

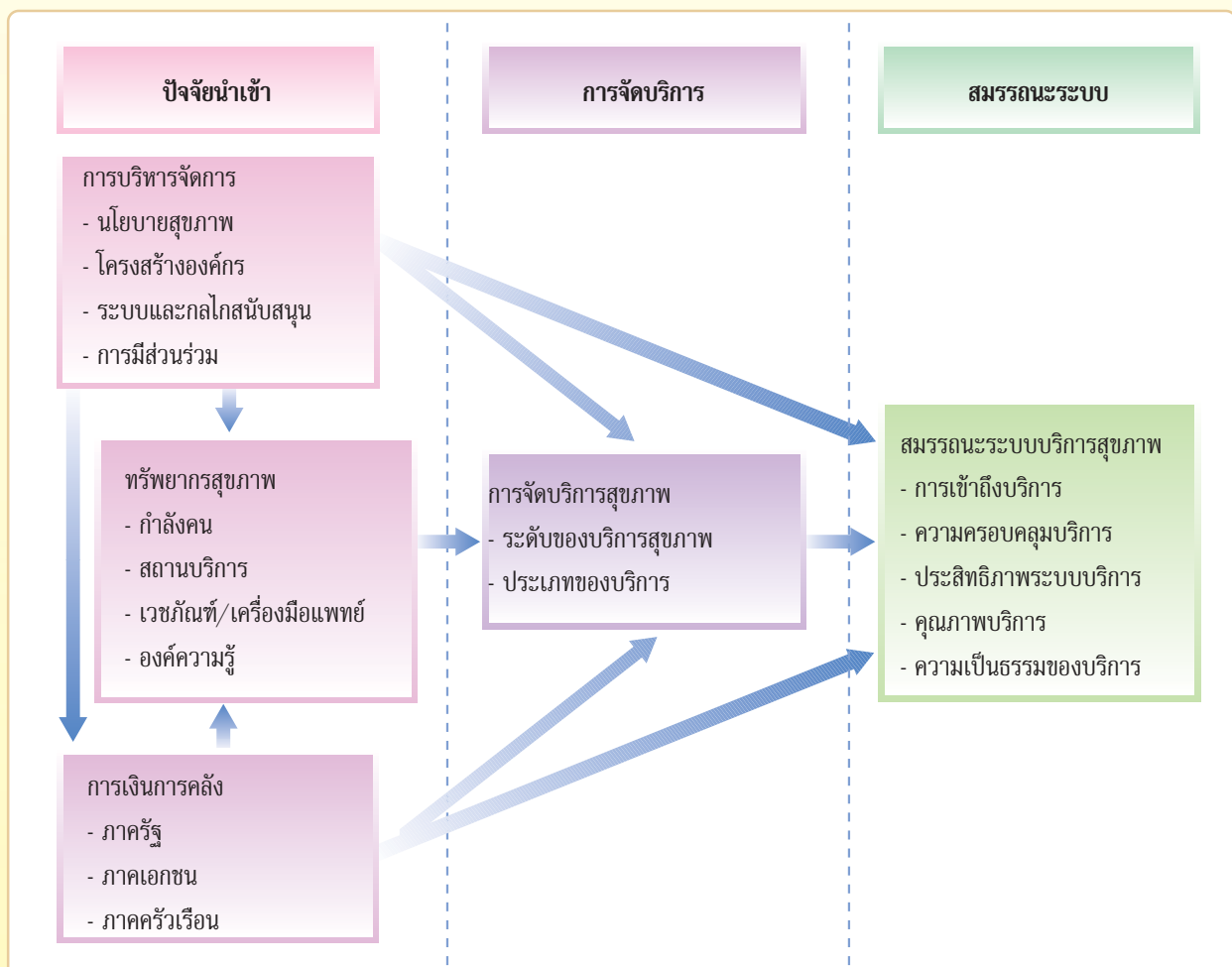


บทที่ 6

ระบบบริการสุขภาพไทย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีพัฒนาการเรื่อยมาในด้านการเพิ่มศักยภาพของการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของทรัพยากรสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข การขยายสถานบริการด้านสุขภาพ เทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ และงบประมาณหรือแหล่งการเงินด้านสุขภาพ โดยองค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้าของระบบบริการสุขภาพ 2) การจัดการบริการสุขภาพ และ 3) สมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลผลิตของระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย กลไกบริหารจัดการ ทรัพยากรสุขภาพ และการเงินการคลังสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการจัดการบริการสุขภาพ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ สมรรถนะระบบบริการสุขภาพ จะหมายถึง การเข้าถึงบริการ ความครอบคลุม คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ (ภาพที่ 6.1)

ภาพที่ 6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า การจัดการบริการ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ





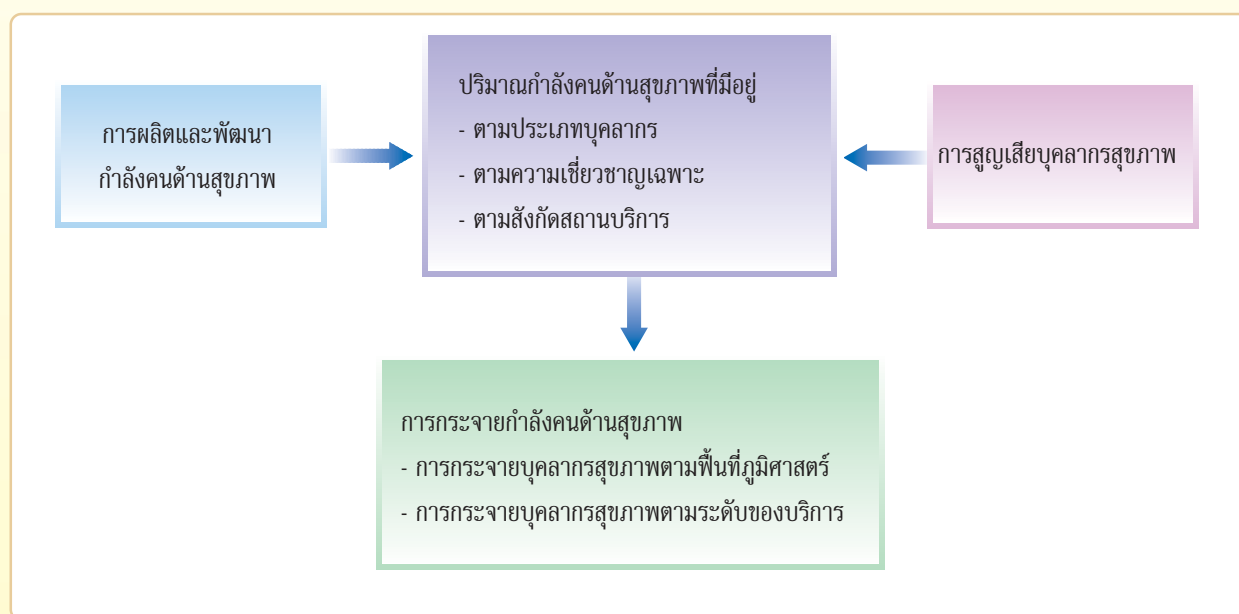
ในบทที่ 6 นี้ จะนำเสนอข้อมูลในส่วนของทรัพยากรสุขภาพ การเงินการคลังสุขภาพ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย 1) กำลังคนด้านสุขภาพ 2) สถานบริการสุขภาพ 3) เทคโนโลยีทางสุขภาพ 4) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 6) ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการสุขภาพ 7) ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ นับว่าเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพ ที่ผ่านมามีการผลิตบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนของบุคลากรสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีการกระจายไปยังสถานบริการระดับต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ดี ประเด็นเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงประสบปัญหาบางประการ โดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากร เมื่อเทียบกับมาตรฐานที่ควรจะเป็น ปัญหาการกระจายบุคลากรไปยังพื้นที่ต่างๆ ที่ทั่วถึง รวมทั้งปัญหาคุณภาพของบุคลากร ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับการะงานของบุคลากร

ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านกำลังคน จะประกอบไปด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ปริมาณบุคลากรที่มีอยู่ สถานการณ์การผลิต สถานการณ์การสูญเสีย และสถานการณ์การกระจายบุคลากร โดยองค์ประกอบสำคัญในการวิเคราะห์สถานการณ์บุคลากรสุขภาพ ดังในภาพที่ 6.2

ภาพที่ 6.2 องค์ประกอบของการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ



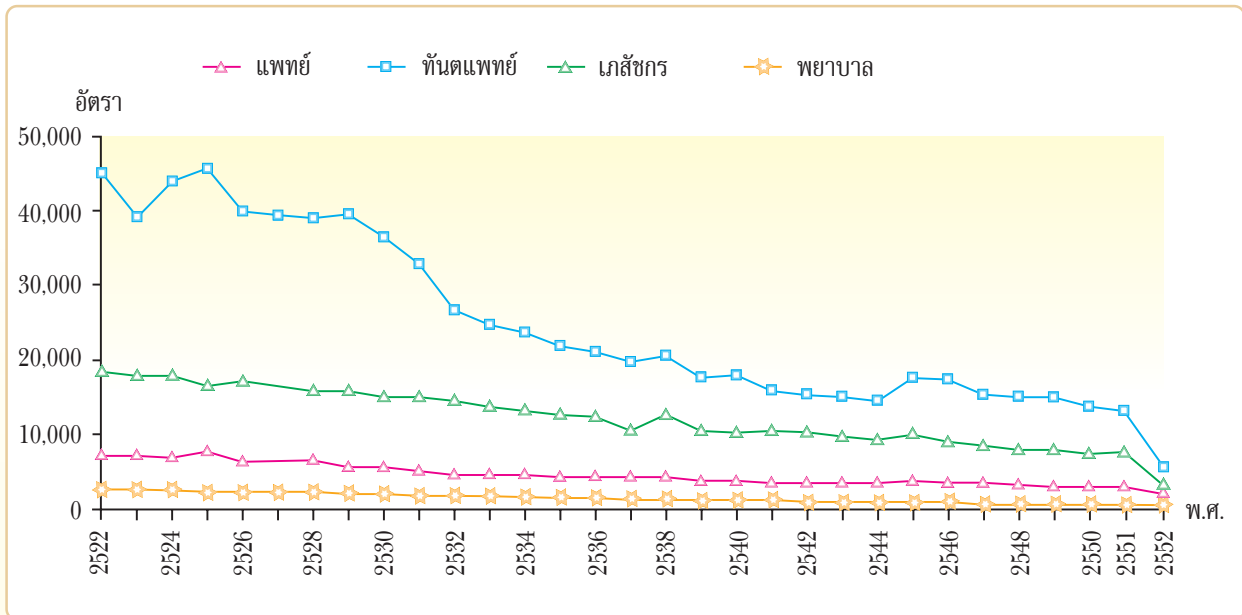
1.1 สถานการณ์และแนวโน้มปริมาณกำลังคนด้านสุขภาพ

1.1.1 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากร

หากพิจารณาสถานการณ์โดยรวมของกำลังคนด้านสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยใช้อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคน จะเห็นว่าปริมาณกำลังคนมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 6.3)



ภาพที่ 6.3 อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552



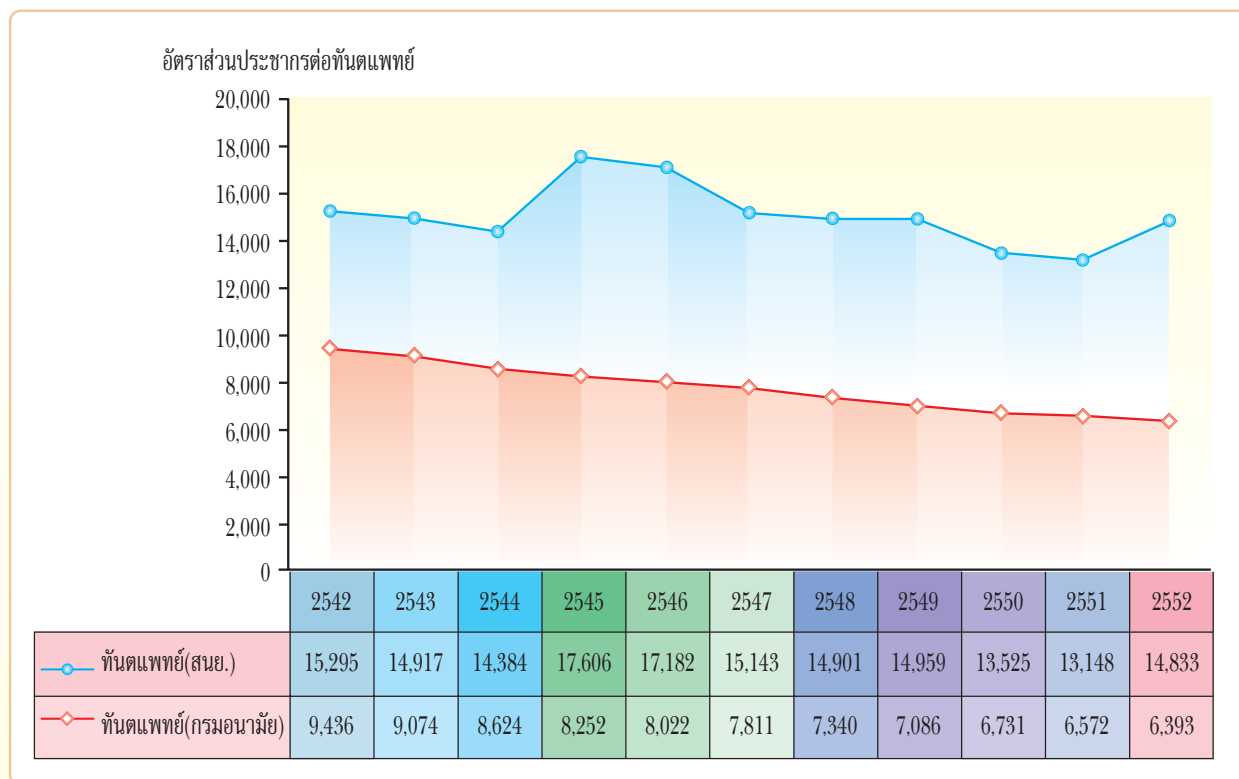
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 คัดแปลงจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุขมาคิดอัตราส่วนใหม่อันเนื่องจากความไม่ครอบคลุมและครบถ้วนของรายงาน

ข้อมูลจากการสำรวจทรัพยากรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มีความคลาดเคลื่อนสูง เนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะข้อมูลทันตแพทย์ ซึ่งจากข้อมูลของรายงานบุคลากรทันตสาธารณสุขของกรมอนามัย กลับพบว่าอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำรวจต่ำกว่าของกรมอนามัยถึง 1.6 - 2.3 เท่า (ภาพที่ 6.4)



ภาพที่ 6.4 อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552 (จาก 2 แหล่งข้อมูล)



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
รายงานบุคคลด้านทันตสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552, กรมอนามัย

1.1.2 กำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด

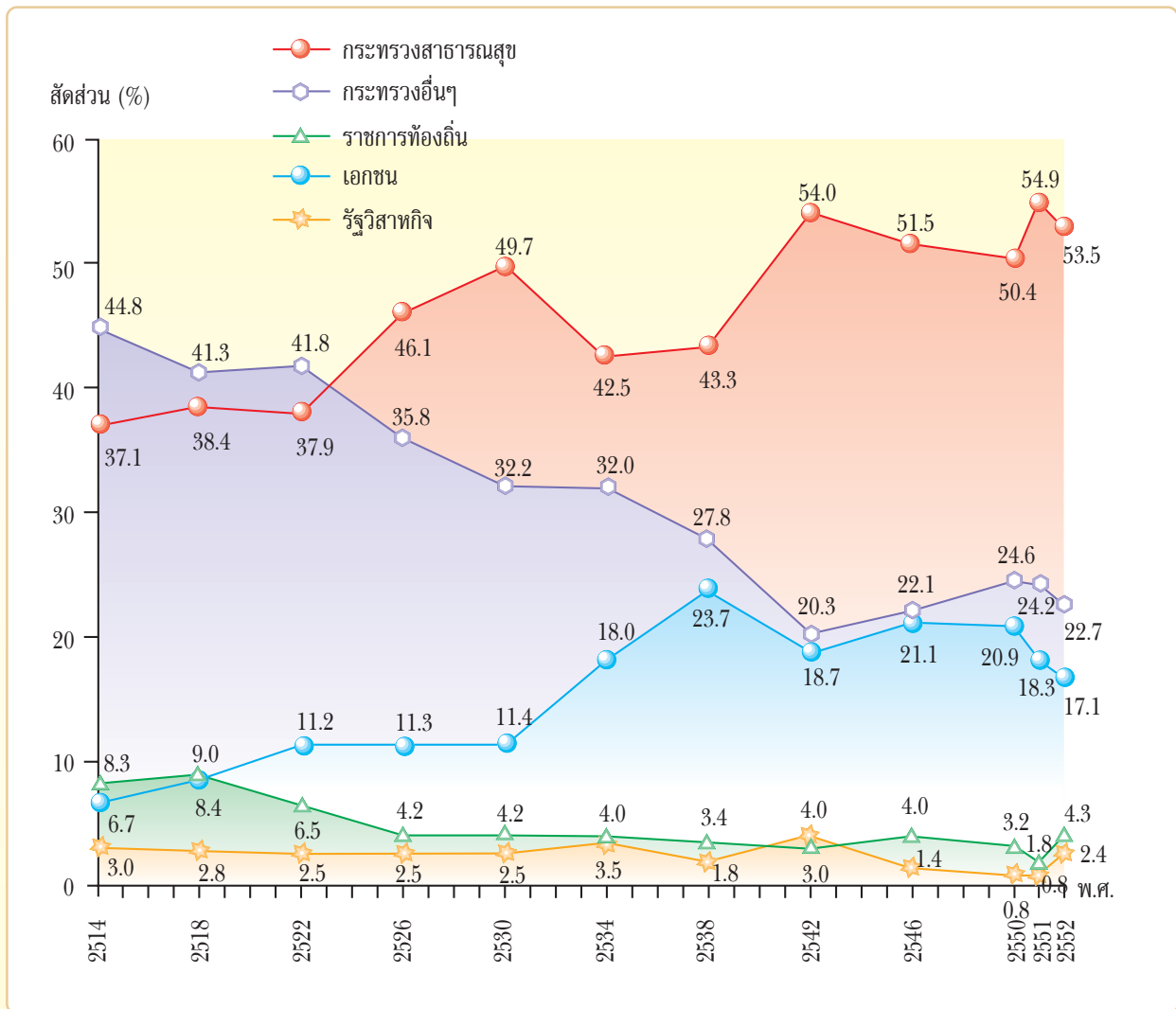
1) แพทย์

พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีแพทย์ที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศทั้งหมด 35,789 คน (แพทย์สภา, 2553) แต่จากการสำรวจของรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2522 พบว่า มีเพียง 19,089 คน ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจใน พ.ศ. 2551 ร้อยละ 13 อันเนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน ดังนั้น ใน พ.ศ. 2552 จึงใช้ตัวเลขจำนวนแพทย์จากแพทยสภามาคิดเป็นสัดส่วนของแพทย์ จำแนกตามสังกัดและจำแนกตามภาคใหม่ ดังภาพที่ 6.5 และ 6.21 ซึ่งพบว่า แพทย์สังกัดภาครัฐมีสัดส่วนลดลงและภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น กล่าวคือ สัดส่วนแพทย์ภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐวิสาหกิจ และราชการท้องถิ่น) มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 93.2 ใน พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 82.9 ใน พ.ศ. 2552 ขณะที่ภาคเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.5)

แพทย์ส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดกระทรวงอื่นๆ รองลงมาคือ ภาคเอกชน ในขณะที่ภาคอื่น ๆ แพทย์ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.6) ลักษณะนี้จะเป็นเหมือนกันทุกวิชาชีพ



ภาพที่ 6.5 สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนแพทย์ตามสังกัดใหม่โดยคิดจาก

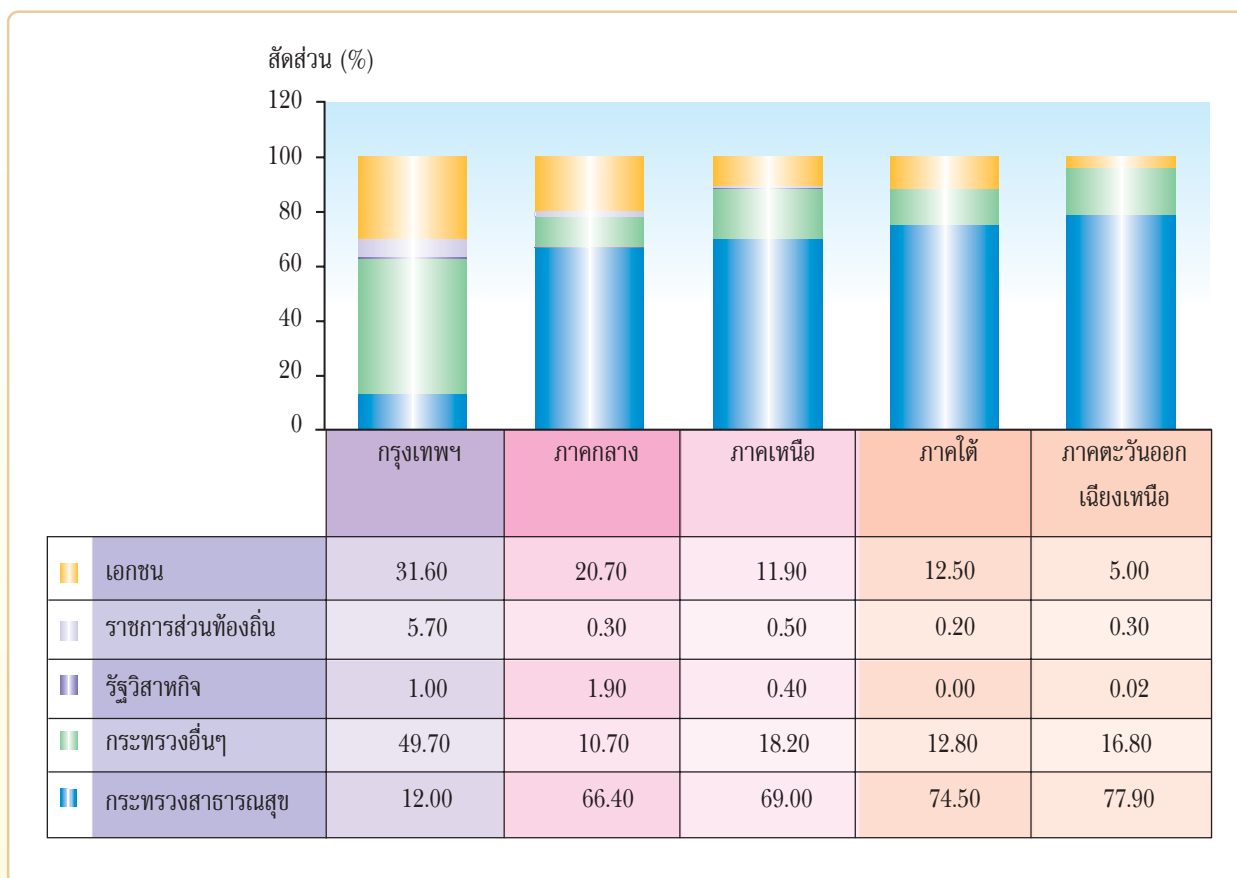
สัดส่วนของแพทย์ในแต่ละสังกัดจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 × จำนวนแพทย์ทั้งหมดที่มี

100

ชีวิตและอยู่ในประเทศ



ภาพที่ 6.6 สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

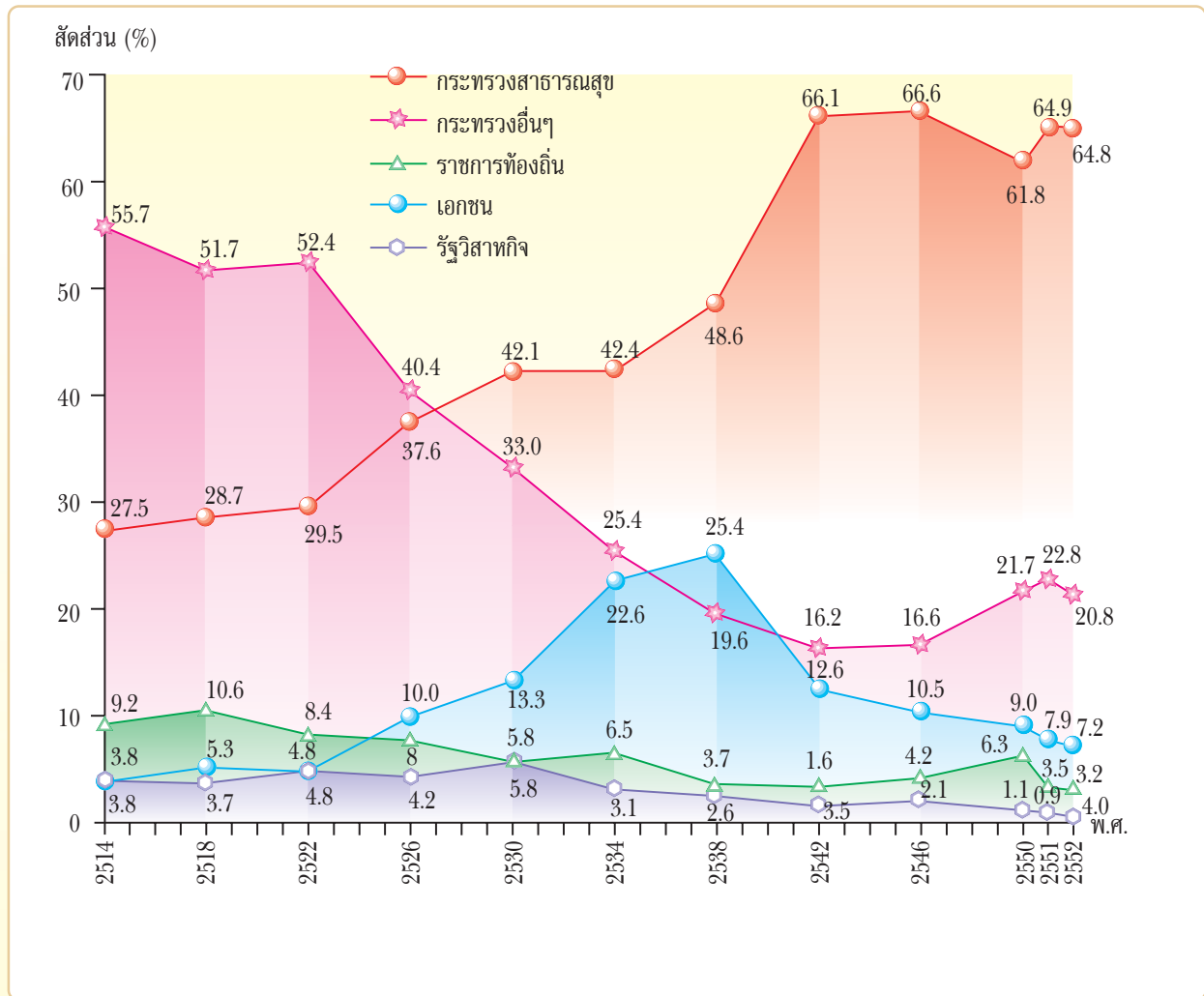
2) ท้นตแพทย

พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีท้นตแพทยที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศทั้งหมด 10,571 คน (ท้นตแพทยสภา, 2553) แต่จากการสำรวจของรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 พบว่า มี 4,278 คน ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจใน พ.ศ. 2551 ร้อยละ 11 อันเนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน ดังนั้น ใน พ.ศ. 2552 จึงใช้ตัวเลขจำนวนท้นตแพทยจากท้นตแพทยสภามาคิดเป็นสัดส่วนของท้นตแพทย จำแนกตามสังกัดและจำแนกภาคใหม่ ดังภาพที่ 6.7 และภาพที่ 6.22 ซึ่งพบว่า ท้นตแพทยภาครัฐมีสัดส่วนลดลงและภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น กล่าวคือ สัดส่วนท้นตแพทยภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ รัฐวิสาหกิจ และราชการท้องถิ่น) มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 96.2 ใน พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 92.8 ใน พ.ศ. 2552 ขณะที่ภาคเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 7.2 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.7)

สำหรับท้นตแพทยส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดกระทรวงอื่นๆ รองลงมาคือราชการส่วนท้องถิ่นหรือ กทม. และภาคเอกชน ในขณะที่ภาคอื่นๆ ท้นตแพทยส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.8)



ภาพที่ 6.7 สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัดใหม่โดยคิดจาก

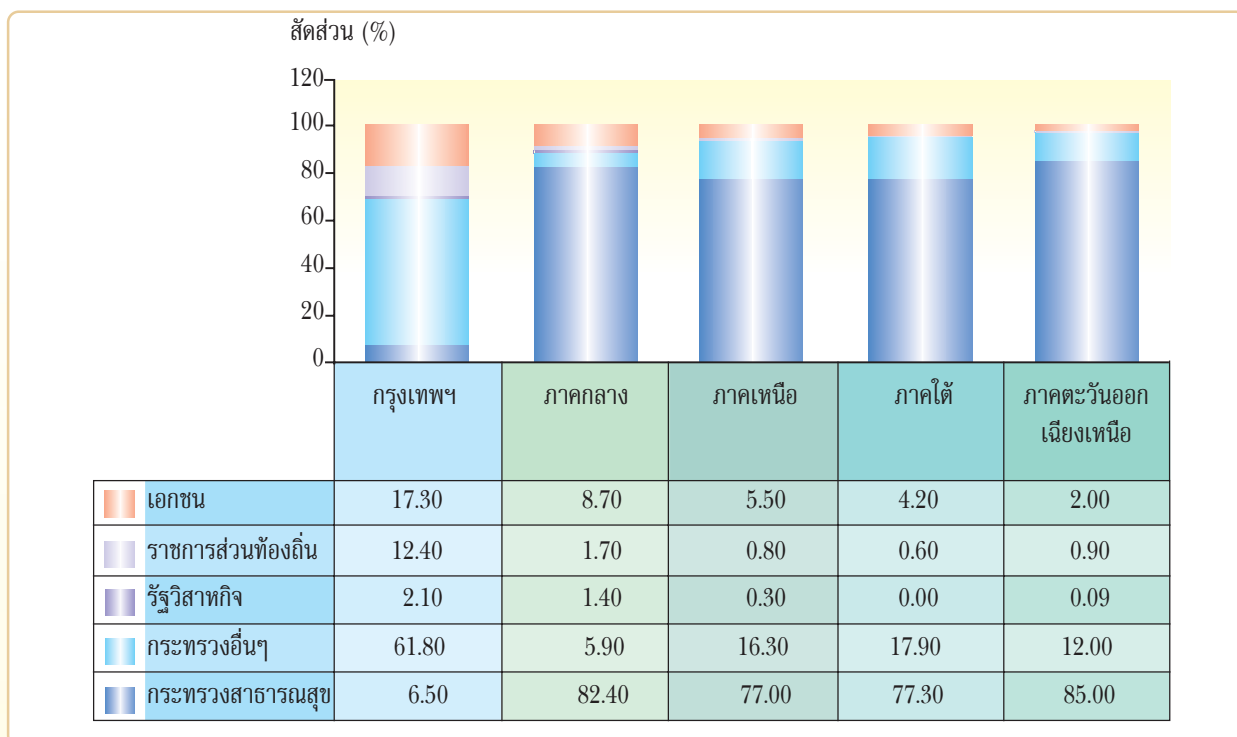
สัดส่วนของทันตแพทย์ในแต่ละสังกัดจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 × จำนวนทันตแพทย์ทั้งหมดที่มี

100

ชีวิตและอยู่ในประเทศ



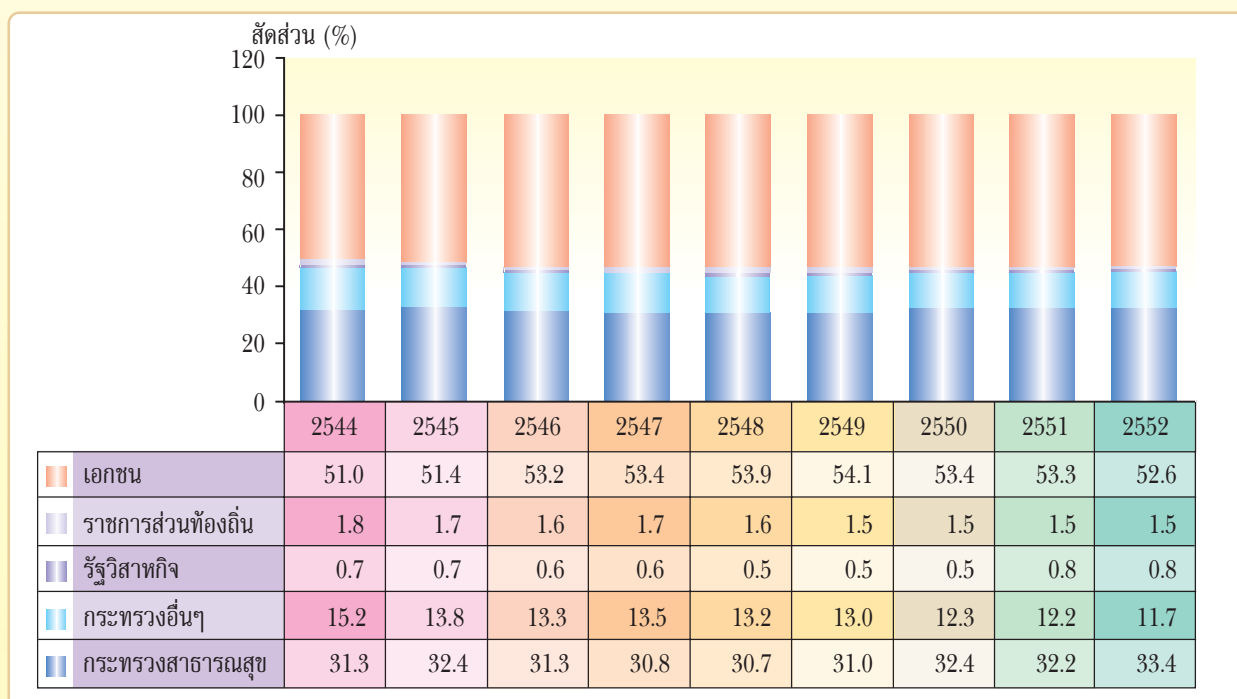
ภาพที่ 6.8 สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

อย่างไรก็ดี หากใช้แหล่งข้อมูล จากข้อมูลรายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขของกรมอนามัยซึ่งสำรวจได้ครอบคลุมร้อยละ 93 เมื่อเทียบกับจำนวนทันตแพทย์ทั้งหมดที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศและมากกว่ารายงานทรัพยากรสาธารณสุขถึง 1.6-2.3 เท่า จะพบว่าสัดส่วนของทันตแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน ในขณะที่ทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 30 โดยสัดส่วนของทันตแพทย์ตามสังกัด มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก (ภาพที่ 6.9)

ภาพที่ 6.9 สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 (ใช้ข้อมูลของกรมอนามัย)



ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2544 - 2552, กรมอนามัย

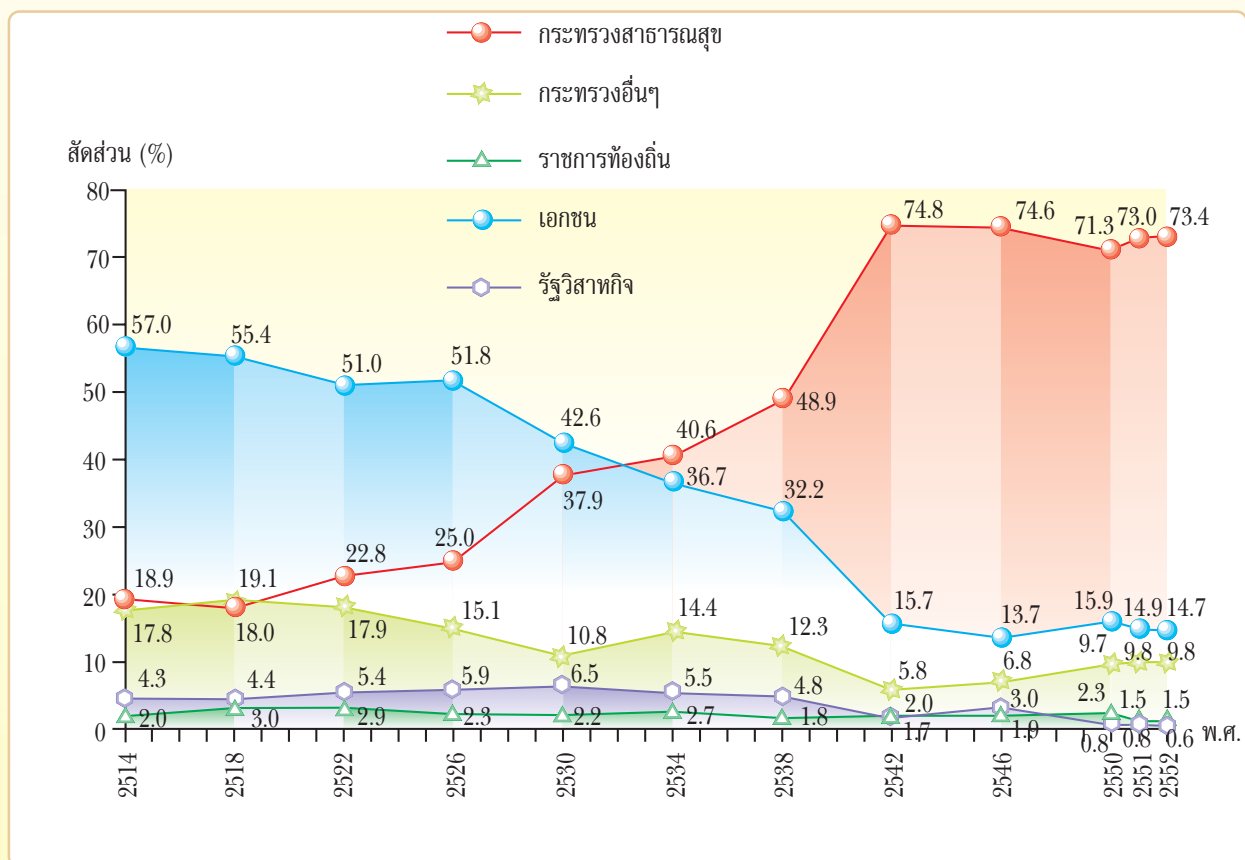


3) เกษีกร

พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีเกษีกรที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศทั้งหมด 24,401 คน (สภาเกษีกรรรม, 2553) แต่จากการสำรวจของรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 พบว่า มี 7,689 คน ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจใน พ.ศ. 2551 ประมาณร้อยละ 10 อันเนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน ดังนั้น ใน พ.ศ. 2552 จึงใช้ตัวเลขจำนวนเกษีกรจากสภาเกษีกรรรมมาคิดเป็นสัดส่วนของเกษีกร จำแนกตามสังกัดและจำแนกภาคใหม่ ดังภาพที่ 6.10 และภาพที่ 6.24 ซึ่งพบว่า ใน พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2528 เกษีกรครึ่งหนึ่ง (ประมาณ 50%) ปฏิบัติงานในภาคเอกชน โดยทำงานประจำโรงงานผลิตยา บริษัทนำเข้าและร้านขายยา ขณะที่ภาครัฐมีเกษีกรปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 43.0 - 50.9 เท่านั้น แต่เมื่อรัฐได้มีนโยบายให้มีการปฏิบัติงานชุดเงินทุนของนักศึกษาเกษีกร ใน พ.ศ. 2527 และ พ.ศ. 2549 ทำให้เกษีกรที่ปฏิบัติงานในภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเป็นร้อยละ 73.4 ใน พ.ศ. 2552 ขณะที่ภาคเอกชนมีเกษีกรปฏิบัติงาน ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.10)

เกษีกรส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดเอกชนซึ่งใกล้เคียงกับกระทรวงอื่นๆ ในขณะที่ภาคอื่น ๆ เกษีกรส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.11)

ภาพที่ 6.10 สัดส่วนเกษีกรตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนเกษีกรตามสังกัดใหม่โดยคิดจาก

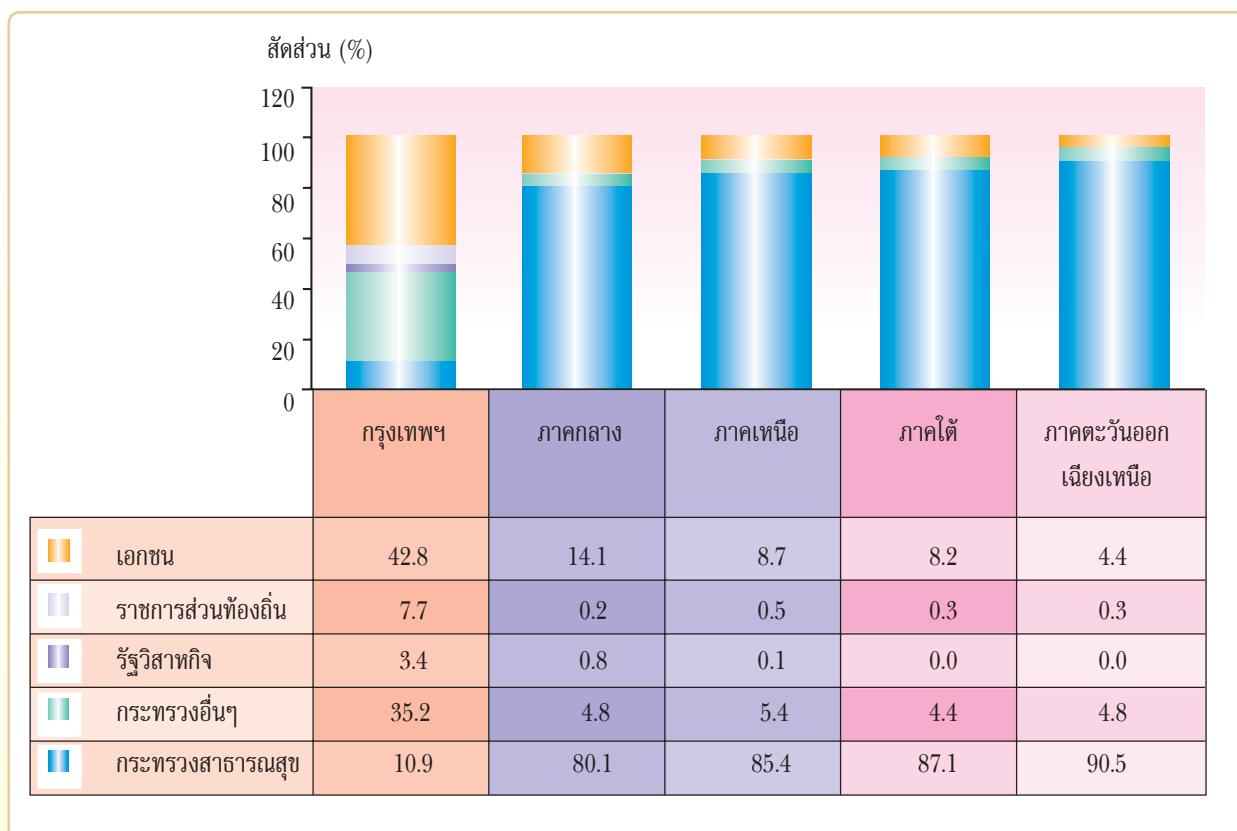
สัดส่วนของเกษีกรในแต่ละสังกัดจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 × จำนวนเกษีกรทั้งหมดที่มี

