บทที่ 5

ระบบสุขภาพของประเทศไทย

5.1 ความหมายของระบบสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2541 องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามใหม่ของ “สุขภาพ” ว่าหมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัตทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณและไม่ใช่เพียงปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น* โดยได้ใส่คำว่า “พลวัต” และ “จิตวิญญาณ”เพิ่มเข้าไปในนิยามเดิมที่กำหนดไว้เมื่อปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) คำนิยามดังกล่าวได้ขยายมิติของสุขภาพเป็น 4 ด้านและได้เน้นถึงความเป็นพลวัตของสุขภาพ ซึ่งมีนัยว่า สุขภาพมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงและขึ้นกับเหตุปัจจัยอันสลับซับซ้อน ไม่ใช่เป็นภาวะที่คงที่ตายตัว หรือขึ้นกับเหตุปัจจัยเพียงอันใดอันหนึ่งเท่านั้น[1]

ในส่วนของประเทศไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก. ลงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550) ได้มีการกำหนดนิยามของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ซึ่งสอดคล้องกับการที่องค์การอนามัยโลกได้ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในความหมายที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต และสังคม และมีการขับเคลื่อนอย่างกว้างขวาง เมื่อมีมติให้มวลสมาชิกมุ่งบรรลุสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อปี พ.ศ. 2543 ตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1970 โดยมีการเปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม (All for Health) เพื่อสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All)

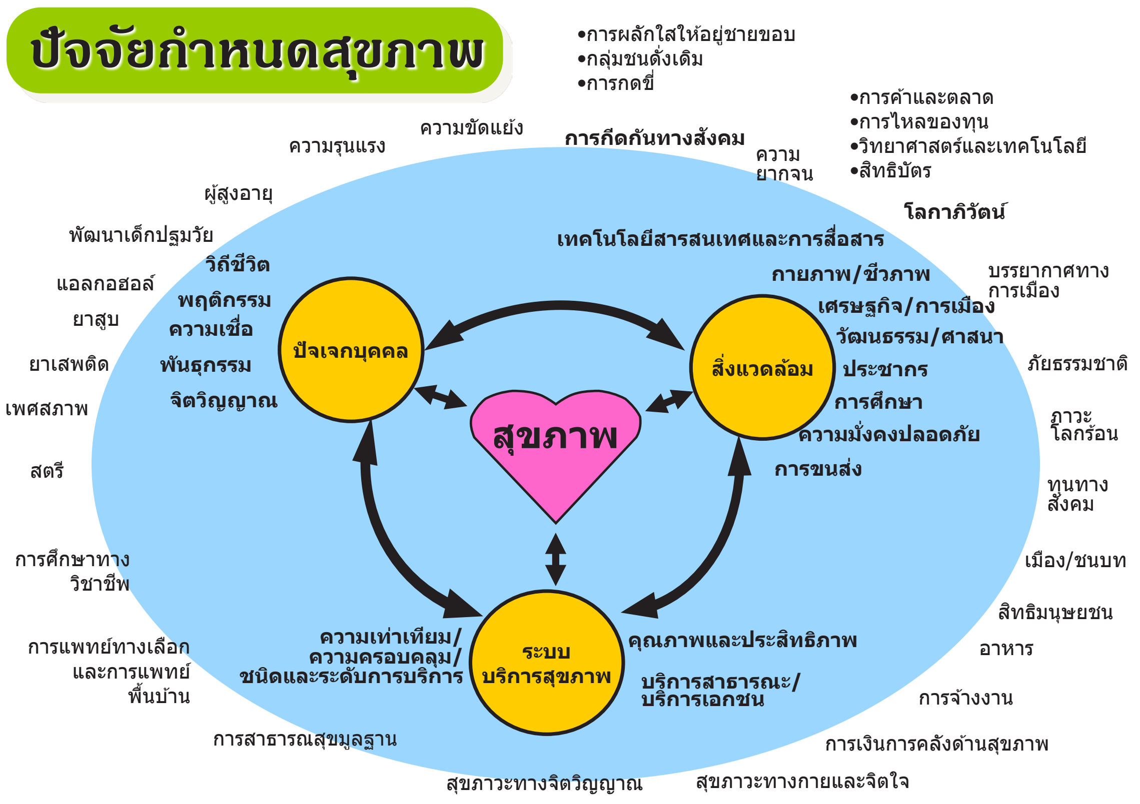
นอกจากนี้ สมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 62 และ 65 (เมื่อปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2555) ได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับประเด็นต่างๆ ในการพัฒนาปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health) เพื่อนำไปสู่ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งเป็นการมองสุขภาพหรือสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงกับเงื่อนไขและปัจจัยต่างๆ ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมหรือเป็นผลของนโยบายและโครงสร้างทางสังคม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้เปลี่ยนมุมมองแนวคิดเรื่องสุขภาพของสังคมไทย จากมุมมองของการสงเคราะห์ซึ่งให้ความสำคัญเฉพาะสุขภาพทางกาย มาเป็นเรื่องของสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับการดูแลคุ้มครองให้เกิดสุขภาพดี และขยายความหมายของสุขภาพไปสู่สุขภาพองค์รวมที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ สุขภาพทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยให้ความหมายของ ปัญญา ว่าหมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกแยะได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และมองระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเป็นเรื่องสุขภาวะของคน ครอบครัว ชุมชนและการอยู่ร่วมกัน ส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) (ภาพที่ 5.1)[2] ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสุขภาพเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแวดล้อมหรือเงื่อนไขต่างๆ ที่สัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การแก้ปัญหาเฉพาะที่สุขภาพส่วนบุคคลอาจไม่ได้ผล ถ้าปัจจัยรอบนอกยังกดทับ

* คำนิยามภาษาอังกฤษ คือ Health is a complete dynamic state of physical, mental, social and spiritual well-being and not merely the absence of disease and infirmity.

อยู่ ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีจึงต้องพัฒนาปัจจัยหลายด้านที่อยู่นอกแวดวงสุขภาพ เช่น ความเป็นธรรมทางสังคม การเข้าถึงโอกาสด้านต่างๆ รวมถึงสิทธิด้านสุขภาพและสิทธิในการดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

ภาพที่ 5.1 ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ



ที่มา: อำพล จินดาวัฒนะ[2]

ระบบสุขภาพ (Health System) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้นิยามว่า ระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นระบบที่ครอบคลุมระบบย่อยต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งครอบคลุมไปถึงระบบที่เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ด้วย เช่น ระบบด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง วัฒนธรรม การศึกษา เป็นต้น[3] ดังนั้นระบบสุขภาพจึงมีความหมายครอบคลุมตั้งแต่สุขภาพในระดับปัจเจกบุคคลและสุขภาพที่ดำเนินนอกตัวบุคคล รวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

ระบบสาธารณสุข (Public Health System) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบของการจัดการเกี่ยวกับการป้องกัน การบำบัดโรค การรักษาและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน[4] และระบบบริการสาธารณสุขมีความหมายว่าการบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน[5]

5.2 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งต้องมีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบทิศทางนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ เอาไว้ในมาตรา 47 โดยที่ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559[6] ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวัยที่ 8 พฤศจิกายน 2559 ได้วางปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ ที่กำหนดให้สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคน ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและสังคมวงกว้าง โดยครอบคลุมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในทุกด้าน และบุคคลพึงมีความตระหนักรู้และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว บุคคลในความดูแลและชุมชน โดยรัฐมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและคุ้มครองและกำหนดเรื่องการจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ ครอบคลุมบุคคลทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยและครอบคลุมถึงปัจจัยทั้งหลายที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนของสังคม เอาไว้ในส่วนของหลักการสำคัญของระบบสุขภาพ โดยในส่วนขององค์ประกอบของระบบสุขภาพตามกรอบของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ได้วางกรอบสาระสำคัญขององค์ประกอบของระบบสุขภาพเอาไว้ 14 หมวด ดังนี้

(1) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

การได้รับสิทธิด้านสุขภาพที่จำเป็นตามหลักสิทธิมนุษยชน เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาวะ ครอบคลุมทั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและความสอดคล้องกับบริบทด้านต่างๆ ของสังคมและรัฐต้องเคารพสิทธิด้านสุขภาพของบุคคล มีหน้าที่ปกป้องคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลได้รับสิทธิด้านสุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติ

(2) การสร้างเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมและสนับสนุนบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประชาชนกลุ่มต่างๆ ให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตน ครอบครัว ชุมชนและกลุ่มได้ รวมทั้งจัดการกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและพื้นที่ รวมถึงการมีส่วนร่วมและเสริมพลังทุกภาคส่วนในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพตามแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”

(3) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

สิทธิของบุคคลและชุมชนในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐานและทันต่อสถานการณ์ ครอบคลุมปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ มีมาตรการเชิงรุกที่มีธรรมาภิบาล สร้างดุลยภาพระหว่างการพัฒนาด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ชุมชนและสังคมเป็นสำคัญ รวมถึงการมีระบบเฝ้าระวัง และมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้อย่างรอบคอบและรอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

(4) การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ

การบริการสาธารณสุขต้องมุ่งสู่การมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มและทุกวัย สามารถเชื่อมโยงการจัดการด้านสุขภาพในมิติต่างๆ เข้าด้วยกันได้อย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมในการเข้าถึงและการได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยมีการบริหารระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพและเอื้อให้เกิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพ เน้นความร่วมมือและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ของทุกภาคส่วน รวมถึงการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนอย่างจริงจัง ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้เกิดการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความ

ปลอดภัย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้ จริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ คำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยยึดประโยชน์สุขของประชาชนเป็นที่ตั้ง

(5) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น

การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการยอมรับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น โดยพัฒนาต่อยอดจากฐานเดิมอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และส่งเสริมสนับสนุนให้อยู่ในวิถีชีวิตคนไทย โดยเน้นการพัฒนาและต่อยอดองค์ความรู้ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิผล เอื้อให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้และเข้าถึงได้อย่างเหมาะสมและมีความปลอดภัยและมีการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และสมุนไพรไทย อย่างเหมาะสมในทุกระดับ โดยในการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในบริบทของชุมชน ต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน ระบบนิเวศและมีเป้าหมายสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

(6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

การคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยมีระบบที่มีเป้าหมายเพื่อการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค มุ่งเน้นการดำเนินงานในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเสริมศักยภาพของผู้บริโภค การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วนเพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน การจัดให้มีกลไกเฝ้าระวัง ติดตามและตรวจสอบสินค้าและบริการในแต่ละระดับ และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภคและเครือข่ายในการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างจริงจัง โดยที่รัฐมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้บริโภคมีความเข้มแข็ง ตระหนัก รู้เท่าทัน สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเอง รวมถึงมีการรวมกลุ่มเพื่อปกป้องการละเมิดสิทธิในรูปแบบต่างๆ โดยปลอดจากการแทรกแซงใดๆ

(7) การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีกลไกทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ที่ทำหน้าที่สนับสนุนและดำเนินการสร้างความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคม พื้นที่และชุมชนบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ มีการจัดการอย่างเป็นระบบ ได้รับความคุ้มครอง มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้อย่างกว้างขวาง และสนับสนุนให้เกิดการใช้ประโยชน์จากความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการพัฒนาในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการใช้ฐานความรู้ที่รอบด้าน เพียงพอและเชื่อถือได้ ในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพทุกระดับ

(8) การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

การสื่อสารข้อมูลและข่าวสารด้านสุขภาพสู่สาธารณะจะต้องมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์ผ่านเครื่องมือและช่องทางการสื่อสารอย่างถูกต้อง ครบถ้วน รอบด้าน เชื่อถือได้ เข้าใจง่าย เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ไม่เป็นผลลบต่อสังคม และไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล โดยที่รัฐและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับความรู้ที่เท่าทันด้านสุขภาพหรือความแตกฉานด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคลหรือกลุ่มคน เพื่อให้เป็นภูมิคุ้มกันพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับประชาชนในยุคข้อมูลข่าวสารท่วมท้น

(9) การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชน ซึ่งการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพจะต้องสอดรับกับการออกแบบระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและการสนับสนุนการวางแผนการผลิต การพัฒนา การธำรงรักษาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานของบุคลากร เพื่อให้เกิดความเพียงพอ ความเป็นธรรมและตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง

(10) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

การเงินการคลังด้านสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีสถานะทางการเงินที่มีความเพียงพอและมีการบริหารจัดการที่เป็นธรรม ซึ่งการลงทุนด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อระบบสุขภาพในภาพรวม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงประสิทธิภาพและความมั่นคงของระบบสุขภาพ โดยที่การเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุขไทยต้องสร้างหลักประกันให้ประชากรกลุ่มต่างๆ ได้รับความเป็นธรรมและสามารถป้องกันมิให้ประชาชนและประเทศล้มละลายจากปัญหาสุขภาพได้ ทั้งนี้การจัดสรรเงินไปยังบริการประเภทต่างๆ จะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรม รวมถึงให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการจัดการกับปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

(11) สุขภาพจิต

การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตต้องมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งเสริมความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงานได้อย่างสร้างสรรค์ เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม รวมถึงพัฒนาศักยภาพของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ง่ายในทุกกลุ่มวัย ทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และให้ความสำคัญกับการปรับทัศนคติของครอบครัว ชุมชนและสังคม ให้เข้าใจและยอมรับการอยู่ร่วมและใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการให้การสนับสนุนทางสังคมด้วยการเกื้อกูลและให้โอกาส ไม่แบ่งแยก ไม่กีดกัน

(12) สุขภาพทางปัญญา

สุขภาพทางปัญญาเป็นฐานรากของสุขภาพองค์รวม การปฏิบัติเพื่อสุขภาพทางปัญญานำไปสู่ภาวะของมนุษย์ที่มีความรู้ทั่ว ความรู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกแยะได้ในเหตุผลแห่งความดีและความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ โดยที่สุขภาพทางปัญญาสัมพันธ์กับสุขภาพทางกาย ทางจิตและทางสังคม มีทั้งมิติแนวดิ่ง คือการเชื่อมโยงมนุษย์กับศรัทธาความเชื่อ อุดมคติหรือคุณค่าสูงสุดที่ตนยึดถือ และมิติแนวราบคือการเชื่อมโยงมนุษย์กับสรรพสิ่งรอบตัว ดังนั้นการบรรลุซึ่งสุขภาพทางปัญญาจำเป็นต้องมีความสมดุลกันทั้งในมิติแนวดิ่งและแนวราบ

(13) การอภิบาลระบบสุขภาพ

การอภิบาลระบบสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อความยั่งยืนและทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิผล มีประสิทธิภาพและมีความเป็นเอกภาพ มุ่งสู่เป้าหมายในทิศทางเดียวกัน โดยยึดประโยชน์ของสาธารณชนเป็นที่ตั้ง รวมทั้งให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม โดยมีการผสมผสานอย่างสมดุล ระหว่างการอภิบาลโดยรัฐ การอภิบาลโดยตลาดและการอภิบาลโดยเครือข่าย โดยสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใสและเชื่อมโยงกลไกหลายระดับ นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับการบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน การเรียนรู้ข้ามศาสตร์ในลักษณะสหสาขาวิชา และการกระจายอำนาจและกระจายทรัพยากรประเภทต่างๆ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเพียงพอ เพื่อให้สามารถสนับสนุนและประสานการทำงานกับชุมชนและภาคส่วนอื่นๆ ในพื้นที่ในการทำหน้าที่พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและสามารถจัดการงานด้านสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

(14) ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เป็นเครื่องมือในการจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อให้การพัฒนาระบบสุขภาพเป็นไปอย่างสอดคล้องกับบริบทและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ โดยมีลักษณะเป็นข้อตกลงร่วมในการกำหนดทิศทางหรือแนวปฏิบัติอันจะนำไปสู่สุขภาวะของชุมชน ซึ่งชุมชนสามารถจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ตามความสมัครใจและตามความพร้อมของชุมชน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐให้การสนับสนุนและเข้ามามีส่วนร่วมทั้งนี้การจัดทำขับเคลื่อน ทบทวนและประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน

5.3 การปฏิรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพ

5.3.1 การสาธารณสุขภายใต้รัฐธรรมนูญและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

1) บทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กับการคุ้มครองสุขภาพประชาชนตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559[7]

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปี พ.ศ. 2560 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 6 เมษายน 2560 โดยรัฐธรรมนูญฯ ฉบับนี้ มีบทบัญญัติรวมทั้งสิ้น 279 มาตรา แบ่งออกเป็น 16 หมวด และบทเฉพาะกาล ดังนี้

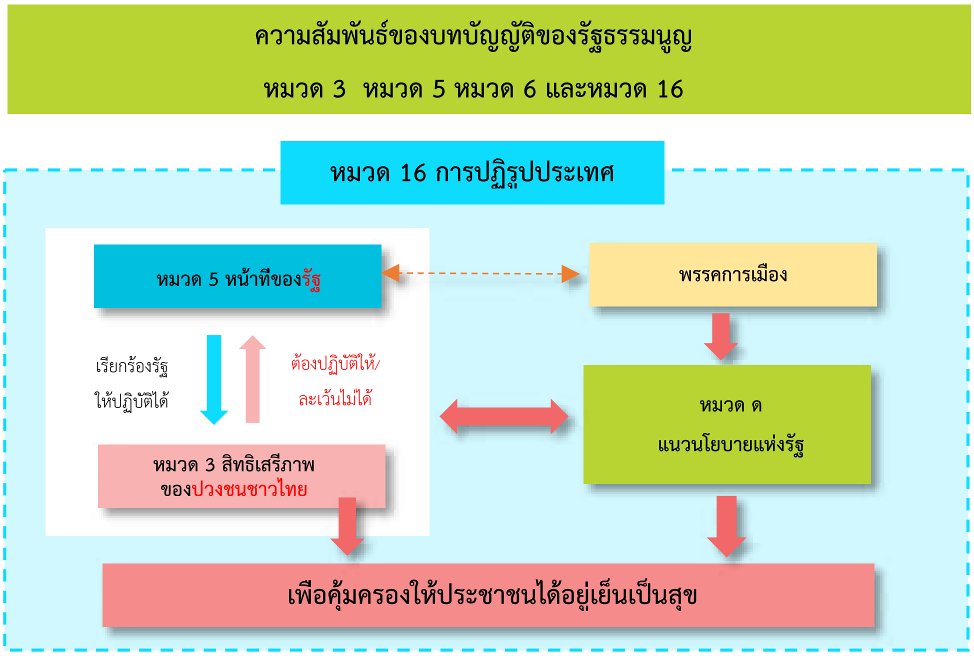
หมวด 1 บททั่วไป
หมวด 2 พระมหากษัตริย์
หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย
หมวด 4 หน้าที่ของปวงชนชาวไทย
หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ
หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ
หมวด 7 รัฐสภา
หมวด 8 คณะรัฐมนตรี
หมวด 9 การขัดกันแห่งผลประโยชน์
หมวด 10 ศาล
หมวด 11 ศาลรัฐธรรมนูญ
หมวด 12 องค์กรอิสระ
หมวด 13 องค์กรอัยการ
หมวด 14 การปกครองส่วนท้องถิ่น
หมวด 15 การแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญ
หมวด 16 การปฏิรูปประเทศ
บทเฉพาะกาล

บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญฯ ฉบับ พ.ศ. 2560 หมวดที่มีสาระเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพโดยตรง ภายใต้กรอบความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ที่หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และ“ระบบสุขภาพ” ที่หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จะประกอบด้วย สาระในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ หมวด 14 การปกครองส่วนท้องถิ่นและหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ ดังนี้

(1) การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทยตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญฯ หมวดทั่วไป ได้วางหลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทยไว้โดยมาตรา 4 บัญญัติว่า“ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง”และ“ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน” อีกทั้งมาตรา 27 ในหมวด 3 ยังได้ย้ำว่า“บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน”และ“การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อบุคคล...จะกระทำมิได้” แต่“มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่นหรือเพื่อคุ้มครอง หรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม...” นอกจากนี้ หมวด 3 ยังเป็นบทบัญญัติที่กำหนดสาระแห่งสิทธิเสรีภาพของประชาชนในด้านต่างๆ ที่รัฐธรรมนูญประสงค์จะคุ้มครอง ซึ่งครอบคลุมทั้งสิทธิในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และสิทธิพลเมือง ซึ่งประชาชนจะเป็นผู้ทรงสิทธิโดยตรง ส่วนหมวด 5 เป็น บทบัญญัติให้รัฐ (หน่วยงานของรัฐ:ฝ่ายบริหาร) ต้องและจะต้องปฏิบัติหน้าที่อันสำคัญที่รองรับสิทธิเสรีภาพพื้นฐานของประชาชนในเรื่องต่างๆ โดยมีหมวด 6 เป็นกรอบแนวทางหรือแนวนโยบายแห่งรัฐที่รัฐบาลจะพึงนำไปกำหนดเป็นนโยบายเสนอต่อรัฐสภาหรือประชาชนได้ ส่วนหมวด 16 เป็นการกำหนดสารัตถะของการปฏิรูปประเทศที่สอดคล้องกับความต้องการและเจตนารมณ์ของมวลมหาประชาชนที่ออกมาเรียกร้องให้มีการปฏิรูปประเทศ บทบัญญัติทั้ง 4 หมวดนี้ จึงเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกัน ดังภาพที่ 5.2

[ii] ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 13–4 ตอนที่ 40 ก วันที่ 6 เมษายน 2560

ภาพที่ 5.2 ความเชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องกันของบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ หมวด 3, 5, 6 และ 16



(2) สาระแห่งสิทธิด้านสุขภาพโดยตรงที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองและคุ้มครองไว้ ในหมวด 3 หมวด 5 หมวด 6 และหมวด 16 ประกอบด้วย

(2.1) **สิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพ** ตามมาตรา 47 และมาตรา 55 ที่ระบุว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ" ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย โดยผู้ยากไร้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และเน้นให้รัฐต้องให้ความสำคัญกับการให้ความรู้พื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงแนวนโยบายเรื่อง "สร้างนำซ่อม" ส่วนกรณีเกิดโรคติดต่ออันตรายให้เป็นหน้าที่ของรัฐโดยตรง

(2.2) **สิทธิด้านสุขภาพที่ต้องมีการปฏิรูป** ในหมวด 16 ที่ว่าด้วยการปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ข้อ ช.(4)(5) กำหนดให้ปฏิรูปใน 2 เรื่องคือ เรื่องการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ สะดวกทัดเทียมกัน และเรื่องการให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งนี้มาตรา 259 ให้ตรากฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการปฏิรูปประเทศ ภายใน 120 วัน นับแต่รัฐธรรมนูญประกาศใช้และให้ดำเนินการ**จัดทำยุทธศาสตร์ชาติ**ให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปีนับแต่วันที่กฎหมายดังกล่าวใช้บังคับ โดยในขั้นตอนการจัดทำ การกำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าหมาย และสาระที่พึงมีในยุทธศาสตร์ชาติ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการ**ที่กฎหมายบัญญัติ** ทั้งนี้ กฎหมายดังกล่าวต้องมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทุก**ภาคส่วนอย่างทั่วถึง**ด้วย

(2.3) สิทธิด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มอ่อนไหว มาตรา 48 จะคุ้มครองมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตร และบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มาตรา 71 วรรคสาม คุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้อ่อนไหวต่อปัญหาด้านสุขภาพ หญิงมีครรภ์ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส พร้อมกำหนดให้รัฐพึงต้องมีแนวนโยบายแห่งรัฐในการดูแลให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มิให้ต้องถูกใช้ความรุนแรงหรือถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมทั้งการฟื้นฟูและเยียวยาอย่างเหมาะสมด้วย

(2.4) **สิทธิด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** เป็นการคุ้มครองสุขภาพโดยการควบคุมปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพ โดยมาตรา 58 ได้กำหนดมาตรการ

ประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน กรณีการดำเนินการใดของรัฐหรือที่รัฐจะอนุญาตให้ผู้ใดดำเนินการที่อาจมีผลกระทบต่อทรัพยากร ธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิตของชุมชนอย่างรุนแรง และบุคคล ชุมชนมีสิทธิได้รับข้อมูล คำชี้แจงและเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการดำเนินการหรืออนุญาต และต้องดำเนินการให้มีการเยียวยาความเดือดร้อนหรือเสียหายให้แก่ประชาชนหรือชุมชนที่ได้รับผลกระทบอย่างเป็นธรรมและโดยไม่ชักช้า นอกจากนี้ตามมาตรา 43 (2) (3) ยังเป็นบทบัญญัติที่แสดงถึงการให้สิทธิแก่บุคคลหรือชุมชน ในการเข้าร่วมกับรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบำรุงรักษา ใช้ประโยชน์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของชุมชนในพื้นที่นั้นๆ ด้วย

