นชัดเจน
2. งบประมาณสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
3. งบประมาณจากส่วนกลางกระทรวงฯ เช่น กสธ., กพม., อปท.
4. กองทุนผู้สูงอายุ
5. กำหนดให้มีช่องทางเสียภาษีสำหรับบริจาคให้ผู้สูงอายุ
6. สนับสนุนให้มีการจัดระบบการออมเงินไว้ใช้ในยามเกษียณ

เครื่องมืออุปกรณ์

1. มีการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ
2. อุปกรณ์ทางการแพทย์ กายอุปกรณ์ และสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ

6. การบูรณาการดำเนินงาน

1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุท้องถิ่นประกอบด้วยภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น
2. มีระบบการนิเทศติดตามงานของคณะกรรมการ
3. การกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน ทั้งในระดับกระทรวงและต่างกระทรวง
4. มีการกำหนดตัวชี้วัดร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง
5. มีเวทีเพื่อการนำเสนองานผู้สูงอายุ (KM) ในระดับท้องถิ่นและประเทศ
6. มีการจัดทำระบบหักเก็บรายได้สะสมเพื่อจ่ายเงินรายเดือนสำหรับวัยผู้สูงอายุ

7. สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. นโยบายจากส่วนกลาง (ระดับกระทรวง) มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย
2. การจัดสรรงบประมาณ ไม่มีงบประมาณเฉพาะด้านผู้สูงอายุ
3. การสร้างขวัญและกำลังใจในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนี้
4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

8. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน

1. การกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดในระดับพื้นที่ที่ปฏิบัติงานต้องชัดเจน
2. ผู้บริหารเห็นความสำคัญในงานและให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง
3. การประชาสัมพันธ์/สื่อสารที่ชัดเจน การดำเนินงานของสถานบริการทั่วถึงและเพียงพอ
4. มีศูนย์ประสานงานสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจนในระดับจังหวัด
5. การสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การหกล้ม ภาวะสมองเสื่อมและสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
6. มีรูปแบบหรือพัฒนารูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเสริมรายได้
7. มีระบบสารสนเทศสนับสนุน
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

9. การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง และยั่งยืน

10. การส่งเสริมองค์ความรู้และการสร้างเครือข่ายวิชาการ โดยมีศูนย์กลางของจังหวัด/อำเภอ/ตำบล

11. มีเวทีเพื่อนำเสนอผลงานด้านผู้สูงอายุ/R2R

12. ความร่วมมือของทุกภาคส่วน เช่น ชุมชนเห็นความสำคัญสนับสนุน มีสถานที่เอื้อในการทำกิจกรรม

บทที่ 5
สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ รพศ./รพท., รพช. และรพ.สต. ในพื้นที่ 18 จังหวัด ตามเขตการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2555) ผลการศึกษาแบ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ความเพียงพอของ การจัดบริการ และความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยจากการทำกระบวนการ focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริการระดับต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ 1) เพื่อศึกษารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการในปัจจุบัน 2) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการเข้าถึงรูปแบบระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละระดับสถานบริการ และ 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

จากการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพพอใช้มากที่สุดร้อยละ 48.6 และประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมากๆ (ร้อยละ 22.3 และ 2.9 ตามลำดับ) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างเพศกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.000) โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมากๆ สูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ที่ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีสุขภาพไม่ดีและไม่มีมากๆ (ร้อยละ 21.5 และ 2.8 ตามลำดับ) ชี้ได้ว่าผู้สูงอายุมีความเปราะบางด้านสุขภาพ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 55.6 ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพร้อยละ 20 และที่เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 24.5 ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ ระบบข้อและกระดูก เช่น ปวดข้อปวดเมื่อย ปวดหลังปวดต้นคอ ไหล่ติด และหกล้มหรือกระดูกหัก และกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน และโรคไต ส่วนปัญหาสุขภาพอื่นๆ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสายตามากที่สุด ร้อยละ 28.6 มีแนวโน้มเดียวกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายสุขภาพผู้สูงอายุ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 พบมีความชุกของโรคต้อกระจกร้อยละ 21.1 เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 23.6 และ 18 ตามลำดับ) ในขณะที่ร้อยละ 55.6 ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และจากการศึกษาของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ ในปี 2553 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 25 เข้าถึงบริการการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรัง ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นว่าแนวโน้วเพิ่มขึ้นทำให้สามารถรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

การเข้าถึงระบบบริการของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง สัมพันธ์กับข้อมูลจากการทำกระบวนการ focus group พบว่าในสถานบริการแต่ละระดับจะให้การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี เช่น กิจกรรมสันทนาการ การออกกำลังกาย แต่ในสถานบริการบางแห่งมีปัญหาด้านการประสานงานและความไม่ยั่งยืนในการดำเนินกิจกรรม และผู้สูงอายุเคยไปใช้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลที่ไปรับบริการ ณ วันสัมภาษณ์ถึงร้อยละ 76.6 และปัจจุบันสถานบริการระดับต่างๆ ได้ดำเนินตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการ 70 ปี ไม่มีคิวที่แผนกผู้ป่วยนอกแต่ก็พบปัญหาการให้บริการเนื่องจากผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในขณะที่ผู้ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะใช้ระบบภาคีเครือข่ายสุขภาพที่มีอยู่มาสนับสนุนในการจัดบริการ เช่น กรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้รับการดูแลในสถานบริการระดับรพศ./รพท. เมื่อปัญหาผู้สูงอายุได้รับการดูแลและสามารถส่งต่อไปให้สถานบริการระดับรพช. เพื่อการดูแลต่อเนื่องและช่วยลดอัตราครองเตียงในสถานบริการระดับตติยภูมิ เป็นต้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มารับบริการจะใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 98.5 มีเพียงบางส่วนที่ใช้จ่ายเงินเอง (ร้อยละ 1.5) สอดคล้องกับข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข 2548-2552 พบว่าในปี พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนผู้ป่วยนอกและในในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสูงสุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และในปี พ.ศ. 2546 สัดส่วนผู้ป่วยนอกในระดับสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 48 แต่กลับมีการใช้บริการลดลงในระยะเวลาต่อมา ในขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีระดับเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และความถี่ในการใช้บริการเพื่อตัดสินใจไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยระบบประกันสังคมมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 1.4 เท่าของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ป่วยในระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการมีการใช้สิทธิบริการผู้ป่วยในเป็น 1.5 เท่าของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภูษิต และคณะ; 2550)

ความสะดวกในการเข้าถึงการบริการ พบว่าผู้สูงอายุตอบว่ามีความสะดวกในการเข้าถึงระบบบริการ ร้อยละ 88.6 เป็นสถานบริการระดับรพ.สต. ร้อยละ 91.2 ไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการเป็นสถานบริการระดับรพศ./รพท. ร้อยละ 15.8 ปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเข้าถึงการบริการอันดับหนึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายการเดินทางสูง ร้อยละ 24.3, ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่สะดวก ร้อยละ 24 และระยะทางไกลบ้าน ร้อยละ 22.9 สถานบริการระดับรพ.สต. มีปัญหาระยะทางไกลบ้านน้อยกว่าสถานบริการระดับอื่นๆ ร้อยละ 14.2 สาเหตุปัญหาของผู้สูงอายุในการมาใช้บริการในสถานบริการ พบร้อยละ 20.2 ได้แก่ ไม่มีใครพามา ร้อยละ 31.2, ระยะเวลารอคอยที่โรงพยาบาลนาน ร้อยละ 27.3, ไม่มีค่าเดินทาง ร้อยละ 16.1 และมีขั้นตอนในการบริการมาก ร้อยละ 10.7 สอดคล้องการศึกษาของถาวร และคณะ (2553) การสังเคราะห์ข้อเสนอระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เหตุผลที่ไม่ไปใช้บริการ เช่น ความกังวลต่อคุณภาพของบริการ ยา

และบุคลากรทางการแพทย์ ความไม่สะดวกจากการมีขั้นตอนจำนวนมาก ความแออัด การรอคิว และประเด็นการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค พบว่าผู้สูงอายุไทยสามารถเข้าถึงบริการตรวจร่างกายประจำปีได้ไม่ว่าเป็นผู้สูงอายุภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพใด ซึ่งแต่เดิมนั้นมีเพียงผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเท่านั้นที่ที่สิทธิประโยชน์มีความครอบคลุมการตรวจร่างกายประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและโรค และจากข้อมูลของ สปสช. พบว่า ในปีงบประมาณ 2553 มีผู้สูงอายุจำนวน 2 ล้านคนที่ได้รับการบริการตรวจร่างกายประจำปีและคัดกรองโรค โดยคิดเป็น ร้อยละ 26 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และในส่วนของประชาชนผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลจากข้อมูลพบว่ามีการใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี 1.7 ล้านราย แต่ไม่สามารถแยกกลุ่มอายุได้ และประเด็นการเข้าถึงบริการผู้ป่วยใน ในกลุ่มผู้สูงอายุมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยภาพรวมแล้วจะมีการการใช้บริการมากกว่าประชากรกลุ่มวัยอื่นๆ ประมาณสองเท่าตัว จากข้อมูลการให้บริการของกองทุนประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2553 ผู้สูงอายุมีการใช้บริการผู้ป่วยในโดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพประมาณ 1.8 ล้านครั้ง หรือคิดเป็น ร้อยละ 26 ของการใช้บริการทั้งหมด และข้อมูลจากการทำกระบวนการ focus group ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่ม 2 และ 3 มีปัญหาในการเข้าถึงการบริการมากที่สุดซึ่งอยู่ในชุมชน สถานบริการระดับรพ.สต. จะประสานงานขอความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการจัดรถรับส่งดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพื่อมารับบริการ แต่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน และพบว่าอปท. ตระหนักและให้ความสำคัญในงานด้านสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งการให้บริการร่วมกับสถานบริการที่มีศักยภาพมากกว่า (รพช.), อสม. และจิตอาสา เพื่อให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง การเดินทางและเวลาที่ผู้สูงอายุมารับบริการในสถานบริการระดับต่างๆ พบว่าใช้ระยะทาง 1-5 กม. และน้อยกว่า 30 นาที เมื่อไปใช้บริการที่สถานบริการระดับรพช. โดยผู้สูงอายุใช้รถมอเตอร์ไซค์ในการเดินทางมากที่สุด ร้อยละ 39.4 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางพบว่าไม่เสียค่าใช้จ่าย ร้อยละ 47.9 ลักษณะการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุมารับบริการคือแพทย์นัดหรือโรคเรื้อรังมากที่สุด (ร้อยละ 50.1)

ความเพียงพอด้านการจัดบริการ พบว่าผู้สูงอายุพอใจต่อการให้บริการการคัดกรองตรวจประเมินสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุดร้อยละ 23.7 และเห็นว่าสถานบริการที่ไปใช้บริการมีความเพียงพอในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุร้อยละ 80.4 ในกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือฉุกเฉินผู้สูงอายุจะไปใช้สถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านและมีศักยภาพ เป็นสถานบริการระดับรพช. เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48) ในขณะที่สถานบริการระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุไม่เลือกไปใช้บริการด้วยสาเหตุถ้ามารับบริการอาจมีอุปกรณ์ไม่เพียงพอและอาจไม่พบแพทย์ ด้านความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ แต่ถ้าต้องจ่ายเพิ่มจากสิทธิที่มีอยู่เดิมเมื่อไปรับบริการอยู่ที่ประมาณ 101-500 บาทต่อครั้ง และพบว่ามีความสามารถในการจ่ายน้อยกว่า 500 บาทต่อครั้ง ร้อยละ 76.5 และจากการศึกษาของภูษิต และคณะ (2550)

พบว่าในปี พ.ศ. 2551 ภาครัฐเสียค่ารักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในถึงกว่าสิบหกล้านบาท จากผู้ป่วยสูงอายุหนึ่งล้านสองแสนกว่าคน หรือเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลต่อคน 13,328 บาท

การยอมรับคุณภาพบริการของสถานบริการ ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ในการให้การรักษาท่าน ทั้งในสถานบริการระดับ รพศ./รพท. และระดับรพช. ในขณะที่สถานบริการระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใส่ใจเป็นกันเองด้วยความสุขภาพยิ้มแย้มแจ่มใส ด้านความสะดวกหรือสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ พบว่าสถานบริการระดับรพศ./รพท. และระดับรพช. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาล ในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการได้ง่ายและสะดวกมากที่สุด สถานบริการระดับรพ.สต. ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อความสะดวกในระบบการค้นทะเบียนประวัติการตรวจรักษาและให้บริการ รวมทั้งการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทุกคนที่สัมภาษณ์จะถูกประเมินสภาพสมองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เพื่อยืนยันว่าผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลไม่มีปัญหาเรื่องความจำบกพร่อง และมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยกระบวนการ focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ และควรจะมีศึกษาต่อไปในประเด็นการประเมินและติดตามระบบการเข้าถึงบริการผู้สูงอายุที่จัดบริการอยู่ในปัจจุบันต่อไป

ข้อเสนอแนะและการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุ

ประเด็น	ข้อเสนอ	ก.สธ.	ก.พม.	อปท.	สปสช.
การกำหนดนโยบายจากส่วนกลางยังมีช่องว่าง มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย และการนำไปสู่การปฏิบัติยังมีปัญหา เช่น 70 ปี ไม่มีคิว ในสถานบริการระดับรพศ./รพท.มีปัญหาในการจัดบริการ และผู้ที่มารับบริการก็เป็นผู้สูงอายุอยู่แล้ว สถานบริการระดับรพช.และรพ.สต. ก็พบปัญหาแต่ยังสามารถจัดบริการได้	-กำหนดนโยบายชัดเจนเพื่อนำสู่การปฏิบัติในระดับหน่วยงาน -การปฏิบัติตามพรบ. ผู้สูงอายุมาตรา 11 (1) เน้นการให้คุณภาพของการบริการที่พิเศษ เช่น การประเมินสุขภาพ การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีกลุ่มเสี่ยง และเน้นการบริการเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการบริการที่ปลอดภัย	-สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน -การประเมินและติดตามผลการปฏิบัติงานตามนโยบาย	-การบูรณางานแผนงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานเพื่อลงสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน	-การบูรณางานแผนงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานเพื่อลงสู่การปฏิบัติที่ชัดเจน	√
การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจรในสถานบริการแต่ละระดับ	-จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการระดับรพศ./รพท. -พัฒนาศักยภาพสถาน	-กำหนดนโยบายในการดำเนินงานให้ชัดเจน ให้เป็นเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวง -กำหนดมาตรฐานการ	√	√	√