100

ชีวิตและอยู่ในประเทศ



ภาพที่ 6.11 สัดส่วนเภสัชกรตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

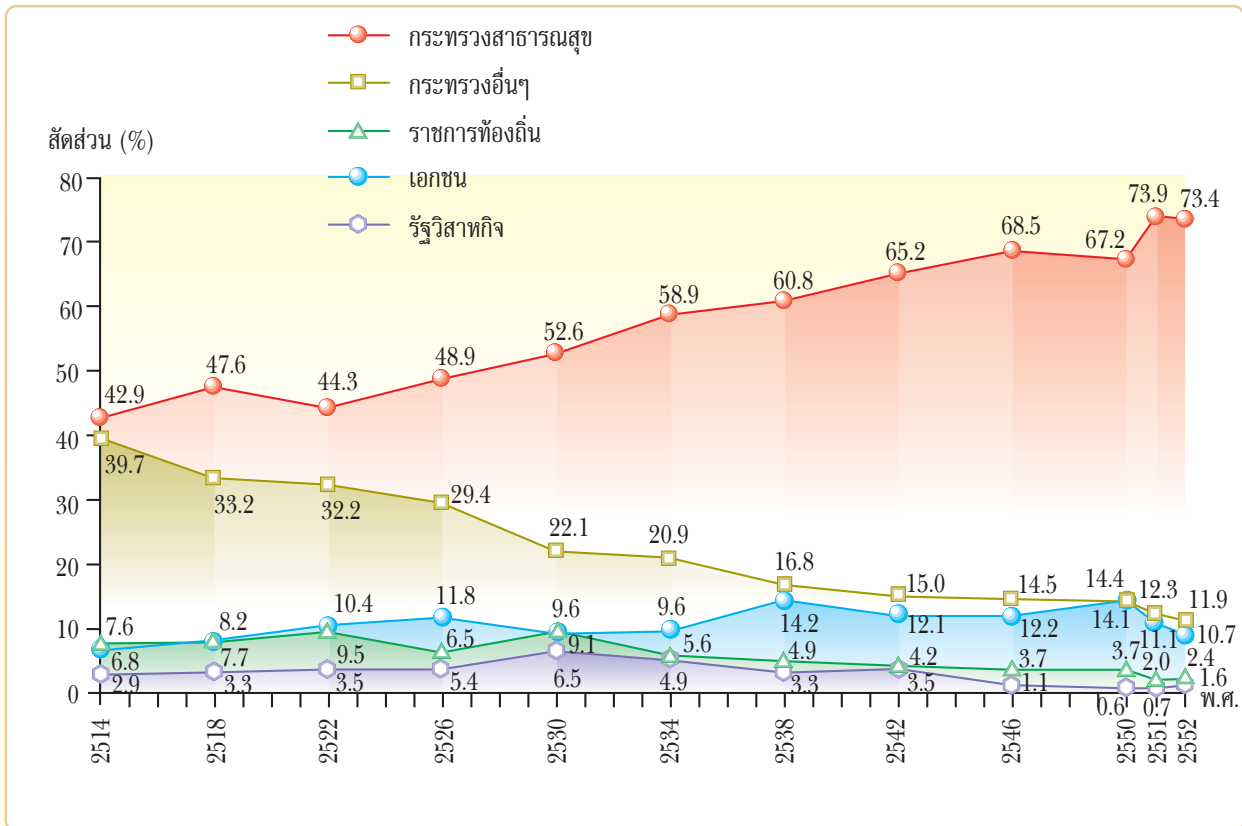
4) พยาบาลวิชาชีพ

พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริงและอยู่ในประเทศทั้งหมด 120,948 คน (สภากาพยาบาล, 2553) แต่จากการสำรวจของรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 พบว่า มี 101,760 คน ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจใน พ.ศ. 2551 ร้อยละ 7 อันเนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน ดังนั้น ใน พ.ศ. 2552 จึงใช้ตัวเลขจำนวนพยาบาลวิชาชีพจากสภาการพยาบาลมาคิดเป็นสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามสังกัดและจำแนกตามภาคใหม่ ดังภาพที่ 6.12 และภาพที่ 6.25 ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพสังกัดภาครัฐมีสัดส่วนลดลงและภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น กล่าวคือ สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐวิสาหกิจ และราชการท้องถิ่น) มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 93.1 ใน พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 89.3 ใน พ.ศ. 2552 ขณะที่ภาคเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 10.7 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.12)

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดกระทรวงอื่น ๆ ในขณะที่ภาคอื่นๆ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.13)



ภาพที่ 6.12 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัดใหม่โดยคิดจาก

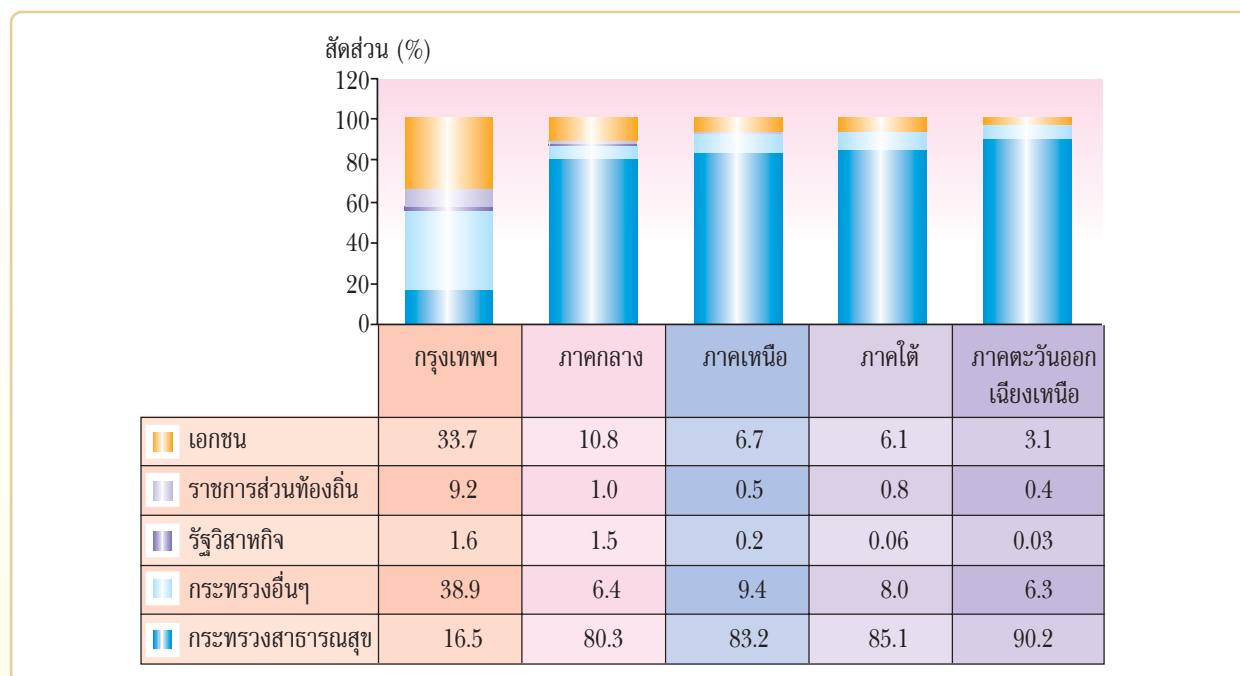
สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละสังกัดจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 × จำนวนพยาบาลวิชาชีพ

100

ที่ปฏิบัติงานจริงใน
ประเทศทั้งหมด



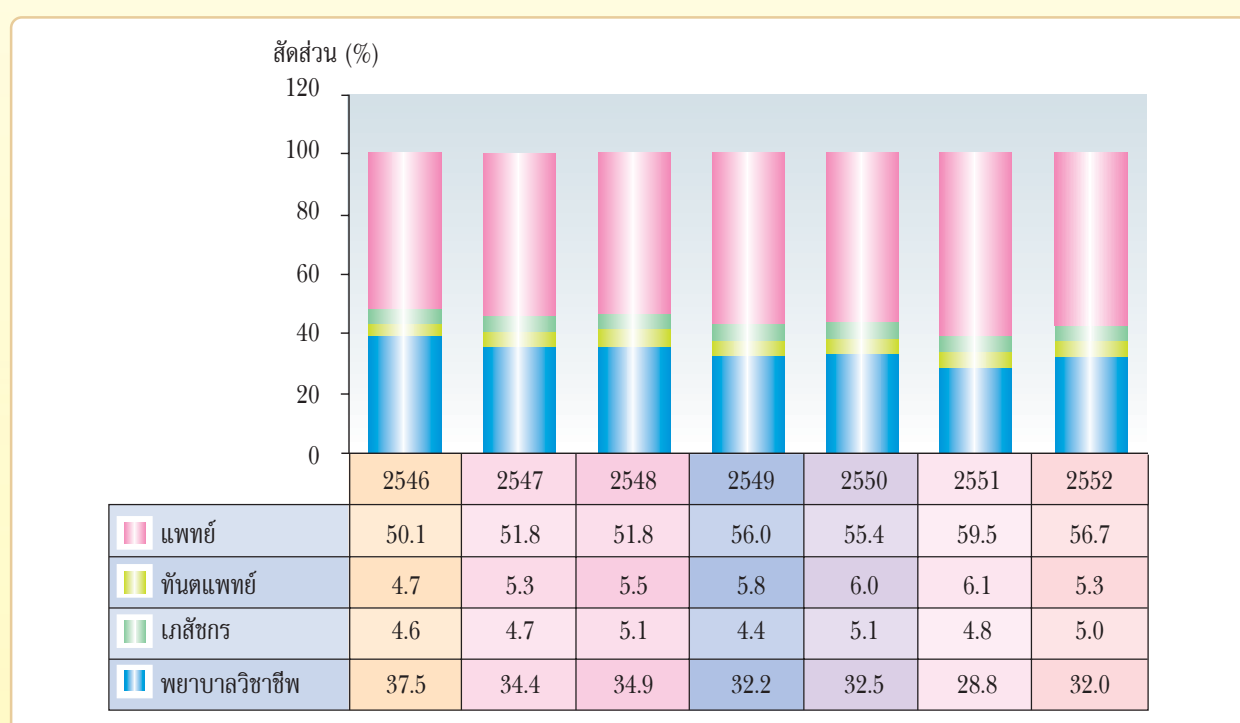
ภาพที่ 6.13 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

อีกประเด็นที่มีความสำคัญในด้านการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ก็คือลักษณะของการปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนของบุคลากรสุขภาพ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนส่วนใหญ่ เป็นแพทย์ (ร้อยละ 50-60) ของผู้ที่ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาภาคเอกชนทั้งหมด รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 28-38) โดยแพทย์มีแนวโน้มการปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 6.14)

ภาพที่ 6.14 สัดส่วนบุคลากรที่ทำงาน ไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552



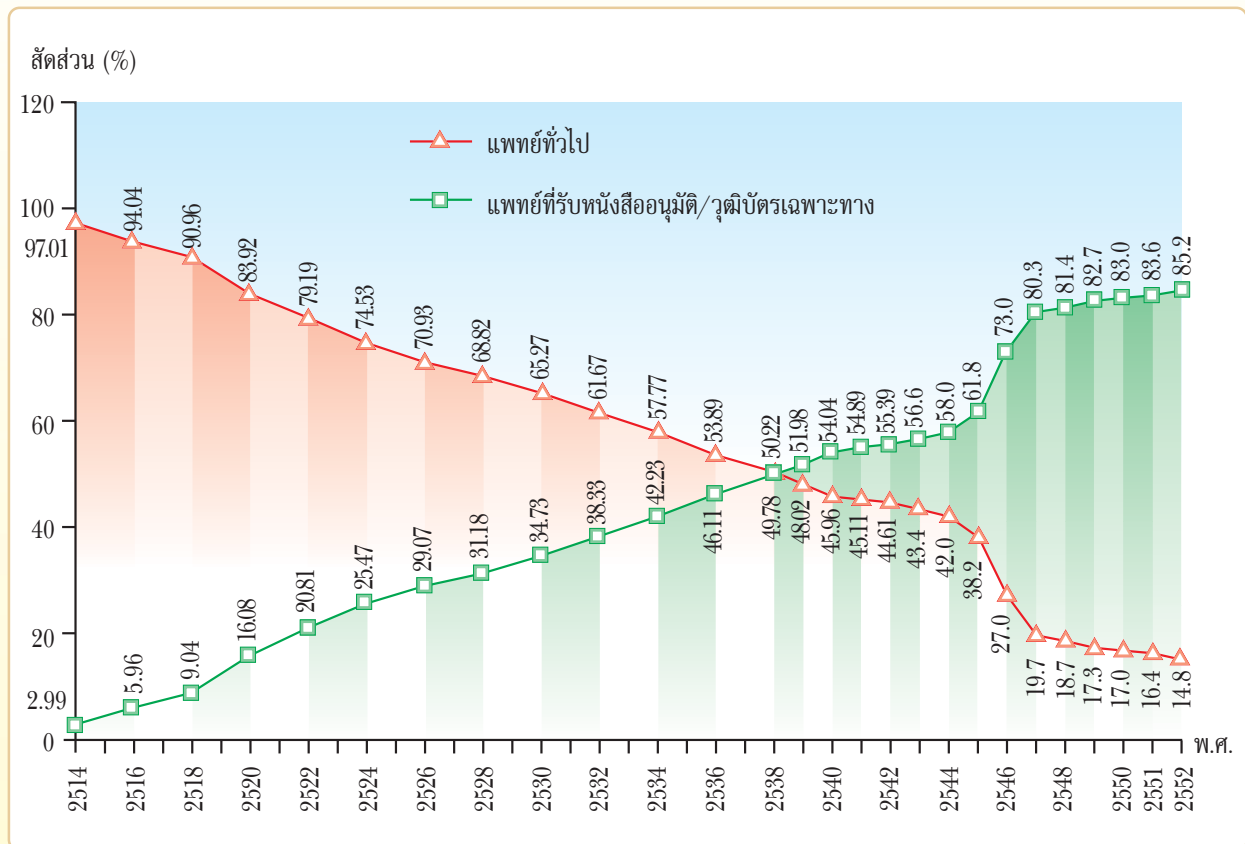
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์



1.1.3 ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของบุคลากร

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของบุคลากร สะท้อนให้เห็นทิศทางของบุคลากรสุขภาพที่กำลังก้าวไปสู่ความเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่าการบริการแบบผสมผสาน โดยแพทย์ในประเทศไทย มีแนวโน้มที่จะเข้ารับการอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยใน พ.ศ. 2552 มีแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 85.2 ของแพทย์ทั้งหมด (ภาพที่ 6.15)

ภาพที่ 6.15 สัดส่วนแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552

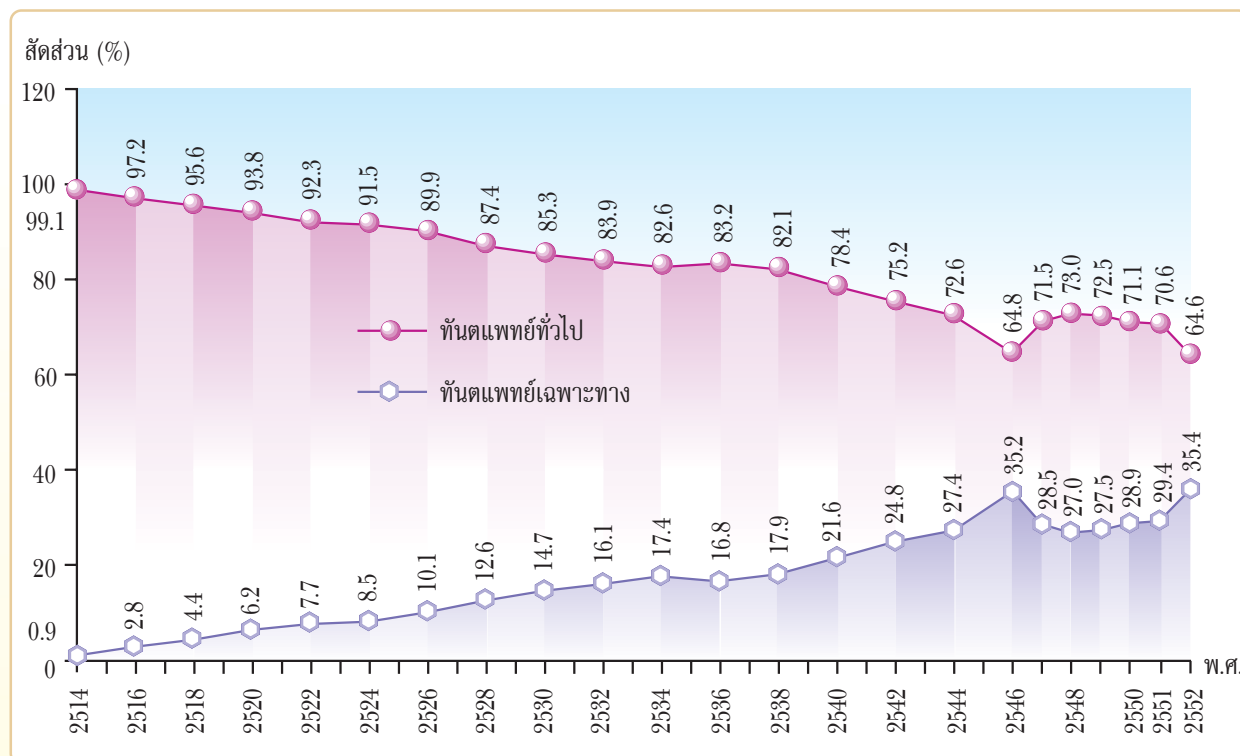


ที่มา: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา

เช่นเดียวกันกับทันตแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการอบรมเป็นทันตแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงขึ้นใน พ.ศ. 2546 แล้วกลับลดลงมาอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่ ใน พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2551 และเพิ่มสูงขึ้นใน พ.ศ. 2552 มีทันตแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 35.4 ของทันตแพทย์ทั้งหมด (ภาพที่ 6.16)



ภาพที่ 6.16 สัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552



ที่มา: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

1.2 สถานการณ์การผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

1.2.1 การผลิตแพทย์

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถาบันที่ผลิตแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งสิ้น 18 แห่ง แบ่งเป็น สถาบันการศึกษาของรัฐ 17 แห่ง และเอกชน 1 แห่ง โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นไป มีสถาบันการศึกษาของรัฐอีก 1 แห่ง จะเริ่มผลิตแพทย์ อันได้แก่ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

นอกจากนี้ เพื่อให้มีการกระจายแพทย์ไปสู่ชนบทมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการใน 2 โครงการ ดังนี้

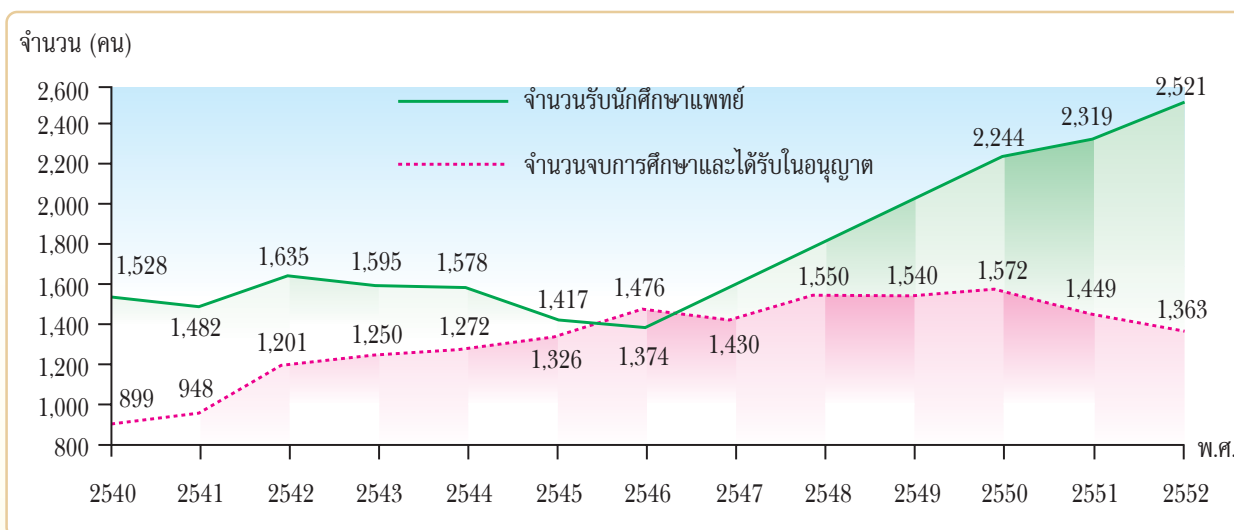
(1) โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท มีการรับนักศึกษาแพทย์ในระดับจังหวัด ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน รับนักศึกษาแล้ว 5,097 คน จบแล้ว 2,156 คน

(2) โครงการ “หนึ่งอำเภอหนึ่งแพทย์” มีการรับนักศึกษาแพทย์ในระดับอำเภอจบแล้วใช้ทุน 12 ปี รับนักศึกษาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบันรับนักศึกษาแล้ว 1,098 คน แต่ยังไม่มีการจบการศึกษา

การรับนักศึกษาแพทย์ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการรับนักศึกษาแพทย์ในช่วง พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2551 และจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 6.17)



ภาพที่ 6.17 จำนวนการรับนักศึกษาแพทย์ และจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



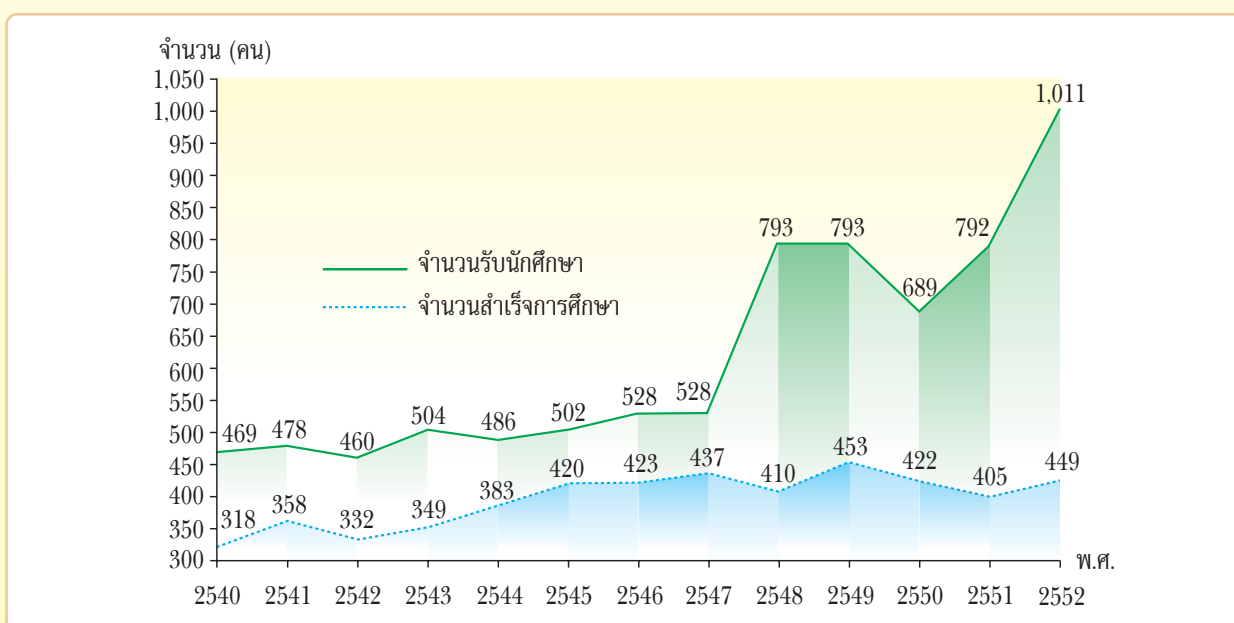
ที่มา: ข้อมูลการรับนักศึกษา จากสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
ข้อมูลการจบการศึกษา จากแพทยสภา

1.2.2 การผลิตทันตแพทย์

ปัจจุบันประเทศไทยมีการผลิตทันตแพทย์ โดยสถาบันการศึกษาภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งสิ้น 10 แห่ง เป็นสถาบันการศึกษาภาครัฐ 9 แห่ง และเอกชน 1 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยรังสิต ซึ่งเริ่มผลิตทันตแพทย์ใน พ.ศ. 2548 เป็นต้นไป

การผลิตทันตแพทย์ในปัจจุบันผลิตประมาณปีละ 500 คน สำหรับจำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาใน พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552 ประมาณปีละ 400 - 450 คน แสดงดังภาพที่ 6.18

ภาพที่ 6.18 จำนวนการรับนักศึกษาทันตแพทย์ และจำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



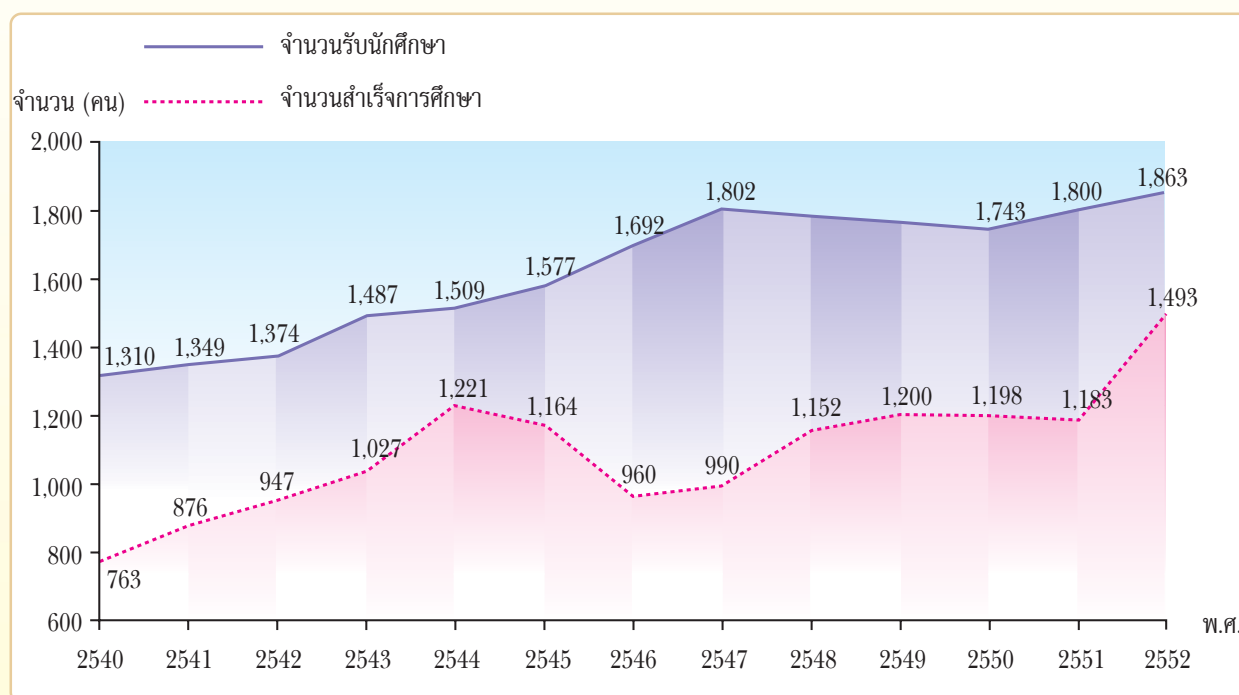
ที่มา: ข้อมูลการรับนักศึกษา จากสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
ข้อมูลการจบการศึกษา จากทันตแพทยสภา

1.2.3 การผลิตเภสัชกร

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถาบันการผลิตเภสัชกร ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 14 แห่ง โดยเป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 11 แห่ง และเอกชน 3 แห่ง

การผลิตเภสัชกรในช่วง พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552 พบว่า มีจำนวนการรับนักศึกษาและจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาที่เพิ่มขึ้น โดยจำนวนสำเร็จการศึกษาลดลงใน พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547 แล้วกลับเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 1,493 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.19)

ภาพที่ 6.19 จำนวนการรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ และจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



ที่มา: ข้อมูลการรับนักศึกษา จากสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
ข้อมูลการจบการศึกษา จากสภาเภสัชกรรม

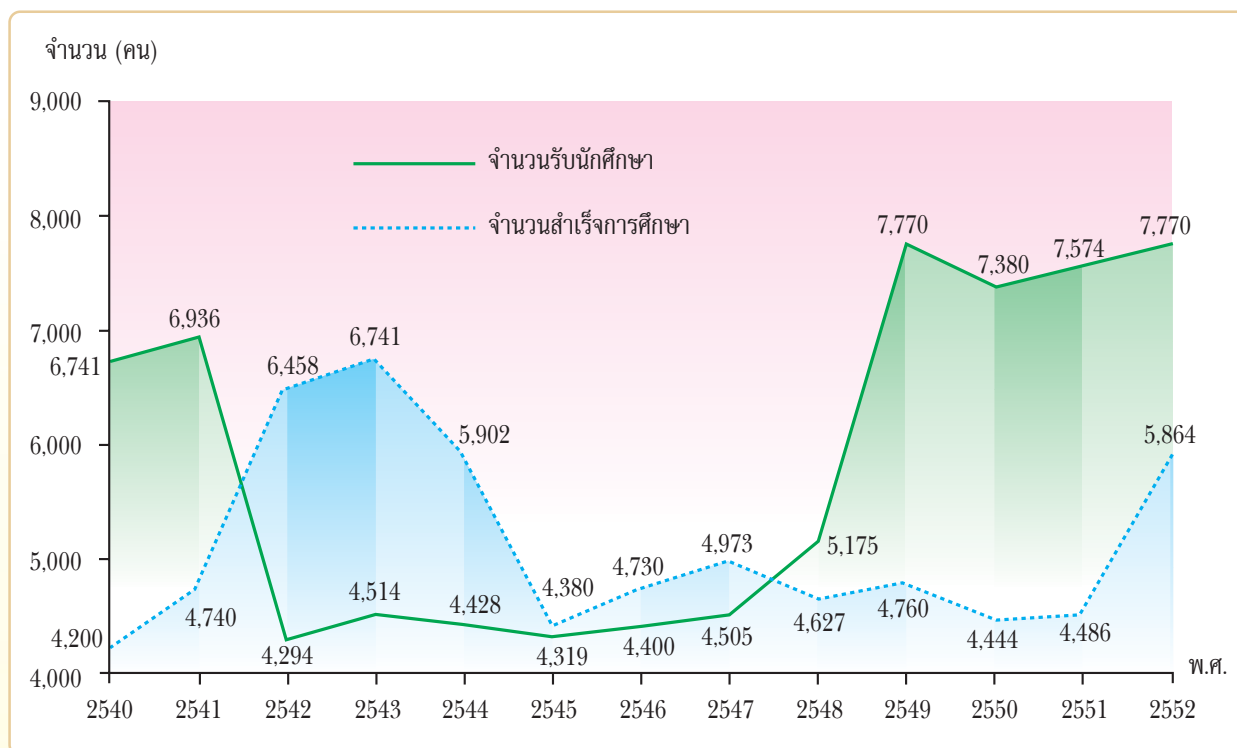
1.2.4 การผลิตพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการผลิตพยาบาลวิชาชีพ โดยสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 74 แห่ง โดยเป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 64 แห่ง และเอกชน 10 แห่ง โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา มีสถาบันการศึกษาของรัฐอีก 1 แห่ง เริ่มผลิตพยาบาลวิชาชีพ อันได้แก่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การผลิตพยาบาลในช่วง พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 พบว่า มีแผนการรับนักศึกษาเพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 7,000 คน โดยมีพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา ดังภาพที่ 6.20



ภาพที่ 6.20 แผนการรับนักศึกษาพยาบาล และจำนวนพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



ที่มา: ข้อมูลแผนการรับนักศึกษาที่ได้รับรวบรวมจากสภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และรายงานการศึกษาเบื้องต้นการคาดการณ์ความต้องการและอุปทานด้านการพยาบาลในระยะ 10 ปี ข้างหน้า พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2562
ข้อมูลการจบการศึกษา จากสภาการพยาบาล

1.2.5 การสูญเสียบุคลากรสุขภาพในภาครัฐ

ประเด็นการสูญเสียบุคลากรสุขภาพในที่นี้ จะเน้นประเด็นการลาออกจากราชการเป็นหลัก ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนสังกัดของบุคลากรไปยังภาคเอกชน หรือเปลี่ยนไปทำอาชีพอื่น ทั้งนี้ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนสังกัดไปยังภาคเอกชน จะไม่ได้หมายถึงการสูญเสียในภาพรวมของระบบ แต่ก็มีความกระทบอยู่ไม่น้อย เนื่องจากประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งบริการของภาครัฐโดยเฉพาะในส่วนของการตรวจสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาสำคัญก็คือประเด็นการลาออกของแพทย์จะพบว่า การสูญเสียสุทธิมีแนวโน้มสูงขึ้น ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่โดยถึงระดับสูงสุดใน พ.ศ. 2539 (ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ) ซึ่งพบว่า มีโรงพยาบาลชุมชนถึง 21 แห่ง ที่ไม่มีแพทย์ประจำเลย (ตารางที่ 6.1)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 สถานการณ์ดีขึ้นมาก ซึ่งเป็นไปได้ว่าเกิดจากภาวะซบเซาของภาคเอกชน จนเมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัวใหม่ใน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2546 สถานการณ์การลาออกของแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขกลับรุนแรงใหม่อีกครั้ง อย่างไรก็ตาม การลาออกของแพทย์ลดลงในปี พ.ศ. 2547 แต่กลับเพิ่มขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552 โดยมีแพทย์ลาออกปีละ 600-800 คน ซึ่งน่าจะได้รับอิทธิพลส่วนหนึ่งมาจากการฟื้นตัวของภาคเอกชน (ตารางที่ 6.1) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจำนวนแพทย์จบใหม่มีเพิ่มขึ้น ทำให้สัดส่วนระหว่างการสูญเสียสุทธิเทียบกับแพทย์จบใหม่ลดลงเป็นลำดับ



ตารางที่ 6.1 จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2537 - 2552

ปีงบประมาณ	จำนวนแพทย์						สูญเสียสุทธิ (จำนวน / ร้อยละ)
	เพิ่มขึ้น			ลดลง (ลาออก)			
	จบใหม่	กลับเข้ารับ ราชการใหม่	รวม	ข้าราชการ	พนักงาน ของรัฐ	รวม	
2537	526	-	526	42	-	42	42 / 8.0
2538	576	-	576	260	-	260	260 / 45.1
2539	568	-	568	344	-	344	344 / 60.6
2540	579	30	609	336	-	336	306 / 52.8
2541	618	93	711	299	-	299	206 / 33.3
2542	830	57	887	204	-	204	147 / 17.7
2543	893	98	991	201	-	201	103 / 11.5
2544	883	82	952	193	83	276	194 / 22.0
2545	878	38	916	401	163	564	526 / 59.9
2546	1,013	39	1,052	287	508	795	756 / 74.6
2547	998	32	1,030	468	-	468	436 / 43.7
2548	741	37	778	663	-	663	626 / 84.5
2549	1,188	110	1,298	777	-	777	667 / 56.1
2550	1,128	150	1,278	736	-	736	586 / 51.9
2551	1,024	159	1,183	785	-	785	626 / 61.1
2552	999	191	1,190	669	-	669	478 / 47.8

ที่มา : สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- หมายเหตุ: 1. หน่วยงานเจ้าของเรื่องมีการปรับข้อมูลใหม่หมดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538 - ปีงบประมาณ 2546
 2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา มติ ครม. ให้กระทรวงสาธารณสุข รับนักเรียนทุนที่จบการศึกษาปี 2542 เป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แทนบรรจุเป็นข้าราชการ
 3. พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุพนักงานของรัฐกลับเป็นข้าราชการทั้งหมด

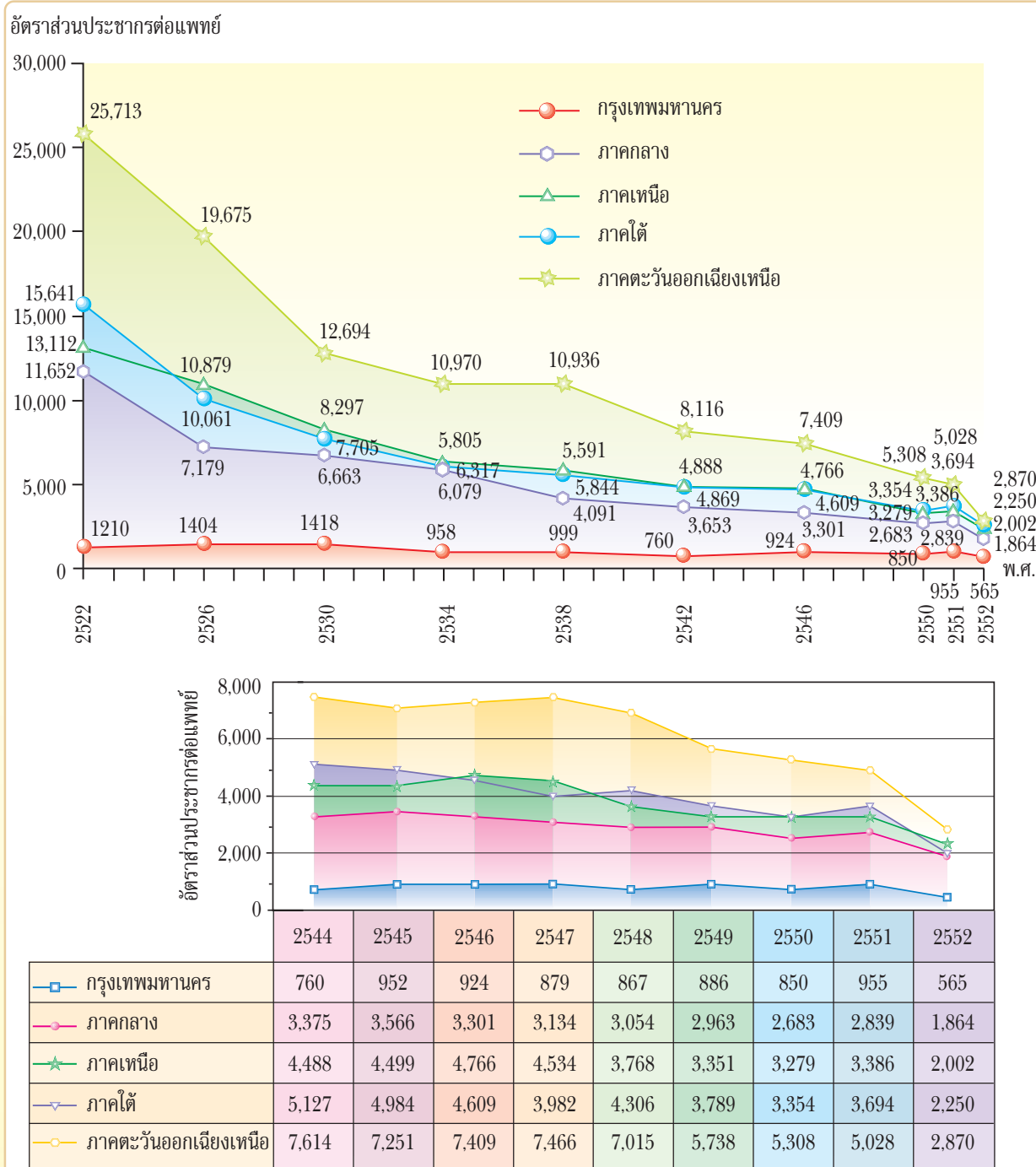
1.3 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภูมิศาสตร์

1.3.1 อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามภาค

แนวโน้มของอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา มีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความแตกต่างระหว่างภาค มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างมาก โดยในช่วงพ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 เปรียบเทียบระหว่างภูมิภาคพบว่าอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังสูงกว่าภาคอื่นๆ โดยภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ภาพที่ 6.21)



ภาพที่ 6.21 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนแพทย์จำแนกภาคใหม่โดยคิดจาก