(2.5) **สิทธิในการคุ้มครองผู้บริโภค** มาตรา 46 ได้ให้สิทธิในการรวมกันจัดตั้งเป็นองค์กรที่มีความเป็นอิสระเพื่อให้เกิดพลังในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคโดยให้ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ และเพื่อให้สามารถลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับผู้บริโภคได้อย่าเป็นจริง มาตรา 53 จึงกำหนดให้รัฐต้องบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด และมาตรา 41 กำหนดให้บุคคลและชุมชนย่อมมีสิทธิ (1) ได้รับทราบและเข้าถึงข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะ (2) เสนอเรื่องราวร้องทุกข์ (3) ฟ้องหน่วยงานของรัฐได้ ทั้งนี้ มาตรา 59 ให้รัฐต้องเปิดเผยข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะโดยทั่วไปด้วย

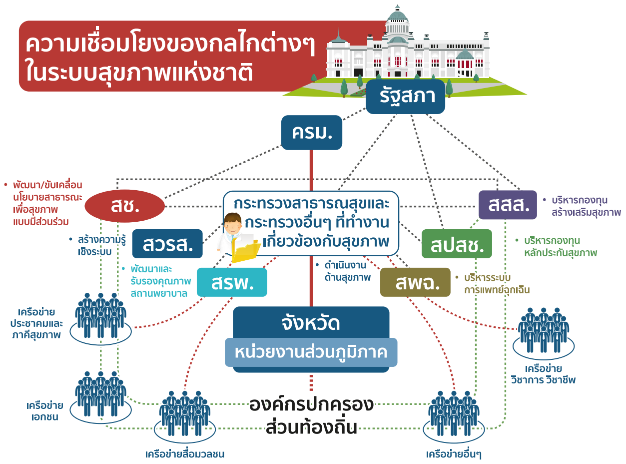
รัฐธรรมนูญฯ ฉบับ พ.ศ. 2560 ได้บรรจุเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ในหมวดของการปฏิรูปประเทศ และเน้นการดูแลประชาชนครอบคลุมตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีหมอครอบครัว เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการให้สิทธิด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพที่ประชาพึงได้รับ ที่ได้รับการคาดหวังว่าจะยังคงมีมาตรฐานและความเสมอภาค ซึ่งในหลายประเด็นมีความเชื่อมโยงกับกฎหมายเดิม และหลายประเด็นก็จะต้องมีการบัญญัติกฎหมายใหม่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการให้เกิดขึ้น โดยที่กลไกต่างๆ ทุกภาคส่วนที่อยู่ภายใต้ระบบสุขภาพ ก็จะต้องให้ความสำคัญและมีการปรับตัวในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในเรื่องการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนปฏิรูปประเทศด้านต่างๆ ซึ่งในที่สุดจะส่งผลกระทบเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

5.3.2 กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติ

1) กลไกระดับชาติ

ประเทศไทยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ถือเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านภายในประเทศอย่างมาก ซึ่งเป็นไปตามบริบทของการเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 ที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร รวมถึงวิทยาการด้านต่างๆ ผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการจัดตั้งกลไกใหม่ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรต่างๆ ที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะ (ภาพที่ 5.3) เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตลอดจนกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ภาพที่ 5.3 ภาพแสดงความเชื่อมโยงของกลไกต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

2) กลไกระดับเขตพื้นที่

(1) เขตสุขภาพ: การจัดบริการเชิงรุกระดับพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข มีการปรับรูปแบบการจัดบริการและบริหารจัดการในลักษณะเขตสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา โดยแบ่งเป็น 12 เขต แต่ละเขตมีขอบเขตพื้นที่ครอบคลุม 4–8 จังหวัด ดูแลประชากร 4-6 ล้านคน เพื่อจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในระดับพื้นที่ (Regional Public Health Service Provision) ซึ่งมีขนาดที่เหมาะสมในการจัดระบบการบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ เนื่องจากการบริหารจัดการในระดับจังหวัดมีข้อจำกัด เพราะขนาดของประชาชนแต่ละจังหวัดแตกต่างกันมากและไม่มีการประหยัดต่อขนาด (economy of scale) ในบางจังหวัดขาดความรวดเร็วในการตอบสนองต่อปัญหา (speed) ตามหลักของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ รวมทั้งมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค โดยมีคณะกรรมการเขตสุขภาพและผู้จัดการระดับเขต เป็นผู้บริหารจัดการ มีการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้ความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพทั้งบทบาทการให้บริการ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟู เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม สามารถจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่สามารถเชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีเครือข่ายบริการสุขภาพ 12 เครือข่าย โดยที่การจัดบริการเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ เน้นความเชื่อมโยงกลไกของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS.) ซึ่งเป็นกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) ที่เน้นการดูแลประชาชนในรูปแบบสังคมจิตวิทยาทางการแพทย์ (Bio-psycho-social model) ซึ่งถือเป็นรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย เพราะเป็นการทำงานที่บูรณาการจากทุกภาคีสุขภาพในระดับอำเภอและตำบล สร้างสุขภาพให้กับประชาชน ทั้งด้านบริการสุขภาพและด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ เน้นการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน โดยใช้พื้นที่ระดับอำเภอเป็นพื้นที่ปฏิบัติการ

(2) เขตสุขภาพเพื่อประชาชน: กลไกบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่

ประเทศไทยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ถือเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านและมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความเข้มแข็งของภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ในแง่ของการพัฒนาปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ เพื่อให้เกิดสังคมสุขภาวะ ซึ่งส่งผลให้ระบบสุขภาพไทย กลายเป็นระบบพหุลักษณ์ มีผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ หน่วยงานที่มีพระราชบัญญัติเฉพาะต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชนและภาคเอกชน แต่ละภาคส่วนมีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งงานด้านการสร้างสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการรักษาฟื้นฟู ดังนั้น ดังนั้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงได้เสนอคณะรัฐมนตรี พิจารณาการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพและบูรณาการการทำงานร่วมกันขององค์กรและเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตพื้นที่ในรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพแบบเครือข่าย โดยคณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบและประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559 เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2559

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นกลไกบูรณาการที่มีรูปแบบการทำงานโดยการเชื่อมร้อยองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ที่มุ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพอยู่ในเขตพื้นที่เดียวกันมาบูรณาการการทำงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ เพื่อร่วมกันจัดการระบบสุขภาพของพื้นที่อย่างมีพลัง ซึ่งเป็น

เสมือนเส้นด้ายแนวนอนที่ทำหน้าที่เชื่อมร้อยเส้นด้ายแนวตั้ง คือหน่วยงาน องค์กรและเครือข่ายทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ รวมถึงประสานเชื่อมโยงหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป(8)

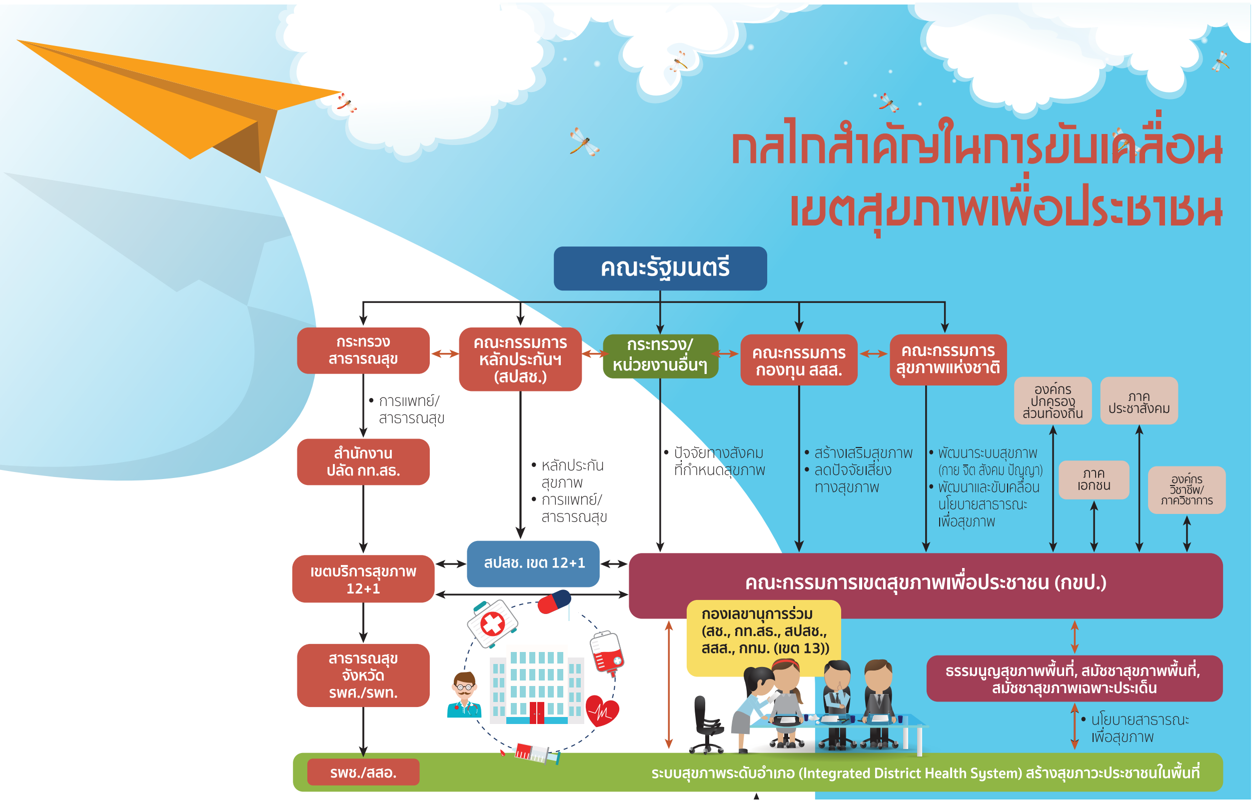
เขตสุขภาพเพื่อประชาชนประกอบด้วย 13 เขตพื้นที่ ได้แก่ 12 เขตทั่วประเทศและกรุงเทพมหานครเป็นเขตที่ 13 ซึ่งเป็นเขตพื้นที่สอดคล้องกับเขตพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานประสานเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

การขับเคลื่อนการทำงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มุ่งไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยเชื่อมโยงกลไกการทำงานทั้งระดับประเทศโดยกระทรวง, หน่วยงาน, องค์กรและเครือข่ายต่างๆ ไปจนถึงระดับเขต ระดับจังหวัด และกลไกเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS.) ร่วมบูรณาการแผนและยุทธศาสตร์การทำงาน ให้เดินหน้าในการพัฒนาระบบสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการทำงานเชื่อมประสานกันในแนวราบ ในรูปแบบการอภิบาลโดยเครือข่าย

เขตสุขภาพเพื่อประชาชนแต่ละเขตพื้นที่ จะมีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เป็นกลไกหลักในการดำเนินงาน โดยมีกลไกเลขานุการร่วมของ กขป. แต่ละเขต ประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร (เฉพาะเขตที่ 13) ดังแสดงในภาพที่ 5.4

ภาพที่ 5.4 กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(8)

5.4 หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

5.4.1 กระทรวงสาธารณสุข

1) โครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข5

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหนึ่งในกลไกสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ ซึ่งโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขแบ่งการบริหารราชการของกระทรวงเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลางและการบริหารราชการส่วนภูมิภาค (ภาพที่ 5.5)

(1) การบริหารราชการส่วนกลาง มี 10 ส่วนราชการ ประกอบด้วย สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง และหน่วยงานตามกลุ่มภารกิจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มภารกิจ (Cluster) รวม 8 กรม ดังนี้

• กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการจัดระบบความรู้และสร้างมาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและกรมสุขภาพจิต ดังนี้

• กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค โดยการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 2 กรม คือ กรมควบคุมโรคและกรมอนามัย

• กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบและกลไกที่เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพของประชาชนและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ และด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

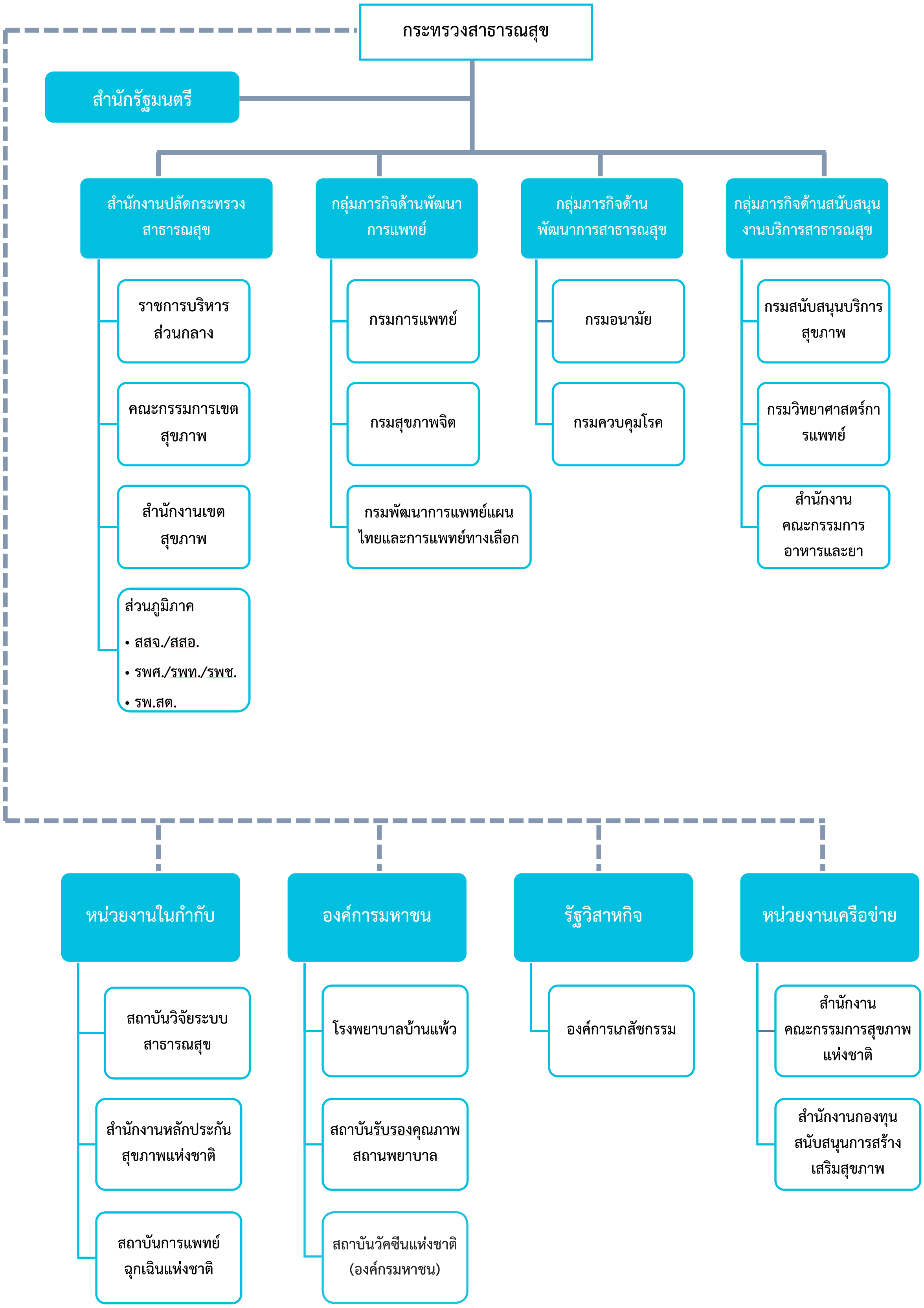
• สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ บริหารจัดการด้านแผนงาน คนและงบประมาณ พัฒนาระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารประชาสัมพันธ์ กำกับดูแลประสานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ พัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ พัฒนาองค์ความรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง และพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศ ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนภารกิจและจัดการแบ่งส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงใหม่ ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 (ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนที่ 64 ก ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560) โดยแบ่งส่วนราชการบริหารส่วนกลาง เป็นส่วนราชการระดับกอง 12 กอง และส่วนราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

• หน่วยงานในกำกับของรัฐ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแล โดยมีบทบาทเป็นประธานคณะกรรมการและมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง มี 3 หน่วยงาน คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

• รัฐวิสาหกิจ มี 1 แห่ง คือ องค์การเภสัชกรรม

• องค์การมหาชน มี 2 แห่ง คือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถานบริการสุขภาพ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

ภาพที่ 5.5 โครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข

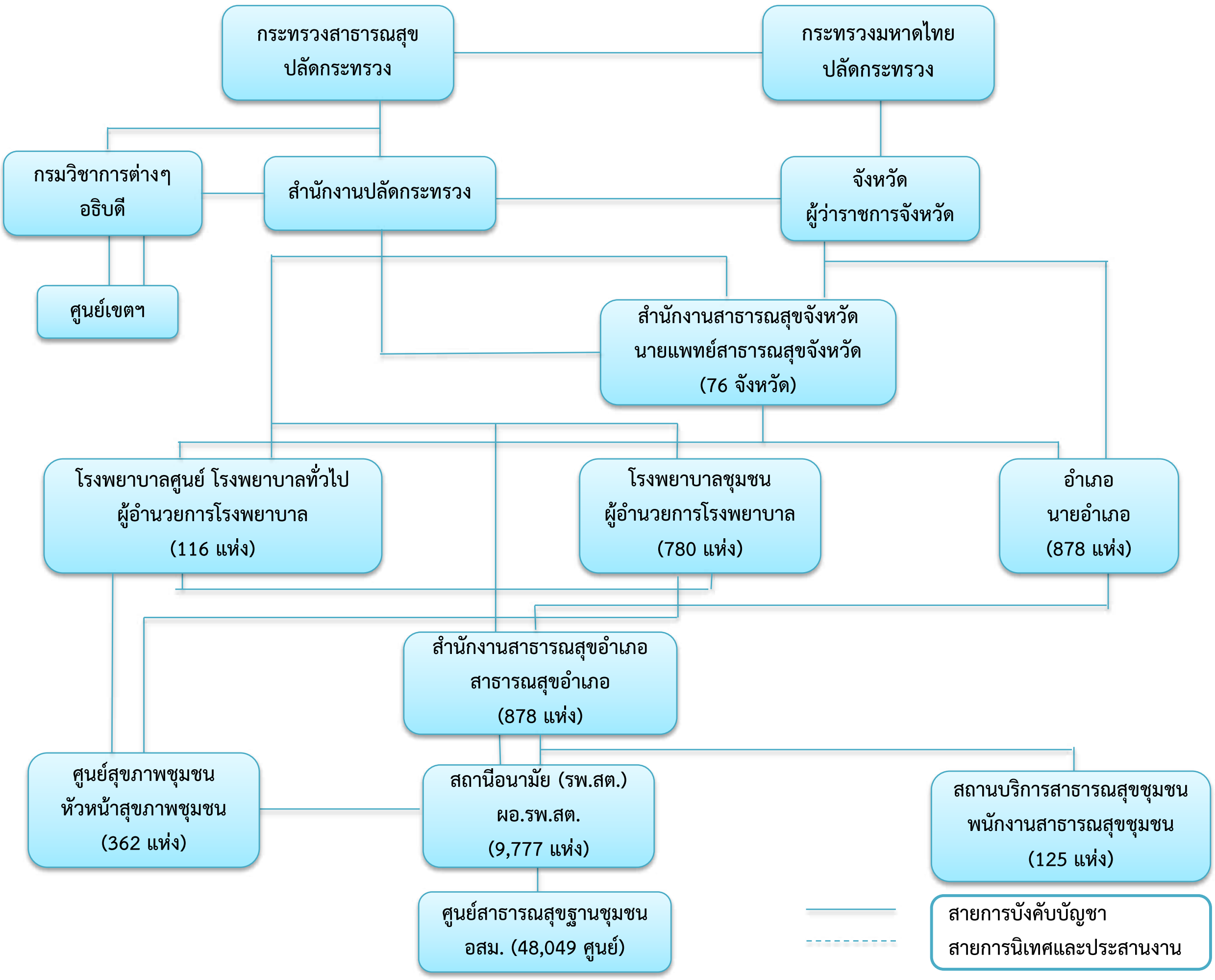


(2) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

หน่วยงานภายในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การบริหารราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่มีสายบังคับบัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด จึงเป็นหน่วยงานร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับพื้นที่ ในฐานะคณะผู้บริหารของจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 5.6)

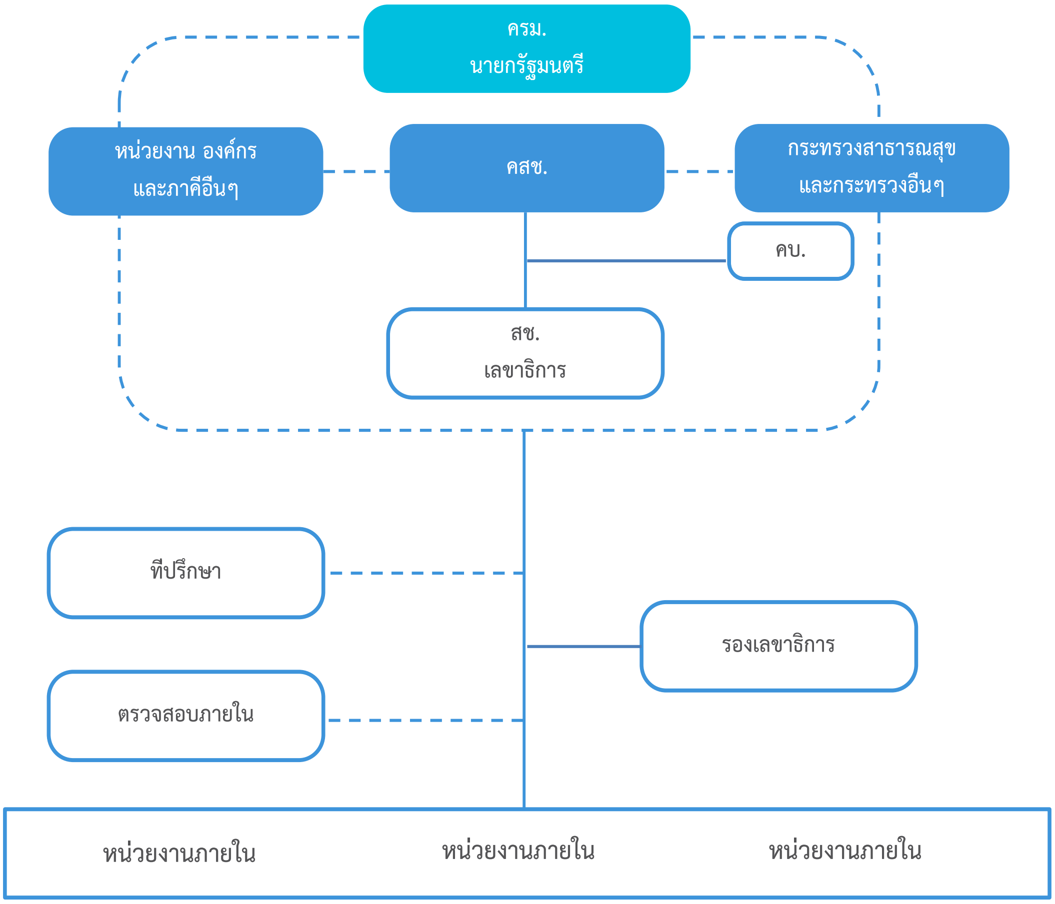
ภาพที่ 5.6 โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค



5.4.2 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีเป้าหมายในการสานพลังสร้างสุขภาวะ สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เชื่อมั่นในแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดย สช. เป็นองค์กรในกำกับนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่เป็นหน่วยเลขานุการของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ภายใต้การกำกับการดำเนินงานโดยคณะกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีโครงสร้างการบริหารงาน ดังแสดงในภาพที่ 5.7

ภาพที่ 5.7 โครงสร้างสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ[9]

การดำเนินงานของ สช. เพื่อให้บรรลุเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มุ่งให้เกิดสังคมสุขภาวะด้วยการพัฒนากระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่เกิดจากการทำงานรวมกันของ 3 ภาคส่วน คือภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม/เอกชน มีพันธกิจหลักที่ต้องดำเนินการใน 4 เรื่องใหญ่ๆ คือ

1) การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และจัดให้มีกระบวนการทบทวนทุก 5 ปี รวมถึงการสนับสนุนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม

2) การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

สช. มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่านเครื่องมือต่างๆ เช่น การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและการสนับสนุนเครือข่ายนโยบายในรูปแบบอื่นๆ โดยจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปีละ 1 ครั้ง และสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือสมัชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดย สช. มีบทบาทในการสนับสนุนให้กลไกสมัชชาสุขภาพแต่ละจังหวัดในพื้นที่ ทั้ง 77 จังหวัด เป็นกลไกดำเนินการ

3) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

การสนับสนุนกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นกลไกหลัก ดำเนินการให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 โดย สช. มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม สนับสนุนและขับเคลื่อนให้ภาคีทุกภาคส่วนได้ทราบและนำเอาหลักเกณฑ์ตามประกาศนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างสังคมสุขภาวะ รวมถึงการเสริมหนุนให้ภาคส่วนที่มีขีดจำกัด ให้สามารถใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

4) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

การดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการใช้สิทธิด้านสุขภาพของประชาชนตามบทบัญญัติใน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติฯ มาตรา 5 -12 โดยมุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ และสนับสนุนการการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต สิทธิในเรื่องข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล เป็นต้น

5.4.3 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นองค์กรของรัฐที่มิใช่ส่วนราชการจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พร้อมๆ กับการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) โดยมีโครงสร้างองค์กรและการบริหารที่เน้นความคล่องตัว เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายในการจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพได้ (Better Knowledge Management for Better Health Systems) วัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง สวรส. มี ดังนี้[10]

- สำรวจ ศึกษาและวิเคราะห์ทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อวางเป้าหมาย นโยบายและจัดทำแผนโครงการและมาตรการต่างๆ ในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ
- ประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและแผนของรัฐบาล และหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบายการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข รวมทั้งการนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายและแผน
- สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของภาครัฐและภาคเอกชนและส่งเสริมความร่วมมือการวิจัยระบบสาธารณสุขระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนตลอดจนนานาประเทศ รวมทั้งดำเนินการวิจัยด้านระบบสาธารณสุขที่มีความสำคัญตามนโยบายและไม่มีหน่วยงานวิจัยอื่นดำเนินการ
- สนับสนุนการเพิ่มสมรรถนะในการเลือก การรับ และการถ่ายทอดวิทยาการและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ ตลอดจนการจัดการโครงการลงทุนและโครงการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการเลือก การรับ และการถ่ายทอดวิทยาการและเทคโนโลยีจากต่างประเทศ เพื่อให้ได้วิทยาการและเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม
- บริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรู้และผลงานวิจัยและวิชาการสาธารณสุขแก่หน่วยงานของรัฐ เอกชน และสาธารณชน

บริหารงานโดยคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีองค์ประกอบจากผู้แทนจากหน่วยงานของรัฐและกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ รวมทั้งสิ้น 17 คน มีหน้าที่ในการดูแลนโยบาย และกำหนดทิศทางการดำเนินยุทธศาสตร์/แผนการวิจัยระบบสาธารณสุขของ สวรส. ให้สัมฤทธิผลตามพันธกิจ

สวรส. ดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ *“ผู้นำระบบวิจัยที่สร้างความรู้เชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพไทย”* และพันธกิจ *“พัฒนาระบบวิจัยเพื่อขับเคลื่อนความรู้อย่างมีทิศทางและมีส่วนร่วม”*

แผนงานของ สวรส. ในปีงบประมาณ 2560 โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มแผนงานวิจัย
2. กลุ่มแผนพัฒนาการจัดการงานวิจัย
3. กลุ่มแผนสนับสนุนการวิจัย
4. กลุ่มส่วนงานเฉพาะ

โดยมีการดำเนินการและรายละเอียดดังนี้

• กลุ่มแผนงานวิจัย ประกอบด้วย 8 แผนงาน ได้แก่

1) แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบยา ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยี

2) แผนงานวิจัยและพัฒนากาลังคนด้านสุขภาพ

3) แผนวิจัยและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

4) แผนวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

5) แผนวิจัยและพัฒนาด้านการเงินการคลังสุขภาพ

6) แผนวิจัยและพัฒนาระบบอภิบาลสุขภาพ

7) แผนวิจัยพัฒนา Special target และปัจจัยทางสังคมที่กาหนดสุขภาพ

8) แผนงานวิจัยมุ่งเป้าด้านสุขภาพของประเทศ

แหล่งที่มาของโจทย์/ประเด็นวิจัย ประกอบด้วย

1) การจัดลำดับความสาคัญร่วมกับหน่วยงานต่างๆ

2) การวิจัยต่อเนื่อง/ต่อยอดของ สวรส.

3) ประกาศรับข้อเสนอโครงการวิจัย (Call for paper)

• กลุ่มแผนพัฒนาการจัดการงานวิจัย ประกอบด้วย 2 แผนงาน ได้แก่ (1) แผนงานพัฒนาบุคลากรด้านวิจัยนโยบายและระบบสุขภาพ (2) แผนงานคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

• กลุ่มแผนสนับสนุนการวิจัย ประกอบด้วย 4 แผนงาน ได้แก่ (1) แผนพัฒนาระบบบริหารจัดการทั่วไป (2) แผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล 3) แผนบริหารยุทธศาสตร์ (4) แผนการบริหารความเสี่ยงและตรวจสอบภายใน (5) แผนพัฒนา ICT (6) แผนงานสื่อสารความรู้และอื่นๆ

• กลุ่มส่วนงานเฉพาะ ประกอบด้วย 4 ส่วนงาน ได้แก่ (1) ส่วนงานสานักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) (2) ส่วนงานสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) (3) ส่วนงานมาตรฐานและบริการสารสนเทศระบบบริการสาธารณสุข (สมสส.) (4) ส่วนงานวิจัยเพื่อพัฒนาการตรวจสอบบริการสาธารณสุข (สวตบ.)

5.4.4 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่มิใช่ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกองทุน จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 โดยมีหน้าที่ริเริ่ม ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในสังคมในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีครบ 4 ด้าน กาย จิต ปัญญา สังคมและร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่

สสส. ดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์“ทุกคนบนแผ่นดินไทยมีขีดความสามารถ สังคม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาวะ” และพันธกิจ “จุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมพลังบุคคลและองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะ” โดยได้รับเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงานหลักจากเงินบำรุงกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งมาจากภาษีที่รัฐจัดเก็บจากผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบในอัตรา ร้อยละ 2 ของภาษีที่ต้องชำระ

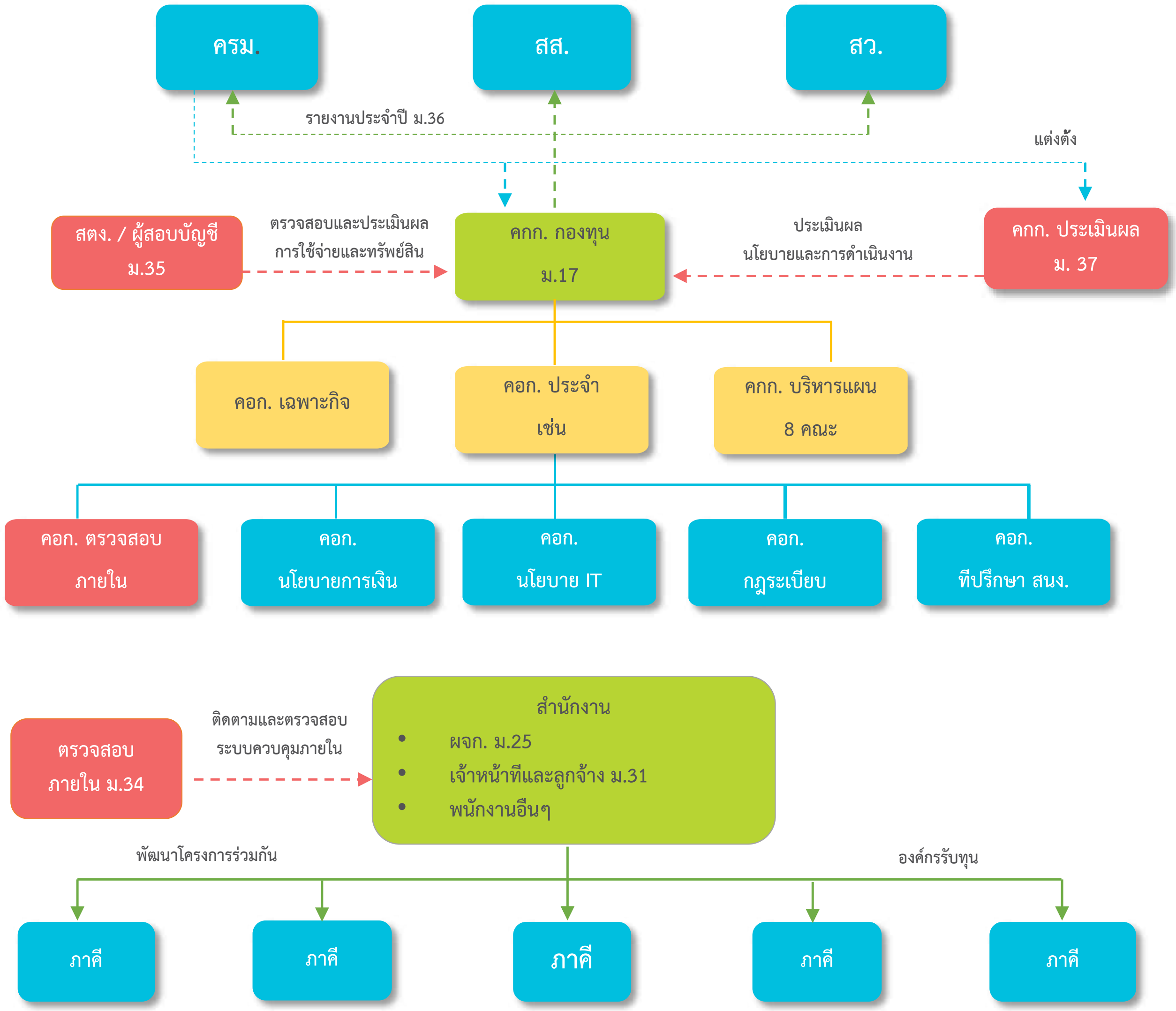
ยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานของ สสส. เน้นการ “สานสามพลัง” ซึ่งประกอบด้วยพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขปัญหาสุขภาวะที่ยากและสำคัญในสังคมไทยอย่างสร้างสรรค์ โดยกองทุนเป็นกลไกที่ช่วยสร้างความเข้มแข็ง และสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงของ “พลัง” ทั้งสาม

โครงสร้างการบริหารงานของ สสส.

1) โครงสร้างหลักของ สสส.

กลไกบริหารหลักของ สสส. ประกอบด้วยกลไกหลัก คือ คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ซึ่งภายใต้คณะกรรมการกองทุนฯ มีกลไกบริหารงานประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารแผนและคณะกรรมการเฉพาะกิจด้านต่างๆ โดยมีผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นผู้บริหารสูงสุดของสำนักงาน ดังภาพที่ 5.8

ภาพที่ 5.8 โครงสร้างหลักของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ[11]

2) โครงสร้างการบริหารงานภายในของ สสส.

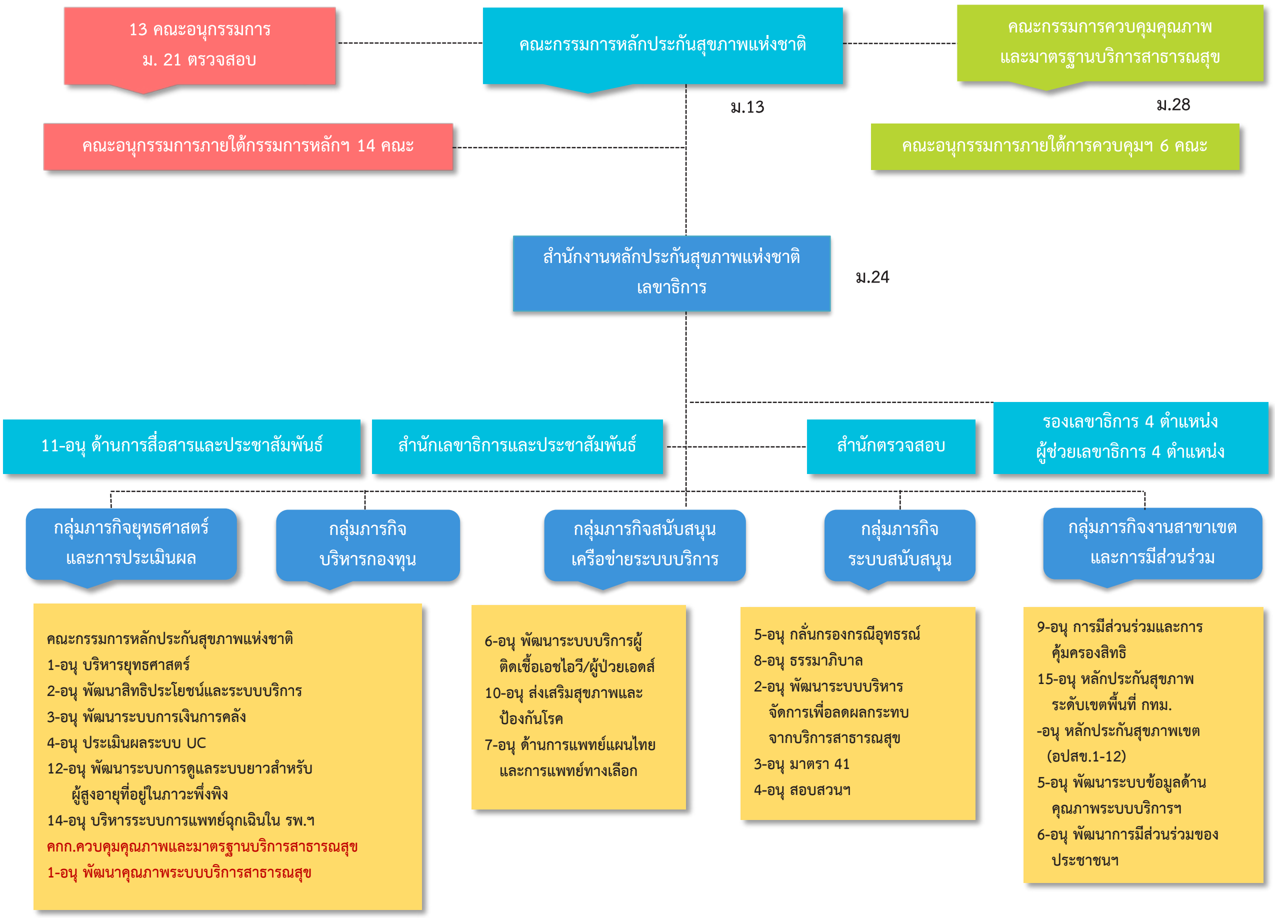
ประกอบด้วยสำนักและส่วนงานต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนงานหลัก 15 แผน การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพสู่สังคมสุขภาวะ ประกอบด้วย แผนควบคุมยาสูบ แผนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนสุขภาวะชุมชน

แผนสุขภาวะเด็ก เยาวชนและครอบครัว แผนสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาวะทางปัญญา แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาวะ แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แผนอาหารเพื่อสุขภาวะ และแผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาวะ

5.4.5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นองค์กรของรัฐ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย สปสช. ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และด้วยการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยมีโครงสร้างการบริหารของ สปสช. ดังภาพที่ 5.9

ภาพที่ 5.9 โครงสร้างการบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[12]

นอกจากการจัดโครงสร้างการบริหารงานในส่วนกลางแล้ว สปสช. ได้พัฒนาโครงสร้างการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับพื้นที่ ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วยความสัมพันธ์แบบ partnership ในฐานะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาจังหวัด ทั้งนี้เพื่อก้าวไปให้ถึงจุดมุ่งหมายตามวิสัยทัศน์ขององค์กร คือ มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงด้วยความมั่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต มีจำนวน 13 แห่ง ดังนี้

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3 นครสวรรค์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 5 ราชบุรี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร

5.4.6 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. มีที่มาจากงานวิจัยกลไกส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อปี 2540 และก่อตัวเป็นสถาบันภายใต้ สวรส. เมื่อปี 2542 ในชื่อว่า “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” (พรพ.) โดยมีการดำเนินงานภายใต้หลักการสำคัญคือ “องค์กรที่เป็นกลาง มีความน่าเชื่อถือ คล่องตัว มีการดำเนินการบนพื้นฐานวิชาการ สอดคล้องกับบริบทสาธารณสุขและวัฒนธรรมของประเทศ” โดย สรพ. มีบทบาทอย่างสูงในการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้สถาบันแห่งนี้มีสถานะที่เป็นที่น่าเชื่อถือของสังคมและเป็นองค์กรที่มีความมั่นคงของการดำเนินงานในระยะยาว จึงได้จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขึ้น โดยออกเป็นพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน 2552

1) บทบาทหน้าที่ของ สรพ.

(1) ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(2) รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

(3) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ

(4) ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้บริการการเข้าถึงและใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์การหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(6) จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

2) ยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ สรพ.

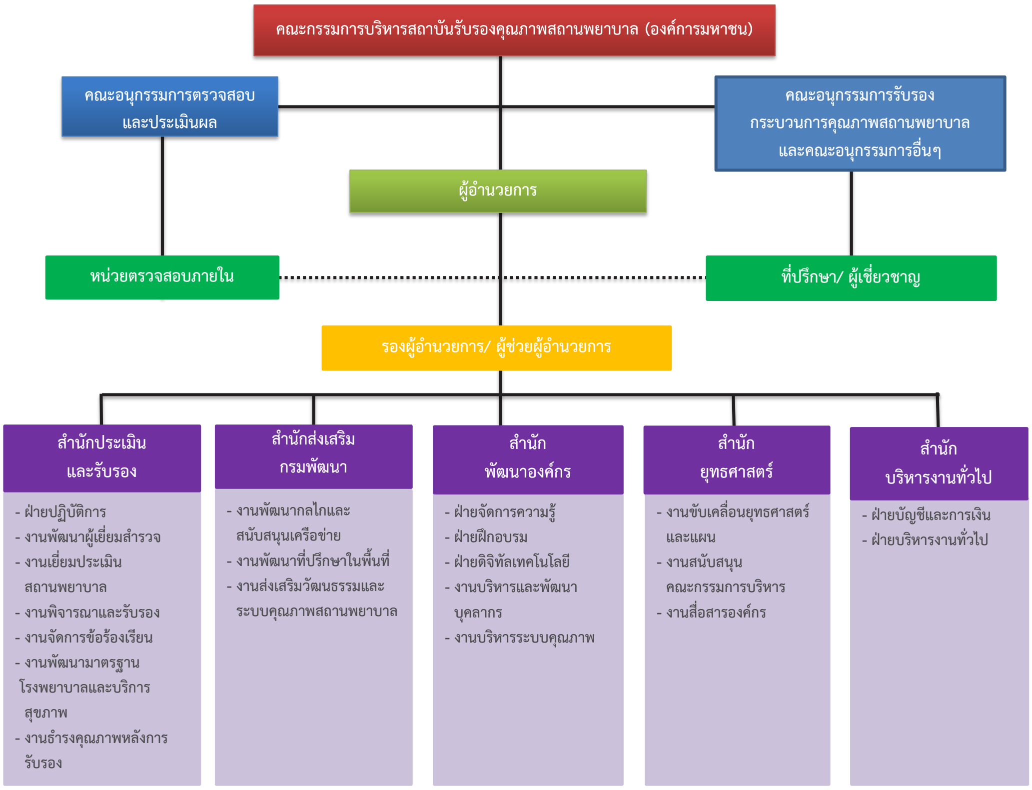
สรพ. ดำเนินงานภายใต้วิสัยทัศน์ "ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดย สรพ. มีบทบาทในการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ (Change Catalyst) และพันธกิจในการส่งเสริมสนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยใช้การประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจจากภายนอกและการรับรองกระบวนการคุณภาพเป็นกลไกกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอย่างสมดุล โดยกระบวนการทำงานหลักของ สรพ. ในการขับเคลื่อนงานให้บรรลุพันธกิจ ประกอบด้วย

- การสร้างและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Knowledge Creation & Dissemination)
- การจัดให้มีกลไกส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล (Quality Improvement Support)
- การประเมินและยกย่องกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาล (Recognition)

3) โครงสร้างการบริหารงานของ สรพ.

สรพ. ดำเนินการภายใต้การกำกับของคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และมีผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เป็นกรรมการและเลขานุการ มีการจัดโครงสร้างหน่วยงานภายในสถาบัน ประกอบด้วย 5 สำนัก ได้แก่ สำนักประเมินและรับรอง สำนักส่งเสริมการพัฒนา สำนักพัฒนาองค์กร สำนักยุทธศาสตร์และสำนักบริหารงานทั่วไป ดังแสดงในภาพที่ 5.10

ภาพที่ 5.10 โครงสร้างการบริหารงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)[13]

5.4.7 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

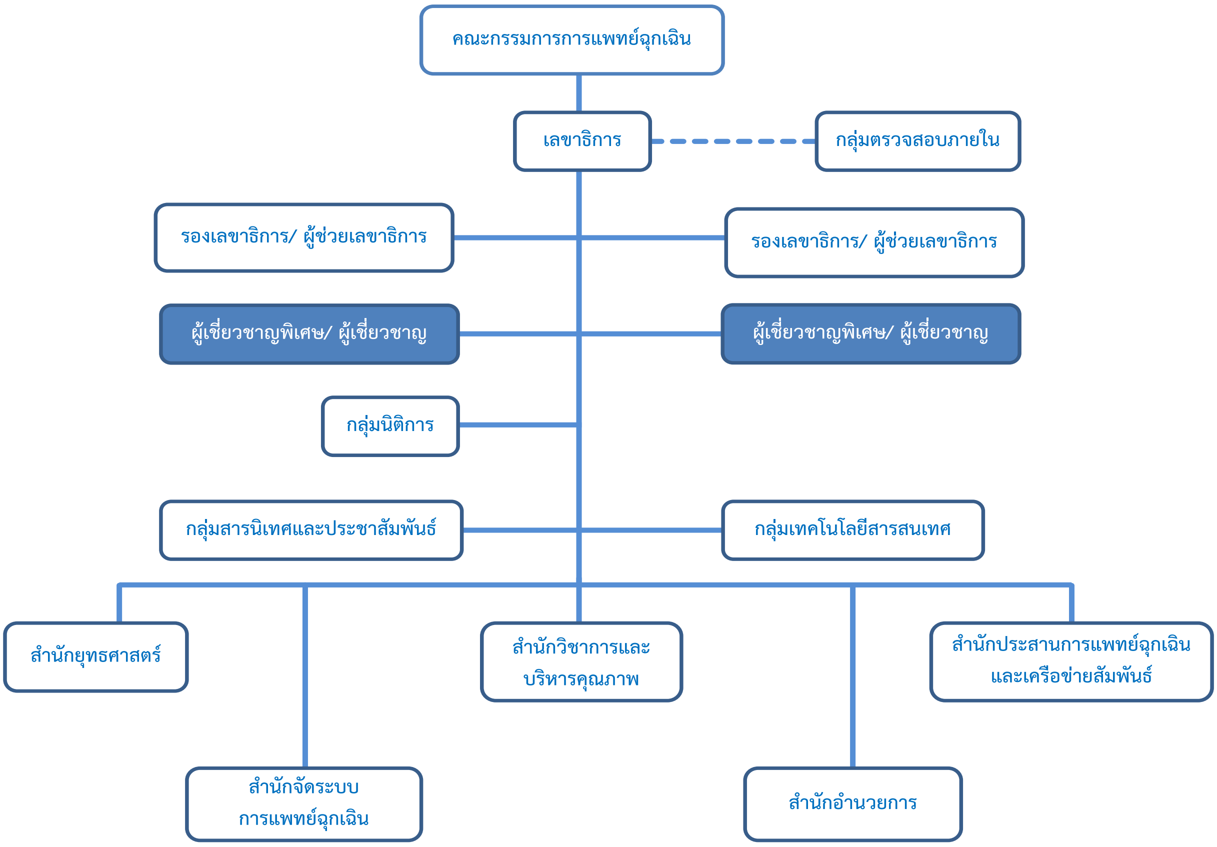
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงการส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฯ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิ์ในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียจากภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดำเนินการภายใต้วิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน” โดยมีกรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินไทยในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560–2564) มีเป้าหมายทั่วไปเพื่อลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย โดยใช้ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ที่สำคัญ 5 ด้าน คือ

1) พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Quality: Q)
2) พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Person: P)
3) พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Support: S)
4) พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งในและต่างประเทศ (Coalition: C)
5) การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน (Public Education and Public Relationship: PE & PR)

โครงสร้างการบริหารของ สพฉ. มีกลไกบริหารหลัก คือ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีกรรมการประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและ โดยมีเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นกรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอย่างยั่งยืน มีโครงสร้างการบริหารสำนักงาน ดังแสดงในภาพที่ 5.11

ภาพที่ 5.11 โครงสร้างการบริหารสำนักงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



ที่มา: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[14]

