

โครงสร้าง รูปแบบ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การจัดบริการสาธารณสุข

Service Delivery System in Thailand: Problems and Lessons learned

โดย

ชาญวิทย์	เทพ
กรองกาญจน์	บุญใจใหญ่
สุชาดา	นฤคนธ์
ยุพา	คงกลิ่นสุคนธ์
นริศ	มณฑาทิพย์

มีนาคม 2549

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Executive Summary

การศึกษาวิจัยรูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทย

หัวใจสำคัญของการจัดบริการสุขภาพ คือสามารถทำให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ โดยมีกลไกและปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้องให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ และมีโอกาสเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

วัตถุประสงค์ของบทความนี้มุ่งที่การศึกษาระบบการจัดบริการสุขภาพ และผลของการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา ตั้งแต่ก่อนการเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งเริ่มดำเนินการเปลี่ยนแปลงไปจนถึงปัจจุบัน เพื่อวางกรอบและแนวทางไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของสังคมไทยในอนาคต โดยวิเคราะห์ประเด็นย่อยในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ลักษณะและแนวโน้มการให้บริการในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพของการให้บริการ รูปแบบหน่วยบริการสุขภาพและระบบส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบเป้าหมายการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก 3 ประการ ที่จะยกระดับภาวะสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น ตอบสนองความคาดหวังที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ของประชาชน และปกป้องดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อต้นทุนการรักษาสุขภาพของประชาชน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยครั้งนี้คือรูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ของประเทศไทย ตรงกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง และสอดคล้องและส่งเสริมให้กระบวนการพัฒนาของประเทศในทุกด้านเป็นไปอย่างยั่งยืน

ประเด็นในการพิจารณา มี 6 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข
2. รูปแบบของสถานบริการสาธารณสุข
3. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข
4. ลักษณะและแนวโน้มการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข
5. ประสิทธิภาพของการจัดบริการสาธารณสุข
6. การส่งต่อ

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข

ปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดระบบบริการสุขภาพคือการตั้งสมมติฐานผิดพลาดในเรื่องทรัพยากรสาธารณสุขโดยมีเป้าหมายเพื่อมุ่งตอบสนองต่อปรัชญาเรื่องความเท่ากัน(Equality)โดยไม่คำนึงถึงภารกิจที่แตกต่างกันในการให้บริการ จึงไม่ตอบสนองต่อปัญหาที่เป็นภาระลำดับต้น ๆ ของประเทศ งบประมาณในส่วนคำรักษาพยาบาลที่มีรายจ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน จัดไว้ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการจัดบริการสาธารณสุข จึงควรกำหนดเป้าหมายสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงโดยเน้นจุดที่ควรเน้นและอาศัยตัวชี้วัดจากข้อมูลที่มีอยู่ รวมทั้งปรับเปลี่ยนเป้าหมายเรื่องประสิทธิภาพ เป็นการเพิ่มผลผลิตภาพ โดยอาศัยตัวชี้วัดที่เหมาะสม และเติมโครงสร้างพื้นฐานให้กับสถานบริการสาธารณสุขที่ยังมีส่วนขาดให้พร้อม และรองรับความต้องการที่จะมีมาในอนาคตได้ ดังนั้นจึงควรใช้ภาระโรคที่เกิดขึ้นและกำหนดวงเงินที่จะไปบริหารจัดการกลุ่มโรคที่ก่อปัญหาสาธารณสุข

2. รูปแบบของสถานบริการสาธารณสุข

ปัญหาในการจัดระบบบริการสุขภาพ ขาดกลไกควบคุมกำกับให้สถานบริการสาธารณสุขให้บริการโดยคำนึงถึงภารกิจ และความรับผิดชอบต่อประชาชนทั้งระบบ ไม่คำนึงถึงกลไกการควบคุมกำกับและตรวจสอบให้สถานบริการสาธารณสุขให้มีความรับผิดชอบต่อการกิจและผู้รับบริการ ไม่เห็นความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างสถานบริการระดับนั้น ๆ กับสถานบริการระดับอื่น ๆ กำหนดเป้าหมายกว้างขวาง ระบบส่งต่อยังมีปัญหาเรื่องบริการระหว่างระดับไม่ประสานกันมีส่วนซ้ำซ้อน จึงมีปัญหาระบบคุณภาพงาน นอกจากนี้ภาระรับผิดชอบในการส่งต่อส่วนใหญ่ตกเป็นภาระของผู้รับบริการและญาติ ยกเว้นการส่งต่อกรณีฉุกเฉินเท่านั้น

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง จึงควรจัดทำกลไกให้ผู้รับบริการสามารถควบคุมกำกับ ตรวจสอบการดำเนินการของหน่วยบริการสาธารณสุขในลักษณะ Short Route of Accountability โดยการทำดัชนีชี้วัดคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการดำเนินการของหน่วยบริการในแง่มุมต่าง ๆ ให้ประชาชนเข้าถึงโดยทั่วกัน และการปรับรูปแบบสถานบริการสาธารณสุขต้องคำนึงถึงการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการที่ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ตั้งแต่บริการ Primary Care จนถึงบริการ Excellent Centers เป็นต้น ส่วนเป้าหมายในการปรับรูปแบบสถานบริการสาธารณสุข ต้องคำนึงถึงบทบาทภารกิจให้ครบถ้วน การปรับปรุงรูปแบบบริการสาธารณสุขในลักษณะเครือข่ายให้ทำงานประสานประสมประสาน สอดคล้องกันอย่างแท้จริง โดยเน้นเป้าหมายเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการรักษาพยาบาลมากขึ้น มีการจัดระบบควบคุมกำกับกับการลงทุนทรัพยากรสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมุ่งเน้นการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสม และสามารถควบคุมกำกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของโรงพยาบาลได้

3. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข

ปัญหาที่พบคือมีการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในหน่วยงานในภาครัฐ มากเกิดความซ้ำซ้อนในการลงทุน ทำให้ไม่สามารถควบคุมกำกับกับการกระจายทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม ทำให้พื้นที่ในเขตเมืองที่เป็นที่ตั้งของหน่วยราชการหลายแห่ง มีการลงทุนทรัพยากรสาธารณสุขจากหลายแหล่ง รวมทั้งภาคเอกชนหากประชาชนในพื้นที่มีรายได้สูง แต่ไม่ได้ทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตเมืองดีขึ้นแต่อย่างใด นอกจากนี้บริการปฐมภูมิในเมืองใหญ่เหล่านี้ยังมีปัญหาอย่างมาก เพราะไม่มีผู้รับผิดชอบอย่างเต็มที่ จึงก่อให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและใช้บริการสาธารณสุข โดยประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่มีแพทย์มากกว่าในชนบท และการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขยังไม่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ว่าตอบสนองต่อบทบาทภารกิจใดในการให้บริการ เกิดการลงทุนไม่คุ้มค่า และไม่มีแผนบูรณาการเชื่อมโยงทรัพยากรแต่ละชนิดให้ชัดเจน และไม่สนใจภาพรวมทั้งระบบ

ข้อเสนอแนะในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข จึงต้องคำนึงถึงความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร ลงไปในพื้นที่ ทั้งนี้ต้องมีตัวชี้วัดหลายตัวเชื่อมโยงสัมพันธ์กันบ่งชี้การกระจายอย่างเหมาะสม โดยเปรียบเทียบ จำนวนทรัพยากร ภารกิจตามระดับสถานบริการ ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งจำนวนประชากร ความยากจน และตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ควรกำหนดภารกิจบริการของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับ แต่ละพื้นที่และมีแผนในภาพรวมของพื้นที่อย่างชัดเจน ควรพิจารณาส่วนขาดของบริการในพื้นที่เขตเมืองโดยมีแผนบูรณาการการจัดบริการสาธารณสุขในเขตเมือง ไม่เกิดความซ้ำซ้อน และพิจารณาจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติมในส่วนขาด ส่วนการเพิ่มเติมทรัพยากรสาธารณสุขเข้ามาในระบบ ให้มีจำนวนเพียงพอกับภารกิจโดยใช้กลุ่มตัวชี้วัดอย่างเหมาะสม

4. ลักษณะและแนวโน้มการใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุข

มีปัญหาคือความไม่เป็นธรรมในสถานะสุขภาพ คือปัญหาอัตราใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ของแต่ละภาคไม่ตรงกับความเป็น ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจในช่วงต่าง ๆ มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนอย่างมาก ซึ่งให้เห็นว่า หลักประกันสุขภาพของประชาชนยังไม่ดีพอทำให้ต้องคำนึงถึงภาวะเศรษฐกิจในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข นอกจากนั้นปัญหาเรื่องอัตราตายผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น อาจเกิดจากการเข้าถึงบริการ โรคที่มีค่ารายจ่ายสูงมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น จึงมีอัตราตายเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะคือควรวิเคราะห์ภาระงานในการให้บริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ และควรเน้นเรื่องคุณภาพในการให้บริการเพิ่มมากขึ้น ความต้องการสถานบริการสาธารณสุขควรต้องวิเคราะห์รายละเอียดโดยใช้ดัชนีประกอบกันหลายอย่าง มากกว่าจำนวนประชากรในพื้นที่เพียงอย่างเดียว

5. ประสิทธิภาพของการจัดบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ในระบบบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพอยู่แล้ว หรือผ่านการปรับปรุงประสิทธิภาพมาแล้วเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณารายละเอียดให้

ชัดเจน อาทิเช่นเรื่องยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพ การตั้งเป้าหมายในการจัดบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพเป็นวัตถุประสงค์หลัก การจัดสิทธิประโยชน์ของกองทุนต่าง ๆ ที่แตกต่างกันทำให้ประสิทธิภาพในการบริการผู้มีสิทธิในแต่ละกองทุนแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ การจัดสรรครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพงควรมีการศึกษาความคุ้มค่า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งาน การดำเนินการด้านการเงินการคลัง เช่นการนำ Diagnostic Related Group (DRG) มาเป็นกลไกในการจ่ายเงินผู้ป่วย ทำให้ทิศทางการใช้เตียงลดลง จึงไม่ควรมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลหรือเพิ่มจำนวนเตียงเข้ามาในระบบ เนื่องจากจะทำให้ประสิทธิภาพโดยรวมของทั้งระบบลดลง และต้องมีตัวชี้วัดด้านคุณภาพควบคุมกำกับอยู่ด้วย เพื่อมิให้คุณภาพบริการลดลงกว่าที่เป็นอยู่ และมีเป้าหมายลำดับต้นควรอยู่โรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข มีการปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย โดยพิจารณาข้อมูลให้ชัดเจน และกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายที่ถูกต้อง ก่อนดำเนินการ

6. การส่งต่อ

การแบ่งระดับการจัดบริการสาธารณสุขตามภารกิจบริการ ทำให้เกิดการกระจายบริการสาธารณสุขครอบคลุมไปทุกพื้นที่ โดยประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ การบริการทุติยภูมิระดับสูงและบริการตติยภูมิ มีความจำเป็นที่ต้องรวมศูนย์ในระดับจังหวัด และระดับเขต เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการจัดบริการ โดยอาศัยระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ทรัพยากรสาธารณสุขสำหรับระบบส่งต่อยังมีไม่เพียงพอ เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยระดับชั้นต่าง ๆ ยังไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้เกิดขึ้นตอนยุ่งยากในการส่งต่อ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกินขีดความสามารถของสถานบริการ และถูกส่งต่อไปสถานบริการระดับสูงกว่า ภาระในการส่งต่อจะตกเป็นของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ไม่ยอมรับการรักษาต่อ และปัญหาเจ็บป่วยระยะแรกกลายเป็นระยะรุนแรง