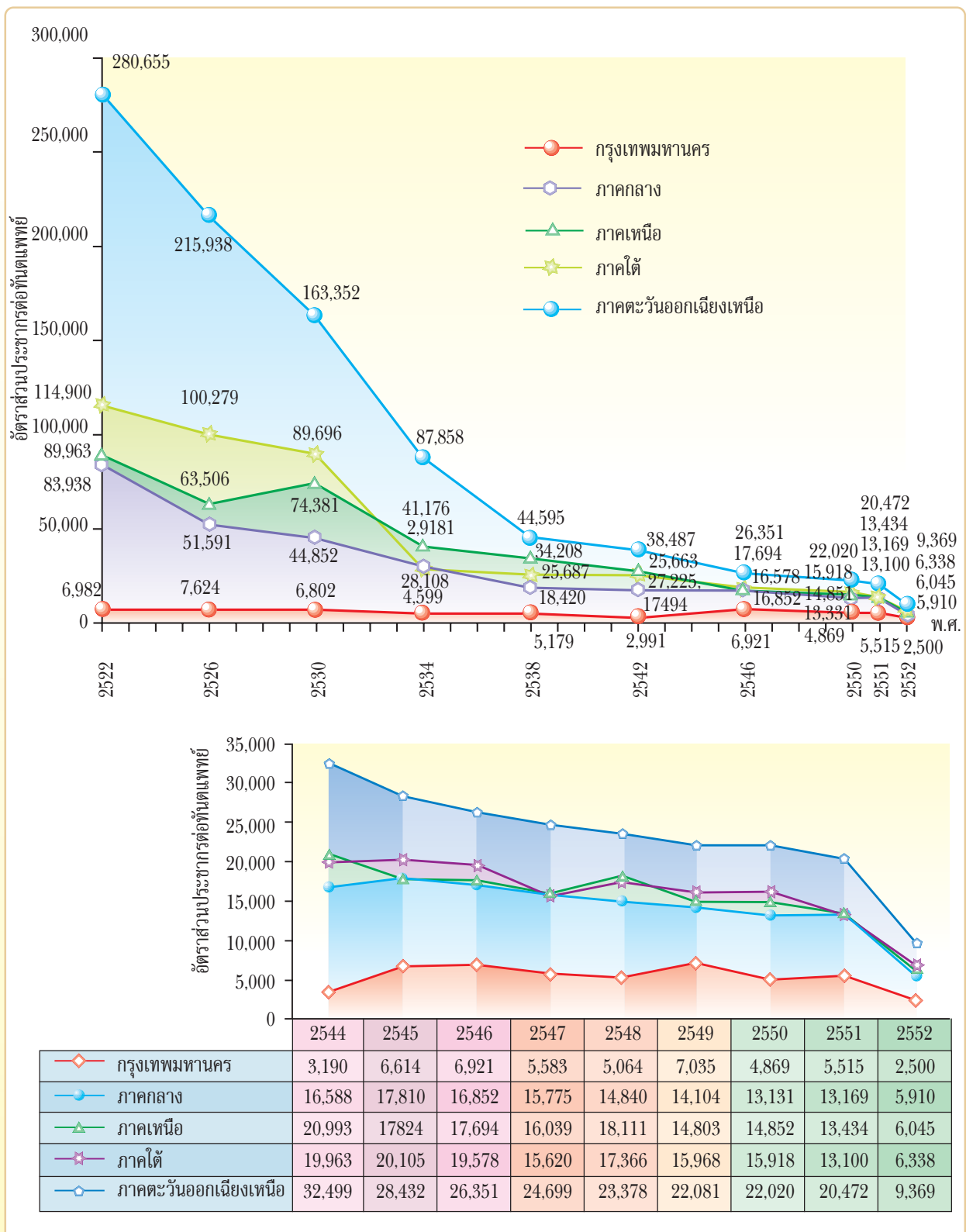
สัดส่วนของแพทย์ในแต่ละภาคจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 $\times$ จำนวนแพทย์ทั้งหมดที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศ

100

เช่นเดียวกันกับอัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์ ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ใน พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 กลับพบว่ายังมีความแตกต่างระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคอื่นๆอยู่ (ภาพที่ 6.22)



ภาพที่ 6.22 อัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

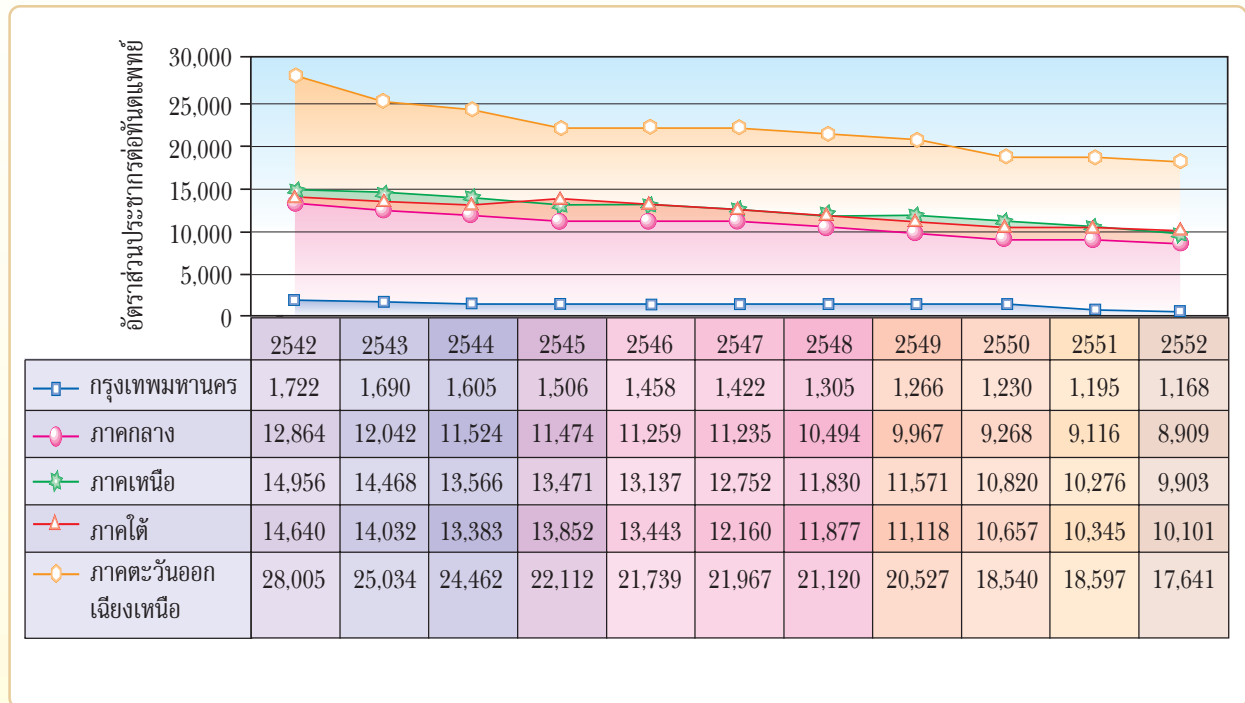
หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนพันตแพทย์จำแนกภาคใหม่โดยคิดจาก

สัดส่วนของพันตแพทย์ในแต่ละภาคจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 × จำนวนพันตแพทย์ทั้งหมดที่มี
ชีวิตและอยู่ในประเทศ



อย่างไรก็ตาม หากใช้แหล่งข้อมูล จากรายงานบุคลากรทันตสาธารณสุขของกรมอนามัย กลับพบว่า อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ที่ต่ำกว่า (ทันตแพทย์มากกว่า) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงมีอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ที่สูงกว่าภาคอื่นๆมาก (ภาพที่ 6.23)

ภาพที่ 6.23 อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552 (ใช้ข้อมูลของกรมอนามัย)

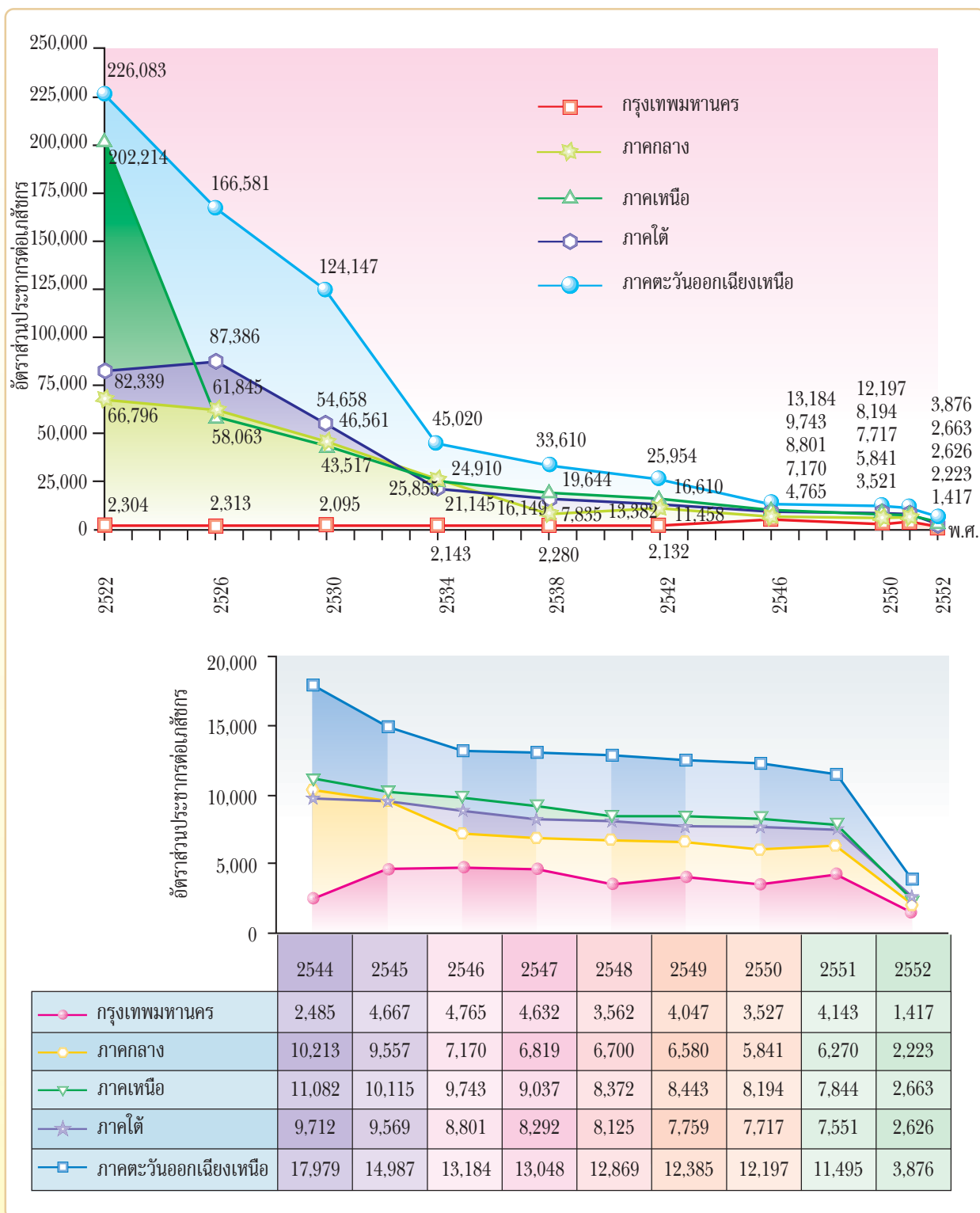


ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2542 - 2551, กรมอนามัย

สำหรับอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ตั้งแต่อดีตที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มของอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกรที่ลดลงอย่างมาก ขณะที่ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ภาพที่ 6.24)



ภาพที่ 6.24 อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

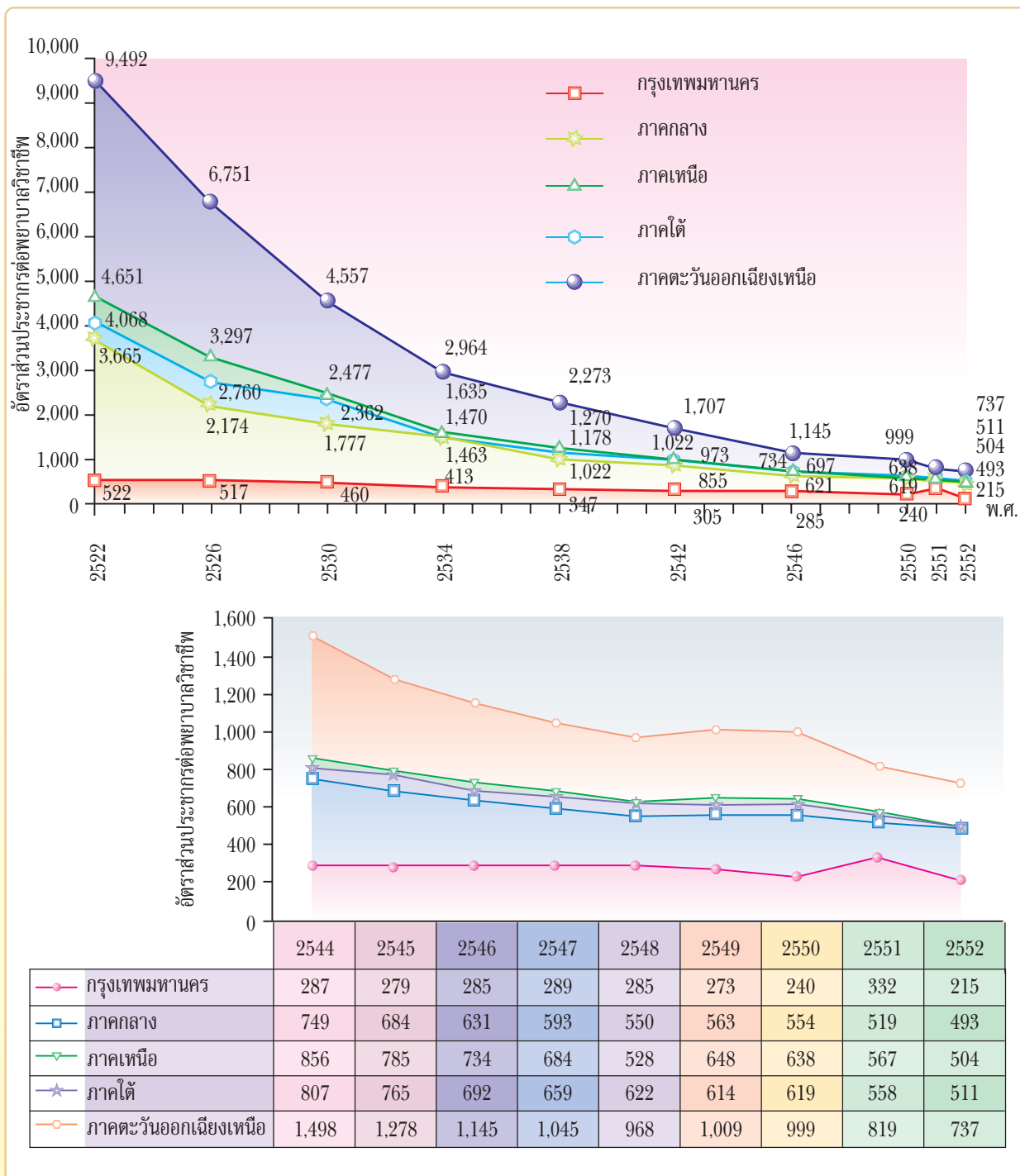
หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนเภสัชกรจำแนกภาคใหม่โดยคิดจาก

สัดส่วนของเภสัชกรในแต่ละภาคจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 $\times$ จำนวนเภสัชกรทั้งหมดที่มี
ชีวิตและอยู่ในประเทศ



แนวโน้มของอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ที่มีแนวโน้มลดลงทุกภาค และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ก็มีอัตราส่วนที่ลดลงมาใกล้เคียงกับภาคอื่นมากขึ้น (ภาพที่ 6.25)

ภาพที่ 6.25 อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพจำแนกภาคใหม่โดยคิดจาก

สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละภาคจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 × จำนวนพยาบาลวิชาชีพ



สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยนั้นอัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ระหว่าง พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2551 แต่ใน พ.ศ. 2552 มีแนวโน้มดีขึ้น โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนที่สูงที่สุด และภาคใต้มีอัตราส่วนที่ต่ำที่สุด (ตารางที่ 6.2) ซึ่งหากพิจารณาโดยรวม ก็เห็นว่าความแตกต่างระหว่างภาค ก็มีแนวโน้มที่ลดลงด้วย ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากนโยบายการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพลงไปปฏิบัติงานที่สถานีนามัยมากขึ้น

ตารางที่ 6.2 เจ้าหน้าที่สถานีนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2530 – พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552

ภาค	จำนวนและอัตราส่วนต่อประชากร												
	2530	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2549	2550	2551	2552
กลาง	4,217 (1:1,833)	7,724 (1:1,125)	7,917 (1:1,109)	8,928 (1:1,207)	9,017 (1:1,180)	8,769 (1:1,059)	8,150 (1:1,453)	8,027 (1:1,470)	7,604 (1:1,552)	8,174 (1:1,625)	8,166 (1:1,634)	8,804 (1:1,523)	9,002 (1:1,556)
เหนือ	3,233 (1:2,387)	5,734 (1:1,512)	6,826 (1:1,293)	6,970 (1:1,389)	7,167 (1:1,349)	7,068 (1:1,292)	6,558 (1:1,572)	6,456 (1:1,603)	6,043 (1:1,713)	6,349 (1:1,662)	6,337 (1:1,674)	7,159 (1:1,489)	7,484 (1:1,449)
ใต้	2,318 (1:2,064)	4,628 (1:1,161)	5,038 (1:1,079)	5,152 (1:1,129)	5,264 (1:1,127)	5,146 (1:1,141)	4,843 (1:1,378)	4,761 (1:1,416)	4,463 (1:1,511)	4,609 (1:1,557)	4,588 (1:1,572)	5,415 (1:1,339)	5,688 (1:1,327)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,573 (1:3,167)	9,114 (1:1,785)	10,430 (1:1,582)	10,236 (1:1,681)	10,569 (1:1,655)	10,248 (1:1,666)	9,693 (1:1,938)	9,591 (1:1,971)	9,015 (1:1,097)	9,632 (1:1,956)	9,619 (1:1,968)	11,050 (1:1,722)	11,051 (1:1,681)
เปรียบเทียบประชากร: เจ้าหน้าที่สถานีนามัย ระหว่างภาคกลางและ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1:1.73	1:1.59	1:1.43	1:1.39	1:1.40	1:1.57	1:1.33	1:1.34	1:1.35	1:1.20	1:1.20	1:1.13	1:1.08
รวม	14,341 (1:2,421)	27,200 (1:1,434)	30,211 (1:1,309)	31,286 (1:1,390)	32,017 (1:1,366)	31,231 (1:1,324)	29,244 (1:1,628)	28,835 (1:1,657)	27,125 (1:1,762)	28,764 (1:1,733)	28,710 (1:1,745)	32,428 (1:1,552)	33,225 (1:1,534)

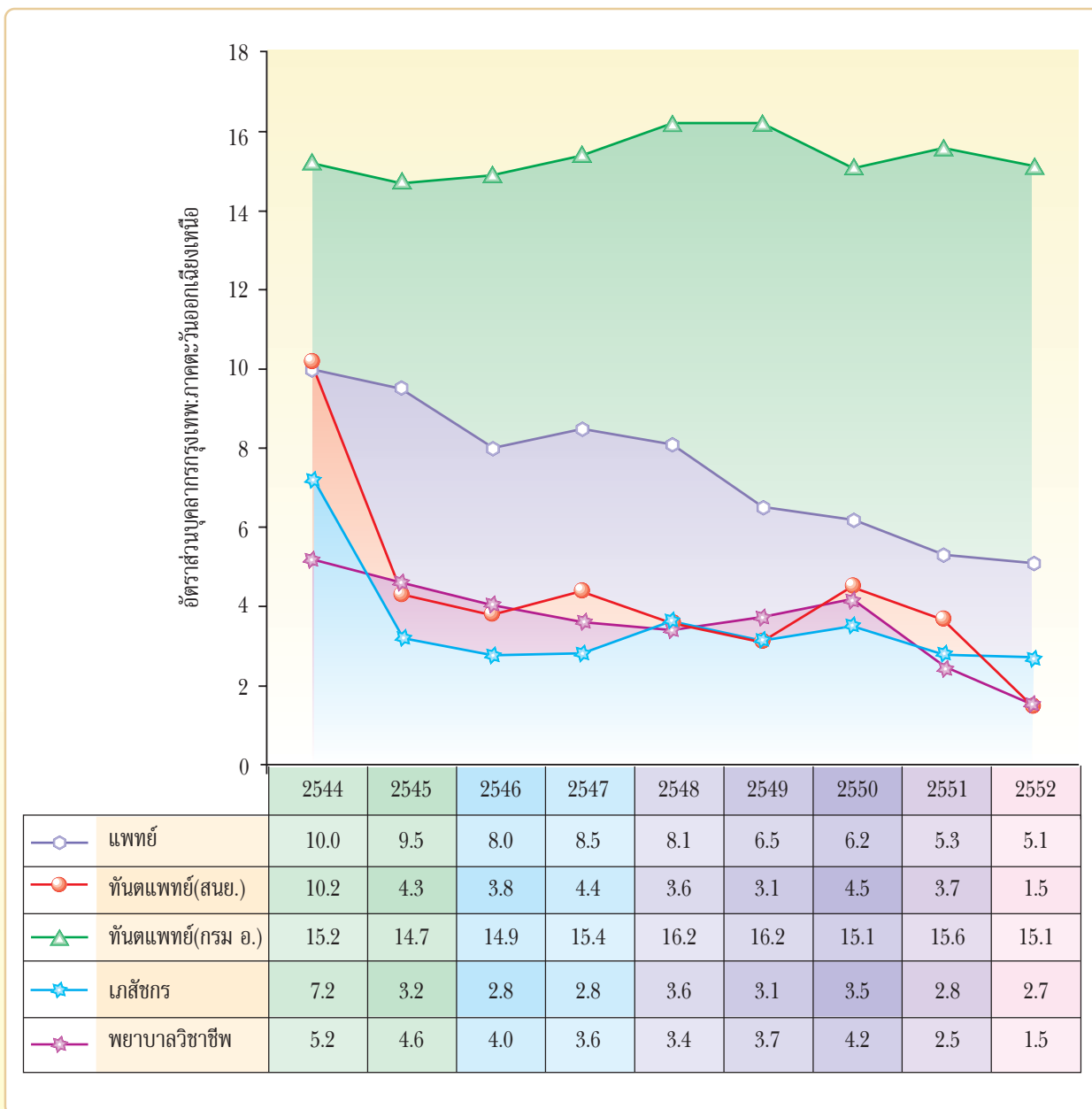
ที่มา: พ.ศ. 2530 – พ.ศ. 2543 ได้จากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
พ.ศ. 2544 – พ.ศ. 2546 ได้จากสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2549 – พ.ศ. 2552 ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ตัวเลขใน () แสดงจำนวนประชากรนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาลต่อเจ้าหน้าที่สถานีนามัย

หากเปรียบเทียบเป็นอัตราส่วนความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะพบแนวโน้มของอัตราส่วนดังกล่าวที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ยังคงมีความต่างกันประมาณ 5 เท่า สำหรับทันตแพทย์เภสัชกร และพยาบาล มีความต่างกันประมาณ 2.5-4 เท่า ใน พ.ศ. 2551 และใน พ.ศ. 2552 ข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงประมาณการใหม่ทำให้ความแตกต่างลดลงไปครึ่งหนึ่งเหลือ 1.5-2.7 เท่า (ภาพที่ 6.26) แต่หากเปลี่ยนแหล่งข้อมูลของทันตแพทย์ โดยใช้ข้อมูลของกรมอนามัย พบว่าความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงสูงอยู่ โดยต่างกัน 15.1 เท่า ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.26)



ภาพที่ 6.26 ความแตกต่างของประชากรต่อบุคลากร กรุงเทพมหานครเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552



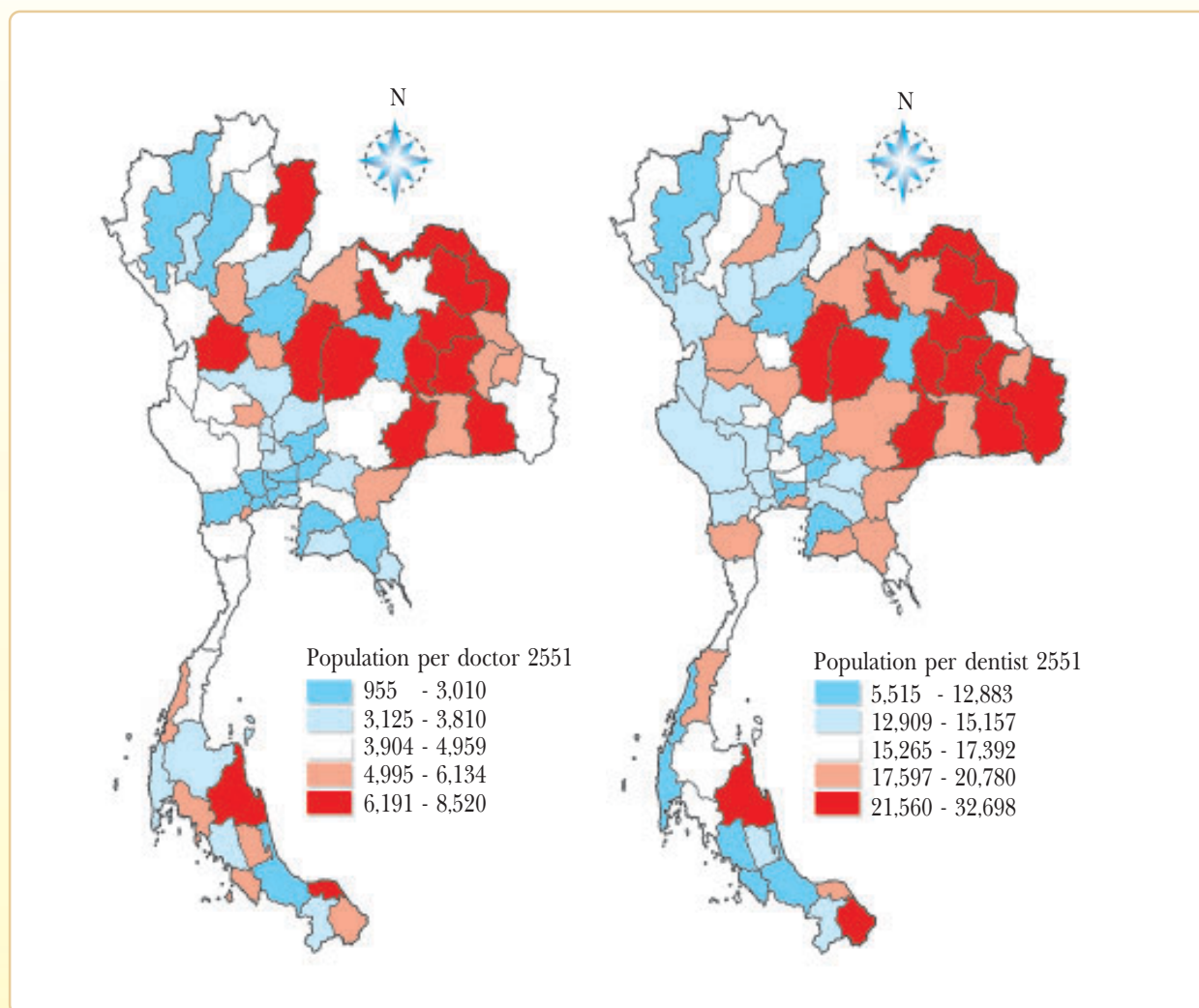
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ปี 2542 - 2552, กรมอนามัย

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 ข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงคิดประมาณการใหม่

1.3.2 อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรรายจังหวัด

สำหรับการเปรียบเทียบอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรเป็นรายจังหวัด แล้วนำมาแสดงในแผนที่การกระจายในระดับจังหวัด โดยนำจังหวัดทั้ง 76 จังหวัดมาเรียงกัน จากนั้นย่อไปหามาก แล้วแบ่งจังหวัดออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆกัน (Quintile) เพื่อแสดงเกณฑ์ที่แตกต่างกัน ก็จะได้แผนที่ที่แสดงลักษณะการกระจายของบุคลากรในระดับจังหวัด ภาพที่ 6.27 และ ภาพที่ 6.28 จะเห็นว่าจังหวัดส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรที่สูงกว่าภาคอื่นๆ ยกเว้นจังหวัดที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยจังหวัดในภาคกลางรอบๆกรุงเทพฯ และภาคตะวันออก รวมทั้งภาคใต้ตอนบนบางจังหวัด เช่น ภูเก็ต มีบุคลากรมากกว่าจังหวัดอื่น

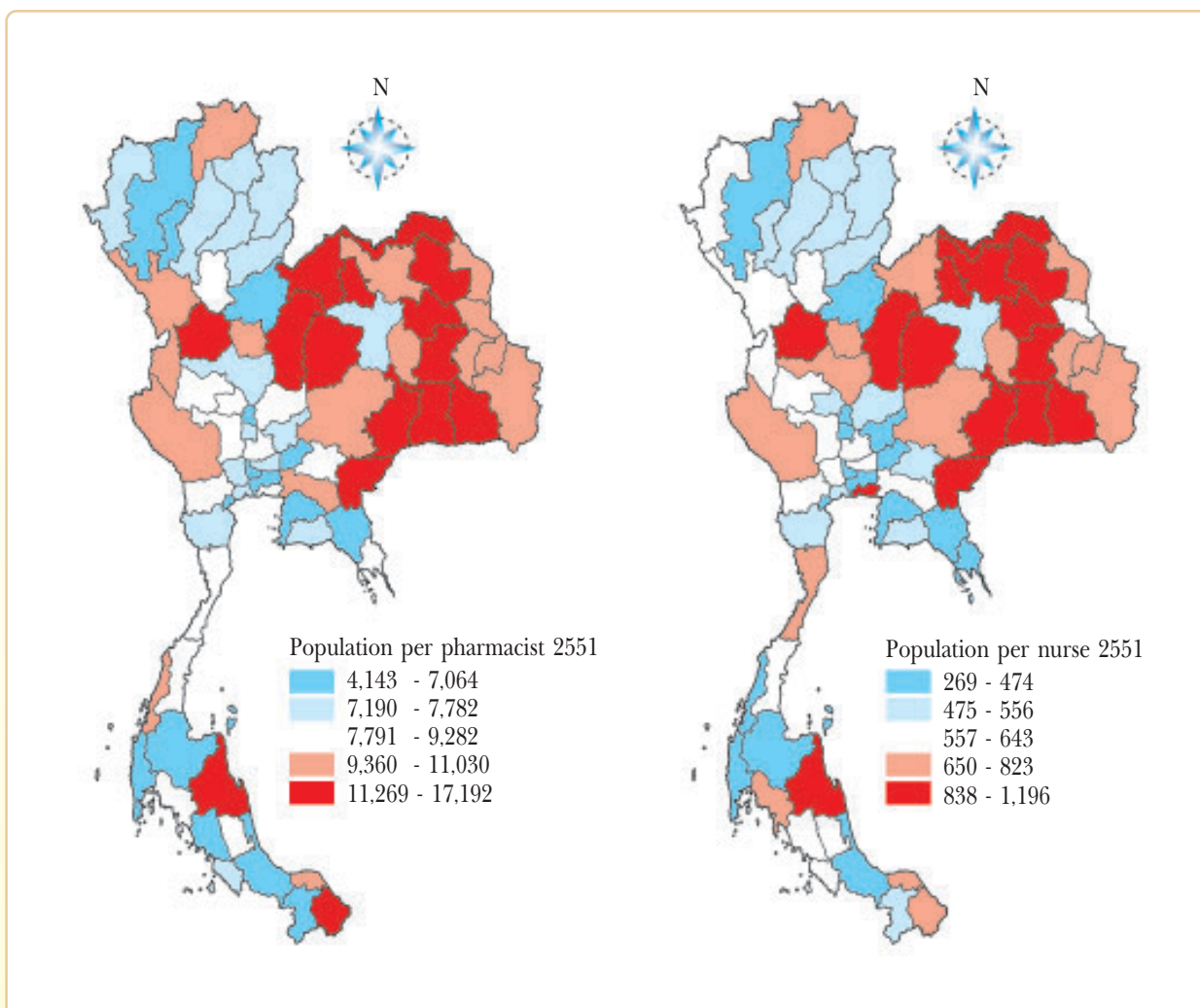
ภาพที่ 6.27 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของประชากรต่อแพทย์ และประชากรต่อทันตแพทย์ พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์



ภาพที่ 6.28 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของประชากรต่อเภสัชกร และประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

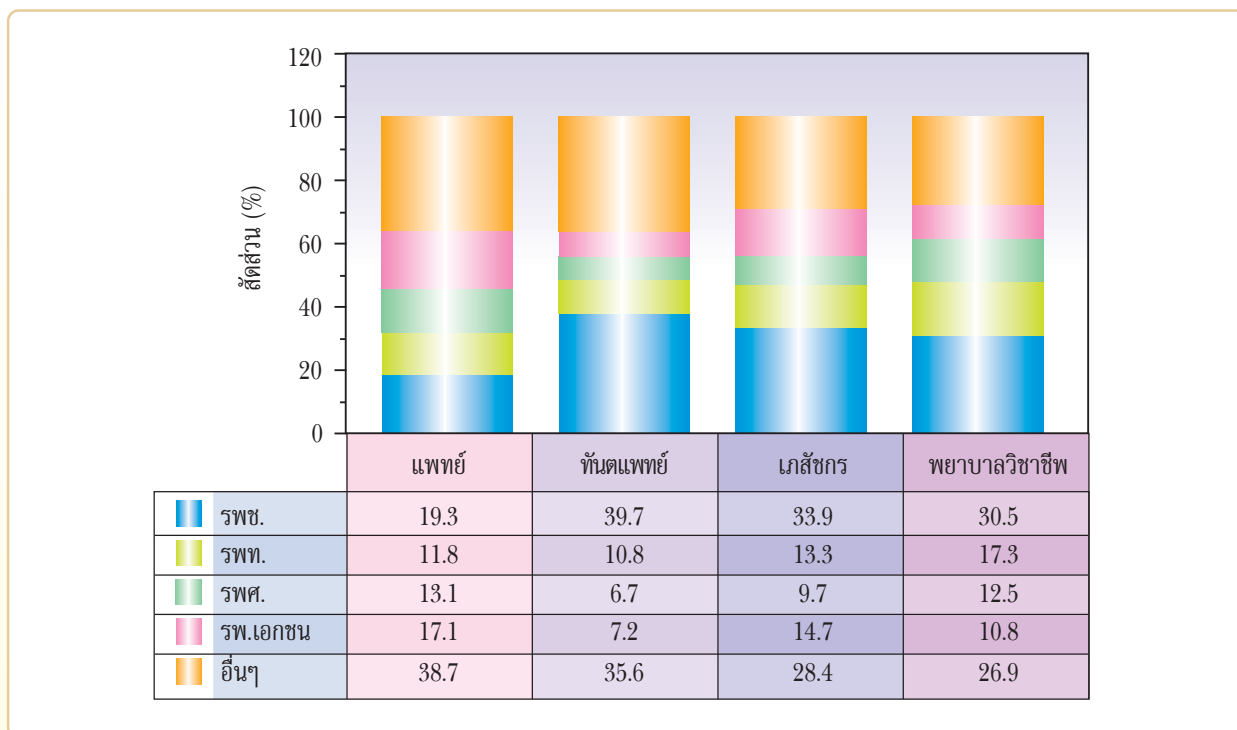
1.4 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามระดับของบริการและการงานของกำลังคนด้านสุขภาพ

1.4.1 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพตามระดับของบริการ

หากพิจารณาสัดส่วนของกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามระดับและประเภทของสถานพยาบาลแล้ว จะพบว่าแพทย์มีสัดส่วนของการอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าวิชาชีพอื่นๆ และจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ยังมีสัดส่วนที่น้อยอยู่ สำหรับพยาบาลวิชาชีพนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ และสัดส่วนของทันตแพทย์ และเภสัชกร ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน (ภาพที่ 6.29)



ภาพที่ 6.29 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพตามประเภทโรงพยาบาล พ.ศ. 2552



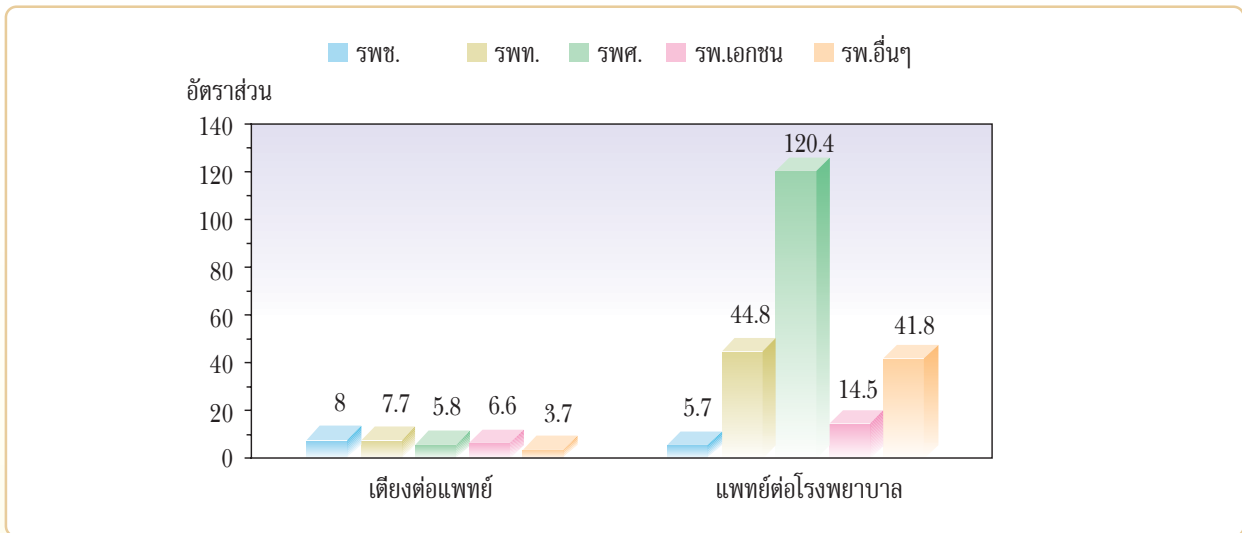
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

1.4.2 อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ และจำนวนแพทย์เฉลี่ยตามระดับของบริการ

ใน พ.ศ. 2551 พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์สูงสุด และใกล้เคียงกับโรงพยาบาลทั่วไป รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน และหากเปรียบเทียบจำนวนแพทย์เฉลี่ยต่อโรงพยาบาล จะพบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์เฉลี่ย 5.7 คน โรงพยาบาลทั่วไปมีแพทย์เฉลี่ย 45 คน โรงพยาบาลศูนย์มีแพทย์เฉลี่ย 120 คน และโรงพยาบาลเอกชนมีแพทย์เฉลี่ย 14 คน (ภาพที่ 6.30) อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาแนวโน้มของอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะพบว่าในช่วงก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากจำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยที่จำนวนแพทย์ไม่เพิ่มขึ้น แต่ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน ก็เริ่มลดลง เนื่องจากจำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นเร็วกว่าจำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 6.31)

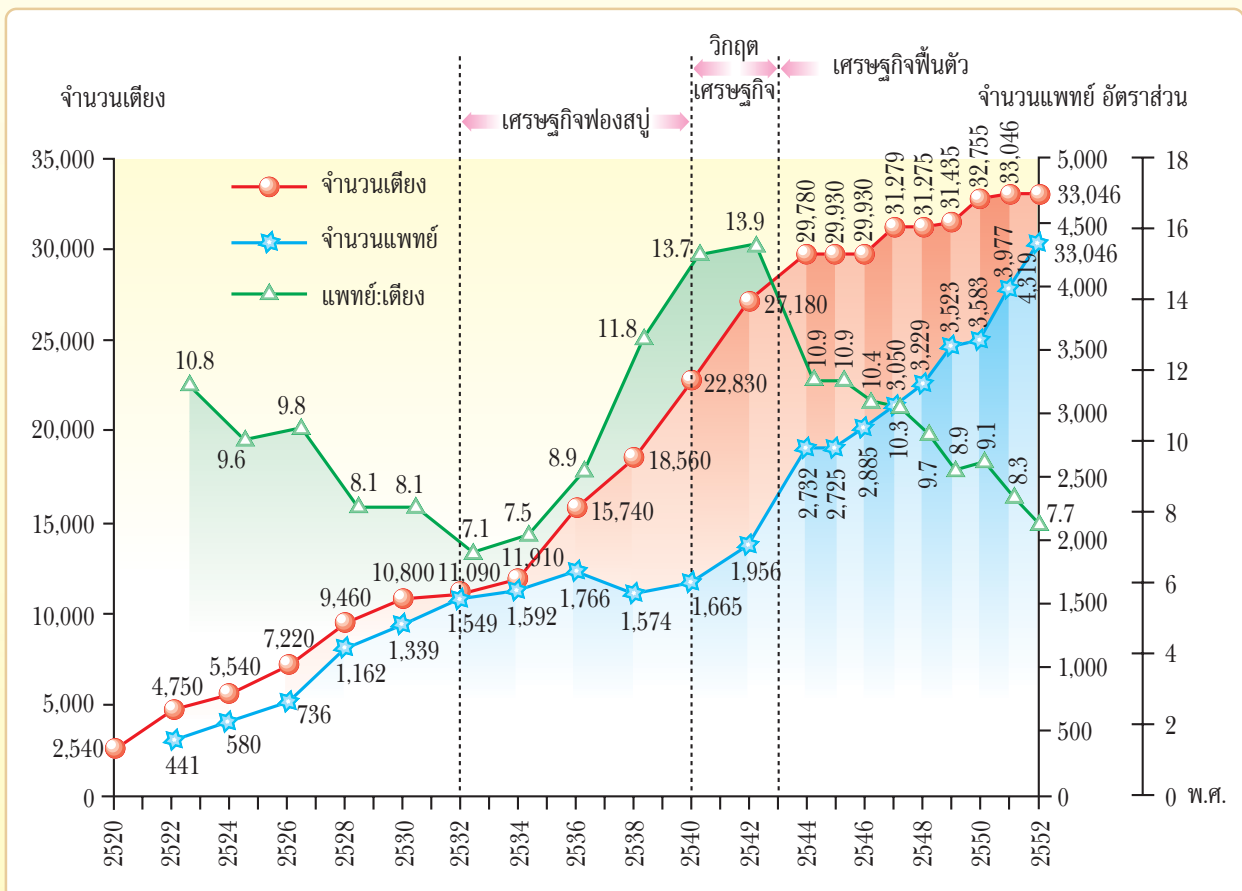


ภาพที่ 6.30 อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ และแพทย์ต่อโรงพยาบาล ตามประเภทโรงพยาบาล พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.31 จำนวนเตียง จำนวนแพทย์ และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์โรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา:

- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.4.3 ภาระงานของกำลังคนด้านสุขภาพตามระดับของบริการ

จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุขในช่วง 7 ปี (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552) พบว่าแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน จะมีภาระงานมากที่สุด รองลงมาคือแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป ในขณะที่แพทย์ประจำโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะมีภาระงานต่ำที่สุด สำหรับแพทย์โรงพยาบาลเอกชนจะมีภาระงานใกล้เคียงกับแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ นอกจากนี้ พบว่า ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา ภาระงานแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มลดลง ขณะที่แพทย์สังกัดอื่นๆ ทุกประเภทมีภาระงานคงที่ (ตารางที่ 6.3)

ตารางที่ 6.3 ภาระงานของแพทย์ พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552

สังกัด	พ.ศ. 2545		พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ. 2551		พ.ศ. 2552	
	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ
โรงพยาบาลชุมชน	34,379	2.1	29,997	1.9	28,487	2.0	25,728	1.7	23,006	1.5
โรงพยาบาลทั่วไป	18,805	1.1	17,987	1.1	19,742	1.4	16,680	1.1	17,260	1.1
โรงพยาบาลศูนย์	12,020	0.7	13,046	0.8	13,305	0.9	14,373	0.9	11,721	0.7
รพ.มหาวิทยาลัย	4,931	0.3	3,812	0.24	2,701	0.19	2,934	0.2	3,353	0.2
เอกชน	12,849	0.8	14,273	0.9	15,681	1.1	15,168	1.0	15,295	1.0
รวม	16,535	1.0	15,788	1.0	14,469	1.0	15,340	1.0	15,808	1.0

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: * การปรับค่าผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแต่ละประเภทเพื่อให้เป็นผลผลิตเดียวกัน โดยกำหนดดังนี้

1. รพช. และ รพ. เอกชน ปรับค่าจำนวนคนไข้ใน X 14
2. รพศ. / รพท. รพ. มหาวิทยาลัย และ กทม. ปรับค่าจำนวนคนไข้ใน X 18
3. พ.ศ. 2552 ข้อมูลไม่สมบูรณ์



2. สถานบริการสุขภาพ

2.1 สถานการณ์และแนวโน้มสถานบริการสุขภาพ

สถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วยสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีแนวโน้มและการกระจายดังนี้

2.1.1 สถานพยาบาลภาครัฐ

ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค 13 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม 68 ศูนย์ / 76 สาขา

ระดับภาค มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 48 แห่ง

ระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมครบทุกจังหวัดรวม 69 แห่ง (ลดลงจากเดิม 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลชลประทาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ตัดโอนไปอยู่ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ)

ระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมอำเภอร้อยละ 83.6 รวม 734 แห่งและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 284 แห่ง

ระดับตำบล มีสถานอนามัย 9,768 แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว และหลายตำบลมีสถานอนามัยมากกว่า 1 แห่ง

ระดับหมู่บ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 151 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท 48,049 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตเมือง 3,108 แห่ง

ตารางที่ 6.4 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2552

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5	ครบทุกเขตใน กทม.
	โรงพยาบาลทั่วไป	26	
	กระทรวงสาธารณสุข	4	
	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1	
	กระทรวงยุติธรรม	4	
	กระทรวงกลาโหม	5	
	กรุงเทพมหานคร	8	
	รัฐวิสาหกิจ	4	
	โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค	13	
	ศูนย์บริการสาธารณสุข / สาขา	68/76	
ภาค 4 ภาค และสาขาต่าง ๆ	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	6	
	โรงพยาบาลศูนย์	25	
	โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่	48	
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	12	
	โรงพยาบาลจิตเวช	13	
	โรงพยาบาลประสาท	1	



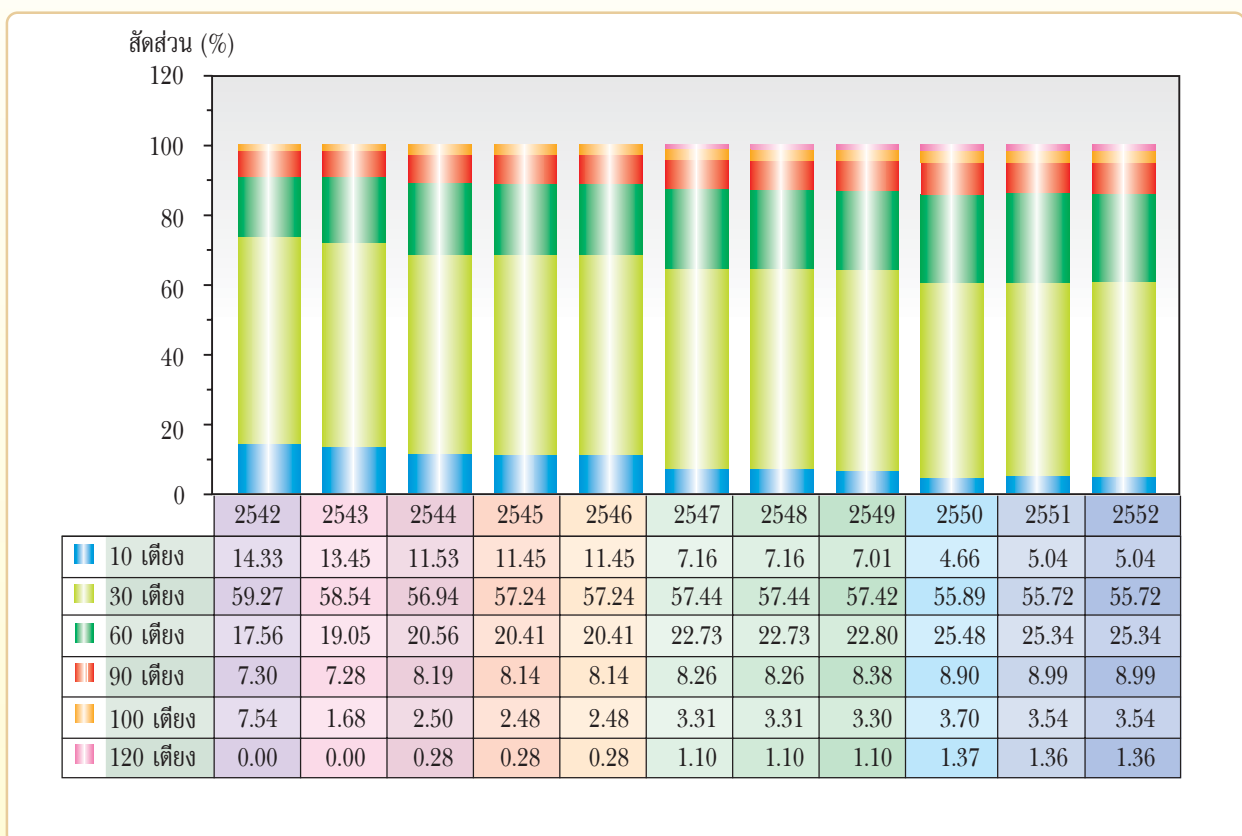
ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
75 จังหวัด	สถาบันราชประชาสมาสัย	1	100%
	สถาบันบำราศนราดูร	1	
	สถาบันโรคทรวงอก	1	
	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง	7	
	ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติด	6	
	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์	1	
	ศูนย์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ	1	
	ศูนย์ฯ โรคผิวหนัง	1	
	สถาบันทันตกรรม	1	
	ศูนย์สิทธิรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1	
	สถาบันยาเสพติดอัญญารักษ์	1	
	โรงพยาบาลทั่วไป	71	
	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	69	
	สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	2	
878 อำเภอ	โรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาล	59	83.6%
	ประจำหน่วยรบสังกัดกระทรวงกลาโหม		
7,255 ตำบล	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1	100%
	โรงพยาบาลชุมชน	734	
74,954 หมู่บ้าน	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (พ.ศ. 2552)	284	64.1%
	สถานีนอนมัย (พ.ศ. 2552)	9,768	
74,954 หมู่บ้าน	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	151	64.1%
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ชนบท) (พ.ศ. 2550)	48,049	
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (เมือง) (พ.ศ. 2546)	3,108	

- ที่มา:
1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 2. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 4. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
 5. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร



โรงพยาบาลระดับอำเภอ ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลชุมชน ที่มีจำนวนเตียง 10-150 เตียง และกระจายอยู่ตามอำเภอต่างๆทั่วประเทศนั้น ที่ผ่านมามีการขยายขนาดของโรงพยาบาลอยู่อย่างต่อเนื่อง เฉพาะอย่างยิ่งการขยายขนาดจากโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง เป็น 30 เตียง โดยใน พ.ศ. 2552 มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง เพียง 37 แห่ง และมีโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงถึง 409 แห่ง จาก 734 แห่ง ส่งผลให้สัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง เหลือเพียงร้อยละ 5 ในขณะที่สัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.7 เช่นเดียวกันกับการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 90 เตียง 120 เตียง และ 150 เตียง (ภาพที่ 6.32)

ภาพที่ 6.32 สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.1.2 สถานพยาบาลภาคเอกชน

สถานพยาบาลภาคเอกชน มีบทบาทสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองที่ภาวะเศรษฐกิจที่ดี ประชาชนมีกำลังซื้อบริการ ทำให้เกิดการลงทุนในภาคเอกชนเพื่อจัดบริการให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยใน พ.ศ. 2552 สถานพยาบาลภาคเอกชน สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท โดยมีจำนวนดังนี้

(1) ร้านขายยา มี 3 ประเภท คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 11,154 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย 4,047 แห่ง และร้านขายยาแผนโบราณ 1,986 แห่ง

(2) สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) มี 17,671 แห่ง

(3) สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(โรงพยาบาลเอกชน) มี 322 แห่ง

(4) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ มี 1,268 แห่ง

จำนวนและสัดส่วนของสถานพยาบาลภาคเอกชนระหว่างกรุงเทพฯกับภูมิภาค แสดงดังตารางที่ 6.5



ตารางที่ 6.5 สถานบริการสาธารณสุขในภาคเอกชน พ.ศ. 2552

สถานบริการ	กรุงเทพ		ภูมิภาค		รวม
	จำนวน	%	จำนวน	%	
1. ร้านขายยา					
1.1ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	3,757	33.7	7,397	66.3	11,154
1.2ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ	433	10.7	3,614	89.3	4,047
1.3ร้านขายยาแผนโบราณ	400	20.1	1,586	79.9	1,986
รวมทั้งหมด	4,590	26.7	12,597	73.3	17,187
2. สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก)	3,878	21.9	13,793	78.1	17,671
3. สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน)					
- จำนวนโรงพยาบาล	96	29.8	226	70.2	322
- จำนวนเตียง	13,933	41.7	19,472	58.3	33,405
4. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ					
4.1สปาเพื่อสุขภาพ	86	23.7	277	76.3	363
4.2นวดเพื่อสุขภาพ	170	20.3	667	79.7	837
4.3นวดเพื่อเสริมสวย	20	29.4	48	70.6	68
รวมทั้งหมด	276	21.8	992	78.2	1,268

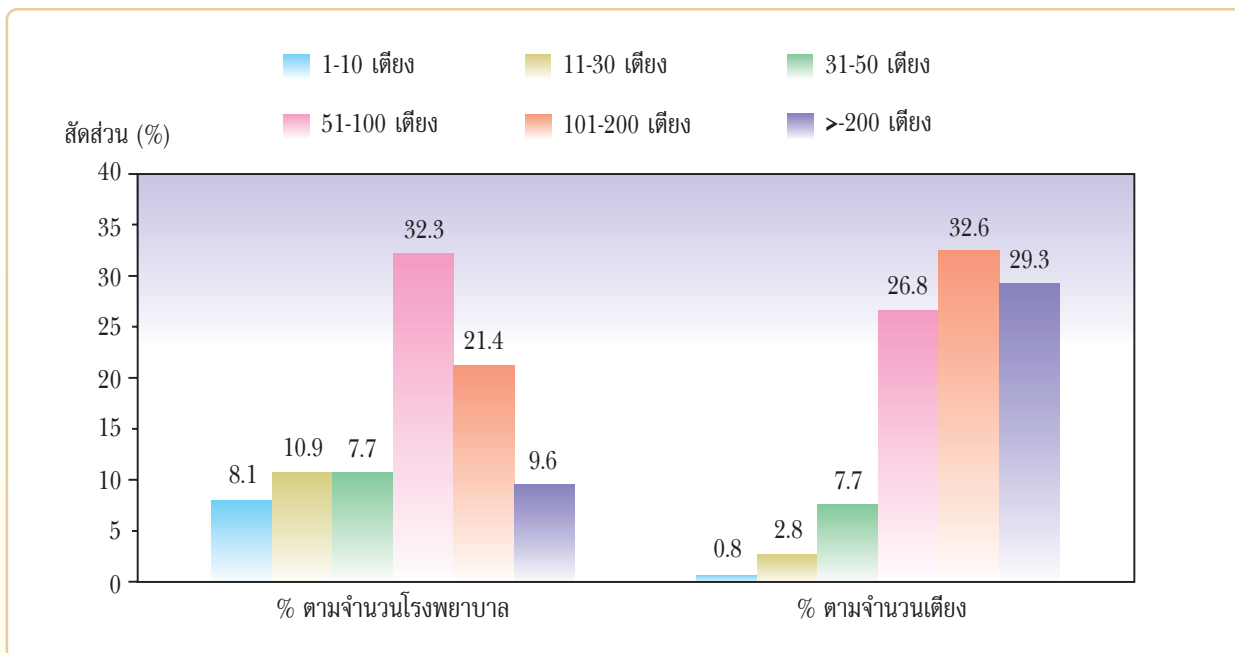
- ที่มา:
1. สำนักควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 2. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 3. สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หากวิเคราะห์สัดส่วนของสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำแนกเป็นกรุงเทพฯและภูมิภาค จะพบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 78 ที่อยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เหลือ ร้อยละ 22 อยู่ในกรุงเทพฯ เช่นเดียวกับสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ส่วนใหญ่อยู่ในส่วนภูมิภาค ร้อยละ 70 และที่เหลือ ร้อยละ 30 อยู่ในกรุงเทพฯ

สำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน) มีสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงที่จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล (จำนวนเตียง) ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.33) ซึ่งจะเห็นได้ว่า หากคิดตามจำนวนโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีขนาด 51-100 เตียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง แต่หากคิดตามจำนวนเตียง จะพบว่าเตียงส่วนใหญ่ จะอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (เกิน 100 เตียง และเกิน 200 เตียง)



ภาพที่ 6.33 สัดส่วนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หากจำแนกจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงตามขนาดของโรงพยาบาล โดยจำแนกตามภาค จะพบว่าใน พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลที่มีขนาดเกิน 200 เตียง ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ (ตารางที่ 6.6)

ตารางที่ 6.6 จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามจำนวนเตียง และตามภาค พ.ศ. 2552

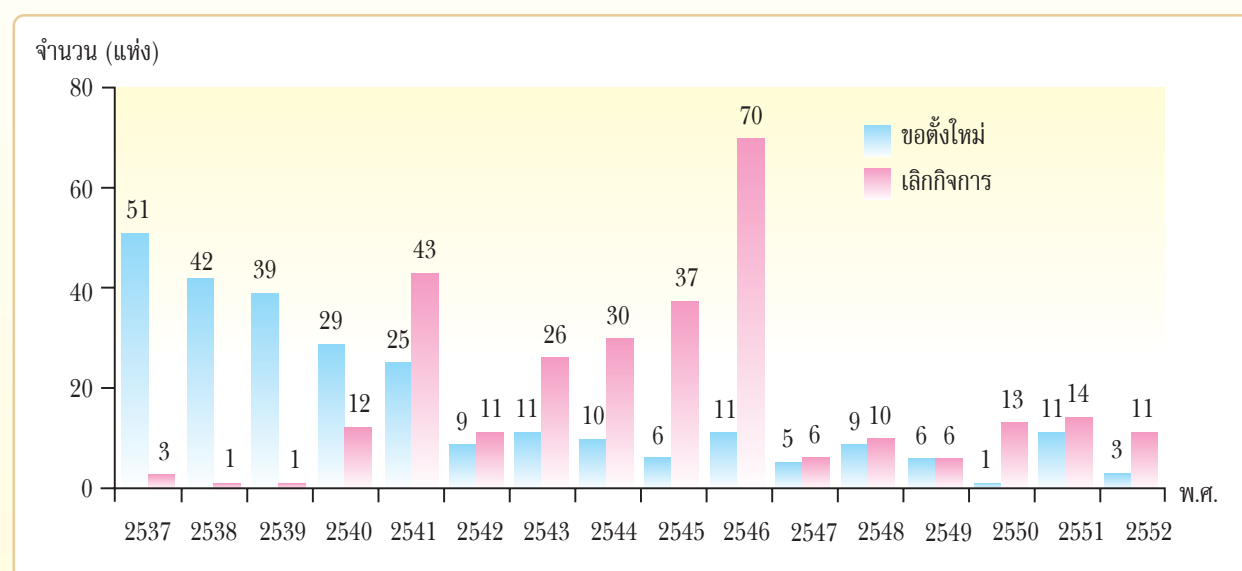
ภาค	1 - 10 เตียง		11 - 30 เตียง		31 - 50 เตียง		51 - 100 เตียง		101 - 200 เตียง		>200 เตียง	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
กรุงเทพมหานคร	2	15	12	306	15	643	20	1,759	26	4,158	21	7,052
กลาง	10	97	11	298	12	539	41	3,575	22	3,623	7	1,895
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	67	1	30	14	660	16	1,390	4	560	1	214
เหนือ	4	40	6	170	7	337	22	1,800	8	1,104	2	620
ใต้	5	45	5	136	9	413	5	415	9	1,444	-	-
รวมทั้งประเทศ	26	264	35	940	57	2,592	104	8,939	69	10,889	31	9,781

ที่มา: สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



นอกจากนี้สถานการณ์การขยายตัวและเลิกกิจการของสถานพยาบาลภาคเอกชน ก็เป็นประเด็นที่มีความสำคัญเช่นกัน โดยข้อมูลการก่อตั้งสถานพยาบาลใหม่ (ประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) พบว่ามีแนวโน้มที่ลดลง และการเลิกกิจการก็เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ในช่วง พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2546 โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2546 มีโรงพยาบาลที่เลิกกิจการถึง 70 แห่ง แล้วหลังจากนั้นจำนวนโรงพยาบาลที่เลิกกิจการก็ลดลง อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับจำนวนที่ก่อตั้งใหม่ (ภาพที่ 6.34) แต่นับตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา จำนวนโรงพยาบาลที่เลิกกิจการมีจำนวนมากกว่าที่ก่อตั้งใหม่

ภาพที่ 6.34 จำนวนสถานพยาบาลเอกชนประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ก่อตั้งใหม่และเลิกกิจการ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552

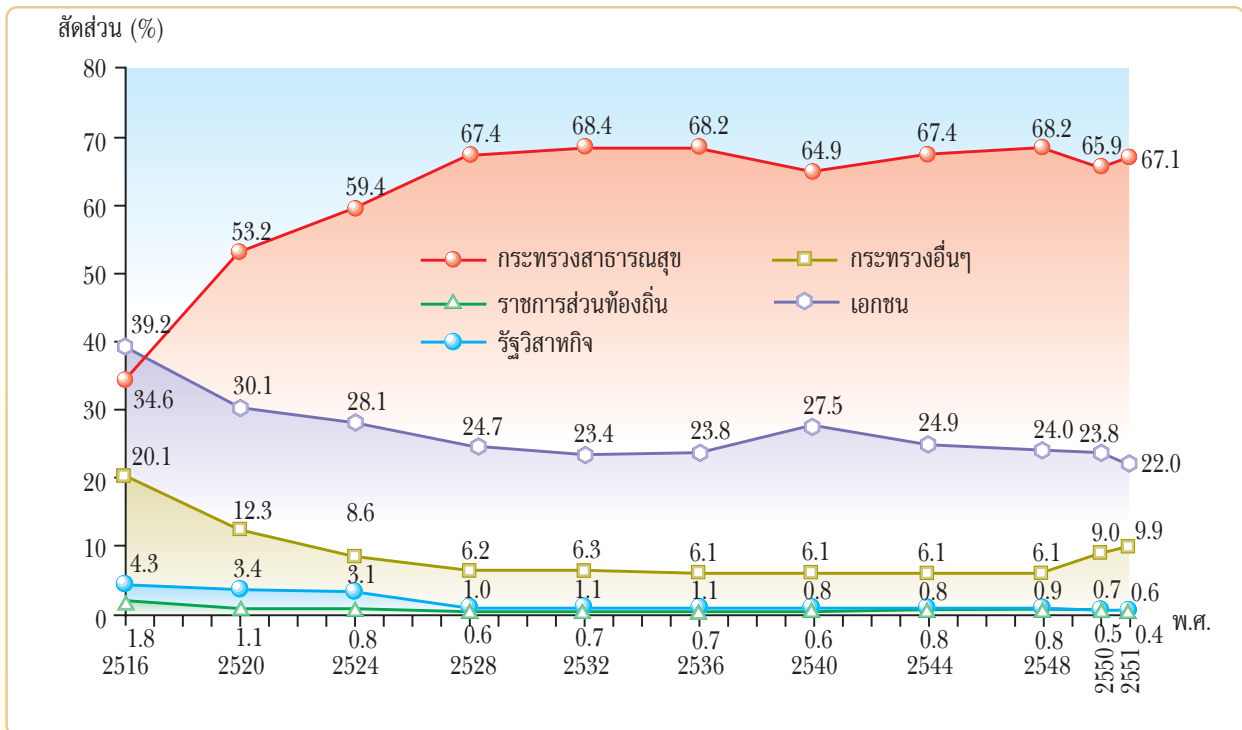


ที่มา: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หากพิจารณาแนวโน้มสัดส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากอดีตจนถึง พ.ศ. 2528 แล้ว จึงมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่ ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ มีสัดส่วนที่ลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 6.35)



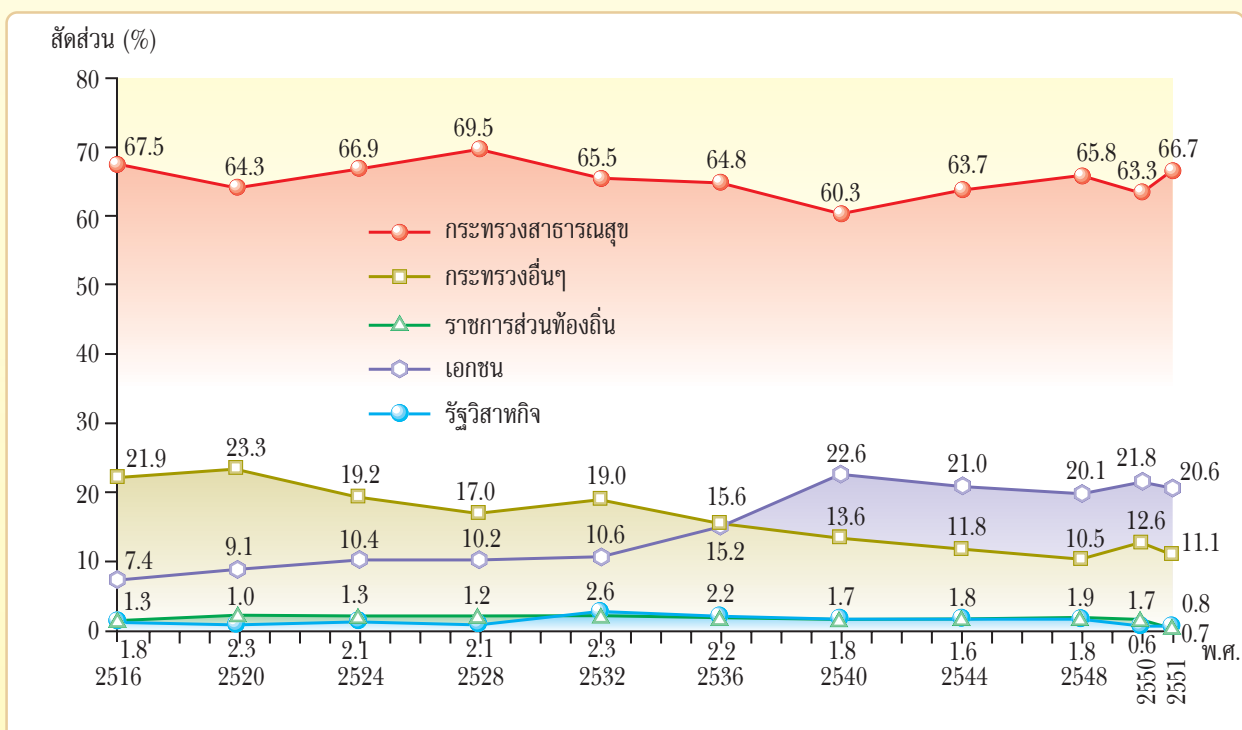
ภาพที่ 6.35 สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

แนวโน้มสัดส่วนของเตียงโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างคงที่มาตั้งแต่อดีต ในขณะที่สัดส่วนเตียงโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ มีสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลที่ลดลง (ภาพที่ 6.36)

ภาพที่ 6.36 สัดส่วนจำนวนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2551

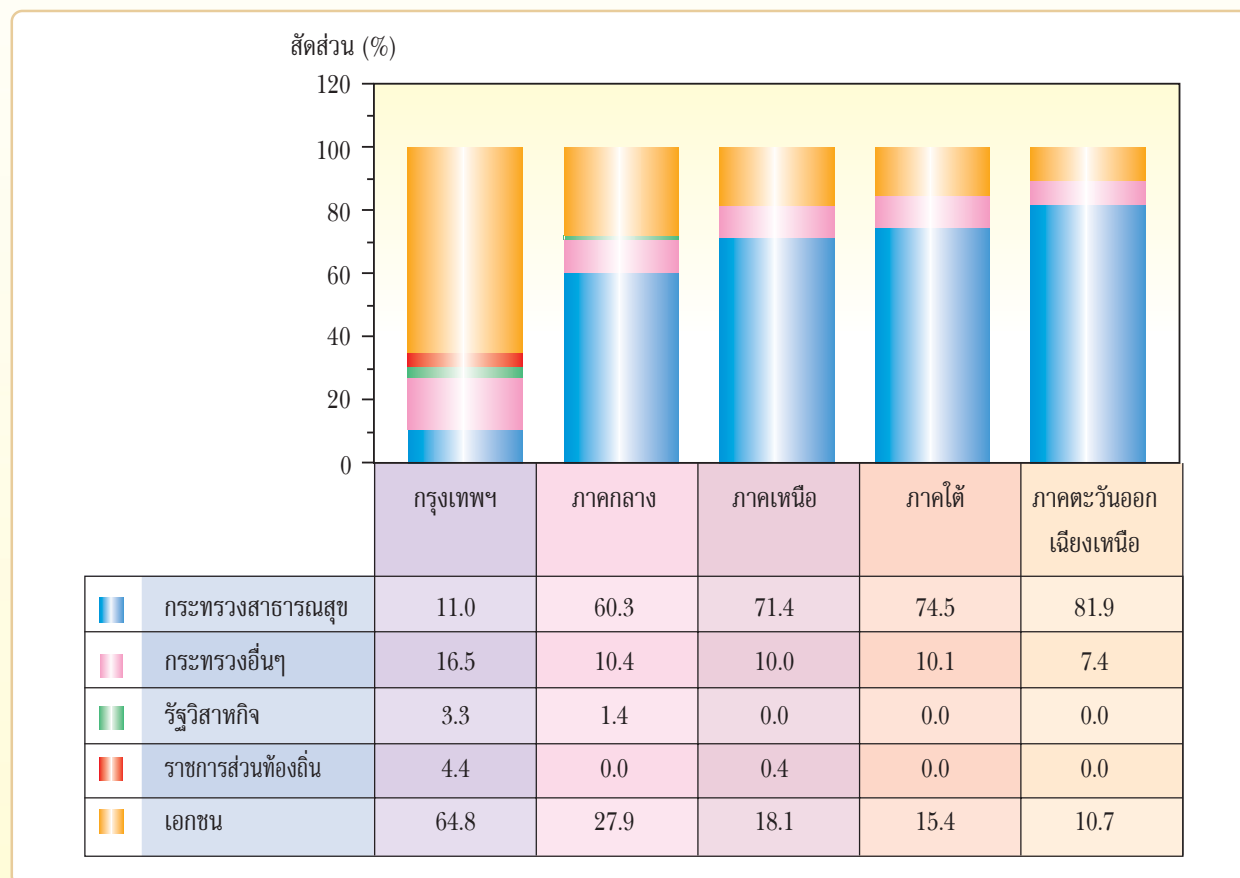


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์



นอกจากนี้หากเปรียบเทียบเป็นรายภาค จะพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ เป็นโรงพยาบาล เอกชน รองลงมาคือกระทรวงอื่นๆ ในขณะที่ส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.37) สำหรับสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลจำแนกตามภาค ก็มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับสัดส่วนโรงพยาบาล แต่โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงอื่นๆ ในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลที่สูงขึ้น เมื่อเทียบกับสัดส่วนของโรงพยาบาล (ภาพที่ 6.38) สะท้อน ว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆในกรุงเทพฯ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่

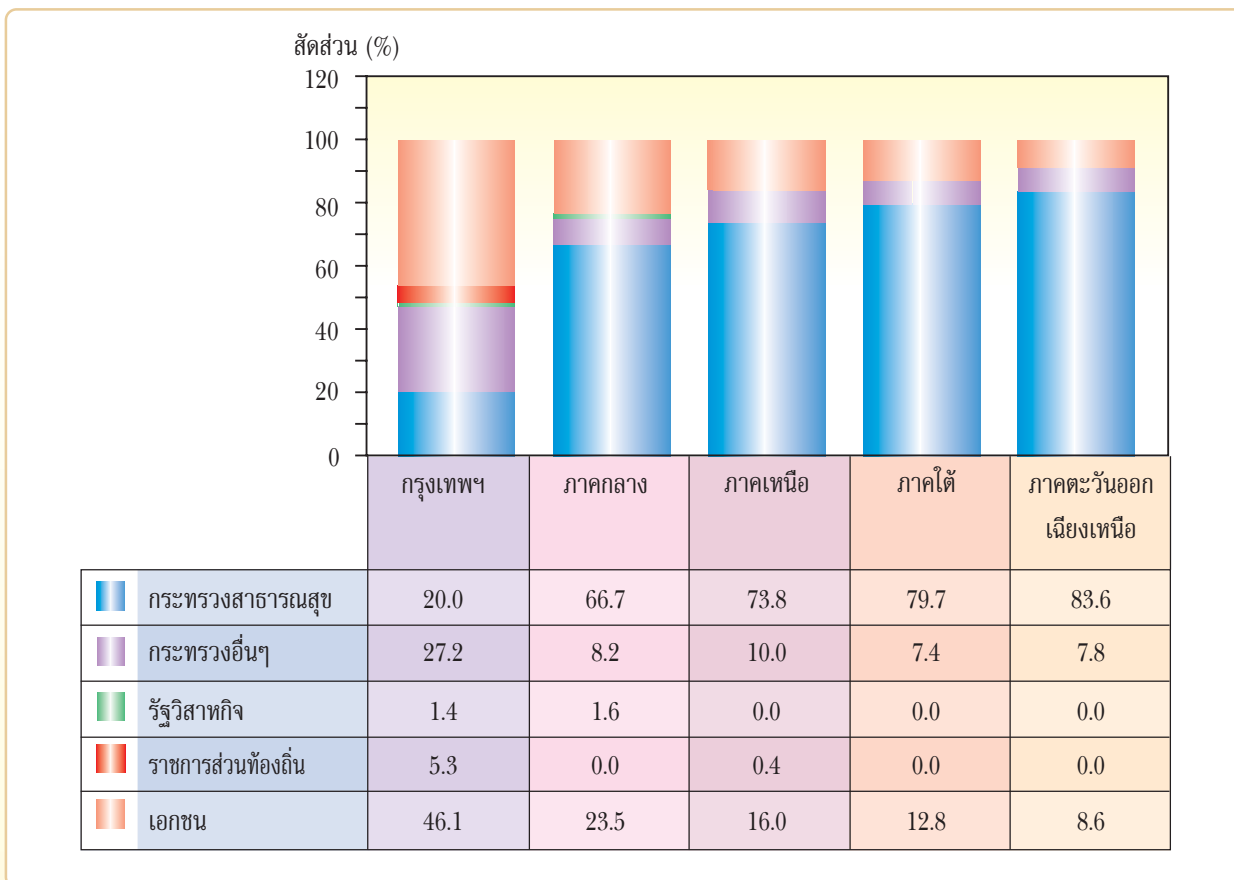
ภาพที่ 6.37 สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด และภาค พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์



ภาพที่ 6.38 สัดส่วนจำนวนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด และภาค พ.ศ. 2551

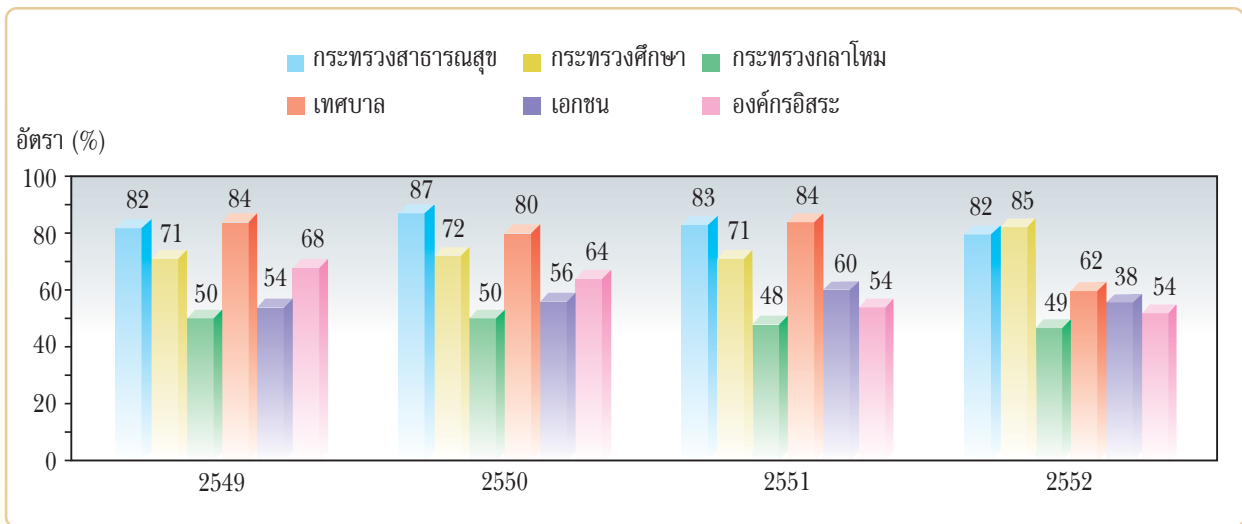


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

การวิเคราะห์อัตราครองเตียง จะเป็นเครื่องสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการใช้เตียงที่มีอยู่ และสะท้อนถึงภาระของโรงพยาบาลที่ต้องรับผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล จากข้อมูล พ.ศ. 2552 พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ มีอัตราครองเตียงสูงสุด ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีอัตราครองเตียงต่ำที่สุด (ภาพที่ 6.39)



ภาพที่ 6.39 อัตราการครองเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552



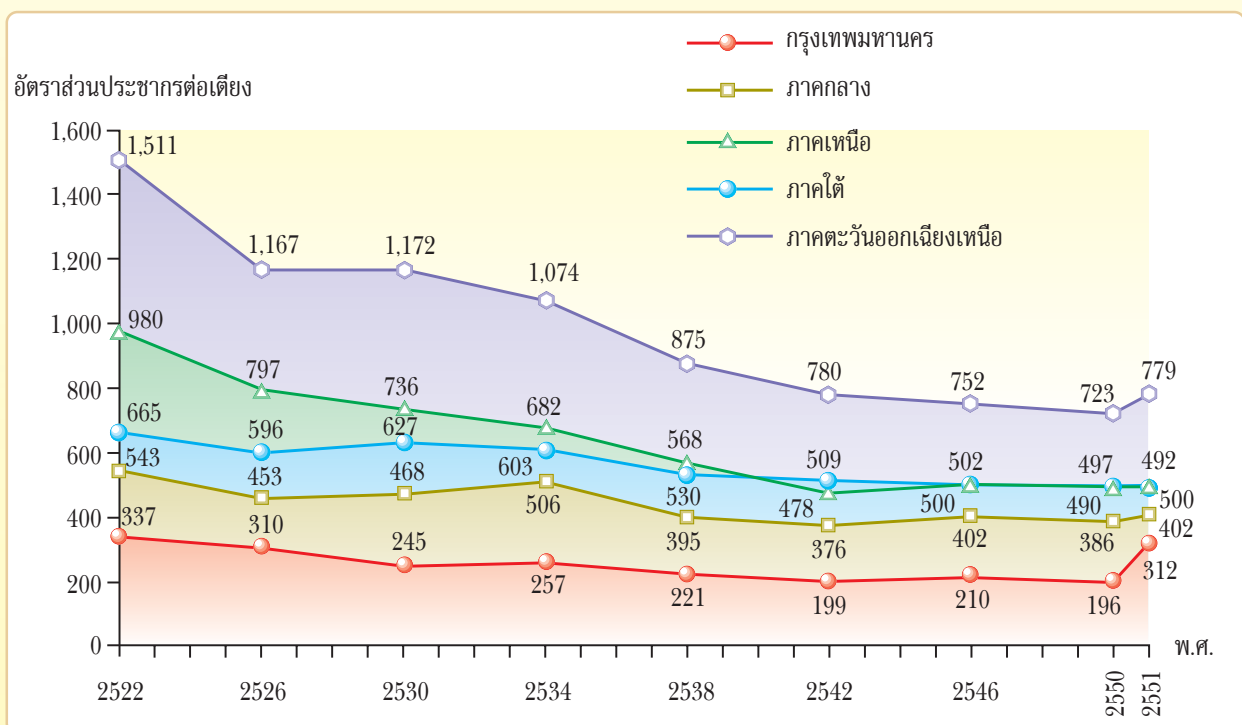
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2.2 การกระจายสถานบริการสุขภาพ

2.2.1 การกระจายโรงพยาบาลตามภูมิศาสตร์

แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีความแตกต่างระหว่างภาคอยู่ (ภาพที่ 6.40) และใน พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2551 พบว่า อัตราส่วนประชากรต่อเตียงของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (มีเตียงมากขึ้น) ยกเว้นใน พ.ศ. 2551 ที่มีอัตราส่วนที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาคอื่นๆ มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 6.40)

ภาพที่ 6.40 อัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2551

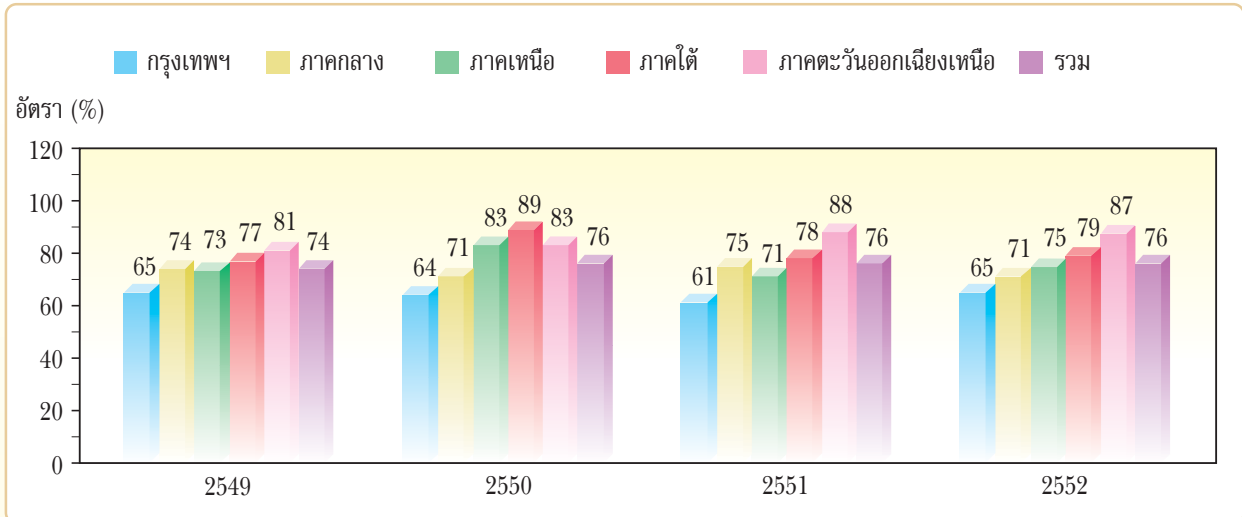


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์



นอกจากนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการครองเตียงสูงสุด (ภาพที่ 6.41) แสดงให้เห็นถึงภาระของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีมากกว่าภาคอื่นๆ