5.5 บทสรุประบบสุขภาพของประเทศไทย

ในช่วงปี พ.ศ. 2559 - 2560 เป็นช่วงที่ประเทศไทยอยู่ในระหว่างการเริ่มใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ และเป็นช่วงที่การเมืองของประเทศ อยู่ภายใต้กระแสการปฏิรูปตามที่กำหนดในหมวด 16 ของรัฐธรรมนูญฯ โดยที่ในลำดับต่อไปก็จะต้องมีการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และมีการดำเนินการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศในด้านต่างๆ ซึ่งในที่สุดจะมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในแง่ของสุขภาวะองค์รวมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้และส่งผลให้หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพ ก็จะต้องมีการปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกันต่อไป นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2559 ก็ได้มีการประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งระบุให้สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมวงกว้าง และได้กำหนดองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบย่อย เพิ่มขึ้นเป็น 14 องค์ประกอบ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม รวมถึงความเข้มแข็งของภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ในแง่ของการพัฒนาปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อให้เกิดสังคมสุขภาวะ ดังนั้นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ จึงให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้ระบบย่อยต่างๆ ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพ จะมีผู้เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ หน่วยงานที่มีพระราชบัญญัติเฉพาะต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชนและภาคเอกชน แต่ละภาค

ส่วนมีการดำเนินงานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งงานด้านการสร้างสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการรักษาฟื้นฟู ดังนั้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

5.6 ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยเน้นการขยายการให้บริการให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆของประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ทั้งการขยายบริการในระดับปฐมภูมิและการให้บริการในระดับโรงพยาบาล ที่เป็นบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการขยายการให้บริการดังกล่าว ร่วมกับการขยายตัวของภาคเอกชนที่จัดบริการในพื้นที่ต่างๆของประเทศ ทำให้การให้บริการสุขภาพมีความทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ประกอบกับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ ให้สามารถครอบคลุมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทุกคน ทำให้บริการสุขภาพที่จำเป็น ได้รับการคุ้มครอง และประชาชนก็สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเหล่านั้นได้ โดยปราศจากอุปสรรคทางด้านการเงิน อันจะส่งผลต่อการลดภาระรายจ่ายของประชาชนในการใช้บริการสุขภาพ

ในส่วนของระบบบริการสุขภาพในที่นี้ จะนำเสนอสถานการณ์และแนวโน้มขององค์ประกอบต่างๆ ในการจัดระบบบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย ส่วนที่เป็นปัจจัยนำเข้าของการจัดระบบบริการสุขภาพ อันได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพ ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพ และส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการสุขภาพและความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพ ดังภาพที่ 5.12

ภาพที่ 5.12 ปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ

5.7 การบริการด้านสุขภาพ

ในการจัดบริการด้านสุขภาพ มีบริการสุขภาพที่จัดโดยภาครัฐและภาคเอกชน ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยสถานบริการในระดับปฐมภูมิ จะเป็นสถานบริการที่ให้บริการในขั้นต้นเมื่อมีการเจ็บป่วย โดยถือเป็นด่านแรกของระบบบริการสุขภาพ และมีการให้บริการแบบผสมผสานทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในขณะที่สถานบริการระดับทุติยภูมิเป็นสถานบริการในระดับโรงพยาบาล ที่สามารถให้การรักษาสำหรับการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการรับผู้ป่วยไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยในและสถานบริการระดับตติยภูมิ เป็นสถานบริการที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง สามารถรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและต้องการการรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางและเครื่องแพทย์ที่มีราคาแพง ทำหน้าที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการที่มีข้อจำกัดในการรักษา

5.7.1 สถานบริการสุขภาพภาครัฐ

สถานบริการสุขภาพภาครัฐ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นการลงทุนของรัฐ เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่กระจายไปในทุกพื้นที่ โดยมีเป้าหมายที่ต้องการให้ประชาชนในท้องถิ่นต่างๆ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล โดยการจัดบริการของรัฐนั้น ประกอบด้วย การจัดบริการโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) นอกจากนี้ยังมีสถานบริการของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รวมกรุงเทพมหานคร) และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ตารางที่ 5.1) ทั้งนี้สามารถแบ่งสถานบริการสุขภาพของรัฐตามระดับของเขตการปกครองได้ดังนี้

ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค 18 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม 132 ศูนย์/5 สาขา

ระดับภาค มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 49 แห่ง

ระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมครบทุกจังหวัดรวม 88 แห่ง

ระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมอำเภอร้อยละ 88.8 รวม 780 แห่งและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 295 แห่ง

ระดับตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) 9,777 แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว และหลายตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า 1 แห่ง

ระดับหมู่บ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 125 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท 48,049 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตเมือง 3,108 แห่ง

ตารางที่ 5.1 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2561

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5	
	โรงพยาบาลทั่วไป	26	
	กระทรวงสาธารณสุข	4	
	สำนักนายกรัฐมนตรี	3	
	กระทรวงยุติธรรม	1	
	กระทรวงกลาโหม	6	
	กรุงเทพมหานคร	11	
	รัฐวิสาหกิจ	1	
	โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถานบันเฉพาะโรค	8	
	ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัด กทม. / ทุกสังกัดใน กทม.	68/136	
ภาค 4 ภาค และสาขาต่าง ๆ	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	6	
	โรงพยาบาลศูนย์	33	
	โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่	51	
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	9	
	โรงพยาบาลจิตเวช	19	
	โรงพยาบาลประสาท	1	
	สถาบันราชประชาสมาสัย	1	
	สถาบันบำราศนราดูร	1	
	สถาบันโรคทรวงอก	1	
	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง	7	
	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด	6	
	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์	1	
	ศูนย์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ	1	
	ศูนย์ฯ โรคผิวหนัง	1	
	สถาบันทันตกรรม	1	
	ศูนย์สิริธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1	
	สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์	1	

ตารางที่ 5.1 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2561 (ต่อ)

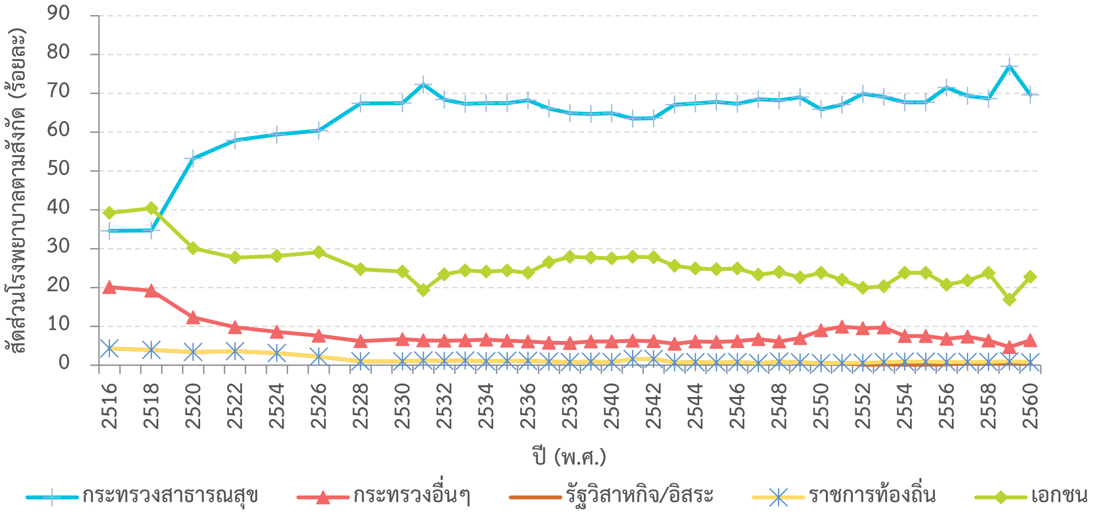
ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
76 จังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป	110	100%
	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	83	
	สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	27	
	โรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาล	64	
	ประจำหน่วยรบสังกัดกระทรวงกลาโหม		
	โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี	2	
878 อำเภอ	โรงพยาบาลชุมชน	781	(88.8%)
	ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล	300	
7,255 ตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย)	9,763	100%
74,965 หมู่บ้าน	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	123	
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ชนบท) (พ.ศ. 2550)	48,049	64.1%
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (เมือง) (พ.ศ. 2546)	3,108	

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

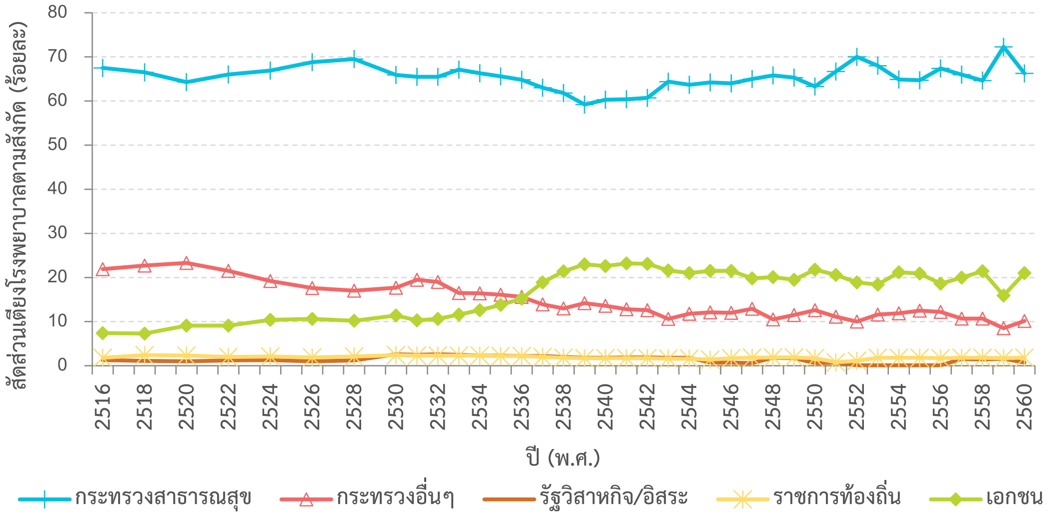
5.7.2 การกระจายของโรงพยาบาลตามสังกัด

แนวโน้มของสถานบริการด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด ได้แก่ สัดส่วนของโรงพยาบาลและสัดส่วนของเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด โดยสัดส่วนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.6 ในปี พ.ศ. 2516 เป็นร้อยละ 69.6 ในปี พ.ศ. 2560 และเตียงโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ที่ร้อยละ 66.3 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ ลดลงจากร้อยละ 20.1 ในปี พ.ศ. 2516 เหลือร้อยละ 6.4 ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2560 และโรงพยาบาลเอกชน มีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 39.2 ในปี พ.ศ. 2516 เหลือร้อยละ 22.7 ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ 21 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.13 และ 5.14 และตารางที่ 5.2 และ 5.3)

ภาพที่ 5.13 แนวโน้มสัดส่วนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516-2560



ภาพที่ 5.14 แนวโน้มสัดส่วนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516-2560



ที่มา: ภาพที่ 5.13 และ 5.14 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 5.2 จำนวนโรงพยาบาลและสัดส่วนโรงพยาบาลจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2557-2560

ปี	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานอิสระ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
พ.ศ.	จำนวน รพ.	ร้อยละ	จำนวน รพ.	ร้อยละ	จำนวน รพ.	ร้อยละ	จำนวน รพ.	ร้อยละ	จำนวน รพ.	ร้อยละ
2557	904	69.4	96	7.4	8	0.6	11	0.8	284	21.8
2558	929	68.7	86	6.4	6	0.4	11	0.8	321	23.7
2559	940	77.0	57	4.7	6	0.5	12	1.0	206	16.9
2560	943	69.6	87	6.4	7	0.5	10	0.7	308	22.7

ตารางที่ 5.3 จำนวนเตียงโรงพยาบาลและสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2557-2560

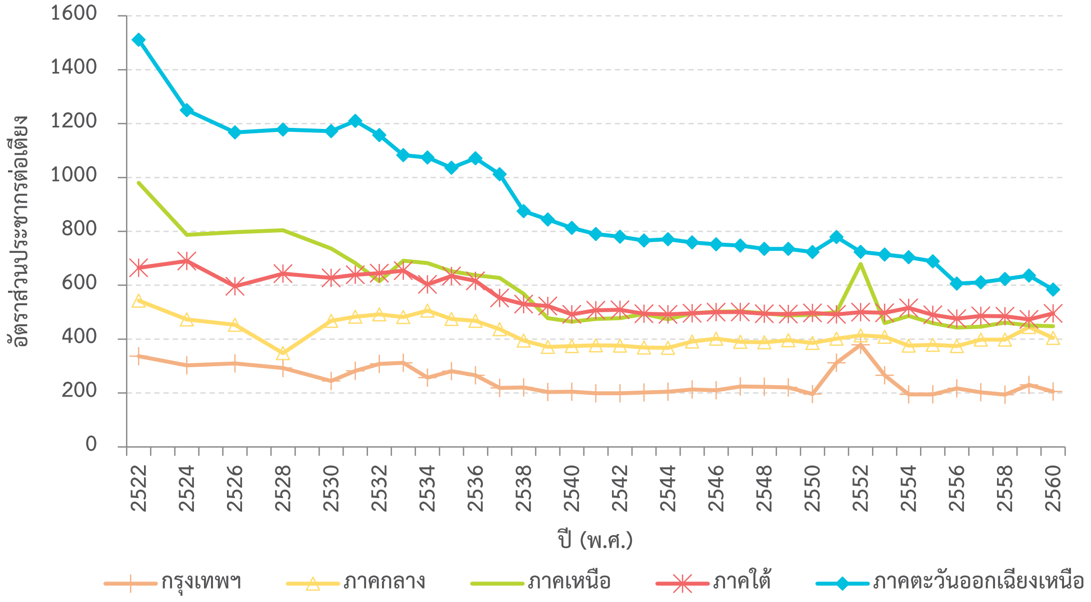
ปี	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานอิสระ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
พ.ศ.	จำนวนเตียง	ร้อยละ	จำนวนเตียง	ร้อยละ	จำนวนเตียง	ร้อยละ	จำนวนเตียง	ร้อยละ	จำนวนเตียง	ร้อยละ
2557	99,193	66.0	16,094	10.7	2,308	1.5	2,727	1.8	30,028	20.0
2558	97,057	64.7	16,018	10.7	2,160	1.4	2,734	1.8	32,154	21.4
2559	102,282	72.3	12,033	8.5	2,253	1.6	2,427	1.7	22,505	15.9
2560	99,941	66.3	15,336	10.2	1,070	0.7	2,808	1.9	31,684	21.0

ที่มา: ตารางที่ 5.2 และ 5.3 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

5.7.3 การกระจายของสถานบริการตามภาค

สำหรับการกระจายเตียงโรงพยาบาลระหว่างภาค พบว่าอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ลดลงในทุกภาค โดยในปี พ.ศ. 2560 อัตราส่วนประชากรต่อเตียง ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 205:1 ภาคกลางเท่ากับ 404:1 ภาคเหนือเท่ากับ 448:1 ภาคใต้เท่ากับ 496:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 584:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงจาก 4.5 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 2.8 เท่า ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.15 และตารางที่ 5..4)

ภาพที่ 5.15 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล รายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

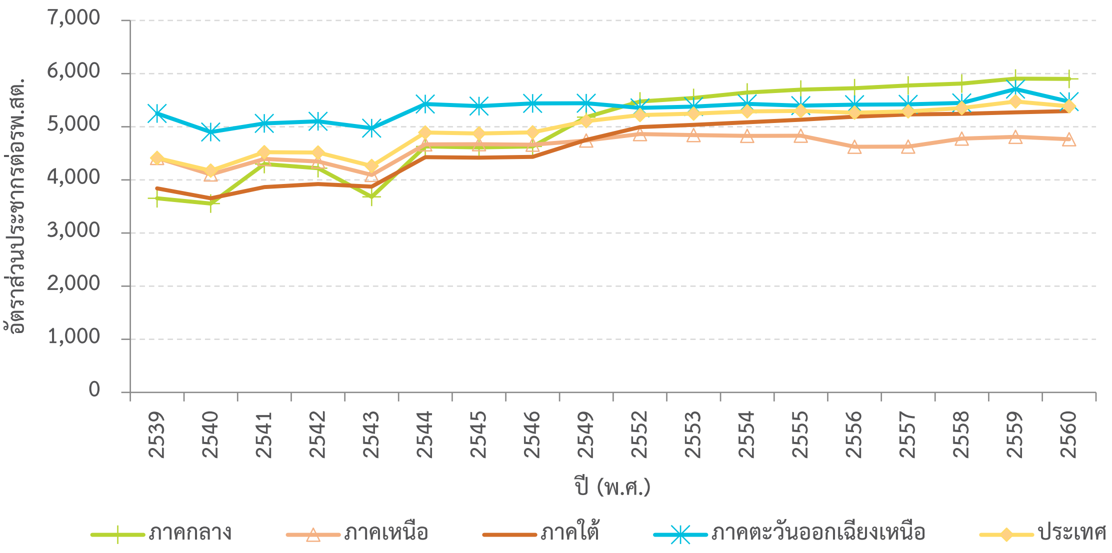
ตารางที่ 5.4 จำนวนเตียงโรงพยาบาลและอัตราส่วนประชากรต่อเตียงจำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

ปี	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
พ.ศ.	จำนวนเตียง	ประชากรต่อเตียง	จำนวนเตียง	ประชากรต่อเตียง	จำนวนเตียง	ประชากรต่อเตียง	จำนวนเตียง	ประชากรต่อเตียง	จำนวนเตียง	ประชากรต่อเตียง
2557	28,085	203	40,454	398	27,227	446	18,866	486	35,718	611
2558	29,112	194	40,682	398	26,212	461	19,021	485	35,096	623
2559	24,354	230	36,530	445	26,614	451	19,576	473	34,426	636
2560	27,212	205	40,496	404	26,793	448	18,795	496	37,543	584

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

สำหรับอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในทุกภาค แสดงว่าประชากรเพิ่มขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของรพ.สต. โดยในแต่ละภาคมีอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. ที่ใกล้เคียงกันมาก ระหว่าง 4,765:1 ถึง 5,900:1 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.16 และตารางที่ 5.5)

ภาพที่ 5.16 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. รายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข จำนวนประชากรคิดจากประชากรกลางปีคูณด้วยสัดส่วนประชากรนอกเขตเทศบาลปี 2552

ตารางที่ 5.5 จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต.จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

ปี	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคตะวันออก	
พ.ศ.	จำนวน รพ.สต.	ประชากร/ รพ.สต.	จำนวน รพ.สต.	ประชากร/ รพ.สต.	จำนวน รพ.สต.	ประชากร/ รพ.สต.	จำนวน รพ.สต.	ประชากร/ รพ.สต.	จำนวน รพ.สต.	ประชากร/ รพ.สต.
2557	28,085	203	40,454	398	27,227	446	18,866	486	35,718	611
2558	29,112	194	40,682	398	26,212	461	19,021	485	35,096	623
2559	24,354	230	36,530	445	26,614	451	19,576	473	34,426	636
2560	27,212	205	40,496	404	26,793	448	18,795	496	37,543	584

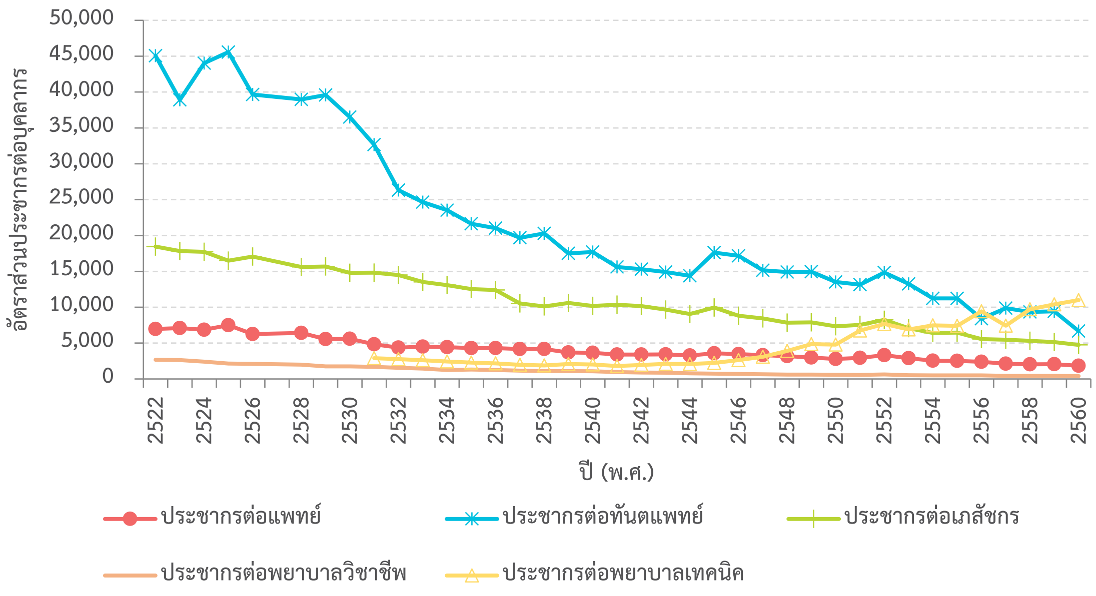
ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข จำนวนประชากรคิดจากประชากรกลางปีคูณด้วยสัดส่วนประชากรนอกเขตเทศบาลปี 2552

5.8 กำลังคนด้านสุขภาพ

5.8.1 แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขา

กำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค มีแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดช่วงเวลากว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ยกเว้นกรณีของพยาบาลเทคนิค ที่มีการเปลี่ยนไปเป็นพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2546 ทำให้จำนวนพยาบาลเทคนิคลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ลดลงจากประมาณ 7,000:1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 1,800: 1 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ลดลงจากประมาณ 45,000:1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 6,600:1 ในปี พ.ศ. 2560 อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงจากประมาณ 18,000:1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 4,700:1 ในปี พ.ศ. 2560 และอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงจากประมาณ 2,600:1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 400:1 ในปี พ.ศ. 2560 แต่อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค กลับเพิ่มขึ้นจากประมาณ 2,900:1 ในปี พ.ศ. 2531 เป็น ประมาณ 11,000:1 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.17 และตารางที่ 5.6)

ภาพที่ 5.17 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขา พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 5.6 จำนวนบุคลากร 5 สาขาและอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร 5 สาขา พ.ศ. 2557-2560

ปี	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค	
พ.ศ.	จำนวน.	ปชก/คน	จำนวน.	ปชก/คน	จำนวน.	ปชก/คน	จำนวน.	ปชก/คน	จำนวน.	ปชก/คน
2557	30,565	2,125	6,577	9,876	11,892	5,462	150,085	433	8,748	7,425
2558	31,959	2,035	6,953	9,352	12,231	5,317	149,183	436	6,693	9,716
2559	31,484	2,065	6,898	9,425	12,655	5,137	153,536	423	6,252	10,399
2560	35,388	1,843	9,760	6,681	13,728	4,750	160,932	405	5,929	10,998

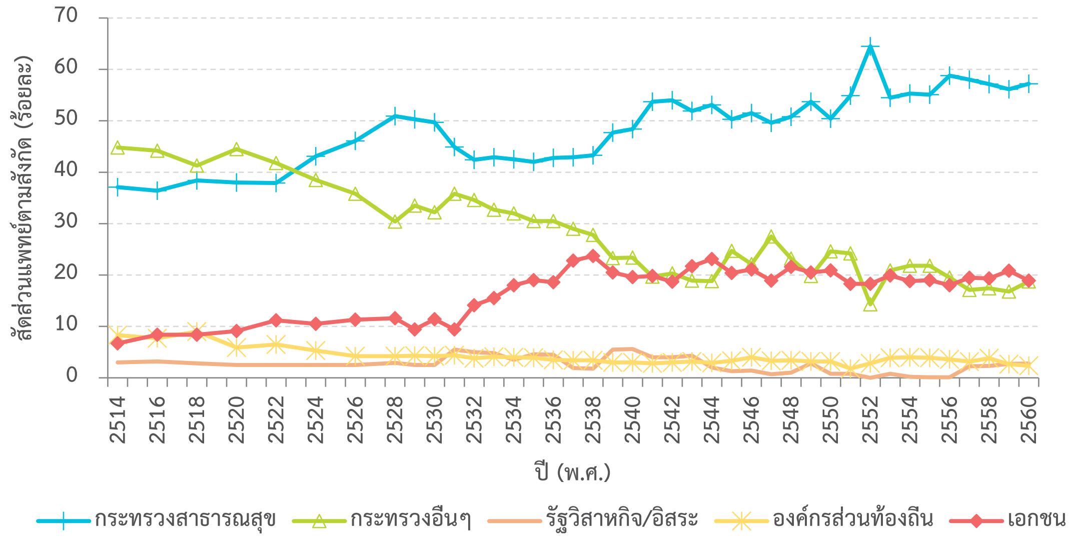
ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

5.8.2 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามสังกัด

ประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญในการติดตามสถานการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ก็คือสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด ซึ่งสะท้อนการเจริญเติบโตของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น ในการขยายสถานบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ทั่วทั้งประเทศ ทำให้กำลังคนด้านสุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีสัดส่วนสูงที่สุด

สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.1 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 57.2 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆนั้น ลดลงจากร้อยละ 44.8 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 18.7 และสัดส่วนของแพทย์โรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 18.9 ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา (ภาพที่ 5.18 และ ตารางที่ 5.7)