ข้อเสนอแนะคือ ควรเน้นการรับผิดชอบผู้ป่วยรวมกันเป็นกลุ่มเครือข่ายให้เกิดบริการสาธารณสุขแบบประสมประสานอย่างแท้จริง เช่น การจัดทำ Clinical Pathway, Clinical Practice Guideline ร่วมกันในกลุ่มโรคที่มีการส่งต่อจำนวนมาก เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย ลดภาระซ้ำซ้อนในการสืบสวนโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ นอกจากนี้ มีการพัฒนาระบบส่งต่อด้านทรัพยากรให้เพียงพอ ภาระในการส่งต่อควรให้เป็นภาระของรัฐ มากกว่าที่จะปล่อยให้ภาระของประชาชน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก การจัดบริการ โดยบูรณาการความต้องการทรัพยากรทุกด้านอย่างครบถ้วน ร่วมกันกับความยากง่าย และความถี่ของปัญหาสาธารณสุขนั้น ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบแต่ละระดับ นำข้อมูลทั้งหมดมาพิจารณาในการจัดระดับชั้นบริการให้เกิดการเข้าถึงบริการ คุณภาพประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด

7. ข้อเสนอรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมเพื่อบรรลุเป้าหมาย Access, Quality, Cost
1. การจัดบริการสุขภาพทั่วไป (General Service)
 - 1.1. จุดมุ่งหมายคือการให้บริการที่ทุกคนควรได้รับ มีมาตรฐานที่เหมาะสม มีการควบคุมกำกับ
 - 1.2. บริการที่จัดต้องประกอบด้วยบริการสร้างเสริมสุขภาพ, ป้องกันโรค บริการการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ต้องวางแผนกำหนด ประเภท การสนับสนุน และจำนวนผู้ป่วยในสาขานั้น ๆ ในพื้นที่อย่างเหมาะสม
 - 1.3. การกระจายของบริการสุขภาพ จัดระบบบริการตามระดับต่าง ๆ ที่จำเป็นและตามข้อมูล ภูมิศาสตร์สารสนเทศ และกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงบริการได้ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน, ตำบล และอำเภอ เป็นหลัก
 - 1.4. การกระจายสถานบริการระดับศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งเน้นยุทธศาสตร์ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก มุ่งเน้นความครอบคลุมของบริการ เพื่อครอบคลุม ประชากรทั่วประเทศ
 - 1.5. การกระจายสถานบริการเพื่อจัดบริการรักษาพยาบาลทั่วไป (General Service)
 - 1.5.1. การให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไปในเขตชนบท ได้แก่สถานบริการระดับโรงพยาบาล ชุมชน ซึ่งมีแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ต้องอาศัยครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพง ทั้งนี้จุดมุ่งหมายในการจัดบริการเพื่อรักษาโรคทั่วไป ซึ่งเน้นการจัดบริการให้ครอบคลุมถึงระดับอำเภอเป็นหลัก หากมีผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพงที่จำเป็นต้องรวมศูนย์ ก็ส่งต่อไปยังสถานบริการระดับถัดไป ดังนั้นสถานบริการระดับนี้จึงต้องมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นดีเพื่อรองรับการส่งต่ออย่างเหมาะสม
 - 1.5.2. การกำหนดภารกิจบริการให้แก่สถานบริการระดับต่าง ๆ ควรทำร่วมกันทั้งเครือข่ายบริการ โดยใช้ข้อมูลประชากร ปัญหาและภาระโรค ทรัพยากรที่มีอยู่ ความพร้อมในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการคมนาคม
 - 1.5.3. การให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไปในเขตเมือง การจัดบริการยังคงอาศัยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ซึ่งควรมีสถานบริการของท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นร่วมด้วย
 - 1.6. การจัดบริการต้องเตรียมความพร้อมที่จะรองรับเทคโนโลยีการแพทย์, การสื่อสาร และเทคโนโลยีอื่น ที่จะมามีผลทำให้ภาพของการจัดบริการเปลี่ยนแปลงไป
2. การจัดบริการสุขภาพเพื่อรองรับการส่งต่อและการจัดบริการเฉพาะด้าน (Specific Service)
 - 2.1. จุดมุ่งหมายคือจัดบริการที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ซับซ้อนและมีราคาแพง มุ่งเน้นการรวมศูนย์ทรัพยากรให้ได้ตามมาตรฐานเป็นหลัก มีการวางแผนรองรับการส่งต่อจากหน่วยอื่น
 - 2.2. บริการที่จัดให้ประกอบด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพ, ป้องกันโรค ในบางกลุ่มที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงกับการรักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพที่ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

เฉพาะทาง และเทคโนโลยีที่มีราคาแพงจะต้องรวมศูนย์กันในระดับจังหวัด หรือระดับเขตหากเป็นเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมาก

2.3. การกระจายสถานบริการเพื่อจัดบริการรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน(Specific Service)

2.3.1. การกระจายของสถานบริการเพื่อรองรับการส่งต่อของผู้ป่วยหนักจากสถานบริการระดับรองตามเครือข่ายบริการ โดยจัดให้มีบริการสำหรับเทคโนโลยีราคาแพงรวมศูนย์ในระดับจังหวัด และเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากรวมศูนย์ในระดับเขต

2.3.2. การกระจายของสถานบริการเพื่อรองรับโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะของประเทศไทย

2.4. การจัดบริการต้องเตรียมความพร้อมที่จะรองรับเทคโนโลยีการแพทย์, การสื่อสาร และเทคโนโลยีอื่น ที่จะมีผลทำให้ภาพของการจัดบริการเปลี่ยนแปลงไป

3. ระบบส่งต่อและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3.1. ระบบส่งต่อเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการระดับต้น ไปยังสถานบริการระดับเหนือกว่า

3.1.1. ต้องมีการกำหนดขอบเขตการให้บริการทุกระดับชั้นของบริการ และกำหนดสถานบริการภายในเครือข่ายทุกสังกัดให้รองรับภารกิจนั้น ๆ โดยไม่ซ้ำซ้อน และไม่เปิดให้มีช่องว่างทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ

3.1.2. ต้องมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตั้งแต่ระดับการดูแลตนเอง ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

3.1.3. ทรัพยากรสำหรับการส่งต่อจึงต้องมีการจัดเตรียมให้เพียงพอ

3.1.4. การส่งต่อควรเป็นภาระของเครือข่ายบริการ ซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งต่อฉุกเฉินและการส่งต่อไม่ฉุกเฉิน

3.1.5. ภายในเครือข่ายบริการต้องจัดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสาร ภายในเครือข่าย ในเรื่องทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่, ความพร้อมให้ใช้บริการของทุกแห่ง เพื่อจะได้รองรับผู้รับบริการได้

3.2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรองรับผู้ป่วยวิกฤตระหว่างจุดเกิดเหตุ เพื่อนำส่งสถานบริการสาธารณสุข

3.2.1. ต้องมีศูนย์กลางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ เพื่อรองรับสาธารณสุขระดับชาติ โดยเป็นศูนย์กลางการประสานงาน การสั่งการ และรับข้อมูลข่าวสาร และมีการกำหนดศูนย์กลางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับเขต หรือระดับจังหวัดขึ้นกับความจำเป็น

3.2.2. มีข้อมูลทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของทุกเครือข่ายบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ รวมทั้งมีแผนผังการกระจายทรัพยากรเหล่านี้ในจุดต่าง ๆ ทั่วประเทศ

3.2.3. มีระบบสื่อสารคมนาคม ที่มีระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศสนับสนุน และเชื่อมโยงเข้าถึงได้ง่าย ตลอดเวลาจากทุกจุดทั่วประเทศ

- 3.2.4. มีระบบจัดการด้านการเงินรับผิดชอบค่าใช้จ่าย เพื่อมิให้ผู้รับบริการ และสถานบริการ ต้องแบกรับภาระในการให้บริการ
- 3.2.5. มีระบบข้อมูลการใช้บริการซึ่งครอบคลุมตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึง ลักษณะทางระบาดวิทยาเพื่อประโยชน์ในการนำมาวิเคราะห์หาทางป้องกัน และดำเนินการ

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เมื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อระบบการจัดบริการสุขภาพ การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมา ลักษณะและแนวโน้มการให้บริการในสถานพยาบาล ประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพ ลักษณะของหน่วยบริการสุขภาพ ระบบส่งต่อ และ รูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ที่สอดคล้องและบรรลุเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพ จะทำให้ ได้รูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ของประเทศไทย ตรงกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง และสอดคล้องและส่งเสริมให้ กระบวนการพัฒนาของประเทศในทุกด้านเป็นไปอย่างยั่งยืน โดยครอบคลุมกลวิธีการดำเนินการวางแผน และกำหนดนโยบายและประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อหาแนวทางพัฒนารูปแบบ

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	i
สารบัญตาราง	viii
สารบัญแผนภูมิ	xii
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
1.3 กลุ่มเป้าหมาย	3
1.4 คำถามของการวิจัย	3
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	3
1.6 ระเบียบวิธีวิจัย	3
บทที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข	5
2.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	5
2.2 การทบทวนวรรณกรรม	6
2.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล	14
2.4 ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ	23
บทที่ 3 รูปแบบของสถานบริการสาธารณสุข	25
3.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	25
3.2 การทบทวนวรรณกรรม	26
3.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล	32
3.4 ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ	40
บทที่ 4 การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข	43
4.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	43
4.2 การทบทวนวรรณกรรม	45
4.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล	48
4.4 ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 ลักษณะและแนวโน้มการใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุข	60
5.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	60
5.2 การทบทวนวรรณกรรม	63
5.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล	69
5.4 ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ	70
บทที่ 6 ประสิทธิภาพของการจัดบริการสาธารณสุข	71
6.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	71
6.2 การทบทวนวรรณกรรม	72
6.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล	80
6.4 ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ	86
บทที่ 7 การส่งต่อ	88
7.1 สถานการณ์ปัจจุบัน	88
7.2 การทบทวนวรรณกรรม	89
7.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล	93
7.4 ปัญหาและข้อเสนอแนะ	104
บทที่ 8 ข้อเสนอรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม	106
8.1 ปัญหาของการจัดบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา	106
8.2 สรุปปัญหาการจัดบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา	110
8.3 ข้อเสนอแนะการจัดบริการสาธารณสุข	111
8.4 สรุปข้อเสนอแนะสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข	114
8.5 รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อบรรลุเป้าหมาย	115
Access , Quality ,Cost	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	16
อายุคาดเฉลี่ยของประชาชนไทยตั้งแต่แรกคลอดแยกชายและหญิง ปี 2543	
ตารางที่ 2.2	19
โครงสร้างประชากรไทย พ.ศ. 2527-2562	
ตารางที่ 2.3	22
สาเหตุของความสูญเสียจากการตายของประชาชนไทย 5 ลำดับแรกของเพศชาย และเพศหญิง	
ตารางที่ 2.4	22
สาเหตุของความสูญเสียจากเสื่อมสมรรถภาพ หรือพิการ จากโรค หรือภาวะต่างๆ 5 ลำดับแรกของเพศชาย และเพศหญิง	
ตารางที่ 2.5	23
สาเหตุของความสูญเสียจากการตาย และความพิการเนื่องจากโรค หรือภาวะผิดปกติต่างๆ 5 ลำดับแรกของเพศชาย และเพศหญิง	
ตารางที่ 3.1	30
ตัวอย่างรูปแบบบริการสาธารณสุขในบังกลาเทศ	
ตารางที่ 3.2	32
จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดต่างๆ ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2516-2543	
ตารางที่ 3.3	33
จำนวนเตียงของโรงพยาบาลในสังกัดต่างๆ ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2516-2543	
ตารางที่ 3.4	35
สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ	
ตารางที่ 3.5	39
สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน	
ตารางที่ 4.1	45
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่างๆ ในเอเชีย(2541)	
ตารางที่ 4.2	46
งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข รวมงบอุดหนุนเงินทุนหมุนเวียน บัณฑิตประกันสุขภาพ	
ตารางที่ 4.3	50
จำนวนสถานอนามัยแยกชายและหญิง ปี พ.ศ.2522-2544	
ตารางที่ 4.4	51
อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย	
ตารางที่ 4.5	53
จำนวนแพทย์ เติ่ง จำนวนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ตั้งแต่ปี 2513-2544	
ตารางที่ 4.6	54
จำนวนแพทย์ เติ่ง จำนวนโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ปี 2513-2544	
ตารางที่ 5.1	61
การใช้บริการสาธารณสุขในสถานบริการระดับต่างๆ เมื่อเจ็บป่วย	
ตารางที่ 5.2	62
การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหลังวิกฤติเศรษฐกิจ	
ตารางที่ 5.3	63
การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของคนกรุงเทพฯ ก่อนและหลัง วิกฤติเศรษฐกิจ	