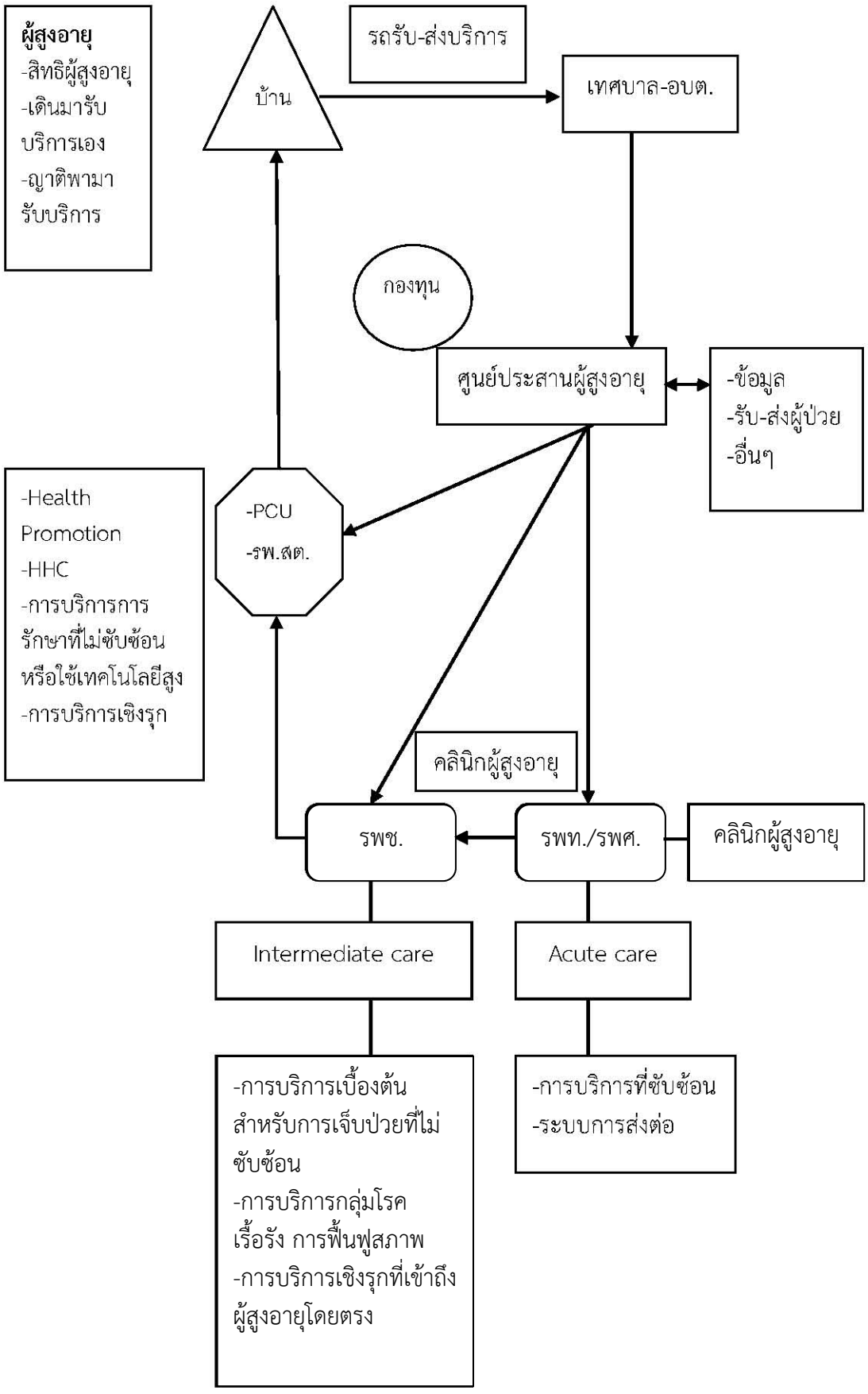
ประเด็น	ข้อเสนอ	ก.สธ.	ก.พม.	อปท.	สปสช.
	บริการระดับรพช. ในการดูแล Intermediate care	จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในแต่ละดับสถานบริการ -การประเมินและติดตามการดำเนินงาน			
การสร้างและพัฒนาระบบรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อมารับบริการที่สถานบริการในแต่ละดับ	กระทรวงสาธารณสุขบูรณการร่วมกับอปท. เพื่อจัดบริการระบบรับ-ส่งผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ	-ประสานงานร่วมกับอปท. ในการดำเนินการจัดบริการรับส่งผู้สูงอายุที่มารับบริการ -ผ่านระบบ EMS ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน	√	ร่วมดำเนินการศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วยมารับบริการที่สถานบริการ	√
การประเมินและการรับรองผู้สูงอายุว่าต้องได้รับการดูแลระยะยาว เมื่อผู้สูงอายุกลับจากจากสถานบริการไปอยู่ในชุมชน	-การกำหนดแบบประเมินเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่จะต้องได้รับการดูแลระยะยาว -บูรณาการร่วมกับอปท. ในการคัดกรองผู้สูงอายุและจัดบริการร่วมกัน	-ประเมินผู้สูงอายุที่จะได้รับการดูแลระยะยาว (ภาวะพึ่งพิง) -ระบบการติดตามและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน -เป็นฝ่ายสนับสนุนทางวิชาการให้กับอปท. และชุมชน	จัดบริการสวัสดิการทางสังคม	จัดสรรงบประมาณและดำเนินงานร่วมกับก.สธ.และก.พม.	จัดระบบการเบิกจ่ายการดูแลระยะยาวในชุมชน

ประเด็น	ข้อเสนอ	ก.สธ.	ก.พม.	อปท.	สปสช.
การส่งเสริมสุขภาพและคงสภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตให้มีคุณภาพ	-สร้างความตระหนักความเข้าใจให้กับผู้สูงอายุ/ครอบครัว/ชุมชน ในการดูแลสุขภาพ -การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข็มแข็งและยั่งยืน	-จัดบริการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับ ตั้งแต่ รพ.สต. -จัดบริการกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 - จัดบริการดูแลสุขภาพเพื่อให้คงสภาพร่างกายในผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2, 3	√	จัดงบประมาณและสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับสถานบริการ	√
การสร้างและพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง และการดูแลที่บ้านเพื่อรองรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	-จัดระบบฐานข้อมูลการดูแลระยะยาวผ่านระบบของกระทรวงสาธารณสุข (สนย.) -ระบบติดตามและส่งข้อมูลกลับระหว่างสถานบริการ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. เพื่อดูแลต่อเนื่อง	-พัฒนาระบบ HHC ให้ดำเนินงานได้เต็มรูปแบบ -เพิ่มศักยภาพเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน -ระบบการติดตามและประเมินการดำเนินงานผ่านสำนักตรวจราชการกระทรวง	√	√	-มีระบบการเบิกจ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (LTC)

ประเด็น	ข้อเสนอ	ก.สธ.	ก.พม.	อปท.	สปสช.
	จากสถานบริการสู่ชุมชน -จัดอบรมให้องค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน				
การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีองค์ความรู้ ความเข้าใจด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	-การพัฒนาหลักสูตรระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาวสำหรับแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันฯ กรมการแพทย์ จัดทำหลักสูตรพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่จะมีจำนวนมากขึ้นในอนาคต -กำหนดให้มีแพทย์ด้าน	-เพิ่มกรอบอัตรากำลังบุคลากรในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ -สถานบริการในแต่ละระดับจัดงบประมาณสำหรับการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงาน	-	√	√

ประเด็น	ข้อเสนอ	ก.สธ.	ก.พม.	อปท.	สปสช.
	เวชศาสตร์ผู้สูงอายุในสถานบริการระดับรพศ./รพท. อย่างน้อย 1 คน -พยาบาลต้องผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง หรือจบพยาบาลด้านผู้สูงอายุ 4 เดือน, ปริญญาโท				
การสร้างและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	-กำหนดมาตรฐานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับให้อสม.,อผส., จิตอาสา -จัดทำหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	-สถานบริการทุกระดับ (รพศ./รพท./รพช.รพ.สต.) จัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุให้อสม.,อผส., จิตอาสา,ญาติผู้ดูแล -หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักและจัดทำหลักสูตรร่วมกันในระหว่างกรม	จัดงบประมาณสนับสนุนการทำงานของจิตอาสา/อผส. ในชุมชน	ดำเนินงานร่วมกับก.สธ. และสนับสนุนงบประมาฯ ในการดำเนินงาน	√

รูปแบบการการเข้าระบบบริการ



บรรณานุกรม

1. ถาวร สกุลพาณิชย์, วรเวศม์ สุวรรณระดา.ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในเวทีนโยบาย “ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ” 21 ธ้วาคม 2545.
2. บทความปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ ศุกร์ ที่ 11 เดือน ธันวาคม พ.ศ.2552
3. การสังเคราะห์ข้อเสนอระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ.(2553)
4. สุพล ลิมวัฒนานนท์, กัญจนา ดิษยาธิคม, ภูษิต ประคองสาย,วิโรจน์ ตั้งเจริยเสถียร,วลัยพร พัชรนฤมล. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย.สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปีที่ 1 ฉบับที่ 8 พฤศจิกายน 2548.
5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550.
6. ภาณุเบศร์ มหาเรือนขวัญ.สถานภาพการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย.ในมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) www.thainhf.org
7. Aday and Anderson (1975). Access to Health Care. Journal of Nursing Scholarship, Volume 31, Issue 1, pages 13-19, March 1999.Penchansky and Thomas (1981)
8. Penchansky R and Thomas J.W. The concept of access : Definition and relationship to consumer satisfaction Medical Care , 1981.
9. ภูษิต ประคองสาย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร กัญจนา ติษยาธิคม.ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า?ใน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.2550
10. มัทวพันธุ์ ธีรีสา และคณะ.การสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสุขภาพ.2551.

ภาคผนวก

ข้อมูลเชิงปริมาณประเด็นการยอมรับคุณภาพบริการ

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการยอมรับคุณภาพการบริการในสถานบริการ (ภาพรวม)

ข้อความ	จำนวน (%)					คะแนนความพึงพอใจ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย Mean ± SD
ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ท่านได้รับมีมาตรฐานและเหมือนกับโรงพยาบาลอื่น ๆ	46 (0.3)	225 (1.6)	3,941 (27.6)	7,768 (54.4)	2,133 (15.0)	3.8302±0.70335
ท่านมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ในการให้การรักษาท่าน	41 (0.3)	158 (1.1)	3,438 (24.1)	8,080 (56.6)	2,397 (16.8)	3.8951±0.68803
ท่านมีความเชื่อมั่นในระบบบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	58 (0.4)	247 (1.7)	3,822 (26.8)	7,838 (54.9)	2,128 (14.9)	3.8324±0.70802
ท่านมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดูเมื่อท่านมีปัญหา	79 (0.6)	436 (3.1)	4,192 (29.4)	7,270 (51.0)	2,122 (14.9)	3.7745±0.75575
ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่เป็นกันเองด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส	41 (0.3)	263 (1.8)	3,204 (22.5)	7,655 (53.7)	2,936 (20.6)	3.935±0.72944
ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำและให้บริการ	56 (0.4)	263 (1.9)	3,495 (24.5)	7,888 (55.3)	2,400 (16.8)	3.8733±0.71561
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	62 (0.4)	312 (2.2)	3,912 (27.4)	7,745 (54.3)	2,048 (14.4)	3.8101±0.71561
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ	92 (0.6)	337 (2.4)	3,972 (27.8)	7,708 (54.0)	1,969 (13.8)	3.7902±0.7298
ท่านมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ**โดยรวมทุกด้าน**	35 (0.2)	196 (1.4)	3,483 (24.4)	8,030 (56.3)	2,334 (16.4)	3.8831±0.69111

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละจำนวนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการยอมรับคุณภาพการบริการในสถานบริการระดับรพศ./รพท.

ข้อความ	จำนวน (%)					คะแนนความพึงพอใจ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย Mean ± SD
ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ท่านได้รับมีมาตรฐานและเหมือนกับโรงพยาบาลอื่น ๆ	1 (0.1)	29 (1.6)	448 (25.3)	1,035 (57.6)	258 (14.4)	3.8583±0.67037
ท่านมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ในการให้การรักษาท่าน	4 (0.2)	16 (0.9)	337 (18.8)	1,071 (59.6)	341 (19.0)	3.9774±0.66297
ท่านมีความเชื่อมั่นในระบบบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	4 (0.2)	55 (3.1)	496 (27.6)	996 (55.5)	215 (12.0)	3.7718±0.70411
ท่านมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดู เมื่อท่านมีปัญหา	13 (0.7)	75 (4.2)	523 (29.1)	935 (52.1)	224 (12.5)	3.7243±0.76285
ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ เป็นกันเองด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส	2 (0.1)	46 (2.6)	411 (22.9)	1,005 (56.0)	305 (17.0)	3.8847±0.71128
ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำและให้บริการ	10 (0.6)	49 (2.7)	428 (23.8)	1,033 (57.5)	250 (13.9)	3.8271±0.71766
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	11 (0.6)	64 (3.6)	451 (25.1)	1,007 (56.1)	232 (12.9)	3.7847±0.73624
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ	24 (1.3)	48 (2.7)	501 (27.9)	975 (54.3)	220 (12.2)	3.746±0.75789
ท่านมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ**โดยรวมทุกด้าน**	-	37 (2.1)	419 (23.3)	1,060 (59.0)	253 (14.1)	3.8643±0.66737

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละจำนวนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการยอมรับคุณภาพการบริการในสถานบริการระดับรพช.

ข้อความ	จำนวน (%)					คะแนนความพึงพอใจ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย Mean ± SD
ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ท่านได้รับมีมาตรฐานและเหมือนกับโรงพยาบาลอื่น ๆ	34 (0.5)	130 (1.9)	1,901 (27.3)	3,744 (53.7)	1,091 (15.6)	3.8301±0.72426
ท่านมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ในการให้การรักษาท่าน	32 (0.5)	96 (1.4)	1,740 (25.2)	3,839 (55.1)	1,195 (17.1)	3.8796±0.71251
ท่านมีความเชื่อมั่นในระบบบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	42 (0.6)	128 (1.8)	1,896 (27.2)	3,743 (53.7)	1,081 (15.5)	3.8263±0.7288
ท่านมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดู เมื่อท่านมีปัญหา	51 (0.7)	215 (3.1)	2,200 (31.6)	3,396 (48.7)	1,026 (14.7)	3.7449±0.77127
ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ เป็นกันเองด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส	30 (0.4)	108 (1.5)	1,671 (24.0)	3,679 (52.8)	1,403 (20.1)	3.9167±0.7356
ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำและให้บริการ	35 (0.5)	115 (1.6)	1,820 (26.1)	3,770 (54.1)	1,149 (16.5)	3.854±0.72265
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	41 (0.6)	148 (2.1)	2,007 (28.8)	3,654 (52.4)	1,032 (14.8)	3.7974±0.73503
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ	55 (0.8)	178 (2.6)	2,010 (28.8)	3,645 (52.3)	990 (14.2)	3.776±0.74936
ท่านมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ**โดยรวมทุกด้าน**	28 (0.4)	85 (1.2)	1,846 (26.5)	3,771 (54.1)	1,152 (16.5)	3.8622±0.70905

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละจำนวนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการยอมรับคุณภาพการบริการในสถานบริการระดับรพ.สต.

ข้อความ	จำนวน (%)					คะแนนความพึงพอใจ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย Mean ± SD
ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ท่านได้รับมีมาตรฐานและเหมือนกับโรงพยาบาลอื่น ๆ	10 (0.2)	60 (1.2)	1,441 (28.1)	2,827 (55.2)	744 (14.5)	3.8333±0.68352
ท่านมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ในการให้การรักษาท่าน	5 (0.1)	40 (.8)	1,243 (24.3)	2,979 (58.2)	817 (16.0)	3.8975±0.65964
ท่านมีความเชื่อมั่นในระบบบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	11 (0.2)	60 (1.2)	1,300 (25.4)	2,922 (57.1)	784 (15.3)	3.8682±0.67822
ท่านมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดู เมื่อท่านมีปัญหา	15 (0.3)	129 (2.5)	1,326 (25.8)	2,789 (54.5)	828 (16.2)	3.8439±0.72487
ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ เป็นกันเองด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส	9 (0.2)	93 (1.8)	1,010 (19.7)	2,793 (54.5)	1,175 (22.9)	3.9909±0.72016
ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำและให้บริการ	10 (0.2)	81 (1.6)	1,126 (22.0)	2,921 (57.0)	943 (18.4)	3.9262±0.69522
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	10 (0.2)	86 (1.7)	1,323 (25.8)	2,917 (57.0)	737 (14.4)	3.8447±0.6838
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ	13 (0.3)	93 (1.8)	1,336 (26.1)	2,915 (56.9)	714 (13.9)	3.833±0.68767
ท่านมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ**โดยรวมทุกด้าน**	7 (0.1)	60 (1.2)	1,107 (21.6)	3,028 (59.1)	864 (16.9)	3.9242±0.66575

ข้อมูลเชิงปริมาณ ประเด็นความสะดวก/สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละจำนวนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อความสะดวก/สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (ภาพรวม)

ข้อความ	จำนวน (%)					คะแนนความพึงพอใจ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย Mean ± SD
ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการของโรงพยาบาล	34 (0.3)	245 (1.7)	3,985 (27.9)	7,778 (54.5)	2,065 (14.5)	3.8189±0.70447
ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะดวกในระบบการค้นทะเบียนประวัติ การตรวจรักษาและให้บริการรวมทั้งการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก	55 (0.4)	288 (2.0)	3,936 (27.6)	7,771 (54.5)	2,066 (14.5)	3.815±0.71252
ท่านมีความพึงพอใจในการจัดลำดับและการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอน สะดวกรวดเร็ว และเหมาะสม	57 (0.4)	388 (2.7)	4,026 (28.2)	7,589 (53.2)	2,055 (14.4)	3.7933±0.73104
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีในป้ายบอกจุดให้บริการอยู่ในจุดที่ชัดเจน	63 (0.4)	326 (2.3)	3,792 (26.6)	7,785 (54.6)	2,132 (14.9)	3.8226±0.72214
ท่านมีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น ที่นั่งพักขณะรอรับการตรวจเพียงพอ ความสะอาดของห้องน้ำราวจับเหมาะสมและเพียงพอ	84 (0.6)	353 (2.5)	3,795 (26.6)	7,655 (53.7)	2,233 (15.7)	3.8215±0.7407
ท่านมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก	57 (0.4)	171 (1.2)	3,070 (21.5)	8,058 (56.5)	2,762 (19.4)	3.9418±0.70323

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละจำนวนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อความสะดวก/สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการรพศ./รพท.

