



ระบบบริการทางการแพทย์

นพ.ชูชนะ มະการสาร

ศิวาพร สังรวม

สินีนภา อัมบุรี

ระบบบริการทางการแพทย์

นพ.ชูชนะ มะกรคำ* ศิวาพร สังรวม*

สินีนาฏ อันบุรี*

การจัดบริการของภาครัฐ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในหลายทศวรรษที่ผ่านมา เป็นการจัดการบริการสุขภาพผ่านหน่วยบริการภาครัฐ เป็นส่วนใหญ่ เป็นการจัดการบริการของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยครอบคลุมการให้บริการสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน โดยจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงแบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็นระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) การให้บริการแต่ละระดับนั้นมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมโยงกันด้วยระบบการส่งต่อ (referral system) โดยเป็นการจัดการบริการกับปัญหาทางสุขภาพที่มีความซับซ้อนแตกต่างกัน เช่น การบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จะเป็นการจัดการบริการกับปัญหาที่พบบ่อย ขณะที่การบริการระดับตติยภูมิขึ้นไปจะดูแลจัดการปัญหาทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนสูง¹ การแบ่งระดับบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ตารางที่ 2.1)²

ตารางที่ 2.1 การแบ่งระดับบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระบบบริการ	รูปแบบ	ลักษณะ
1. ระดับปฐมภูมิ	1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	- ปรับปรุงอาคารสถานที่จากสถานีอนามัยเดิม และมีความพร้อมตามเกณฑ์ที่กำหนด มีแพทย์หมุนเวียนปฏิบัติงานชั่วคราวหรือเป็นการประจำหรือไม่ก็ตาม แต่ต้องมีพยาบาลวิชาชีพ และไม่จำกัดเป็นลักษณะเดี่ยวหรือเครือข่ายครอบคลุม รพ.สต. 8,750 แห่ง และ รพ.สต.ขนาดใหญ่ 1,000 แห่ง
	1.2 ศูนย์การแพทย์ชุมชนเมือง	- จำนวน 226 แห่ง มีคุณสมบัติหลัก ดังนี้ 1) มีประชากรในความรับผิดชอบไม่เกิน 30,000 คนต่อแห่ง 2) มีขีดความสามารถด้านเวชปฏิบัติทั่วไป ทันตกรรม เภสัชกรรม ชั้นสูตโรค กายภาพบำบัดหรือกิจกรรมบำบัด และการแพทย์แผนไทยหรือแพทย์ทางเลือก สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไป เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลเป็นวัตถุประสงค์หลัก 3) มีงานบริการเวชปฏิบัติครอบคลุม และงานพัฒนาสุขภาพชุมชน 4) มีบุคลากรประจำศูนย์ที่มีความพร้อม ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัดหรือนักกิจกรรมบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น ทั้งนี้ ระยะเวลาของการดำเนินการอาจใช้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรหมุนเวียนจากโรงพยาบาลหลัก ต่อไปควรจัดหาบุคลากรให้สามารถดำเนินงานด้วยตนเองได้

*สำนักที่ปรึกษา กรมการแพทย์



ตารางที่ 2.1 การแบ่งระดับบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ต่อ)

ระบบบริการ	รูปแบบ	ลักษณะ
2. ระดับ ทุติยภูมิ	2.1 โรงพยาบาล ชุมชนขนาดเล็ก (ระดับ F3)	- โรงพยาบาลชุมชน ขนาดเตียง 10 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์ เวชปฏิบัติครอบครัวไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่ จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบจำนวน 35 แห่ง
	2.2 โรงพยาบาล ชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2)	- โรงพยาบาลชุมชน ขนาดเตียง 30-90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว และจัดบริการตามมาตรฐานของบริการทุติยภูมิโดยไม่มี แพทย์เฉพาะทาง จำนวน 518 แห่ง
	2.3 โรงพยาบาล ชุมชนขนาดใหญ่ (ระดับ F1)	- โรงพยาบาลชุมชน ขนาดเตียง 60-120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรมสูติ- นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์) เป็นบางสาขา เท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน จำนวน 91 แห่ง
	2.4 โรงพยาบาล ชุมชนเพื่อรับส่งต่อ ผู้ป่วย (ระดับ M2)	- โรงพยาบาลชุมชน ขนาดเตียง 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม) ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูกและ วิสัญญีแพทย์) จำนวน 35 แห่ง
3. ระดับ ตติยภูมิ	3.1 โรงพยาบาล ทั่วไปขนาดเล็ก (ระดับ M)	- เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาหลักทุกสาขา และ สาขารองบางสาขาที่จำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (ระดับ M1) จำนวน 35 แห่ง
	3.2 โรงพยาบาล ทั่วไปขนาดใหญ่ (ระดับ S)	- เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับ มาตรฐาน (ระดับ S) จำนวน 48 แห่ง
	3.3 โรงพยาบาล ศูนย์ (ระดับ A)	- เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยาก ซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (advance & sophisticate technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัย ทางการแพทย์ จึงประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อย ครบทุกสาขาตามความจำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง (ระดับ A) จำนวน 33 แห่ง

ที่มา: เรียบเรียงจาก การพัฒนาการจัดการกำลังคนของสหวิชาชีพ ปี 2555

สำนักบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 1448/2556 เรื่อง การบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมีกรอบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ แต่ละเขตบริการครอบคลุมสถานบริการภายใน 4-8 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 12 เขตบริการสุขภาพ โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพ ดังนี้



เขตบริการสุขภาพที่	จังหวัด
1	เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง และลำพูน
2	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์
3	กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ และอุทัยธานี
4	นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และอ่างทอง
5	กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร และสุพรรณบุรี
6	จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว และสมุทรปราการ
7	กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด
8	นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี
9	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และสุรินทร์
10	มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ
11	กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง และสุราษฎร์ธานี
12	ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา และสตูล

แม้ว่าปัจจุบันมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วของระบบสุขภาพภาคเอกชน แต่สถานพยาบาลทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของรัฐ และพบว่าการใช้บริการสุขภาพในสถานบริการที่มีเตียงไว้รับผู้ป่วย และอัตราการให้บริการผู้ป่วยในนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้นด้วยเช่นกัน³ (ตารางที่ 2.2-2.7)

ตารางที่ 2.2 จำนวนโรงพยาบาลและเตียงผู้ป่วยจำแนกตามประเภทและสังกัด ปี 2554

สังกัด	รักษาโรคทั่วไป		รักษาโรคเฉพาะทาง	
	โรงพยาบาล	เตียงผู้ป่วย	โรงพยาบาล	เตียงผู้ป่วย
โรงพยาบาลของรัฐ				
กระทรวงสาธารณสุข	861	80,682	51	12,805
กระทรวงกลาโหม	63	6,191	-	-
กระทรวงศึกษาธิการ	15	6,812	4	122
กระทรวงยุติธรรม	3	631	-	-
กรุงเทพมหานคร	9	2,554	-	-
ส่วนราชการอื่นๆ*	20	3,662	1	40
รวมโรงพยาบาลของรัฐ	971	100,532	56	12,967
โรงพยาบาลเอกชน	311	30,185	10	398
รวมทั้งหมด	1,282	130,717	66	13,365

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2554 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ้างใน สถิติสาธารณสุขที่ควรรู้ (Alpha Research 2014)

หมายเหตุ: * รวมสถานกาชาดไทย องค์การมหาชน และรัฐวิสาหกิจ



ตารางที่ 2.3 จำนวนผู้ป่วยนอกใหม่จำแนกตามสังกัด ปี 2554

สังกัด	โรงพยาบาล			
	รักษาโรคทั่วไป		รักษาโรคเฉพาะทาง	
	จำนวนผู้ป่วยนอกใหม่	จำนวนครั้งที่รับบริการ	จำนวนผู้ป่วยนอกใหม่	จำนวนครั้งที่รับบริการ
โรงพยาบาลของรัฐ				
กระทรวงสาธารณสุข	28,760,812	107,225,481	486,469	3,670,018
กระทรวงกลาโหม	877,977	4,804,399	-	-
กระทรวงศึกษาธิการ	1,112,607	8,313,413	52,878	302,016
กระทรวงยุติธรรม	14,670	115,892	-	-
กรุงเทพมหานคร	598,238	9,309,891	-	-
ส่วนราชการอื่นๆ*	336,969	2,309,523	8,864	234,857
รวมโรงพยาบาลของรัฐ	31,701,273	132,078,599	548,211	4,206,891
โรงพยาบาลเอกชน	8,132,397	39,080,682	91,372	436,265
รวมทั้งหมด	39,833,670	171,159,281	639,583	4,643,156

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2554 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงในสถิติสาธารณสุขที่ควรรู้ (Alpha Research 2014)

หมายเหตุ: * รวมสภาอากาศไทย องค์การมหาชน และรัฐวิสาหกิจ

ตารางที่ 2.4 จำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามสังกัด ปี 2554

สังกัด	โรงพยาบาล			
	รักษาโรคทั่วไป		รักษาโรคเฉพาะทาง	
	จำนวนผู้ป่วยใน	จำนวนวันอยู่	จำนวนผู้ป่วยใน	จำนวนวันอยู่
โรงพยาบาลของรัฐ				
กระทรวงสาธารณสุข	6,403,209	25,784,650	227,886	2,857,414
กระทรวงกลาโหม	141,105	897,838	-	-
กระทรวงศึกษาธิการ	329,250	2,090,476	1,748	7,568
กระทรวงยุติธรรม	2,129	136,645	-	-
กรุงเทพมหานคร	128,819	789,157	-	-
ส่วนราชการอื่นๆ*	64,420	378,751	145	607
รวมโรงพยาบาลของรัฐ	7,068,932	30,077,517	229,779	2,865,589
โรงพยาบาลเอกชน	2,080,632	5,822,559	10,325	81,751
รวมทั้งหมด	9,149,564	35,900,076	240,104	2,947,340

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2554 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงในสถิติสาธารณสุขที่ควรรู้ (Alpha Research 2014)

หมายเหตุ: * รวมสภาอากาศไทย องค์การมหาชน และรัฐวิสาหกิจ



ตารางที่ 2.5 จำนวนผู้ป่วยนอกใหม่และจำนวนครั้งที่รับบริการที่โรงพยาบาลจักษุ ปี 2543-2554

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยนอกใหม่ (คน)		จำนวนครั้งที่รับบริการ (ครั้ง)	
	โรงพยาบาลรัฐ	โรงพยาบาลเอกชน	โรงพยาบาลรัฐ	โรงพยาบาลเอกชน
2543	25,315,030	4,144,852	NA	NA
2544	27,251,740	4,967,419	NA	NA
2545	29,486,813	4,025,727	NA	NA
2546	27,725,182	5,934,084	91,412,472	30,932,293
2547	28,185,489	5,293,339	95,140,636	29,346,824
2548	29,181,720	5,931,096	100,357,242	35,299,555
2549	30,047,420	6,481,733	107,022,324	36,254,594
2550	31,572,993	8,106,765	114,144,958	42,881,551
2551	29,391,042	6,480,466	115,233,251	36,274,868
2552	29,143,848	6,620,662	109,507,444	32,044,002
2553	31,087,447	6,804,918	134,813,388	36,916,177
2554	32,248,944	8,223,769	136,285,490	39,516,947