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 5.4	อุบัติการป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน พ.ศ.2520-2544	64
ตารางที่ 5.5	จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ระดับต่างๆ	65
ตารางที่ 6.1	ราคาซื้อ และค่าบำรุงรักษาเครื่องมือในแต่ละปี เปรียบเทียบภาครัฐ และเอกชน	74
ตารางที่ 6.2	การส่งตรวจ CT-Scanner ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยประเภทยุติธรรมต่างๆ	75
ตารางที่ 6.3	จำนวนผู้ใช้บริการ CT-Scanner ในสถานบริการต่างๆ	75
ตารางที่ 6.4	การใช้เตียงของโรงพยาบาลในสังกัดต่างๆ ทั่วประเทศ ปีพ.ศ.2539-2543	77
ตารางที่ 6.5	จำนวนเตียงต่อแพทย์ จำนวนผู้ป่วยใน ต่อแพทย์ในแต่ละวัน และจำนวนผู้ป่วยนอกต่อแพทย์ต่อปีของโรงพยาบาลสังกัดต่างๆ ปี 2539-2545	79
ตารางที่ 7.1	การจัดบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิระดับต้น ทุติยภูมิระดับกลาง และ ทุติยภูมิระดับสูง	92
ตารางที่ 7.2	การจัดบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิระดับต้น ทุติยภูมิระดับกลาง และ ทุติยภูมิระดับสูง	93
ตารางที่ 7.3	จำนวนรพพยาบาลเฉลี่ยของสถานบริการระดับต่างๆ ในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	101
ตารางที่ 7.4	ระยะเวลาที่ใช้ในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือในโรงพยาบาล ระดับต่างๆ	102
ตารางที่ 7.5	ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อ จากผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับต่างๆ	104

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 2.1 ความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ	7
แผนภูมิที่ 2.2 เป้าหมายสำคัญของการจัดบริการสาธารณสุข	8
แผนภูมิที่ 2.3 Natural History of Disease	9
แผนภูมิที่ 2.4 Burden of Disease in Developing, Developed Countries	10
แผนภูมิที่ 2.5 กลไกการทำงานของการรักษามะเร็งโดยวิธีการ Chemoprevention	12
แผนภูมิที่ 2.6 Levels of Application of Preventive Measures	13
แผนภูมิที่ 2.7 สัดส่วนประชากรต่อเตียงเปรียบเทียบรายภาค ตั้งแต่ปี 2539-2546	15
แผนภูมิที่ 2.8 วันนอนเฉลี่ย เปรียบเทียบรายภาค ตั้งแต่ปี 2539-2546	17
แผนภูมิที่ 2.9 ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบรายภาค ตั้งแต่ปี 2539-2546	18
แผนภูมิที่ 2.10 อัตราป่วย และอัตราป่วยตายด้วยโรคไขเลือดออก ปี 2501-2546	20
แผนภูมิที่ 2.11 อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อุบัติเหตุจราจร ต่อแสนประชากร จำแนกรายปี ตั้งแต่ปี 2536-2546	21
แผนภูมิที่ 3.1 An analytical framework: actors and accountabilities	27
แผนภูมิที่ 3.2 กลไกในการควบคุมกำกับให้บริการเป็นไปตามความต้องการของ ผู้รับบริการ	28
แผนภูมิที่ 3.3 การเพิ่มกลไกทางตรงในการควบคุมกำกับบริการสาธารณสุขให้ตรงกับ ความต้องการของประชาชน	29
แผนภูมิที่ 4.1 จำนวนแพทย์ต่อประชากร 100,000 คน เปรียบเทียบประเทศต่างๆ ในเอเชีย	46
แผนภูมิที่ 4.2 อัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำแนกตามภาค ปีพ.ศ. 2522-2543	48
แผนภูมิที่ 4.3 สัดส่วนประชากรต่อเตียงรายภาค ปี 2539-2547	49
แผนภูมิที่ 4.4 อัตราการครองเตียง ปี 2539-2547	49
แผนภูมิที่ 4.5 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค ปีพ.ศ. 2522-2543	52
แผนภูมิที่ 4.6 สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป ปีพ.ศ. 2514-2544	56

สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

	หน้า
แผนภูมิที่ 4.7 สัดส่วนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง ปีพ.ศ.2526-2542 (นับจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงๆ)	56
แผนภูมิที่ 4.8 การวิเคราะห์งบประมาณต่อประชากร ตามเขตปีพ.ศ.2539-2547	57
แผนภูมิที่ 5.1 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก รายภาค ปี 2539- 2547	66
แผนภูมิที่ 5.2 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน รายภาค ปี 2539 - 2547	66
แผนภูมิที่ 5.3 อัตราวันนอนเฉลี่ย รายภาค ปี 2539-2547	67
แผนภูมิที่ 5.4 อัตราวันนอนเฉลี่ย รายกลุ่มโรงพยาบาล ปี 2539-2547	68
แผนภูมิที่ 5.5 อัตราตายผู้ป่วยใน รายภาค ปี 2539-2547	68
แผนภูมิที่ 5.6 อัตราตายผู้ป่วยใน ตามกลุ่มโรงพยาบาลปี 2539-2547	69
แผนภูมิที่ 6.1 Health as an Input into Economic Develoment	73
แผนภูมิที่ 6.2 สัดส่วนค่าแรงต่อการดำเนินการใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข ปี 2539-2547	83
แผนภูมิที่ 6.3 อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขรายภาค ปี 2539-2547 (Current Ratio)	84
แผนภูมิที่ 6.4 อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขรายกลุ่มโรงพยาบาล ปี 2539-2547 (Current Ratio)	85
แผนภูมิที่ 6.5 อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขรายกลุ่มโรงพยาบาล ปี 2539-2547 (Current Ratio)	86
แผนภูมิที่ 6.6 ต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอก ใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขรายภาคโรงพยาบาล ปี 2539-2547	87
แผนภูมิที่ 6.7 ต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอก ใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขรายกลุ่มโรงพยาบาล ปี 2539-2547	87
แผนภูมิที่ 7.1 ระดับการให้บริการสาธารณสุขของประเทศไทยก่อนโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค	90
แผนภูมิที่ 7.2 การกระจายศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้มาตรฐานในปี 2547 และ การกระจายตามเป้าหมายที่ต้องการเพื่อให้บริการสุขภาพทั่วไป	95

สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

		หน้า
แผนภูมิที่ 7.3	การกระจายโรงพยาบาลชุมชนในปี 2547 และการขยายขีดความสามารถในการบริการตามแผนเพื่อให้บริการสุขภาพทั่วไป	96
แผนภูมิที่ 7.4	การกระจายโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปตามภูมิศาสตร์สารสนเทศ เพื่อให้บริการเฉพาะ	97
แผนภูมิที่ 7.5	การกระจายศูนย์โรคหัวใจตามภูมิศาสตร์สารสนเทศ	98
แผนภูมิที่ 7.6	การกระจายศูนย์มะเร็งเร็งตามภูมิศาสตร์สารสนเทศ	99
แผนภูมิที่ 7.7	การกระจายเครือข่ายควบคุมการบาดเจ็บตามภูมิศาสตร์สารสนเทศ	100
แผนภูมิที่ 7.8	วิธีการสื่อสารเพื่อประสานงานก่อนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่น	103

บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์ต้องการปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ปัจจุบันการแพทย์มีพัฒนาการก้าวไปไกลจนมีกลวิธี, เทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่หลากหลายมากกว่าในอดีตที่ใช้ยารักษาโรคเป็นหลัก ประเทศต่างๆ จึงรวบรวมการจัดบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยี ต่าง ๆ เป็นระบบให้บริการสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยหน่วยบริการสุขภาพ การจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน รวมทั้งระบบการบริหารจัดการต่าง ๆ ได้แก่การเงินการคลังด้านสุขภาพ เพื่อรองรับการรักษา ภาวะเจ็บป่วยหรือผิปกติ และฟื้นฟูสภาพให้กลับคืนสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงกับสภาวะปกติ ส่งเสริม สุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง สร้างเสริมภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ ให้แก่ประชาชน ประเทศไทยเริ่มปรับเปลี่ยนการจัดบริการสุขภาพจากการใช้เทคโนโลยีการแพทย์แผนไทย มาเป็นเทคโนโลยี การแพทย์แผนปัจจุบันตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 และได้มีการพัฒนาต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน กระทรวง สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ที่สุด ในการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยมีโรงพยาบาลทุกระดับและสถานอนามัย จำนวนมากครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศไทย

ในภาวะที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน นับจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพของสิ่งแวดล้อมภาวะความเสื่อมด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชน อุบัติภัยที่เกิดจากธรรมชาติ จะเห็นได้จากข้อมูลสุขภาพของคนไทยปี 2548 พบว่า คนไทยตาย มากที่สุดด้วยอุบัติเหตุ ปีละ 32,000 คน โรคหัวใจและหลอดเลือด ปีละ 30,000-50,000 คน และมะเร็ง ปีละ 40,000-50,000 คนซึ่งล้วนแล้วแต่มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้พฤติกรรมด้านสุขภาพ เปลี่ยนไป ระบบบริการสุขภาพก็มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาตามสถานการณ์อย่างรวดเร็ว เริ่มจากภาครัฐ มีการปฏิรูปการเมือง และการปฏิรูประบบราชการ ระบบสุขภาพก็เป็นเป้าหมายหนึ่งในการปฏิรูป ซึ่งได้ เริ่มต้นโดยการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2545 เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย อย่างไรก็ตามในช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างรวดเร็ว และขาดการศึกษาวิจัยอย่างบูรณาการเป็นระบบ จึงส่งผลกระทบต่อ การให้บริการอย่างมากทั้งในแง่บวกและแง่ลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบให้บริการสุขภาพของกระทรวง สาธารณสุข และในภาครัฐอื่น ๆ ทำให้เป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพเบี่ยงเบนไป ทั้งในแง่ของการเข้าถึง บริการสุขภาพ คุณภาพบริการ รวมทั้งประสิทธิภาพ มีค่าใช้จ่ายของรัฐในด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี จนคาดว่า จะถึง 300,000 ล้านบาทในเร็วนี้ⁱⁱ แต่ในขณะเดียวกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมก็ยังเป็นปัญหา ใหญ่ การบริการในเชิงรุกเข้าไปถึงครอบครัวและชุมชนยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ระบบการดูแล ทางด้าน สุขภาพยังเป็นองค์รวม อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งระบบการส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วยยังด้อย

ประสิทธิภาพ ต้นเหตุสำคัญของปัญหาต่างๆที่กีดขวางอย่างมานี้ก็คือ ระบบบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ การเปลี่ยนแปลงและปัญหาของประเทศ (ไม่จริงแล้วตั้งแต่เริ่มโครงการ 30 บาท)

การศึกษาระบบการจัดบริการสุขภาพ และผลของการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา ตั้งแต่ก่อนการเปลี่ยนแปลงจนกระทั่งเริ่มดำเนินการเปลี่ยนแปลงไปถึงปัจจุบัน เป็นประเด็นหลักที่สำคัญและจำเป็นเร่งด่วน เพื่อวางกรอบและแนวทางไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของสังคมไทยในอนาคต โดยวิเคราะห์ประเด็นย่อยในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพ การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ลักษณะและแนวโน้มการให้บริการในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพของการให้บริการ รูปแบบหน่วยบริการสุขภาพและระบบส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบเป้าหมายการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก 3 ประการ ที่จะยกระดับภาวะสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น ตอบสนองความคาดหวังที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ของประชาชน และปกป้องดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อต้นทุนการรักษาสุขภาพของประชาชนⁱⁱⁱ

การศึกษาวิเคราะห์ระบบการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทยครั้งนี้ เล็งเห็นปัญหาสุขภาพเป็นประเด็นที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับกระบวนการพัฒนาของประเทศ ซึ่งกลไกในการดำเนินงานพัฒนาดังกล่าวประกอบด้วยโครงสร้างองค์การ บุคลากร นโยบาย การบริหารการเงินการคลัง กฎหมายและการมีส่วนร่วมของประชาชน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจยครั้งนี้คือรูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ของประเทศไทย ตรงกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง และสอดคล้องและส่งเสริมให้กระบวนการพัฒนาของประเทศในทุกด้านเป็นไปอย่างยั่งยืน

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

2.1.1 ศึกษากระบวนการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

1.2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 ศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระบบการจัดบริการสาธารณสุข

2.2.2 ศึกษาวิเคราะห์รูปแบบหน่วยบริการสาธารณสุข

2.2.3 ศึกษาวิเคราะห์การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข

2.2.4 ศึกษาวิเคราะห์ลักษณะและแนวโน้มการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข

2.2.5 ศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิภาพของการให้บริการ

2.2.6 ศึกษาวิเคราะห์ระบบส่งต่อ

2.2.7 เสนอแนะรูปแบบระบบการจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม

1.3 กลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการสุขภาพในกำกับรัฐ

1.4 คำถามของการวิจัย

รูปแบบที่เหมาะสมของระบบการจัดบริการสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการจัดระบบบริการสุขภาพควรเป็นอย่างไร

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อระบบการจัดบริการสุขภาพ การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมา ลักษณะและแนวโน้มการให้บริการในสถานพยาบาล ประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพ ลักษณะของหน่วยบริการสุขภาพ ระบบส่งต่อ และ รูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ที่สอดคล้องและบรรลุเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพ

ได้รูปแบบระบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศไทย ตรงกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง และสอดคล้องและส่งเสริมให้กระบวนการพัฒนาของประเทศในทุกด้านเป็นไปอย่างยั่งยืน โดยครอบคลุมกลวิธีการดำเนินการวางแผนและกำหนดนโยบายและประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อหาแนวทางพัฒนารูปแบบ

1.6 ระเบียบวิธีวิจัย

มีรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยในเรื่องต่อไปนี้

6.1 วิธีวิจัย

ใช้การวิจัยเอกสารนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

6.2 แหล่งข้อมูล

เก็บข้อมูลทุติยภูมิ โดยรวบรวมข้อมูลการจัดบริการสุขภาพ ตั้งแต่ ปี 2539 – 2546 จากรายงาน 0110 รง. 5 , รายงานประจำปีกองโรงพยาบาลภูมิภาค , รายงานประจำปีกองสาธารณสุขภูมิภาค , รายงานประจำปีสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, เอกสารวิชาการ และเอกสารราชการที่เกี่ยวข้อง

6.3 วิธีการดำเนินการ

6.3.1 ทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ

6.3.2 รวบรวมข้อมูลการจัดบริการสุขภาพ ตั้งแต่ ปี 2539 – 2546 จากรายงาน 0110 รง. 5, รายงานประจำปีกองโรงพยาบาลภูมิภาค, รายงานประจำปีกองสาธารณสุขภูมิภาค, รายงานประจำปีสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, เอกสารวิชาการ และเอกสารราชการที่เกี่ยวข้อง

6.3.3 ประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่ทำหน้าที่ติดตามข้อมูลการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ข้อมูล และความคิดเห็น

6.3.4 แบ่งกลุ่มวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลด้านการกระจายทรัพยากร การให้บริการในโรงพยาบาล, ประสิทธิภาพการให้บริการ

6.3.5 วิเคราะห์และสรุปภาพรวมการจัดบริการสุขภาพ ผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพ และแนวทางรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสม

6.3.6 ประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องเสนอรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม

ⁱ ข้อมูลสุขภาพของคนไทย ปี 2548 ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
<http://www.thaihealth.or.th/content.php?SystemModuleKey=MainContent2&id=1475> 6/02/2005

ⁱⁱ ประมวลร่างข้อเสนอแนะสำหรับการประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 7

ⁱⁱⁱ **What is the WHO Health System Performance Framework?**

<http://www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm> 6/02/2005

บทที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข

2.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

การจัดบริการสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา เพื่อตอบสนองต่อแนวคิดและปรัชญาด้านสุขภาพ รวมทั้งรับถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งคุณภาพชีวิต พฤติกรรมด้านสุขภาพ ตลอดจนสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยซึ่งมีแนวโน้มดีขึ้นตลอดช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา จนอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยเมื่อแรกเกิดปี 2547 เพิ่มขึ้น 72 ปี¹ ทั้งนี้มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยสำคัญได้แก่ เป้าหมายของการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันมุ่งเน้นในเรื่องการสร้างประสิทธิภาพ โดยควบคุมต้นทุนเป็นหลัก ควบคู่กับเพิ่มการเข้าถึงบริการ จะเห็นได้ว่าตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ผู้บริหารในระดับต่าง ๆ พากันชี้ทิศทางให้มีการลดไขมันในระบบบริการสาธารณสุข² มีการปรับเปลี่ยนระบบการเงินการคลังสุขภาพ จากการจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลของรัฐในลักษณะ Global Budget ร่วมกับปล่อยให้มีการเรียกเก็บค่าบริการรักษาพยาบาลผู้รับบริการในลักษณะของ Fee For Service โดยมีระบบ Safety Net รองรับผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ไปเป็นระบบการจัดสรรงบประมาณให้ตามจำนวนประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ครั้งละ 30 บาทในประชาชนบางกลุ่ม ทำให้ภาระของประชาชนด้านการรักษาพยาบาลลดลง พร้อมกับรายรับของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่เก็บจากประชาชนก็ลดลงด้วย เมื่อเทียบกับภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังจำกัดค่าใช้จ่ายรายหัวประชากรต่อปีเพียง 1202 บาท ถึง 2 ปี³ ก่อนจะเพิ่มค่าใช้จ่ายรายหัวให้เป็น 1308 และ 1396 บาท ในช่วง 2 ปีหลัง ซึ่งก็เป็นเพียงการเพิ่มตามเงินเดือนที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น การจัดบริการสาธารณสุขในทุกระดับจึงต้องคำนึงถึงการลดต้นทุนเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีนโยบายขยายบริการปฐมภูมิ โดยปรับเปลี่ยนบทบาทของสถานอนามัยไปเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน จัดทำมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน และเพิ่มจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นโดยเฉพาะในเขตเมือง การลงทุนในครุภัณฑ์ ที่ดินสิ่งก่อสร้างหยุดชะงัก เนื่องจากได้รับทรัพยากรจำกัดเพียงแค่ 80-90 บาทต่อ

¹ อายุคาดเฉลี่ยประชากรไทย 2547

² รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สรุปสาระสำคัญการบรรยายหัวข้อเรื่อง “นโยบายรัฐบาลด้านหลักประกันสุขภาพ” โดย นางสุดารัตน์ เกตุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2544 เวลา 8.30-9.30 น. ณ ห้องสันพระเนตร โรงแรมปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่

³ งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว

หัว ซึ่งไม่เพียงพอแม้แต่จะใช้ในการ Maintenance และ Replacement ทรัพยากรที่มีอยู่ ส่งผล
กระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุขอย่างมาก

ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน โรคติดเชื้อที่เคย
เป็นปัญหาใหญ่ แต่สามารถควบคุมกำกับ และก่อให้เกิดอัตราตายไม่สูง ได้ปรับเปลี่ยนเป็นโรคติด
เชื้อที่รุนแรง และติดต่อ่ายดายขึ้น รวมทั้งมีอัตราตายสูง ได้แก่โรคติดเชื้อไวรัส HIV ซึ่งกลายเป็น
สาเหตุการตายหลักทั้งหญิงและชายไทย และยังมีโรคติดเชื้อไวรัสที่รุนแรงใหม่ ๆ เข้ามาทั้ง SARS
และ ไข้หวัดนกที่กำลังเป็นปัญหาใหญ่ในปัจจุบัน โรคติดเชื้อที่เคยเป็นปัญหาในอดีตและเคย
ควบคุมกำกับได้เป็นอย่างดี เริ่มมีการกระจายมากขึ้น ได้แก่ วัณโรค ขณะที่ไข้เลือดออกและโรค
เอดส์ที่เป็นปัญหามาจนถึงปัจจุบันก็ยังควบคุมได้อย่างจำกัด และขยายการติดเชื้อไปครอบคลุมกลุ่ม
เสี่ยงใหม่ ๆ มากขึ้น เช่น ไข้เลือดออกขยายกลุ่มเสี่ยงจากเด็กไปติดเชื้อในผู้ใหญ่มากขึ้น และโรค
เอดส์กระจายลงไปยังวัยรุ่น และแม่บ้าน เป็นต้น ขณะที่การจัดบริการสาธารณสุขปรับโครงสร้าง
อัตรากำลังตามปรัชญา และแนวคิด ในการปฏิรูประบบราชการและการปฏิรูประบบสุขภาพเป็น
หลัก จนไม่อาจรองรับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงและเพิ่มขึ้นได้ทัน

เทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้าอย่างมาก การรักษาพยาบาลโรคที่เคยรักษาได้จำกัดใน
อดีต ก็สามารถให้การรักษาได้มากขึ้นไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง รวมทั้งโรคอื่น ๆ ระบบ
สารสนเทศเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการจัดบริการสาธารณสุข และกลายเป็น โครงสร้างพื้นฐาน
ที่สำคัญในการจัดบริการ การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทยปัจจุบันยังมีปัญหาอย่างมากใน
เรื่องโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ ทั้งในส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ ๆ และระบบสารสนเทศ
สำหรับงานบริการสาธารณสุข เนื่องจากขาดการลงทุนอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานานนับตั้งแต่วิกฤต
เศรษฐกิจเป็นต้นมา

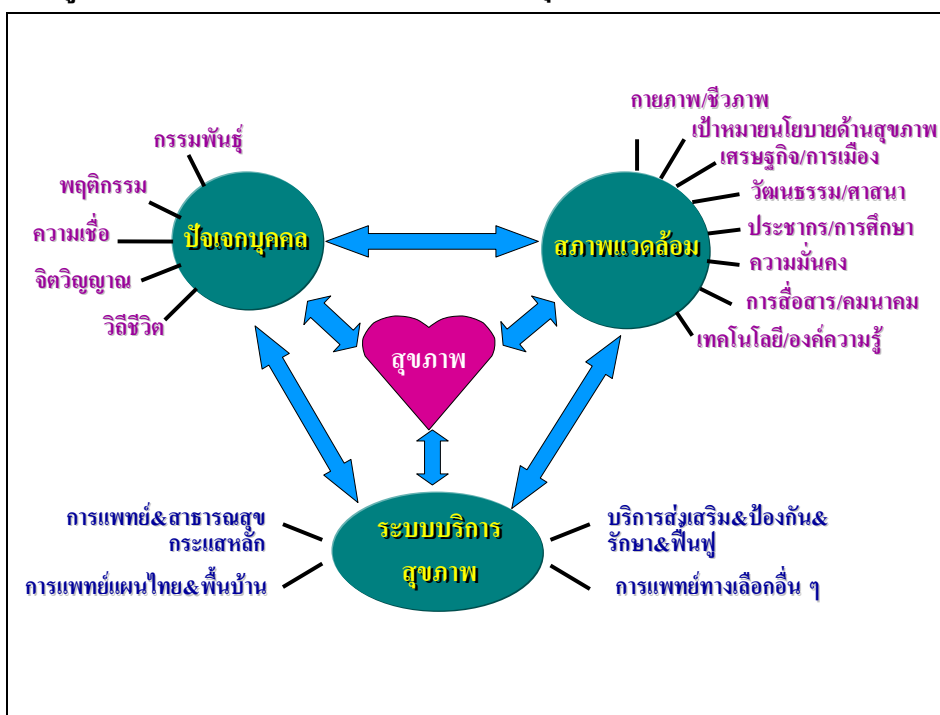
2.2 การทบทวนวรรณกรรม

การจัดบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ ซึ่งมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับ
สภาพแวดล้อม ปัจเจกบุคคล และส่งผลถึงสุขภาพของแต่ละบุคคล ดังแผนภูมิที่ 2.1⁴ ปัจจัยที่ส่งผล
กระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข กลุ่มใหญ่ ๆ จึงได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรซึ่งเป็น
ผลมาจากปัจเจกบุคคล ปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรม ความ
เชื่อ วิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดโรค หรือลดโรค กลายเป็นภาวะผิดปกติหรือ
โรคที่ต้องการบริการสาธารณสุข รวมทั้งเทคโนโลยีการแพทย์และเทคโนโลยีอื่น ๆ ซึ่งมีการ

⁴ อัมพล จินดาวัฒนะ ความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ ในผลกระทบการกระจายอำนาจต่อ
ระบบบริการสาธารณสุขในทศวรรษหน้า 28 กพ. 2548

เปลี่ยนแปลงรวดเร็วกว่าในอดีตอย่างมาก⁵ และมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงรวดเร็วยิ่งขึ้น จนส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ไม่สามารถกำหนดหรือควบคุมกำกับได้ แต่ยังมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข และสามารถกำหนดได้ คือ เป้าหมายด้านสาธารณสุขและนโยบายของประเทศ

แผนภูมิที่ 2.1 ความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ



1. เป้าหมายด้านสาธารณสุขของประเทศ เป้าหมายสำคัญด้านสาธารณสุขของทุกประเทศ คือให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม การบรรลุเป้าหมายนี้ไม่ได้ขึ้นกับการจัดบริการสาธารณสุข เพียงปัจจัยเดียว (Thus health outcomes do not depend only on access to health care) แต่ยังขึ้นอยู่กับ ปัจจัยต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันดังแผนภูมิที่ 1

1.1. เมื่อพิจารณาถึงจุดมุ่งหมายเฉพาะของการจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งทุกประเทศให้ความสำคัญ พบว่า ประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ มีเป้าหมายเฉพาะในการจัดบริการสาธารณสุขดังต่อไปนี้

1.1.1. การให้บริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ (Quality)

1.1.2. การจัดบริการให้ทั่วถึง ทุกคนในประเทศสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยสะดวก (Access) ซึ่งหมายรวมถึง การให้บริการให้เสมอภาคและเป็นธรรม

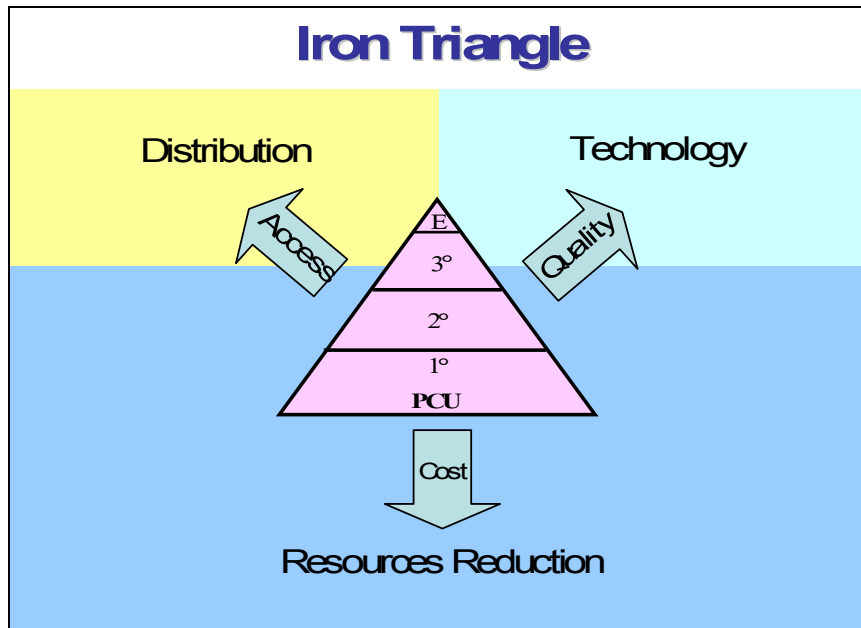
⁵ A. Harrison, J. Dixon, B. New, K. Judge Funding the NHS Can the NHS cope in future? BMJ 1997;314:139 (11 January)

1.1.3. การจัดบริการโดยใช้ทรัพยากรที่สมเหตุสมผล มีประสิทธิภาพ (Cost)

1.1.4. การจัดบริการให้บรรลุประสิทธิภาพของการจัดบริการสาธารณสุข

จุดมุ่งหมาย 3 ข้อแรก เป็นจุดมุ่งหมายหลักของการจัดบริการ (“Iron Triangle”: Access, Cost, Quality)⁶ ซึ่งต้องบรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ข้ออย่างสมดุล จึงจะเกิดผลดีต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังแผนภูมิที่ 2.2

แผนภูมิที่ 2.2 เป้าหมายสำคัญของการจัดบริการสาธารณสุข



หากมุ่งเน้นให้บรรลุเป้าหมายข้อใดข้อหนึ่งมากเกินไป จะส่งผลกระทบต่อเป้าหมายอีกสองข้อที่เหลือ เช่น การจัดบริการสาธารณสุขโดยมุ่งเน้นเป้าหมายให้เกิดคุณภาพในการให้บริการ ก็จำเป็นจะต้องทุ่มทรัพยากร และให้ความสำคัญกับสถานบริการที่ต้องการให้บริการที่มีคุณภาพ ให้ได้รับทรัพยากรตามมาตรฐาน เช่นมีแพทย์เฉพาะทางครบถ้วนทุกสาขาตามภารกิจที่กำหนด มีเครื่องมือทันสมัยเพียงพอและพื้นที่การจัดบริการเหมาะสม ย่อมทำให้ทรัพยากรรวมตัวในจุดที่ต้องการให้เกิดการจัดบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ทำให้บรรลุเป้าหมายในแง่ของ Access และ Cost น้อยลง เป็นต้น ในทางกลับกันหากมุ่งเน้นเป้าหมายเรื่อง Cost ก็จะพยายามจำกัดการใช้งบประมาณสำหรับด้านสุขภาพ จึงไม่สามารถขยายบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ และไม่สามารถจัดบริการให้เกิดคุณภาพได้ หรือหากมุ่งเน้นให้เกิดการเข้าถึงบริการได้ทั่ว ก็ต้องสร้าง และกระจายทรัพยากรสุขภาพ

⁶ Harry A. Sultz, Kristina M. Young. Health Care USA understanding its Organization and Delivery, 4th edition. Boston Massachusetts: Jones & Bartlett publishing, 2003.