ภาพที่ 5.18 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

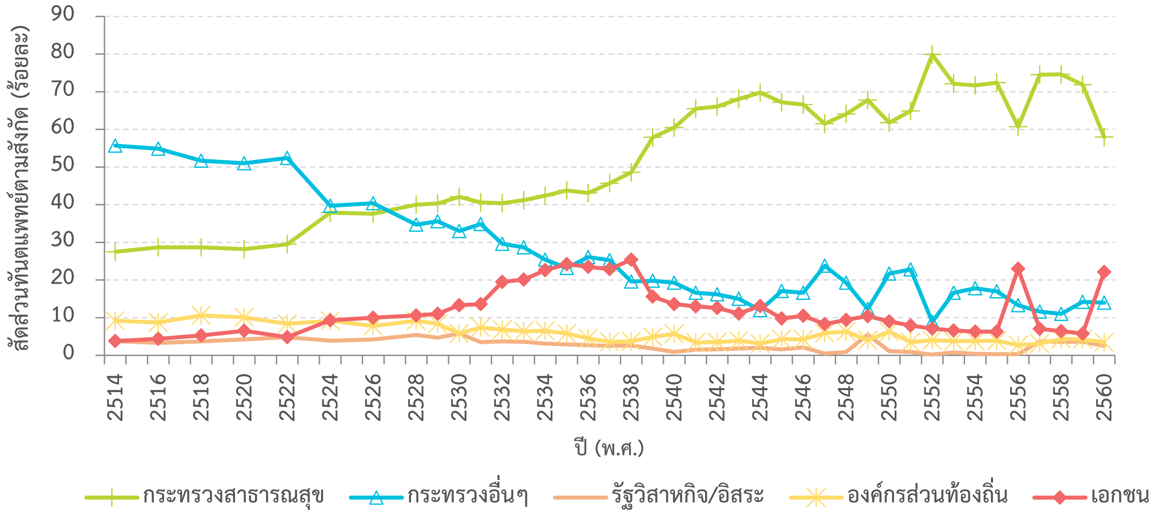
ตารางที่ 5.7 จำนวนแพทย์และสัดส่วนแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2557-2560

ปี	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานอิสระ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
พ.ศ.	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2557	17,727	58.0	5,230	17.1	690	2.3	964	3.2	5,954	19.5
2558	18,258	57.1	5,565	17.4	741	2.3	1,215	3.8	6,180	19.3
2559	17,673	56.1	5,283	16.8	853	2.7	837	2.7	6,565	20.9
2560	20,244	57.2	6,635	18.7	990	2.8	833	2.4	6,686	18.9

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.5 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 58 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆนั้น ลดลงจากร้อยละ 55.7 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 14 และสัดส่วนของทันตแพทย์โรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.19)

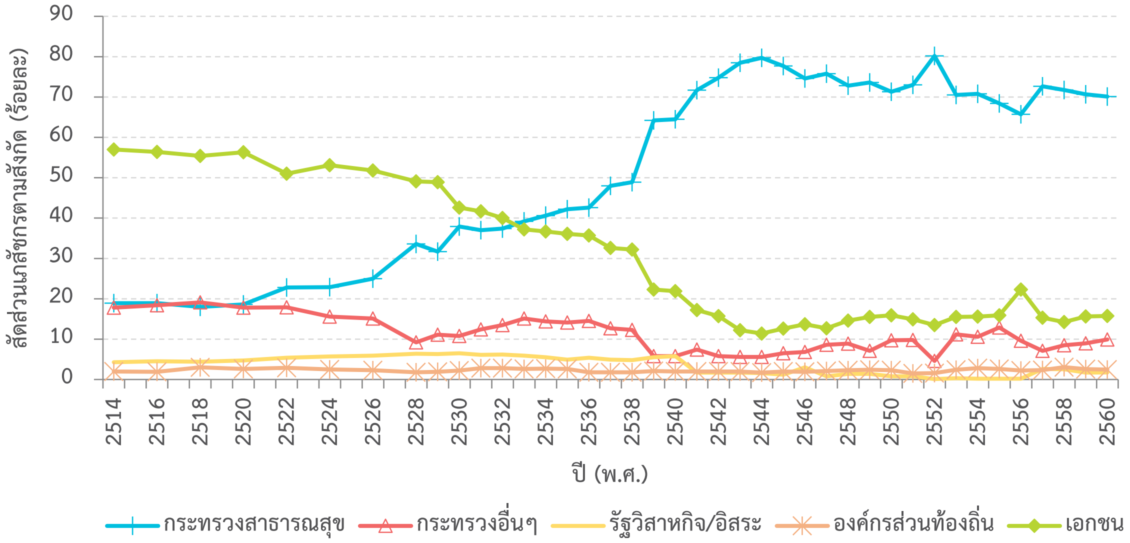
ภาพที่ 5.19 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนทันตแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

สัดส่วนของเภสัชกรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.9 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนของเภสัชกรสังกัดกระทรวงอื่นๆ นั้น ลดลงจากร้อยละ 17.8 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 9.9 และสัดส่วนของเภสัชกรโรงพยาบาลเอกชน ลดลงจากร้อยละ 57 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 15.7 ในปี พ.ศ. 2560 โดยมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 (ภาพที่ 5.20)

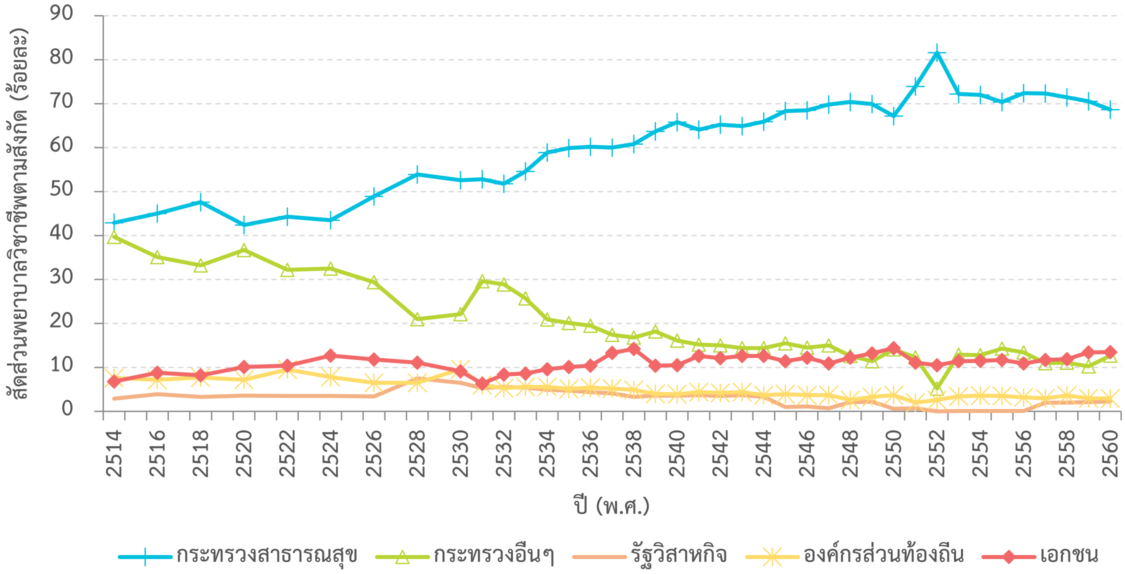
ภาพที่ 5.20 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนเภสัชกรจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.9 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 68.6 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงอื่นๆ นั้น ลดลงจากร้อยละ 39.7 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 12.7 และสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 13.5 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.21)

ภาพที่ 5.21 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514-2560



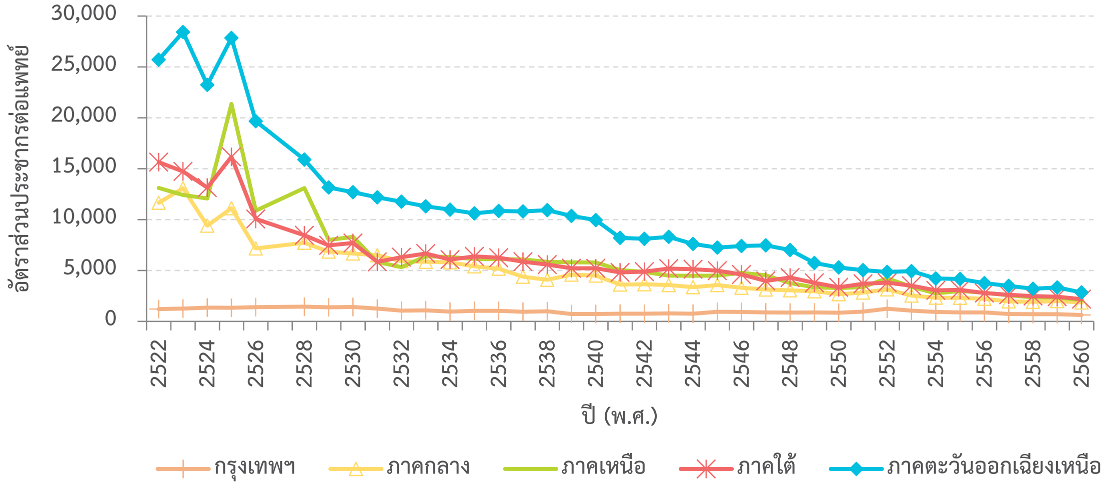
ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

5.8.3 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภาค

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ระหว่างภูมิภาค ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ มีดังนี้

อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ในปี พ.ศ. 2560 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 630:1 ภาคกลาง เท่ากับ 1,856:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 2,089:1 ภาคใต้ เท่ากับ 2,191:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 2,846:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 21.3 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 4.5 เท่า ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.22 และตารางที่ 5.8)

ภาพที่ 5.22 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

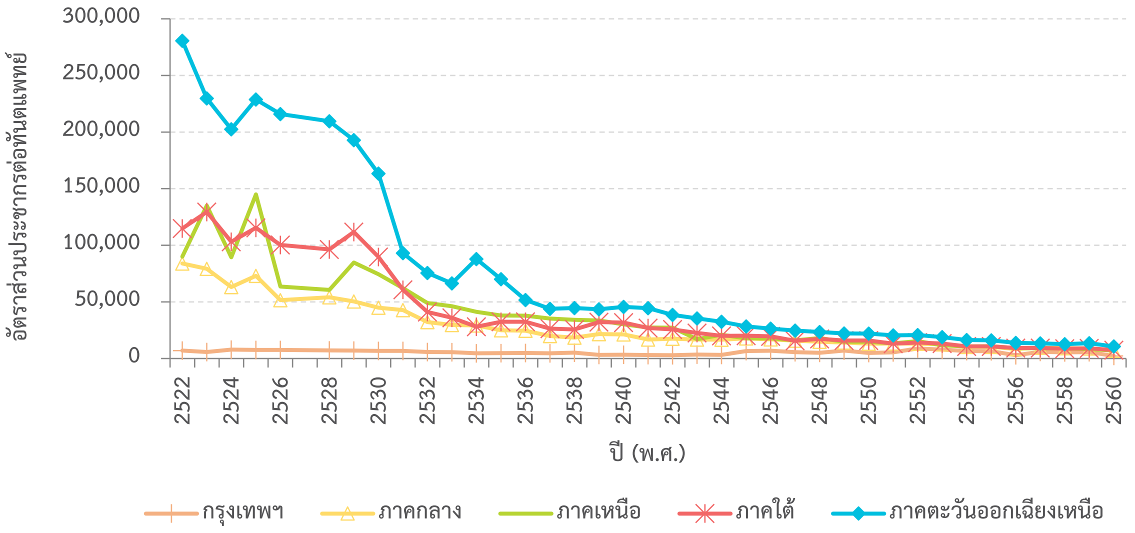
ตารางที่ 5.8 จำนวนแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

ปี	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
พ.ศ.	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน
2557	7,885	722	8,191	1,968	4,740	2,565	3,501	2,619	6,248	3,491
2558	7,886	716	8,434	1,921	5,114	2,364	3,708	2,488	6,817	3,207
2559	7,889	710	8,157	1,993	5,065	2,369	3,815	2,428	6,558	3,338
2560	8,865	630	8,822	1,856	5,746	2,089	4,252	2,191	7,703	2,846

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ในปี พ.ศ. 2560 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 2,340:1 ภาคกลาง เท่ากับ 6,884:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 7,126:1 ภาคใต้ เท่ากับ 7,470:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 10,628:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 40.2 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 4.5 เท่า ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.23 และตารางที่ 5.9)

ภาพที่ 5.23 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

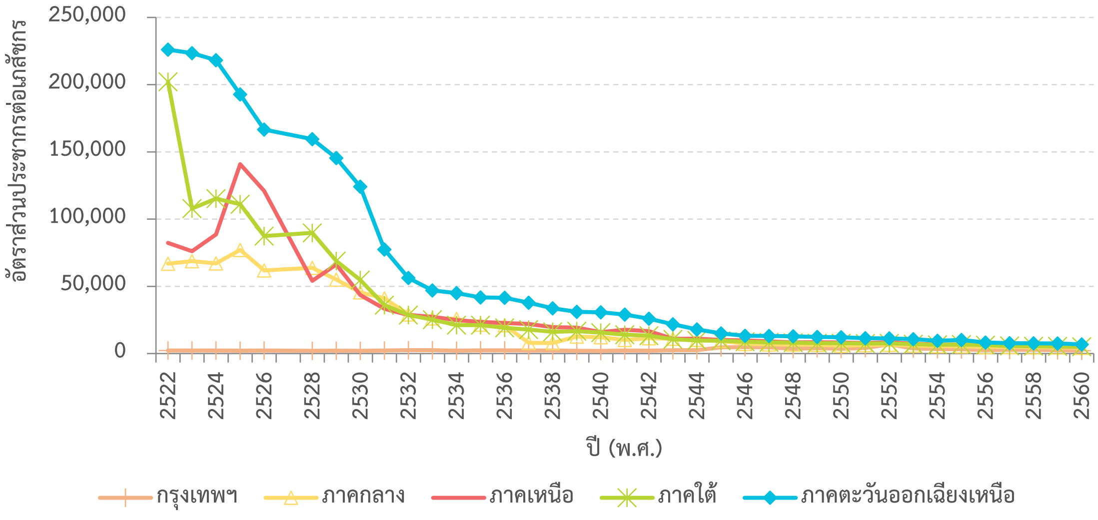
ตารางที่ 5.9 จำนวนทันตแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

ปี	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
พ.ศ.	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน
2557	955	5,957	1,685	9,565	1,320	9,210	987	9,291	1,630	13,381
2558	1,035	5,458	1,771	9,148	1,373	8,806	1,057	8,728	1,717	12,732
2559	988	5,667	1,829	8,890	1,436	8,356	1,029	9,004	1,616	13,547
2560	2,387	2,340	2,379	6,884	1,684	7,126	1,247	7,470	2,063	10,628

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ในปี พ.ศ. 2560 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 2,196:1 ภาคกลาง เท่ากับ 4,321:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 5,044:1 ภาคใต้ เท่ากับ 5,155:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 6,835:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 98.1 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 3.1 เท่า ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.24 และ ตารางที่ 5.10)

ภาพที่ 5.24 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกรรายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

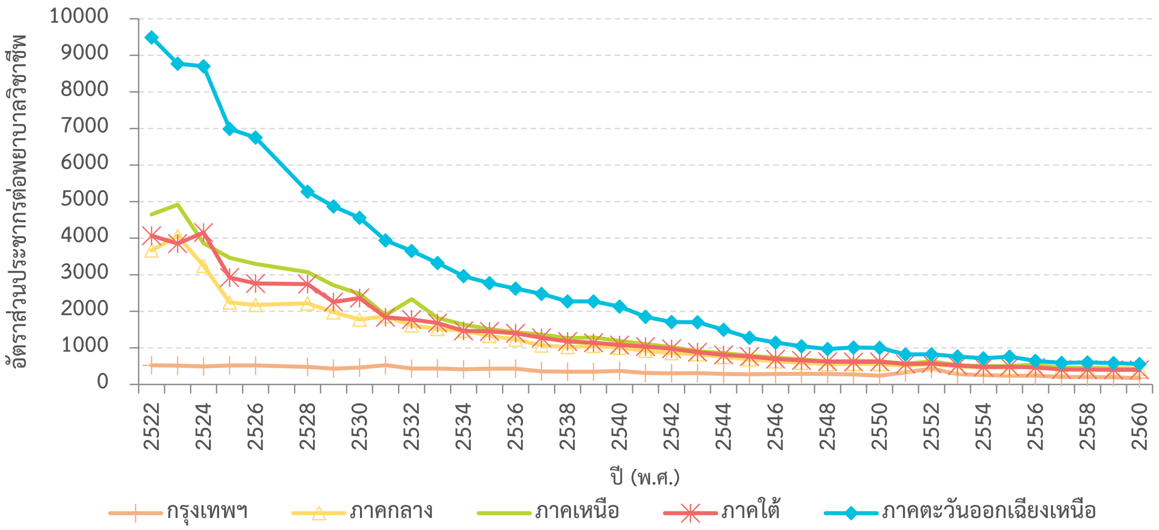
ตารางที่ 5.10 จำนวนเภสัชกรและอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

ปี	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
พ.ศ.	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน
2557	2,076	2,740	3,293	4,894	2,092	5,811	1,605	5,713	2,826	7,718
2558	2,040	2,769	3,495	4,636	2,148	5,629	1,671	5,521	2,877	7,599
2559	2,242	2,497	3,542	4,591	2,230	5,381	1,720	5,386	2,921	7,494
2560	2,544	2,196	3,790	4,321	2,379	5,044	1,807	5,155	3,208	6,835

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ในปี พ.ศ. 2560 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 172:1 ภาคกลางเท่ากับ 436:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 424:1 ภาคใต้ เท่ากับ 399:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 559:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 18.2 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 3.2 เท่า ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 5.25 และ ตารางที่ 5.11)

ภาพที่ 5.25 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพรายภาค พ.ศ. 2522-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

ตารางที่ 5.11 จำนวนพยาบาลวิชาชีพและอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2557-2560

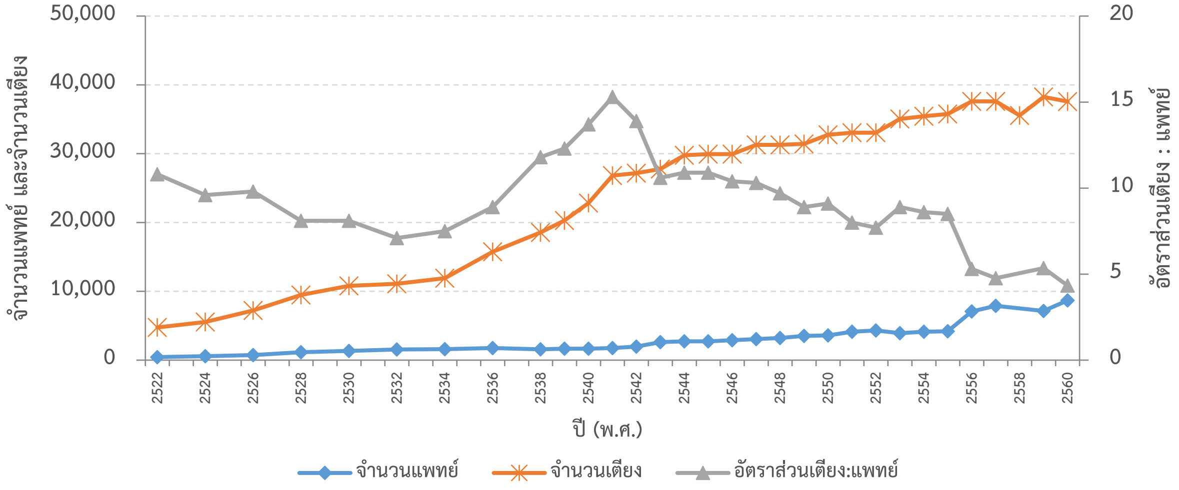
ปี	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
พ.ศ.	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน	จำนวน	ประชากร/คน
2557	28,088	203	35,559	453	27,105	449	22,316	411	37,017	589
2558	27,558	205	35,941	451	26,701	453	22,711	406	36,272	603
2559	28,905	194	36,615	444	27,562	435	23,138	400	37,316	587
2560	32,497	172	37,528	436	28,305	424	23,356	399	39,246	559

ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

5.8.4 แพทย์โรงพยาบาลชุมชน

สำหรับในกรณีของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกันกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนเตียง โดยจำนวนแพทย์โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 441 คน ในปี พ.ศ. 2522 เป็น 8,672 คน ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่จำนวนเตียงโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 4,750 เตียง ในปี พ.ศ. 2522 เป็น 37,582 เตียง ในปี พ.ศ. 2560 โดยอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ลดลงจาก 10.8 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 4.3 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ในปี พ.ศ. 2560 ทั้งนี้จำนวนเตียงโรงพยาบาลชุมชนมีการเพิ่มขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ในระหว่างปี พ.ศ. 2536-2541 ซึ่งเป็นช่วงก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นในช่วงเวลานั้น แล้วหลังจากนั้นการเพิ่มขึ้นของเตียงโรงพยาบาลชุมชนก็เริ่มชลอตัว เมื่อเทียบกับการเพิ่มขึ้นของแพทย์ ทำให้อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ลดลงมา (ภาพที่ 5.26)

ภาพที่ 5.26 แนวโน้มจำนวนแพทย์ จำนวนเตียง และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2522-2560

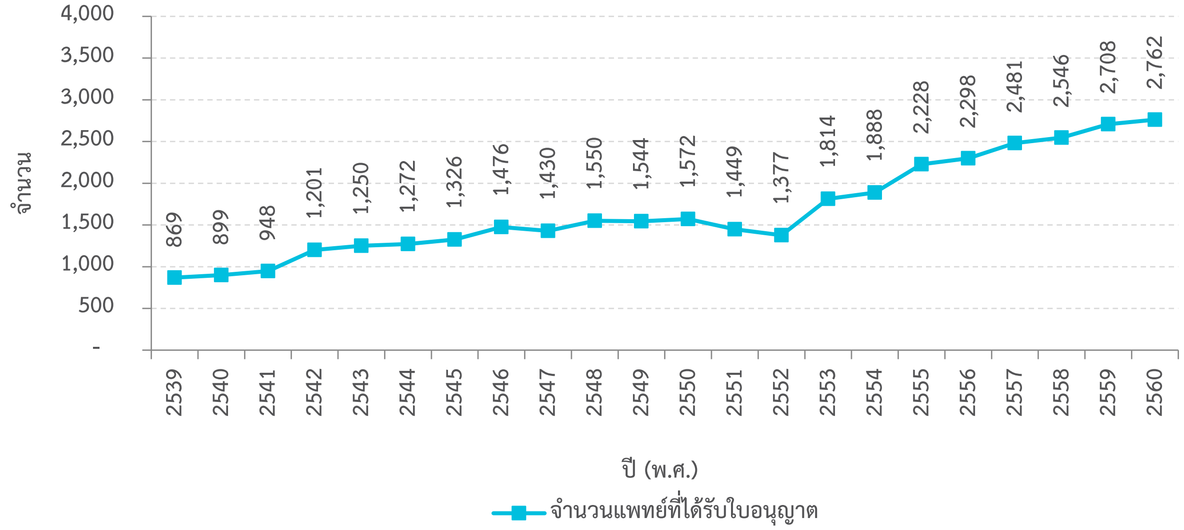


ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

5.8.5 การผลิตแพทย์และการศึกษาเฉพาะทาง

จำนวนแพทย์จบใหม่ที่ได้รับใบอนุญาตระหว่างปี พ.ศ. 2539-2560 แสดงดังภาพที่ 5.27 โดยแพทย์จบใหม่ที่ได้รับใบอนุญาต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มจาก 869 คนต่อปี ในปี พ.ศ. 2539 เป็น 2,762 คนต่อปี ในปี พ.ศ. 2560 โดยการเพิ่มขึ้นของแพทย์จบใหม่เกิดจากนโยบายการผลิตแพทย์เพิ่มเป็นปัจจัยสำคัญ โดยมีสถาบันการศึกษาที่ร่วมผลิตแพทย์ จำนวน 23 สถาบัน และมีจำนวนหนึ่งจบการศึกษาจากต่างประเทศ