ข้อความ	จำนวน (%)					คะแนนความพึงพอใจ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย Mean ± SD
ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการของโรงพยาบาล	5 (0.3)	53 (3.0)	486 (27.1)	1,009 (56.2)	218 (12.1)	3.7804±0.70332
ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะดวกในระบบการค้นทะเบียนประวัติ การตรวจรักษาและให้บริการ รวมทั้งการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก	7 (0.4)	61 (3.4)	524 (29.4)	959 (53.4)	221 (12.3)	3.7483±0.72844
ท่านมีความพึงพอใจในการจัดลำดับและการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอน สะดวกรวดเร็ว และเหมาะสม	7 (0.4)	84 (4.7)	529 (29.5)	939 (52.3)	212 (11.8)	3.7143±0.74993
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีป้ายบอกจุดให้บริการอยู่ในจุดที่ชัดเจน	17 (0.9)	67 (3.7)	473 (26.3)	987 (55.0)	224 (12.4)	3.7545±0.75658
ท่านมีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น ที่นั่งพักขณะรอรับการตรวจเพียงพอ ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับเหมาะสมและเพียงพอ	9 (0.5)	64 (3.6)	507 (28.2)	996 (55.5)	196 (10.9)	3.737±0.71975
ท่านมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก	5 (0.3)	37 (2.1)	367 (20.4)	1,099 (61.2)	262 (14.6)	3.8904±0.67279

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละจำนวนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อความสะดวก/สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการรพช.

ข้อความ	จำนวน (%)					คะแนนความพึงพอใจ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย Mean ± SD
ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการของโรงพยาบาล	33 (0.5)	111 (1.6)	1,994 (28.6)	3,776 (54.2)	987 (14.2)	3.8076±0.70879
ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะดวกในระบบการค้นทะเบียนประวัติการตรวจรักษาและให้บริการ รวมทั้งการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก	39 (0.6)	130 (1.9)	2,039 (29.2)	3,680 (52.8)	1,007 (14.4)	3.7956±0.72554
ท่านมีความพึงพอใจในการจัดลำดับและการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอน สะดวกรวดเร็ว และเหมาะสม	37 (0.5)	173 (2.5)	2,093 (30.0)	3,614 (51.8)	980 (14.1)	3.7726±0.73624
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีป้ายบอกจุดให้บริการอยู่ในจุดที่ชัดเจน	31 (0.4)	137 (2.0)	1,880 (27.0)	3,750 (53.8)	1,093 (15.7)	3.8325±0.72352
ท่านมีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น ที่นั่งพัก ขณะรอรับการตรวจเพียงพอ ความสะอาดของห้องน้ำราวจับเหมาะสมและเพียงพอ	54 (0.8)	159 (2.3)	1,882 (27.0)	3,738 (53.6)	1,064 (15.3)	3.8121±0.74437
ท่านมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก	36 (0.5)	80 (1.1)	1,576 (22.6)	3,862 (55.4)	1,346 (19.3)	3.9278±0.71532

ตารางแสดงจำนวนและร้อยละจำนวนความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อความสะดวก/สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการรพ.สต.

ข้อความ	จำนวน (%)					คะแนนความพึงพอใจ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย Mean ± SD
ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการของโรงพยาบาล	11 (0.2)	66 (1.3)	1,350 (26.4)	2,850 (55.7)	812 (15.9)	3.8619±0.69078
ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะดวกในระบบการค้นทะเบียนประวัติการตรวจรักษาและให้บริการรวมทั้งการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก	8 (0.2)	82 (1.6)	1,237 (24.2)	2,970 (58.0)	791 (15.4)	3.8754±0.67953
ท่านมีความพึงพอใจในการจัดลำดับและการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอน สะดวกรวดเร็วและเหมาะสม	13 (0.3)	111 (2.2)	1,280 (25.0)	2,868 (56.0)	815 (15.9)	3.8579±0.70841
ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีป้ายบอกจุดให้บริการอยู่ในจุดที่ชัดเจน	15 (0.3)	109 (2.1)	1,306 (25.5)	2,884 (56.3)	767 (15.0)	3.8422±0.70396
ท่านมีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น ที่นั่งพักขณะรอรับการตรวจเพียงพอ ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับเหมาะสมและเพียงพอ	19 (0.4)	116 (2.3)	1,307 (25.5)	2,731 (53.3)	918 (18.0)	3.8668±0.73766
ท่านมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชนที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก	16 (0.3)	48 (0.9)	1,018 (20.0)	2,906 (57.0)	1,099 (21.7)	3.9876±0.69437

ผลการศึกษาจากการทำกระบวนการ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ผลการจากทำกระบวนการ Focus group ในประเด็นสถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบในปัจจุบัน และรูปแบบที่เหมาะสำหรับการจัดบริการในผู้สูงอายุ ตามพื้นที่เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข 18 เขต ดังนี้

2.1 ผลการศึกษาจากการทำ Focus group ในพื้นที่เขตตรวจราชการกระทรวงเขต 1 2 3 4 5 และ 9 ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ชัยนาท ลพบุรี สิงห์บุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสาคร จันทบุรี ชลบุรี ตราด มีผู้เข้าร่วมระดมความคิดเห็นจำนวน 22 ท่าน

1. สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน

สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการ	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
ด้านส่งเสริมสุขภาพ	- การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่มารับบริการ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต - การให้บริการตรวจรักษาสุขภาพ - มีบริการช่องทางด่วน - มีบริการฉีดวัคซีน - การให้องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ - การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ - การออกเยี่ยมบ้าน - สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ - การจัดทัศนศึกษาในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ	- การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต ภาวะซึมเศร้า, สุขภาพฟัน - บริการฉีดวัคซีน - การให้องค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ - การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ - การประสานความร่วมมือด้านสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - การออกเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 และ 3 (ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน, ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเอง	- การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและให้บริการสุขภาพ - บริการฉีดวัคซีน - การสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายเดือนละ 1 ครั้ง เช่น รำไม้พลองฤาษีดัดตน - การให้คำแนะนำด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ - การสร้างแกนนำสุขภาพในชุมชน - ส่วนเสริมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมงานปีใหม่ กิจกรรมทางศาสนา - การเยี่ยมบ้าน

สถานการณ์ การเข้าถึงระบบบริการ	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
		ไม่ได้) - สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ	ร่วมกับโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน, อสม. - การจัดบริการพิเศษ เช่นการตรวจเบาหวานที่จอประสาทตา รวมกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ - สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ
ด้านการรักษาพยาบาล	- มีการจัดลำดับก่อน-หลัง ในการให้บริการ - มีระบบช่องทางด่วน เช่น 70 ปี ไม่มีคิว แต่ไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ - การประเมิน Geriatric Giant - คลินิกผู้สูงอายุ - คลินิกพิเศษหรือคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต - ระบบการส่งต่อผู้ป่วย - ระบบ Home health care - หน่วยบริการ	- มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในการตรวจคัดกรองสุขภาพ - คลินิกโรคเรื้อรัง	- มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ในการตรวจคัดกรองสุขภาพ - คลินิกพิเศษหรือโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต - การติดตามและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากกลับจากโรงพยาบาล - ประสานการทำงานด้านสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สถานการณ์ การเข้าถึงระบบบริการ	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
	สุขภาพเคลื่อน คลินิกโรคเรื้อรัง - มีระบบบริการ ที่มีความซับซ้อน - การทำงานผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาล ขาดการ ประสานงานกันใน หน่วยงานต่างๆ		
ด้านความพอเพียง ของการจัดบริการ ที่บริการอยู่	- บุคลากรไม่เพียงพอ - สถานที่ไม่มี/ เอื้ออำนวยในการ จัดบริการ - อุปกรณ์ไม่เพียงพอ - งบประมาณ สนับสนุน	- บุคลากรไม่เพียงพอ - สถานที่ไม่มี/ เอื้ออำนวยในการ จัดบริการ - อุปกรณ์ไม่เพียงพอ - งบประมาณสนับสนุน	- ขาดแคลนด้าน กำลังคน งบประมาณ และ อุปกรณ์ทางการ แพทย์ - สถานที่ให้บริการ ไม่เอื้ออำนวย เช่น คับแคบ ไม่มี สถานที่ให้บริการ โดยเฉพาะ ต้องไปใช้ร่วมกับ แผนกอื่นๆ
ด้านความสามารถของ ผู้ใช้บริการจ่าย ค่าบริการ	- ระบบจ่ายตรง - UC - ค่ารักษา (ไม่ สามารถเรียกเก็บ เงินได้) - ค่าเดินทางมาสถาน บริการ	- ระบบจ่ายตรง - UC - ค่าเดินทางมาสถาน บริการ	- ไม่มีระบบจ่ายตรง - ไม่มีระบบสำรอง จ่าย - กรณีผู้สูงอายุ สำรองจ่ายไปก่อน และไม่ได้รับคืน จากบุตร (ทั้งมี ต้นสังกัดและไม่มี ต้นสังกัด)

2. ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ปัญหา	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ			
ผู้สูงอายุ			
- ผู้สูงอายุไม่เห็นความสำคัญ	2	2	2
- การเดินทางไม่สะดวก, ไม่มียานพาหนะ,ไม่มีคนพามา	1	2	3
- ติดภาระงาน เช่นต้องทำงาน เลี้ยงหลาน	2	2	2
- ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เคลื่อนไหวลำบาก หูตึง	1	2	2
การจัดบริการ			
- รูปแบบการบริการไม่ชัดเจน	2	2	2
- นโยบายไม่ชัดเจนเปลี่ยนแปลงตามความสนใจของผู้บริหาร	2	2	2
บุคลากรทางการแพทย์			
- อัตรากำลังไม่เพียงพอ	2	1	1
- ภาระงานมาก	2	1	1
- ทีมงานไม่มีความพร้อม	2	1	1
สถานที่			
- สถานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดบริการ	2	1	1
ด้านการรักษาพยาบาล			
ผู้สูงอายุ			
- ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแล	1	2	2
- การเดินทางไม่สะดวก,ไม่มีพาหนะ	1	2	3
- มีปัญหาด้านร่างกาย เช่น เคลื่อนไหวลำบาก	1	2	3
- ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยา/ไม่มีผู้ดูแลเรื่องยา	/	/	/
- ความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	/	/	/
- ทัศนคติต่อสถานบริการ เช่น ไม่ชอบพยาบาล, แพทย์	/	/	/
การบริการจัดบริการ			
- การบริการแบบ one stop service	/	/	/
- อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น รถเข็น จำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วย	1	2	3

ปัญหา	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
บุคลากรทางการแพทย์			
- ความเชี่ยวชาญของบุคลากร	/	/	/
- การประสานงานระหว่างทีม	/	/	/
สถานที่			
- สถานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการจัดบริการ	2	2	3
- ใช้สถานที่ร่วมกับแผนกอื่นๆ	2	2	3
ด้านความเพียงพอของการจัดบริการ			
บุคลากรทางการแพทย์			
- อัตรากำลังของบุคลากร	1	2	1
- องค์ความรู้ของบุคลากรต้องมีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพ	2	2	2
- ขาดแพทย์ พยาบาล เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ	1	1	1
สถานที่			
- ไม่สะดวกและไม่เอื้อต่อการให้บริการ	2	1	2
- ใช้สถานที่ร่วมกับแผนกอื่น			
อุปกรณ์ทางการแพทย์			
- อุปกรณ์ทางการแพทย์	3	2	1
งบประมาณ			
- มีงบประมาณสนับสนุน	2	2	2
การจัดบริการ			
- การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	1	2	3
- ผู้สูงอายุมาใช้บริการมาก	1	1	3
- การบริหารจัดการ/นโยบาย	2	1	2
ด้านความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ			
- ระบบการจ่ายตรง	1	2	3
- ค่าธรรมเนียมในการบริการ	1	2	3
- UC ข้ามเขต	2	2	2
- การสำรองจ่ายค่ายา	1	2	2
- สิทธิในการเบิกมีขั้นตอนมาก	3	2	1
- ค่าเดินทางของผู้สูงอายุ	1	2	3

ปัญหา	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
ปัญหาอื่นๆ			
- การขาดขวัญและกำลังใจของบุคลากรในการทำงาน	/	/	/
- การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน	/	/	/
- การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ	/	/	/

หมายเหตุ : **3 คือ** ดีที่สุด, **2 คือ** ปานกลาง, **1 คือ** แย่ที่สุด

3. รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

1) แบ่งตามระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องดูแล

กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
1. สร้างชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ 2. มีสถานที่การทำกิจกรรม 3. มีอุปกรณ์สำหรับการทำกิจกรรม 4. มีบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ 5. มีศูนย์เรียนรู้สำหรับให้ศึกษาและทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ	1. มีการจัดบริการ Day care 2. ส่งเสริมและสนับสนุนโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน 3. มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4. ให้การดูแลในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ 5. การนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อช่วยในการติดตามดูแลผู้ป่วย	1. มีการจัดตั้ง Nursing care สำหรับผู้สูงอายุ 2. มีบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉินที่ต้องการไปโรงพยาบาล 3. มีศูนย์พัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2) การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการดำเนินงาน	การสนับสนุนการดำเนินงาน	การบูรณาการการดำเนินงาน
1. มีการกำหนดและผลักดันนโยบายชัดเจนและต่อเนื่อง เช่น มีกระทรวงผู้สูงอายุโดยตรง 2. กำหนดผู้รับผิดชอบหรือเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดูแลงานผู้สูงอายุโดยตรง 3. มีการจัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการใช้ข้อมูลร่วมกัน 4. มีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขและหน่วยงานของท้องถิ่น 5. สร้างความตระหนักและทัศนคติให้เข้าใจผู้สูงอายุของผู้บริหาร บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง 6. การจัดทำมาตรฐานการบริการให้สอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้ง 3 กลุ่ม 7. มีการบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ช่องทางด่วน คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกพิเศษเฉพาะโรค 8. มีการจัดตั้งและสร้างภาคีเครือข่ายการทำงานทุกระดับ	**<u>บุคลากร</u>** 1. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เช่น การอบรม ทุนการศึกษาต่อ 2. การเพิ่มค่าตอบแทนเฉพาะทางผู้สูงอายุ 3. การจัดสรรบุคลากรเฉพาะวิชาชีพ ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน 4. การสร้างและพัฒนาศักยภาพกลุ่มจิตอาสา เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ **<u>งบประมาณ</u>** 1. มีการกำหนดนโยบายและงบประมาณด้านสุขภาพจากหน่วยงานท้องถิ่นชัดเจน 2. งบประมาณสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน 3. งบประมาณจากส่วนกลาง กระทรวงฯ เช่น กสธ., กพม., อปท. 4. กองทุนผู้สูงอายุ 5. กำหนดให้มีช่องทางเสียภาษีสำหรับบริจาคให้ผู้สูงอายุ	1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุท้องถิ่น ประกอบด้วยภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น 2. มีระบบการนิเทศติดตามงานของคณะกรรมการ 3. การกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน ทั้งในระดับกระทรวงและต่างกระทรวง 4. มีการกำหนดตัวชี้วัดร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง 5. มีเวทีเพื่อการนำเสนองานผู้สูงอายุ (KM) ในระดับท้องถิ่นและประเทศ 6. มีการกำหนดกิจกรรมด้านผู้สูงอายุรวมกันทุกกระทรวง และร่วมกันกำหนดสิทธิพิเศษของภาครัฐและเอกชนตามความเหมาะสม เช่น ค่าโดยสารราคาพิเศษ การเสียภาษีของบุตรที่ดูแลบิดา มารดา เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน	การสนับสนุนการดำเนินงาน	การบูรณาการการดำเนินงาน
ตั้งแต่ผู้กำหนดนโยบายจนถึงผู้ปฏิบัติ และท้องถิ่น 9. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานผู้สูงอายุ	**<u>อุปกรณ์</u>** 1. มีการจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ 2. มีคลังหรือศูนย์กายอุปกรณ์ระดับท้องถิ่น	

2.2 ผลการศึกษาจากการทำกระบวนการ Focus group ในพื้นที่เขตตรวจราชการกระทรวงเขต 12 13 14 ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม กาฬสินธุ์ อำนาจเจริญ ยโสธร อุบลราชธานี นครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิ มีผู้เข้าร่วมระดมความคิดเห็นจำนวน 21 ท่าน