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2554 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงในสถิติสาธารณสุขที่ควรรู้ (Alpha Research 2014)

หมายเหตุ: NA=Not Available

ตารางที่ 2.6 จำนวนผู้ป่วยใน และจำนวนวันอยู่ของผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจักษุ ปี 2543-2554

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยนอกใหม่ (คน)		จำนวนวันอยู่ของผู้ป่วยใน(วัน)	
	โรงพยาบาลรัฐ	โรงพยาบาลเอกชน	โรงพยาบาลรัฐ	โรงพยาบาลเอกชน
2543	6,439,145	1,487,351	31,145,467	4,338,363
2544	7,122,416	1,707,155	32,352,974	6,361,263
2545	6,987,729	1,535,831	31,487,554	3,974,613
2546	6,693,898	1,661,556	30,035,268	5,141,142
2547	6,700,338	1,601,497	31,071,580	4,602,531
2548	6,773,370	1,790,142	30,524,800	5,379,352
2549	6,892,474	1,853,133	31,164,768	5,226,719
2550	7,005,953	2,239,284	32,774,623	6,204,061
2551	6,916,944	1,680,877	28,989,212	5,699,426
2552	6,570,401	1,533,765	27,840,513	4,720,027
2553	7,440,137	1,905,160	33,728,804	5,509,948
2554	7,298,711	2,090,957	32,943,106	5,904,310

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2554 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงในสถิติสาธารณสุขที่ควรรู้ (Alpha Research 2014)



ตารางที่ 2.7 จำนวนเตียงผู้ป่วยและจำนวนประชากรต่อเตียงผู้ป่วยที่วราฮอมาจักร ปี 2543-2554

ปี พ.ศ.	จำนวนเตียงผู้ป่วย			จำนวนประชากร* (คน)	จำนวน ประชากร ต่อเตียง
	โรงพยาบาลรัฐ	โรงพยาบาลเอกชน	รวม		
2543	106,840	29,361	136,201	61,878,746	454
2544	108,741	28,956	137,697	62,308,887	453
2545	105,539	28,914	134,453	62,799,872	467
2546	105,630	28,992	134,622	63,079,765	469
2547	106,902	26,343	133,245	61,973,621	465
2548	106,931	26,839	133,770	62,418,054	467
2549	108,448	26,315	134,763	62,828,706	466
2550	109,443	30,564	140,007	63,038,247	450
2551	99,884	25,982	125,866	63,389,730	504
2552	95,353	22,215	117,568	63,525,062	540
2553	109,447	24,658	134,105	63,878,267	476
2554	113,499	30,583	144,082	64,076,033	445

ที่มา: ตัวเลขตั้งรู้เรื่องสาธารณสุข 2556-2557 (Alpha Research)

หมายเหตุ: * จากการทะเบียน

จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2554⁴ (ตารางที่ 2.8) แสดงให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพกระจายมากอยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑล เมืองขนาดใหญ่ และเมืองที่เป็นแหล่งธุรกิจอุตสาหกรรม โดยกรุงเทพมหานครมีจำนวนเตียงต่อประชากรน้อยที่สุด ทั้งนี้ จำนวนเตียงที่มากแสดงให้เห็นการใช้บริการของประชาชนที่สูงกว่าเขตบริการอื่นๆ ดังแสดงจากสถิติผู้ป่วยนอกใหม่ ผู้ป่วยนอกทั้งหมด ผู้ป่วยใน วันอยู่ผู้ป่วยใน นอกจากนี้ จากข้อมูลในภาพรวม มีจำนวนแพทย์ต่อเตียงอยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงกันทั่วประเทศ และอัตราการครองเตียง พบว่า กรุงเทพมหานคร และเขตบริการสุขภาพที่ 7 มีอัตราการครองเตียงน้อยที่สุด และมากที่สุดตามลำดับ



ตารางที่ 2.8 จำนวนเตียง เตียงต่อประชากร แพทย์ต่อเตียง ผู้ป่วยนอกใหม่ (คน) ผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง) ผู้ป่วยใน วันอยู่ผู้ป่วยใน และอัตราการครองเตียงรายเขตพื้นที่บริการจังหวัด ปี 2554

เครือข่ายบริการ	จำนวนเตียง	เตียงต่อประชากร	แพทย์ต่อเตียง	ผู้ป่วยนอกใหม่ (คน)	ผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง)	ผู้ป่วยใน	วันอยู่ผู้ป่วยใน	อัตราการครองเตียง
รวมทั้งประเทศ	144,042	445	6	40,472,713	175,802,437	9,389,668	38,847,416	74
กรุงเทพฯ	29,216	195	5	3,543,494	35,359,492	1,091,005	5,331,017	50
1	13,035	435	5	3,706,234	16,887,572	949,037	3,927,490	83
2	6,402	537	5	1,910,395	7,181,297	447,845	1,980,676	85
3	5,491	549	7	1,689,524	6,395,818	397,398	1,493,080	74
4	15,885	316	6	5,658,550	16,286,492	766,981	3,768,326	65
5	12,304	411	7	3,222,937	14,781,739	859,832	3,194,673	71
6	13,506	413	6	4,292,394	18,861,212	900,075	3,484,842	71
7	7,558	661	5	2,606,366	9,306,145	608,099	2,889,821	105
8	7,598	740	7	2,431,571	9,129,755	595,487	2,301,214	83
9	915	929	6	3,372,262	13,100,566	835,463	2,979,992	89
10	6,647	680	7	2,184,208	8,133,385	518,178	2,007,114	83
11	8,162	520	6	2,834,776	10,291,313	712,118	2,861,014	96
12	9,153	512	6	3,020,002	10,087,651	708,150	2,628,157	79

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2554



วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลอัตราครองเตียงและอัตราวันอยู่เฉลี่ยของผู้ป่วยในทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2543-2554 พบว่าโรงพยาบาลของรัฐมีแนวโน้มอัตราครองเตียงที่สูงขึ้นร้อยละ 77.9-84.4 ส่วนอัตราวันอยู่เฉลี่ยของผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 4.2-4.8 (ตารางที่ 2.9)

ตารางที่ 2.9 อัตราครองเตียงและอัตราวันอยู่เฉลี่ยของผู้ป่วยใน ที่วราชนาฎจักร ปี 2543-2554

ปี พ.ศ.	อัตราครองเตียง (%)		อัตราวันอยู่เฉลี่ยของผู้ป่วยใน (วัน)	
	โรงพยาบาลรัฐ	โรงพยาบาลเอกชน	โรงพยาบาลรัฐ	โรงพยาบาลเอกชน
2543	79.9	40.5	4.8	2.9
2544	81.5	60.2	4.5	3.7
2545	81.7	37.7	4.5	2.6
2546	77.9	48.6	4.5	3.1
2547	79.6	47.9	4.6	2.9
2548	78.2	54.9	4.5	3.0
2549	78.7	54.4	4.5	2.8
2550	82.1	55.6	4.7	2.8
2551	79.5	60.1	4.2	3.4
2552	80.0	58.2	4.2	3.1
2553	84.4	61.2	4.5	2.9
2554	79.5	52.9	4.5	2.8

ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์

จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545-2551⁵ พบว่า รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศในปี 2553 มีจำนวน 392,368.3 ล้านบาท เพิ่มขึ้นจากปี 2537 ที่มีจำนวน 127,655.5 ล้านบาท โดยเพิ่มขึ้น 3.1 เท่า และรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีเพิ่มขึ้นจาก 2,160 บาท ในปี 2537 เป็น 3,110 บาท ในปี 2540 จากนั้นลดลงเนื่องจากประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ แต่รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีได้เพิ่มขึ้นเป็น 6,142 บาท หรือคิดเป็น 194 ดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2553 เมื่อเทียบสถานะทางสุขภาพกับรายจ่ายสุขภาพต่อหัว พบว่าคนไทยมีสถานะสุขภาพที่ดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ซึ่งเป็นภาพสะท้อนถึงประสิทธิภาพที่ดีของระบบบริการสุขภาพในมิติหนึ่ง (ตารางที่ 2.10)



ตารางที่ 2.10 รายจ่ายสุขภาพรวม (Total health expenditure) และข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญด้านรายจ่ายสุขภาพ ระหว่างปี 2537-2553 (ราคาปีปัจจุบัน)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549**	2550**	2551**	2552	2553
รายจ่ายสุขภาพรวม (ล้านบาท)	127,655	147,837	177,103	189,143	172,811	162,124	167,147	170,203	201,679	211,957	228,041	251,693	274,055	303,853	360,272	377,226	392,368
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ต่อรายได้ประชาชาติ	3.5%	3.5%	3.8%	4.0%	3.7%	3.5%	3.4%	3.3%	3.7%	3.6%	3.5%	3.5%	3.5%	3.6%	4.0%	4.2%	3.9%
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ต่อรายได้ประชาชาติ (แบบดัชนีลูกโซ่)*	3.5%	3.5%	3.8%	4.0%	3.7%	3.4%	3.3%	3.2%	3.5%	3.4%	3.3%	3.3%	3.3%	3.4%	3.7%	3.9%	3.6%
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ต่อรายจ่ายภาครัฐ (แบบดัชนีลูกโซ่)* (%)	17.5%	17.3%	17.3%	16.8%	16.1%	14.9%	15.3%	15.2%	17.6%	17.6%	17.0%	16.0%	16.1%	16.1%	7.8%	17.4%	16.9%
รายจ่ายสุขภาพรวม ภาครัฐ (ล้านบาท)	56,885	69,407	83,522	101,937	94,656	88,941	93,372	95,779	127,534	134,670	147,459	161,282	198,407	231,034	273,372	280,373	293,378
รายจ่ายสุขภาพรวม ภาคเอกชน (ล้านบาท)	70,771	78,430	93,581	87,206	78,155	73,183	73,372	74,424	74,146	77,288	80,582	90,411	75,648	72,819	86,901	96,854	98,990
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ภาครัฐ (%)	45	47	47	54	55	55	56	56	63	64	65	64	72	76	76	74	75
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ภาคเอกชน (%)	55	53	53	46	45	45	44	44	37	36	35	36	28	24	24	26	25
รายจ่ายสุขภาพรวม/คน/ปี (บาท/คน/ปี)	2,160	2,486	2,946	3,110	2,811	2,629	2,701	2,732	3,211	3,354	3,680	4,032	4,362	4,820	5,683	5,938	6,142
รายจ่ายสุขภาพรวม/คน/ปี คิดเป็น ดอลลาร์สหรัฐ	86	100	116	99	68	69	67	61	75	81	91	100	115	140	171	173	194
อัตราแลกเปลี่ยน (บาท/ดอลลาร์สหรัฐ)	25	25	25	31	42	38	40	44	43	41	40	40	38	35	33	34	32

ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545-2551 สำนักงานพัฒนาไทยสุขภาพระหว่างประเทศ (HPPP) กระทรวงสาธารณสุข