ไปทั่ว ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรสุขภาพจำนวนมาก และต้องกระจายทรัพยากรสุขภาพออก สถานบริการมีจำนวนมากจนแต่ละแห่งไม่ได้รับทรัพยากรสาธารณสุขมากเพียงพอ ที่จะให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดได้ การจัดบริการสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายทั้งสามข้อให้ได้สมดุลกัน จึงจะเกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชน

2. สภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข

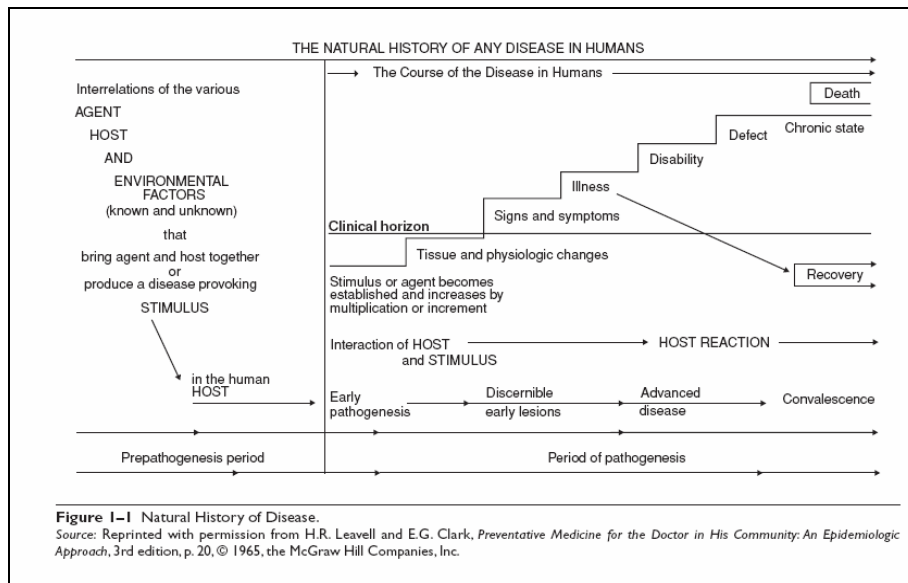
2.1. Demographic Change

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไป จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องจัดบริการสาธารณสุขเฉพาะเพื่อรองรับปัญหาและโรคของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ทรัพยากรสาธารณสุขที่จำเป็นต้องใช้จะต้องเพิ่มขึ้นเมื่อมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น เป็นต้น

2.2. Problem And Demand

โรคและภาวะผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวกระทำทำให้เกิดโรค (agent) เช่น เชื้อโรค, มนุษย์(host) และ สิ่งแวดล้อม(Environment) เมื่อการปฏิสัมพันธ์ก่อให้เกิดความผิดปกติ(Pathogenesis) ก็เกิดเป็นโรคขึ้น การส่งเสริมสุขภาพคือการดำเนินการให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรงและมีโอกาสทำให้เกิดโรคได้ยาก และการป้องกันโรคคือการป้องกันไม่ให้มีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้น ระหว่างตัวกระทำทำให้เกิดโรคกับมนุษย์ หรือทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น ก่อนที่จะเกิดความผิดปกติขึ้น (Prepathogenesis) แต่เมื่อเกิดโรคขึ้นแล้วก็ต้องให้การรักษาพยาบาล และหากมีความพิการเกิดขึ้นไม่ว่าชั่วคราวหรือถาวรก็ต้องมีการฟื้นฟูสภาพ หากความผิดปกติหรือโรครุนแรงมากก็เสียชีวิต ดังแผนภูมิที่ 2.5

แผนภูมิที่ 2. 3 Natural History of Disease⁷



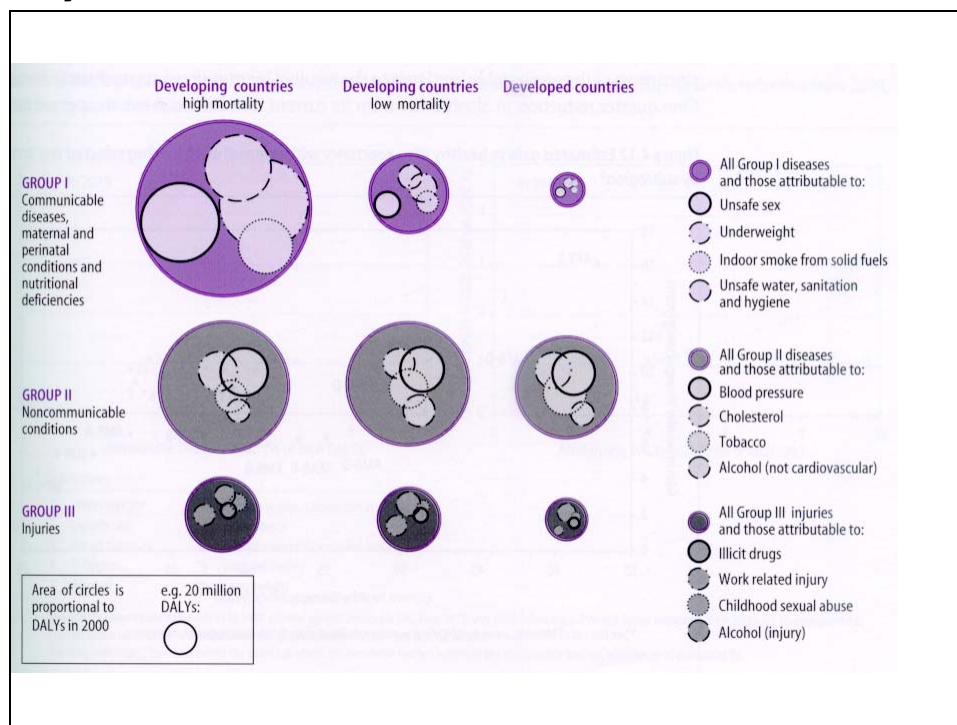
WHO ได้แบ่งกลุ่มโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาเป็น 3 กลุ่มใหญ่⁸ ได้แก่

- 2.2.1. Communicable Disease, Maternal and Child Conditions, Nutritional Conditions ซึ่งมีขนาดและขอบเขตของปัญหาไม่มากนักในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ประเทศกำลังพัฒนายังเป็นปัญหาที่สำคัญอยู่
- 2.2.2. Non Communicable Disease มีขอบเขตและขนาดของปัญหาใหญ่ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในทุกประเทศ
- 2.2.3. Injuries มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา

⁷ H.R. Leavell and E.G. Clark, *Preventative Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic Approach*, 3rd edition, p. 20, © 1965, the McGraw Hill Companies, Inc.

⁸ The WorldHealth Organisation. WHO report 2002. แหล่งที่มา <http://www.dmh.go.th/download/who.asp> มกราคม 2548

แผนภูมิที่ 2. 4 Burden of Disease in Developing, Developed Countries



อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาใหม่ ๆ ที่แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วได้แก่ปัญหา โรคติดเชื้อจากไวรัสในสัตว์ เช่น SARS, ไข้หวัดนก, การก่อการร้าย ซึ่งก่อให้เกิดการบาดเจ็บล้มตายจำนวนมากกว่าอุบัติเหตุ และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาแตกต่างกันไปจากโรคติดเชื้อเดิม และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเดิม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้

2.3. Technology Change

การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุขมากที่สุด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่อาจบอกผลกระทบได้อย่างตรงไปตรงมา เทคโนโลยีบางอย่างไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อบริการสาธารณสุข แต่มีผลข้างเคียงต่อการจัดบริการสาธารณสุข ตัวอย่างเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุขได้แก่

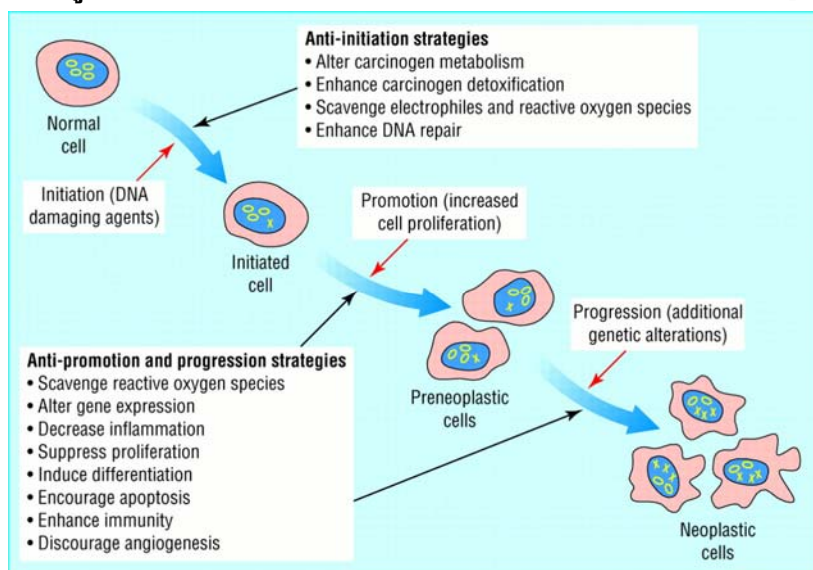
- 2.3.1. ความก้าวหน้าด้าน Information Technology, Telecommunication และ Mobile Computing ทำให้การจัดบริการเปลี่ยนรูปไป ตัวอย่างที่เห็นชัดเจนที่สุดได้แก่ Primary Care ซึ่งเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการที่สถานบริการเป็นการให้บริการผ่าน Phone Call โดยมีพยาบาลวิชาชีพรับโทรศัพท์พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไข

ปัญหา ตลอดจนเชื่อมโยงกับแพทย์ และห้องฉุกเฉินกรณีจำเป็น⁹ รวมทั้งการให้บริการที่สถานีอนามัย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีการติดต่อรับคำแนะนำปรึกษาแพทย์ผ่าน Internet และ Web Cam ตลอดเวลา เป็นต้น

2.3.2. ความก้าวหน้าในการพัฒนา DNA Vaccine นำไปสู่การพัฒนาเพื่อใช้สำหรับ โรคไม่ติดต่อ (Non-Infectious Disease) เช่น DM, Cancer, Alzheimer's Disease รวมทั้งการสูบบุหรี่ หรือยาเสพติด เป็นต้น (Development of vaccines against non-infectious diseases (such as cancer, diabetes, and Alzheimer's disease) and nicotine and cocaine dependence will provide alternative treatments Vaccines against biological weapons will be possible by advances in DNA vaccines)¹⁰

2.3.3. ความก้าวหน้าในการป้องกันโรคมะเร็งโดยใช้ยา Cancer Chemoprevention ออกฤทธิ์ป้องกัน Cell ปกติที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็น Cell มะเร็งในระยะต่างๆ กัน ซึ่งมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนทิศทางการรักษาโรคมะเร็งโดยสิ้นเชิง ซึ่งการลงทุนในเทคโนโลยีรักษามะเร็งต้องพิจารณาถึงความก้าวหน้าเหล่านี้¹¹

แผนภูมิที่ 2.5 กลไกการทำงานของการรักษาโรคมะเร็งโดยวิธีการ Chemoprevention



⁹ V. Lattimer, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1998;317:1054-1059

¹⁰ Gregory A Poland, *chief*^a, Dennis Murray, *senior research fellow*^b, Ruben Bonilla-Guerrero, *senior research fellow*^a. New vaccine development. *BMJ* 2002;324:1315-1319 (1 June)

¹¹ R. Elliott, , T. J. Ong. Nutritional genomics *BMJ* 2002;324:1438-1442 (15 June)

2.3.4. ความก้าวหน้าด้าน Genetics และ NanoTechnology รวมทั้ง Robot ส่งผลกระทบต่อเทคโนโลยีในการจัดบริการสาธารณสุข

3. Health Service Strategy

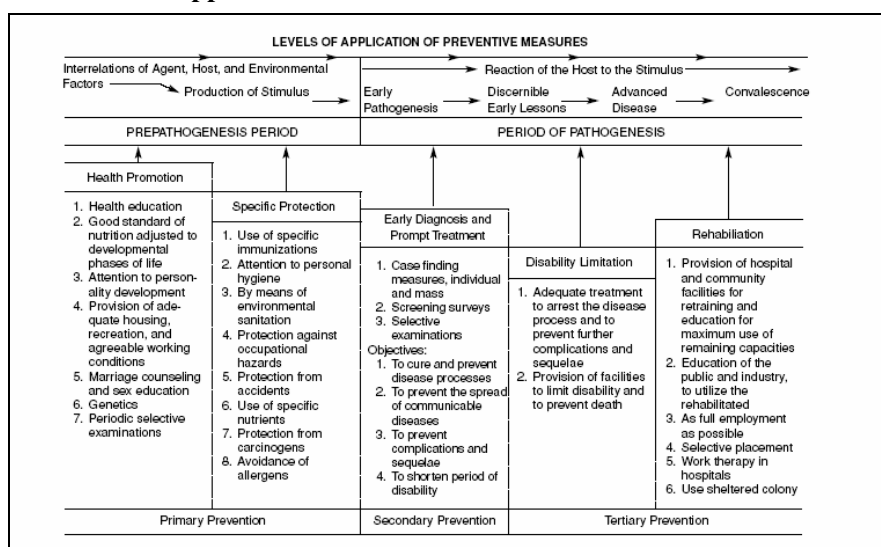
ยุทธศาสตร์หลักด้านสาธารณสุข ตลอดเวลาที่ผ่านมา ระบบบริการสาธารณสุขใช้ ยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ดังต่อไปนี้ (แผนภูมิที่ 6)