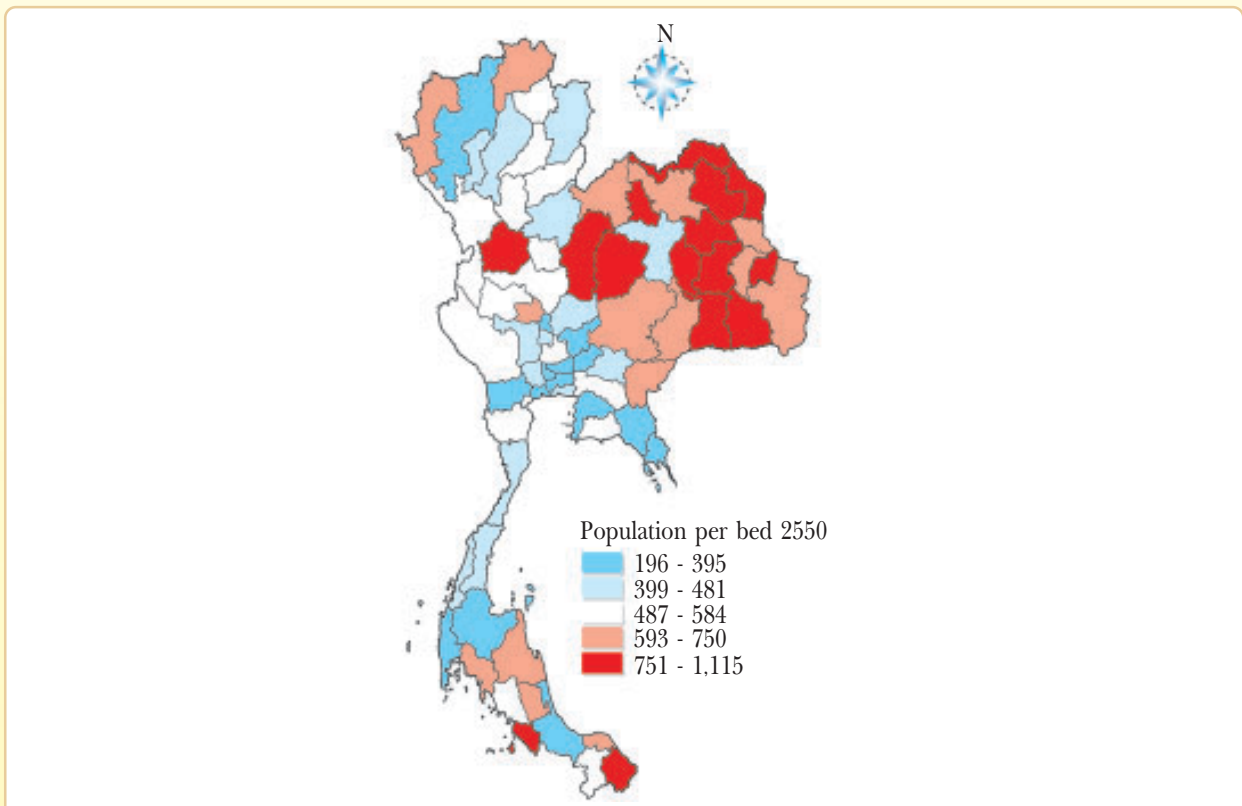
ภาพที่ 6.41 อัตราการครองเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

เมื่อวิเคราะห์การกระจายของเตียงโรงพยาบาลเป็นรายจังหวัด พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงมีอัตราส่วนประชากรต่อเตียงที่สูงกว่าจังหวัดในภาคอื่น โดยการกระจายของเตียงนั้น มีความคล้ายคลึงกับการกระจายของบุคลากร (ภาพที่ 6.42)

ภาพที่ 6.42 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราส่วนประชากรต่อเตียงระดับจังหวัด พ.ศ. 2550



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2.2.2 การกระจายสถานีนามัยตามภูมิศาสตร์

สถานีนามัยมีการสร้างและกระจายไปทั่วประเทศครอบคลุมตำบลต่างๆ ครอบคลุมตำบล มาตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ปัจจุบัน พ.ศ. 2552 มีสถานีนามัย ทั้งสิ้น จำนวน 9,769 แห่ง

อัตราส่วนสถานีนามัยต่อประชากรในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1 : 10,064 คนใน พ.ศ. 2522 เป็น 1 : 5,218 คน ใน พ.ศ. 2552 และแม้ว่าสถานีนามัยจะกระจุกตัวอยู่ในภาคกลางมากที่สุด แต่ช่องว่างระหว่างภาคก็ลดลงดังตารางที่ 6.7

ตารางที่ 6.7 การกระจายสถานีนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522, พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2549 และพ.ศ. 2552

ภาค	จำนวนสถานีนามัยต่อประชากร											
	2522	2530	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2549	2552
กลาง	1,219 (1:7,781)	1,635 (1:4,729)	2,377 (1:3,654)	2,471 (1:3,554)	2,508 (1:4,298)	2,523 (1:4,219)	2,524 (1:3,681)	2,559 (1:4,628)	2,559 (1:4,611)	2,549 (1:4,629)	2,564 (1:5,179)	2,558 (1:5,476)
เหนือ	914 (1:10,748)	1,616 (1:4,775)	1,965 (1:4,412)	2,151 (1:4,103)	2,203 (1:4,393)	2,225 (1:4,345)	2,231 (1:4,093)	2,210 (1:4,667)	2,216 (1:4,670)	2,220 (1:4,662)	2,227 (1:4,739)	2,231 (1:4,862)
ใต้	688 (1:8,230)	1,252 (1:3,821)	1,400 (1:3,839)	1,488 (1:3,653)	1,505 (1:3,864)	1,513 (1:3,922)	1,516 (1:3,872)	1,507 (1:4,427)	1,526 (1:4,418)	1,521 (1:4,433)	1,510 (1:4,753)	1,512 (1:4,993)
ตะวันออก เฉียงเหนือ	1,277 (1:12,747)	2,489 (1:5,818)	3,100 (1:5,248)	3,367 (1:4,900)	3,398 (1:5,063)	3,428 (1:5,102)	3,433 (1:4,972)	3,462 (1:5,427)	3,509 (1:5,387)	3,475 (1:5,440)	3,461 (1:5,442)	3,468 (1:5,356)
เปรียบเทียบ ประชากร ต่อสถานี นามัย ระหว่าง ภาคตะวันออก เฉียง เหนือและค่า เฉลี่ยของ ประเทศ	1:1.3	1:1.2	1:1.2	1:1.1	1:1.1	1:1.1	1:1.2	1:1.1	1:1.1	1:1.1	1:1.1	1:1.0
รวมประเทศ	4,088 (1:10,064)	6,992 (1:4,964)	8,842 (1:4,411)	9,477 (1:4,173)	9,614 (1:4,522)	9,689 (1:4,514)	9,704 (1:4,262)	9,738 (1:4,890)	9,810 (1:4,872)	9,765 (1:4,895)	9,762 (1:5,106)	9,769 (1:5,218)

ที่มา: พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2544 ได้จากกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549 ได้จากสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2552 ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน () หมายถึง สัดส่วนสถานีนามัย 1 แห่ง ต่อประชากรนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล

2. ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาลในปี 2544, 2545, 2546 และ 2549 ใช้ข้อมูลจากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

3. พ.ศ. 2552 ใช้ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาล จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



2.2.3 การกระจายร้านขายยาตามภูมิศาสตร์

อัตราส่วนร้านขายยาต่อประชากรในทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1:4,931 คน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 1:3,628 คน ใน พ.ศ. 2552 โดยร้านขายยาส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง (รวม กรุงเทพมหานคร) (ตารางที่ 6.8)

ตารางที่ 6.8 การกระจายร้านขายยา จำแนกตามภาค พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552

ภาค	พ.ศ.													
	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
ภาคกลาง	6,644 (1:2,908)	6,690 (1:2,925)	6,904 (1:2,869)	7,465 (1:2,675)	7,534 (1:2,665)	7,826 (1:2,590)	7,895 (1:2,547)	8,821 (1:2,350)	8,696 (1:2,373)	8,960 (1:2,295)	9,088 (1:2,291)	9,769 (1:2,154)	9,782 (1:2,170)	10,394 (1:2,042)
ภาคเหนือ	1,989 (1:6,004)	1,958 (1:6,149)	2,029 (1:5,976)	2,029 (1:5,984)	2,045 (1:5,923)	1,982 (1:6,111)	1,964 (1:6,180)	2,087 (1:5,808)	2,103 (1:5,690)	2,179 (1:5,444)	2,179 (1:5,455)	2,185 (1:5,438)	2,185 (1:5,435)	2,332 (1:5,092)
ภาคใต้	1,189 (1:6,534)	1,152 (1:6,837)	1,237 (1:6,472)	1,243 (1:6,524)	1,273 (1:6,430)	1,354 (1:6,104)	1,398 (1:5,983)	1,510 (1:5,601)	1,507 (1:5,618)	1,535 (1:5,521)	1,535 (1:5,576)	1,799 (1:4,796)	1,799 (1:4,835)	2,035 (1:4,274)
ภาคตะวันออก และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,303 (1:9,019)	2,396 (1:8,759)	2,378 (1:8,923)	2,536 (1:8,423)	2,253 (1:9,445)	2,148 (1:9,986)	2,166 (1:9,950)	2,566 (1:8,431)	2,574 (1:8,339)	2,751 (1:7,742)	2,668 (1:8,003)	2,631 (1:8,127)	2,631 (1:8,139)	2,663 (1:8,041)
รวมประเทศ	12,125 (1:4,931)	12,196 (1:4,958)	12,548 (1:4,874)	13,273 (1:4,639)	13,105 (1:4,713)	13,310 (1:4,665)	13,423 (1:4,660)	14,984 (1:4,200)	14,880 (1:4,202)	15,425 (1:4,032)	15,470 (1:4,048)	16,384 (1:3,841)	16,397 (1:3,855)	17,424 (1:3,628)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

- หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน () คือ จำนวนร้านขายยาต่อประชากร
2. ร้านขายยา หมายถึง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน แผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จและแผนโบราณ
3. ภาคกลางรวมกรุงเทพมหานครด้วย



3. เทคโนโลยีทางสุขภาพ

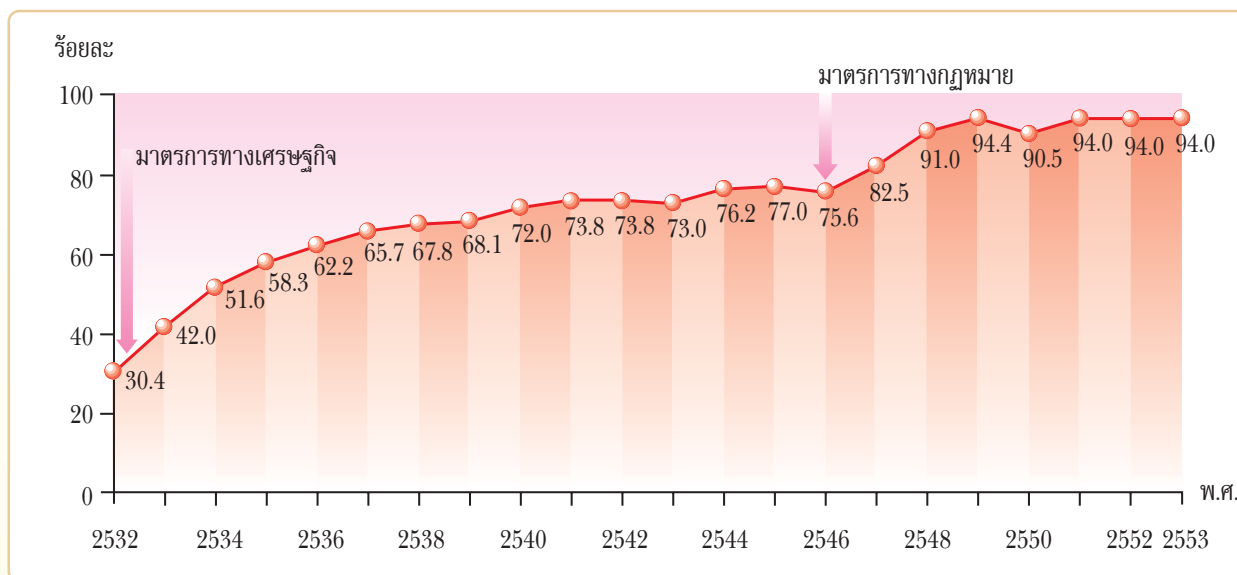
เทคโนโลยีทางสุขภาพ ที่สำคัญได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการรักษาโรค

3.1 ยาและเวชภัณฑ์

ยาที่ผลิตในประเทศส่วนหนึ่งมาจากโรงงานผลิตยาที่ได้รับการส่งเสริม หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice, GMP) ในพ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายให้โรงงานผลิตยาทุกแห่งต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต ซึ่ง ณ ปัจจุบันมีโรงงานผลิตยาได้รับรองมาตรฐาน GMP ร้อยละ 94 ใน พ.ศ. 2553 โดยที่เหลือเป็นโรงงานใหม่อยู่ระหว่างของ GMP (ภาพที่ 6.43)



ภาพที่ 6.43 ร้อยละของสถานที่ผลิตยาที่ได้ GMP พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2553



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

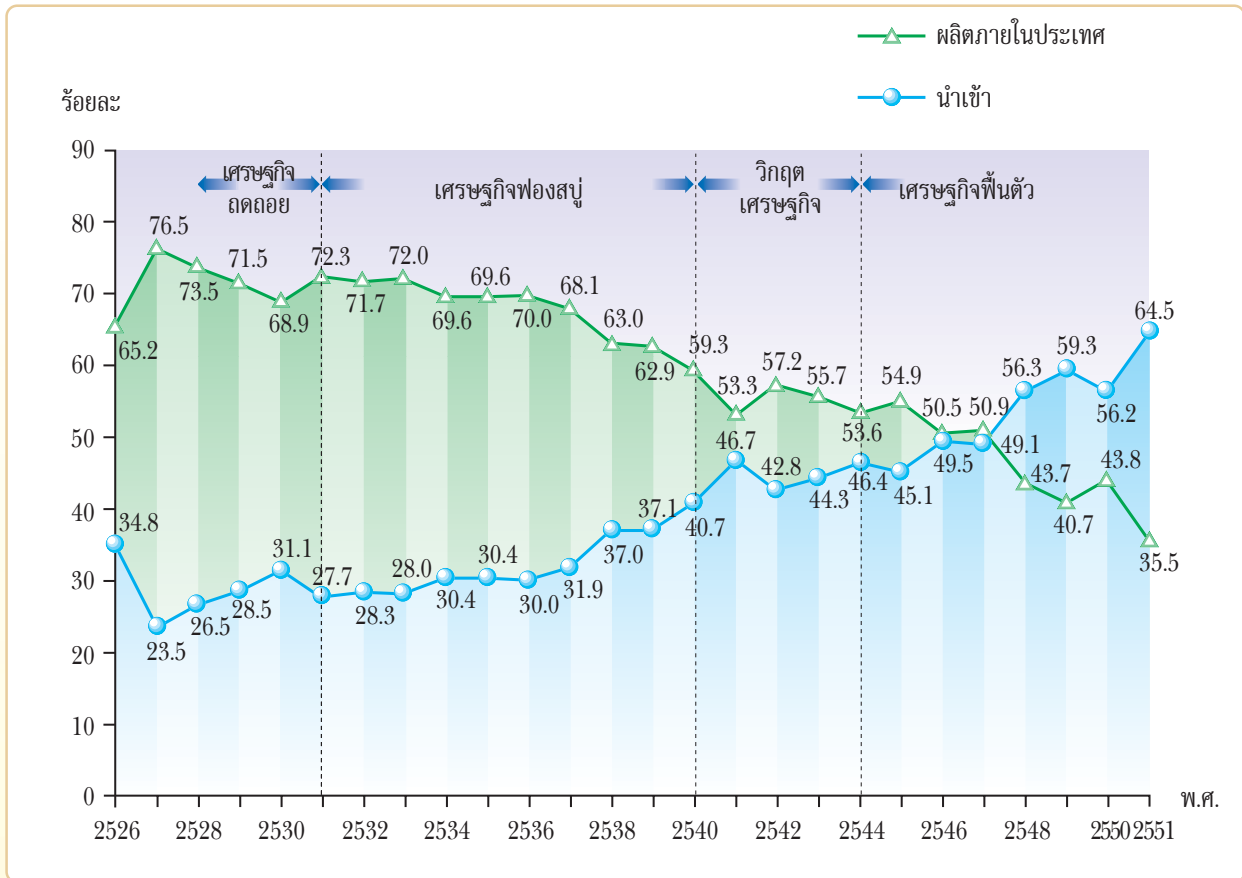
แต่เดิมยาส่วนใหญ่ที่บริโภคในประเทศเป็นยาที่ผลิตในประเทศไทยแต่ในช่วง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2539 เศรษฐกิจมีการเติบโตในอัตราสูง รวมทั้งเริ่มมีการผูกขาดตลาดยาใหม่ๆ ภายใต้ พ.ร.บ.ยา ทำให้สัดส่วนของยาสำเร็จรูปนำเข้า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและชะลอตัวในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ และแม้หลังวิกฤตเศรษฐกิจในช่วง พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา สัดส่วนของยาสำเร็จรูปนำเข้าก็ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 56.3 ใน พ.ศ. 2548 และร้อยละ 64.5 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.44) ทั้งนี้เกิดขึ้นทั้งจากเศรษฐกิจที่ดีขึ้นและการผูกขาดยานำเข้าภายใต้ระบบสิทธิบัตร

หากพิจารณามูลค่าของการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน จะพบว่าแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การนำเข้ามีมูลค่าที่สูงขึ้นจนสูงกว่ามูลค่าการผลิตตั้งแต่ พ.ศ. 2548 โดยมีมูลค่าที่ต่างกันถึงเกือบ 3 หมื่นล้านบาทใน พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 6.9)

นอกจากผลิตและจำหน่ายยาเพื่อการบริโภคในประเทศแล้ว ยังส่งออกไปจำหน่ายยังต่างประเทศ โดยประเทศไทยสามารถส่งออกยาได้เพิ่มขึ้นจาก 480.8 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2532 เป็น 9,184 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.45)



ภาพที่ 6.44 ร้อยละของมูลค่าการผลิตและนำส่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2551



ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา



ตารางที่ 6.9 มูลค่าการผลิตและการนำเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2551

พ.ศ.	มูลค่าราคาขายส่งจากรายงาน (ราคาปีปัจจุบัน)					ปริมาณการตามมูลค่า		ปริมาณการบริโภคมูลค่า		อัตราเพิ่ม	ราคาขายปลีก เป็นร้อยละของ รายจ่ายสุขภาพ			
	ผลิต ในประเทศ	ร้อยละ	นำเข้า		มูลค่าส่งออก (ล้านบาท)	บริโภคใน ประเทศ ⁽¹⁾ (ล้านบาท)	ปริมาณการบริโภค ในประเทศ(ขายส่ง) ⁽²⁾ x 1.675	x 1.8	พ.ศ. 2551					
			มูลค่า นำเข้า	ร้อยละ								ราคาขาย ปลีก		
2526	3,777.9	65.2	2,012.0	34.8	5,789.9	255.6	5,534.3	9,270.0	16,686.0	22,718.30	40,893.15	0.0	0.0	40.52
2527	5,453.0	76.5	1,673.0	23.5	7,126.0	284.0	6,842.0	11,460.4	20,628.7	27,837.12	50,106.99	23.6	22.5	39.49
2528	6,651.2	73.5	2,393.1	26.5	9,044.3	315.5	8,728.8	14,620.7	26,317.3	34,692.57	62,446.62	27.6	24.6	44.41
2529	4,678.0	71.5	1,864.5	28.5	6,542.5	350.5	6,192.0	10,371.6	18,668.9	24,190.58	43,543.04	-29.1	-30.3	28.26
2530	5,145.8	68.9	2,325.4	31.1	7,471.2	389.4	7,081.8	11,862.0	21,351.6	27,014.46	48,626.04	14.4	11.7	28.73
2531	6,708.8	72.3	2,571.0	27.7	9,279.8	432.7	8,847.1	14,818.9	26,674.0	32,486.81	58,476.26	24.9	20.3	29.65
2532	8,372.9	71.7	3,307.6	28.3	11,680.5	480.8	11,199.7	18,759.5	33,767.1	38,991.26	70,184.27	26.6	20.0	32.13
2533	8,886.0	72.0	3,449.1	28.0	12,335.1	604.1	11,731.0	19,649.4	35,369.0	38,593.73	69,468.71	4.7	-1.0	28.23
2534	9,657.6	69.6	4,216.4	30.4	13,874.0	784.8	13,089.2	21,924.4	39,463.9	40,677.83	73,220.10	11.6	5.4	28.43
2535	10,696.6	69.6	4,682.6	30.4	15,379.2	1,193.5	14,185.7	23,761.0	42,769.9	42,362.26	76,252.07	8.4	4.1	27.08
2536	11,831.0	70.0	5,075.3	30.0	16,906.3	2,855.3	14,051.0	23,535.4	42,363.8	40,593.66	73,068.59	-0.9	-4.2	23.02
2537	12,969.7	68.1	6,086.6	31.9	19,056.3	1,536.2	17,520.1	29,346.2	52,823.1	48,186.41	86,735.53	24.7	18.7	26.41
2538	15,820.9	63.0	9,276.4	37.0	25,097.3	2,398.5	22,698.8	38,020.5	68,436.9	59,007.23	106,213.01	29.6	22.5	30.09
2539	18,120.4	62.9	10,676.0	37.1	28,796.4	1,784.9	27,011.5	45,244.3	81,439.7	66,449.98	119,609.97	19.0	12.6	31.63
2540	19,608.0	59.3	13,467.1	40.7	33,075.1	2,319.7	30,755.4	51,515.3	92,727.5	71,563.55	128,814.39	13.9	7.7	32.88
2541	16,127.7	53.3	14,146.5	46.7	30,274.2	2,782.3	27,491.9	46,048.9	82,888.1	59,210.92	106,579.66	-10.6	-17.3	30.02
2542	19,033.9	57.2	14,232.3	42.8	33,266.2	3,014.9	30,251.3	50,670.9	91,207.7	65,001.30	117,002.34	10.0	9.8	32.09
2543	20,995.9	55.7	16,700.4	44.3	37,696.3	3,732.7	33,963.6	56,889.0	102,400.2	71,799.99	129,299.91	12.3	10.5	34.16
2544	23,087.9	53.6	19,967.6	46.4	43,055.5	4,326.9	38,728.6	64,870.4	116,766.7	80,572.77	145,030.95	14.0	12.2	36.35
2545	24,144.6	54.9	19,867.9	45.1	44,012.5	4,115.5	39,897.0	66,827.5	120,289.5	82,504.30	148,507.79	3.0	2.4	35.87
2546	26,586.1	50.5	26,024.9	49.5	52,611.0	4,821.5	47,789.5	80,047.4	144,085.3	97,002.04	174,603.68	19.8	17.6	38.72
2547	31,707.6	50.9	30,545.5	49.1	62,253.1	4,961.6	57,291.5	95,963.3	172,734.0	113,116.86	203,610.35	19.9	16.6	43.73
2548	29,704.8	43.7	38,293.4	56.3	67,998.2	6,196.9	61,801.3	103,517.1	186,330.8	116,821.39	210,278.50	7.9	3.3	42.61
2549	30,910.9	40.7	45,004.6	59.3	75,915.5	6,958.3	68,957.2	115,503.3	207,906.0	124,528.19	224,150.74	11.6	6.6	41.82
2550	41,232.4	43.8	53,000.1	56.2	94,232.5	7,409.9	86,822.6	145,427.9	261,770.1	153,268.64	275,883.55	25.9	23.1	48.08
2551	35,322.9	35.5	64,148.1	64.5	99,471.0	8,976.5	90,494.5	151,578.3	272,840.9	151,578.29	272,840.92	4.2	-1.1	46.39
										เฉลี่ย 21 ปี		12.9	8.6	

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

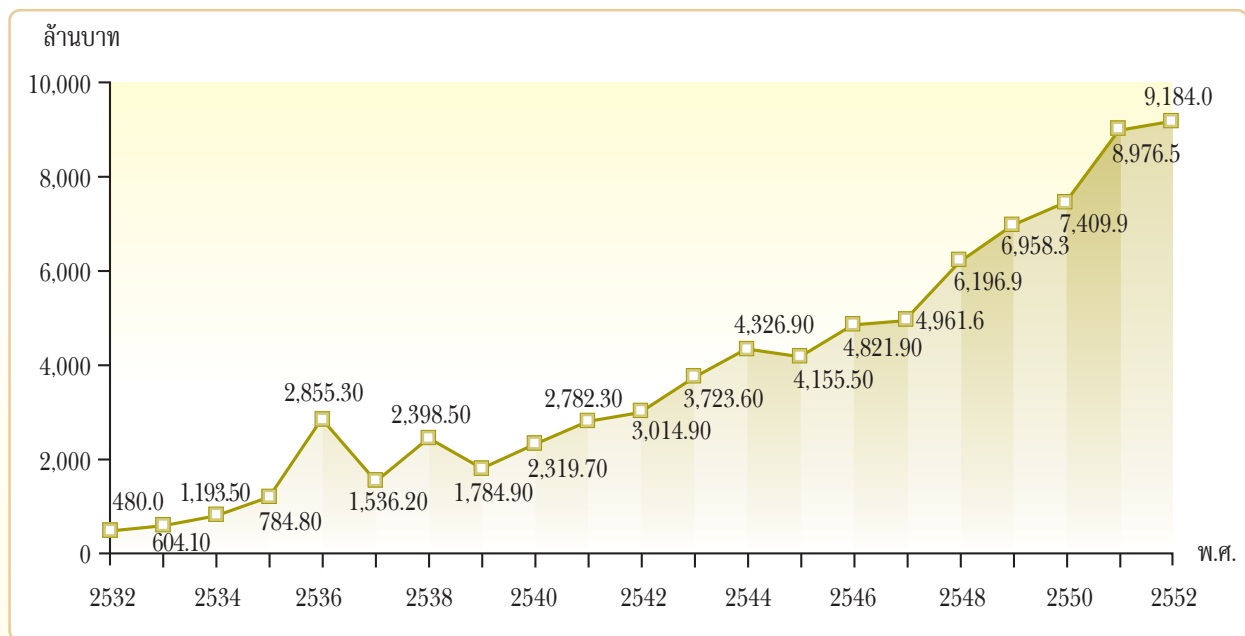
หมายเหตุ: 1.ตัวเลขประมาณการจะต้องลบมูลค่าส่งออกด้วย (ภาพที่ 6.45)

2.ตัวเลขจากรายงานต่ำกว่าความจริงประมาณร้อยละ 67.5 (รายงานต่ำไปร้อยละ 48 และรายงานไม่รวมยาขององค์การเภสัชกรรม และยาเสพติด วัตถุประสงค์)

3.ราคาขายปลีกประมาณ 1.8 เท่าของราคาขายส่ง



ภาพที่ 6.45 มูลค่าการส่งออกยาของประเทศใน พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552 (ราคาปัจจุบัน)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552 มูลค่าส่งออกยาได้จากกรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

3.2 เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

เครื่องมือแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่มีการกระจุกตัวในเมืองใหญ่และอยู่ในภาคเอกชน มากกว่าภาครัฐ ยกเว้นเครื่องสลายนิ่วและเครื่องอัลตราซาวด์ที่มีในภาครัฐมากกว่าเอกชน (ตารางที่ 6.10)

ตารางที่ 6.10 อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย

อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ	จำนวน ทั้งหมด	กรุงเทพมหานคร	ภูมิภาค	รวม		หมายเหตุ
				รัฐ	เอกชน	
1. เครื่องเอ็กซเรย์ คอมพิวเตอร์ ⁽¹⁾	399	128 (32.1)	271 (67.9)	145 (36.3)	254 (63.7)	พ.ศ. 2552
2. เครื่องตรวจอวัยวะ ภายในด้วยสนาม แม่เหล็กไฟฟ้า ⁽¹⁾	51	17 (33.3)	34 (66.7)	23 (45.1)	28 (54.9)	พ.ศ. 2551
3. เครื่องสลายนิ่ว ⁽²⁾	74	9 (12.2)	65 (87.8)	48 (64.9)	26 (35.1)	พ.ศ. 2551
4. เครื่องตรวจมะเร็ง เต้านม ⁽¹⁾	215	117 (54.4)	98 (45.6)	85 (39.5)	130 (60.5)	พ.ศ. 2552
5. เครื่องอัลตราซาวด์ ⁽²⁾	2,158	323 (15.0)	1,835 (85.0)	1,624 (75.3)	534 (24.7)	พ.ศ. 2552

ที่มา: ⁽¹⁾ ได้จากสำนักงิสและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

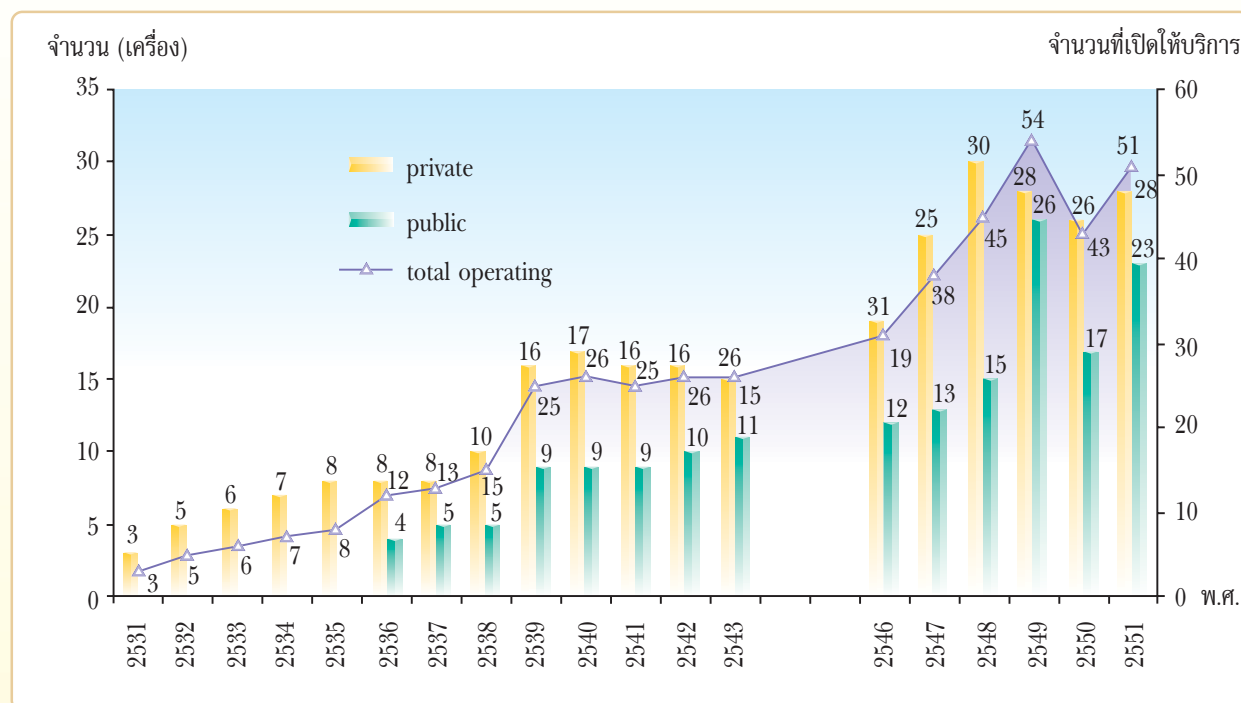
⁽²⁾ ได้จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: ตัวเลขใน () คือ ร้อยละ



แนวโน้มของการมีเครื่องมือแพทย์ที่ใช้สำหรับการให้บริการในประเทศไทย มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ตัวอย่าง เช่น เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชน (ภาพที่ 6.46)

ภาพที่ 6.46 จำนวนเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่เปิดบริการในประเทศไทย จำแนกตามสถานบริการ ภาครัฐและเอกชน



ที่มา: พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2543 ได้จาก ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, 2542.

พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 ได้จาก กองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2549

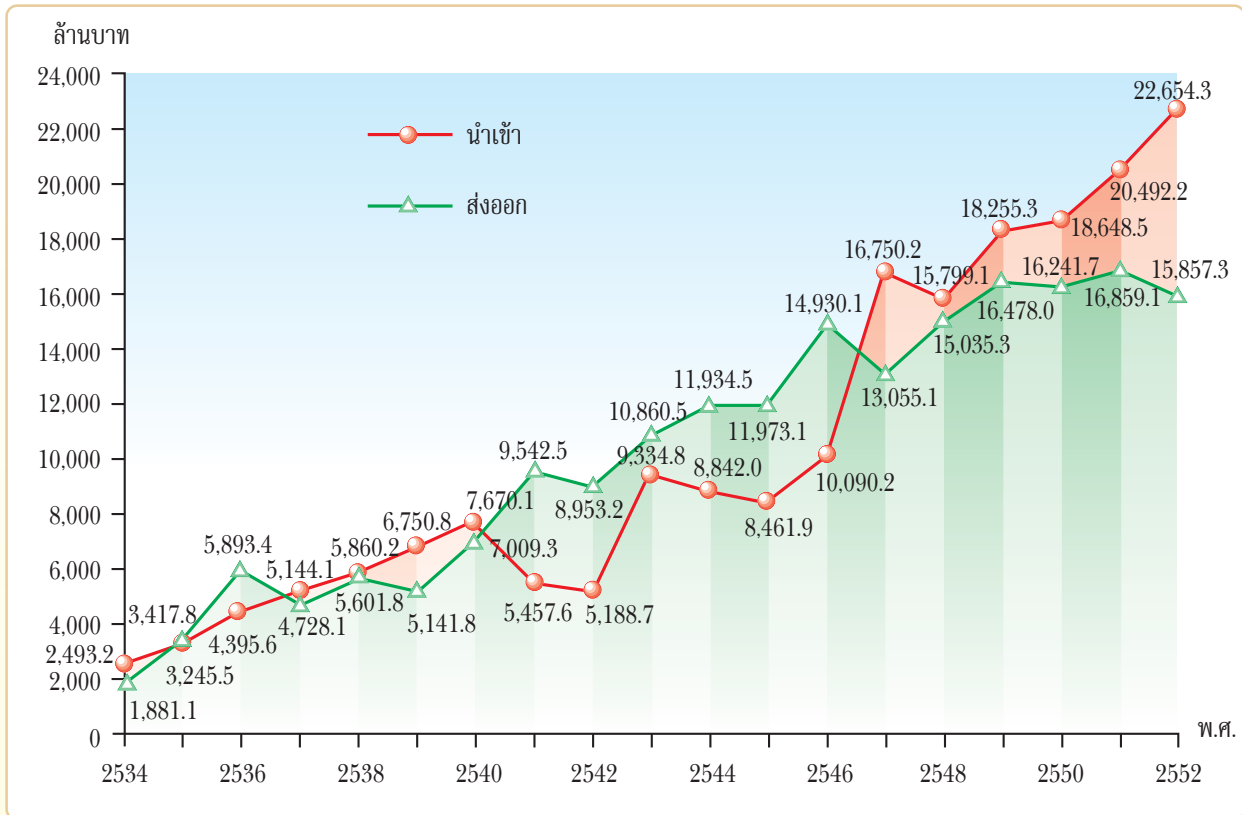
พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2551 ได้จาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: จำนวนเครื่องที่ระบุในแต่ละปีเป็นจำนวนเมื่อปลายปีนั้น

มูลค่าการนำเข้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในช่วง พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 13.04 ต่อปี โดยหลังวิกฤตเศรษฐกิจระยะแรกมูลค่าการนำเข้ามีแนวโน้มลดลงและขยายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.2 ใน พ.ศ. 2546 ในขณะที่การส่งออกเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2540 โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา พบว่ามูลค่าการนำเข้าสูงกว่าการส่งออกอย่างชัดเจน (ภาพที่ 6.47)



ภาพที่ 6.47 มูลค่าการนำเข้า ส่งออก เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552

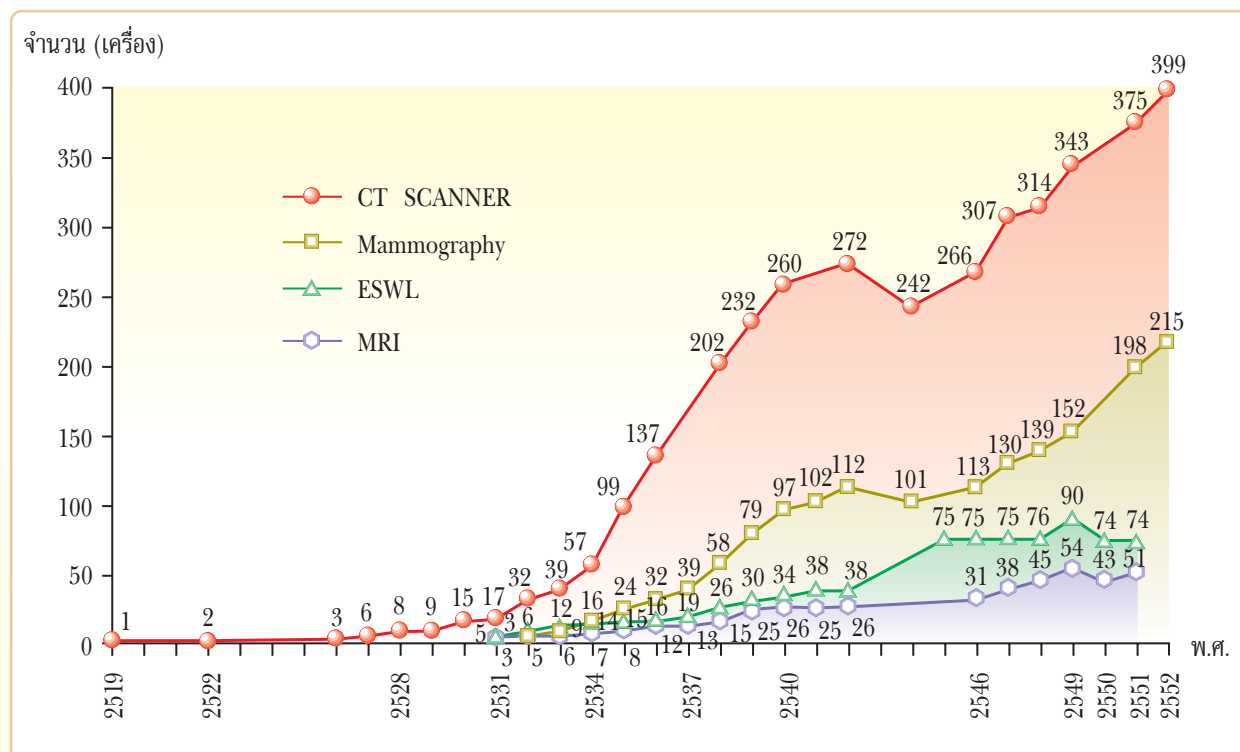


ที่มา: กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

การเพิ่มขึ้นของการนำเข้าเทคโนโลยี ส่วนหนึ่งเป็นการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ราคาแพง โดยเฉพาะการมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) (ภาพที่ 6.48)



ภาพที่ 6.48 จำนวนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงของประเทศไทย พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2552



- ที่มา:
- วงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย : การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2542
 - พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552 ได้จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักวิจัยและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ปัญหาความไม่เท่าเทียมของการกระจายเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) พิจารณาได้จากอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน ซึ่งพบว่ากรุงเทพฯ มีอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อล้านประชากรสูงสุด ทั้งเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่องสลายนิ่ว และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม และหากเปรียบเทียบโดยใช้ค่าดัชนีความแตกต่าง พบว่า เครื่องมือแพทย์ที่ติดตั้งในกรุงเทพฯ ทั้ง 4 ประเภท มีค่าอยู่ระหว่าง 1.3 - 6.0 (เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ) ขณะที่เครื่องมือแพทย์ที่ติดตั้งในภูมิภาคต่าง ๆ มีค่า 0.4 - 1.3 (เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ) (ตารางที่ 6.11) และหากเปรียบเทียบแนวโน้มของดัชนีความแตกต่างของ CT Scanner พบว่าความแตกต่างระหว่างภาคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 6.12) โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพิ่มขึ้นเป็น 9 เท่าในปีพ.ศ. 2552 แสดงให้เห็นว่าเมื่อพิจารณาจากวิกฤตทางเศรษฐกิจ ความไม่เสมอภาคของการกระจายเครื่องมือแพทย์ก็กลับเพิ่มขึ้น



ตารางที่ 6.11 อัตราส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายการ พ.ศ. 2552

ภาคภูมิศาสตร์	จำนวนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน				ดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index)			
	ESWL	CT	MRI	Mammogram	ESWL	CT	MRI	Mammogram
กรุงเทพฯ	1.6	22.5	3.0	20.5	1.3	3.6	3.7	6.0
ภูมิภาค	1.1	4.7	0.6	1.7	0.9	0.7	0.7	0.5
กลาง	1.3	8.3	0.8	3.1	1.1	1.3	1.0	0.9
เหนือ	1.5	4.7	0.5	1.0	1.3	0.7	0.6	0.3
ตะวันออก	0.7	2.3	0.4	1.2	0.6	0.4	0.5	0.4
เฉียงเหนือ								
ใต้	1.4	4.1	0.8	1.3	1.2	0.7	1.0	0.4
ทั่วประเทศ	1.2	6.3	0.8	3.4	1.0	1.0	1.0	1.0

ที่มา: - รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ข้อมูล ESWL ปี 2551)
 - สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ข้อมูล CT, MRI, Mammo ปี 2552)

ตารางที่ 6.12 อัตราส่วน CT Scanner ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายการ พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552

ภาคภูมิศาสตร์	จำนวน CT scan					CT ต่อล้านประชากร					Discrepancy Index				
	2542	2546	2549	2551	2552	2542	2546	2549	2551	2552	2542	2546	2549	2551	2552
กรุงเทพฯ	89	89	115	118	128	15.9	13.3	20.5	20.7	22.5	3.5	3.2	3.7	3.5	3.6
ภูมิภาค	183	177	228	257	271	3.3	3.1	4.0	4.5	4.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7
กลาง	74	80	110	119	129	5.2	5.3	7.4	7.7	8.3	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3
เหนือ	41	37	48	54	56	3.4	3.2	4.0	4.5	4.7	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7
ตะวันออก	46	38	46	49	50	2.2	1.7	2.2	2.3	2.3	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
เฉียงเหนือ															
ใต้	22	22	24	35	36	2.8	2.5	2.9	4.0	4.1	0.6	0.6	0.5	0.7	0.7
ทั่วประเทศ	272	266	343	375	399	4.5	4.2	5.5	5.9	6.3	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

ที่มา: พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552 ได้จากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
 พ.ศ. 2542 ได้จาก วงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย : การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2542