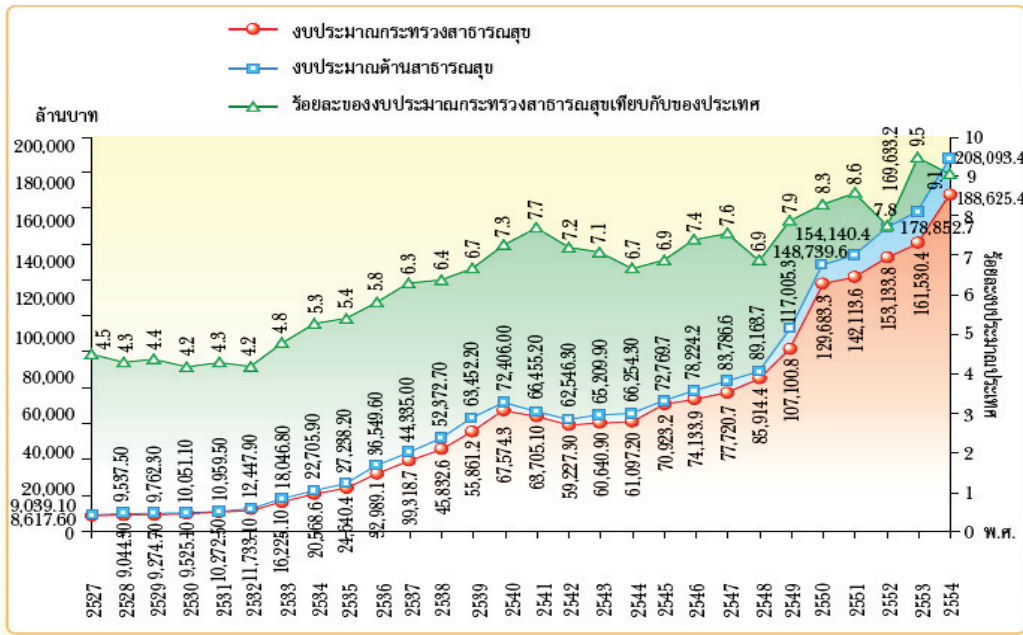
หมายเหตุ: * ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการใช้จ่ายสุขภาพระหว่างปี 2537-2553 (ราคาปีปัจจุบัน) และข้อมูลปี 2549-2551 (ราคาปีปัจจุบัน) ** ข้อมูลปี 2549-2551 มีการปรับปรุงข้อมูลใหม่จากหลายหน่วยงาน เช่น ข้อมูลขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐบาลท้องถิ่น กองทุนเงินทดแทน สถิติการจากภายนอก

และองค์การไม่แสวงหากำไรให้บริการครัวเรือน เป็นต้น



รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ

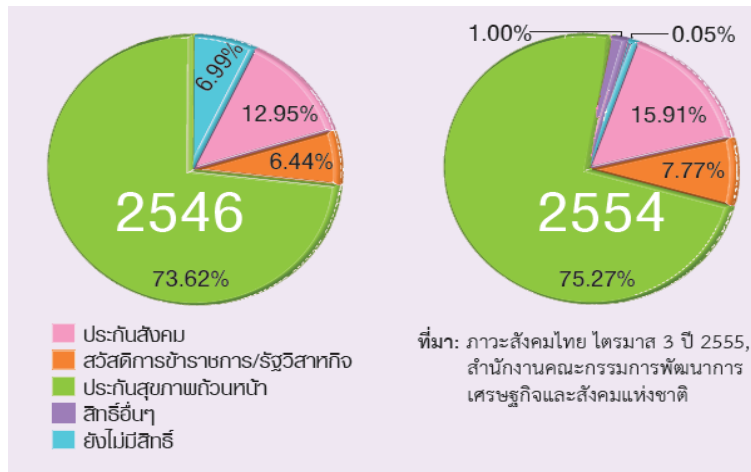
แหล่งจ่ายที่ใหญ่ที่สุดของภาครัฐคือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานส่วนกลาง หากจำแนกแหล่งการเงินภาครัฐตามแหล่งที่มา จะพบว่า สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2540 ถึงปี 2548 และเพิ่มขึ้นอีกในปี 2551 และเมื่อพิจารณางบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจะเห็นว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ของงบประมาณทั้งหมดในปี 2544 เป็นร้อยละ 9.1 ของงบประมาณทั้งหมดในปี 2554 (ภาพที่ 2.1)⁶ แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของภาครัฐที่มีต่อระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 2.1 งบประมาณสุขภาพและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขปี 2527-2554
ที่มา: สำนักงบประมาณ อ่างใน การสาธารณสุขไทยปี 2551-2553

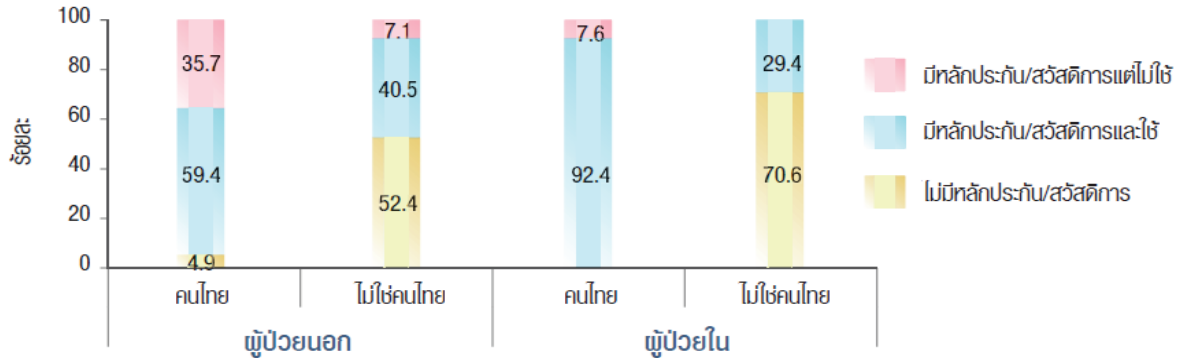
สิทธิการรักษาพยาบาล

ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพตั้งแต่ปี 2546 ประเทศไทยมีจำนวนผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 2.2) แสดงให้เห็นถึงผลของความเป็นธรรมในการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่มากขึ้นและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ทุกระดับของสถานบริการ



ภาพที่ 2.2 ร้อยละของคนไทยที่มีหลักประกันสุขภาพจำแนกตามประเภทของหลักประกัน ปี 2546 และ 2554
ที่มา: สุขภาพคนไทย 2555

จากข้อมูลการใช้สิทธิประโยชน์หลักประกันหรือสวัสดิการทางสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของคนไทยพบว่า เทียบผู้ที่ไม่ใช่คนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) จำแนกตามประเภทการรักษาครั้งสุดท้าย (ภาพที่ 2.3) จะเห็นว่าคนไทยมีการใช้บริการโดยใช้สิทธิการรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ร้อยละ 59.4 และ 92.4 ตามลำดับ) หากแต่ผู้ที่ไม่ใช่คนไทยและไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลซึ่งใช้บริการผู้ป่วยในสูงถึงร้อยละ 70.6



ภาพที่ 2.3 การใช้สิทธิประโยชน์หลักประกันหรือสวัสดิการทางสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลของคนไทยเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่คนไทย ที่มา: วาทีนิ และคณะ คำนวณจาก ผลการสำรวจระดับชาติ “ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาในคนไทย และแรงงานข้ามชาติ พ.ศ. 2554” อ้างใน สุขภาพคนไทย 2555

หมายเหตุ: “ผู้ที่ไม่ใช่คนไทย” ประกอบด้วย กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่มีสัญชาติไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) จำแนกตามประเภทการรักษาครั้งสุดท้าย

การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์

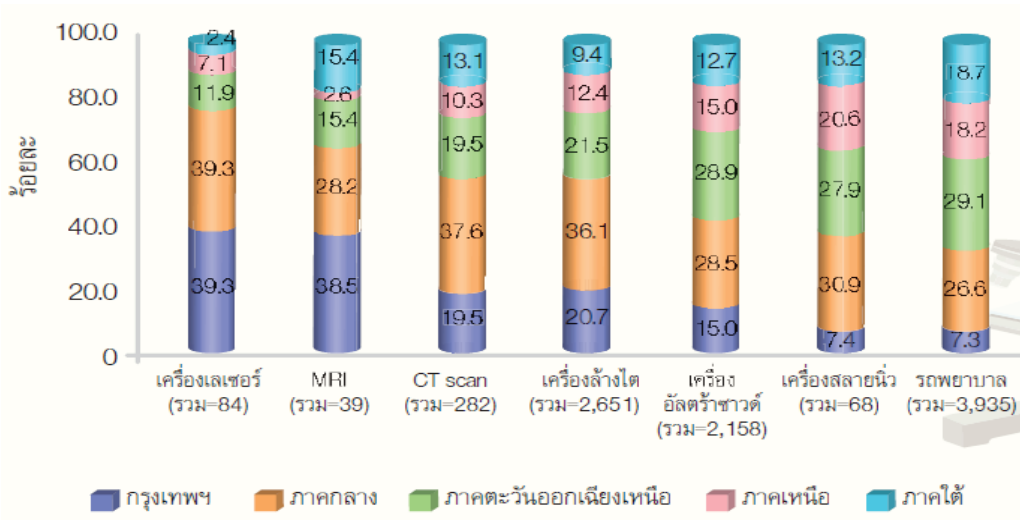
จากข้อมูลตารางที่ 2.11 จะเห็นว่าแนวโน้มการใช้บริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูงและส่วนมากอยู่ในระดับสถานบริการระดับตติยภูมิมีแนวโน้มที่มากขึ้น อาจเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและความต้องการของผู้ใช้บริการสุขภาพเอง

ตารางที่ 2.11 แนวโน้มการใช้บริการทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง ปี 2547-2550

การใช้บริการทางการแพทย์	2547	2548	2549	2550
ผ่าตัดกระดูกสันหลัง และเยื่อหุ้มสมอง	35,474	36,398	36,930	37,021
การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม	175,396	213,539	241,884	244,000
ผ่าตัดจอประสาทตา	50,704	53,411	56,682	59,756
ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	70,850	73,034	72,406	73,227
ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจตีบ	39,460	42,099	45,340	48,019
การคลอดโดยอาศัยเครื่องมือ	43,470	51,429	54,021	50,970
การผ่าตัดท่อน้ำดี	186,774	226,143	243,108	257,763

ที่มา: Administrative data of the CSMBs, SSS, and the UHC scheme, 2004-2007 อ้างใน สุขภาพคนไทย 2555