- 3.1. Health Promotion คือการส่งเสริมสุขภาพ หรือสร้างสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดโอกาสในการเกิดโรคได้ การส่งเสริมสุขภาพมิได้เกี่ยวข้องเพียงเรื่ององค์ความรู้ในเรื่องโรคนั้นๆ แต่ยังเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิต (Life Style) การจัดบริการด้าน Health Promotion จึงเป็นบริการเชิงรุก โดยมีกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทั่วไปสำหรับคนทุกเพศ ทุกวัย และทุกสถานที่
- 3.2. Disease, Conditions Prevention คือการป้องกันโรค ก่อนที่ร่างกายจะเกิดความผิดปกติขึ้น โดยการลดความรุนแรงของตัวกระทำให้เกิดโรค หรือสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย หรือทำให้มีโอกาสดังกล่าวสัณฐานระหว่างตัวกระทำให้เกิดโรคกับร่างกายลดลง การจัดบริการด้าน Prevention เป็นบริการเชิงรุกที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะแตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่
- 3.3. Curative คือการรักษาพยาบาล มุ่งเน้นปรับเปลี่ยน ความผิดปกติ หรือโรค ให้กลับคืนมาสู่สภาพปกติ โดยไม่ให้ความผิดปกติ หรือโรครุนแรงขึ้นจนเกิดความพิการหรือความตาย การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลจะครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มที่เจ็บป่วย หรือเกิดโรคขึ้น
- 3.4. Rehabilitation คือการฟื้นฟูสภาพ เมื่อความผิดปกติหรือโรคก่อให้เกิดความพิการไม่ว่าจะชั่วคราวหรือถาวร ทำให้ต้องมีการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ร่างกายและจิตใจกลับมาอยู่ในสภาพที่ใกล้เคียงปกติ หรือให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การจัดบริการฟื้นฟูสภาพจะครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีความต้องการเท่านั้น

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยที่ผ่านมาจัดระบบแบบผสมผสาน (Integrated Health Service System) โดยรวมยุทธศาสตร์ทั้ง 4 อยู่ในระบบเดียว เนื่องจากการใช้ทรัพยากรร่วมกัน จึงมีแนวคิดที่จะลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยการเน้นยุทธศาสตร์เชิงรุกให้มากขึ้น ได้แก่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยคาดหวังว่าจะสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมได้ในระยะยาว อย่างไรก็ตาม หลักฐานที่ปรากฏพบว่าการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคนั้นสามารถลดค่าใช้จ่ายเฉพาะโรคได้บางโรค โดยลดอัตราป่วยและอัตราตายรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลโรคนั้น ๆ ลงได้ แต่กลุ่มคนที่ไม่เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคที่ป้องกันได้ ก็จะเข้าสู่ วงจรการชราภาพและเจ็บป่วยเรื้อรังเนื่องจากร่างกายและอวัยวะเสื่อมสภาพ ทำให้ต้องจัดระบบ บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเพื่อรองรับมากขึ้น ซึ่งในระยะยาวกลับยัง ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพสูงขึ้นไปอีก อาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน โรค สามารถลดอัตราเจ็บป่วย และตาย รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพบางกลุ่มโรคลงได้ แต่ไม่ สามารถทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมลดลงได้ในระยะยาว

แผนภูมิที่ 2.6 Levels of Application of Preventive Measures¹²



2.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เป้าหมายการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทยในระยะต่าง ๆ ช่วง 2539-2546

- 1.1. รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 ได้กำหนดสิทธิแก่ประชาชนเพิ่มขึ้นชัดเจน ซึ่งระบุไว้ใน มาตรา 52 ว่า ¹³“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ..” และมาตรา 82 ระบุว่า“รัฐต้องจัดและส่งเสริม การสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

¹² H.R. Leavell and E.G. Clark, Preventative Medicine for the Doctor in His Community: An Epidemiologic, Approach, 3rd edition, p. 272–273, © 1965, the McGraw Hill Companies, Inc.

¹³ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. เล่ม 114 ตอนที่ 55 ก ราชกิจจานุเบกษา 11 ตุลาคม 2540.

1.2. แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) มีการระบุไว้ในยุทธวิธีการพัฒนาสาธารณสุข ข้อ 2.4 ว่า ¹⁴ “เร่งรัดการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม หลักประกันนี้จะต้องครอบคลุมบริการหลักด้านสุขภาพ (core health services) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ”

1.3. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 – 2549) ระบุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของการพัฒนาสุขภาพว่า¹⁵ “การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขถ้วนหน้า :เร่งสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาคถ้วนหน้า และเป็นธรรม โดยการปรับปรุงระบบและวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการ ปรับระบบการเงินการคลังและกลไกกำกับดูแลให้มีเอกภาพ โดยคำนึงถึงการคุ้มครองกลุ่มคนยากจนและผู้ด้อยโอกาส ทั้งนี้ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของสังคม.....”

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าประเทศไทยให้ความสำคัญกับเป้าหมายเรื่องการจัดบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงเป็นหลักใหญ่ จนถึงกับบังคับไว้ในรัฐธรรมนูญ และระบุชัดเจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทั้งสองแผน

การจัดบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง (Access) กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับเป้าหมายนี้มาโดยตลอดในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา โครงการต่าง ๆ จะเป็นการขยายการให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นโครงการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน หรือทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัย ¹⁶ มีการขยายเตียงของโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ ภายใต้กองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาค เพื่อรองรับการจัดบริการสาธารณสุขในภูมิภาค เมื่อใช้จำนวนประชากรต่อเตียงเป็นตัวชี้วัด จะเห็นได้ว่าจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นโดยตลอด ตามระยะเวลาที่ผ่านมา ขณะที่การกระจายของเตียงในภาคต่าง ๆ มีความแตกต่างกันมากในช่วงปี 2539-2543 แต่พบว่ามี ความแตกต่างกันลดลงในช่วงปี 2544-2546 ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายการกำหนดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความเหมาะสม

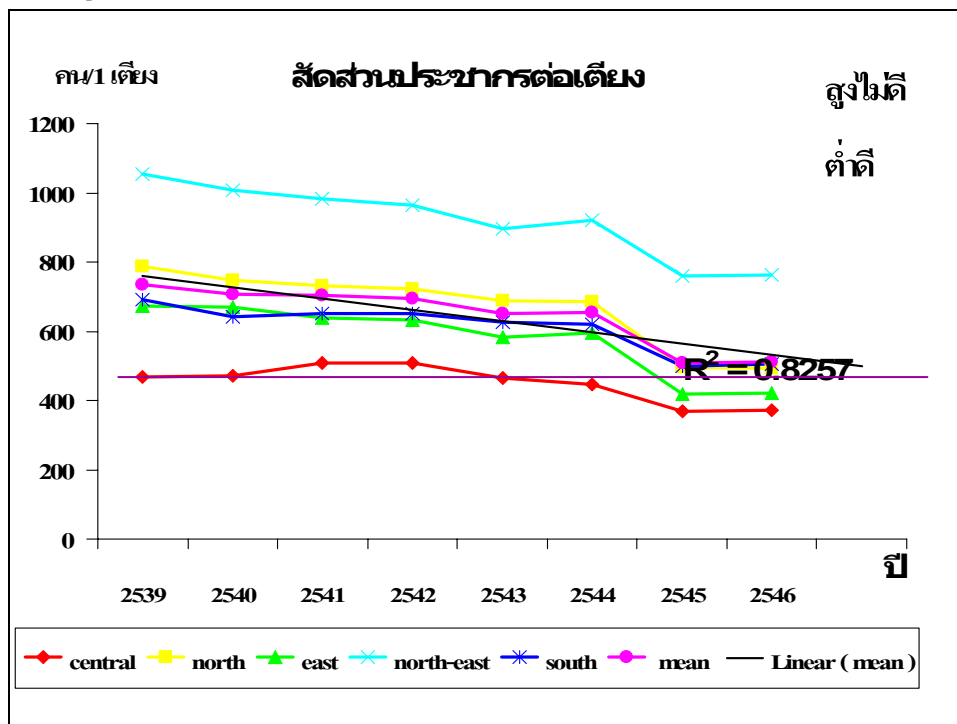
¹⁴ คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8. แผนพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก ; 2539.

¹⁵ คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 .แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ แผน 9 พ.ศ. 2545-2549. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2544.

¹⁶ กองสาธารณสุขภูมิภาค.รายงานประจำปี 2539 กองสาธารณสุขภูมิภาค.นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.2539.

ในแต่ละพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีปัญหาเรื่องทรัพยากรสาธารณสุขน้อยกว่าภาคอื่น ๆ ก็มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนทรัพยากรต่อประชากรเพิ่มขึ้นมาตลอดจนถึง ปี 2546¹⁷ ดังแผนภูมิที่ 2.7

แผนภูมิที่ 2. 7 แสดงสัดส่วนประชากรต่อเตียงเปรียบเทียบรายภาคตั้งแต่ 2539-2546



เมื่อดูจากดัชนีชี้วัดในเรื่องอายุคาดเฉลี่ยตั้งแต่แรกคลอดของประชาชนในภาคต่าง ๆ เปรียบเทียบกัน ดังตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า อายุคาดเฉลี่ยของประชาชนในภาคอีสานสูงกว่าประชาชนไทยโดยเฉลี่ย ส่วนประชาชนในภาคเหนืออายุคาดเฉลี่ยสั้นที่สุด เมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ ทั่วประเทศ¹⁸ ดังนั้นหากมีทรัพยากรสาธารณสุขเพิ่มเติม ภาคเหนือควรเป็นลำดับความสำคัญต้น ๆ ที่ควรได้รับการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขเพิ่มเติมมากที่สุด อาจสรุปได้ว่า ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายในการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั่วถึง และเป็นธรรมได้มากขึ้น อย่างน่าพอใจในระยะเวลาที่ผ่านมา

¹⁷ สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. รายงาน 0110 รง 5. นนทบุรี: สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2540.