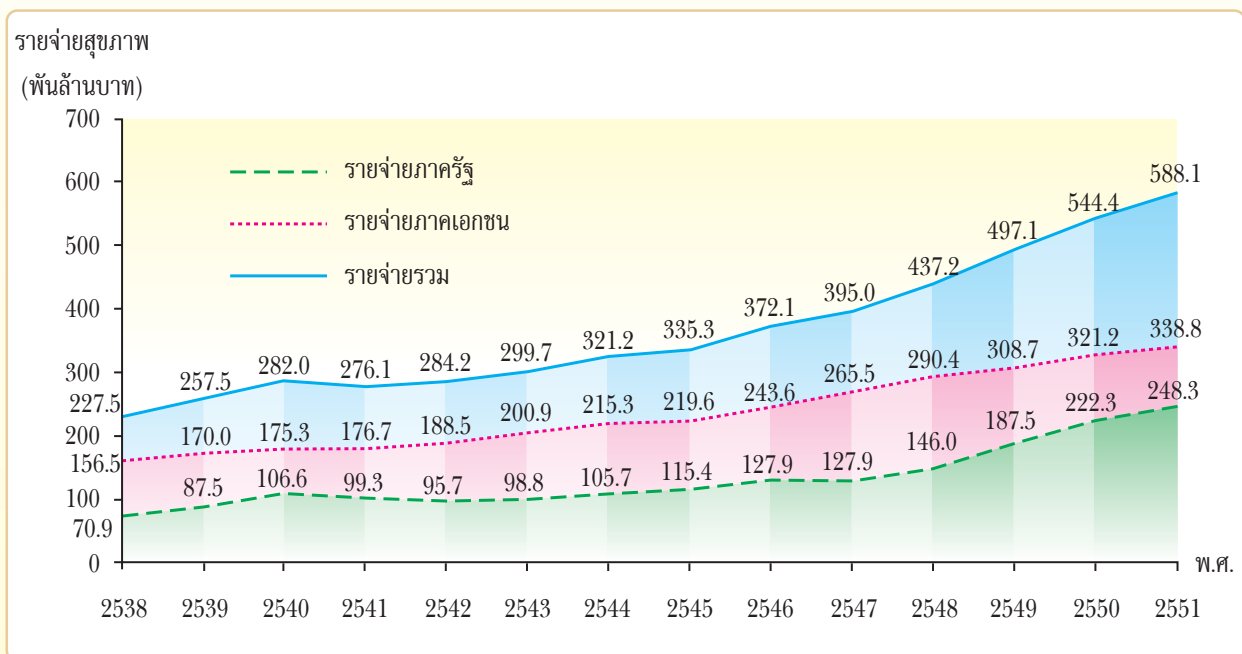


4. รายจ่ายด้านสุขภาพ

4.1 แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจากมูลค่า 25,315 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2523 เป็นมูลค่า 588,154 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 6.49) ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึงกว่า 20 เท่า หากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร เพิ่มขึ้นจาก 545 บาท ใน พ.ศ. 2523 เป็น 9,304 บาท ใน พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 6.13) หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 17 เท่าในมูลค่าปัจจุบัน

ภาพที่ 6.49 รายจ่ายสุขภาพรวมและรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2551

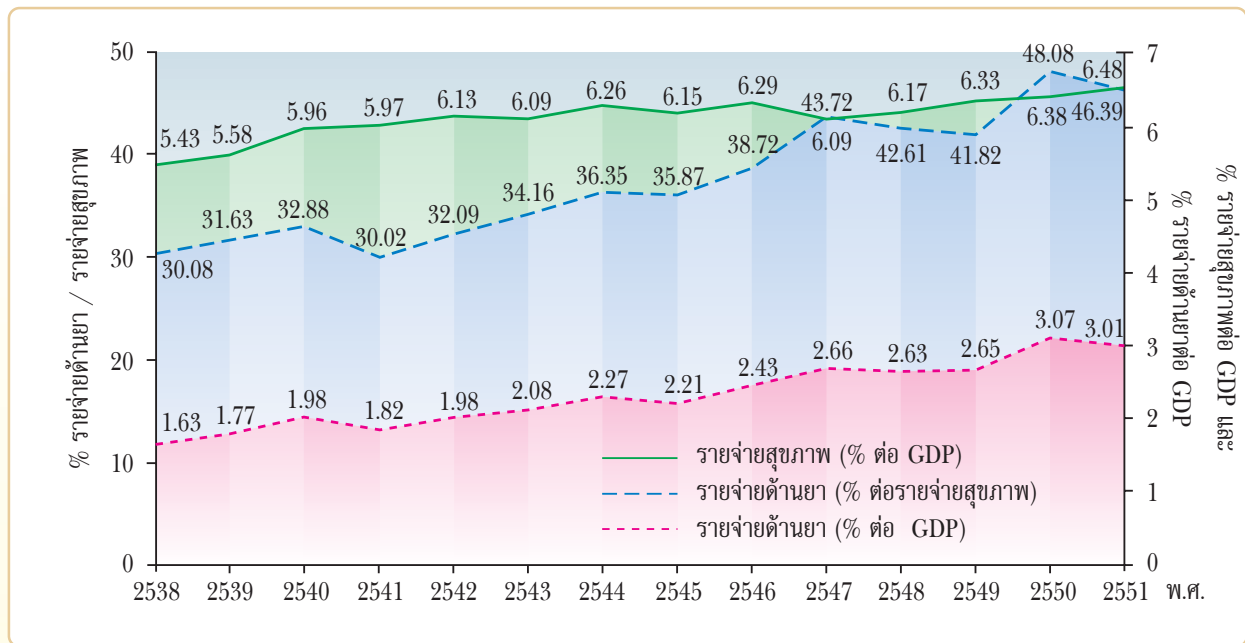


ที่มา: จากตารางที่ 6.13

รายจ่ายสุขภาพจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.4 ใน พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 6.50) โดยเพิ่มในอัตราที่เร็วกว่าการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ กล่าวคือ รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.6 ต่อปี ในมูลค่าจริง ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 5.6 ต่อปี (ตารางที่ 6.14) โดยรายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาล จะเห็นได้จากรายจ่ายด้านยามีสัดส่วนสูงขึ้นเป็นร้อยละ 46.4 ต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 6.14 และ ภาพที่ 6.50)



ภาพที่ 6.50 รายจ่ายสุขภาพรวม และรายจ่ายด้านยาต่อ GDP และรายจ่ายด้านยาต่อรายจ่ายสุขภาพ (รายจ่ายสุขภาพต่อ GDP และรายจ่ายด้านยาต่อ GDP) ระหว่าง พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2551

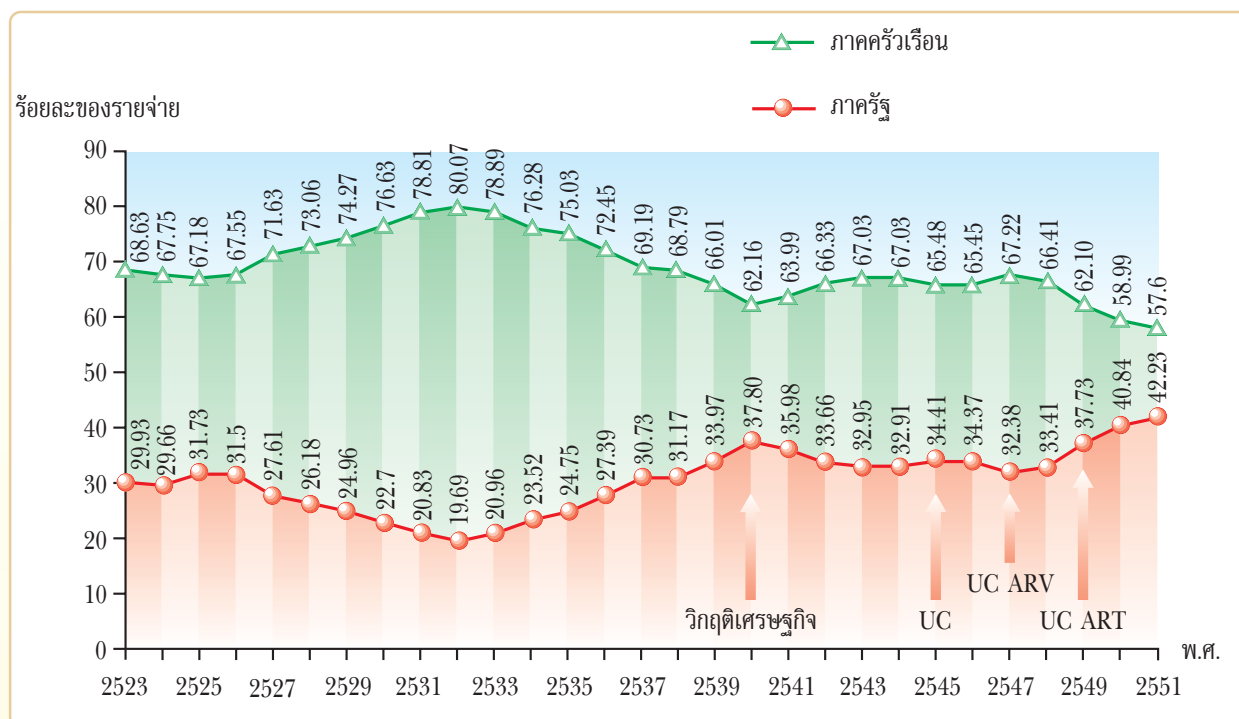


ที่มา: ตารางที่ 6.14

นอกจากนี้ หากพิจารณาตามแหล่งที่มาของรายจ่ายด้านสุขภาพ จะพบว่าส่วนใหญ่ของรายจ่ายสุขภาพ เป็นของภาคเอกชน ซึ่งรวมถึงรายจ่ายของครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 57.6 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2551 ในขณะที่รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 42.2 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ (ภาพที่ 6.51) ทั้งนี้ ตั้งแต่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. 2545) และมีหลักประกันในการเข้าถึงยารักษาโรคเอดส์และการบำบัดโรคไตวายระยะสุดท้าย แนวโน้มสัดส่วนค่าใช้จ่ายในภาครัฐก็สูงขึ้นมาก



ภาพที่ 6.51 แนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพ ภาครัฐและภาคครัวเรือน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551



ที่มา: ตารางที่ 6.13

หมายเหตุ: UC = ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ARV = ยารักษาโรคเอดส์ (Antiretroviral Drugs)

RRT = การบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Renal Replacement Therapy)



ตารางที่ 6.13 รายจ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าปัจจุบัน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551 (ล้านบาท)

พ.ศ.	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	สวัสดิการ สวัสดิการ รัฐวิสาหกิจ	กองทุน ทดแทน แรงงาน	ประกัน สังคม	องค์กร อิสระ/ หน่วยงาน ในกำกับ	ร้อยละ รวม	ประกัน สุขภาพกับ บริษัท เอกชน	ครัวเรือน และ นายจ้าง	รวม	ร้อยละ	เงินช่วยเหลือ ต่างประเทศ		รวมราย จ่ายเพื่อ สุขภาพ ทั้งหมด	รายจ่าย สุขภาพต่อ คนต่อบาท	ร้อยละ GDP
												รวม	ร้อยละ			
2523	4,495	2,210	660	111	-	-	7,576	224	17,150	17,374	68.63	365	1.44	25,315	544.94	3.82
2524	5,572	2,535	995	167	-	-	9,418	284	21,229	21,513	67.75	824	2.59	31,755	668.70	4.18
2525	6,652	2,838	1,219	204	-	-	11,066	318	23,109	23,427	67.18	380	1.09	34,873	719.16	4.14
2526	7,092	3,134	1,482	248	-	-	12,971	350	27,469	27,819	67.55	391	0.95	41,181	832.63	4.47
2527	8,618	3,467	1,791	300	-	-	14,426	469	36,951	37,420	71.63	395	0.76	52,241	1,036.61	5.29
2528	9,044	3,716	2,157	362	-	-	15,515	547	42,751	43,298	73.06	452	0.76	59,265	1,146.75	5.61
2529	9,275	3,965	2,594	435	-	-	16,490	630	48,432	49,062	74.27	508	0.77	66,060	1,254.78	5.83
2530	9,525	4,082	2,828	474	-	-	17,183	756	57,258	58,014	76.63	507	0.67	75,704	1,439.10	5.82
2531	10,373	4,338	3,156	529	-	-	18,743	951	69,955	70,906	78.81	319	0.35	89,968	1,649.70	5.77
2532	11,733	4,448	3,521	590	-	-	20,689	1,162	82,988	84,150	80.07	252	0.24	105,091	1,895.31	5.66
2533	16,225	4,558	4,316	723	-	-	26,265	1,403	97,450	98,853	78.89	184	0.15	125,302	2,224.04	5.74
2534	20,569	4,699	5,127	859	778	-	32,656	1,544	104,348	105,892	76.28	270	0.19	138,818	2,449.93	5.54
2535	24,604	4,840	5,854	981	2,057	-	39,089	1,775	116,745	118,520	75.03	356	0.23	157,965	2,753.20	5.58
2536	32,898	4,928	7,906	1,291	2,473	-	50,423	2,061	131,297	133,358	72.45	281	0.15	184,062	3,141.85	5.81
2537	39,319	5,558	9,954	1,668	3,773	-	61,441	2,307	136,047	138,354	69.19	154	0.08	199,949	3,405.40	5.51
2538	45,833	6,677	11,156	1,869	3,991	-	70,896	4,984	151,508	156,492	68.79	89	0.04	227,477	3,837.50	5.43
2539	55,861	7,768	13,587	2,418	6,239	-	87,483	6,296	163,693	169,989	66.01	35	0.01	257,507	4,307.00	5.58
2540	68,934	7,182	15,503	2,756	10,245	-	106,607	7,518	167,780	175,298	62.16	96	0.03	282,001	4,663.80	5.96
2541	65,065	5,740	16,440	2,817	7,637	-	99,329	7,803	168,876	176,679	63.99	82	0.03	276,090	4,514.50	5.97
2542	62,787	6,087	15,174	2,539	7,676	-	95,667	8,171	180,356	188,527	66.33	41	0.01	284,235	4,615.90	6.13
2543	63,001	6,195	17,062	1,622	9,623	-	98,760	7,291	193,634	200,925	67.03	72	0.02	299,757	4,852.80	6.09
2544	61,563	7,134	19,180	3,013	13,543	-	105,710	8,400	206,942	215,342	67.03	187	0.06	321,239	5,173.40	6.26
2545	70,923	6,884	20,475	3,081	11,223	1,595	115,401	9,734	209,886	219,620	65.48	372	0.11	335,393	5,361.61	6.15
2546	74,134	8,579	22,679	3,971	15,113	1,954	127,910	11,128	232,457	243,585	65.45	665	0.18	372,160	6,912.95	6.29
2547	77,721	7,056	19,798	4,101	15,533	2,189	127,900	12,581	252,956	265,537	67.22	1,573	0.40	395,018	6,317.59	6.09
2548	85,914	6,070	28,951	3,741	17,592	2,301	146,076	13,861	276,547	290,408	66.41	791	0.18	437,275	7,030.62	6.17
2549	107,101	8,919	37,037	8,068	21,029	3,736	187,574	10,258	298,433	308,691	62.10	837	0.17	497,102	7,937.96	6.33
2550	129,683	10,343	46,514	8,882	21,686	3,531	222,374	11,099	310,088	321,187	58.99	890	0.16	544,451	8,651.21	6.38
2551	142,114	11,820	54,937	9,780	23,767	4,255	268,287	13,507	325,295	338,802	57.60	991	0.17	588,154	9,304.17	6.48

- ที่มา:
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายได้ประชาชาติของไทย พ.ศ. 2494 - พ.ศ. 2551
 - พ.ว.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ทุกข์ สมุทัย ในระบบสาธารณสุข พ.ศ.2539
 - Charles Myers, Financing Health Services and Medical Care in Thailand, 1985
 - สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, Thai National Health Accounts 2006-2008



ตารางที่ 6.14 รายจ่ายด้านยาและรายจ่ายด้านสุขภาพที่ยุยกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551 (ล้านบาท)

พ.ศ.	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ				รายจ่ายด้านสุขภาพ				รายจ่ายด้านยา			
	มูลค่าจริง	มูลค่าใน พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละของ GDP	มูลค่าจริง	มูลค่าใน พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละของ GDP	มูลค่าจริง	มูลค่าใน พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละของ GDP
2523	662,482	910,457	-	3.82	25,315	34,791	-	3.82	-	-	-	-
2524	760,356	927,535	1.88	4.18	31,755	38,737	11.34	4.18	-	-	-	-
2525	841,569	977,264	5.36	4.14	34,873	40,496	4.54	4.14	-	-	-	-
2526	920,989	1,029,583	5.35	4.47	41,181	46,037	13.68	4.47	16,686	18,653	-	1.81
2527	988,070	1,094,770	6.33	5.29	52,241	57,882	25.73	5.29	20,629	22,857	22.53	2.09
2528	1,056,496	1,143,520	4.45	5.61	59,265	64,147	10.82	5.61	26,317	28,485	24.62	2.49
2529	1,133,397	1,205,844	5.45	5.83	66,060	70,283	9.57	5.83	18,669	19,862	-30.27	1.65
2530	1,299,913	1,350,395	11.99	5.82	75,704	78,644	11.90	5.82	21,181	22,181	11.67	1.67
2531	1,559,804	1,559,804	15.51	5.77	89,968	89,968	1440	5.77	26,674	26,674	20.25	1.71
2532	1,856,992	1,760,616	12.87	5.66	105,091	99,637	10.75	5.66	33,763	32,011	20.01	1.82
2533	2,183,545	1,956,310	11.12	5.74	125,302	112,262	12.67	5.74	35,369	31,688	-1.01	1.62
2534	2,506,635	2,121,435	8.44	5.54	138,818	117,486	4.65	5.54	39,404	33,399	5.40	1.57
2535	2,830,914	2,302,231	8.52	5.58	157,965	128,464	9.34	5.58	42,770	34,783	4.14	1.51
2536	3,170,258	2,494,247	8.34	5.81	184,062	144,813	12.73	5.81	42,364	33,331	-4.17	1.34
2537	3,629,341	2,718,376	8.99	5.51	199,949	149,762	3.42	5.51	52,823	39,564	18.70	1.45
2538	4,186,212	2,963,585	9.02	5.43	227,477	161,040	7.53	5.43	68,437	48,449	22.46	1.63
2539	4,611,041	3,089,150	4.24	5.58	257,507	172,516	7.13	5.58	81,440	54,560	12.61	1.77
2540	4,732,610	2,998,921	-9.92	5.96	282,001	178,696	3.58	5.96	92,728	58,759	7.70	1.98
2541	4,626,447	2,713,554	-9.52	5.97	276,090	161,935	-9.38	5.97	82,888	48,616	-17.26	1.82
2542	4,637,079	2,713,416	-0.01	6.13	284,235	166,322	2.71	6.13	91,208	53,371	9.78	1.98
2543	4,923,263	2,834,377	4.46	6.09	299,757	172,573	3.76	6.09	102,400	58,953	10.46	2.08
2544	5,133,836	2,908,656	2.62	6.26	321,239	182,003	5.46	6.26	116,767	66,156	12.22	2.27
2545	5,451,854	3,070,255	5.56	6.15	335,393	188,879	3.78	6.15	120,290	67,742	2.40	2.21
2546	5,917,368	3,270,929	6.68	6.29	372,160	205,718	8.92	6.29	144,085	79,646	17.57	2.43
2547	6,489,847	3,489,516	6.54	6.09	395,018	212,397	3.25	6.09	172,734	92,877	16.61	2.66
2548	7,087,660	3,648,562	4.56	6.17	437,275	225,099	5.98	6.17	186,331	95,919	3.28	2.63
2549	7,850,193	3,860,666	5.81	6.33	497,102	244,471	8.61	6.33	207,906	102,247	6.60	2.65
2550	8,529,836	4,100,672	6.22	6.38	544,451	261,742	7.06	6.38	261,770	125,844	23.08	3.07
2551	9,075,493	4,139,796	0.95	6.48	588,154	268,287	2.50	6.48	272,841	124,457	-1.10	3.01
Average				5.56	7.57	7.57	7.57	7.57	7.01	7.01	7.01	7.01

ที่มา: จากตารางที่ 6.9 และ ตารางที่ 6.13



ตารางที่ 6.15 สัดส่วนของแหล่งรายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551

	2523	2529	2531	2532	2534	2535	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
1. ภาครัฐ																					
กท.สาธารณสุข	17.76	14.04	11.53	11.16	14.28	15.58	19.66	20.15	21.69	24.44	23.57	22.09	21.02	19.16	21.15	19.92	19.68	19.65	21.55	23.82	24.34
กท.อื่น	8.73	6.00	4.82	4.23	3.39	3.06	2.78	2.94	3.02	2.55	2.08	2.14	2.07	2.22	2.05	2.31	1.79	1.39	1.79	1.90	2.02
สวัสดิการข้าราชการ	2.61	3.93	3.51	3.35	3.69	3.71	4.98	4.90	5.28	5.50	5.95	5.34	5.69	5.97	6.10	6.09	5.01	6.62	7.45	8.54	9.41
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	0.44	0.66	0.59	0.56	0.62	0.62	0.83	0.82	0.94	0.98	1.02	0.89	0.54	0.94	0.92	1.07	1.04	0.86	1.62	1.63	1.67
กองทุนทดแทนแรงงาน	0.40	0.33	0.39	0.38	0.45	0.48	0.58	0.60	0.63	0.70	0.59	0.49	0.42	0.40	0.36	0.40	0.38	0.34	0.34	0.32	0.29
ประกันสังคม	0.00	0.00	0.00	0.00	0.56	1.30	1.89	1.75	2.42	3.63	2.77	2.70	3.21	4.22	3.35	4.06	3.94	4.02	4.23	3.98	4.04
องค์กรอิสระ/หน่วยงานในกำกับ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.48	0.53	0.55	0.53	0.75	0.65	0.72
รวม	29.93	24.96	20.83	19.69	23.52	24.75	30.73	31.17	33.97	37.80	35.98	33.66	32.95	32.91	34.41	34.37	32.38	33.41	37.73	40.84	42.23
2. ภาคเอกชน																					
ประกันสุขภาพบริษัทเอกชน	0.88	0.95	1.06	1.11	1.11	1.12	1.15	2.19	2.44	2.66	2.82	2.88	2.43	2.61	2.90	2.99	3.18	3.17	2.06	2.04	2.30
ครัวเรือนและนายจ้าง	67.75	73.32	77.76	78.97	75.17	73.91	68.04	66.60	63.57	59.50	61.17	63.45	64.60	64.42	62.58	62.47	64.04	63.24	60.03	56.95	55.31
รวม	68.63	74.27	78.81	80.07	76.28	75.03	69.19	68.79	66.01	62.16	63.99	66.33	67.03	67.03	65.48	65.45	67.22	66.41	62.10	58.99	57.60
3. อื่นๆ																					
เงินช่วยเหลือต่างประเทศ	1.44	0.77	0.35	0.24	0.19	0.23	0.08	0.04	0.01	0.03	0.03	0.01	0.02	0.06	0.11	0.18	0.40	0.18	0.17	0.16	0.17
รวม (ร้อยละ)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา: จากตารางที่ 6.13



เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย (ตารางที่ 6.16) พบว่า ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพที่ไม่สูงมากนัก เมื่อเป็นมูลค่าต่อประชากร แต่เมื่อคิดเป็นร้อยละต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ กลับมีค่าที่สูงกว่าประเทศอื่นๆ และรัฐยังมีส่วนแบ่งรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าภาคเอกชน โดยประชาชนยังเป็นผู้รับภาระส่วนใหญ่ในเรื่องรายจ่ายสุขภาพด้วยตนเอง

ตารางที่ 6.16 รายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายต่อหัว (USD)	% ของผลิตภัณฑ์ มวลรวมในประเทศ	สัดส่วนการจ่าย รัฐ : ประชาชน
อินโดนีเซีย	82	2.2	54.5 : 45.5
ฟิลิปปินส์	130	3.9	34.7 : 65.3
ศรีลังกา	179	4.2	47.5 : 52.5
มาเลเซีย	604	4.4	44.4 : 55.6
ไทย (2551)	282	6.4	42.4 : 57.6
สิงคโปร์	1,643	3.1	32.6 : 67.4
เกาหลีใต้	1,688	6.3	54.9 : 45.1

ที่มา: The world health report, 2010 (เป็นข้อมูล พ.ศ. 2550)

หมายเหตุ: ตัวเลข พ.ศ. 2551 คิดอัตรา 33 บาท ต่อ 1 USD

4.2 รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ

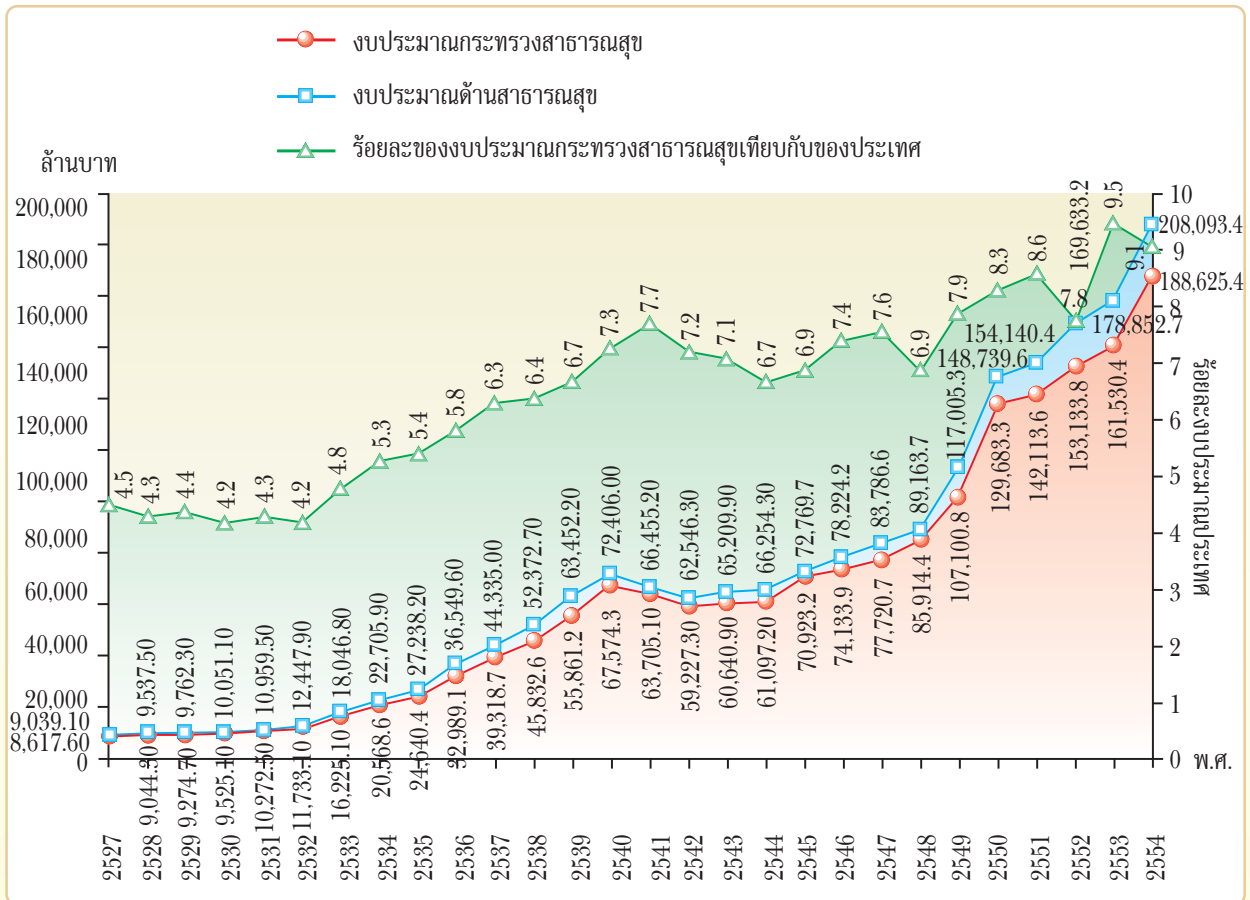
แหล่งจ่ายที่ใหญ่ที่สุดของภาครัฐ คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยราชการส่วนกลาง ในช่วงทศวรรษ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2532 แหล่งเงินในภาครัฐมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 29.9 ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 19.7 ใน พ.ศ. 2532 หลังจาก พ.ศ. 2532 แหล่งเงินภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถึงร้อยละ 37.8 ใน พ.ศ. 2540 เนื่องจากเป็นช่วงที่เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวและเติบโตต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว แต่ในช่วงหลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจรัฐบาลต้องปรับลดงบประมาณ ทำให้แหล่งเงินภาครัฐมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 32.9 ใน พ.ศ. 2544 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 42.2 ใน พ.ศ. 2551 ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หากจำแนกแหล่งการเงินภาครัฐตามแหล่งที่มา จะพบว่า สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 24.4 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 19.65 ใน พ.ศ. 2548 แล้วกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.3 ใน พ.ศ. 2551 ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพจากสวัสดิการข้าราชการมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.5 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 9.4 ใน พ.ศ. 2551 เช่นเดียวกับสัดส่วนของประกันสังคมที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 6.15)

เมื่อพิจารณาจากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจะเห็นว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ของงบประมาณทั้งหมดใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 9.1 ของงบประมาณทั้งประเทศใน พ.ศ. 2554 (ภาพที่ 6.52) แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของภาครัฐที่มีต่อระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 6.52 งบประมาณด้านสุขภาพและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2554



ที่มา: สำนักงบประมาณ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2554 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขรวมงบกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ

(เดิมเป็นงบเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ)



4.3 รายจ่ายสุขภาพภาคเอกชนและครัวเรือน

ภาคเอกชนมีแหล่งเงินจากครัวเรือนที่เป็นแหล่งจ่ายที่ใหญ่ที่สุด เนื่องจากประชาชนบางส่วนหรือบางครั้งต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าตนเองเมื่อใช้บริการ โดยเฉพาะพฤติกรรมของประชาชนที่ยังนิยมการรักษาตัวเองด้วยการซื้อยากินเอง หรือใช้บริการในสถานบริการที่ไม่สามารถหรือไม่ต้องการใช้สิทธิการรักษา เช่น คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชน หรือไม่ได้ใช้บริการตามขั้นตอน หรือในพื้นที่ หรือในสถานบริการที่ระบุไว้ในสิทธิประโยชน์ ทำให้แหล่งเงินจากครัวเรือนมีบทบาทมากในการจัดบริการสุขภาพ

โดยสัดส่วนของรายจ่ายภาคครัวเรือนมีค่าเกินกว่าร้อยละ 60 มาโดยตลอด (ตารางที่ 6.15) โดยใน พ.ศ. 2523 แหล่งเงินจากครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 68.6 เพิ่มขึ้นสูงสุดใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 80.1 เนื่องจากการปรับลดงบประมาณภาครัฐ ทำให้ครัวเรือนต้องรับภาระรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หลังจาก พ.ศ. 2532 จนถึงช่วงวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 แหล่งเงินจากครัวเรือนมีแนวโน้มที่มีสัดส่วนลดลงเรื่อย ๆ เป็นร้อยละ 62.2 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.03 ใน พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ งบประมาณภาครัฐมีการปรับลดลง อย่างไรก็ดี ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา ปรากฏว่าสัดส่วนรายจ่ายภาคครัวเรือนและเอกชน ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2549 มีสัดส่วนร้อยละ 62.1 และใน พ.ศ. 2551 ลดลงเหลือร้อยละ 57.6 แสดงให้เห็นว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนช่วยลดภาระรายจ่ายภาคครัวเรือนลงได้ ถึงแม้ว่ายังคงมีการใช้บริการที่ไม่ได้อยู่ในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะการซื้อยากินเอง การใช้คลินิกเอกชน และการใช้บริการข้ามขั้นตอนหรือข้ามเขตพื้นที่ ที่ประชาชนยังคงต้องจ่ายเงินเองเมื่อไปใช้บริการ

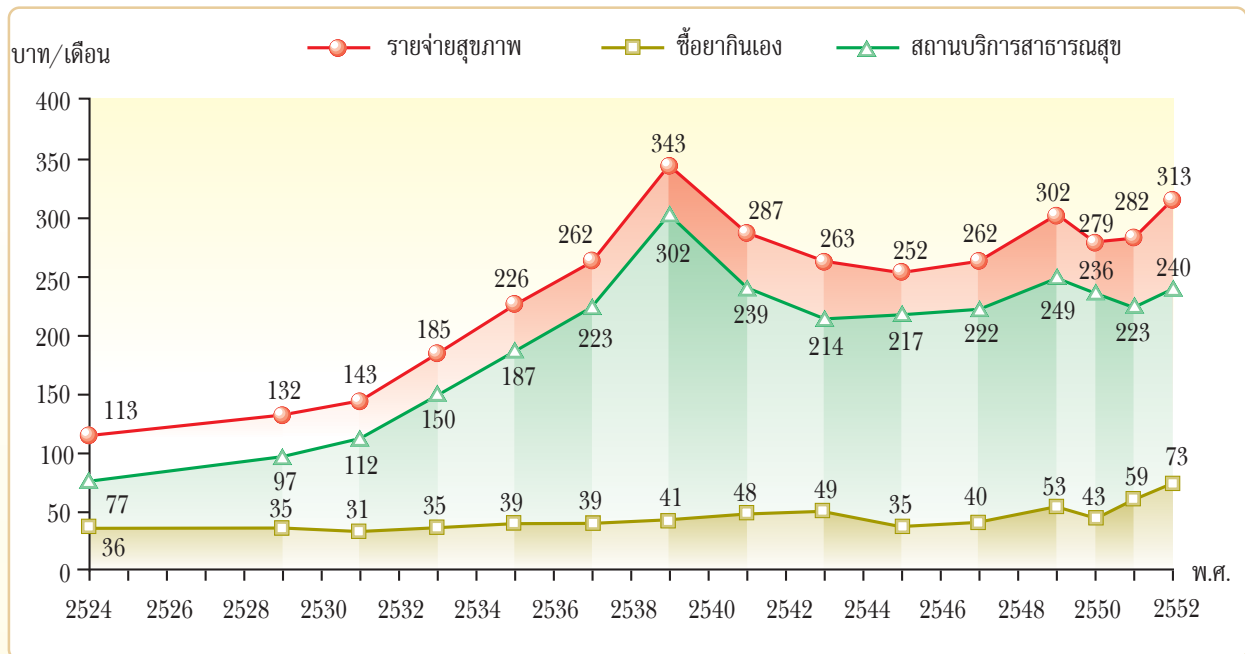
เมื่อจำแนกตามแหล่งที่มาของรายจ่ายภาคเอกชน จะพบว่าส่วนใหญ่จะมาจากภาคครัวเรือนและนายจ้าง มากกว่าจากการประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยแนวโน้มของสัดส่วนรายจ่ายจากการประกันสุขภาพเอกชน อยู่ที่ประมาณร้อยละ 2-3 แต่ก็นับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับรายจ่ายจากครัวเรือนและนายจ้าง

นอกจากนี้ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในด้านแบบแผนรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน พบว่า ในช่วง พ.ศ. 2524 - 2539 ก่อนช่วงที่อยู่ที่ระหว่างร้อยละ 3.6 - 3.9 ของรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคของครัวเรือนในแต่ละเดือน และเริ่มมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 3.2 ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ เป็นต้นมา จนถึง พ.ศ. 2545 เหลือร้อยละ 2.6 ของรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคของครัวเรือนในแต่ละเดือน จนใน พ.ศ. 2552 เหลือร้อยละ 2.2 ของรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค โดยมีข้อสังเกตที่สำคัญ คือ

1) รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนสำหรับการซื้อยากินเอง มีสัดส่วนลดลงตามลำดับ จากร้อยละ 31.9 ใน พ.ศ. 2524 เหลือร้อยละ 11.9 ใน พ.ศ. 2539 ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนของรายจ่ายที่ซื้อบริการในสถานพยาบาล (ซึ่งในที่นี้รวมถึงการบริโภทยาด้วย) ทั้งคลินิกเอกชน โรงพยาบาลรัฐและเอกชน เป็นต้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอดจากร้อยละ 68.1 ใน พ.ศ. 2524 เป็นร้อยละ 88.0 ใน พ.ศ. 2539 แนวโน้มดังกล่าวเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ทำให้ประชาชนหันมาซื้อยากินเองเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 18.6 ใน พ.ศ. 2543 รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายที่ซื้อบริการจากสถานพยาบาลลดลง เมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวใน พ.ศ. 2545 ประชาชนมีรายจ่ายในการซื้อยากินเองลดลงเหลือร้อยละ 13.9 แต่นับตั้งแต่ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552 กลับมีรายจ่ายการซื้อยากินเองที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.3 ใน พ.ศ. 2552 โดยค่าใช้จ่ายที่ซื้อบริการจากสถานพยาบาลกลับลดลงเป็นร้อยละ 76.7 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.53 และตารางที่ 6.17)



ภาพที่ 6.53 รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552



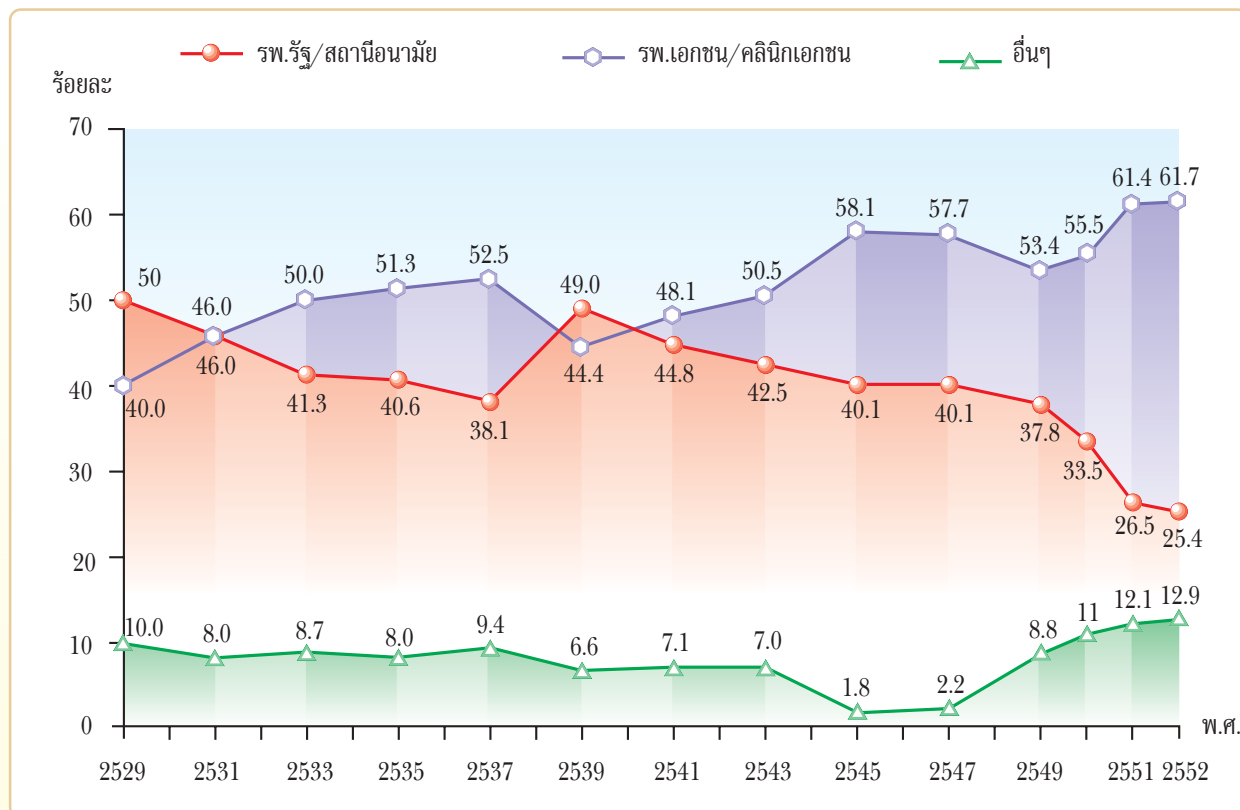
ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ตัวเลขนี้คาดว่าต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะคุ้มครองการสำรวจมักตกสำรวจในครัวเรือนที่มีรายได้สูง

2) **รายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อรับบริการในสถานบริการ** มีสัดส่วนสูงขึ้นในสถานบริการภาคเอกชน ในขณะที่ภาครัฐลดลง จากภาพที่ 6.54 จะเห็นได้ว่า รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนเพื่อซื้อบริการที่ภาคเอกชน ทั้งคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 ใน พ.ศ. 2529 เป็นร้อยละ 52.5 ใน พ.ศ. 2537 ในทางตรงกันข้าม รายจ่ายของครัวเรือนสำหรับบริการที่ รพ.รัฐและสถานอนามัยนั้น มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 50 ใน พ.ศ. 2529 เป็นร้อยละ 38.1 ใน พ.ศ. 2537 แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจระยะแรกครัวเรือนมีแนวโน้มไปใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐและสถานอนามัยเพิ่มขึ้นและไปโรงพยาบาล / คลินิกเอกชนลดลง สำหรับบริการอื่น ๆ เช่น บริการทันตกรรม ตรวจวัดสายตาประกอบแว่น เป็นต้น มีสัดส่วนระหว่างร้อยละ 8-10 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนและมีแนวโน้มสังเกตว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว รายจ่ายของครัวเรือนสำหรับบริการที่โรงพยาบาล / คลินิกเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.7 ใน พ.ศ. 2552 ในขณะที่รายจ่ายสำหรับบริการของรัฐ กลับลดลงเหลือร้อยละ 25.4 ในปีเดียวกัน โดยรายจ่ายที่สถานบริการอื่นๆ ก็เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.9 ทั้งนี้อาจเกิดจากการใช้บริการที่สถานบริการของรัฐส่วนใหญ่ อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนจ่ายเงินลดลงเมื่อใช้บริการของรัฐ



ภาพที่ 6.54 สัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนเพื่อรับบริการในสถานบริการ พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ



ตารางที่ 6.17 แบบแผนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน (บาทต่อเดือน) พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552