ภาพที่ 2.4 การกระจายครุภัณฑ์ทางการแพทย์จำแนกตามภาค ปี 2552

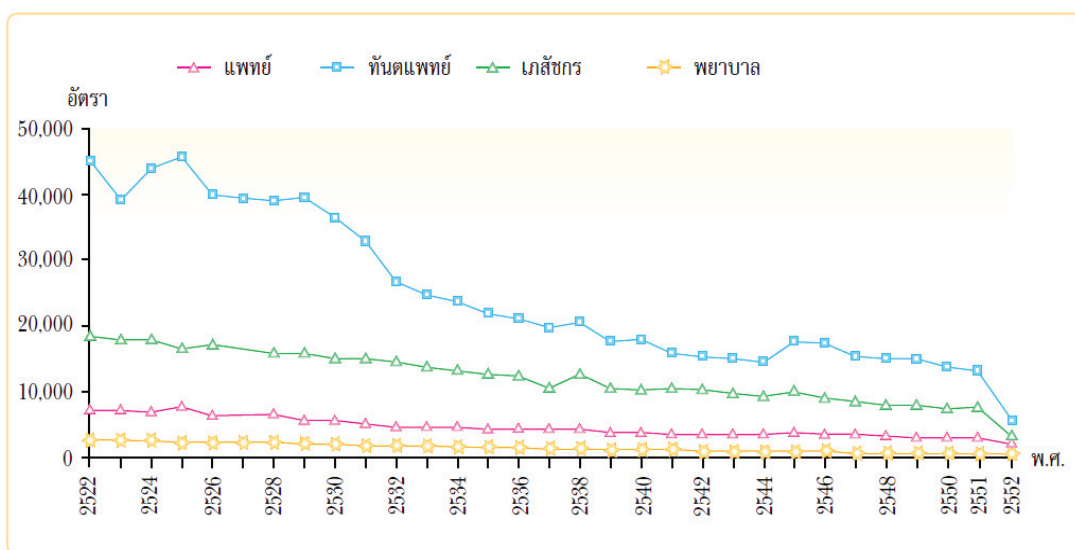
ที่มา: ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารติดตามผลการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข (<http://moc.moph.go.th/index.php>)

จากภาพที่ 2.4 การกระจายครุภัณฑ์ทางการแพทย์มีมากในภาคกลางและกรุงเทพฯ สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการในการพัฒนาสถานบริการที่ใช้เครื่องมือพื้นฐานเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล⁷

บุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพ ที่ผ่านมามีการผลิตบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่องทำให้จำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นและมีการกระจายไปยังสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามกำลังคนด้านสุขภาพยังคงมีความขาดแคลนเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่ควรจะเป็น ปัญหาการกระจายตัวของบุคลากร รวมทั้งคุณภาพของบุคลากรซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับภาระงานของบุคลากร

จากการสาธารณสุขไทยปี 2551-2553⁶ ได้แสดงแนวโน้มอัตราส่วนของประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพตามประเภทบุคลากร หากพิจารณาจากสถานการณ์โดยรวมของกำลังคนด้านสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมาโดยใช้อัตราส่วนต่อกำลังคน จะเห็นว่าปริมาณกำลังคนมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 2.5)



ภาพที่ 2.5 อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ ปี 2522-2552

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อังใน การสาธารณสุขไทย ปี 2551-2553

1) แพทย์

จากข้อมูลแพทย์ที่จัดเก็บในฐานข้อมูลแพทยสภาโดยสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา⁶ ประเทศไทยมีแพทย์ยังมีชีวิตและมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจำนวนทั้งหมด 45,671 คน และพบว่ามีแพทย์ที่ขาดการติดต่อกับแพทยสภาจำนวน 1,814 คน (ตารางที่ 2.12)

ตารางที่ 2.12 จำนวนแพทย์จำแนกตามเพศ

ข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูลแพทยสภา 1 ธันวาคม 2556	ทั้งหมด	ชาย	หญิง	ทั้งหมด	ชาย	หญิง
จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งหมด (MDALL)	47,417	27,766	19,651	100%	59%	41%
1. จำนวนแพทย์ที่มีชีวิตและมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม(MDA)	45,671	26,327	19,344	96%	58%	42%
1.1 แพทย์ที่ติดต่อได้ในประเทศไทย(MDAT)	43,374	24,763	18,611	100%	57%	43%
1.1.1 แพทย์ที่ติดต่อได้ในประเทศไทยตามที่อยู่ใน กทม. (MDATB)	17,966	10,289	7,677	41%	57%	43%
1.1.2 แพทย์ที่ติดต่อได้ในประเทศไทยตามที่อยู่ในต่างจังหวัด(MDATNB)	25,408	14,474	10,934	59%	57%	43%
1.1.3 แพทย์ที่ติดต่อได้ในประเทศไทยจำแนกตามช่วงอายุ(MDAT1-6)	43,374	24,763	18,611	100%	57%	43%
อายุ 24 - 30 ปี (แพทย์ใช้ทุนและศึกษาแพทย์ประจำบ้าน) MDAT1	11,013	4,793	6,220	25%	44%	56%
อายุ 31 - 40 ปี MDAT2	13,180	6,359	6,821	30%	48%	52%
อายุ 41 - 50 ปี MDAT3	7,877	5,224	2,653	18%	66%	34%
อายุ 51 - 60 ปี MDAT4	5,663	4,394	1,269	13%	78%	22%
อายุ 61 - 70 ปี MDAT5 (เกษียณราชการ)	2,925	2,126	799	7%	73%	27%
อายุ 70 ปีขึ้นไป MDAT6 (เกษียณราชการ)	2,716	1,867	849	6%	69%	31%
*(รวมช่วงหลังเกษียณ 12%ของแพทย์ได้รับใบประกอบวิชาชีพทั้งหมด) MDAT5+6	5,641	3,993	1,648	13%	71%	29%
** (แพทย์วัยทำงาน 80%ของแพทย์ได้รับใบประกอบวิชาชีพทั้งหมด) MDAT1-4	37,733	20,770	16,963	87%	55%	45%
1.2 แพทย์ที่ติดต่อได้และอยู่ในต่างประเทศ (MDAF)	483	406	77	1.06%	1.54%	0.40%
1.3 แพทย์ที่ขาดการติดต่อ (MDALC)	1,814	1,158	656	3.97%	4.40%	3.39%
2. แพทย์ที่มีชีวิตและถูกเพิกถอนใบอนุญาต (MDLL)	19	16	3	0.04%	0.06%	0.02%
3. จำนวนแพทย์ที่รับรายงานว่ามีชีวิตแล้ว (MDD)	1,727	1,423	304	3.64%	5.12%	1.55%

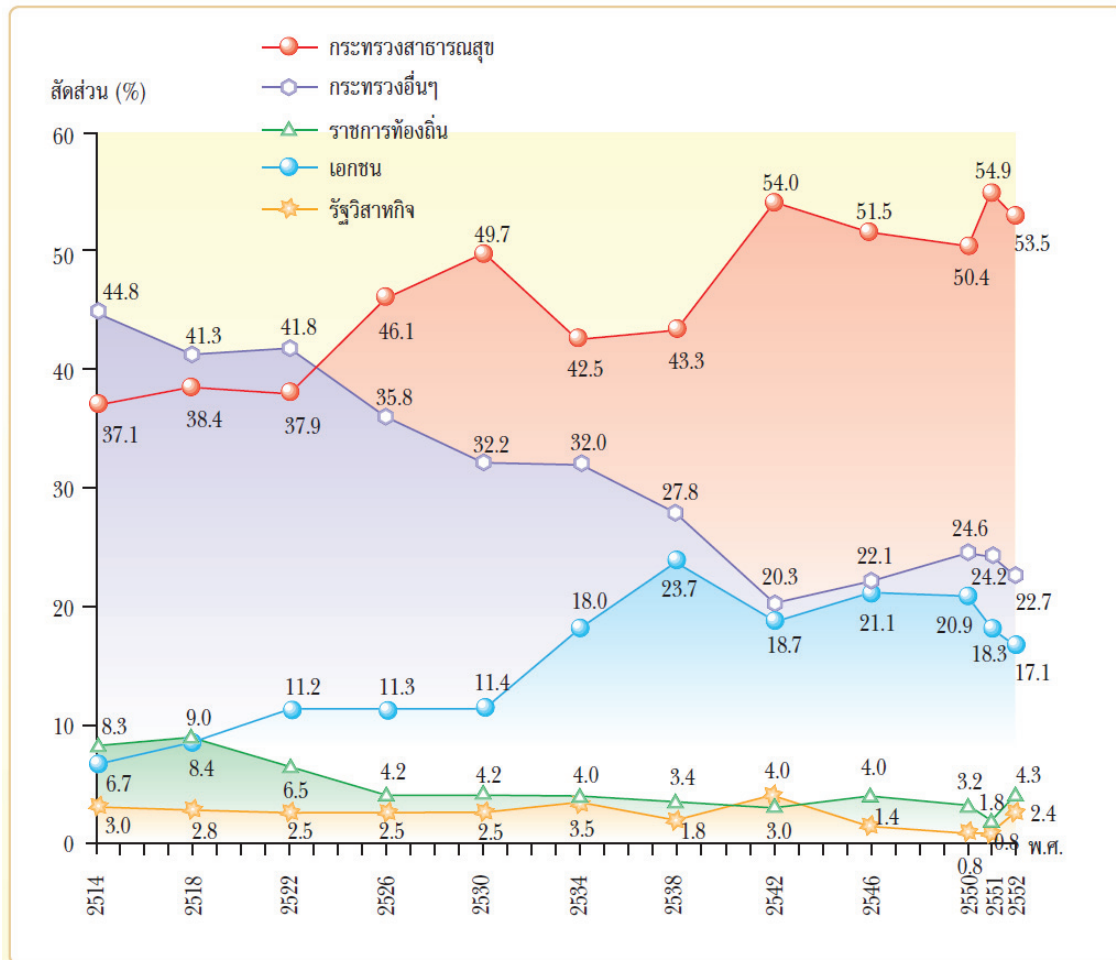
ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา 1 ธันวาคม 2556*

1. แพทย์ผู้ได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม นับแต่มี พรบ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 จำนวน 47,417 คน(MDALL) ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่ 45641 คน(MDA96%)
2. แพทย์ที่มีอยู่และติดต่อได้ในประเทศไทย 43,374 คน (MDAT) เป็นผู้เกษียณแล้ว 5,641 คน (MDAT5-6 13%) และเป็นวัยทำงาน 37,733 คน (MDAT1-4 87%)
3. ในกลุ่มวัยทำงาน MDAT1-4 37,733 คน เป็น 80% ของแพทย์ทั้งหมด MDALL(47,417) เป็น 87%กลุ่มแพทย์มีชีวิตในไทย(MDAT)เป็นเพศชาย 55%หญิง 45%
4. ในกลุ่มวัยทำงาน MDAT1-4 37,733 คน เป็นแพทย์จบใหม่(ใช้ทุน3ปีและเรียนหนังสือ3ปี) เกือบทั้งหมดสถานภาพแพทย์ทั่วไป) จำนวน11,013 คน (MDAT1 30%)
5. การนำตัวเลขไปคำนวณงานวิจัยใดๆ กรุณาติดต่อแพทยสภาก่อน เนื่องจากต้องเข้าใจที่มาของแต่ละค่าก่อนจะตีความ

MD=Medical Doctor ALL=ทั้งหมด A=Alive T=Thai LC=Lost Contact LL=Lost license D=Death F=foreigner //Ittapor 2013

จากรายงานการสาธารณสุขไทยปี 2551-2553⁶ ได้แสดงให้เห็นสัดส่วนของแพทย์จำแนกตามสังกัดและจำแนกตามภาค (ภาพที่ 2.6) พบว่าแพทย์สังกัดภาครัฐมีสัดส่วนลดลงและภาคเอกชนมีสัดส่วนมากขึ้น กล่าวคือ สัดส่วนแพทย์ภาครัฐมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 93.2 ในปี 2514 เหลือร้อยละ 82.9 ในปี 2552 ขณะที่ภาคเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.7 ในปี 2514 เป็น ร้อยละ 17.1 ในปี 2552