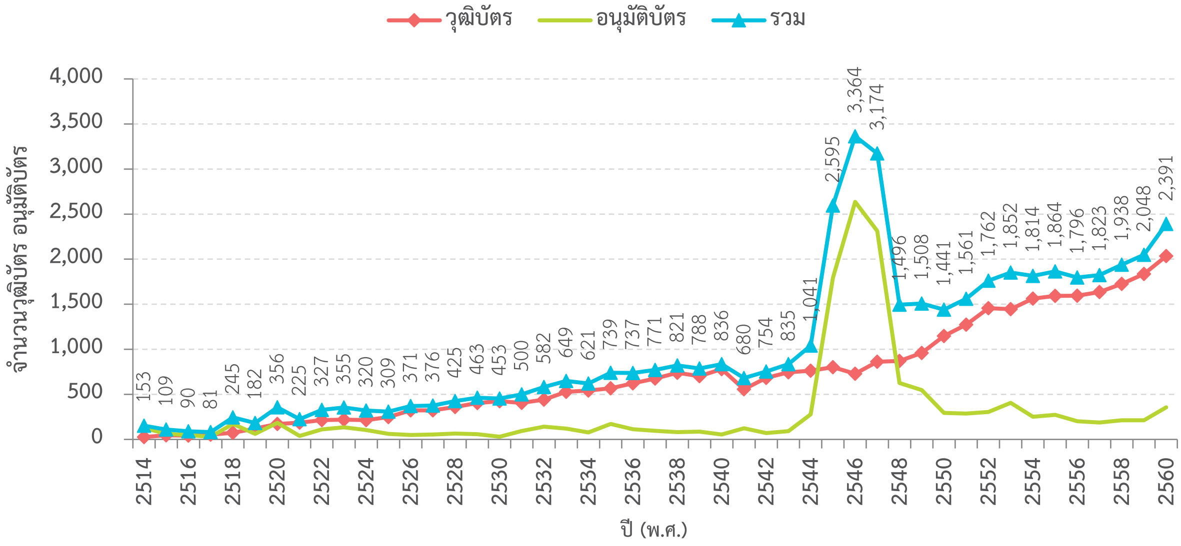
ภาพที่ 5.27 แนวโน้มจำนวนแพทย์จบใหม่ที่ได้รับใบอนุญาต พ.ศ. 2539-2560



ที่มา: จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข

สำหรับแนวโน้มการศึกษาต่อเพื่อความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง พบว่าจำนวนแพทย์ที่จบการศึกษาแพทย์เฉพาะทางในแต่ละปี มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยจำนวนที่ได้วุฒิบัตร และอนุมัติบัตร เพิ่มจาก 153 ใบ ในปี พ.ศ. 2514 เป็น 2,391 ใบ ในปี พ.ศ. 2560 โดยในปี พ.ศ. 2545-2547 มีจำนวนอนุมัติบัตรที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก จากการสอบอนุมัติบัตรสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในช่วงเวลานั้น (ภาพที่ 5.28)

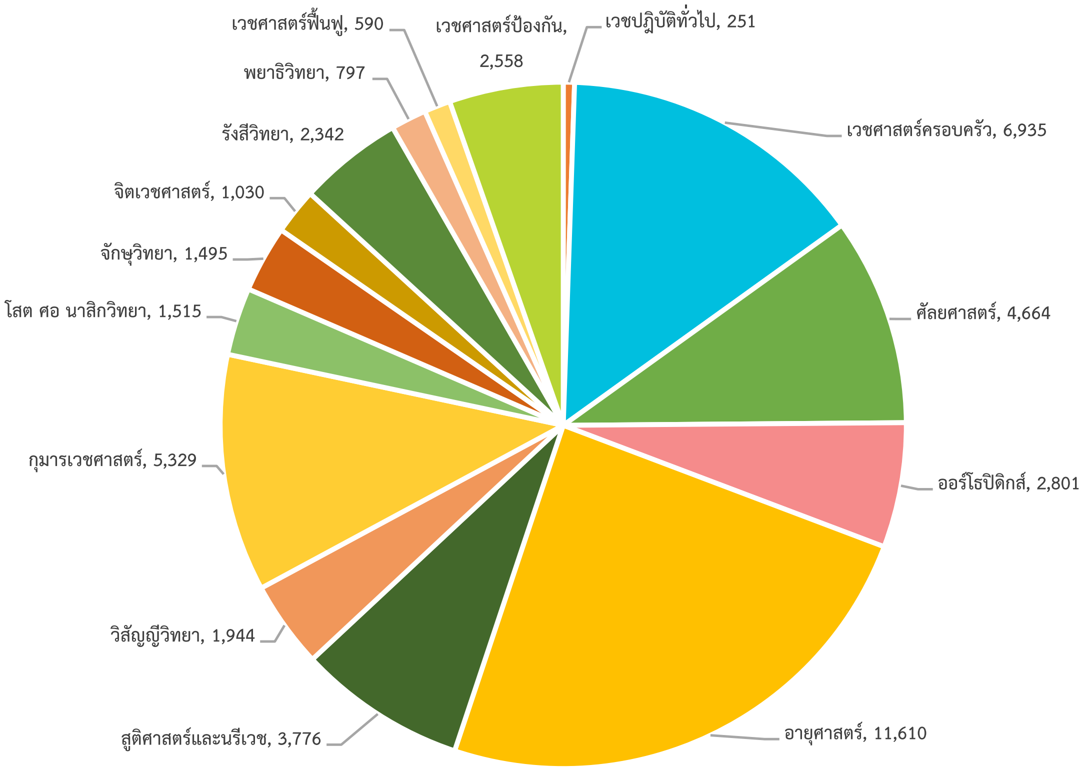
ภาพที่ 5.28 แนวโน้มจำนวนวุฒิบัตรและอนุมัติบัตรของแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514-2560



ที่มา: แพทยสภา

โดยใบวุฒิบัตรและอนุมัติบัตรสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507-2560 ที่มากที่สุดคือ สาขาอายุรศาสตร์ (11,610 ใบ) รองลงมาคือสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (6,936 ใบ) และสาขากุมารเวชศาสตร์ (5,329 ใบ) ตามลำดับ (ภาพที่ 5.29)

ภาพที่ 5.29 จำนวนใบวุฒิบัตรและอนุมัติบัตร จำแนกตามสาขาแพทย์เฉพาะทาง รวมตั้งแต่ พ.ศ. 2507-2560



ที่มา: แพทยสภา

5.9 ยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

5.9.1 การผลิตและการนำเข้ายา

การผลิตยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ในปี พ.ศ. 2558 มีมูลค่าอยู่ที่ 55,027 ล้านบาท ในขณะที่การนำเข้ายาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ในปี พ.ศ. 2558 มีมูลค่าอยู่ที่ 98,383 ล้านบาท แสดงให้เห็นว่าการนำเข้ายามีมูลค่าสูงกว่าการผลิตยาถึงเกือบเท่าตัว โดยยาบางกลุ่มไม่มีการผลิต ได้แก่ ยารักษามะเร็ง (Antineoplastics) และสารเคมีสำหรับการวินิจฉัยโรค (Diagnostic agents) และมียาบางกลุ่มที่มีการนำเข้ามากกว่าการผลิตอย่างชัดเจน เช่น ยาสำหรับระบบโลหิต และยาสำหรับระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์รวมทั้งฮอร์โมนเพศ เป็นต้น (ตารางที่ 5.12)

ตารางที่ 5.12 มูลค่าการนำเข้ายา และการผลิตยาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ จำแนกตามกลุ่มยา พ.ศ 2557-2558

ลำดับ	กลุ่มยา	มูลค่านำเข้ายา (ล้านบาท)		มูลค่าผลิตยา (ล้านบาท)	
		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2557	ปี 2558
1	Alimentary Tract And Metabolism	8,892.440	10,559.024	12,390.565	10,355.394
2	Blood And Blood Forming Organs	12,072.144	12,015.520	3,471.304	3,336.578
3	Cardiovascular System	7,034.124	6,304.481	6,051.611	5,677.480
4	Dermatologicals	2,779.208	3,065.525	4,351.149	2,954.844
5	Genito-Urinary System And Sex Hormone	6,827.762	6,398.130	1,380.821	1,293.698
6	Systemic Hormonal Preparations	964.298	801.768	504.427	431.175
7	General Anti-Infective-Systemic	13,890.045	12,870.619	9,789.831	9,361.558
8	Hospital Solutions	3,220.050	5,377.486	3,371.984	3,599.081
9	Antineoplastics	14,029.517	17,766.990	0.000	0.000
10	Musculo_Skeletal System	4,308.776	3,958.555	5,259.299	5,662.486
11	Central Nervous System	8,751.940	8,324.391	5,779.555	5,775.786
12	Parasitology	90.331	61.248	484.582	577.851
13	Respiratory System	4,996.499	5,130.385	5,903.316	5,144.248
14	Sensory Organs	4,491.829	3,818.163	765.002	767.332
15	Diagnostic Agents	1,775.459	1,036.034	0.000	0.000
16	Various	888.237	895.520	78.060	89.703
	Total	95,012.660	98,383.840	59,581.506	55,027.214

ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

5.9.2 คุณภาพยา

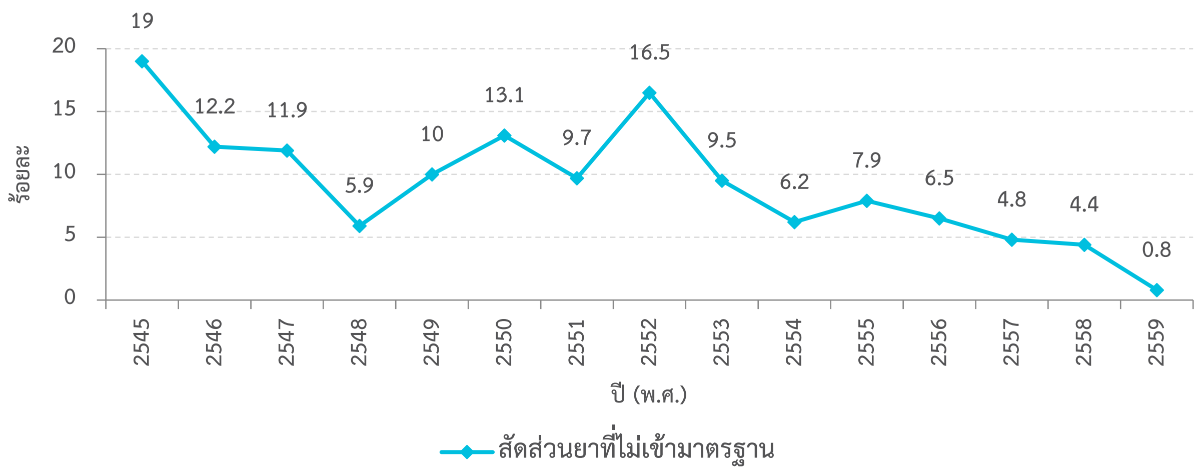
ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2559 มีโรงพยาบาลภาครัฐสมัครใจส่งตัวอย่างยาตรวจวิเคราะห์ในโครงการประกันคุณภาพยาทั้งสิ้น 428 แห่ง จำนวนรายการยาแผนปัจจุบันที่ตรวจวิเคราะห์รวมทั้งสิ้น 572 รายการหรือ 16,212 ตัวอย่าง ในจำนวนนี้ตรวจพบตัวอย่างที่ไม่เข้ามาตรฐาน 1,505 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 9.3 โดยสัดส่วนตัวอย่างที่ไม่เข้ามาตรฐานลดลงจากร้อยละ 19.0 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 0.8 ในปี พ.ศ. 2559 (ตารางที่ 5.14 และภาพที่ 5.30)

ตารางที่ 5.14 จำนวนรายการยา ทะเบียนยา และตัวอย่างยาที่ตรวจ และตัวอย่างยาที่ไม่เข้ามาตรฐาน ปี 2555-2559

ปีงบประมาณ	จำนวนรายการยาที่ตรวจ	จำนวนทะเบียนยาที่ตรวจ	จำนวนตัวอย่างยาที่ตรวจ	จำนวนตัวอย่างที่ไม่เข้ามาตรฐาน	ร้อยละตัวอย่างที่ไม่เข้ามาตรฐาน
2555	32	504	1,155	91	7.9
2556	42	245	540	35	6.5
2557	36	172	420	20	4.8
2558	47	278	772	34	4.4
2559	42	429	1,290	11	0.8

ที่มา: จันทนา พัฒนาเภสัช และคณะ, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2561

ภาพที่ 5.30 สัดส่วนตัวอย่างยาที่ไม่เข้ามาตรฐาน ปี 2545-2559



ที่มา: จันทนา พัฒนาเภสัช และคณะ, วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2561

5.9.3 เทคโนโลยีการแพทย์

เครื่องมือแพทย์ราคาแพง มีการใช้งานในหน่วยบริการสุขภาพ ของแต่ละเขตพื้นที่สุขภาพ ในปี 2560 แสดงดังตารางที่ 5.15

ตารางที่ 5.15 จำนวนเครื่องมือแพทย์ราคาแพง จำแนกตามเขตพื้นที่สุขภาพ ปี 2560

พื้นที่	เครื่อง CT scanner	เครื่อง MRI	เครื่องสลายนิ่ว	เครื่องแกมม่าไนฟ์	เครื่องอัลตราซาวด์	เครื่องล้างไต
เขต 1 เชียงใหม่	46	8	21	0	396	777
เขต 2 พิษณุโลก	27	6	10	0	221	297
เขต 3 นครสวรรค์	16	2	8	1	183	173
เขต 4 สระบุรี	42	8	23	0	339	627
เขต 5 ราชบุรี	47	7	17	4	354	618
เขต 6 ชลบุรี	68	15	25	10	491	601
เขต 7 ขอนแก่น	19	6	14	3	339	438
เขต 8 อุดรธานี	33	11	9	0	327	397
เขต 9 นครราชสีมา	26	7	7	1	439	376
เขต 10 อุบลราชธานี	20	6	13	2	216	341
เขต 11 สราษฎร์ธานี	37	7	11	2	246	308
เขต 12 สงขลา	27	10	12	1	284	330
เขต 13 กรุงเทพฯ	139	59	63	10	1,006	1,980
รวมทั้งประเทศ	547	152	233	34	4,841	7,263

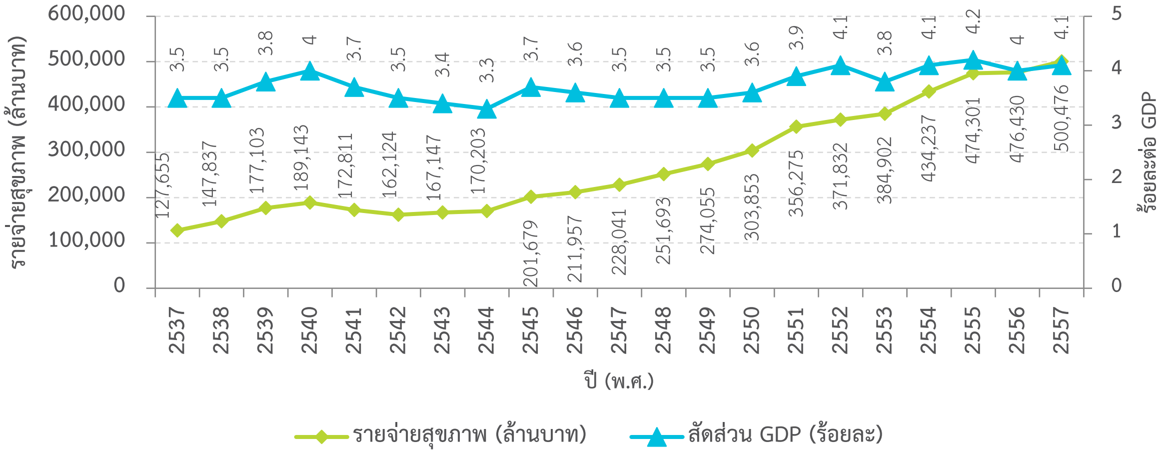
ที่มา: รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2560

5.10 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

5.10.1 รายจ่ายสุขภาพระดับประเทศ

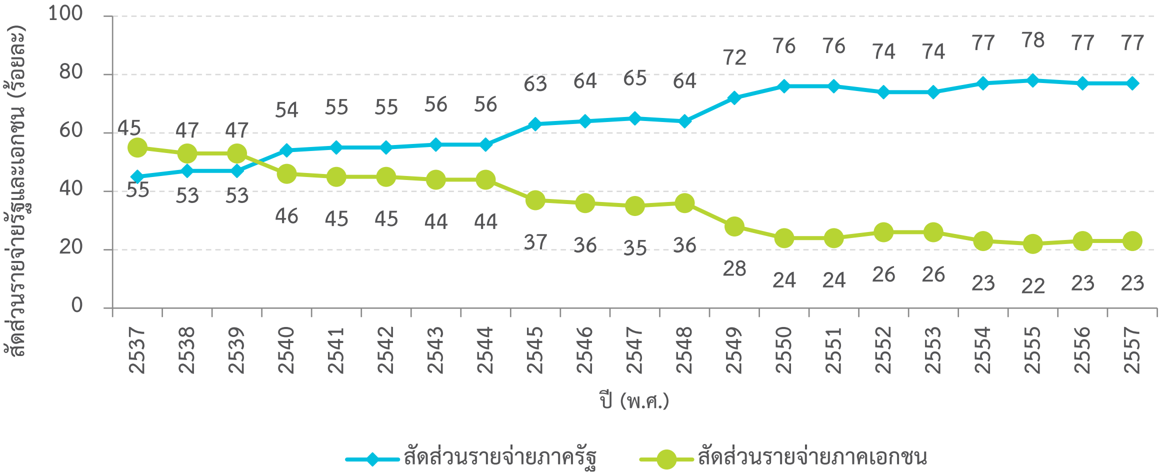
แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 127,655 ล้านบาท (2,160 บาทต่อคน) ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 500,476 ล้านบาท (7,966 บาทต่อคน) ในปี พ.ศ. 2557 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า โดยร้อยละของรายจ่ายสุขภาพ เมื่อเทียบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2537 แล้วเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เป็นร้อยละ 4.1 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2557 ทั้งนี้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่เป็นภาครัฐเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 77.0 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่เป็นภาคเอกชน ลดลงจากร้อยละ 55.0 ในปี พ.ศ. 2537 เหลือร้อยละ 23.0 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ที่ทำให้ภาครัฐมีบทบาทต่อรายจ่ายสุขภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 5.31-5.33)

ภาพที่ 5.31 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพ และร้อยละของรายจ่ยสุขภาพต่อ GDP พ.ศ. 2537-2557



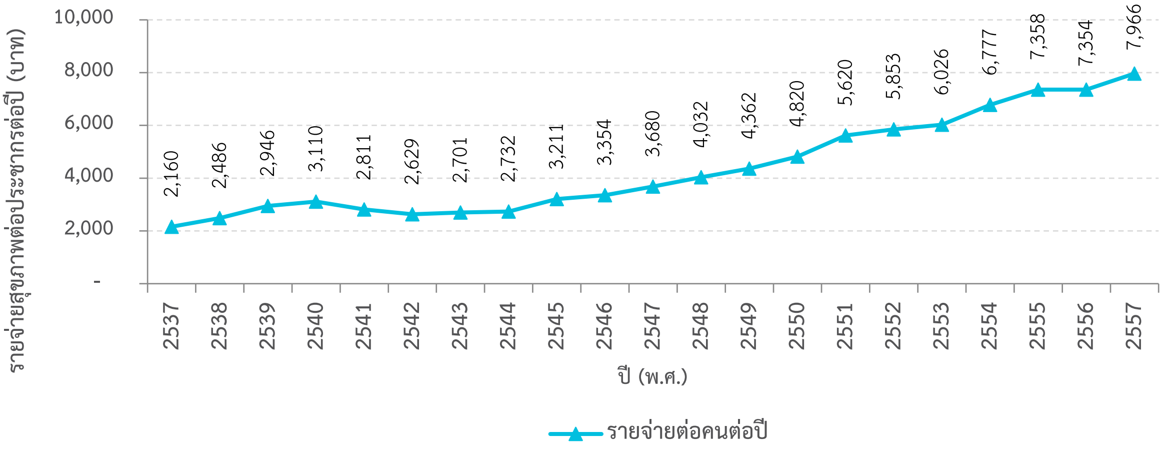
ที่มา: จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ภาพที่ 5.32 แนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและเอกชน พ.ศ. 2537-2557



ที่มา: จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ภาพที่ 5.33 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี พ.ศ. 2537-2557

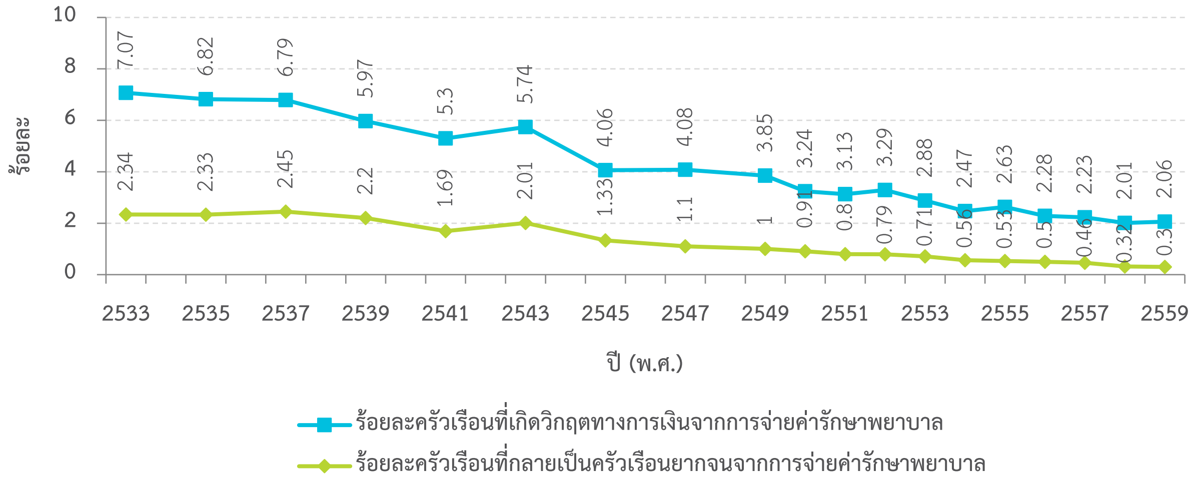


ที่มา: จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

5.10.2 การปกป้องภาระทางการเงินของครัวเรือน

จากการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ อันเนื่องมาจากการสนับสนุนของรัฐ รวมทั้งจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับการชดเชยค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพที่เกิดขึ้น ทำให้ภาระรายจ่ายของครัวเรือนมีแนวโน้มที่ลดลง ดังภาพที่ 5.34 แสดงให้เห็นว่าร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล และร้อยละครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือร้อยละ 2.06 และร้อยละ 0.3 ในปี พ.ศ. 2559 ตามลำดับ

ภาพที่ 5.34 ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี 2533-2559

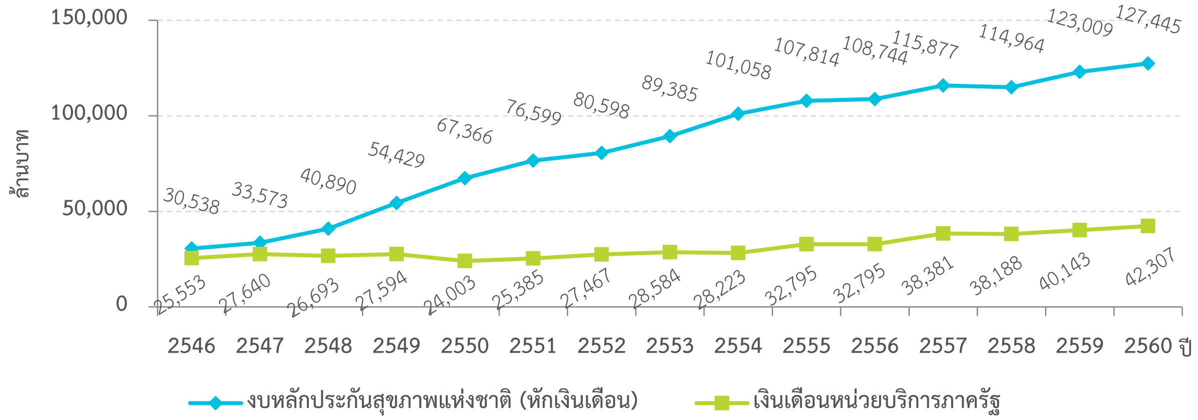


ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2533-2559, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