แบบแผนรายจ่าย เพื่อสุขภาพของ ครัวเรือน	2524		2529		2531		2533		2535		2537		2541		2544		2547		2549		2550		2551		2552	
	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%
รายจ่ายทั้งหมด/เดือน	3,374	-	3,783	-	4,161	-	5,437	-	6,529	-	7,567	-	9,848	-	10,025	-	12,297	-	14,311	-	14,500	-	15,942	-	16,205	-
รายจ่ายเพื่อการ อุปโภคบริโภค/เดือน	3,161	-	3,486	-	3,804	-	4,942	-	5,892	-	6,787	-	8,966	-	8,738	-	10,885	-	12,701	-	12,735	-	14,087	-	14,244	-
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ/เดือน	113	3.6	132	3.8	143	3.9	185	3.7	226	3.8	262	3.9	287	3.2	264	3.0	262	2.4	302	2.4	279	2.2	282	2.0	313	2.2
ชื่อยาตนเอง	36	31.9	35	26.5	31	21.7	35	18.9	39	17.3	39	14.9	48	16.7	46	17.4	40	15.3	53	17.5	43	15.4	59	20.9	73	23.3
สถานบริการสาธารณสุข	77	68.1	97	73.5	112	78.3	150	81.1	187	82.7	223	85.1	239	83.3	214	82.6	217	86.1	249	82.5	236	84.6	223	79.1	240	76.7
-รพ.รัฐ/สถานอนามัย	-	-	48	50.0	52	46	62	41.3	76	40.6	85	38.1	148	49.0	91	42.5	89	40.1	94	37.8	79	33.5	59	26.5	61	25.4
-รพ.เอกชน/คลินิกเอกชน	-	-	39	40.0	51	46	75	50.0	96	51.3	117	52.5	115	48.1	108	50.5	128	57.7	133	53.4	131	55.5	137	61.4	148	61.7
-อื่นๆ	-	-	10	10	9	8	13	8.7	15	8.0	21	9.4	17	7.1	10	4.6	5	2.2	22	8.8	26	11.0	27	12.1	31	12.9
ขนาดของครัวเรือน(คน)	4.5		4.3		4.0		4.1		3.9		3.8		3.7		3.6		3.4		3.3		3.3		3.3		3.3	

ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ



5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.1 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ

ประเทศไทยมีแนวโน้มขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจน ครอบคลุมช่วยเหลือเกื้อกูล โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ระบบประกันสุขภาพเอกชนและ พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งใน พ.ศ. 2544 สามารถครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 71.0 และจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ส่งผลให้ประชาชนทั้งประเทศมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 97.4 ใน พ.ศ. 2552 โดยเป็นผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 76.1 และมีผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย ร้อยละ 2.6 (ตารางที่ 6.18)

ตารางที่ 6.18 ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552

ระบบประกันสุขภาพ	หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า			เมื่อมีนโยบายสร้าง หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า					
	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549	2550	2552
1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	0.9	74.7	73.5	72.2	74.3	73.6	76.1
- บัตรทองมี ท.(ไม่เสีย 30 บาท)	-	-	-	} 74.7	30.6	28.1	28.6	42.8	} 76.1
- บัตรทองไม่มี ท.(เสีย 30 บาท)	-	-	0.9		42.9	44.1	45.7	30.9	
2. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล(สปร.)	12.7	12.6	31.5	-	-	-	-	-	-
3. สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	15.3	10.2	8.5	8.9	9.4	9.8	8.9	9.1	7.7
- ข้าราชการ	13.2	9	7.5	} 8.9	} 9.4	} 9.8	} 8.9	} 9.1	} 7.7
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2.1	1.2	1.0						
4. ประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน	-	5.6	7.2	9.6	10.7	11.0	11.4	12.1	12.3
5. ประกันสุขภาพสมัครใจ	4.5	16.1	22.1	1.7	0.8	1.0	0.7	1.1	0.9
- บัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	1.4	15.3	20.8	-	-	-	-	-	-
- ประกันสุขภาพเอกชน	3.1	0.8	1.3	1.7	0.8	1.0	0.7	1.1	0.9
6. อื่นๆ	0.9	1.0	0.8	-	-	1.1	0.7	0.5	0.4
มีหลักประกันสุขภาพ	33.5	45.5	71.0	94.9	94.3	95.1	96.0	96.3	97.4
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	66.5	54.5	29.0	5.1	5.7	4.9	4.0	3.7	2.6

ที่มา: 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ



นอกจากนั้น พบว่าใน พ.ศ. 2552 ประชากรที่อยู่ในเขตชนบทได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงกว่าประชาชนในเขตเมือง แต่ประชาชนในเขตเมืองมีสวัสดิการประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการมากกว่าประชาชนในเขตชนบท (ตารางที่ 6.19)

ตารางที่ 6.19 ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552

การมีหลักประกันสุขภาพ	ในเขตเทศบาล								นอกเขตเทศบาล							
	2534	2539	2544	2546	2547	2549	2550	2552	2534	2539	2544	2546	2547	2549	2550	2552
ไม่มีสวัสดิการ	65	58	42	9	10.1	7.7	7.3	5.3	68	52	22	3	3.5	2.5	2.1	1.4
ข้าราชการและพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	22	17	16	15	15.3	14.1	14.6	12.1	6	7	9	6	6.5	6.6	6.6	5.8
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	-	56	54.6	56.3	55.3	60.3	-	-	-	84	82.8	82.1	81.6	83.1
ประกันสังคม	-	11	13	18	18.2	19.8	20.2	19.7	-	3	4	6	7.0	7.7	8.6	9.1
สปร.	7	5	15	-	-	-	-	-	21	16	39	-	-	-	-	-
บัตรประกันสุขภาพ	1	6	10	-	-	-	-	-	2	20	27	-	-	-	-	-
บัตรประกันสุขภาพเอกชน	5	2	3	3	1.8	1.6	2.5	2.1	1	1	1	1	0.3	0.3	0.5	0.2
อื่นๆ	1	1	1	-	-	0.6	0.2	0.5	1	1	1	-	-	0.7	0.6	0.4

ที่มา : 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ

5.2 อัตราการใช้บริการสุขภาพ

การใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในสถานบริการที่มีเตียงไว้รับผู้ป่วยนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1.8 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2544 เป็น 3.4 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2552 โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก ใน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 สูงสุดที่กรุงเทพมหานคร (4 - 6 ครั้ง) และต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1.2 - 3 ครั้ง) แสดงว่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสูงสุดในกรุงเทพมหานคร (ทั้งนี้รวมผู้ป่วยที่มาจากจังหวัดอื่นด้วย) (ตารางที่ 6.20) และเช่นเดียวกับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2550 และกลับมามีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยใน พ.ศ. 2552 อันเนื่องจากการสำรวจครอบคลุมไม่ครบถ้วน โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในสูงสุดที่กรุงเทพมหานครและต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 6.21)



เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการ กับทรัพยากรสุขภาพในระดับจังหวัด จะพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สัมพันธ์กับอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน สัมพันธ์กับอัตราส่วนประชากรต่อเตียง (ภาพที่ 6.55 และภาพที่ 6.56) แสดงให้เห็นว่าจังหวัดที่มีทรัพยากรสุขภาพมาก (อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ และอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ที่มีค่าน้อย) จะมีอัตราการใช้บริการที่สูง เป็นการยืนยันอิทธิพลของทรัพยากรสุขภาพที่มีต่อโอกาสในการใช้บริการของประชาชน

ตารางที่ 6.20 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคนต่อปี) จำแนกตามภาค พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552

ภาค	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กรุงเทพมหานคร	4.0	3.9	4.4	4.4	5.1	5.4	6.4	4.1	3.7
ภาคกลาง	2.0	2.1	2.3	2.3	2.5	2.7	2.9	3.3	4.2
ภาคเหนือ	1.6	1.6	1.7	1.8	2.0	2.0	2.1	2.2	3.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6	1.5	3.1
ภาคใต้	1.7	1.7	1.7	1.8	1.9	1.9	2.1	2.1	3.2
รวม	1.8	1.8	1.9	2.0	2.2	2.3	2.5	2.4	3.4

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คำนวณไม่ครบถ้วน

ตารางที่ 6.21 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ร้อยละต่อคนต่อปี) จำแนกตามภาค พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552

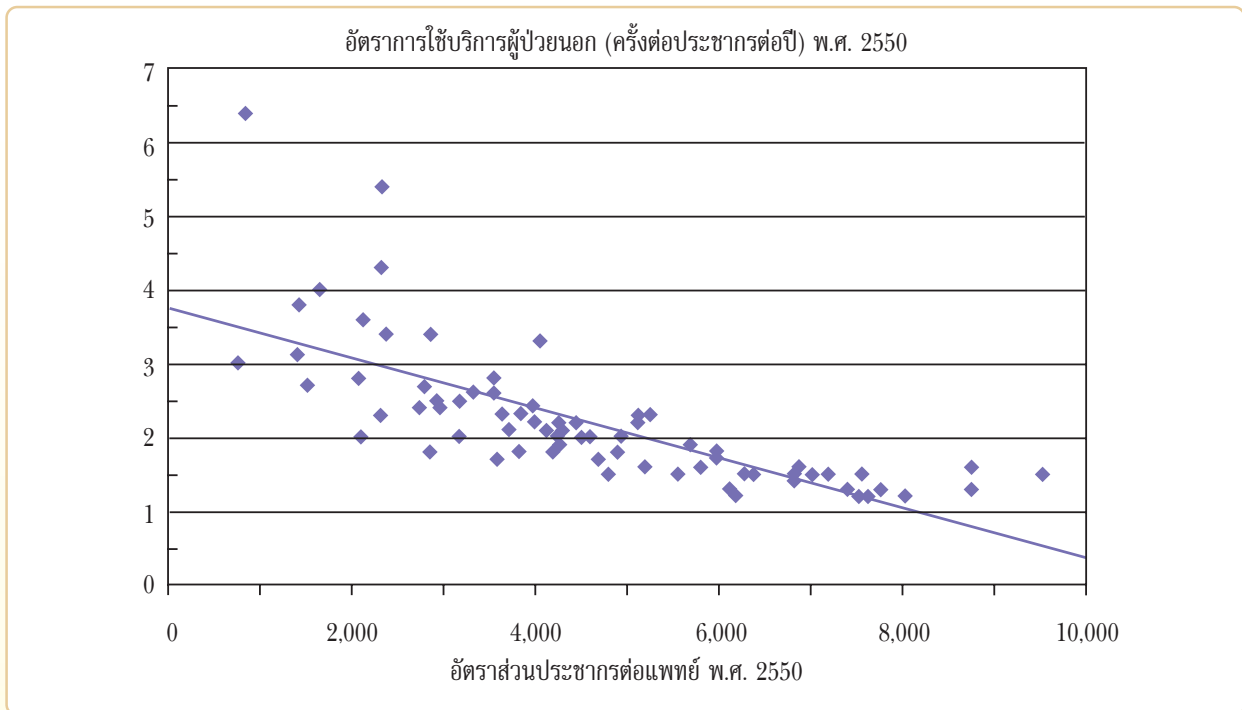
ภาค	2538	2540	2542	2544	2546	2548	2549	2550	2551	2552
กรุงเทพมหานคร	11.6	15.5	19.9	22.3	20.3	21.7	20.1	26.2	14.4	11.0
ภาคกลาง	12.4	13.8	15.0	15.7	14.4	15.6	16.1	15.9	15.3	15.2
ภาคเหนือ	9.4	11.9	12.7	15.0	13.1	12.8	13.3	13.5	13.2	10.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	8.4	11.0	10.4	10.7	10.7	10.6	10.9	11.3	11.2	11.3
ภาคใต้	10.7	12.3	12.0	13.9	13.5	13.8	14.6	15.0	16.6	15.7
รวม	10.1	12.4	13.0	14.2	13.3	13.7	14.0	14.7	13.6	12.8

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คำนวณไม่ครบถ้วน

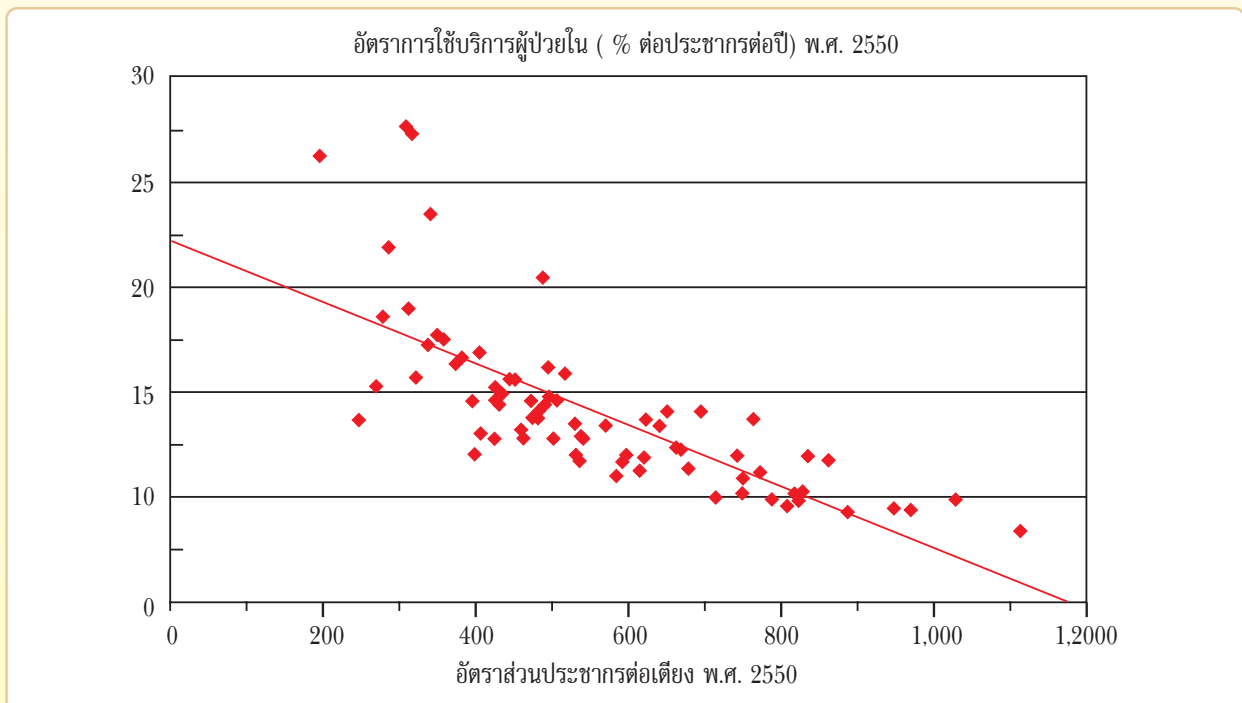


ภาพที่ 6.55 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ระดับจังหวัด พ.ศ. 2550



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.56 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในและอัตราส่วนประชากรต่อเตียงระดับจังหวัด พ.ศ. 2550

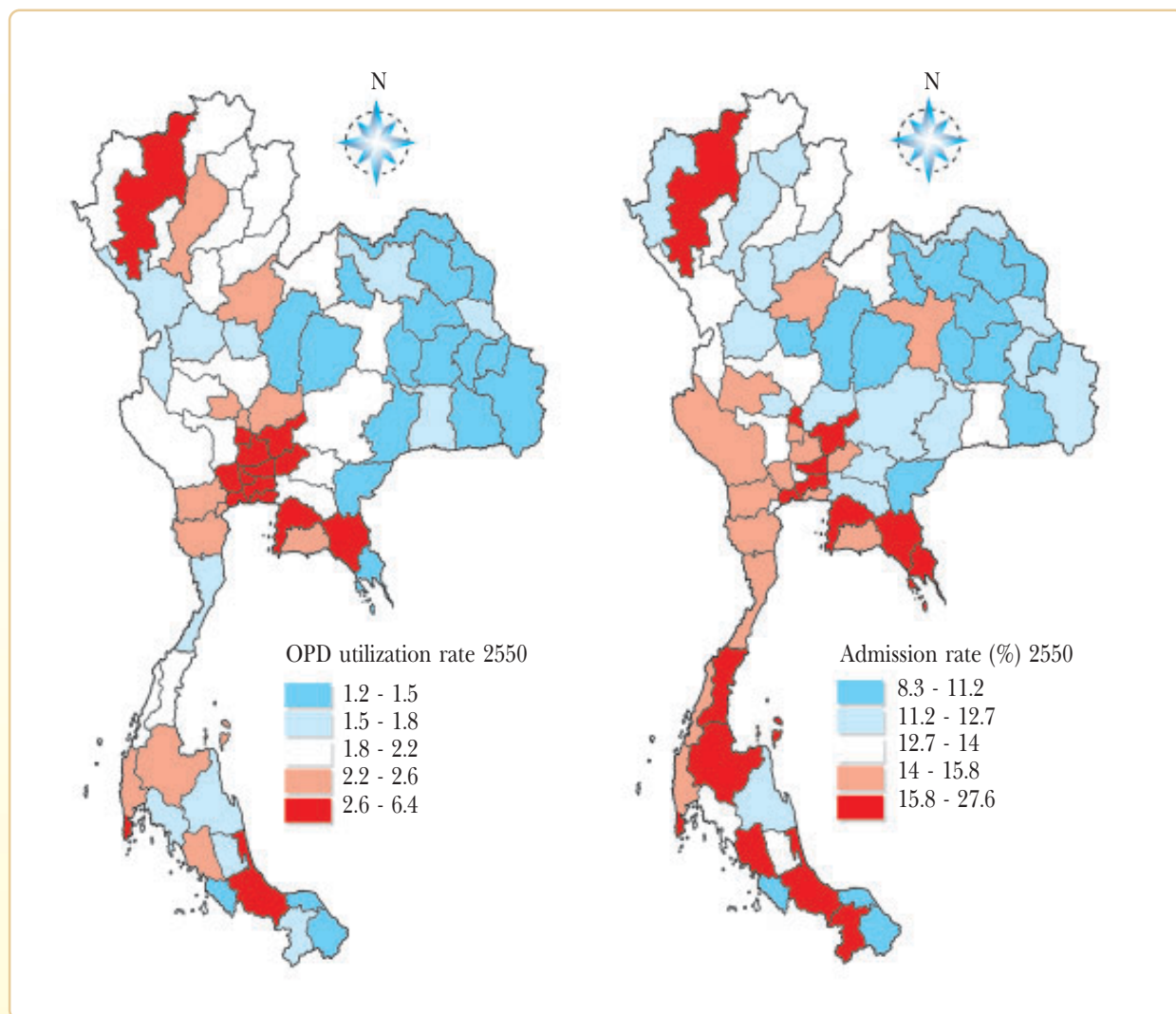


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

เมื่อวิเคราะห์การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการบริการระดับจังหวัด จะพบว่า จังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค และจังหวัดในภาคกลาง จะมีอัตราการบริการที่สูง ในขณะที่จังหวัดส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีอัตราการบริการที่ต่ำกว่าจังหวัดอื่น (ภาพที่ 6.57)



ภาพที่ 6.57 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในระดับจังหวัด พ.ศ. 2550



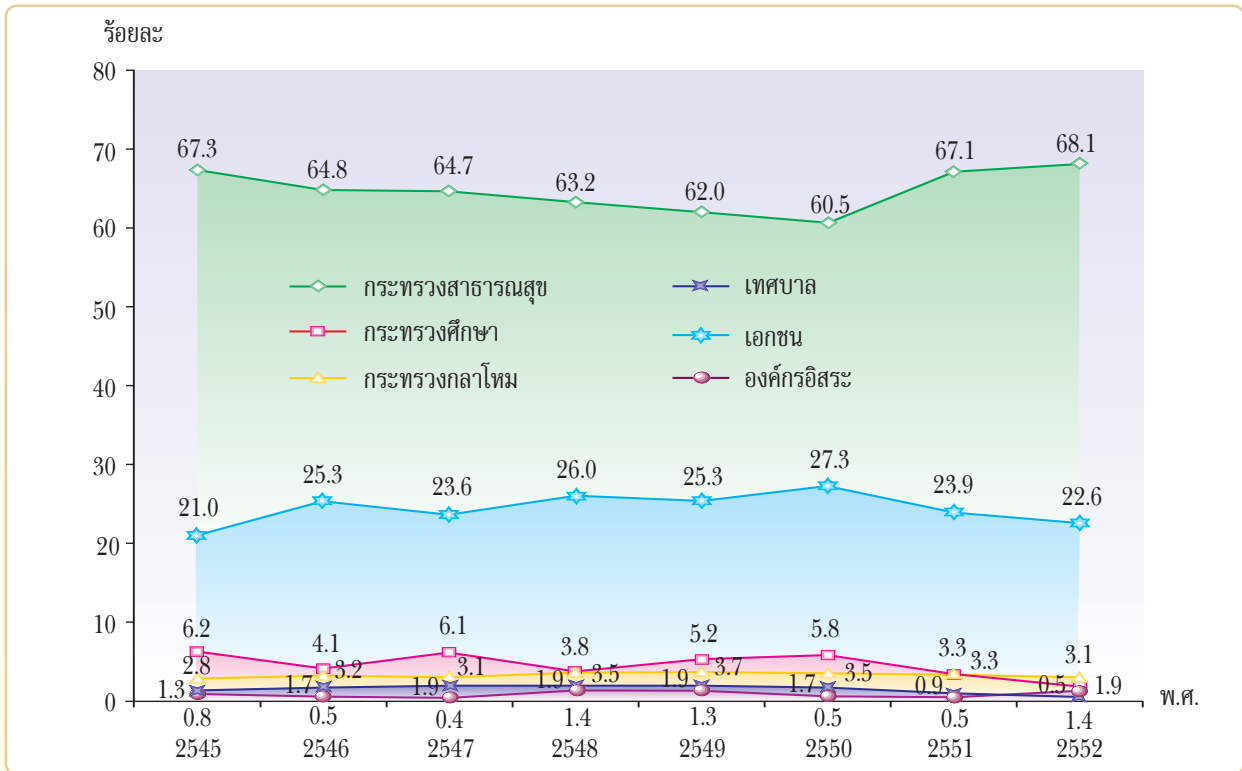
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

5.3 การใช้บริการสุขภาพตามสังกัดและระดับของสถานบริการ

ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552) สัดส่วนผู้ป่วยนอกตามสังกัดของโรงพยาบาล สูงสุดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 65) รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน ประมาณ 1 ใน 5 (ร้อยละ 24) และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 4) (ภาพที่ 6.56) เช่นเดียวกับ สัดส่วนผู้ป่วยในตามสังกัดของโรงพยาบาล ที่สูงสุดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 73) รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 20) และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 3) (ภาพที่ 6.57)



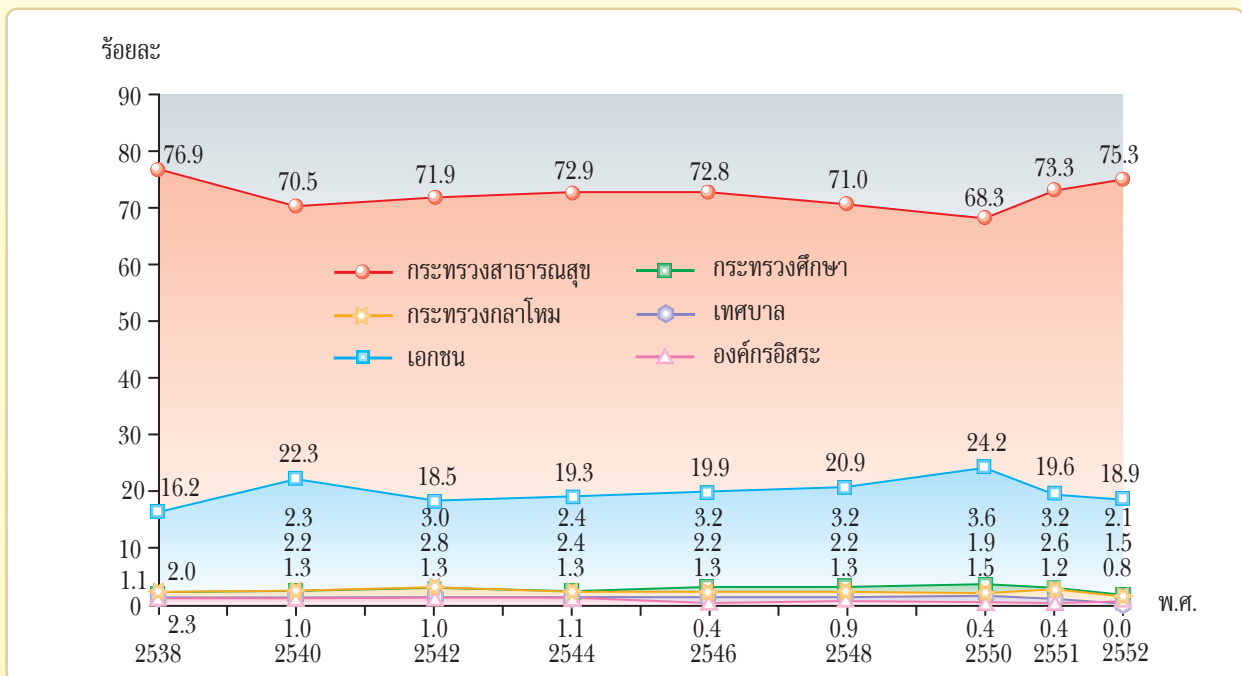
ภาพที่ 6.58 สัดส่วนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คู่มรวมไม่ครบถ้วน

ภาพที่ 6.59 สัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คู่มรวมไม่ครบถ้วน



เมื่อวิเคราะห์สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอก โดยรวมผู้ป่วยที่ใช้บริการที่สถานีนอนมัยด้วย และวิเคราะห์เฉพาะสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อพิจารณาแนวโน้มการใช้บริการสุขภาพตามระดับของสถานบริการ จะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ จำนวนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสุขภาพดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยระดับสถานีนอนมัย/สถานบริการสาธารณสุขชุมชนให้บริการเพิ่มมากที่สุด รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน/สาขา และสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด ดังนั้น ภาพของโครงสร้างผู้ป่วยกำลังค่อยๆ เปลี่ยนจากภาพสามเหลี่ยมหัวกลับมาเป็นสามเหลี่ยมหัวตั้ง (ภาพที่ 6.60 และ 6.61)

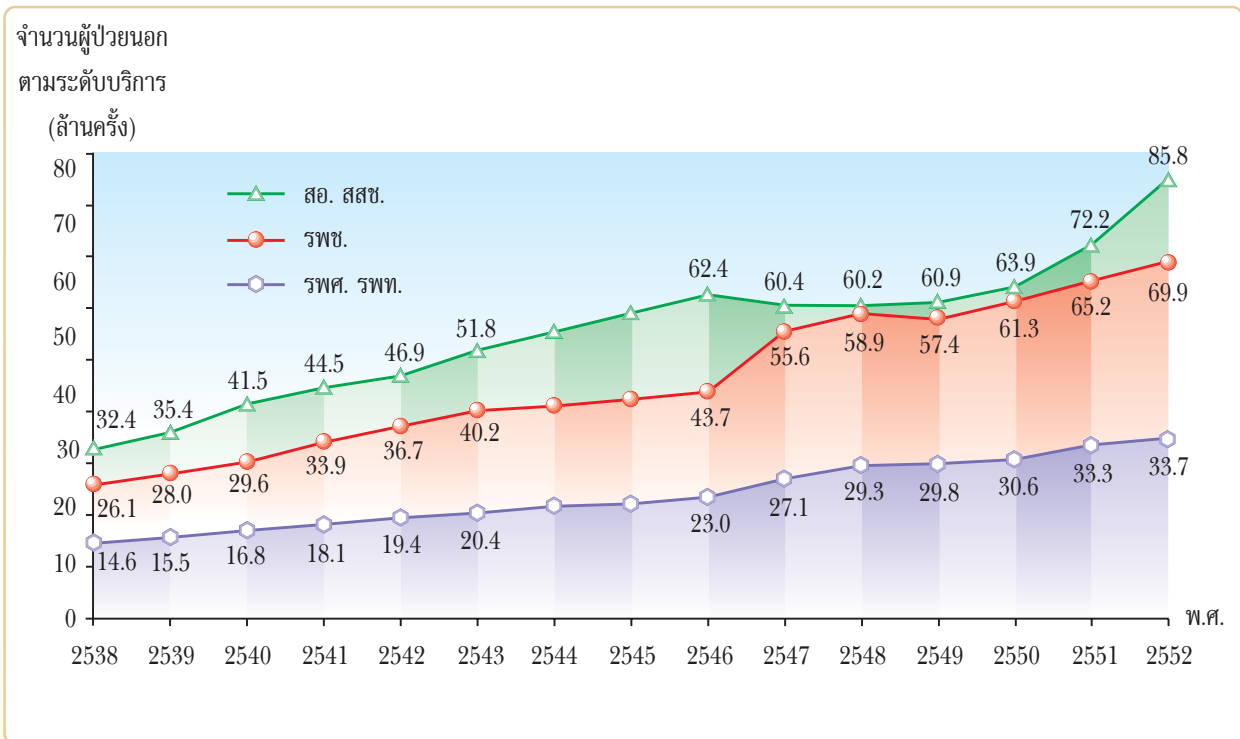
ภาพที่ 6.60 สัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 6.61 จำนวนผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



6. ประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ

6.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization) ซึ่งหากพิจารณาในมุมของประสิทธิภาพแล้ว หากผู้ป่วยมีความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากัน การรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่มากกว่า จะสะท้อนประสิทธิภาพที่ต่ำกว่า เนื่องจากการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในจะใช้ทรัพยากรและเกิดค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงกว่า แต่ทั้งนี้จะต้องคำนึงความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยนอกด้วย ซึ่งจะสัมพันธ์กับปัจจัยเรื่องการเข้าถึงบริการ โดยหากการเข้าถึงบริการดี จะทำให้ผู้ป่วยนอกมีความรุนแรงน้อย ทำให้การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลน้อยตามไปด้วย

จากข้อมูลรายงานทรัพยากรสาธารณสุขใน พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552 พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกสูงที่สุด (ร้อยละ 7) ในขณะที่โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ (ร้อยละ 4 - 5.5) ดังตารางที่ 6.22 และหากพิจารณารายภาค จะพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกสูงที่สุด (ร้อยละ 7.5 - 7.8) ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนต่ำที่สุด (ร้อยละ 4.3) (ตารางที่ 6.23)



ตารางที่ 6.22 อัตราการรับจำนวนผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552

หน่วยงาน	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กระทรวงสาธารณสุข	7.9	7.7	7.5	7.1	7.0	6.7	6.2	6.3
กระทรวงศึกษาธิการ	4.2	5.4	4.5	5.2	4.0	3.7	5.5	6.4
กระทรวงกลาโหม	8.6	4.7	4.7	4.0	3.2	3.2	4.4	2.7
กระทรวงอื่นๆ	4.6	4.4	9.7	7.1	3.0	2.4	2.7	3.2
เทศบาล	5.4	4.7	4.7	5.2	4.1	4.3	3.8	0.3
เอกชน	6.3	5.4	5.5	5.1	5.1	5.2	4.6	4.8
องค์กรอิสระ	4.2	5.1	5.6	4.3	4.2	4.9	3.7	3.4

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คู่มรวมไม่ครบถ้วน

หากพิจารณาในมุมมองของประสิทธิภาพ การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลที่สูง อาจจะตีความว่ามีประสิทธิภาพต่ำ แต่ในความเป็นจริง น่าจะเป็นผลมาจากการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกันมากกว่า หมายความว่า ผู้ป่วยนอกที่รักษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ อาจจะมี ความรุนแรงของโรคที่มากกว่าภาคอื่น ทำให้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลที่มากกว่า อันเป็นผลมาจากการเข้าถึงบริการในการรักษาที่ต่ำกว่าภาคอื่นก็เป็นได้

ตารางที่ 6.23 อัตราการรับผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) จำแนกตามภาค พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552

ลำดับ	ภาค	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
1	กรุงเทพมหานคร	5.6	5.2	4.6	4.4	4.3	3.7	4.1	3.5	3.2
2	กลาง	7.9	7.3	6.3	6.6	6.2	5.9	5.5	4.6	5.2
3	เหนือ	9.3	7.9	7.8	7.3	6.6	6.8	6.4	6.1	6.0
4	ใต้	8.2	8.1	7.8	7.0	7.4	7.6	7.2	7.7	7.2
5	ตะวันออกเฉียงเหนือ	9.2	8.1	8.2	8.2	7.7	7.4	7.3	7.3	6.8
6	รวม	8	7.3	6.8	6.7	6.3	6.1	5.9	5.7	5.7

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คู่มรวมไม่ครบถ้วน

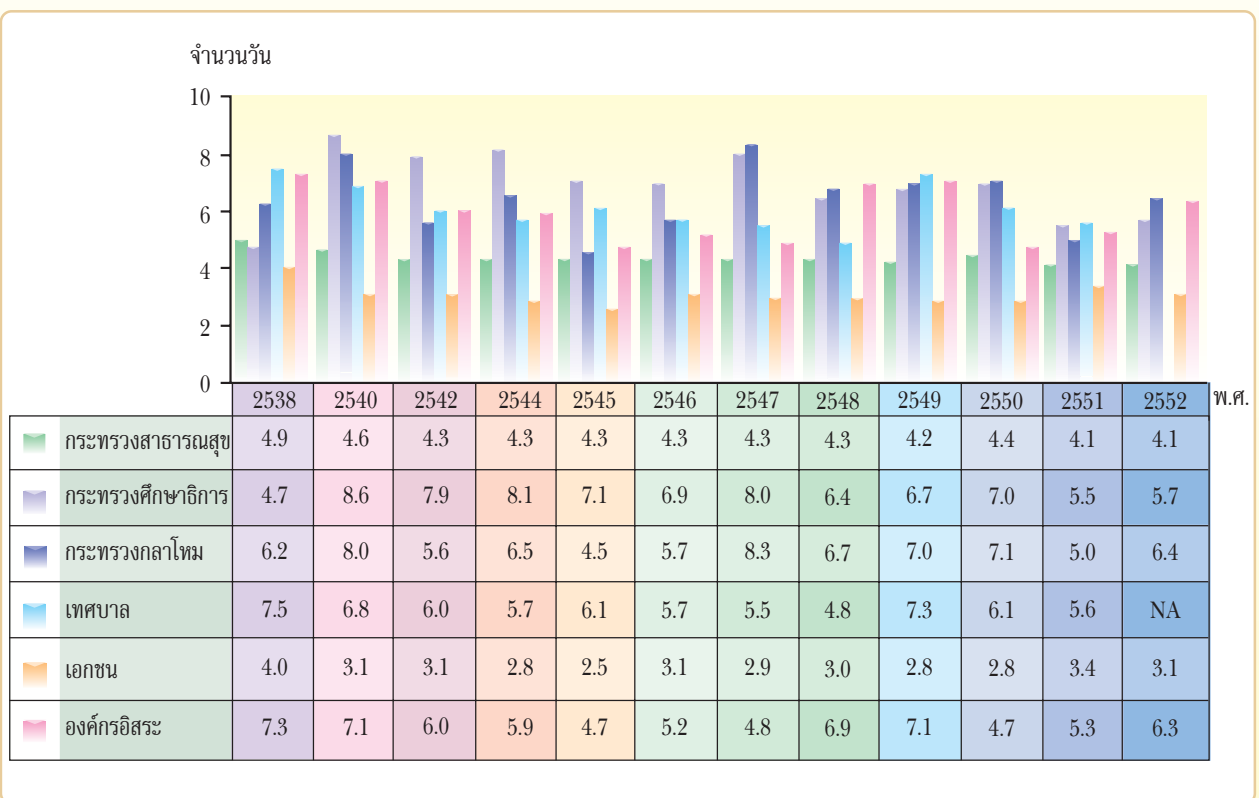


6.2 วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน อาจจะช่วยในการสะท้อนประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง หากผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคเท่ากัน การนอนนานจะทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงประสิทธิภาพการรักษาต่ำกว่า

จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 พบว่า โรงพยาบาลเอกชน มีวันนอนเฉลี่ยต่ำที่สุด (3 วัน) ในขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีวันนอนเฉลี่ยที่สูงที่สุดประมาณ 6.3 - 6.7 วัน (ภาพที่ 6.62) ลักษณะดังกล่าว อาจเกิดจากปัจจัยความรุนแรงของผู้ป่วยในด้วย โดยโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง มักจะต้องรับผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อน ทำให้ต้องนอนนาน โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ภาพที่ 6.62 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล



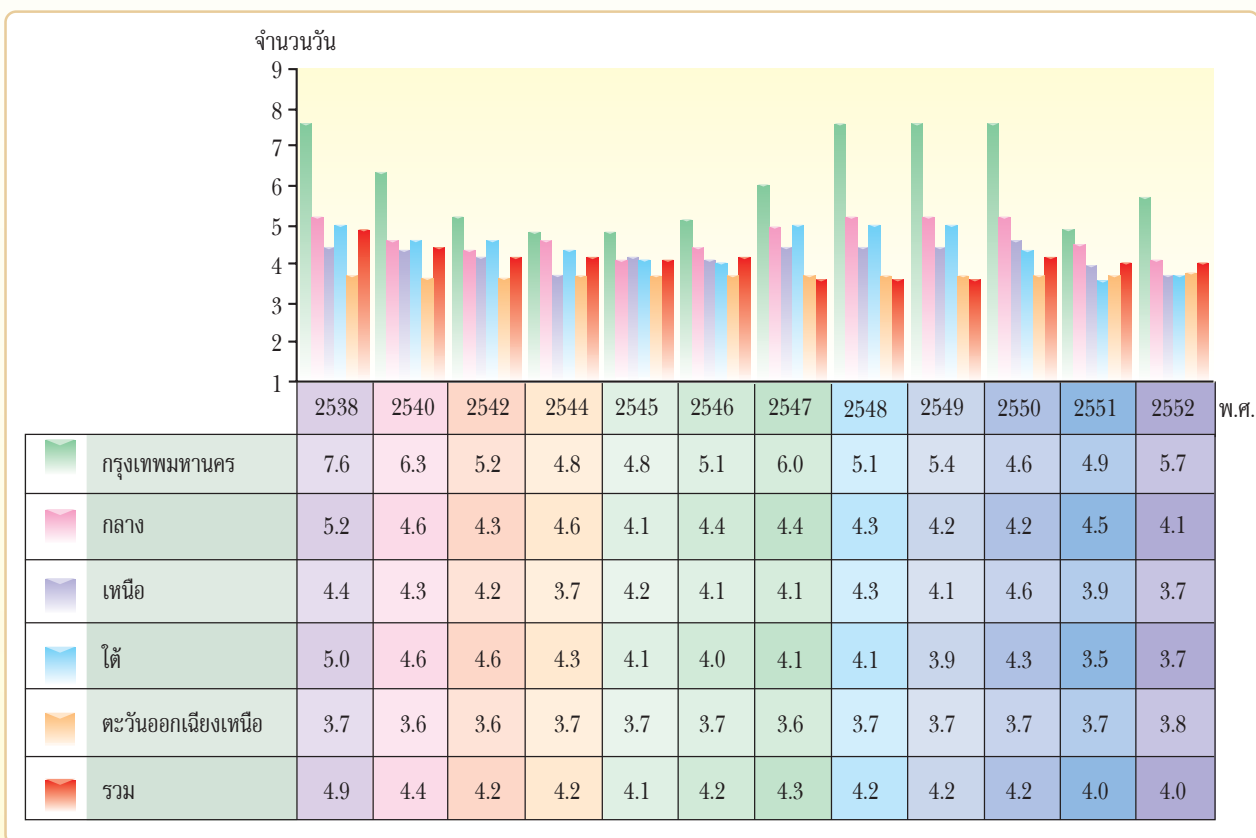
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: ไม่รวมครอบครัว



หากวิเคราะห์แยกตามภาค จะพบว่าวันนอนเฉลี่ยของกรุงเทพมหานครมากที่สุด (5.5 วัน) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีวันนอนเฉลี่ยต่ำที่สุด (3.7 วัน) (ภาพที่ 6.63) ทั้งนี้ปัจจัยเรื่องศักยภาพของโรงพยาบาลน่าจะมีผลทำให้โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีศักยภาพสูง ต้องรับผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อน และนอนนาน เช่นเดียวกับ จังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค และบางจังหวัดในภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้ (ภาพที่ 6.64)

ภาพที่ 6.63 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 จำแนกตามภาคของโรงพยาบาล

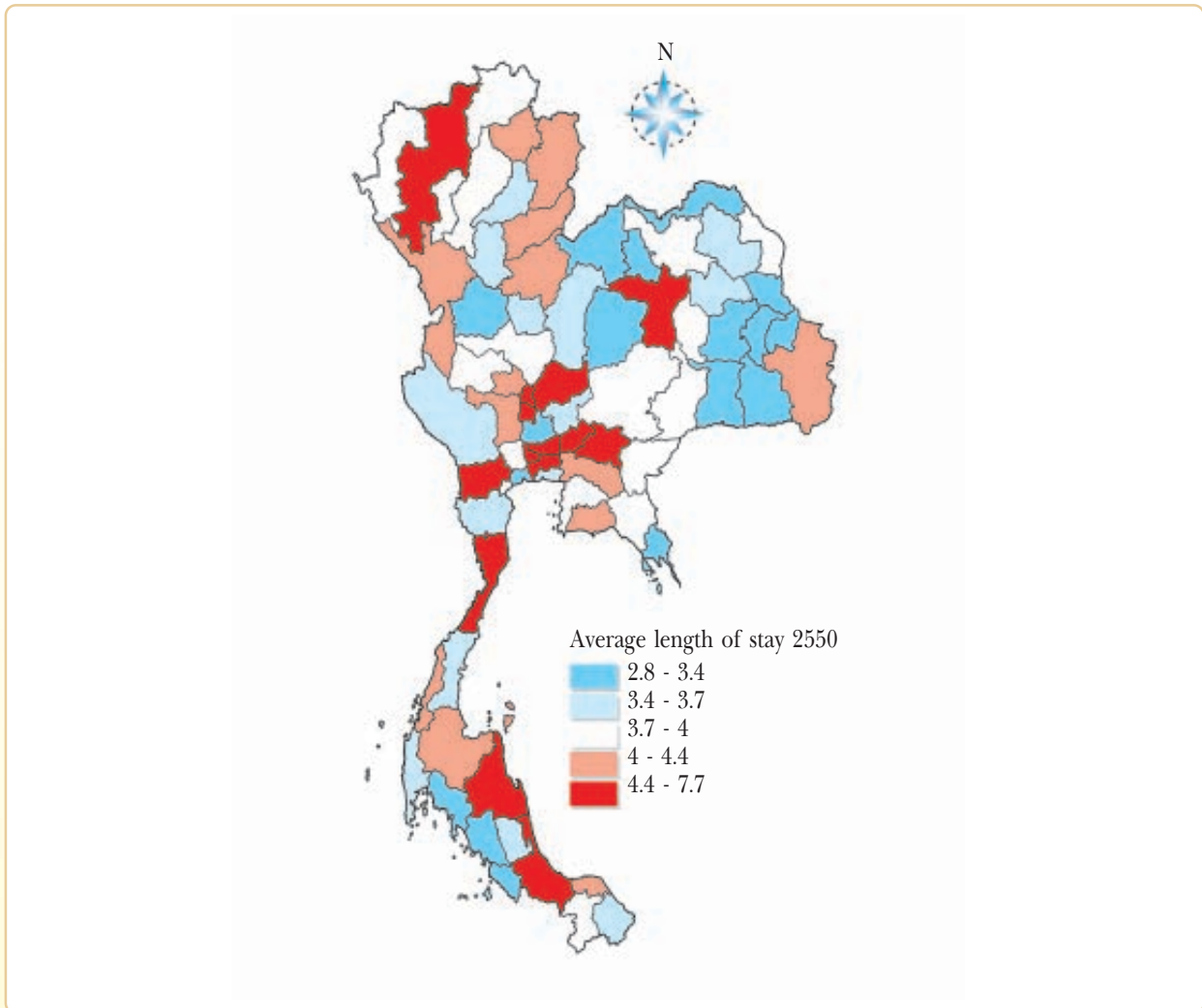


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คำนวณไม่ครบถ้วน



ภาพที่ 6.64 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของวันนอนเฉลี่ย รายจังหวัด พ.ศ. 2550