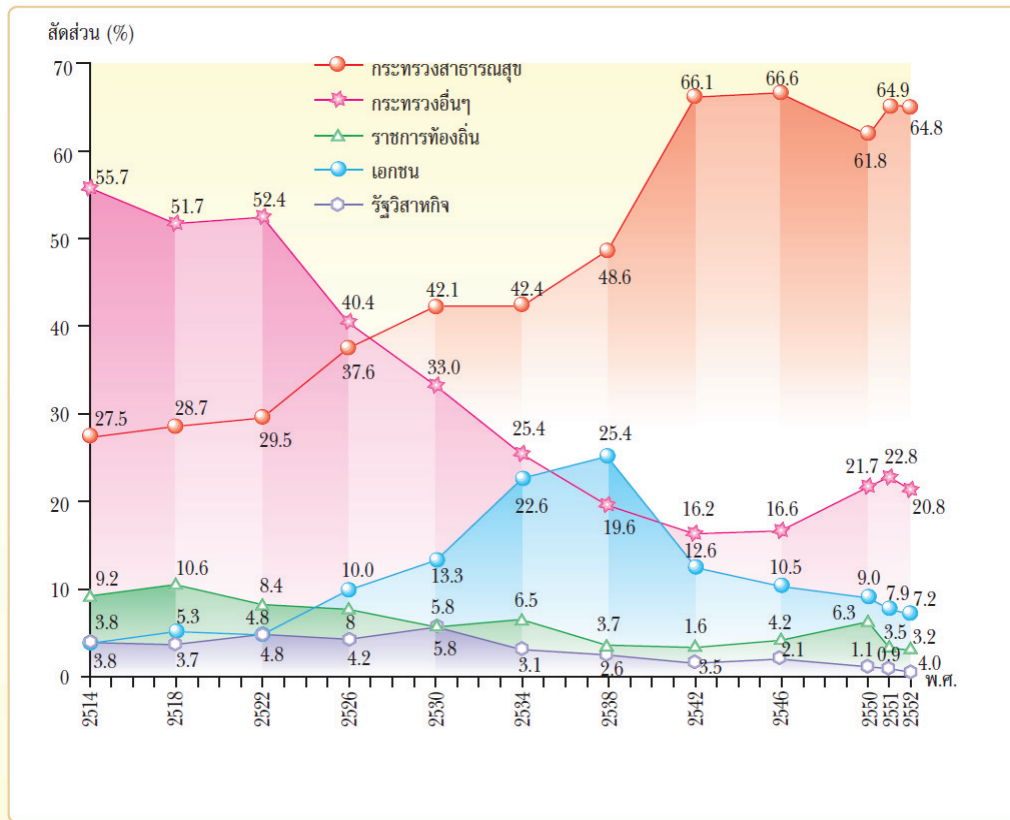
ภาพที่ 2.6 สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด ปี 2514-2552

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อ่างใน การสาธารณสุขไทย ปี 2551-2553

2) ทันตแพทย์

จากการสาธารณสุขไทย 2551-2553⁶ แสดงสัดส่วนของทันตแพทย์จำแนกตามสังกัดและภาค พบว่าทันตแพทย์ สังกัดภาครัฐมีสัดส่วนลดลงและภาคเอกชนมีสัดส่วนมากขึ้น กล่าวคือ สัดส่วนแพทย์ภาครัฐ มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 96.2 ในปี 2514 เหลือร้อยละ 92.8 ในปี 2552 ขณะที่ภาคเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.8 ในปี 2514 เป็นร้อยละ 7.2 ในปี 2552 (ภาพที่ 2.7)

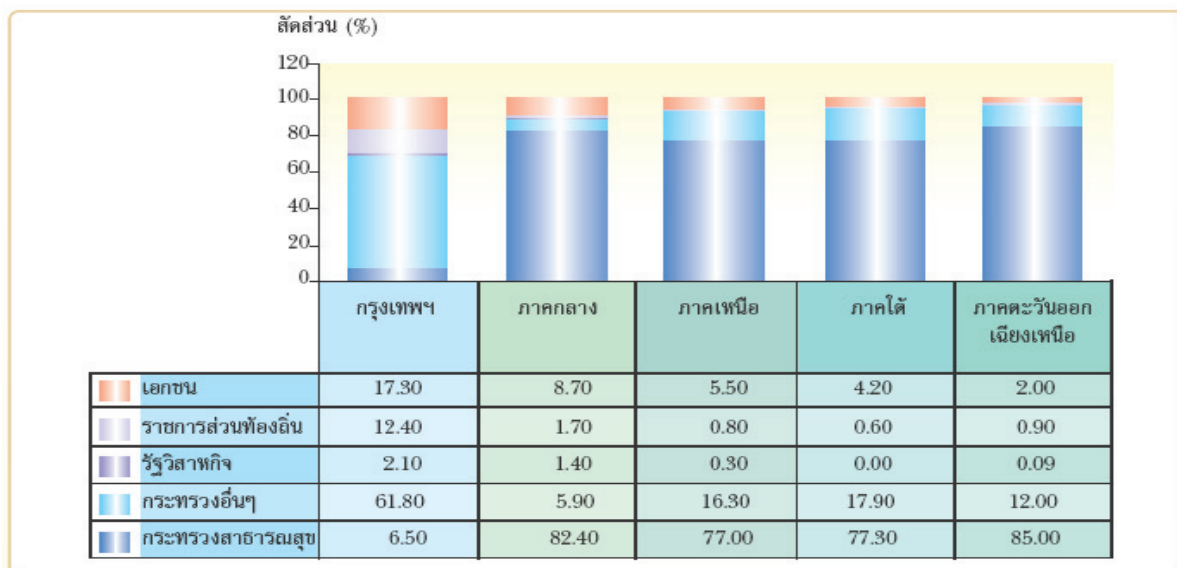




ภาพที่ 2.7 สัดส่วนเตียงตามสังกัด ปี 2514-2552

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อังน ใน การสาธารณสุขไทย ปี 2551-2553

สำหรับเตียงส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดกระทรวงอื่นๆ รองลงมาคือ ภาคเอกชน และราชการส่วนท้องถิ่นหรือกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ภาคอื่นๆ เตียงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 2.8)



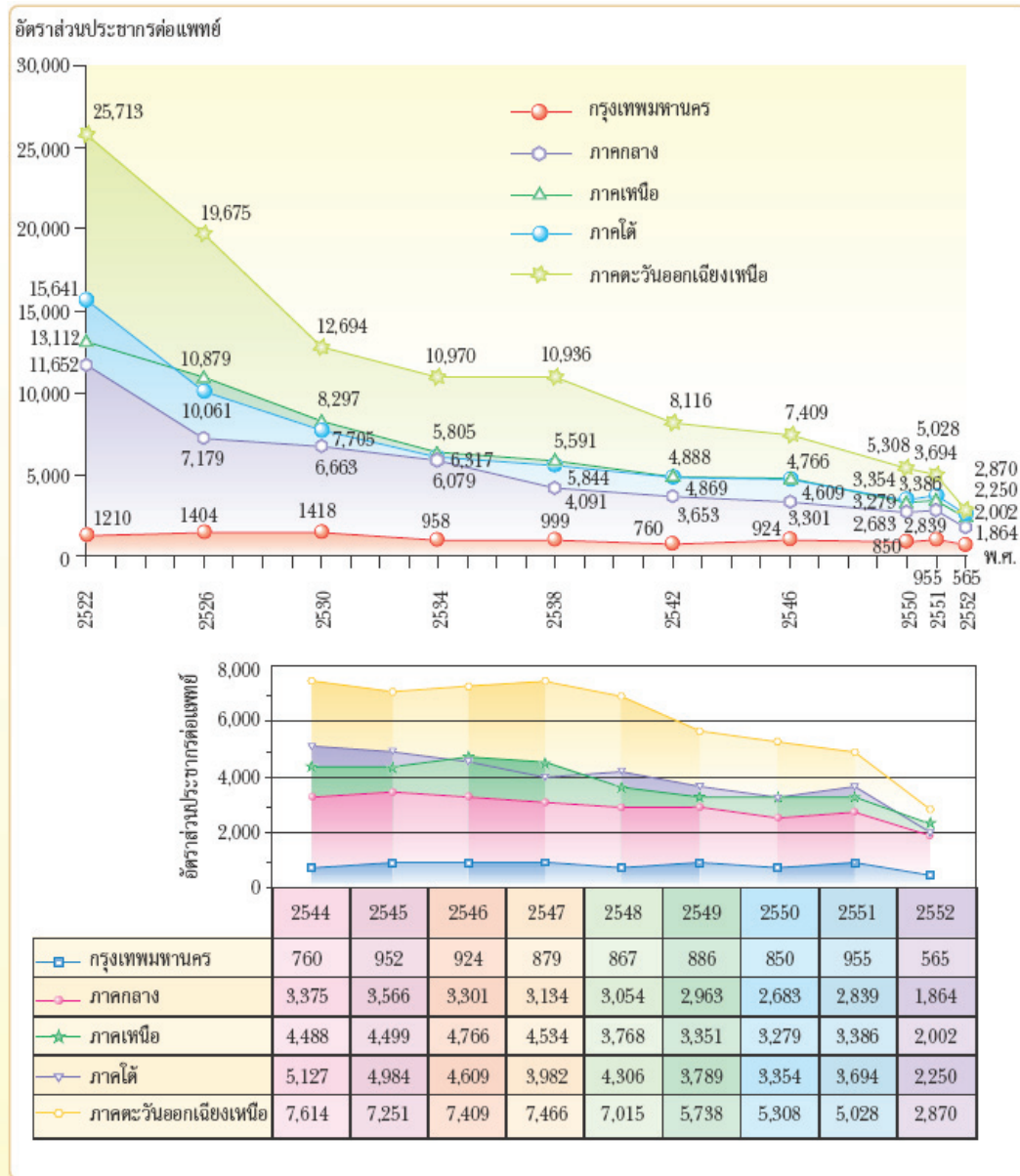
ภาพที่ 2.8 สัดส่วนเตียงตามสังกัด จำแนกตามภาค ปี 2551

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อังน ใน การสาธารณสุขไทย ปี 2551-2553



การกระจายกำลังบุคลากรด้านการแพทย์

แนวโน้มของอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความแตกต่างระหว่างภาคมีแนวโน้มที่ลดลงอย่างมาก โดยพบว่าอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังสูงกว่าภาคอื่นๆ (ภาพที่ 2.9)