2.2.1 สถานการณ์ของระบบบริการในปัจจุบัน

สถานการณ์	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
ด้านส่งเสริมสุขภาพ	- มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การคัดกรองด้านทันตกรรม การตรวจสุขภาพช่องปาก - มีกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	- การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุในชุมชน - มีการออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลไม่ได้ - มีกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ	- คัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ - ตรวจสุขภาพประจำปี - ปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลในการออกเยี่ยมผู้สูงอายุในพื้นที่ - มีกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
ด้านการรักษา	- คลินิกผู้สูงอายุ/คลินิกเฉพาะโรค - การประเมิน Geriatric Giant - มีระบบช่องทางด่วน เช่น 70 ปี ไม่มีคิว แต่ไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ - การทำงานผู้สูงอายุขาดการประสานงานกันภายในหน่วยงาน มีระบบบริการที่มีความซับซ้อน	- บริการ 70 ปี ไม่มีคิว มีป้ายประชาสัมพันธ์ - ประเมินด้านผู้สูงอายุโดยพยาบาล - คลินิกผู้สูงอายุและคลินิกโรคเรื้อรัง - บริการแพทย์แผนไทย - ระบบการส่งต่อผู้ป่วย - ระบบการเยี่ยมบ้าน	- จัดบริการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ ; 70 ปี ไม่มีคิว สามารถจัดระบบได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายน้อย และจัดบริการเชิงรุก - จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ - การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาอาชีพโดยประสานงานกับโรงพยาบาล - ระบบส่งต่อผู้ป่วย
ด้านความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ <u>ผู้สูงอายุ</u>	- ระบบจ่ายตรง - ระบบสงเคราะห์ในการจ่ายเงิน - ค่ารักษาบริการฟรี	- ระบบจ่ายตรง - งานประกันรับผิดชอบปัญหาค่าใช้จ่ายส่วนเกิน	- ผู้อำนวยการ รพ.สต. เป็นผู้พิจารณาในกรณีค่าใช้จ่ายส่วนเกิน

สถานการณ์	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
- ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล - ต้องมีญาติพามา (ญาติต้องลางาน,ขาดรายได้	สำหรับผู้สูงอายุ		
ด้านความพอเพียงของการบริการในปัจจุบัน	- จัดบริการแบบสหสาขาวิชาชีพ - การบริหารจัดการด้านระบบบริการยังสามารถจัดระบบได้	- จัดบริการแบบสหสาขาวิชาชีพ	- การจัดบริการมีการประสานงานร่วมกับ CUP ของโรงพยาบาล

2.2.2 ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ปัญหา	รพศ./รพท.	รพช.	รพ.สต.
ด้านส่งเสริมสุขภาพ			
- การจัดบริการไม่ครอบคลุม เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก	✓	✓	-
- ขาดแคลนบุคลากร	✓	✓	✓
- สถานที่ไม่เอื้ออำนวย	-	✓	✓
- ขาดอุปกรณ์ทางการแพทย์/กายอุปกรณ์	-	✓	✓
- ขาดสื่อวิชาการ/การสอน	-	✓	✓
- ขาดงบประมาณ	✓	✓	✓
ด้านการรักษา			
- ไม่มีแพทย์, พยาบาลเฉพาะทาง	✓	✓	✓
- มีการจัดคลินิกเฉพาะโรค/คลินิกพิเศษ	✓	✓	-
- สถานที่ไม่เอื้ออำนวยในการจัดบริการ	✓	✓	-
- ปัญหาด้านการสื่อสารต่างๆ/ภาษาท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุที่อายุมาก	✓	✓	✓
- ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล	✓	✓	✓
ด้านความพอเพียงของการจัดบริการ			
- บุคลากรไม่เพียงพอ	✓	✓	✓

ปัญหา	รพศ./ รพท.	รพช.	รพ.สต.
- ไม่มีสถานที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ	✓	✓	-
- ผู้ให้บริการยังไม่เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ	✓	✓	-
ด้านความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ			
- การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล	-	-	✓
- ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	✓	✓	-
- ขาดงานเพื่อมาโรงพยาบาล/ไม่มีคนพามาโรงพยาบาล	✓	✓	-
- ระยะทางไกลจากบ้านมาโรงพยาบาล	✓	✓	-

2.2.3 รูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

1) แบ่งตามระดับสถานบริการ

รูปแบบการจัดบริการ		
รพศ.	**รพช.**	**รพ.สต.**
1. มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้สูงอายุ 2. มีขั้นตอนการบริการแบบ One Stop Service 3. มีศูนย์ประสานงานระหว่างผู้สูงอายุและสถานบริการระดับต่างๆ 4. มีช่องทางการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ศูนย์ hot line, การนัดหมาย สื่อกลางโดยโทรทัศน์ หรือ internet 5. จัดบริการผู้ป่วยใน (IPD) สำหรับผู้สูงอายุเพราะความต้องการการดูแลที่พิเศษต่างจากวัยอื่น 6. มีระบบบริการรับ-ส่ง ผู้สูงอายุ 7. มีทีม Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อสม., จิตอาสา	1. มี Day care center ในรพช. 2. มีทีมดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ 3. จัดบริการผู้ป่วยใน (IPD) สำหรับผู้สูงอายุเพราะความต้องการการดูแลที่พิเศษต่างจากวัยอื่น 4. มีช่องทางการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ศูนย์ hot line, การนัดหมาย สื่อกลางโดยโทรทัศน์ หรือ internet 5. มีระบบบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุ 6. มีทีม Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อสม., จิตอาสา	1. มี Day care center ในชุมชน 2. มีระบบบริการรับ-ส่ง ผู้สูงอายุ 3. มีทีม Care giver ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อสม., จิตอาสา

2) การดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอน การดำเนินงาน	การสนับสนุน การดำเนินงาน	การบูรณาการ ดำเนินงาน
1. การประชุมเพื่อขอความคิดเห็นจากประชาชนในพื้นที่ 2. นำข้อสรุปที่ได้มาจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการแต่ละระดับ 3. กำหนดให้ อปท. เขียนเป็นข้อบัญญัติในนโยบายของพื้นที่ 4. ปรับโครงการและกำหนดผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของกระทรวงให้สามารถทำงานและสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ 5. มีการจัดทำข้อมูลและใช้ข้อมูลร่วมกันของสถานบริการในแต่ละระดับ 6. การสร้างทัศนคติในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ต่อผู้สูงอายุ	1. การเตรียมพร้อมด้านคุณภาพและอัตรากำลังของบุคลากร เช่น พยาบาลด้านผู้สูงอายุ 2. การพัฒนาองค์ความรู้ให้บุคลากร 3. อุปกรณ์ทางการแพทย์ กายอุปกรณ์ และสื่อการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ 4. จัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ 5. สนับสนุนให้มีการจัดระบบการออมเงินไว้ใช้ยามเกษียณ	1. การบูรณาการนโยบายการทำงานด้านผู้สูงอายุในส่วนกลางลงสู่ระดับจังหวัดและพื้นที่ 2. การออกกฎหมายเพื่อให้มีการสมทบเงินเข้ากองทุนเงินออมก่อนถึงวัยผู้สูงอายุ 3. การจัดทำระบบหักเก็บรายได้สะสมเพื่อจ่ายเงินรายเดือนสำหรับวัยผู้สูงอายุ

2.3 ผลการศึกษาจากกระบวนการทำ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานและให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ พื้นที่เขตตรวจราชการกระทรวงเขต 6 7 8 10 11 15 16 17 และ 18 ประกอบด้วย จังหวัดชุมพร สุราษฎร์ธานี พัทลุง ระนอง พังงา ภูเก็ต ตรัง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส หนองคาย เลย หนองบัวลำภู บึงกาฬ นครพนม สกลนคร เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน น่าน พะเยา แพร่ ตาก สุโขทัย เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี มีผู้เข้าร่วมระดมความคิดเห็นจำนวน 24 ท่าน ผลการระดมความคิดเห็นรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.3.1 สถานการณ์การเข้าถึงระบบบริการของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

สถานบริการ	ส่งเสริมสุขภาพ	การรักษาพยาบาล	ความพอเพียงของการบริการ	ความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ
รพท.	1) ตรวจและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ - สุขภาพช่องปาก - ทำร่วมกับทุกกลุ่มวัย 2) ทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ - ประชุม - ศึกษาดูงาน - ทัวร์ธรรมะ 3) ทดสอบสมรรถภาพทางกาย - การฟื้นฟูสุขภาพ - จัดบริการแพทย์ทางเลือก 4) การเยี่ยมบ้านทุกกลุ่มโดยสหสาขาวิชาชีพ และจิตอาสา 5) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานประจำ	1) ระบบบริการ ผู้ป่วยนอก : 70 ปี ไม่มีคิว 2) พบแพทย์ ตรวจคัดกรอง, ให้ยา, Lab 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ : ทางลาด,ห้องน้ำ,แสง, มุมพักผ่อน 4) คลินิกผู้สูงอายุ (ดำเนินงานแยกหรือผสมผสานหรือทำร่วมกับคลินิกอื่นๆ) - พื้นที่แยก - เจ้าหน้าที่แยก (แพทย์ ,พยาบาลเฉพาะทาง - ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ซึมเศร้า,ADL,สมองเสื่อม, สุขภาพจิต	1) บุคลากร : ไม่เพียงพอในการให้บริการ ส่งผลคือ - ใช้เวลารอนาน - ความรู้ไม่ดีพอ, พฤติกรรมบางครั้งไม่เหมาะสม 2) สถานที่ : แออัด ไม่เพียงพอ 3) อุปกรณ์อำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ เช่น รถเข็นไม่พอ	- ไม่มีปัญหาการจ่ายค่ารับบริการ - สิทธิข้าราชการ - ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) - ประกันสังคม ประกันชีวิต - มีสงเคราะห์ผู้ไม่มีสิทธิ์/ต่างด้าว

สถานบริการ	ส่งเสริมสุขภาพ	การรักษาพยาบาล	ความพอเพียงของการบริการ	ความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ
		- มีระบบส่งต่อทั้งภายใน/ภายนอก 4) ระบบการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการไปยังชุมชน - HHC และประสานงานร่วมกับ 1669 5) ระบบ IT มาใช้ร่วมในการให้บริการและดูแลผู้สูงอายุ เช่น ระบบ consult ผ่านระบบอินเตอร์เนต		
รพช.	1) ตรวจและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ - สุขภาพช่องปาก - ทำร่วมกับทุกกลุ่มวัย 2) จัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพ เช่น ออกกำลังกาย ทดสอบสมรรถภาพ 3) ใช้แพทย์ทางเลือก 4) จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ 5) กิจกรรมสันทนาการ เช่น ทัวร์ธรรมะ 6) มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานประจำ	1) คลินิกผู้สูงอายุ : บริการครึ่งวันต่อสัปดาห์ ดำเนินการโดยพยาบาล อสม. และจิตอาสา 2) มีระบบส่งต่อแพทย์เมื่อพบปัญหา 3) บริการแพทย์ทางเลือก เช่น การอบ ประคบ นวด 4) ระบบ HHC และประสานงานร่วมกับ 1669	1) บุคลากร : ไม่เพียงพอในการให้บริการ ส่งผลคือ - ใช้เวลารอนาน - ความรู้ไม่ดีพอ, พฤติกรรมบางครั้งไม่เหมาะสม 2) สถานที่ : แออัด ไม่เพียงพอ 3) อุปกรณ์อำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ เช่น รถเข็นไม่พอ	- กรณีมารับบริการนอกเวลาต้องจ่ายเพิ่ม - มีสงเคราะห์ผู้ไม่มีสิทธิ์/ต่างด้าว

สถานบริการ	ส่งเสริมสุขภาพ	การรักษาพยาบาล	ความพอเพียงของการบริการ	ความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ
		- การประสานงานส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน(รพ.สต.) - การเยี่ยมบ้าน 5) หน่วยบริการเคลื่อนที่ไปให้บริการในชุมชน (เชิงรุก)		
รพ.สต.	1) ตรวจและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ - สุขภาพช่องปาก - ทำร่วมกับทุกกลุ่มวัย 2) ทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ - ประชุม - ศึกษาดูงาน - ทัวร์ธรรมะ 3) การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย (อปท.,พม) 4) ใช้แพทย์ทางเลือก เช่น นวด, อบ ,ประคบ 5) กิจกรรมสันทนาการ เช่น แข่งกีฬาผู้สูงอายุ โดยจัดร่วมกับ อปท. ในวันที่มีการแจกเบี้ยยังชีพ	1) ไม่มีบริการคลินิกเฉพาะ จัดบริการผสานกับทุกคลินิก ส่วนใหญ่ NCD 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือขึ้นกับจำนวนผู้มารับบริการ 2) มีการประเมินและคัดกรอง เช่น ซึมเศร้า,ADL 3) HHC และประสานงานร่วมกับ 1669	1) บุคลากร : ไม่เพียงพอในการให้บริการ 2) สถานที่ : แออัด ไม่เพียงพอ 3) อุปกรณ์อำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ เช่น รถเข็นไม่พอ 4) ยาไม่เพียงพอจากระบบบริการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ 5) ขาดบุคลากรทางการแพทย์บางสาขา เช่น นักกายภาพ	- ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายมารับบริการ - มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ - ไม่มีผู้มาส่งผู้ป่วย (ญาติ/ผู้ดูแล)

2.3.2 ปัญหาและแนวทางแก้ไขของผู้สูงอายุในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน

ระดับสถานบริการ	ส่งเสริมสุขภาพ	แนวทางแก้ไข
รพศ./รพท.	- ระบบฐานข้อมูล และการคัดกรองไม่ได้รับการวิเคราะห์ หรือนำไปใช้ เช่น LTC (กรมอนามัย) - ขาดการบูรณาการข้อมูลของแต่ละกรม/กอง เช่น แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	- มีการประมวลผลข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่ม 1,2,3 - มีระบบการบริหารจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ นำข้อมูล มาใช้ประโยชน์ได้ - มีระบบบูรณาการจัดเก็บข้อมูลร่วมกัน/ใช้ประโยชน์ร่วมกัน
รพช.	- การจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุถูกครอบงำโดยการเมืองทำให้ไม่ยั่งยืนในการดำเนินกิจกรรม (รพช./รพ.สต.)	- สร้างภาคีเครือข่าย/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินกิจกรรมด้วยชมรมเอง - เจ้าหน้าที่ส่งเสริมและให้การสนับสนุน - ส่งเสริมและสร้างศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ
รพ.สต.	- การประสานงานด้านงบประมาณ - การบริการจัดการ/ฐานข้อมูล/คน/งบประมาณ (4 M) - ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการขาดการประสานงาน/ไม่ค่อยประสานงานกับสภาผู้สูงอายุ	- การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ - กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

ระดับสถานบริการ	การรักษาพยาบาล	แนวทางแก้ไข
รพศ./รพท.	1) ระบบการจัดบริการ - ล่าช้า - จำนวนผู้ที่มารับบริการมาก - จำนวนผู้ให้บริการไม่เพียงพอ - คุณภาพของการบริการไม่ครอบคลุม 2) ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม 3) ผู้ดูแลขาดทักษะ/ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	- มีศูนย์ประสานงานด้านผู้สูงอายุ - ใช้จิตอาสา - ใช้ระบบภาคีเครือข่าย - เจ้าหน้าให้คำแนะนำ เช่น ทบทวนฟื้นฟู สาธิต ฝึกปฏิบัติ เน้นญาติและผู้ดูแลให้เข้าใจ - การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข - ระบบการนิเทศและติดตามอย่างต่อเนื่อง
รพช.	- การจัดคลินิกผู้สูงอายุ (แต่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง) - มีระบบการส่งต่อ - การจัดบริการแพทย์ทางเลือก	- มีคณะกรรมการงานผู้สูงอายุ และใช้บุคลากรร่วมกันในการจัดบริการ - การจัดแนวทางในการให้บริการผู้สูงอายุ และกำหนดผู้รับผิดชอบ - จัดหางบประมาณเพื่อจ้างบุคลากรเพิ่มในภาครัฐ และเอกชน - พัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น บุคลากรเฉพาะทางของผู้สูงอายุ - ระบบส่งต่อในระดับสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
รพ.สต.	- ระบบการให้บริการล่าช้า ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง - การช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น การเดินทางมารับบริการ - งบประมาณ - อุปกรณ์ - การสนับสนุนจากสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าไม่ต่อเนื่อง	- จัดระบบการส่งต่อ - ใช้ระบบเครือข่ายสุขภาพร่วมกัน (เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.อื่นๆ) - ประสานงานร่วมกับ อปท./อบจ./พมจ. เช่น การรับ-ส่งในการมารับบริการ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ และไม่มีคนดูแล เป็นต้น - จัดตั้งกองทุนของชุมชน - กองตั้งคลังอุปกรณ์