5.10.3 รายจ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ

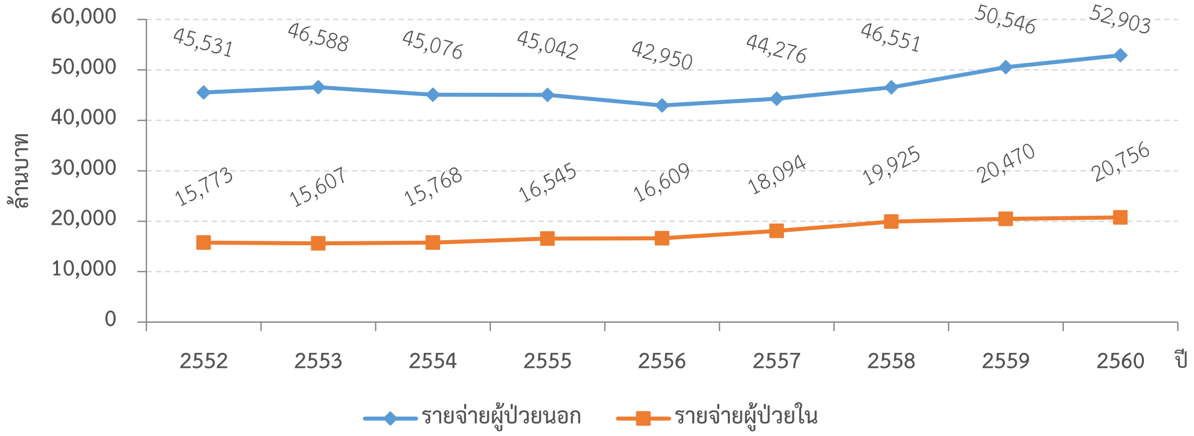
รายจ่ายหรืองบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อคุ้มครองและเป็นหลักประกันให้กับประชากรทุกกลุ่ม ทั้งประชาชนทั่วไป ผู้ประกันตนและข้าราชการรวมทั้งครอบครัว โดยล่าสุดในปี 2558 มีการเพิ่มสิทธิรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ จำนวนประมาณ 500,000 คน บริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวผ่านบัตรประกันสุขภาพในอัตรา 500 บาท ถึง 3,200 บาท ตามเงื่อนไข ทั้งนี้แนวโน้มของรายจ่ายแต่ละระบบแสดงดัง ภาพที่ 5.35-5.36 และตารางที่ 5.26

ภาพที่ 5.35 งบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกเงินเดือนของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ ปี 2546-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

ภาพที่ 5.36 รายจ่ายบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ปี 2552-2560



ที่มา: กรมบัญชีกลาง

ตารางที่ 5.16 งบประมาณบริการสุขภาพ สิทธิประกันสังคม และกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ ปี 2558-2560

หลักประกันสุขภาพ	งบ ปี 2558 (ล้านบาท)	งบ ปี 2558 (ล้านบาท)	งบ ปี 2558 (ล้านบาท)
ประกันสังคม	33,157.54	35,235.86	36,472.40
กองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	973.35	1,279.15	1,319.62

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม และกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

5.11 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ มีส่วนสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีทิศทางและเป้าหมาย ช่วยชี้ส่วนขาดในระบบสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ปัญหาในระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านกำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลังสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพ เป็นต้น โดยระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลักๆ ดังนี้

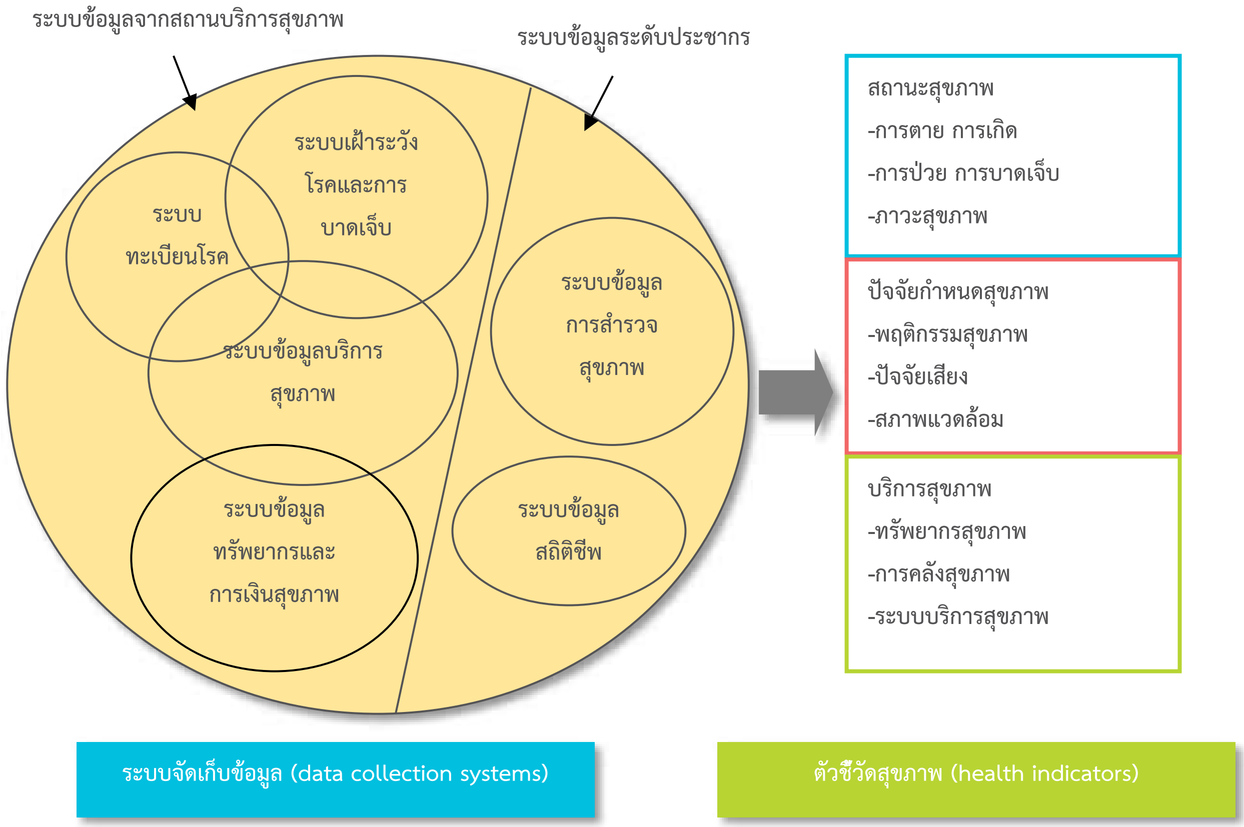
1) ระบบข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพหรือจากหน่วยงานสุขภาพ (Facility-based health information)

เป็นระบบข้อมูลที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพ โดยหน่วยบริการสุขภาพบันทึกข้อมูลการให้บริการของผู้มารับบริการหรือบันทึกข้อมูลประชาชนในเขตรับผิดชอบหรือเป็นระบบเฝ้าระวังโรคหรือทะเบียนผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ดึงมาจากข้อมูลบริการหรือเป็นข้อมูลในระบบบริหารจัดการของหน่วยงานสุขภาพ

2) ระบบข้อมูลระดับประชากร (Population-based health information)

เป็นระบบข้อมูลที่รวบรวมโดยยึดประชาชนในพื้นที่เป็นฐานของการรวบรวมข้อมูล โดยอาจจะเป็นระบบทะเบียนระดับประชากร เช่น ทะเบียนเกิด-ตาย หรือเป็นการสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่างจากประชาชนในพื้นที่

ภาพที่ 5.37 แสดงระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดสุขภาพ



ภาพที่ 5.37 แสดงถึงระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยระบบข้อมูลจากสถานบริการ และระบบข้อมูลระดับประชากร โดยมีระบบย่อยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญทั้ง 2 กลุ่ม และความเชื่อมโยงกับการใช้ข้อมูลในรูปแบบของตัวชี้วัดสุขภาพ ใน 3 หมวด ได้แก่ สถานะสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยความเชื่อมโยงระหว่างแต่ละระบบข้อมูลย่อย กับประเด็นของข้อมูลตามตัวชี้วัดทั้ง 3 หมวด รวมทั้งข้อจำกัดของระบบข้อมูลแต่ละระบบ แสดงดังตารางที่ 5.27

ตารางที่ 5.17 ระบบข้อมูลสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับประเด็นข้อมูลสุขภาพและข้อจำกัด

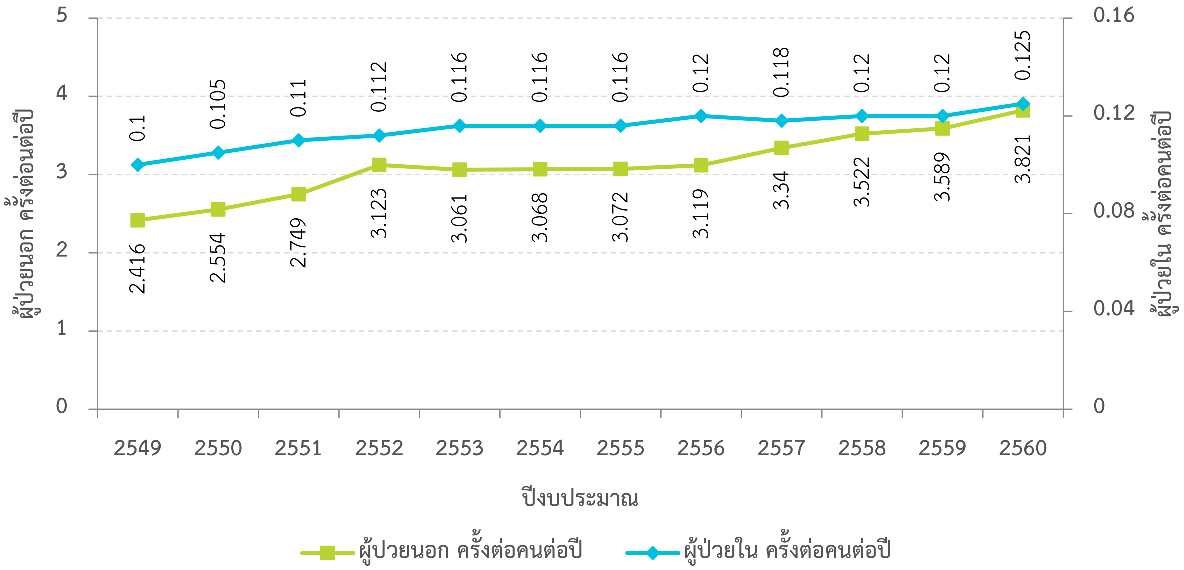
ระบบข้อมูลสุขภาพ	ประเด็นข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง			ข้อจำกัด
	สถานะสุขภาพ	ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	บริการสุขภาพ	
ระบบข้อมูลสถิติชีพ (เกิด-ตาย)	- การเกิด - การตาย - การเจริญพันธุ์			- คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
ระบบข้อมูลการสำรวจสุขภาพ	- การป่วย - ภาวะสุขภาพ - ความพิการ - การตาย	- พฤติกรรมสุขภาพ - ปัจจัยเสี่ยง - สังคม - สิ่งแวดล้อม	- การเข้าถึงบริการ	- ความซ้ำซ้อนของการสำรวจ - ความต่อเนื่องและข้อจำกัดงบประมาณ - ระดับของข้อมูล
ระบบข้อมูลบริการสุขภาพ	- การป่วยและการตายจากโรคและการบาดเจ็บ - ภาวะสุขภาพ - ความพิการ	-ปัจจัยเสี่ยง	- การเข้าถึงบริการ - ประสิทธิภาพบริการ - คุณภาพบริการ	- คุณภาพของข้อมูล - ความครอบคลุมของข้อมูลภาคเอกชน
ระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพและการเงินการคลังสุขภาพ			- กำลังคนด้านสุขภาพ - ยาและเทคโนโลยี - สถานบริการสุขภาพ - รายจ่ายสุขภาพ	- คุณภาพของข้อมูล - ความครอบคลุมของข้อมูลภาคเอกชน
ระบบเฝ้าระวังโรคและการบาดเจ็บ	- การป่วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ - การบาดเจ็บ - การตายจากโรคและการบาดเจ็บ	- พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ)	- การเข้าถึงบริการ - คุณภาพบริการ	- ความเป็นตัวแทนกรณีทำบางพื้นที่ - ความครอบคลุมของข้อมูลภาคเอกชน
ระบบทะเบียนโรค	- การป่วยโรคเรื้อรัง - การตายจากโรคเรื้อรัง		- การเข้าถึงบริการ - คุณภาพบริการ	- ความครบถ้วนของข้อมูล (ระยะของโรค) - การติดตามผลลัพธ์ของการรักษา

5.12 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.12.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวม

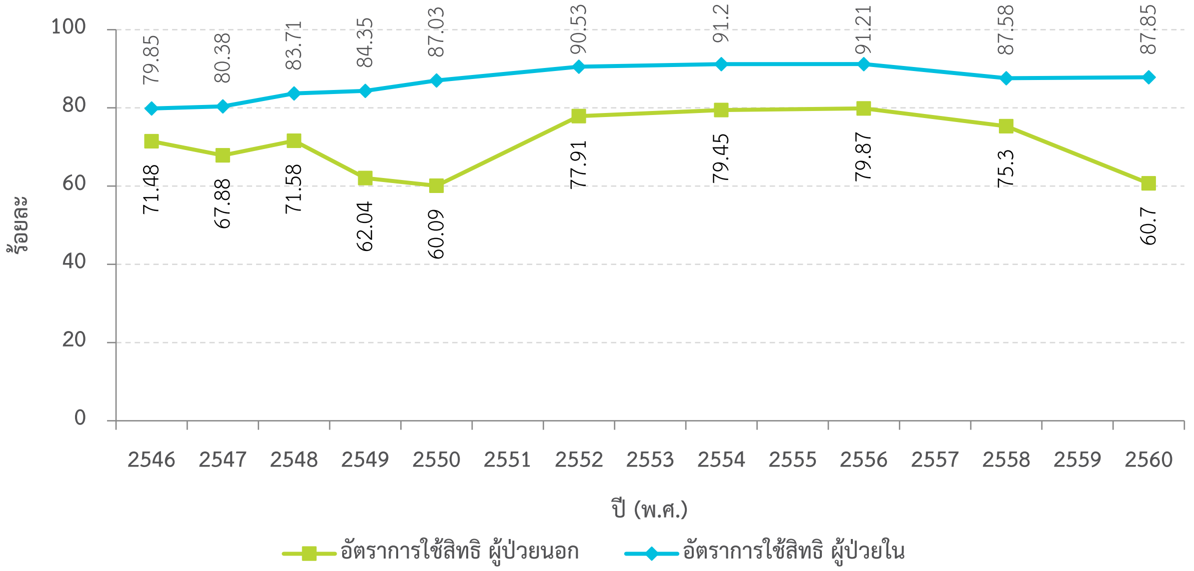
การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการขยายสถานบริการสุขภาพ และมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองประชาชนทางด้านการเงิน โดยแนวโน้มของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อประชากรต่อปี สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 5.38) แต่อย่างไรก็ดี อัตราการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพกรณีผู้ป่วยนอก อยู่ที่ร้อยละ 60-80 ตลอดระยะเวลา 14 ปีที่ผ่านมา (ภาพที่ 5.39)

ภาพที่ 5.38 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อประชากรต่อปี สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

ภาพที่ 5.39 อัตราการใช้สิทธิ กรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546-2560

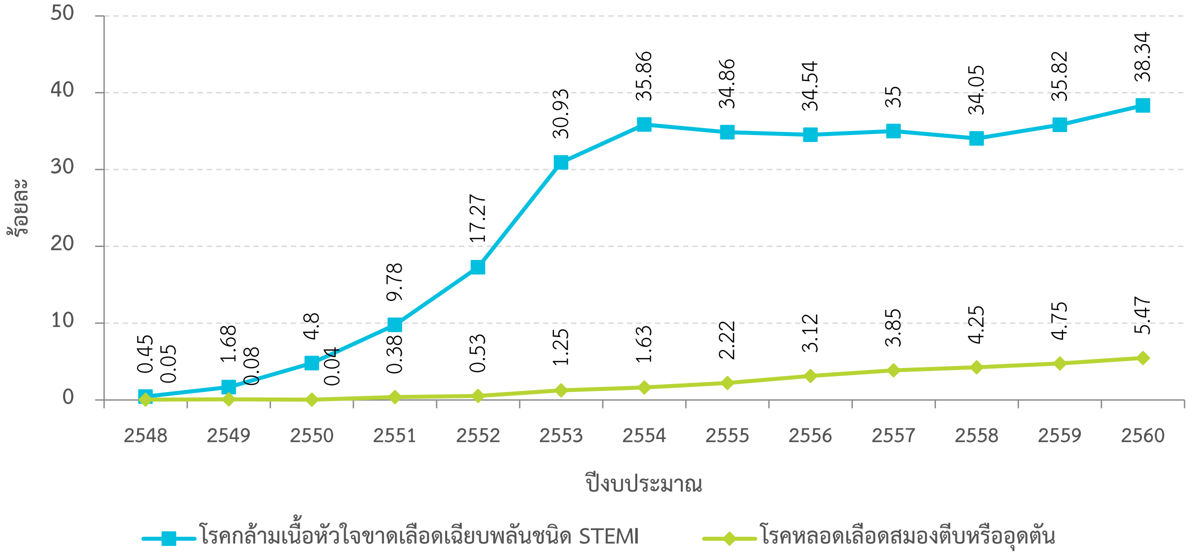


ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

5.12.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะ

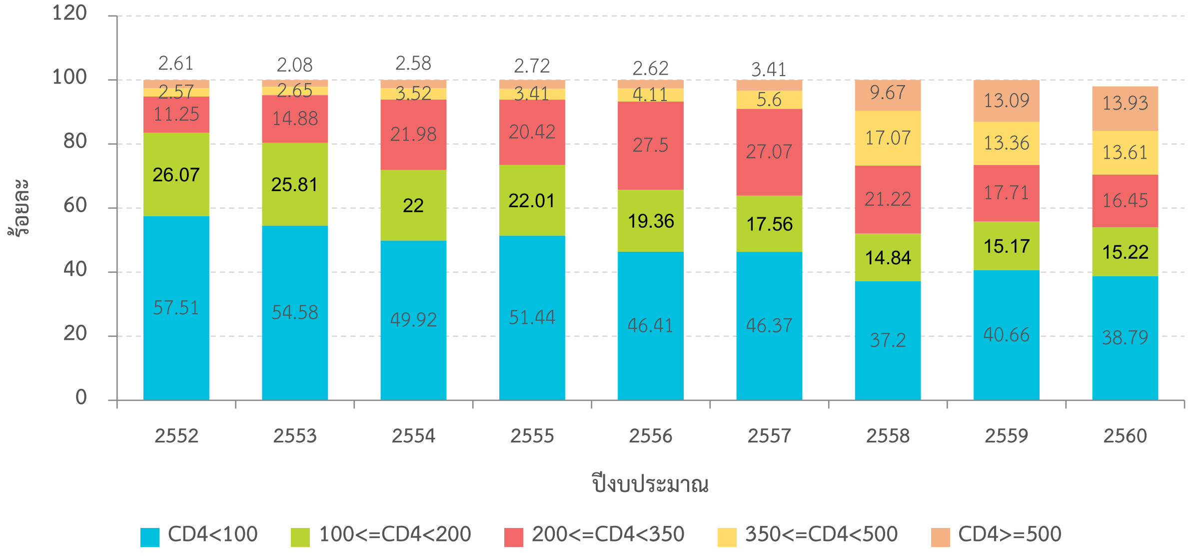
การเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะ ในหลายกรณีมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น การได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) และในกรณีโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ภาพที่ 5.40) และแนวโน้มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับบริการครั้งแรก ที่มีระดับ CD4>500 ที่เพิ่มขึ้น แสดงให้การได้รับบริการตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.41)

ภาพที่ 5.40 อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดสำหรับผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) และโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2548-2560



ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559 และ 2560

ภาพที่ 5.41 สัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ตามระดับ CD4 ครั้งแรก สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2552-2560



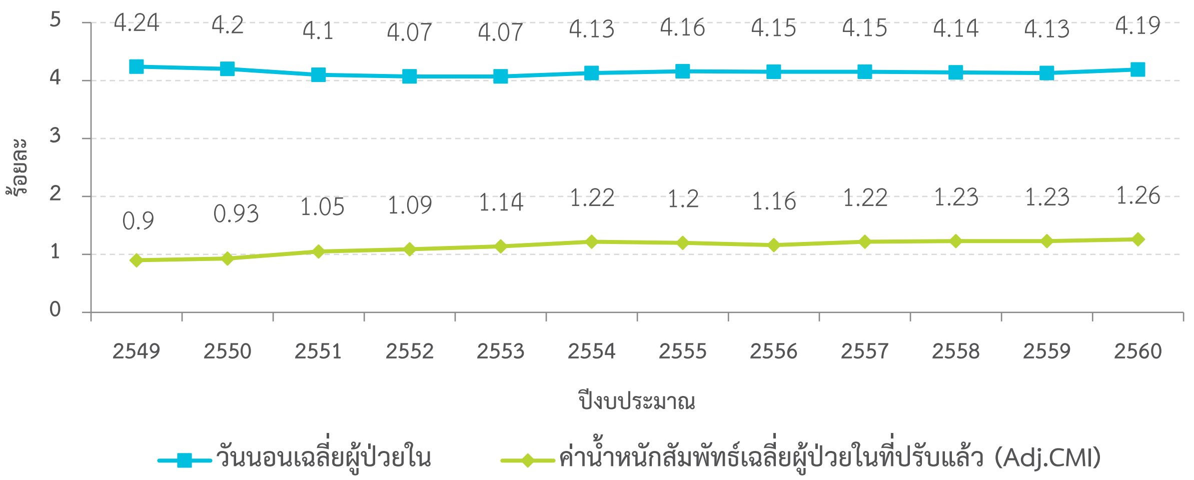
ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

5.13 ประสิทธิภาพและคุณภาพของการใช้บริการสุขภาพ

5.13.1 ประสิทธิภาพบริการสุขภาพ

ประสิทธิภาพบริการสุขภาพ ในแง่มุมของบริการผู้ป่วยใน พบว่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ผู้ป่วยในมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แสดงถึงการรักษาผู้ป่วยต้องมีการใช้ทรัพยากรมากขึ้นหรือมีการรับผู้ป่วยในที่มีความจำเป็นมากขึ้น โดยที่วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยในไม่ได้มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น สะท้อนการมีประสิทธิภาพในการรับผู้ป่วยในในภาพรวม (ภาพที่ 5.42)

ภาพที่ 5.42 วันนอนเฉลี่ยและน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย(Adj.CMI) ผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549-2560

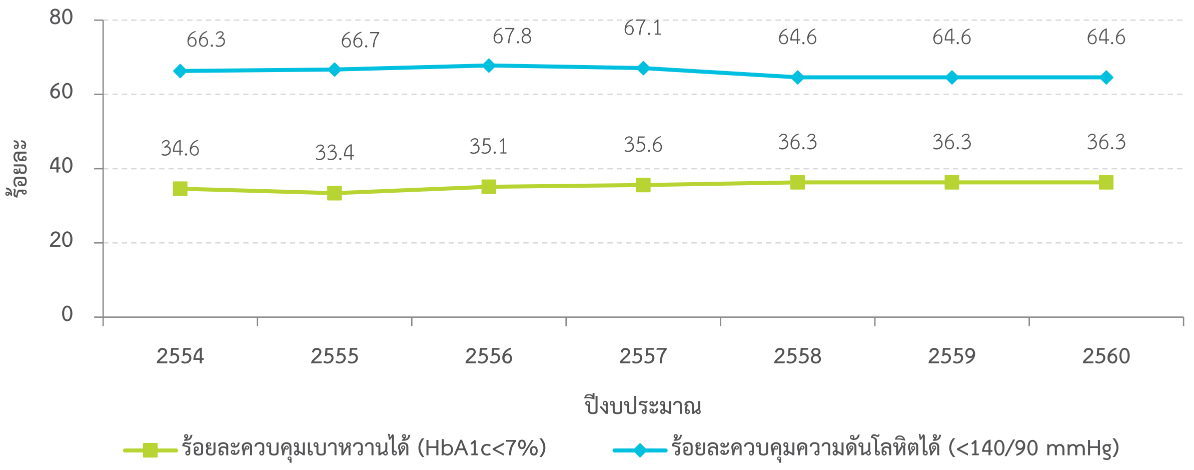


ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2560

5.13.2 คุณภาพบริการสุขภาพ

ประเด็นคุณภาพบริการ อาจจะพิจารณาในประเด็นผลลัพธ์ของการรักษา อาทิเช่น สัดส่วนการควบคุมโรคได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยอยู่ที่ร้อยละ 36.3 และร้อยละ 64.6 ตามลำดับ ในปี 2560 (ภาพที่ 5.43)

ภาพที่ 5.43 สัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2554-2560



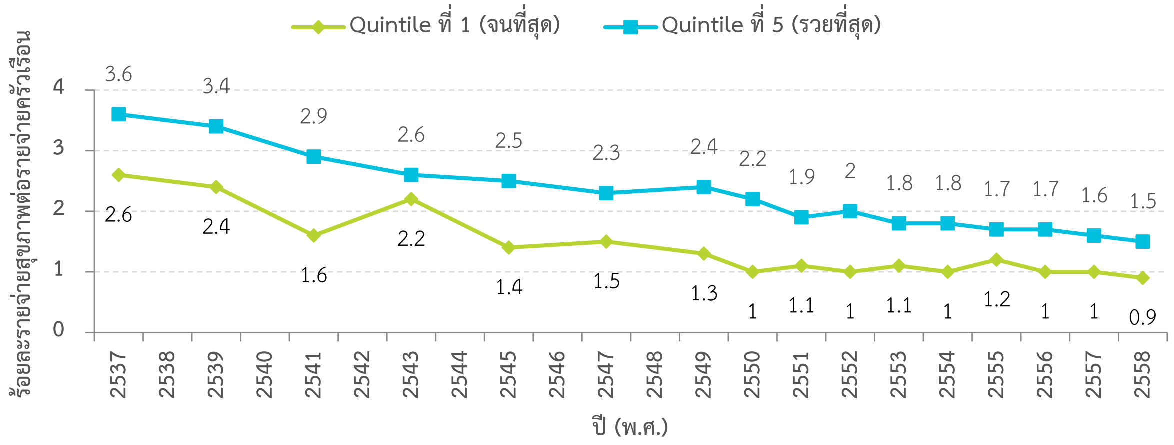
ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559 และ 2560