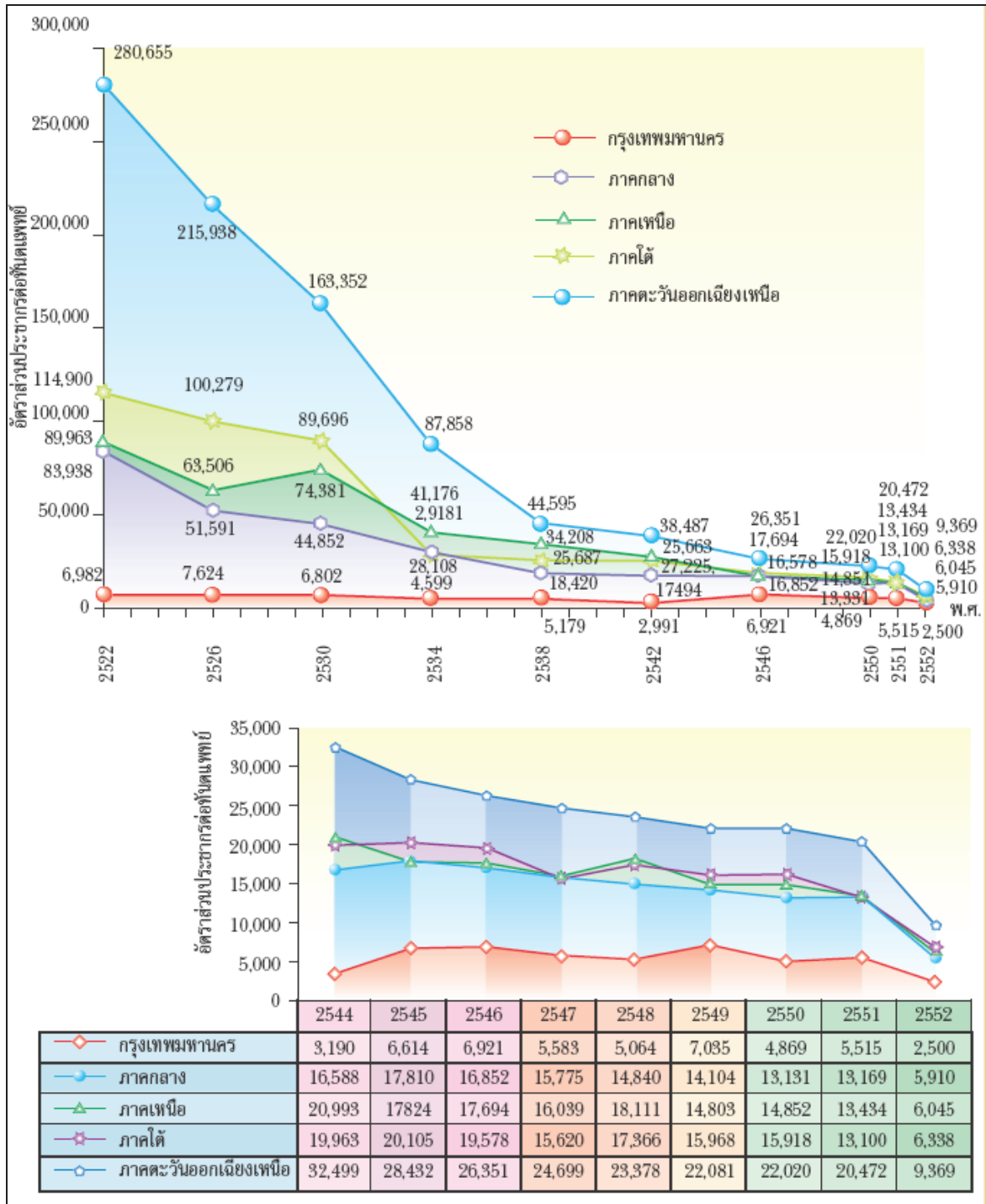


ภาพที่ 2.9 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์จำแนกตามภาค ปี 2522-2552

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อ่างใน การสาธารณสุขไทย ปี 2551-2553

อัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนประชากรต่อพันตแพทย์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง มีเพียงช่วงปี 2549-2552 ที่ยังพบว่ามีค่าแตกต่างระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคอื่นๆ อยู่ (ภาพที่ 2.10)





ภาพที่ 2.10 อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค ปี 2522-2552
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ อังโน การสาธารณสุขไทย ปี 2551-2553

จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข⁴ ได้แบ่งพื้นที่เขตบริการสุขภาพ พบการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ 5 ประเภท ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค (ตารางที่ 2.13) พบว่ามีการกระจายตัวในกรุงเทพมหานครมากที่สุด แต่ในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 มีการกระจายตัวของบุคลากรทั้ง 5 ประเภทน้อยที่สุด

ตารางที่ 2.13 สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ ตามเครือข่ายบริการสุขภาพ ปี 2554

บุคลากรทางการแพทย์	เครือข่ายบริการ												รวมทั้งประเทศ	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		กรุงเทพฯ
แพทย์	2,290	2,890	4,060	1,976	2,833	2,324	3,143	5,100	4,450	4,634	3,093	3,021	933	2,535
ทันตแพทย์	8,699	12,916	13,693	8,010	11,257	12,185	12,554	19,858	16,875	17,378	11,888	9,747	6,591	11,124
เภสัชกร	5,890	7,314	7,824	4,024	7,059	6,429	8,232	10,955	10,182	8,825	6,600	6,503	3,362	6,425
พยาบาลวิชาชีพ	425	559	635	425	508	489	608	805	793	659	502	453	257	498
พยาบาลเทคนิค	12,197	10,604	15,528	9,584	9,107	6,014	5,449	28,383	21,040	16,611	10,479	10,929	1,857	7,472

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2554



ความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์

การพัฒนาด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญทาง เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาด้านระบบบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า ในปัจจุบันประเทศไทยมีการส่งเสริมการศึกษาการแพทย์เฉพาะทางโดยแพทยสภาและราชวิทยาลัยต่างๆ ซึ่งมีการจัดหลักสูตรการฝึกอบรมที่เรียกว่า การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (residency training) เป็นการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นการศึกษาหลังปริญญาของแพทยศาสตรศึกษา ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ที่ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตแล้วและกำลังปฏิบัติงานด้านการแพทย์เฉพาะทางภายใต้การควบคุมของอาจารย์แพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์การศึกษาของแพทย์ประจำบ้าน การศึกษาในระดับแพทย์ประจำบ้านต้องผ่านการเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะหรือแพทย์ใช้ทุน (internship) มาก่อนหรืออาจผนวกระยะของแพทย์เพิ่มพูนทักษะเป็นขั้นปีแรกของการศึกษาระดับแพทย์ประจำบ้าน หลังจากการศึกษาระดับนี้แล้วผู้เรียนส่วนใหญ่จะศึกษาต่อเป็นแพทย์ประจำบ้านต่อยอด (fellowship) เพื่อศึกษาการแพทย์เฉพาะทางต่อไป

ความเชี่ยวชาญของบุคลากร สะท้อนให้เห็นทิศทางของบุคลากรทางสุขภาพที่กำลังก้าวไปสู่ความเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่าการบริการแบบผสมผสาน โดยในปัจจุบัน ประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่มากขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลโดยแพทยสภา^๑ พบว่ามีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับอนุมัติวุฒิบัตรจากแพทยสภา ปี 2546-2556 รวมทั้งสิ้น 39,438 คน (ร้อยละ 83.2) ของจำนวนแพทย์ที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพทั้งหมด (ตารางที่ 2.14)

ตารางที่ 2.14 จำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับอนุมัติวุฒิบัตรจากแพทยสภา ปี 2546-2556

ด้าน	อว.	วว.	รวม
ศัลยศาสตร์	623	3,661	4,284
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	126	1,797	1,923
อายุรศาสตร์	1,631	7,329	8,960
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	492	2,662	3,154
วิสัญญีวิทยา	178	1,345	1,523
กุมารเวชศาสตร์	729	3,764	4,493
โสต ศอ นาสิกวิทยา	270	980	1,250
จักษุวิทยา	128	1,098	1,226
จิตเวชศาสตร์	151	740	891
รังสีวิทยา	224	1,542	1,766
พยาธิวิทยา	176	509	685
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	39	436	475
เวชศาสตร์ครอบครัว	6,260	368	6,628
เวชปฏิบัติทั่วไป*	56	195	251
เวชศาสตร์ป้องกัน	1,826	139	1,965
รวม	12,909	26,565	39,474

หมายเหตุ:

อว. หมายถึง หนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขานั้นๆ จากแพทยสภา หรือแพทยสภารับรอง

วว. หมายถึง วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขานั้น จากแพทยสภา หรือแพทยสภารับรอง

* ยกเลิกตั้งแต่ปี 2545



จากสถานการณ์ด้านบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2554⁴ (ตารางที่ 2.15) จะเห็นว่าแพทย์เฉพาะทางมีจำนวนมากขึ้น แต่จำนวนแพทย์ที่อยู่ในระบบวิเคราะห์ตามเขตบริการสุขภาพ (ตารางที่ 2.16-2.24) จะพบว่าแพทย์เฉพาะทางที่มีความจำเพาะเชี่ยวชาญระดับสูงยังไม่เพียงพอและมีการกระจายตัวที่ไม่ครอบคลุมเขตบริการสุขภาพ

ตารางที่ 2.15 จำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ รวมทั้งประเทศ ปี 2554

ลำดับ	กลุ่มสาขาเฉพาะทาง	จำนวนแพทย์
1	อายุรศาสตร์	4,310
2	ศัลยศาสตร์	3,846
3	กุมารเวชศาสตร์	2,308
4	สูตินรีเวชศาสตร์	1,804
5	จักษุวิทยา	810
6	โสต ศอ นาสิกวิทยา	691
7	จิตเวชศาสตร์	502
8	พยาธิวิทยา	310
9	รังสีวิทยา	1,033
10	วิสัญญีวิทยา	929
11	เวชปฏิบัติทั่วไป	1,937
12	เวชศาสตร์ครอบครัว	922
13	เวชศาสตร์ป้องกัน	422
14	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	321
15	นิติเวชศาสตร์	97
	รวม	20,242



จำนวนแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ รายพื้นที่เครือข่ายบริการ ปี 2554

ตารางที่ 2.16 จำนวนแพทย์เฉพาะทางกลุ่มแพทย์อายุรศาสตร์

ลำดับ	สาขา	เครือข่ายบริการ												รวมทั้ง ประเทศ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	อายุรศาสตร์	166	90	77	244	162	212	92	93	85	77	106	111	505	2,020
2	อายุรศาสตร์โรคเลือด	9	6	2	5	6	12	4	3	4	7	2	6	32	98
3	อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	12	4	0	6	2	6	3	3	0	2	2	0	40	80
4	ประสาทวิทยา	15	8	3	23	10	22	8	4	9	3	10	14	99	228
5	ตจวิทยา	8	11	1	19	18	19	5	4	10	4	12	18	139	268
6	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	26	8	8	22	14	19	7	4	5	2	9	15	81	220
7	โลหิตวิทยา	5	1	2	2	1	3	5	0	2	1	3	1	33	59
8	อายุรศาสตร์โรคทรวงอก	1	0	0	1	3	5	0	1	2	0	1	0	25	39
9	อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	7	3	1	5	2	6	5	1	1	0	1	6	41	79
10	อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม	3	3	1	2	4	4	4	0	1	1	2	4	39	68
11	อายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและ เมตะบอลิซึม	10	4	0	6	1	6	2	0	1	1	3	5	64	103
12	อายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยา คลินิก	0	0	2	3	0	2	0	0	0	0	0	0	22	29
13	อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร	15	3	2	16	10	20	8	3	4	2	8	13	90	194
14	อายุรศาสตร์โรคไต	22	8	3	29	28	27	8	9	8	11	13	13	98	277
15	อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	21	11	3	40	26	38	19	6	11	7	17	16	165	380
16	อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและ ภาวะวิกฤติ	10	2	1	15	3	9	7	1	6	1	5	6	67	133
17	เวชบำบัดวิกฤติ	0	2	4	1	2	3	5	0	1	0	1	4	12	35

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2554 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข



ตารางที่ 2.17 จำนวนแพทย์เฉพาะทางกลุ่มแพทย์ศัลยศาสตร์

ลำดับ	สาขา	เครือข่ายบริการ												รวมทั้งประเทศ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	ศัลยศาสตร์	127	68	48	144	122	160	86	50	65	55	68	93	411	1,497
2	ประสาทศัลยศาสตร์	22	9	7	22	23	36	8	12	16	9	16	19	121	320
3	ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	12	8	9	10	14	21	7	7	7	6	15	9	65	190
4	ศัลยศาสตร์ทรวงอก	12	6	0	10	6	11	4	1	5	4	5	5	39	108
5	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	33	18	6	17	20	21	7	13	13	12	12	14	78	264
6	กุมารศัลยศาสตร์	11	3	3	6	3	7	9	4	7	4	5	7	25	94
7	ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	4	1	0	3	1	0	0	0	1	2	1	2	18	33
8	ศัลยศาสตร์หลอดเลือด	4	0	0	3	0	2	1	0	0	0	0	3	5	18
9	ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
10	ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา	0	0	0	1	0	1	2	4	1	0	1	0	13	23
11	ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	113	62	36	136	119	136	66	41	52	41	70	77	314	1,263
12	ศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า	0	0	0	1	2	7	1	0	0	1	1	2	18	33

ตารางที่ 2.18 จำนวนแพทย์เฉพาะทางกลุ่มแพทย์พยาธิวิทยา

ลำดับ	สาขา	เครือข่ายบริการ												รวมทั้งประเทศ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	พยาธิวิทยาคลินิก	3	4	0	11	1	3	5	1	0	1	2	4	39	74
2	พยาธิวิทยาทั่วไป	5	1	4	11	0	3	0	0	0	0	4	6	22	56
3	พยาธิวิทยาภาคปริมาตร	23	8	2	9	5	13	12	2	10	2	9	11	74	180



ตารางที่ 2.19 จำนวนแพทย์เฉพาะทางกลุ่มแพทย์กุมารเวชศาสตร์

ลำดับ	สาขา	เครือข่ายบริการ												รวมทั้งประเทศ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ	10	4	1	4	3	3	8	2	5	4	2	7	23	76
2	กุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ	15	3	1	7	4	6	4	0	3	2	3	7	34	89
3	กุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์และเมแทบอลิซึม	2	1	0	2	0	2	2	0	3	1	1	0	16	30
4	กุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม	2	2	2	4	4	2	3	1	1	1	0	1	18	41
5	กุมารเวชศาสตร์โรคไต	3	1	0	1	0	2	2	0	1	0	2	3	18	33
6	กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ	3	2	0	3	1	2	5	0	3	1	1	2	22	45
7	กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและโรคตับ	2	2	0	3	0	0	4	0	0	0	0	0	17	28
8	กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา	1	1	0	2	1	2	3	0	2	1	2	2	18	35
9	กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน	3	1	0	2	4	8	1	0	4	3	2	2	33	63
10	กุมารเวชศาสตร์	142	82	50	190	131	175	82	56	88	58	91	118	441	1,704
11	กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด	8	2	1	4	3	7	5	1	2	3	13	1	20	70
12	กุมารเวชศาสตร์ทารกเกิดและปริกำเนิด	9	2	0	6	4	8	5	1	2	1	3	4	49	94



ตารางที่ 2.20 จำนวนแพทย์เฉพาะทางกลุ่มแพทย์สูติศาสตร์นรีเวชศาสตร์

ลำดับ	สาขา	เครือข่ายบริการ												รวมทั้ง ประเทศ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา	127	77	48	150	130	158	76	66	89	60	84	109	440	1,614
2	เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	10	2	0	3	1	0	4	1	2	0	2	2	17	44
3	มะเร็งนรีเวชวิทยา	13	4	1	5	3	7	4	2	6	3	4	4	38	94
4	เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์	8	3	0	3	0	2	3	0	4	0	2	2	25	52

ตารางที่ 2.21 จำนวนแพทย์เฉพาะทางกลุ่มแพทย์รังสีวิทยา

ลำดับ	สาขา	เครือข่ายบริการ												รวมทั้ง ประเทศ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	รังสีวิทยาทั่วไป	46	14	13	49	37	53	16	8	13	15	28	24	158	474
2	รังสีวิทยานิวเคลียร์	37	22	3	40	27	32	25	13	13	14	15	30	142	413
3	รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา	4	5	1	6	0	1	3	1	1	2	3	4	36	67
4	เวชศาสตร์นิวเคลียร์	3	0	0	0	0	2	3	0	2	2	1	1	19	33
5	รังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์	1	0	0	1	0	1	4	1	0	4	0	5	5	22
6	ภาพวินิจฉัยระบบประสาท 1001	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
7	รังสีร่วมรักษาแบบประสาท 1002	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8	รังสีร่วมรักษาของลำตัว 1003	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	4
9	ภาพวินิจฉัยขั้นสูง 1004	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5
10	ภาพวินิจฉัยระบบประสาท 1101	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	รังสีร่วมรักษาแบบประสาท 1102	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
12	รังสีร่วมรักษาของลำตัว 1103	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4
13	ภาพวินิจฉัยขั้นสูง 1104	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	6



ตารางที่ 2.22 จำนวนแพทย์เฉพาะทางกลุ่มแพทย์วิสัญญีเวชปฏิบัติ

ลำดับ	สาขา	เครือข่ายบริการ												รวมทั้งประเทศ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	วิสัญญีวิทยา	90	33	19	84	62	83	40	25	35	30	44	60	310	915
2	วิสัญญีวิทยาเพื่อการผ่าตัดตลอดเล็ดใหญ่และทรวงอก	2	2	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0	3	11
3	วิสัญญีวิทยาสำหรับผู้ป่วยโรครทางระบบประสาท	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
4	เวชปฏิบัติทั่วไป	172	152	53	206	130	218	94	132	155	99	190	113	223	1,937

ตารางที่ 2.23 จำนวนแพทย์เฉพาะทางกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์

ลำดับ	สาขา	เครือข่ายบริการ												รวมทั้งประเทศ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	เวชศาสตร์ครอบครัว	94	46	23	86	42	83	62	51	62	31	46	64	232	922
2	เวชศาสตร์ป้องกันและสาธารณสุขศาสตร์	6	1	3	4	1	6	9	8	9	1	10	2	9	69
3	เวชศาสตร์ป้องกันและระบาดวิทยา	17	6	4	8	3	6	5	1	12	3	4	13	16	98
4	เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก	10	1	0	8	6	3	3	1	2	1	4	4	19	62
5	เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์การbins	1	0	2	1	0	11	0	2	0	1	1	0	6	25
6	เวชศาสตร์ป้องกันและเวชศาสตร์	5	1	2	6	5	28	2	1	1	0	2	4	13	70
7	เวชศาสตร์ป้องกันและสุขภาพจิตชุมชน	10	3	6	5	2	3	16	6	16	5	4	13	9	98
8	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	26	12	4	39	17	41	12	10	16	6	13	20	105	321



ตารางที่ 2.24 จำนวนแพทย์เฉพาะทางกลุ่มแพทย์จักษุ จิตเวช นิตเวช โสต ศอ นาสิก

ลำดับ	สาขา	เครือข่ายบริการ												รวมทั้ง ประเทศ	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		กรุงเทพฯ
1	จักษุวิทยา	66	38	20	92	103	61	32	24	25	19	38	56	236	810
2	จิตเวชศาสตร์และวัยรุ่นเด็ก	11	3	2	8	5	15	2	1	3	2	6	7	39	104
3	จิตเวชศาสตร์	51	10	9	58	16	34	28	10	11	8	23	29	111	398
4	นิตเวชศาสตร์	15	4	0	11	3	8	6	0	5	2	2	7	34	97
5	โสต ศอ นาสิกวิทยา	60	36	18	70	43	78	33	19	25	20	34	65	190	691



จากการวิเคราะห์สถานการณ์เรื่องความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ในปัจจุบัน (ข้อมูล ณ ปีงบประมาณ 2554 กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง และข้อมูลจำนวนประชากร ปี 2555 จากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย) พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังมีขีดจำกัดในการให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้าน โดยจะเห็นได้จากอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์เฉพาะทางที่ยังสูงอยู่มาก เมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ทั่วไป² (ตารางที่ 2.25-2.27)

ตารางที่ 2.25 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก

แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก	อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์
อายุรศาสตร์	64,978
ศัลยศาสตร์	93,435
สูติศาสตร์	84,885
กุมารเวชศาสตร์	78,053
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	97,122
วิสัญญีวิทยา	177,294

ตารางที่ 2.26 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์เฉพาะทางสาขารอง

แพทย์เฉพาะทางสาขารอง	อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์
จักษุวิทยา	184,447
โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา	218,441
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	481,227
รังสีวิทยาทั่วไป/วินิจฉัย	223,787
จิตเวชศาสตร์	547,036
พยาธิวิทยากายวิภาค	1,185,244
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	533,360

ตารางที่ 2.27 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอดบางสาขา

แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด	อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์
ประสาทศัลยศาสตร์	435,396
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	477,575
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	771,123
ศัลยศาสตร์ทรวงอก	1,828,662
กุมารศัลยศาสตร์	1,306,187
อายุรศาสตร์ประสาทวิทยา	1,163,694
อายุรศาสตร์โรคไต	876,756
อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	1,000,050
อายุรศาสตร์โรคระบบหายใจ	2,207,006
อายุรศาสตร์โรคเลือด	1,641,107
กุมารเวชศาสตร์โรคระบบหายใจ	3,047,770
กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด	3,555,723
กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ	3,200,159
กุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิด	3,555,723



จากสัดส่วนจำนวนแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่างๆ ไม่เพียงพอ ส่งผลให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางเกิดปัญหา ดังนี้

- 1) คิวรอคอยการตรวจและผ่าตัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานขึ้น
- 2) มีการส่งต่อผู้ป่วยหลายระดับทั้งในเขตและนอกเขตบริการ รวมถึงโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย
- 3) ศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยในมีขีดจำกัด หากมีความต้องการการรักษาโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น

ระบบบริการทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิและสูงกว่า และระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ระบบการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่า

เป็นการบริการทางการแพทย์ที่ให้การรักษาและดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนที่ต้องการรับการรักษาในระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นระบบที่ต้องรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมทั้งเป็นแหล่งองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูงของประเทศ ปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าได้มากขึ้น นับตั้งแต่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการพัฒนาบริการตติยภูมิและตติยภูมิเฉพาะด้าน คือ excellence center หรือ supra-tertiary care ซึ่งพัฒนาระบบการบริการให้สามารถลดสาเหตุการตายจากโรคและภาวะเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะ สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติเหตุ รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณเพื่อส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการ⁹

ระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิในปัจจุบัน

จากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ปี 2555-2559 โดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้จัดทำเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาคทั้งบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) ระดับทุติยภูมิ (secondary care) และระดับตติยภูมิ (tertiary care) ให้สอดคล้องทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากร และคุณภาพบริการ รวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขต และเป็นเครือข่ายระดับประเทศ ด้วยระบบส่งต่อ (referral system) เพื่อสามารถตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วถึง และเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงเป็นหน่วยที่จัดตั้งขึ้นภายในโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อรองรับระบบส่งต่อผู้ป่วยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 มีขีดความสามารถขั้นสูงครอบคลุมการรักษาในสาขานั้นได้เกือบทั้งหมด ยกเว้นการดูแลโดยโรงเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัย ครอบคลุมพื้นที่ระดับภาค หรือกลุ่มเขต