ระดับสถานบริการ	ความพอเพียงของการบริการ	แนวทางแก้ไข
รพท./รพช.	- การจัดบริการ : ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญในงาน เนื่องจากไม่มีค่าตอบแทน และงบสนับสนุนการดำเนินงาน - บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เพียงพอ เช่น แพทย์ พยาบาล และมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย - สถานที่แออัด/คับแคบ - อุปกรณ์อำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ - การจัดสิ่งแวดล้อมยังไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น OPD ยังไม่มีทางลาด	- เสนองานด้านผู้สูงอายุให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของงานในระดับต้นๆ - การให้บริการเชิงรุก เช่น หน่วยบริการเคลื่อนที่ลงไปในพื้นที่ - มีจิตอาสา และระบบภาคีเครือข่ายในการทำงาน - งบประมาณจากภาคเอกชน การระดมทุนในชุมชน เช่น การขอรับบริจาค การทอดผ้าป่าของชมรม เป็นต้น - จัดตั้งคลังอุปกรณ์ - การสนับสนุนการจัดบริการ Long term care ระดับตำบล - การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุ - การสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจของบุคลากรที่ทำงานด้านนี้ เช่น ประกาศเกียรติคุณ
รพ.สต.	- ขาดบุคลากรทางการแพทย์บางสาขา เช่น นักกายภาพ	- ใช้ระบบบริหารจัดการของเครือข่าย

ระดับสถานบริการ	ความสามารถในการจ่ายของผู้ใช้บริการ	แนวทางแก้ไข
รพศ./รพท.	- ไม่มีปัญหาการจ่ายค่ารับบริการ ได้แก่ สิทธิข้าราชการ, 30 บาท, ประกันสังคม, จ่ายเอง - มีสงเคราะห์ผู้ไม่มีสิทธิ์/ต่างด้าว	-
รพช.	- ยานอกบัญชี - มีสงเคราะห์ผู้ไม่มีสิทธิ์/ต่างด้าว	- จัดตั้งกองทุน
รพ.สต.	- ไม่มีระบบจ่ายตรง - ยานอกเบิกไม่ได้ - มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ; กู้ยืมเงินมารับบริการ (ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติที่พามา) - มีสงเคราะห์ผู้ไม่มีสิทธิ์/ต่างด้าว	- แพทย์รับรองความจำเป็นในการใช้ยา - ออกระเบียบจ่ายฟรี - ประสานร่วมกับ อปท. ในการจัดรถมาบริการรับ-ส่ง

2.3.3 รูปแบบการจัดบริการ “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ” ที่ควรจะเป็นตามบริบทของประเทศไทย จากกระบวนการทำ focus group สรุปแนวทางการจัดระบบบริการแบบองค์รวมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนี้

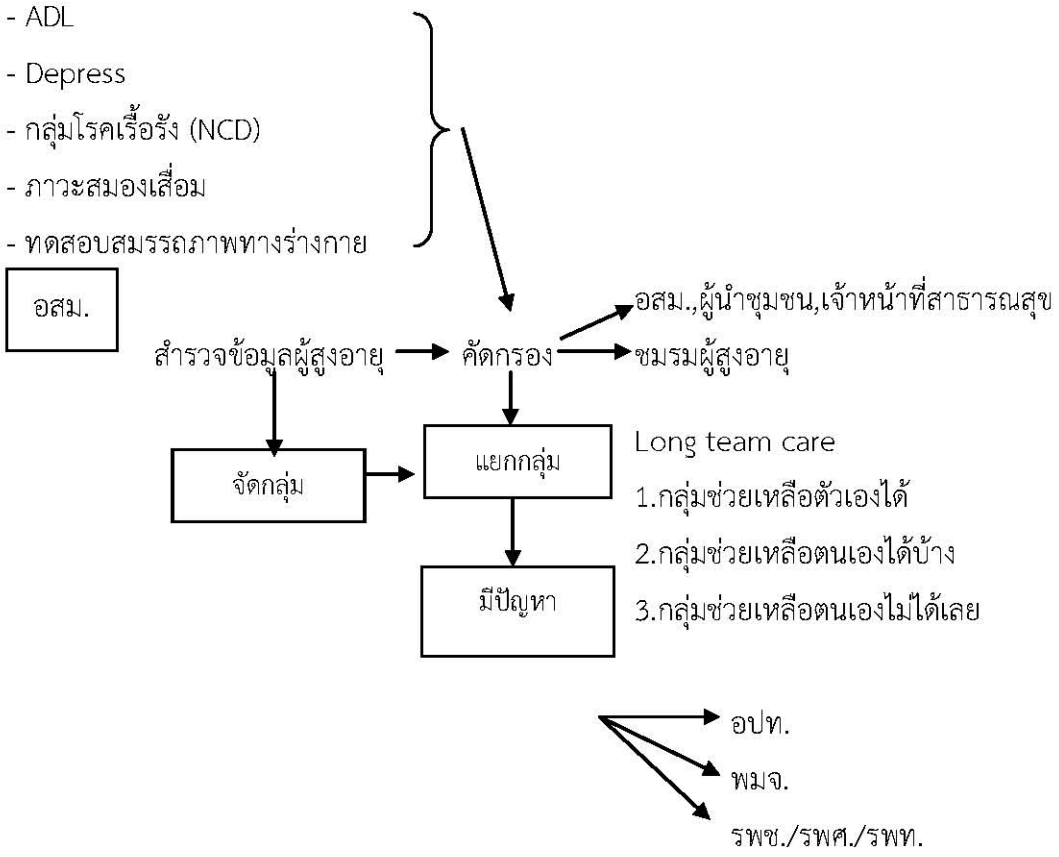
1) มีศูนย์บริการผู้สูงอายุเฉพาะ
2) คลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ
3) ให้บริการแบบ one stop clinic
4) ระบบส่งต่อดีเยี่ยม
5) มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง
6) การสร้างขวัญกำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงาน

กระบวนการดำเนินงานการจัดบริการ “การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ”

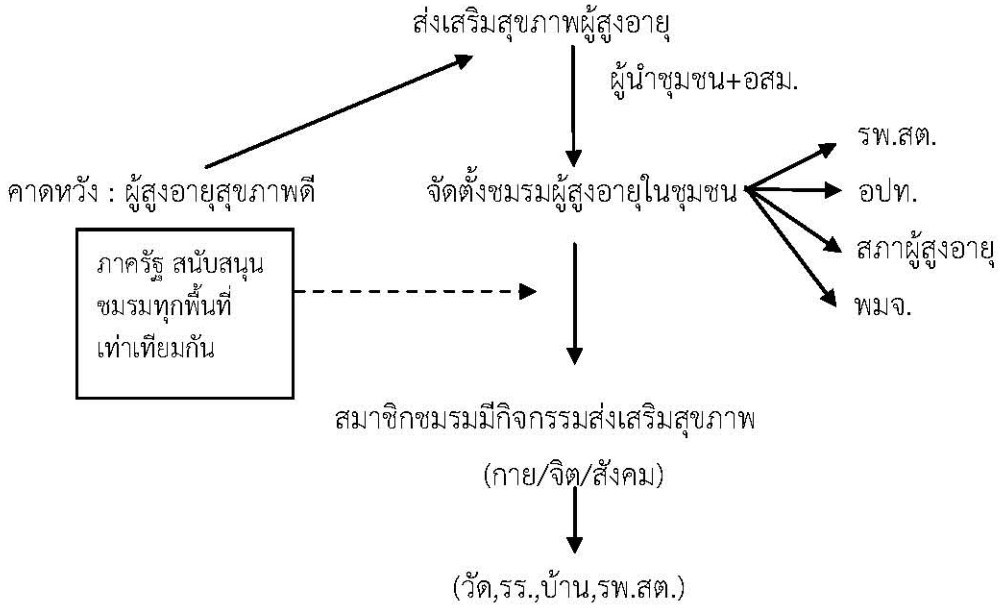


กระบวนการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

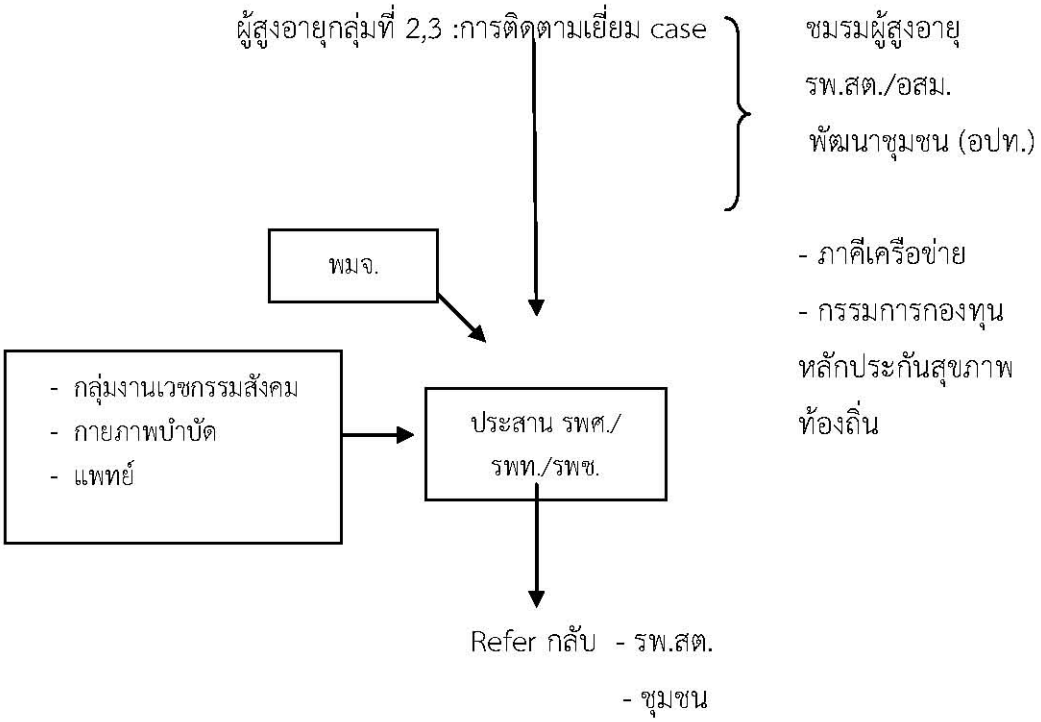
1. คัดกรองสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ผู้สูงอายุ



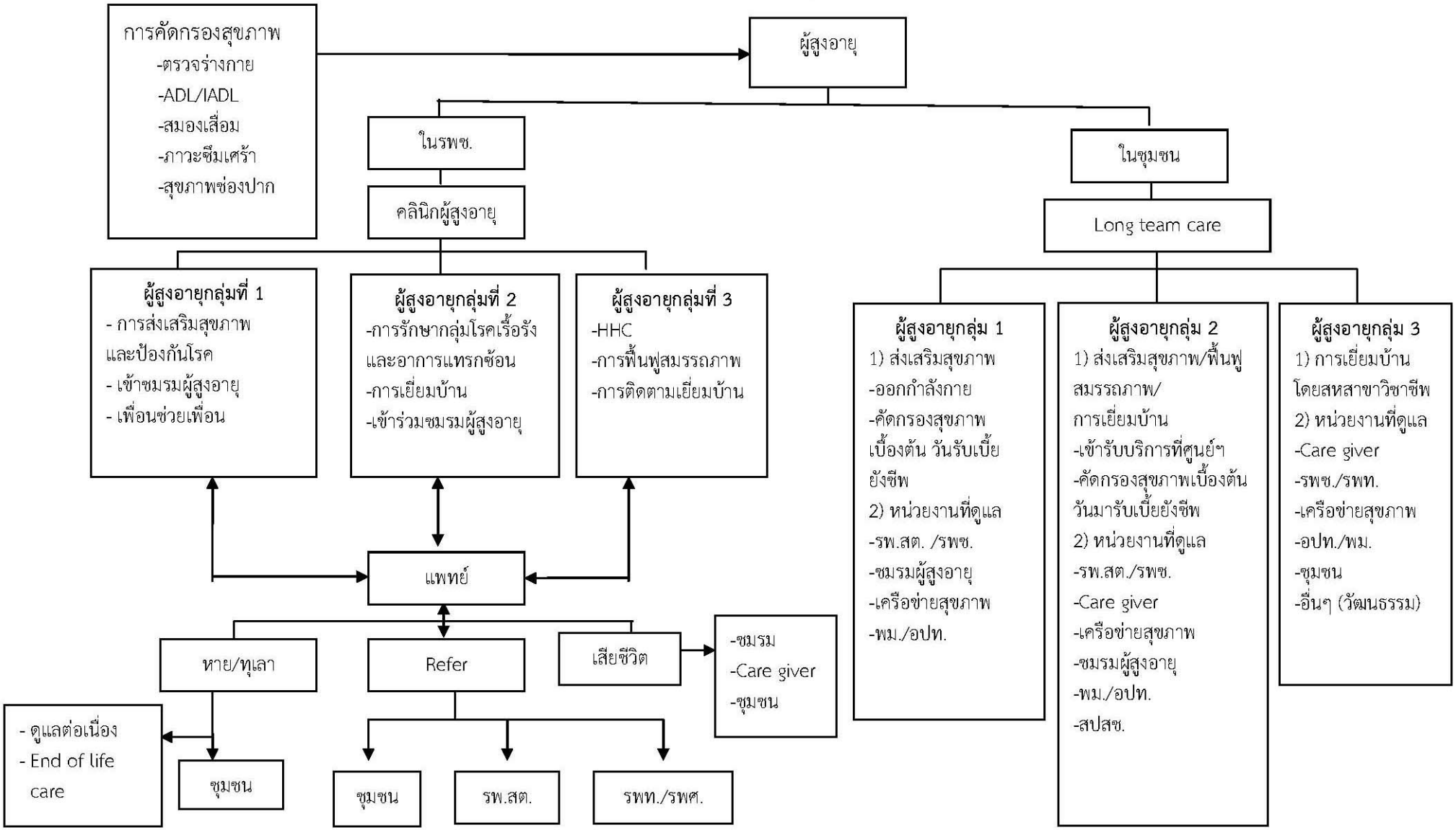
2. ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ



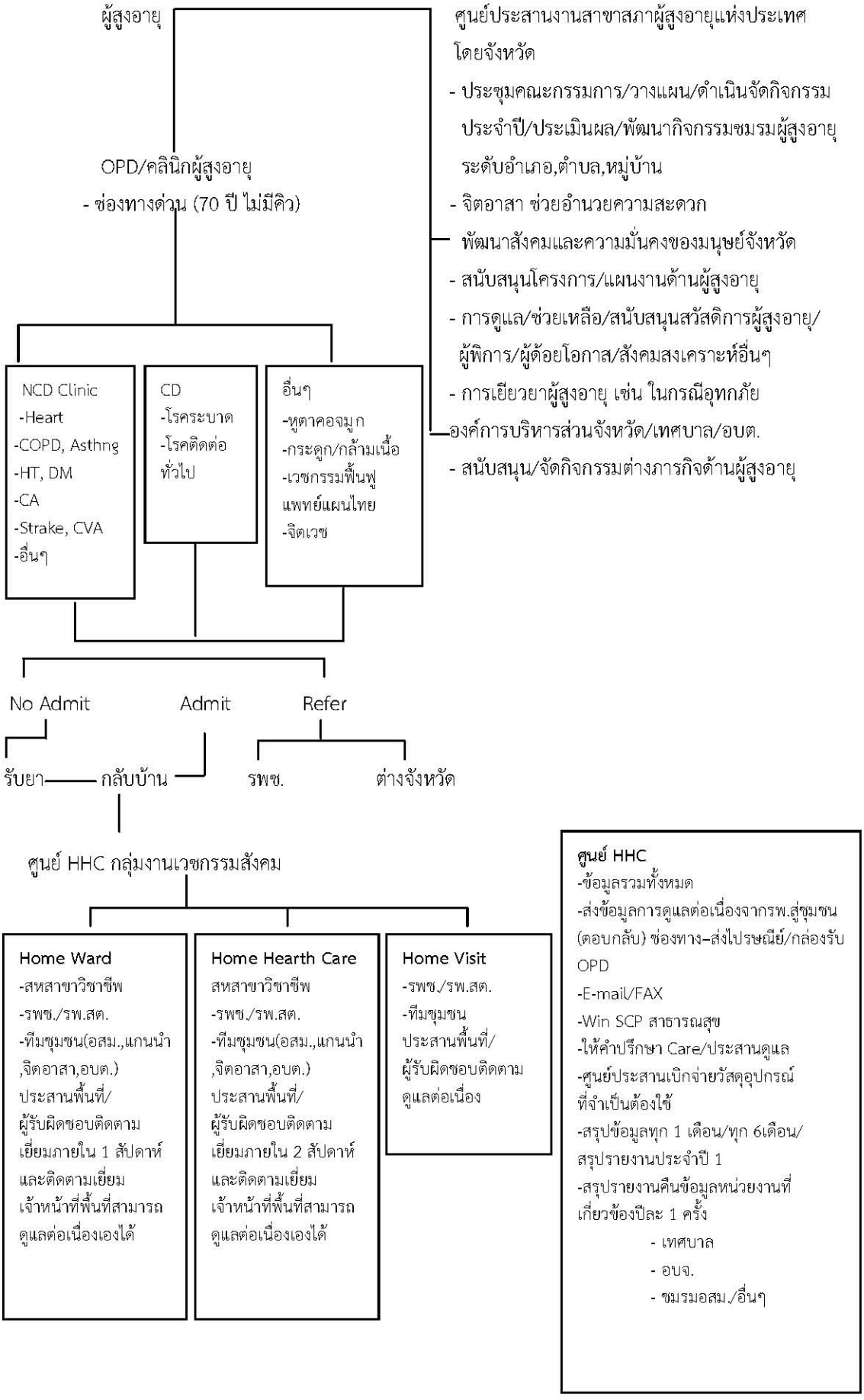
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการเยี่ยมบ้าน



กระบวนการดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน



กระบวนการดำเนินงานในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป



การสนับสนุนการดำเนินงาน

- บุคลากร - มีบุคลากรรับผิดชอบงานโดยตรง
  - การพัฒนาองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
  - การสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน เช่น การพิจารณาความดีความชอบ
- งบประมาณ - มีเป้าประสงค์ชัดเจนจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบ
  - มีงบประมาณสนับสนุน
- อุปกรณ์ - IT มีโปรแกรมสำเร็จ สนับสนุนการใช้ข้อมูลในการปฏิบัติงาน
  - มีชุดเครื่องมือ/อุปกรณ์สนับสนุน (การประเมินสุขภาพ/ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ)
  - แหล่งสนับสนุนจากภายนอก เช่น ขอทุนในระดับพื้นที่โดยการเขียนโครงการ
- นโยบาย - ความชัดเจนจากส่วนกลาง และเป็นรูปธรรม
  - ลงสู่การปฏิบัติได้ง่าย
- ระบบติดตาม/ประเมินผล - การนิเทศและติดตามต่อเนื่อง มีการรายงานอย่างเป็นรูปธรรม
- จุดแข็งงานผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุเป็นที่ยอมรับของสังคม/คลังสมอง
  - ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม/โครงการต่างๆ (มากกว่ากลุ่มอื่น)

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานของสถานบริการ

สถานบริการ	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
รพศ./รพท./รพช./รพ.สต	- ภาระงานมาก/เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ - การมีส่วนร่วมของชุมชนมีน้อยในบางพื้นที่ - การทำโครงการไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้เวลาจัดกิจกรรมมีผู้สูงอายุมาร่วมน้อย - ผู้สูงอายุที่มารับบริการมาลำบากเนื่องจากอุปสรรคทางร่างกาย	- ต้องกำหนดกรอบอัตรากำลังด้านบุคลากรมาพร้อมงาน - การประชาสัมพันธ์ - การประสานงานในหน่วยงานที่ทำงานด้านนี้รับทราบปัญหาและมีแผนงานร่วมกัน - จัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ (Mobile)

สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1) นโยบายจากส่วนกลาง (ระดับกระทรวง) มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย

2) การจัดสรรงบประมาณ ไม่มีงบประมาณเฉพาะด้านผู้สูงอายุ

3) การสร้างขวัญและกำลังใจในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านนี้

4) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงาน

1) การกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดในระดับพื้นที่ที่ปฏิบัติงานต้องชัดเจน
2) ผู้บริหารเห็นความสำคัญในงานและให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง
3) การประชาสัมพันธ์/สื่อสารที่ชัดเจน การดำเนินงานของสถานบริการทั่วถึงและเพียงพอ
4) มีศูนย์ประสานงานสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจนในระดับจังหวัด
5) การสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การหกล้ม ภาวะสมองเสื่อมและสื่อต่างๆที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
6) มีรูปแบบหรือพัฒนารูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเสริมรายได้
7) มีระบบสารสนเทศสนับสนุน
8) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง
9) การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งและยั่งยืน
10) การส่งเสริมองค์ความรู้และการสร้างเครือข่ายวิชาการ โดยมีศูนย์กลางของจังหวัด/อำเภอ/ตำบล
11) มีเวทีเพื่อนำเสนอผลงานด้านผู้สูงอายุ/R2R
12) ความร่วมมือของทุกภาคส่วน เช่น ชุมชนเห็นความสำคัญสนับสนุน มีสถานที่เอื้อในการทำกิจกรรม

แนวคิดการพัฒนาระบบการเข้าถึงระบบบริการผู้สูงอายุของสถานบริการ

การจัดบริการผู้สูงอายุโดยยึดหลักปฏิบัติตามพรบ.ผู้สูงอายุอย่างจริงจัง ซึ่งมีขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน โดยแบ่งการจัดบริการตามกลุ่มผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ยังแข็งแรง กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ป่วยเป็นโรคแต่ยังคงสภาพร่างกายได้ กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ต้องรับการดูแลอย่างผู้อื่น ดังนี้

กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้	กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง	กลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย
- ประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ - ส่งเสริมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. - มีคลินิกแยกเฉพาะผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จ (รพท./รพช.) - สร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ/ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาตนเอง/ชมรม/คลังสมอง - อปท. สนับสนุนรพ.สต. ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ตรวจสุขภาพ - ประสานอปท. จัดพาหนะรับ-ส่งผู้สูงอายุมาคลินิกฯ/รพ.สต. - ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ/ฟื้นฟูสมรรถภาพ - สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ - สนับสนุนส่งเสริมอาชีพเสริม	- ประเมินคัดกรองสุขภาพ - ส่งเสริม/ป้องกัน สุขภาพภาวะแทรกซ้อน - เฝ้าระวังความเสี่ยง เช่น ออกกำลังกาย ส่งเสริมอาชีพ กระตุ้นการเข้าร่วมสังคม - จิตอาสาเยี่ยม/เพื่อนช่วยเพื่อน - ประสานงานร่วมกับอปท. การจัดบริการรถรับ-ส่งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไปสถานบริการ - สนับสนุนงบประมาณตอบแทนเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ - จัดตั้งศูนย์ Day care/ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ - สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ - จัดหากายอุปกรณ์ - ส่งเสริมนวัตกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น ที่นวดกะลา,รอก ในการดูแลสุขภาพ	- ประเมินคัดกรองสุขภาพ/ภาวะแทรกซ้อน - ส่งเสริมการฟื้นฟู/รักษาต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ - พัฒนาศักยภาพ/ทักษะการดูแลผู้ป่วยของญาติ/คนดูแล - ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเฉียบพลัน/ฉุกเฉินที่บ้านร่วมกับ อปท. เช่น รถรับส่งในชุมชน - มีรถ Mobile เคลื่อนที่/ตรวจสุขภาพ/ - สนับสนุนงบประมาณ/ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ - ขอสนับสนุนงบจากภาคเอกชน - ความร่วมมือจากมูลนิธิฯ เพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น กรณีไม่มีญาติดูแล

การบูรณาการกับองค์กร/หน่วยงาน

หน่วยงาน	ระดับสถานบริการ		
	รพศ./รพท.	**รพช.**	**รพสต.**
กระทรวงพม./ พัฒนาสังคมจังหวัด	- ร่วมจัดทำโครงการเพื่อผู้สูงอายุโดยให้ ก.พม. เป็นเจ้าของโครงการและงบประมาณ - สนับสนุนงบเพื่อสนับสนุน อสม./อผส. ในการปฏิบัติงาน	- จัดทำโครงการและของบประมาณกองทุนผู้สูงอายุแห่งชาติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	-จัดโครงการ และงบประมาณสมทบกองทุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (จิตอาสา)
กระทรวงมหาดไทย	- ขาดการบูรณาการการทำงานระหว่างกระทรวง ไม่มีการประสานงานติดต่อกับท้องถิ่น - สร้างผู้นำชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในระดับจังหวัด	- สร้างผู้นำชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน	- สร้างผู้นำชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน
อปท. : เทศบาล/ อบต.	- นโยบายขึ้นกับผู้บริหารมีเน้นงานด้านผู้สูงอายุเพราะมีผลต่อคะแนนเสียง - สนับสนุนงบประมาณ	- สนับสนุนงบประมาณ - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นข้อมูลให้กับพื้นที่	- สนับสนุนงบประมาณในการสร้างสุขภาพให้เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นข้อมูลให้กับหมู่บ้าน
หน่วยงานอื่นๆ เช่น องค์กรภาคเอกชน รพ.เอกชน	- บริจาคกายอุปกรณ์ เช่น รถเข็น,ไม้เท้า	- บริจาคกายอุปกรณ์ เช่น รถเข็น, ไม้เท้า - รับบริการจากเตียง/อุปกรณ์ที่มีอยู่ในสภาพดี	- บริจาคกายอุปกรณ์ : รถเข็น, ไม้เท้า - รับบริจาคเตียงที่ไม่ใช้แล้ว,อุปกรณ์ที่ไม่ใช้

รายชื่อผู้เข้าทำ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
ในวันที่ 26 กรกฎาคม 2555
ณ โรงแรมทีเคพาเลส จังหวัดนนทบุรี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.	นางพิทยา เรืองเดช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สามพราม
2.	นางพนิดา ประชาชน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ไร่ขิง
3.	นางนภาภรณ์ พึ่งเกศสุนทร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมุทรปราการ
4.	นางฉลอม สี้จินดา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บางจาก
5.	นายเทพฤทธิ์ ขาวนิลรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ปทุมธานี
6.	นางกิตติพร ประสงค์ยืนยง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ลำลูกกา
7.	นางเพียงจันทร์ ธารดิลก	เจ้าพนักงานชำนาญงาน	รพ.สต.บึงคอไห
8.	นางขันทอง บุญเสริม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สรรพยา
9.	นางสวีวรรณ หร่ายลอย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านท่าไม้
10.	นางสาวทัศนีย์ เมฆบุตร	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	รพ.ด้านช้าง
11.	นางสาวธีรานันท์ ศรีแตงอ่อน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.ท่าไชย
12.	นางศลิษา ปลั่งกลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บ้านหมี่
13.	นางสาวรัตนา รุ่งเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ท่าหลวง
14.	นางสาวสุนีย์ กิจศิลป์ชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.แก่งผักกูด
15.	นางสาวมัณฑนา กัลยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ประจันตคาม
16.	นางสมพร แสงเพชร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บางปลาร้า
17.	นางพจนีย์ เสียงเนาะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.พุทธโสธร
18.	นางพิชิดา ตัญญะบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บ้านโพธิ์
19.	นายชวลิต อยู่สุข	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.สต.ดอนทราย
20.	นางสุจิรัตน์ สุริวรรณ์	ผอ.รพ.สต.โพกรวม	รพ.สต.โพกรวม
21.	นางสาวโสรญา สุดสาระ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ดอนพุด
22.	นางเกศรา เลี้ยงเพชร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.
23.	นางรมิดา คงเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร
24.	นางสาวเย็นใจ บัวฝัน	เจ้าหน้าที่ธุรการ	รพ.ส.ตบ้านคู่สร้าง

รายชื่อผู้เข้าร่วมทำ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
ในวันที่ 31 สิงหาคม 2555
ณ ศูนย์อนามัยที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.	นางพรทิพย์ ภูสง่า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.กาฬสินธุ์
2.	นางสุมาลี เขตบรรจง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.หนองกุงศรี
3.	นางประภัสสร ใจศิริ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.โคกศรี อ.ยางตลาด
4.	นางสาวรุ่งรัตน์ พนมหอม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติสีแก้ว
5.	นางภาราดา เทียบหนู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.วาปีปทุม
6.	นางพิชญามณฑ์ วรรณโก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ชัยภูมิ
7.	นางสาวธันยาพร เพิ่มวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สรรพสิทธิประสงค์
8.	นางรพีพรรณ ลิ้มวงษ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมืองรพ.เดชอุดม
9.	นางสาวเขมรัศม์ แก้วสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ม่วงสามสิบ
10.	นางสมหมาย บุบผา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.ปักธงชัย
11.	นางเจตนิพิฐ ทองพรหม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.จักราช
12.	พญ.เฟื้องฟ้า เบญจโอฬาร	นายแพทย์ชำนาญการ	รพ.มหาราชนครราชสีมา
13.	นางทองทิพย์ คุณเวียน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.หนองบัว
14.	นางสมพร สุบูรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ด้ามพร้า
15.	นางปัทมา ฐานวิสัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ชัยภูมิ
16.	นางพนมไพร ไกรสูรย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.หงอนไก่
17.	นางสาวขวัญเรือน เพชรรักษา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.ละหานทราย
18.	นางสาวปวีณา ไทยลือนาม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ละหานทราย
19.	นางอมรทิพย์ ศรีสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.หนองบัวโคก
20.	นายสัมฤทธิ์ มณีวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสอ.จักราช
21.	นางรุ่งทิพย์ สุวรรณทา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บุรีรัมย์

รายชื่อผู้เข้าร่วมทำ Focus group ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์
การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
ในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2556
ณ ห้องประชุมโรงแรมทีเค พาเลส กรุงเทพมหานคร

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.	นางอาภรณ์ ศรีรัตนะโชติ	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านน้ำพุต จ.ตรัง
2.	นางจินดาภรณ์ ดุสิตากร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ปง จ.พะเยา
3.	นางระเบียบ วงศ์วิวัฒน์ธนะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.น่าน จ.น่าน
4.	นางสาวณีชยาวดี สุวรรณศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ท่าแพ จ.สตูล
5.	นายกิตติศักดิ์ ปินใจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จ.แพร่
6.	นางจันธณา สงนุ้ย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	รพ.พัทลุง
7.	นางเกศรา ชัยทองดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.วังสะพุง จ.เลย
8.	นางสาวกัลญา ไตรศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการรร	พ.ตะกั่วทุ่ง จ.พังงา
9.	นางมยุรา กมลสุวรรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.พังโคน จ.สกลนคร
10.	นางอุมาพร ขุนศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.นาป่า จ.เพชรบูรณ์
11.	นายศิลชัย ทุ่งโพธิ์ตระกูล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.กำแพงเพชร
12.	นางแจ๊ะมาเรียม อุเซ็งแม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ยะลา
13.	นางสาวนันทิกา มนตรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สระใคร จ.หนองคาย
14.	นางสุภาพร ชาญนคร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ชมโค จ.ชุมพร
15.	นางสุวดี ทองเพชร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สุราษฎร์ธานี
16.	นางนงนุช เมธาภาวะกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ศรีสัชนาลัย
17.	นางสุกาญ เดชทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.น้ำหมัน อ.ท่าปลา จ.อุตรดิตถ์
18.	นางพนิดา ต้นเงิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ไพรศรี จ.บึงกาฬ
19.	นางเกษศิรินทร์ พิมพ์เสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.นครพนม
20.	นางสีวรา วิเชียรรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.หนองหลวง จ.อุทัยธานี
21.	นางสาวอรทัย ชูเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.ปัตตานี
22.	นางเพ็ญพร สายวิจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.ทะนง จ.พิจิตร
23.	นายราชันย์ ท้าวทา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.บ้านโนนคูณ จ.หนองบัวลำภู
24.	นางจตุพร สุขจีน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ทุ่งหัวช้าง จ.ลำพูน

รายชื่อผู้เข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ
เพื่อนำเสนอผลการศึกษาวิจัยการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
ในพื้นที่ 18 จังหวัดที่ทำการศึกษาวิจัย
ในวันที่ 28 สิงหาคม 2556
ณ ห้องประชุมโรงแรมทีเค พาเลส กรุงเทพมหานคร