5.14 ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

5.13.1 ความเป็นธรรมสุขภาพด้านการจ่ายเงิน

รายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือนไม่ว่าจะเป็นคนจนหรือคนรวย มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่องและอยู่ในระดับต่ำ โดยมีรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือนอยู่ที่ร้อยละ 0.9-1.6 ในปี 2558 (ภาพที่ 5.44)

ภาพที่ 5.44 ร้อยละรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายครัวเรือน ของคนจนที่สุด 10% และคนรวยที่สุด 10% ปี 2537-2558

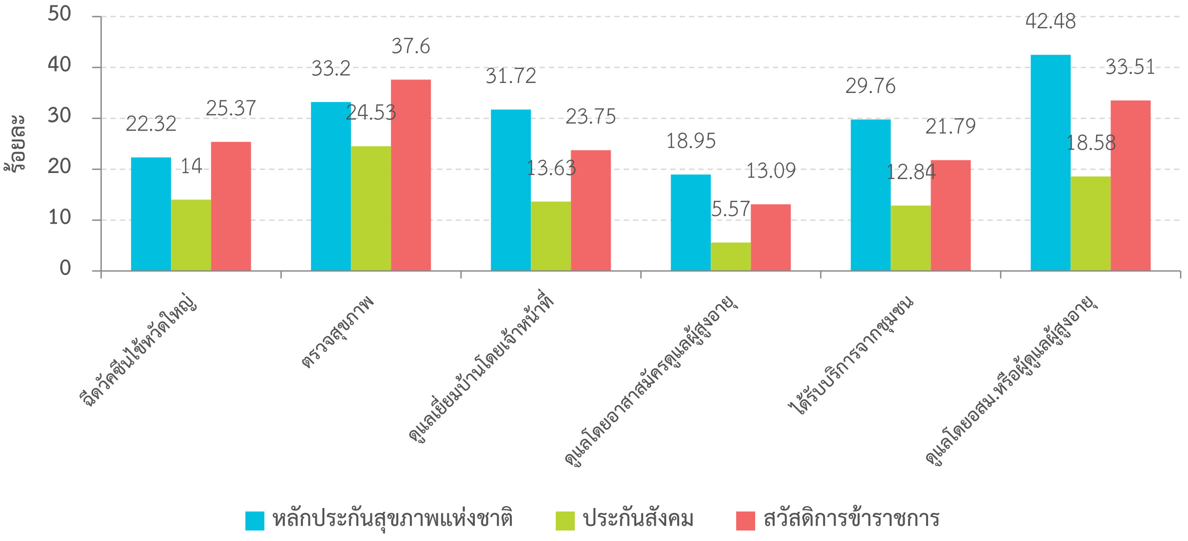


ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2558, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

5.14.2 ความเป็นธรรมสุขภาพด้านการได้รับบริการ

ในส่วนของการได้รับบริการสุขภาพ เช่น บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีความแตกต่างระหว่างสิทธิสวัสดิการต่างๆ ดังแสดงในภาพที่ 5.45

ภาพที่ 5.45 สัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามสวัสดิการรักษาพยาบาล



ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560

5.15 การวิจัยและการสร้างความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นกลไกที่มีหน้าที่หลัก คือ

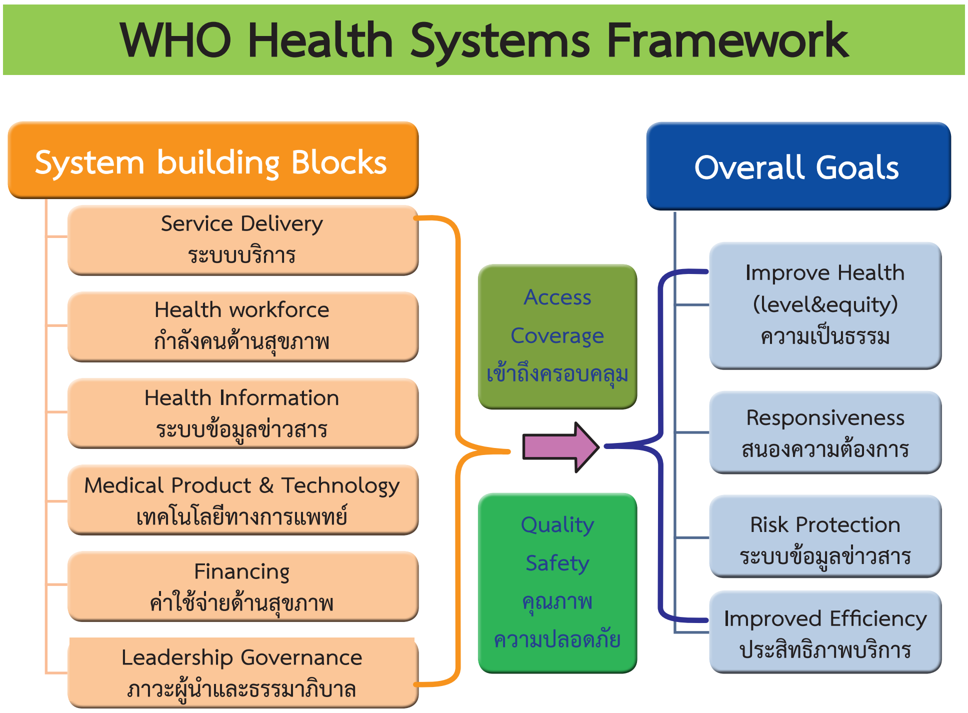
1) ผลิตความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพ ผ่านการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายหรือการนำไปใช้ประโยชน์ในทางเวชปฏิบัติและการพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพประชาชนโดยตรง

2) พัฒนาระบบวิจัยด้านสุขภาพ ที่รวมถึงการพัฒนาขีดความสามารถนักวิจัยเพื่อการทำวิจัยด้านนโยบายและระบบสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานคุณภาพงานวิจัย การบริหารทุนวิจัยและการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย

5.15.1 กรอบความคิดการสร้างองค์ความรู้

การสร้างความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ดำเนินการผ่านกรอบความคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบ/รูปแบบบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่รวมถึงยาและวัคซีน การคลังและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการนำและธรรมาภิบาลของระบบ (ภาพที่ 5.46)

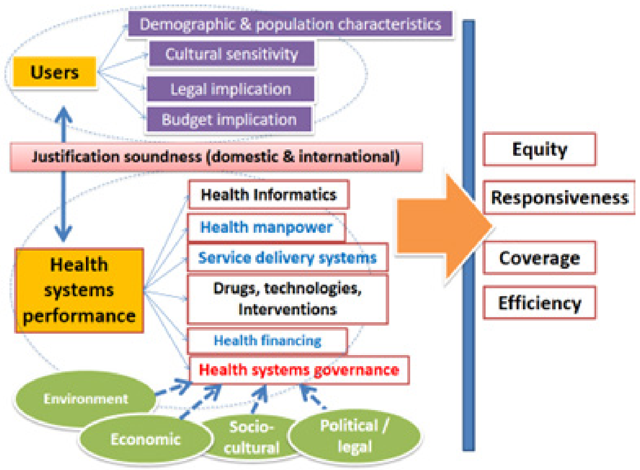
ภาพที่ 5.46 กรอบความคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก



โดยมีเป้าหมายการพัฒนาระบบ ได้แก่ การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ การตอบสนองความความต้องการและความเป็นมนุษย์ของประชาชน การมีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่สามารถปกป้องสุขภาพประชาชนได้ และการสร้างประสิทธิภาพของระบบที่สามารถปกป้องการล้มละลายจากภาวะการเจ็บป่วยให้ประชาชนได้ ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จึงมุ่งสร้างความรู้เพื่อตอบโจทย์การเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นที่ทั่วถึงและเป็นธรรม และการมีระบบบริการที่มีความปลอดภัยตามมาตรฐานสากล

อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพและสุขภาพประชาชน มิอาจรอดพ้นจากผลกระทบด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง ทำให้กรอบคิดข้างต้นไม่เพียงพอในการจัดการปัญหาบางเรื่อง ภาพที่ 5.47 แสดงให้เห็นกรอบความคิดที่ว่า นอกจากหกมิติของระบบสุขภาพนั้นแล้ว ยังมีปัจจัยทางด้านประชากรและความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ บริบททางกฎหมาย และการคลังประเทศในภาพรวมด้วย เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัญหาการติดสารเสพติด หรือระบบสุขภาพกับแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น

ภาพที่ 5.47 ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดระบบสุขภาพ



5.15.2 เครือข่ายความร่วมมือ

สวรส. ทำภารกิจดังกล่าวผ่านเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่เป็นผู้วิจัย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร นักวิชาชีพผู้ให้บริการ และผู้รับประโยชน์จากระบบสุขภาพอื่นๆ มีกลยุทธในการพัฒนางานวิจัยและใช้ประโยชน์ทั้งในรูปแบบการสร้างเครือข่ายในพื้นที่ระดับจังหวัดและภูมิภาค เช่น เครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประชาคมสุขภาพจังหวัดน่าน เครือข่ายวิจัยภาคใต้ตอนล่างที่มีศูนย์กลางที่มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เครือข่ายนักวิชาชีพ เช่น เครือข่ายสมาคมแพทย์มัณฑนากรหัวใจและหลอดเลือด ในการทำวิจัยผลการรักษาผู้ป่วยด้วยการทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังในประเทศไทย แบบสหสถาบัน (Thai PCI Registry) เครือข่ายราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทยในการวิจัย Cochlear Implants Registry in Thailand (CIRT) Project เครือข่ายนักวิจัยในเขตสุขภาพต่างๆ และสถาบันการศึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล ด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาการแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) องค์กรวิจัยด้านนโยบาย เช่น มูลนิธิวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ (TDRI) มูลนิธิ International Health Policy Program (IHPP) มูลนิธิ Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือในการบริหารทุนวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเทคโนโลยีทางการแพทย์ กับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และเครือข่ายองค์กรวิจัยอื่นๆ เช่น สำนักงานกองทุนวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) เป็นต้น และเพื่อให้การสร้างความรู้ตอบสนองการแก้ปัญหาระบบสุขภาพ จึงมีความร่วมมือกับผู้ใช้ผลงานวิจัยหรือผู้กำหนดนโยบายด้วย เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม โดยมีองค์กรที่ร่วมเป็นกลไกขับเคลื่อน ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

รูปธรรมในการร่วมกันขับเคลื่อนสร้างความรู้และพัฒนาระบบสุขภาพที่สำคัญอันหนึ่ง คือ WHO-Royal Thai Government Country Cooperation Strategy, WHO-RTG CCS (2017-2021) ที่มีเครือข่ายความร่วมมือประกอบด้วย องค์การอนามัยโลกและองค์กรด้านสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อขับเคลื่อนแผนงานการสร้างและใช้ความรู้พัฒนาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่มีลำดับความสำคัญสูง ได้แก่

1. แผนงานโรคไม่ติดต่อ (Non–communicable Diseases (NCD)
2. แผนงานความปลอดภัยทางถนน (Road Safety: RS)
3. แผนงานประชากรข้ามชาติ (Migrant Health)
4. แผนงานโรคติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance AMR)
5. แผนงานสุขภาพโลก (Global Health Diplomacy: GHD)
6. แผนงานการค้าและสุขภาพ (International Trade and Health: ITH)

5.15.3 กระบวนการสร้างความรู้

ในกระบวนการสร้างความรู้จะเริ่มที่การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและสืบค้นชุดความรู้ที่มีอยู่ว่าสามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาได้หรือไม่ หรือยังคงมีช่องว่างความรู้หรือประเด็นท้าทายอะไร เพื่อนำไปสู่การตั้งโจทย์วิจัยและเมื่อได้ผลการวิจัยจึงนำมาพิจารณาสังเคราะห์ทางเลือกนโยบายหรือข้อเสนอในการปรับปรุงนโยบายและระบบสุขภาพ (ภาพที่ 5.48)

ภาพที่ 5.48 กระบวนการสร้างความรู้เพื่อพัฒนาระบบและนโยบายสุขภาพ

ในบางกรณีการวิจัยเชิงระบบก็ต้องเชื่อมต่อการวิจัยด้านสุขภาพและการแพทย์ เช่น การวิจัยยา (Medicine) ผลิตภัณฑ์ (Medical product) มาตรการ (Intervention) หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical technology) ซึ่งมีจุดเริ่มต้นที่การระบุความจำเป็นด้านสุขภาพกับความต้องการเทคโนโลยีที่สอดคล้องกัน (ภาพที่ 5.49)

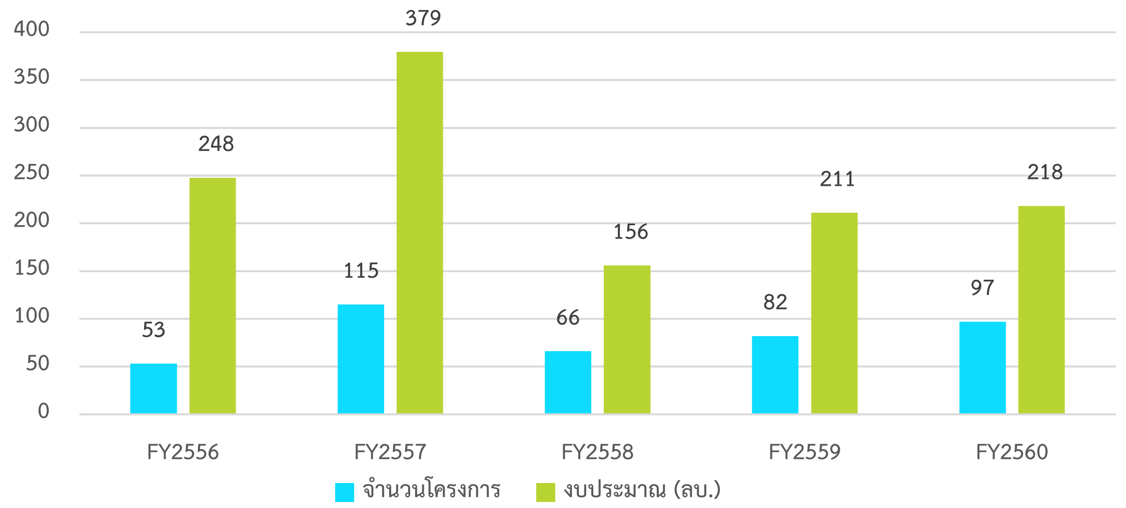
ภาพที่ 5.49 องค์ประกอบหรือระยะการวิจัยที่ต้องเชื่อมต่อกันจึงจะบรรลุเป้าหมาย

จากนั้นจึงมีการทำวิจัยพัฒนาเทคโนโลยี การทดสอบคุณภาพมาตรฐาน การทดลองใช้ในมนุษย์ การศึกษาต้นทุนประสิทธิผลและความคุ้มค่า การศึกษาการนำเข้าสู่การใช้งานในเชิงระบบ ที่ต้องคำนึงถึงวิธีการขั้นตอนให้บริการ ความรู้ทักษะผู้ให้บริการ การมีบริการที่กระจายตัวให้ผู้ที่มีความจำเป็นสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง การมีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการรองรับอย่างเพียงพอและในอีกด้านก็ต้องมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีนั้นเข้าสู่ระบบการผลิต เพื่อให้สามารถจัดหามาให้บริการในระดับมหภาคได้จริง จะเห็นว่าหากจะทำให้เกิดการขยายผลบริการที่ใช้เทคโนโลยีนั้นอย่างเป็นระบบ แต่ละขั้นตอนจำเป็นต้องมีการนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาพัฒนาเป็นข้อเสนอ เพื่อการตัดสินในในเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องจนบรรลุเป้าหมาย

5.15.4 ผลการดำเนินงานสร้างความรู้ (2556-2560)

สวรส.บริหารงานวิจัย (สร้างความรู้และใช้ประโยชน์) ด้วยเงินงบประมาณปกติและงบประมาณวิจัยที่ได้จากความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นด้วย ซึ่งใน 5 ปีที่ผ่านมามีจำนวนโครงการวิจัยมากน้อยแตกต่างกันไประหว่าง 53-115 โครงการ คิดเป็นเงินงบประมาณ ระหว่าง 156-379 ล้านบาทต่อปี ซึ่งความผันแปรของจำนวนทุนวิจัยอยู่ที่ทุนวิจัยจากภายนอก ภาพที่ 5.50

ภาพที่ 5.50 ผลการดำเนินการสร้างความรู้ ปีงบประมาณ 2556-2560



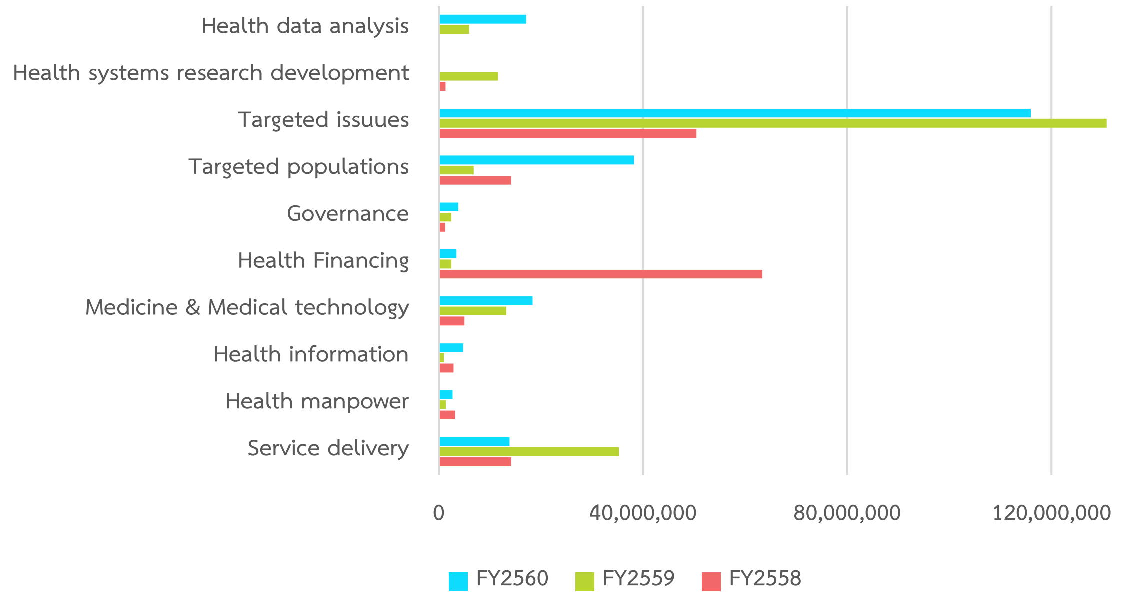
เมื่อจำแนกทุนที่ดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2558-2560 เพื่อการทำวิจัย ใช้ประโยชน์ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของระบบวิจัย พบว่า สัดส่วนทุนวิจัยสะสมมากที่สุดอยู่ที่แผนงานวิจัยบูรณาการมุ่งเป้าที่เน้นเชิงประเด็น ได้แก่ แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนงานวิจัยด้าน Medical technology และแผนงานวิจัยเชิงระบบ ได้แก่ การวิจัยระบบสุขภาพชุมชน คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 50 รองลงมา คือ แผนงานวิจัยด้านการคลังและระบบหลักประกันสุขภาพ แผนงานวิจัยระบบบริการสุขภาพ และแผนงานวิจัยบูรณาการที่มุ่งเป้าตามกลุ่มประชาการเฉพาะที่เปราะบางและยากลำบากในการเข้าถึงบริการ คิดเป็นร้อยละ 11.8, 10.8, 10.1 ตามลำดับ (คารางที่ 5.28 และภาพที่ 5.51)

คารางที่ 5.18 การบริหารทุนวิจัยจำแนกตามแผนงานวิจัย ระหว่างปี 2558-2560

Research programs	FY2558	FY2559	FY2560	Tatal	%
Service delivery	14,191,462	35,267,125	13,857,039	63,315,626	10.8
Health manpower	3,210,000	1,385,000	2,663,310	7,258,310	1.2
Health information	2,900,000	1,000,000	4,783,118	8,683,118	1.5
Medicine & Medical technology	4,989,585	13,235,866	18,380,041	36,605,492	6.3
Health Financing	63,345,620	2,418,900	3,446,000	69,210,769	11.8
Govermance	1,250,577	2,439,000	3,801,710	7,491,287	1.3
Targeted populations	14,158,790	6,813,775	38,220,457	59,192,769	10.1
Targeted issues	50,446,408	130,842,775	115,967,162	297,256,345	50.8
Health systems research development	1,312,861	11,606,453	-	12,919,314	2.2
Health data analysis	0	5,975,428	17,090,500	23,065,928	3.9
	155,805,303	210,984,069	218,209,337	584,998,709	100.0

หมายเหตุ: แผนงานวิจัย Targeted populations หมายถึง การวิจัยบูรณาการที่มุ่งตอบโจทย์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองความจำเป็นเฉพาะของกลุ่มประชากรที่เปราะบางหรือมีความยากลำบาก, แผนงานวิจัย Targeted issues หมายถึงแผนงานวิจัยมุ่งเป้าเชิงประเด็นการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แผนงานวิจัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนงานวิจัยด้าน Medical technology ที่เป็นความร่วมมือบริหารทุนวิจัยที่ได้รับจากกวช., แผนงานวิจัย Health systems research development หมายถึง โครงการพัฒนาศักยภาพและโครงสร้างระบบวิจัย, แผนงาน Health data analysis หมายถึง แผนงานให้บริการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลระบบสุขภาพ

ภาพที่ 5.51 การบริหารทุนวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ



5.15.5 การพัฒนาขีดความสามารถนักวิจัยและระบบวิจัย

จากตารางที่ 5.28 และภาพที่ 5.51 จะเห็นว่า ในปี 2560 ไม่มีตัวเลขทุนที่จัดสรรเพื่อการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากมีความชัดเจนในเชิงระบบวิจัยมากขึ้นว่า ระบบวิจัยมีความขาดแคลนนักวิจัยเชิงระบบและนโยบายสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะนักวิจัยในระดับพื้นที่เขตสุขภาพและจังหวัด ไม่สามารถรองรับการสร้างความรู้ที่จะนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อช่วยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการพัฒนานโยบายที่ตอบโจทย์การแก้ปัญหาเชิงลึกตามบริบทเฉพาะ จึงแยกแผนงานพัฒนาระบบการวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพออกจากแผนงานวิจัย

ทั้งนี้กรอบการพัฒนาขีดความสามารถในเชิงระบบ หมายถึง การพัฒนาหน่วยในพื้นที่ให้สามารถบริหารจัดการงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในบริบทพื้นที่ตนเองให้ได้ ได้แก่ สามารถระบุประเด็นปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญ การสร้างนักวิจัยในพื้นที่ การพัฒนาโครงการวิจัย การจัดการทุนวิจัย และการนำผลงานวิจัยไปใช้ประกอบการตัดสินใจออกแบบมาตรการหรือการแก้ปัญหาในพื้นที่ รวมทั้งให้ข้อเสนอตั้งผู้กำหนดนโยบายในระดับที่เหนือกว่าพื้นที่ ในการนี้ สวรส.ดำเนินการผ่านการพัฒนาความร่วมมือกับพื้นที่แบบเชิงรุก

ในขณะที่การพัฒนาขีดความสามารถกำลังคนของระบบวิจัย จะรวมถึงทั้งนักวิจัยและนักบริหารโครงการ/แผนงานวิจัย ด้านการพัฒนานักวิจัยก็เน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่การตั้งโจทย์การวิจัยที่ตรงหรือสอดคล้องการแก้ปัญหา การออกแบบวิธการวิจัยที่เหมาะสม รวมทั้งเทคนิค วิธีการวิจัยที่มีลักษณะการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยพัฒนารูปแบบ การวิจัยพัฒนานวัตกรรมหรือมาตรการในการจัดการปัญหา เป็นต้น

5.15.6 การใช้ประโยชน์งานวิจัย

จากที่กล่าวมาข้างต้น การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ จึงมีหลายระดับขึ้นกับระยะของงานวิจัย และขึ้นอยู่กับว่าเป็นโจทย์การแก้ปัญหาในระดับพื้นที่หรือในระดับมหภาค โดยช่องทางนการนำเสนอหลักจะผ่านคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน นอกจากนั้นเป็นการนำเสนอผ่านกลไกกรรมการนโยบายของแต่ละด้าน เช่น คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น