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

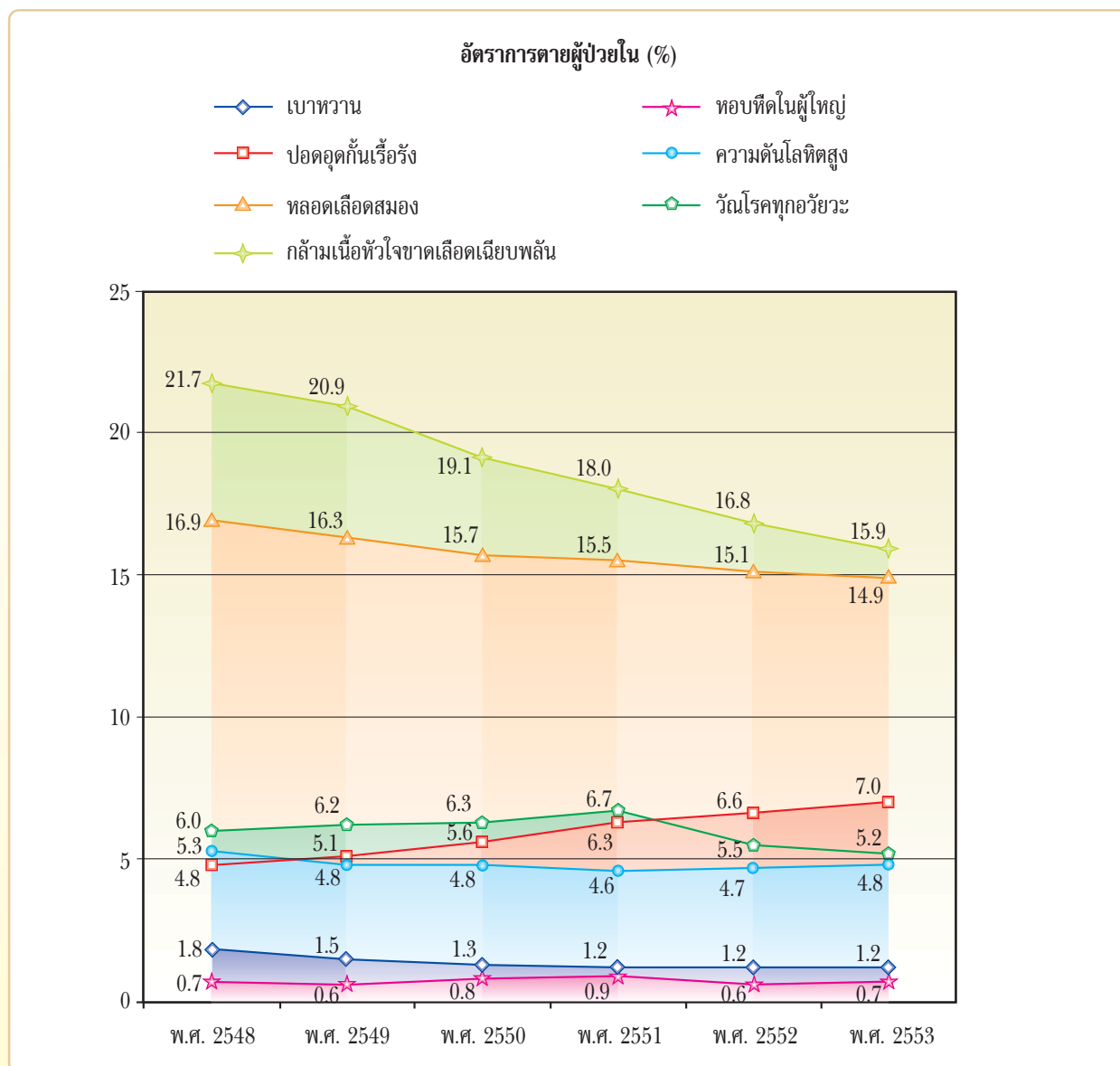
6.3 อัตราตายผู้ป่วยใน

อัตราตายของผู้ป่วยใน เป็นเครื่องสะท้อนคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลได้ในระดับหนึ่ง หากมีสมมติฐานว่าระดับความรุนแรงของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง การมีคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น จะช่วยให้ผลลัพธ์ของการรักษา เช่น การเสียชีวิตของผู้ป่วยนั้นลดลง

จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553 พบว่าอัตราตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ลดลง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน แสดงถึงการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น ช่วยลดโอกาสเสียชีวิตลงได้ (ภาพที่ 6.65)



ภาพที่ 6.65 อัตราตายผู้ป่วยใน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด และวัณโรค พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553

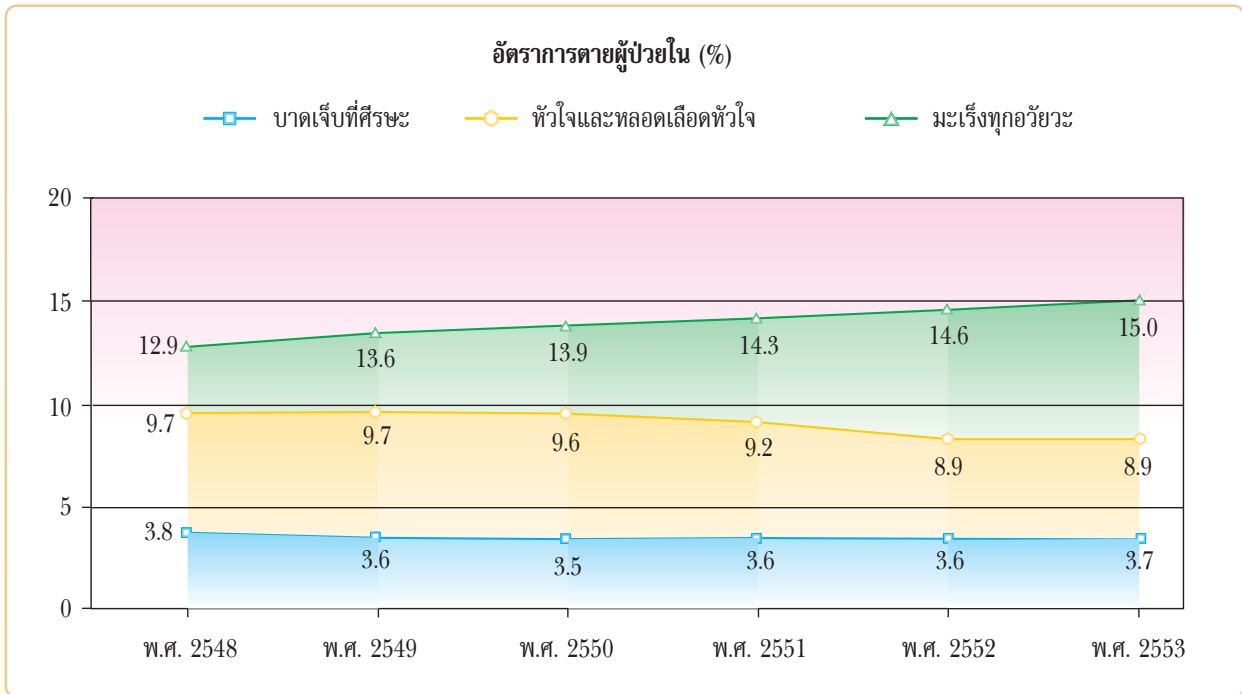


ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551

อย่างไรก็ดี ในกรณีของโรคมะเร็ง พบว่าอัตราตายของผู้ป่วยในโรคมะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 15.0 ใน พ.ศ. 2553 ทั้งนี้อาจจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของโรคและแนวโน้มในการเลือกการรักษาที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านในวาระสุดท้ายของชีวิต ในขณะที่อัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด และการบาดเจ็บที่ศีรษะ ลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มากนัก (ภาพที่ 6.66) แสดงว่าประเด็นคุณภาพในการรักษาพยาบาลนั้น ยังสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้อีก ควบคู่ไปกับคุณภาพในการควบคุมป้องกันโรค เพื่อป้องกันไม่ให้โรคต่างๆมีความรุนแรงมากนัก ก็จะช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น



ภาพที่ 6.66 อัตราตายผู้ป่วยใน การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553



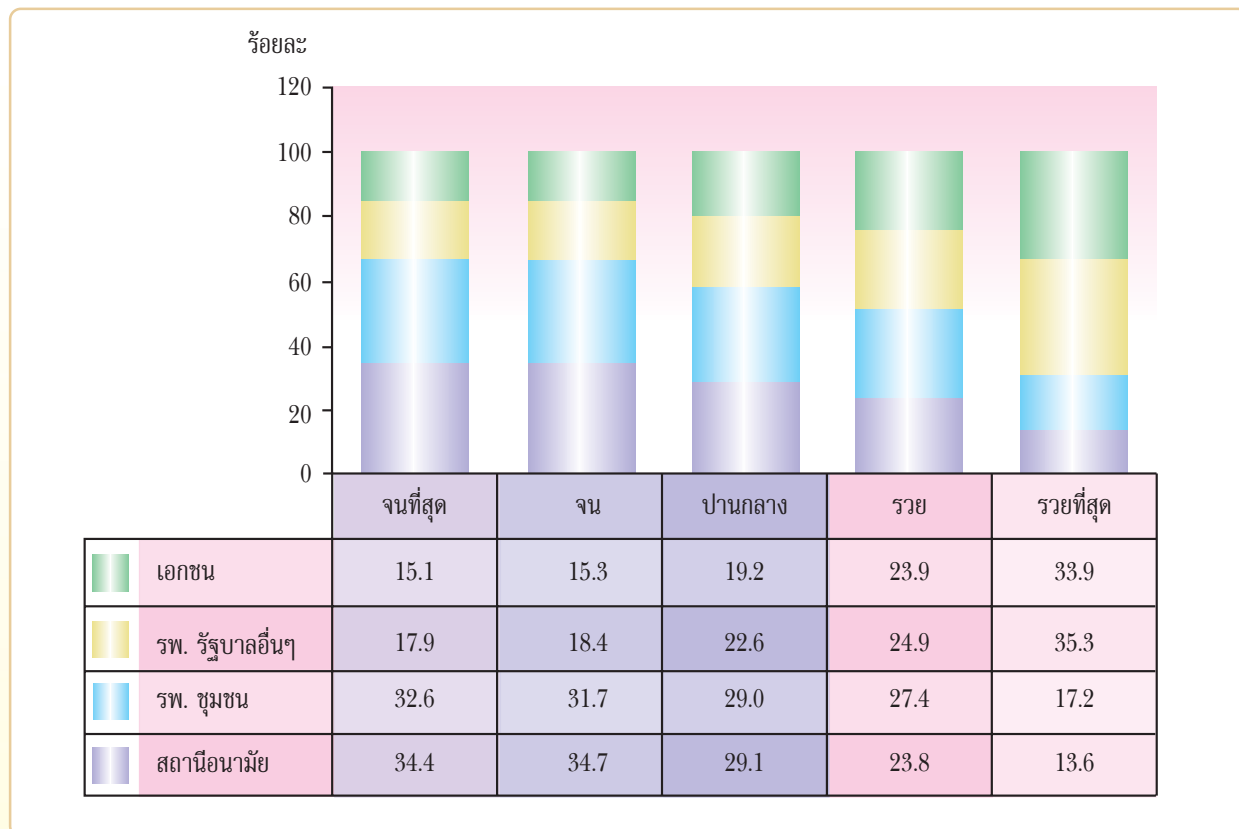
7. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

7.1 ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ

โอกาสในการเลือกใช้บริการระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมมีความแตกต่างกัน จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 พบว่าเมื่อคิดรวมเฉพาะการใช้บริการที่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป (รวมโรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลเอกชน จะพบว่ากลุ่มที่ยากจนที่สุดมีการเลือกใช้บริการสถานีนามัยสูงสุด (ประมาณร้อยละ 34) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดใช้โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 33.9) แสดงให้เห็นว่าโอกาสในการเลือกใช้บริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนนั้นจำกัดอยู่เพียงกลุ่มที่มีรายได้สูง และเช่นเดียวกันกับการใช้บริการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่สูงสุดในกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดเช่นกัน (ภาพที่ 6.67) ลักษณะความแตกต่างของการเลือกใช้บริการ อาจส่งผลต่อคุณภาพของบริการที่ได้รับตามศักยภาพของสถานพยาบาล ซึ่งจะกระทบมากหากการเจ็บป่วยนั้นต้องรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง



ภาพที่ 6.67 ร้อยละของการเลือกใช้บริการเมื่อป่วยตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2552

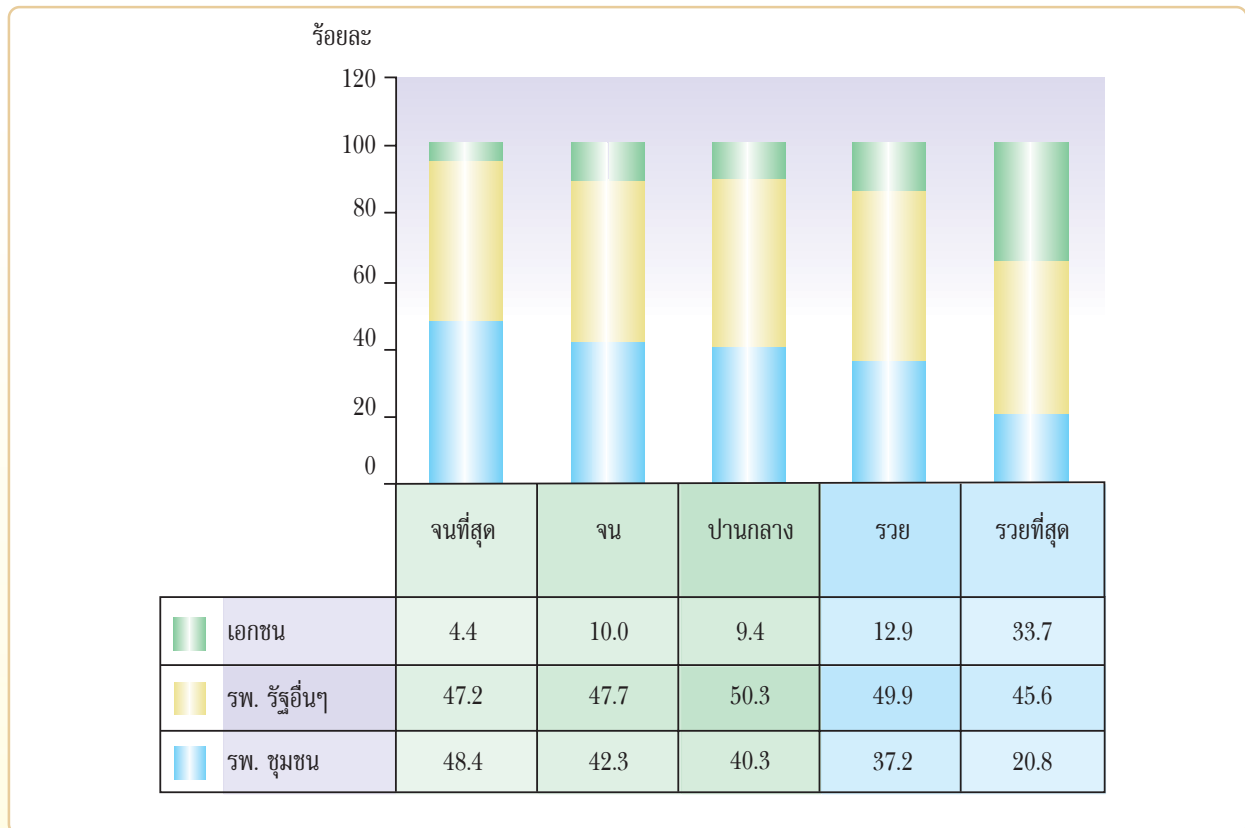


ที่มา: สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และวุฒิพันธ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การใช้บริการในกรณีที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ก็คือกลุ่มที่ยากจนที่สุดจะใช้นอนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 48.4) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 33.7) เมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้อื่น แต่อย่างไรก็ดี การนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ รวมถึงโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ มีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยทุกกลุ่มรายได้มีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ประมาณร้อยละ 46 ถึง 50 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ภาพที่ 6.68) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ยากจนยังมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงอยู่พอสมควร ถึงแม้จะมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุดก็ตาม



ภาพที่ 6.68 ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อนอนในโรงพยาบาลตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2552



ที่มา: สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และวุฒิพันธ์ วงษ์มิ่งคล, วิเคราะห์จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบการใช้บริการตามสิทธิการรักษา จะพบว่า การดำเนินการตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 75.3 ใน พ.ศ. 2548 และร้อยละ 68.5 ใน พ.ศ. 2552 โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มีสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 66.6 ใน พ.ศ. 2548 และร้อยละ 55.1 ใน พ.ศ. 2552 และกลุ่มที่มีสวัสดิการข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีร้อยละการใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อป่วย ที่สูงที่สุดกว่ากลุ่มอื่นๆ (ตารางที่ 6.20)



ตารางที่ 6.24 อัตราป่วยและสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552

ประเภทสวัสดิการ	อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี)									ร้อยละการใช้บริการในสถานพยาบาล								
	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549	2550	2552	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549	2550	2552
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	5.7	3.5	3.3	4.2	3.2	3.4	2.6	2.5	4.2	47	62	61	56	60.6	66.6	55.1	56.5	55.1
บัตรทอง 30 บาท/ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	3.4	5.0	5.1	4.8	3.4	3.4	5.8	-	-	62	72	72.8	76.5	72.1	68.5	68.6
สปร.	7.2	6.9	5.3	-	-	-	-	-	-	50	67	74	-	-	-	-	-	-
บัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	7.0	4.5	3.7	-	-	-	-	-	-	55	68	71	-	-	-	-	-	-
สวัสดิการข้าราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	5.4	3.7	3.6	4.9	4.8	4.5	4.1	3.9	6.2	60	71	75	71	73.1	75.1	75.8	71.4	77.6
ประกันสังคม	-	2.5	2.5	3.0	3.0	2.7	1.9	1.8	3.8	-	58	66	67	63.0	68.6	66.8	62.7	61.9
ประกันเอกชน	4.4	3.5	3.0	3.5	1.9	2.1	2.4	2.1	3.8	42	72	65	67	60.2	77	50.6	65.3	52.7
รวมทั้งประเทศ	5.9	4.0	3.9	4.7	4.7	4.4	3.3	3.2	5.6	49	65	70	71	71.6	75.3	71.3	68.0	68.5

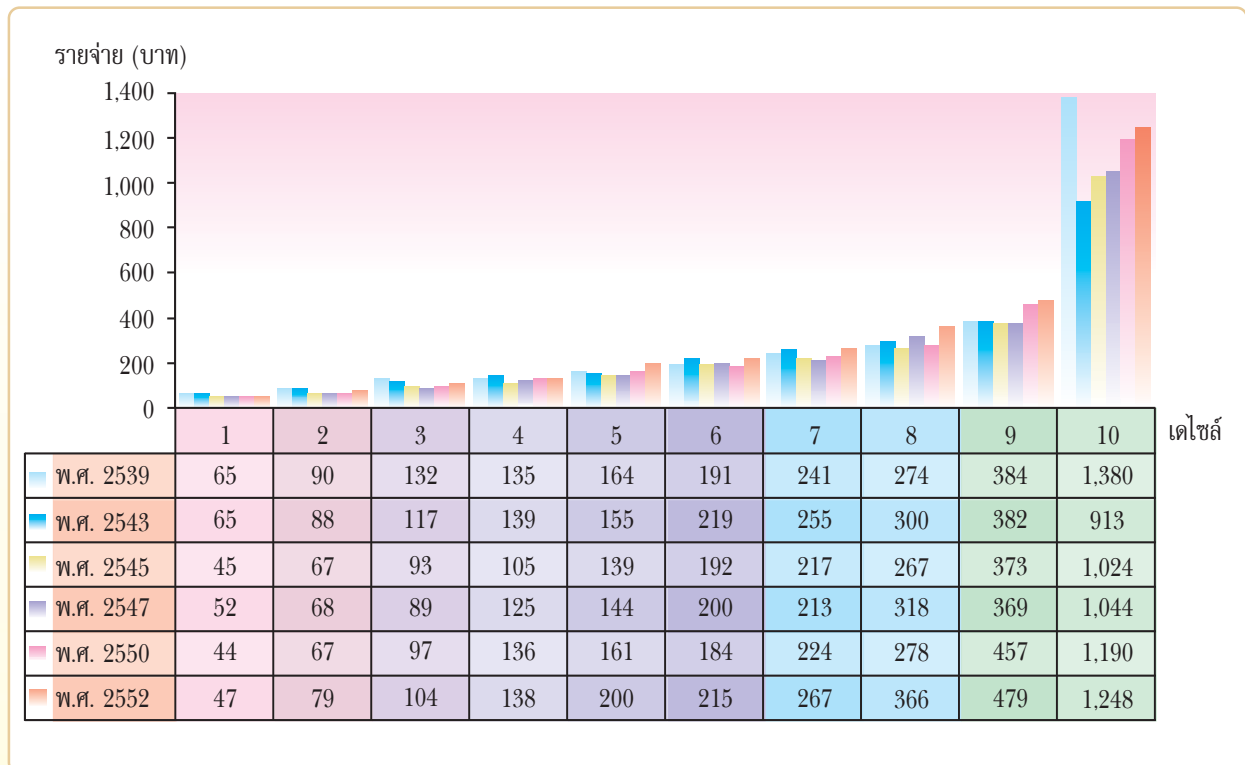
ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

7.2 ความเป็นธรรมของการจ่ายสุขภาพ

รายจ่ายของครัวเรือนตามระดับเศรษฐกิจสังคม ควรจะมีความเป็นธรรม หมายความว่า ครัวเรือนที่ยากจน ควรจะจ่ายเงินเข้าสู่ระบบน้อยกว่าครัวเรือนที่ร่ำรวย โดยคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของครัวเรือน ผลกระทบจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลง โดยกลุ่มที่มีรายจ่ายลดลงมากที่สุดคือ กลุ่มยากจน (กลุ่มเดซิล์ที่ 1-4) ลดลงถึงร้อยละ 3-27 แต่มีข้อสังเกตว่ากลุ่มที่รวยที่สุด (กลุ่มเดซิล์ที่ 10) มีรายจ่ายด้านสุขภาพลดลง ร้อยละ 10 (ภาพที่ 6.69)



ภาพที่ 6.69 เปรียบเทียบรายจ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่มเดซิส์ ก่อนและหลังมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

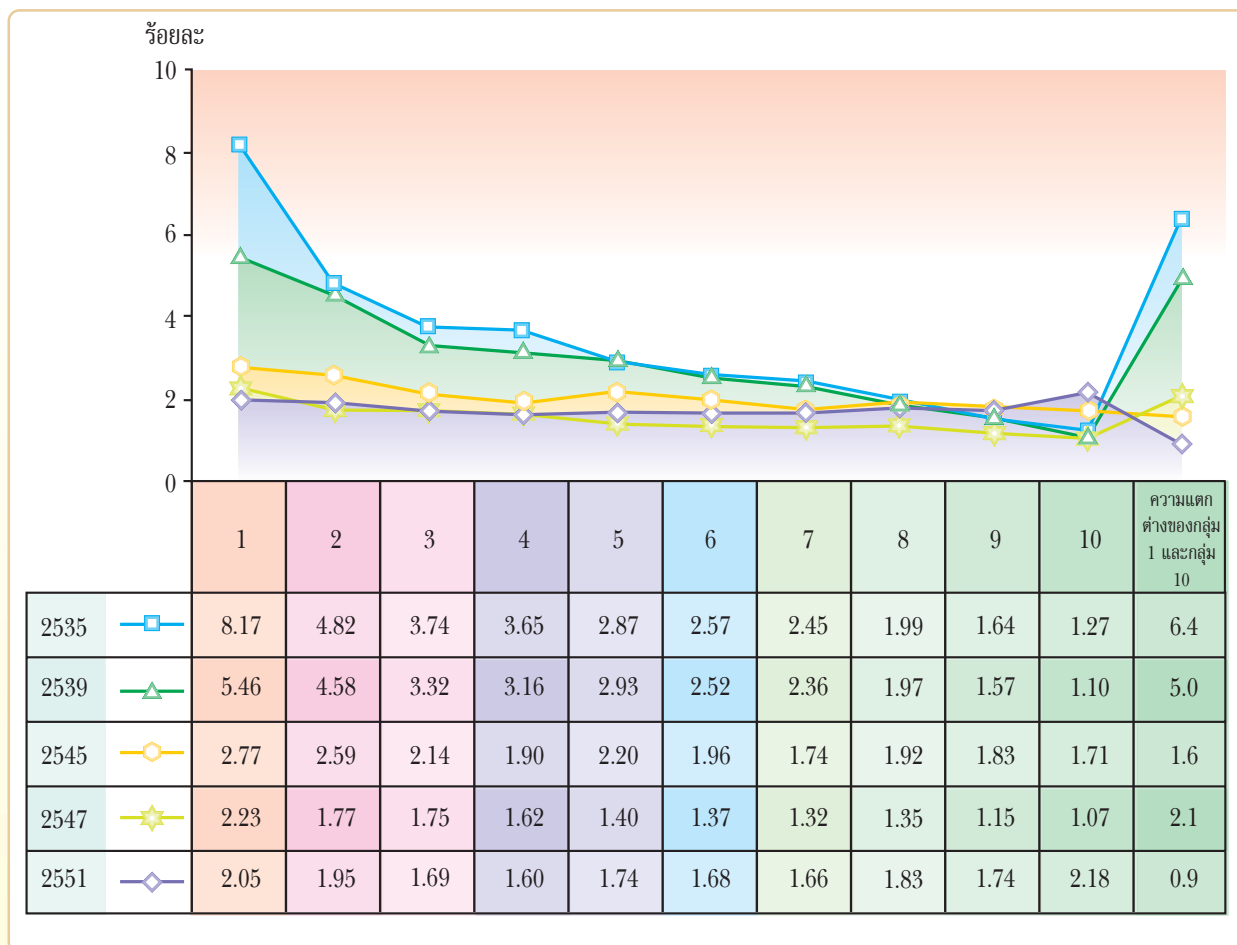


ที่มา: สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อวิเคราะห์เป็นสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มรายได้ จะพบว่าภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ไม่ได้เป็นไปตามความสามารถในการจ่าย (ability to pay) กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มรายได้ พบว่า คนที่มีรายได้ต่ำมีภาระรายจ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้ที่มากกว่าคนที่มีรายได้สูง (ภาพที่ 6.70) หลังจากที่มีรัฐมีการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่ควรเกื้อกูลประเภทต่างๆ และดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ความแตกต่างของภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของคนรวยกับคนจนมีแนวโน้มลดลงจาก 6.4 เท่าใน พ.ศ. 2535 เหลือ 0.9 เท่า ใน พ.ศ. 2551



ภาพที่ 6.70 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน ตามกลุ่มเดซิล์ของรายได้ พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551

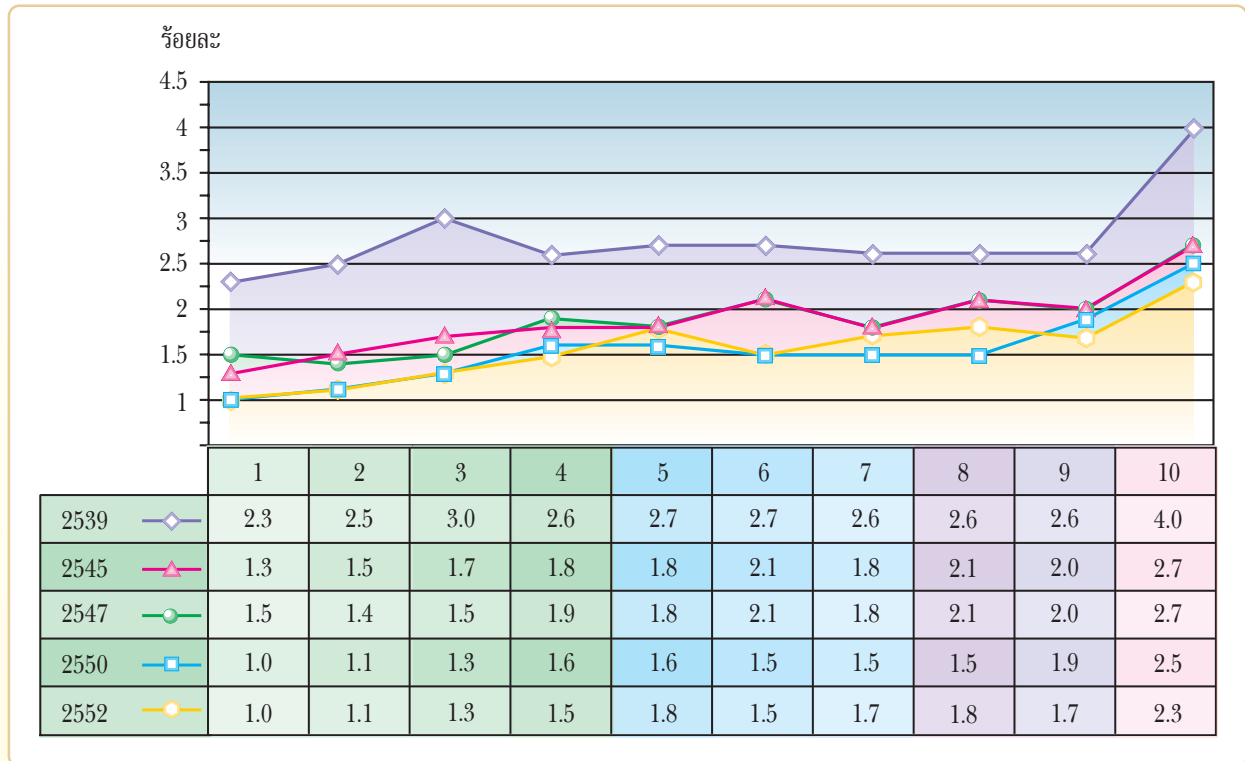


ที่มา: สุพล ติมวัฒนานนท์ และวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อย่างไรก็ดี ถ้าสรุปการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มคนตามระดับเศรษฐกิจสังคม มีการแบ่งกลุ่มคนโดยใช้รายจ่ายของครัวเรือน แทนที่การใช้รายได้ของครัวเรือน รวมทั้งการเปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพกับรายได้ของครัวเรือนนั้น ก็มีการปรับเป็นการเปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน โดยคำนวณเป็นสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน แทนที่จะเป็นสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน วิธีการคำนวณเช่นนี้ จะเป็นการเปรียบเทียบภาระรายจ่ายสุขภาพ เมื่อเทียบกับรายจ่ายของครัวเรือนทั้งหมด โดยสถานการณ์ที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มคนยากจนที่สุด มีการะรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือนอยู่ที่ร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2539 และลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 1 ใน พ.ศ. 2552 เช่นเดียวกับกลุ่มรายได้ระดับอื่นๆ ก็มีแนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือนที่ลดลงเช่นกัน โดยกลุ่มที่รวยที่สุดมีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายครัวเรือน ลดลงจากร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.71 และตารางที่ 6.25) และการที่กลุ่มคนรวยมีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายที่สูงกว่าคนยากจน แสดงให้เห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพ สามารถสร้างความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน โดยการปกป้องคนยากจน ในการไปใช้บริการได้โดยไม่มีภาระรายจ่ายสุขภาพที่สูงเกินไป



ภาพที่ 6.71 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน วัดจากรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดโชล์ พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552



ที่มา: สุพล ภูมิพัฒนานนท์ และวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6.25 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน วัดจากรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดโชล์ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	เดโชล์ของรายได้ (คิดจากรายจ่ายของครัวเรือน)										ความแตกต่าง ของกลุ่ม 1 และ กลุ่ม 10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2539	2.3	2.5	3.0	2.6	2.7	2.7	2.6	2.6	2.6	4.0	0.6
2541	1.5	1.7	2.0	2.3	2.4	2.4	2.6	2.5	3.0	2.6	0.6
2543	2.1	2.2	2.5	2.6	2.5	2.9	2.7	2.6	2.4	2.7	0.8
2545	1.3	1.5	1.7	1.8	1.8	2.1	2.0	2.0	2.1	2.9	0.4
2547	1.5	1.4	1.5	1.9	1.8	2.1	1.8	2.1	2.0	2.7	0.6
2549	1.1	1.6	1.5	1.6	1.8	1.8	1.8	1.6	2.2	2.7	0.4
2550	1.0	1.1	1.3	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.9	2.5	0.4
2551	1.0	1.1	1.3	1.5	1.4	1.6	1.4	1.5	1.6	2.2	0.5
2552	1.0	1.1	1.3	1.5	1.8	1.5	1.7	1.8	1.7	2.3	0.4

ที่มา: สุพล ภูมิพัฒนานนท์ และวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2547 ยังพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ รวมทั้งคนที่มีรายได้น้อยมีภาระรายจ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ ประมาณร้อยละ 82 ของผู้ยากจนที่สุด มีรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ครัวเรือน และร้อยละ 94 ของผู้ที่ร่ำรวยที่สุด มีรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ครัวเรือน โดยใน พ.ศ. 2551 คนที่ยากจนที่สุด มีสัดส่วนของรายจ่ายที่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่คนที่รวยที่สุดมีสัดส่วนของรายจ่ายที่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ที่ลดลง แสดงว่าคนยากจนมีภาระรายจ่ายที่ลดลง คือคนที่มียารายจ่ายที่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น และสัดส่วนดังกล่าวก็ใกล้เคียงกับคนที่รวยที่สุด คือประมาณร้อยละ 90 ของครัวเรือนในแต่ละกลุ่ม (ตารางที่ 6.26)

ตารางที่ 6.26 ร้อยละของครัวเรือน จำแนกตามร้อยละของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ใน 10 กลุ่มเดซิล์ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551

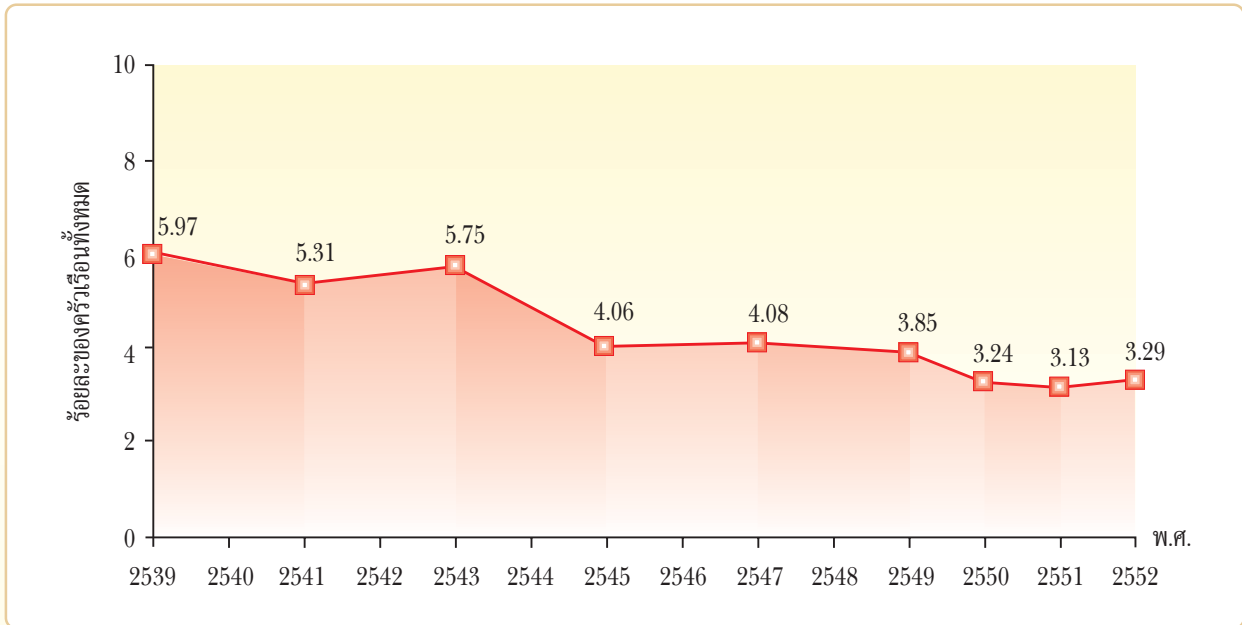
กลุ่มเดซิล์	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน													
	0 - 5 %		6 - 10 %		11 - 20 %		21 - 30 %		31 - 40 %		41 - 50 %		มากกว่า 50 %	
	2547	2551	2547	2551	2547	2551	2547	2551	2547	2551	2547	2551	2547	2551
1	82.2	89.1	7.3	4.5	4.7	3.7	1.2	1.4	0.3	0.7	1.0	0.3	0.8	0.3
2	91.4	89.6	5.2	5.6	1.9	2.7	0.7	1.3	0.3	0.4	0.4	0.2	0.4	0.1
3	92.2	90.9	4.6	5.2	2.2	2.7	0.3	0.6	0.1	0.5	0.1	0.1	0.5	0.0
4	92.2	90.1	5.0	6.2	1.7	2.4	0.4	0.7	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1
5	92.2	89.7	4.8	5.8	1.9	2.2	0.4	1.2	0.3	0.5	0.2	0.3	0.2	0.2
6	92.5	91.2	4.7	5.0	1.8	2.4	0.6	0.8	0.2	0.3	0.04	0.1	0.1	0.1
7	94.2	92.3	3.1	4.2	1.7	1.7	0.4	1.1	0.2	0.5	0.03	0.2	0.4	0.2
8	94.6	91.2	2.9	5.0	2.0	2.4	0.3	0.5	0.1	0.6	0.1	0.1	0.03	0.3
9	94.5	91.0	2.8	5.1	1.6	2.8	1.0	0.5	0.02	0.3	0.0	0.2	0.1	0.2
10	94.0	89.2	3.9	5.9	1.5	2.6	0.4	0.8	0.01	0.7	0.0	0.3	0.1	0.4
รวม	92.0	90.4	4.4	5.3	2.1	2.6	0.6	0.9	0.2	0.5	0.1	0.2	0.3	0.2

ที่มา: สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หากพิจารณาสัดส่วนของครัวเรือนที่ประสบปัญหาภาวะล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพ (รายจ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไปของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน) พบว่า ก่อนมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัดส่วนของครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายมีแนวโน้มสูง แต่หลังจากที่มีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้สัดส่วนของครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายลดลงจากร้อยละ 5.97 ใน พ.ศ. 2539 เหลือร้อยละ 3.29 ใน พ.ศ. 2552 และความแตกต่างระหว่างครัวเรือนที่รวยที่สุดกับครัวเรือนที่จนที่สุดลดลงจาก 0.57 เท่า ใน พ.ศ. 2539 เหลือ 0.25 เท่า ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.72 และตารางที่ 6.27)



ภาพที่ 6.72 สัดส่วนของครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552



ที่มา: วุฒิพันธ์ วงษ์มงคล วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หมายถึง ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

ตารางที่ 6.27 สัดส่วนของครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพวัดจากรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดชีส์ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	เดชีส์ของรายได้ (คิดจากรายจ่ายของครัวเรือน)										รวม	ความแตกต่างของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
2539	4.62	5.28	7.27	5.15	6.06	5.63	5.85	5.92	5.72	8.07	5.90	0.57
2541	3.01	3.00	4.28	4.48	4.95	5.52	6.37	6.13	8.52	6.80	5.31	0.44
2543	5.19	4.57	5.52	5.99	5.61	6.40	6.03	6.26	4.85	7.06	5.75	0.74
2545	1.93	2.33	3.13	3.10	4.06	4.68	4.60	4.82	5.00	6.99	4.06	0.28
2547	2.87	2.25	2.53	4.23	3.75	4.59	3.74	4.54	5.14	7.17	4.08	0.40
2549	1.62	3.32	2.57	3.22	4.01	3.68	4.54	3.79	4.97	6.81	3.85	0.24
2550	1.88	1.66	2.20	2.76	3.74	3.21	3.19	3.32	4.53	5.87	3.24	0.32
2551	1.77	2.21	2.72	3.20	2.60	3.80	3.07	3.30	3.72	4.95	3.13	0.36
2552	1.37	1.52	2.54	2.97	4.50	2.96	3.72	4.00	3.91	5.41	3.29	0.25

ที่มา: วุฒิพันธ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หมายถึง ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