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.	นางธันยาพร วิกส์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สรรพสิทธิประสงค์
2.	นางรพีพรรณ ลิ้มวงษ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รพช.เดชอุดม
3.	นางสุรีภรณ์ สีสิงห์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.อุดรธานี
4.	นางอรวรรณ ศรีรัตนาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.อุดรธานี
5.	นางสกาวเดือน สำรวย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.พระยืน จ.ขอนแก่น
6.	นายจักรพงศ์ ตันติวงค์โกวิท	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.กาญจนบุรี
7.	นางอธิกานต์ ภานุมาศเมธี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.พิษณุโลก
8.	นางสาวอรนุช เวชรังสี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	สสจ.นครศรีธรรมราช
9.	นางเฉลิมพร วีรพัฒนานนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.เชียรใหญ่
10.	นางกิ่งกาญจน์ บุญนำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.ศรีสะเกษ
11.	นางวันดี นุชประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
12.	นางสุมานี ศรีกำเนิด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.นภาลัย จ.สมุทรสงคราม
13.	นางอนงค์ ภูมชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ	สสจ.กระบี่
14.	นางสาวอรทัย ชูเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	รพ.ปัตตานี
15.	นางรัชนี ศรเจียงคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ลำปาง
16.	นางวรวี งามสะอาด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.อ่างทอง
17.	นางสาวสิริกานต์ พันภัยพาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.วิเศษชัยชาญ
18.	นางสุมณฑา วสุนาถ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านอิฐ จ.อ่างทอง
19.	นางศลิษา ปลั่งกลาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.บ้านหมี่
20.	นางสาวรัตนา รุ่งเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.ท่าหลวง
21.	นางสีวรา วิเชียรรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.สต.หนองหลวง จ.อุทัยธานี
22.	นางกุลธิดา สัมมาวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สมุทรปราการ

สรุปผลการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย
เรื่อง การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถาน
บริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
ในวันที่ 28 สิงหาคม 2556 ณ โรงแรมทีเค พาเลส

โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 25 คน ประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำเสนอผลงานการวิจัย โดย นางสาวอรวรรณ์ คูหา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ดังนี้

การเข้าถึงระบบบริการ

1. การจัดบริการ 70 ปีไม่มีคิด

- จัดบริการ 70 ปี ไม่มีคิวโดยการสลับห้องตรวจ แต่การคาดหวังของผู้สูงอายุ คือ ความรวดเร็วในการบริการ แต่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร ซึ่งเป็นปัญหาหลักในการจัดบริการ
- ปรับการจัดบริการผู้สูงอายุเป็น 80 ปีไม่มีคิว และคลินิกผู้สูงอายุคู่ขนานกันไป
- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ทุกคนทราบ โดยผู้ที่อายุมากได้รับบริการก่อน
- การจัดลำดับลำดับความสำคัญ คือผู้ที่มีอาการหนัก ผู้พิการ จะได้รับบริการก่อน ตั้งแต่ห้องตรวจไปถึงห้องยา มีการประกันเวลาการให้บริการ 1.30 นาทีต่อท่าน ถ้าคัดกรองแล้วพบว่า อาการหนักให้บริการก่อน หรือกรณีบ้านไกล อาจได้รับบริการก่อน
- การบูรณาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งได้รับความร่วมมือดี และบางแห่งก็ไม่ให้ความร่วมมือ
- ไม่สามารถจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ 1 วัน/สัปดาห์ได้เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ
- การจัดบริการ 70 ปีไม่มีคิวหรือนโยบายใดๆเป็นการบริการแยกส่วน แนะนำปรับทัศนคติในการทำงานด้านผู้สูงอายุ
- การบริการ โดยเฉพาะในคลินิกเฉพาะทางที่ผู้สูงอายุรับบริการมาก เช่น คลินิก Ortho
- กระบวนการทำงานร่วมกับชุมชนควรใช้การร่วมมือและคืนข้อมูลให้ชุมชน
- ในบางสถานบริการก็มีนโยบายของโรงพยาบาลเอง เช่น ถ้าอายุ 80 ปี จะได้รับการตรวจที่บ้าน โดยจัดบริการในเขตเทศบาล และกรณีทั่วไปแจ้งผ่าน อผส.และให้รถโรงพยาบาลไปรับ

2. การจัดบริการตามพรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ กรณีมาตรา 11 (1)

- การบริการพิเศษ เช่น การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองเป็นพิเศษ เช่น มีการวัด vital sign
- การบริการที่ให้ความใส่ใจเป็นพิเศษ บริการที่ให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- การบริการพิเศษ เช่น ทำการรณรงค์แต่ละโรคๆ ในผู้สูงอายุเป็นต้น

3. การบริการการคัดกรองในผู้สูงอายุ

- เน้นบริการที่ Primary Care
- การตรวจสุขภาพ ควรเน้นที่ รพ.สต.มากกว่า เพราะไม่ต้องรอนาน

4. การจัดบริการสุขภาพครบวงจร

- การกำหนด Criteria ให้ชัดเจนโดยจัดทำเป็น package
- การให้บริการ Clinic แบบ One Stop Service ดีต่อผู้สูงอายุ
- ระบบการส่งต่อ ใช้ผ่านระบบ EMS มีรถรับ-ส่ง ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว แต่การจัดบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุควรแยกออกจากส่วนของระบบ EMS ใช้กับผู้ป่วยฉุกเฉินเท่านั้น

5. การส่งเสริมสุขภาพ เน้นการส่งเสริมกิจกรรมชมรมผู้สูงให้มีความต่อเนื่องและยังยืน

6. การสร้างระบบการดูแลต่อเนื่อง ควรใช้ระบบฐานข้อมูลเป็นระบบเดียวกัน เพื่อลดภาระงานกับพื้นที่และประเมินผลงานได้ง่าย

7. การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ

- การบูรณาการงานผู้สูงอายุไม่ชัดเจนในรูปธรรมของกระทรวง เนื่องจากในแต่ละกรม ได้แก่ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือทุกกรมมีงานผู้สูงอายุ พื้นที่มีความสนใจและต้องทำงานตามกรมต่างๆ จากส่วนกลาง แต่มีปัญหาเรื่องบุคลากรไม่เพียงพอ เพราะต้องดูแลประชากรทุกกลุ่มวัยไม่เฉพาะผู้สูงอายุ
- งบประมาณ พบว่างานผู้สูงอายุจะมีงบประมาณกระจายอยู่ในแต่ละกรม ควรมีการใช้งบประมาณหรือนำทรัพยากรมารวมกันและประสานการทำงานร่วมกัน จะทำให้งานผู้สูงอายุมีงบประมาณเพียงพอต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่

การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ชุดแบบสัมภาษณ์ข้อมูลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุ.....

บ้านเลขที่.....**หมู่ที่**.....**ตำบล**.....**อำเภอ**.....

จังหวัด.....**รหัสไปรษณีย์**.....**หมายเลขโทรศัพท์**.....

เลขที่บัตรประชาชน □-□-□-□-□-□-□-□-□-□-□-□-□

ชื่อ-สกุลผู้สอบถาม.....**วัน/เดือน/ปีที่สอบถาม**.....

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสำรวจการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการศึกษาและพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการซึ่งจะช่วยให้ประชาชนในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศมีโอกาสได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเรื้อรัง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างเหมาะสมต่อไป

สำหรับเจ้าหน้าที่ตอบ

ชื่อโรงพยาบาล.....

○ รพศ. ○ รพท. ○ รพช. ○ รพสต.

บริการสุขภาพที่นำผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล ณ วันที่ตอบแบบสอบถาม คืออะไร

○ คลินิกผู้สูงอายุ

○ แผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยทั่วไป

○ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะโรค

○ แผนกผู้ป่วยใน

แบบสำรวจการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในแต่ละสถานบริการ

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่านหรือเติม ข้อความลงในช่องว่าง.....

<u>ส่วนที่ 1</u> **ข้อมูลทั่วไป**

1. อายุ (ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป) .....ปี

2. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

3. สถานภาพสมรส ☐ 1. สมรส ☐ 2. หม้าย ☐ 3. หย่า / แยก ☐ 4. โสด

4. สถานที่อยู่อาศัย ☐ 1. ในเขตเทศบาล ☐ 2. นอกเขตเทศบาล

5. ศาสนา ☐ 1. พุทธ ☐ 2. คริสต์ ☐ 3. อิสลาม ☐ 4. อื่น ๆระบุ.....

6. ท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ 1. ลำพังคนเดียว ☐ 2. สามีหรือภรรยา ☐ 3. ลูกสาว /ลูกชาย

☐ 4. ลูกสะใภ้ / ลูกเขย ☐ 5. หลาน ☐ 6. พ่อแม่

☐ 7. พี่น้อง ☐ 8. อื่น ๆ ระบุ.....

7. ท่านเรียนหนังสือจบในระดับไหน

☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ไม่จบประถมศึกษา ☐ 3. ประถมศึกษา

☐ 4. มัธยมศึกษา / ปวช. ☐ 5. อนุปริญญา / ปวส. ☐ 6. ปริญญาตรี / สูงกว่า

<u>อาชีพ</u>

8. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้หรือไม่ ☐ 1. ไม่ทำ ☐ 2. ทำ

9. ความเพียงพอของรายได้ประจำเดือน

☐ 1. มีหนี้สิน ☐ 2. พอเพียงไม่เหลือเก็บ ☐ 3. พอเพียงเหลือเก็บ

10. รายได้ของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อเดือน (ทุกที่มาของรายได้) จำนวน.....บาทต่อเดือน

<u>พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต</u>

11. ท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น/ยาฉุน หรือไม่

☐ 1. ไม่สูบ ☐ 2. เคยสูบแต่เลิกมาแล้ว .....ปี

☐ 3. สูบประจำ จำนวน.....มวน/วัน ☐ 4. นาน ๆ ครั้ง

12. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้าน้ำตาลเมา (กระแช่) หรือไม่

☐ 1. ไม่ดื่ม ☐ 2. เคยดื่มแต่เลิกมาแล้ว .....ปี

☐ 3. ดื่มประจำ จำนวน.....ก๊ง/เป็ก/แบน/กลม ต่อวัน/สัปดาห์

☐ 4. เวลามีงานเลี้ยงสังสรรค์

13. ท่านออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน และวันละ 30 นาทีหรือไม่

☐ 1. ไม่ออกกำลังกาย

☐ 2. ออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย ระบุ **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ 1. เดิน ☐ 2. วิ่ง ☐ 3. บริหารร่างกาย

☐ 4. ไทเก็ก ☐ 5. เต้นแอโรบิก ☐ 6. เล่นกีฬา เช่น เทนนิส /ว่ายน้ำ/ เปตอง เป็นต้น

☐ 7. อื่น ๆ ระบุ.....

<u>ภาวะสุขภาพ</u>

14. ขณะนี้ท่านรู้สึกว่ามีภาวะสุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

☐ 1. ไม่ดีมาก ๆ ☐ 2. ไม่ดี ☐ 3. พอใช้ ☐ 4. ดี ☐ 5. ดีมาก

15. ท่านได้รับการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือไม่

☐ 1. ไม่ได้รับการตรวจ ☐ 2. ได้รับการตรวจประจำทุกปี

☐ 3. เคยตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอ

16. ท่านมีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต/กิจกรรมหรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มีระบุ **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ 1. ระบบกระดูกและข้อ

☐ 1.1 ปวดข้อ / ปวดเมื่อย ☐ 1.2 ปวดหลัง / ปวดคอ

☐ 1.3 ข้อไหล่ติด ☐ 1.4 ข้อเสื่อม / สะโพกเสื่อม

☐ 1.5 หกล้ม / กระดูกหัก ☐ 1.6 อื่นๆ ระบุ.....

☐ 2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

☐ 2.1 เจ็บหรือแน่นหน้าอก ☐ 2.2 นอนศีรษะสูง / นอนราบไม่ได้

☐ 2.3 โรคหัวใจ ☐ 2.4 อื่นๆ ระบุ.....

☐ 3. ระบบประสาท

☐ 3.1 มีอาการสั่น ☐ 3.2 เป็นลมบ่อยหรือรู้สึกเป็นลม

☐ 3.3 หน้ามืด/เวียนศีรษะ ☐ 3.4 ชาหรือไม่รู้สึก

☐ 3.5 แขนหรือขาอ่อนแรง ☐ 3.6 อัมพาต / อัมพฤกษ์

☐ 4. ระบบทางเดินหายใจ

☐ 4.1 หวัด/ภูมิแพ้ ☐ 4.2 วัณโรค

☐ 4.3 โรคปอด เช่น หอบหืด หลอดลมอักเสบ ถุงลมปอดโป่งพอง

☐ 5. ระบบทางเดินอาหาร

☐ 5.1 โรคกระเพาะอาหาร ☐ 5.2 โรคกรดไหลย้อน

☐ 5.3 อื่น ๆ ระบุ.....

☐ 6. ระบบทางเดินปัสสาวะ

☐ 6.1 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ☐ 6.2 ต่อมลูกหมากโต

☐ 6.3 อื่น ๆ ระบุ.....

☐ 7. ระบบขับถ่าย

☐ 7.1 ท้องผูก ☐ 7.2 อื่น ๆ ระบุ.....

☐ 8. โรคเรื้อรัง

☐ 8.1 ความดันโลหิตสูง ☐ 8.2 เบาหวาน

☐ 8.3 โรคไต ☐ 8.4 อื่น ๆ ระบุ.....

☐ 9. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

☐ 9.1 มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ

☐ 9.2 มีปัญหาอย่างรุนแรงเรื่องความจำ

☐ 9.3 มีปัญหาการได้ยิน

☐ 9.4 มีปัญหาทางสายตา

☐ 9.5 มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน/เหงือก/ ช่องปาก

☐ 9.6 มะเร็งหรือเนื้อร้ายอื่น ๆ ระบุอวัยวะที่เป็น.....

☐ 9.7 อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

2.1 การเข้าถึงแหล่งบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ

17. ท่านเคยใช้บริการกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการให้หรือไม่

☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคย

18. ท่านเคยใช้บริการตรวจสุขภาพของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการให้หรือไม่

☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคย

19. ท่านเคยต้องการสื่อหรือข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลประเภทใดบ้าง

☐ 1. แผ่นพับ ☐ 2. หนังสือ ☐ 3. ซีดี

☐ 4. บอร์ด/โปสเตอร์ ☐ 5. กิจกรรมกลุ่ม ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....

20. ท่านมีความพอใจในสื่อหรือข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับในข้อ 19 หรือไม่

☐ 1. แผ่นพับ

☐ 1.1 ไม่พอใจ ☐ 1.2 พอใจ

☐ 2. หนังสือ

☐ 2.1 ไม่พอใจ ☐ 2.2 พอใจ

☐ 3. ซีดี

☐ 3.1 ไม่พอใจ ☐ 3.2 พอใจ

☐ 4. บอร์ด/โปสเตอร์

☐ 4.1 ไม่พอใจ ☐ 4.2 พอใจ

☐ 5. กิจกรรมกลุ่ม

☐ 5.1 ไม่พอใจ ☐ 5.2 พอใจ

☐ 6. อื่นๆ

☐ 6.1 ไม่พอใจ ☐ 6.2 พอใจ

<u>ด้านการรักษาพยาบาล</u>

21. ส่วนใหญ่เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพท่านเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างไร

☐ 1. ไปสถานพยาบาลของรัฐ ☐ 2. ไปสถานพยาบาลของเอกชน/คลินิก

☐ 3. ไปรักษาพื้นบ้าน / หาหมอพื้นบ้าน (แผนโบราณ)

☐ 4. ซื้อยากินเอง / รักษาตัวเอง

22. สิทธิในการรักษาพยาบาลของท่าน

☐ 1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ 2. ประกันสังคม

☐ 3. ประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย

☐ 4. สวัสดิการจากนายจ้าง เช่น นายจ้างมีสัญญาจ่ายให้รพ.

☐ 5. สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

23. ส่วนใหญ่ท่านใช้สิทธิตามที่ได้กล่าวใน**ข้อ 22** หรือไม่

☐ 1. ใช้ ☐ 2. ไม่ใช้แต่จ่ายเงินเอง

24. ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพที่ท่านใช้ประจำ

☐ 1. สะดวก

☐ 1. ไม่สะดวก ระบุ **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ 1. ระยะทางไกลจากบ้าน ☐ 2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง

☐ 3. ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่สะดวก ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

25. ระยะทางจากบ้านท่านไปสถานพยาบาล ..... กิโลเมตร

26. ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาล

☐ 1. น้อยกว่า 30 นาที ☐ 2. 30-60 นาที

☐ 3. มากกว่า 60 นาที ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

27. ท่านเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลด้วยวิธีใด **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ 1. เดิน ☐ 2. รถรับจ้าง ☐ 3. รถโดยสารประจำทาง

☐ 4. รถมอเตอร์ไซด์ ☐ 5. รถยนต์ส่วนตัว ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....

28. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง**ไปและกลับ**จากบ้านถึงโรงพยาบาล (ครั้งสุดท้ายที่มาใช้บริการ) จำนวน.....บาทต่อครั้ง

29. ท่านมีปัญหาการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 1. มี ระบุ **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ 1. ไม่มีค่าเดินทาง

☐ 2. ไม่มีใครพามา

☐ 3. เสียรายได้จากการประกอบอาชีพ

☐ 4. มีขั้นตอนในการใช้บริการมาก

☐ 5. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบริการไม่ดี

☐ 6. ระยะเวลารอคอยที่โรงพยาบาลนาน

☐ 7. อื่น ๆ ระบุ.....

30. ลักษณะความเจ็บป่วยหรือปัญหาด้านสุขภาพที่ทำให้ท่านมาโรงพยาบาล (ณ วันที่ตอบแบบสอบถาม)

☐ 1. ผู้ป่วยใหม่ / โรคทั่วไป

☐ 2. แพทย์นัด / โรคเรื้อรัง

☐ 3. อุบัติเหตุ / ฉุกเฉิน

☐ 4. อื่น ๆ ระบุ.....

2.2 ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่

31. ท่านพอใจกับความหลากหลายของการให้บริการในโรงพยาบาลนี้ข้อใดบ้าง **(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)**

☐ 1. คัดกรอง ตรวจประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

☐ 2. การรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพทั่วไป รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ

☐ 3. การเยี่ยมบ้าน การรักษาฟื้นฟูที่บ้านแก่ผู้สูงอายุ

☐ 4. การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แก่ครอบครัว, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

☐ 5. การให้คำปรึกษา การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ

32. ท่านคิดว่าการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลนี้มีอยู่เพียงพอหรือไม่

☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ

33. กรณีเกิดอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินท่านมาโรงพยาบาลนี้เป็นแห่งแรกใช่หรือไม่

☐ 1. ใช่

☐ 2. ไม่ใช่ เพราะ

- ☐ 2.1 มีโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้กว่า
- ☐ 2.2 มาโรงพยาบาลนี้แล้วอาจไม่พบแพทย์
- ☐ 2.3 มาโรงพยาบาลนี้แล้วอาจมีอุปกรณ์ไม่เพียงพอ
- ☐ 2.4 อื่น ๆ ระบุ.....

2.3 ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ

34. ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพิ่มเติมจากการใช้สิทธิที่มีอยู่แล้วในการรับบริการ (ครั้งสุดท้ายที่มารพ.)

จำนวน.....บาท

35. ท่านคิดว่าสามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพ**เพิ่มเติมจากสิทธิ**ที่มีอยู่ได้ประมาณเท่าไหร่

☐ 1. น้อยกว่า 500 บาทต่อครั้ง ☐ 2. 501-1,000 บาทต่อครั้ง

☐ 3. 1,001-1,500 บาทต่อครั้ง ☐ 4. 1,501-2,000 บาทต่อครั้ง

☐ 5. 2,001-2,500 บาทต่อครั้ง ☐ 6. มากกว่า 2,501 บาทต่อครั้ง

กิจกรรม	คะแนนความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
2.4 การยอมรับคุณภาพบริการ					
36. ท่านเชื่อมั่นว่ายาที่ท่านได้รับมีมาตรฐานและเหมือนกับโรงพยาบาลอื่น ๆ					
37. ท่านมีความเชื่อมั่นในความเชี่ยวชาญของแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ในการให้การรักษาท่าน					
38. ท่านมีความเชื่อมั่นในระบบบริการส่งต่อ/ดูแลต่อเนื่องในชุมชนของทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล					
39. ท่านมีความพึงพอใจต่อความรวดเร็วในการที่แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่มาดูเมื่อท่านมีปัญหา					
40. ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่เอาใจใส่เป็นกันเองด้วยความสุภาพยิ้มแย้มแจ่มใส					
41. ท่านมีความพึงพอใจที่เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำและให้บริการ					

กิจกรรม	คะแนนความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
42. ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล					
43. ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีช่องทางที่สามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงการบริการ					
44. ท่านมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวมทุกด้าน					
2.5 ความสะดวก/สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ 45. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะดวกของการติดต่อขอรับบริการของโรงพยาบาล					
46. ท่านมีความพึงพอใจต่อความสะดวกในระบบการค้นทะเบียนประวัติ การตรวจรักษาและให้บริการ รวมทั้งการประสานงานของเจ้าหน้าที่แต่ละแผนก					
47. ท่านมีความพึงพอใจในการจัดลำดับและการให้บริการเป็นไปตามขั้นตอน สะดวก รวดเร็ว และเหมาะสม					
48. ท่านมีความพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีในป้ายบอกจุดให้บริการอยู่ในจุดที่ชัดเจน					
49. ท่านมีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล เช่น ที่นั่งพักขณะรอรับการตรวจเพียงพอ ความสะอาดของห้องน้ำ ราวจับเหมาะสมและเพียงพอ					
50. ท่านมีความพึงพอใจต่อสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลในชุมชน ที่อยู่ในจุดที่เข้าถึงการบริการง่ายและสะดวก					

แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน
(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

1.1 วันนี้วันที่เท่าไร ..... ☐

1.2 วันนี้วันอะไร ..... ☐

1.3 เดือนนี้เดือนอะไร ..... ☐

1.4 ปีนี้ปีอะไร ..... ☐

1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร ..... ☐

2. Orientation for place (5 คะแนน) **(ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)**

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 <u>กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล</u>

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร <u>และ</u>.....ชื่อว่าอะไร ..... ☐

2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร ..... ☐

2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร ..... ☐

2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร ..... ☐

2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร ..... ☐

2.2 <u>กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ</u>

2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร <u>และ</u>บ้านเลขที่อะไร ..... ☐

2.2.2 ที่นี่หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร ..... ☐

2.2.3 ที่นี่อำเภอเขต / อะไร ..... ☐

2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร ..... ☐

2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร ..... ☐

3. **Registration** (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา , ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ(ตา, ยาย....) <u>พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ</u> แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันจะถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ..... ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ..... ☐

4. **Attention/Calculation** (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกที่ละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา" .... ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2,หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 "ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า <u>มะนาว</u> ให้คุณ (ตา, ยาย....) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย....) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา,ยาย....) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ .... ☐

ว า น ะ ม

5. **Recall** (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ..... ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ..... ☐

6. **Naming** (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ..... ☐

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ..... ☐

7. **Repetition** (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

"แล้วให้คุณ (ตา, ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว"

"ใครใคร่ขายไก่ไข่" ..... ☐

8. **Verbal command** (3 คะแนน)

"ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย....)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่....."(พื้น,โต๊ะ,เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยผับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง) ..... ☐

9. **Written command** (1 คะแนน)

ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา , ยาย....)

อ่านแล้วทำตาม (ตา , ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตาได้” ○ หลับตาได้..... □

10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้จะเป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง

หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

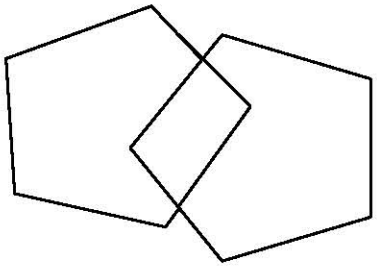
.....

○ ประโยคมีความหมาย □

11. **Visuoconstruction** (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ..... □

(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... .....

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุเรียนระดับประถมศึกษา	≤17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถม	≤22	30

หลับตา

คณะทีมงานวิจัยในพื้นที่

เขต 1 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1. แพทย์หญิงตรีธันว์ ศรีวิเชียร	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. นางสิริสิรี ลิ้มสันติธรรม	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3. นางภัชรี สงวนศักดิ์	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
4. นางวันทนา สุขสกุลพันธ์	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
5. นางดลฤดี หนูฉิม	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
6. นางขนิษฐา คงสมถวิล	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
7. นางจินต์จุฑา รอดพาล	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
8. นางสาวสุวราภรณ์ โพธิ์ร่มเย็น	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
9. นางกฤษณา ฤทธิศร	โรงพยาบาลเสนา
10. นางปิติมา ศิริวัฒนาสุนทร	โรงพยาบาลท่าเรือ
11. นางณัฏฐามณี กรรภิรมย์	โรงพยาบาลภาชี
12. นางเพ็ญลักขณา ขำเลิศ	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ
13. นางอมรรัตน์ เลขะพันธ์	โรงพยาบาลบางบาล
14. นางสุภาวดี อยู่วิเชียร	โรงพยาบาลวังน้อย
15. นางพรพรรณ บุญนุกูล	โรงพยาบาลบางปะหัน
16. นางลวินี โพธิ์อาศัย	โรงพยาบาลผักไห่
17. นางสุดา เจริญจันทร์	โรงพยาบาลบางไทร
18. นางจรูญศรี	โรงพยาบาลลาดบัวหลวง
19. นางสาวรัตนา ทองนพ	โรงพยาบาลบางปะอิน
20. นางอุษา ทัศนวิน	โรงพยาบาลวังน้อย

เขต 2 อ่างทอง

นางเกศสินี ดีไพรัฐนันท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
นายสมยส แสงหิ่งห้อย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

เขต 3 นครนายก

1. นางลัดดา อ่วมศิริ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
2. นางมาลี เดชธิติ	รพ.นครนายก

เขต 4 กาญจนบุรี

นางสาวพัชรินทร์ สมบูรณ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

เขต 5 สมุทรสงคราม

1. นางจันทร์พร บุญประเสริฐ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทราสงคราม
2. นางวันดี นุชประเสริฐ	โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
3. นางสาวสุมานี ศรีกำเหนิด	โรงพยาบาลนภาลัย
4. นางอุดมศรี ประพงศ์ทัพย์	โรงพยาบาลอัมพวา

เขต 6 นครศรีธรรมราช

1. นางสาวอรนุช เวชรังษี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. นางเฉลิมพร วีระพัฒนานนท์	โรงพยาบาลเชียรใหญ่
3. นางรัตนา ศักรางกูล	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เขต 7 กระบี่

นางอนงค์ ภูมชาติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

เขต 8 สงขลา

1. นางศิริพร สุขมี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
2. นางปรียา มะลิวัลย์	โรงพยาบาลหาดใหญ่

เขต 9 ระยอง

นางธนนันท ทองธรรมชาติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

เขต 10 อุดรธานี

1. นางสุริภรณ์ สิริยง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
2. นางอรวรรณ ศรีรัตนาม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
3. นางมลฑา ทายิดา	โรงพยาบาลน้ำฝน
4. นพ.พนัส วงษ์เกลียวเรียบ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี
5. นางนภาพร กันธิยะ	โรงพยาบาลกุมภวาปี

เขต 11 มุกดาหาร

นางสาวเดือนเด่น จันทรโคตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

เขต 12 ขอนแก่น

นางวีระวรรณ เหล่าวิทวัส	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

เขต 13 ศรีสะเกษ

1. นางสรัณรัตน์ ลีนะกุลสิทธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. นางกิ่งกาญจน์ บุญมา	โรงพยาบาลศรีสะเกษ

เขต 14 สุรินทร์

นางสาวรักษ์ติยา สุขยานุดิษฐ	โรงพยาบาลสุรินทร์

เขต 15 ลำปาง

นางสุจิตรา อาจิริยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

เขต 16 เชียงราย

นายณัฏฐ์ชยันต์ บุญล้วน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

เขต 17 พิษณุโลก

1. นพ.บุญเติม ตันสุรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
2. นางอธิกานต์ ภานุมาศเมธี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

เขต 18 จังหวัดนครสวรรค์

1. นพ.อภิชาต วิสิทธิ์วงษ์	รพ.สวรรค์ประชารักษ์
2. นางทัศนีย์ ทับทิมไทย	รพ.สวรรค์ประชารักษ์
3. นางไอลดา มาเม่น	รพ.สวรรค์ประชารักษ์
4. นางวิจิตรัตน์ พรหมเจริญ	สสอ.เมืองนครสวรรค์
5. นางจุไรรัตน์ สุขสุ่ม	สสอ.เมืองนครสวรรค์
6. นางอรุณี ธีระมงคล	รพ.โกรกพระ
7. นายทวีศิลป์ ชัยกิจ	สสอ.โกรกพระ
8. นายณรงค์ ตั้งศิริชัย	สสอ.โกรกพระ
9. นางมาลี วัฒนวิกย์กรม	รพ.เก้าเลี้ยว
10. นางนภาพร แข็งขัน	รพ.เก้าเลี้ยว
11. นางละย้า ศรีทรัพย์	สสอ.เก้าเลี้ยว
12. นางดวงกมล สบายแท้	สสอ.เก้าเลี้ยว
13. นางราตรี ยังดำรงค์	รพ.ตาคลี
14. นางพรเพ็ญ ยามประโคน	รพ.ตาคลี
15. นางราตรี นิลวัชราภรณ์	รพ.ตาคลี
16. นางศุวรีภรณ์ ดีพุ่ม	สสอ.ตาคลี
17. นางสุวรรณ์ ทาหน่อ	รพ.ตากฟ้า
18. นางคณิตกุล สุขเปรม	รพ.ตากฟ้า
19. นางสาวอริษา ปฏิสนธ์	สสอ.ตากฟ้า
20. นางสาวชุติมา เย็นสำราญ	สสอ.ตากฟ้า
21. นางวรรณลักษณ์ สุขประดิษฐ์อารมณ์	รพ.ท่าตะโก
22. นางสาวจุฬารัตน์ เหี่ยวเกิด	รพ.ท่าตะโก
23. นางสาวกฤติยา พุ่มเปี่ยม	สสอ.ท่าตะโก
24. นางศิริพรรณ คงวิริยะกิจ	รพ.ไพศาลี
25. นางเอณาพร แย้มชุติ	รพ.ไพศาลี

26. นางประโยชน์ อินชู	สสอ.ไพศาลี
27. นางสาวอาภาพร รัชตวัฒน์	สสอ.ไพศาลี
28. นางปาริชาติ เลี้ยงประยูร	รพ.บรรพตพิสัย
29. นางอลิษา พันธุมิตร	รพ.บรรพตพิสัย
30. นายสำเนา มีสวาท	สสอ.บรรพตพิสัย
31. นายวีระ น้อยพินิจ	สสอ.บรรพตพิสัย
32. นางวรนุช ผลเจริญ	รพ.ชุมแสง
33. นางอังสนา ยืนยงค์	รพ.ชุมแสง
34. นางจันทร์เพ็ญ เถียรอ่ำ	สสอ.ชุมแสง
35. นางณัฏฐ์ชญาดา พงศิริวัฒนคุณ	รพ.ชุมแสง
36. นางชุมสุข ขุนภักดี	รพ.หนองบัว
37. นางนงภากรณ์ ดำชม	รพ.หนองบัว
38. นายสุชาติ แหวนแก้ว	สสอ.หนองบัว
39. นางอิศรานุวัฒน์ คงเถื่อน	สสอ.หนองบัว
40. นายนิรุต คำศิลา	สสอ.หนองบัว
41. นางวิลิดา คงพลูศิลป์	รพ.พยุหะคีรี
42. นางจีรนุช ติวุตานนท์	รพ.พยุหะคีรี
43. นางณิชากร รัตนวรากร	สสอ.พยุหะคีรี
44. นางอัจรา สุหิรัญ	สสอ.พยุหะคีรี
45. นางสาวฐิติมา เก่งธัญกิจ	รพ.ลาดยาว
46. นายโกญจนาท เข็มโคกกรวด	สสอ.ลาดยาว
47. นายมานพ เหล่าพวงศักดิ์	สสอ.ลาดยาว
48. นางสาวสงกรานต์ คุ้มนุ่ม	รพ.แม่วงค์
49. นางสาวนิศาชล อินทรโชติ	รพ.แม่วงค์
50. นางสาวธิดารัตน์ วงศ์ชัย	สสอ.แม่วงค์
51. นางสาวกำไล เครือแสง	สสอ.แม่วงค์
52. นางดาวรุ่ง ดงกระโทรก	สสอ.ชุมตาบง
53. นางสาวศิวพระ แสนศิริ	สสอ.ชุมตาบง
54. นางมลิวัลย์ปานอินทร์	สสอ.แม่เปิน
55. นางสาวใกล้รุ่ง สิงห์พรหม	รพ.สต.บ้านโครกเจริญ