ระดับ 2 เน้นรองรับการส่งต่อ แต่มีขีดความสามารถรองจากระดับ 1

ระดับ 3 เน้นการดูแลในจังหวัด ดังนั้น โรงพยาบาลประจำจังหวัดทุกจังหวัด จะถูกพัฒนาเป็นระดับ 3 เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนในจังหวัดมีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการพื้นฐานรวมทั้งประกอบด้วย 4 สาขา ได้แก่ สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด สาขาโรคมะเร็ง สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด² (ตารางที่ 2.28)

ตารางที่ 2.28 การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญ 4 สาขา

ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง	ปีงบประมาณ 2555-2559		
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
ศูนย์โรคหัวใจ	10	11	55
ศูนย์โรคมะเร็ง	9	13	54
ศูนย์อุบัติเหตุ	12	11	52
ศูนย์ทารกแรกเกิด	9	18	49



การพัฒนาาระบบบริการระดับตติยภูมิด้านการแพทย์

จากรายงานการพัฒนาการจัดการกำลังคนของสหวิชาชีพ ปี 2555² โดยสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา แม้ว่าอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ จะมีแนวโน้มลดลงตลอดเวลา แต่เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกและประเทศเพื่อนบ้านที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจที่ใกล้เคียงกัน พบว่า ประเทศไทยยังมีอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพที่ยังสูงกว่ามาก โดยในปัจจุบัน กำลังคนด้านสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ มีจำนวน 13,311 คน ในขณะที่ต้องดูแลประชากรในสัดส่วนประมาณร้อยละ 80.0 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ประมาณ 63 ล้านคน โดยมีอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์อยู่ที่ประมาณ 4,732 ต่อ 1 ในขณะที่มาตรฐานองค์การอนามัยโลกอยู่ อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์เท่ากับ 600 ต่อ 1 ในขณะที่ประเทศเพื่อนบ้านอย่างมาเลเซีย มีอัตราส่วนอยู่ที่ 1,428 ต่อ 1 และประเทศสิงคโปร์อยู่ที่ 625 ต่อ 1 นอกจากนี้แพทย์แล้ว กำลังคนด้านสุขภาพอื่น ไม่ว่าจะเป็นทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล และสหวิชาชีพ ก็มีความขาดแคลนเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีแนวโน้มความต้องการมากขึ้นในแผนพัฒนาการให้บริการสุขภาพในอนาคต โดยมีอัตราส่วนประมาณ 550 ต่อ 1 ในขณะที่ประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์มีอัตราส่วน 350 และ 250 ต่อ 1 ตามลำดับ

ระบบส่งต่อผู้ป่วย (referral system)

การส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยไปรับบริการด้านสุขภาพยังสถานบริการที่เหมาะสมกว่า โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดส่งไปพร้อมด้วย เพื่อหน่วยบริการสาธารณสุขที่รับผู้ป่วยไว้ได้เข้าใจความเป็นมาของผู้ป่วยตามสมควร สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้อย่างสะดวกและถูกต้อง ผู้ป่วยอาจเดินทางไปเองหรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำส่งแล้วแต่ความเหมาะสม เมื่อเสร็จสิ้นการดูแล รักษา ก็จะแจ้งผลการรักษากลับไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขที่ส่งผู้ป่วยมา ระบบส่งต่อผู้ป่วยจะต้องมีหลักการ เหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการ แบบฟอร์มการส่งอย่างชัดเจน ในทางปฏิบัติ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล คือ ผู้อำนวยการแพทย์ฝ่ายต่างๆ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานอยู่ในฝ่ายต่างๆ ตลอดจนบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระบบส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทย

ตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับจะต้องพัฒนาระบบการให้บริการประชาชนได้อย่างมีคุณภาพและมาตรฐานที่เหมาะสม หากเกินขีดความสามารถของสถานบริการจะต้องจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย ไปดูแลยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมถึงการส่งกลับในแต่ละเครือข่ายตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) หรือข้อตกลงร่วมกันระหว่างสถานบริการระหว่างจังหวัด รวมถึงระหว่างเขตตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพมาตรฐานที่เหมาะสมในขั้นต่อไป

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ปี 2555-2559

จากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ปี 2555-2559 โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นแห่งๆ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (seamless health service network)” ที่สามารถเชื่อมโยงบริการทั้ง 3 ระดับเข้าด้วยกัน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามสภาพข้อเท็จจริงทางภูมิศาสตร์และการคมนาคม โดยไม่มีเส้นแบ่งของการปกครองหรือการแบ่งเขตตรวจราชการเป็นตัวขวางกั้น โดยการจัด “ระดับโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ (referral hospital cascade)” ของระบบบริการเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง เพื่อใช้จัดสรรทรัพยากรภายในเครือข่ายที่มีอย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หลีกเลี่ยงการลงทุนที่ซ้ำซ้อน และขจัดสภาพการแข่งขันกัน (ภาพที่ 2.11)

1. โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้น (first-level referral hospital) ประกอบด้วย เครือข่ายบริการทุติยภูมิ มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิ กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)

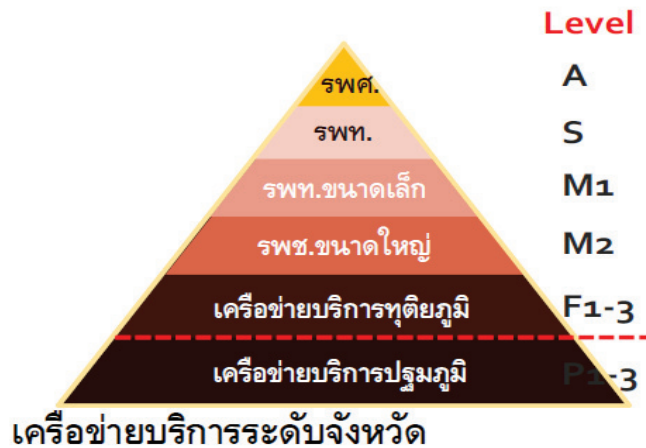
2. โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับกลาง (mid-level referral hospital) ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากเครือข่ายบริการทุติยภูมิ



3. โรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับสูง (high-level referral hospital) มีหน้าที่รับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาล ตติยภูมิขนาดกลาง แบ่งเป็น 2 ระดับ

3.1 โรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นแม่ข่ายของเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (standard-level referral hospital) กำหนดให้เป็น โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (ระดับ S)

3.2 โรงพยาบาลศูนย์ที่รับส่งต่อจากเครือข่ายบริการระดับจังหวัดกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A)



ภาพที่ 2.11 ระดับโรงพยาบาลในการรับส่งต่อผู้ป่วย

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในปัจจุบัน

โปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วย “ไทยรีเฟอร์ (Thai Refer)” จุดเด่นโปรแกรมไทยรีเฟอร์ มี 3 ประการคือ ใช้งานได้ง่าย ลดการทำงานซ้ำซ้อนมีระบบเฝ้าระวังระบบความปลอดภัยป้องกันความผิดพลาดตลอด 24 ชั่วโมง เชื่อมต่อระหว่างห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต้นทาง-ปลายทาง โดยใช้ระบบการส่งต่อข้อมูล ประวัติ ผลแล็บต่างๆ เช่น เลือด เอกซเรย์ และภาพผู้ป่วยผ่านคอมพิวเตอร์ออนไลน์ และระบบโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ไอแพด ข้อมูลประวัติการรักษาจากต้นทาง และภาพผู้ป่วยจะปรากฏที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลปลายทาง และมีระบบดาวเทียมติดตามเช็คพิกัดรถพยาบาลนำส่ง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเตรียมพร้อมการรักษาและสามารถส่งการรักษาเพิ่มเติมได้ทันที ทำให้ช่วยชีวิตผู้ป่วยได้รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายซ้ำซ้อนของโรงพยาบาล คือไม่ต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการซ้ำอีก ในอนาคตจะพัฒนาประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ ให้สามารถรองรับอุบัติเหตุหมู่ที่มีผู้ป่วยจำนวนมากหรือกรณีเกิดภาวะวิกฤต เช่น กรณีน้ำท่วมใหญ่ หรือภัยพิบัติ เพิ่มความคล่องตัวในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยทุกรายได้ทั้งการรักษา การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การสำรองเตียงไอซียู และเครื่องมือแพทย์¹⁰

ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าที่ผ่านมา มุ่งพัฒนาที่ตัวหน่วยบริการตติยภูมิเป็นหลัก โดยเฉพาะในด้านศักยภาพเชิงโครงสร้างและการจัดการของหน่วย ในขณะที่การพัฒนาเครือข่ายการดูแลและส่งต่อไม่ได้รับการพัฒนาให้เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบหรือเข้มแข็งเท่าที่ควร ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วย การส่งต่อให้รับบริการได้อย่างทันทีทั้งที่และการดูแลต่อเนื่อง มีขั้นตอนที่ยุงยากในการส่งต่อไปยังหน่วยบริการในระดับสูงกว่า ภาระในการส่งต่อจะตกเป็นภาระของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการรับการรักษาต่อ ประกอบกับการส่งกลับจากหน่วยบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่ากลับไปยังหน่วยบริการตติยภูมิและปฐมภูมิขาดการเชื่อมต่อเป็นระบบที่รองรับการส่งตัวกลับ ส่งผลให้ไม่มีการส่งกลับอันเป็นการเพิ่มต้นทุนในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย และภาระหนักที่สถานบริการระดับตติยภูมิและสูงกว่า



เอกสารอ้างอิง (References)

1. บวรศม สิริระพันธ์, อัครินทร์ นิมมานนิตย์, ดาริน จตุรภัทรพร. โครงการทบทวนสถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2013.
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาการจัดการกำลังคนของสาขาชีพ ปี 2555. 2556. 10-19.
3. ตัวเลขต้องรู้เรื่องสาธารณสุข บรรพ 6 2556-2557. นนทบุรี: อัลฟา รีเสิร์ช; 2557. หน้า 106-121.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2554. 2553. 5-8.
5. คณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552-2553. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ปี 2552-2553 = National health accounts of Thailand 2009-2010. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข. ปี 2555. หน้า 12.
6. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. รายงานการสาธารณสุขไทย ปี 2551-2553 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2554.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารติดตามผลการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ปี 2553 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 มี.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://moc.moph.go.th/index.php>
8. แพทยสภา. [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 15 มี.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tmc.or.th/statistics.php>
9. เกียรติศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. รายงานวิจัยโครงการศึกษาความต้องการในอนาคตและพัฒนาารูปแบบระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่า. ปี 2552, editor. 2556.
10. สธ. พัฒนาโปรแกรม“ไทย รีเฟอร์”ประจำห้องฉุกเฉินรพ. รัฐ-เอกชน ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินรวดเร็ว ไร้รอยต่อ. สำนักสารนิเทศและประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 16 พ.ย. 2556]. เข้าถึงได้จาก: http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=57760