¹⁸ สำนักงานสถิติแห่งชาติ Burden of diseases and injuries in Thailand MOPH Nov 2002

ตารางที่ 2. 1 อายุคาดเฉลี่ยประชาชนไทยตั้งแต่แรกคลอดแยกชายภาคปี 2543

ภาค	ชาย	หญิง
ใต้	70.1	78.7
กลาง	67.4	75.9
อีสาน	68.2	74.4
เหนือ	63.7	71.6
ทั่วประเทศ	67.2	74.8

การจัดบริการให้มีคุณภาพ (Quality)

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการจัดบริการให้ได้มาตรฐานมาตั้งแต่ปี 2532 โดยจัดทำมาตรฐานของระบบบริการขึ้นที่เรียกว่า มาตรฐานพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุข (พบส.) ขึ้นครอบคลุมบริการทุกอย่างในสถานบริการทุกระดับ อย่างไรก็ตามมาตรฐานดังกล่าว มุ่งเน้นไปที่ Input ส่วนครุภัณฑ์ และบริการที่จัดในแต่ละระดับบริการเป็นหลัก¹⁹ ช่วงปี 2537-2539 กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพ โดยมุ่งเน้นไปที่การจัดบริการด้านหน้าให้สวยงาม (โครงการพัฒนาระบบบริการด้านหน้า²⁰ มีการประเมินและให้รางวัลโรงพยาบาลที่จัดภูมิทัศน์สวยงาม²¹ อย่างไรก็ตามช่วงนั้นเริ่มมีความสนใจความพึงพอใจของผู้รับบริการมากขึ้น กระบวนการพัฒนาคุณภาพในยุคนั้น เริ่มมีการใช้ กระบวนการ Total Quality Management เป็นพื้นฐานในการพัฒนา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่เป็นระบบ เริ่มต้นขึ้นหลังปี 2540 โดยมีโรงพยาบาลที่ดำเนินการพัฒนาเพื่อให้ผ่านการรับรองมาตรฐาน ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)²² และมาตรฐาน

¹⁹ กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.มาตรฐานการพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุข.นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.2539.

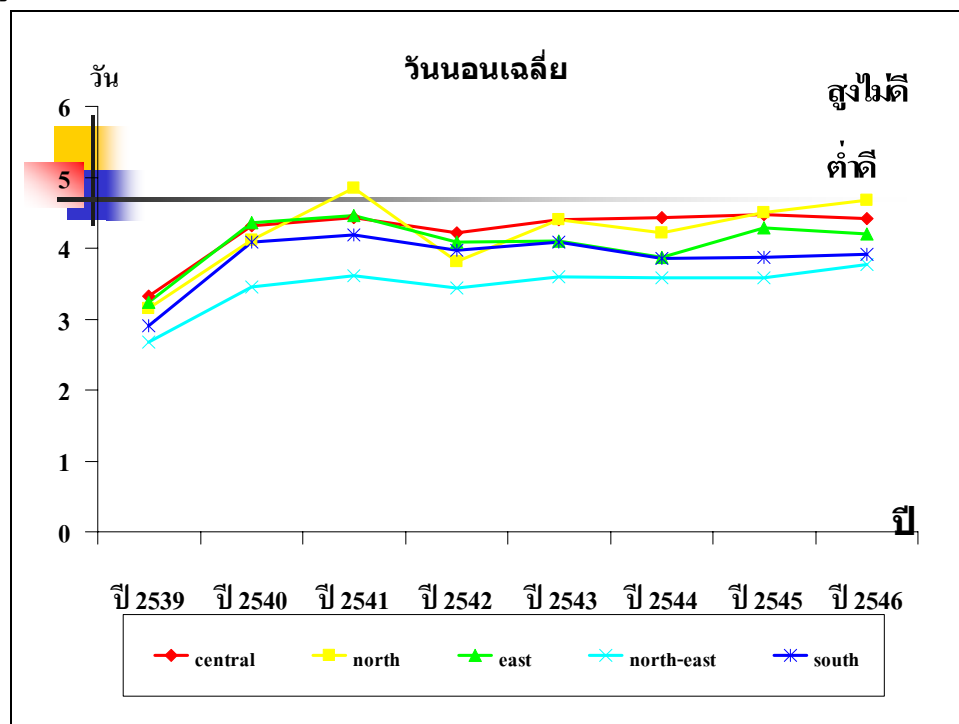
²⁰ กองโรงพยาบาลภูมิภาค.รายงานประจำปี2539 กองโรงพยาบาลภูมิภาค.นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.2539.

²¹ นโยบายการพัฒนาระบบบริการด้านหน้าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของ เรือโท วิฑูร แสงสิงแก้ว ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2540 ณ. โรงแรมปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 11-12 พย. 2539

²² สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แหล่งที่มา <http://www.ha.or.th/> ธันวาคม 2547

ISO ²³ อย่างไรก็ตามเมื่อมองดูผลของการจัดบริการโดยใช้ตัวชี้วัดเป็นจำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อการนอนโรงพยาบาล พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในปี 2545, 2546 ทั้งที่แนวโน้มวันนอนเฉลี่ยของโรงพยาบาลในประเทศที่พัฒนาแล้วลดลงอย่างมาก ดังแผนภูมิที่ 8 แสดงให้เห็นว่าการรักษาพยาบาลใช้เวลามากขึ้น ซึ่งแสดงว่าคุณภาพบริการด้อยลงหรืออาจเกิดจากผู้ป่วยหนักมีโอกาสดำเนินการได้มากขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใด การที่จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ตรงกันข้ามกับแนวโน้มวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในประเทศต่างๆที่พัฒนาแล้ว บ่งชี้ว่าการให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทยควรต้องมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น ในแง่ขีดความสามารถในการรักษา พยาบาล ซึ่งหมายรวมถึงการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทั้งเครื่องมือ และบุคลากร เพื่อที่จะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ในเวลาอันรวดเร็วกว่าการรักษาโดยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ยังล้าหลัง

แผนภูมิที่ 2. 8 วันนอนเฉลี่ย เปรียบเทียบรายภาค ตั้งแต่ปี 2539-2546



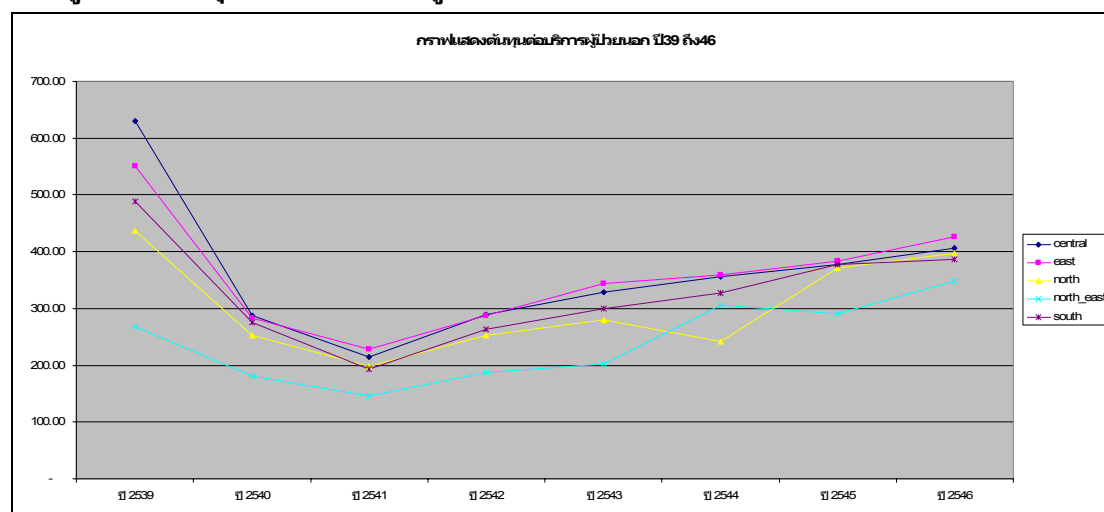
ต้นทุนของระบบบริการ(Cost)

นับตั้งแต่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายสำคัญเพื่อรองรับปัญหาที่เกิดจากเวชภัณฑ์ที่มีราคาแพงขึ้น เนื่องจากการลดค่าของเงินบาท โดยจัดให้มี

²³ กองสาธารณสุขภูมิภาค.รายงานประจำปี2541 กองสาธารณสุขภูมิภาค.นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.2541.

นโยบาย Good Health at Low Cost²⁴ ซึ่งเน้นการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น มีมาตรการต่าง ๆ ในการจัดหาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนมีการจัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยา เพื่อให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้รับความรู้ราคาขายของยาทุกตัวจากทุกบริษัท สถานะการเงินของโรงพยาบาลต่าง ๆ กลับดีขึ้นกว่าช่วงก่อนที่จะมีวิกฤตเศรษฐกิจ หากใช้ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโดยใช้วิธีปรับหน่วยผู้ป่วยในให้เป็นผู้ป่วยนอกเป็นตัวชี้วัดพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอกลดลงหลังจากปี 2539 อย่างมาก ลดลงต่ำสุดในปี 2541 และเพิ่มขึ้นช้า ๆ²⁵ ดังแผนภูมิที่ 9 ซึ่งอาจเกิดจากอัตราเงินเฟ้อ และเงินเดือนบุคลากรที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นในระบบอย่างมากหลังจากเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ และประสิทธิผลของนโยบาย Good Health at Low Cost เป็นอย่างดี

แผนภูมิที่ 2. 9 ต้นทุนต่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบรายภาค ตั้งแต่ปี 2539-2546



ภาพรวมของการบรรลุเป้าหมายในการจัดบริการสาธารณสุข ช่วงปี 2539-2546

อาจสรุปได้ว่าในช่วงตั้งแต่ปี 2539-2546 การจัดระบบบริการสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายมากขึ้นในแง่ของการเข้าถึงบริการ(Access) และการควบคุมต้นทุน(Cost) เมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดดังแผนภูมิที่ 2.7 และแผนภูมิที่ 2.9 อย่างไรก็ตามหากจะมองในแง่คุณภาพเมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัด

²⁴ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หลักการและมาตรการปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์. ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2541.

²⁵ กลุ่มงานสารสนเทศ สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานะการเงินการคลังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป. สำนักพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข. 2545.

ในแผนภูมิที่ 2.9 การจัดระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยสำหรับอนาคต ยังคงมีปัญหาคือ จะต้องพัฒนาด้านคุณภาพต่อไป

2. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย ในช่วงปี 2527-2562

ตารางที่ 2.2 โครงสร้างประชากรไทย พ.ศ.2527-2562

โครงสร้างประชากร	ปี (พ.ศ)					
	2527...	2539...	2544	2545	2546...	2562
(จำนวนประชากร)	50,637	60,003	62,914	63,430	63,959	70,213
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
วัยเด็ก	36.9	27.4	25.2	24.9	24.5	20.0
วัยทำงาน	57.4	64.4	65.5	65.7	65.9	65.3
วัยสูงอายุ	5.7	8.2	9.3	9.4	9.6	14.7
จำนวนปีที่แตกต่างกัน	12		23			

ที่มา: คาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2533-2563 สำนักงานสถิติแห่งชาติ²⁶

จะเห็นได้ว่าจำนวนที่อยู่ในวัยทำงานในปี 2546 มีจำนวน 65.9% ซึ่งเป็นช่วงที่มีสัดส่วนสูงที่สุด และจากช่วงปี 2546-2563 มีแนวโน้มว่า จำนวนผู้ที่อยู่ในวัยทำงานและวัยเด็กจะลดลง ขณะที่ ผู้สูงอายุเพิ่มสัดส่วนขึ้น ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในการจัดบริการเปลี่ยนแปลงไป การจัดบริการสาธารณสุขจะเปลี่ยนแปลงไปจากสัดส่วนของประชากรในวัยต่าง ๆ โดยเฉพาะระบบ การเงินการคลังสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบอย่างมากน่าจะเป็นกองทุนประกันสังคมและสิทธิประโยชน์ ของประกันสังคม

3. ปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของประเทศไทยในช่วง 2539-2547

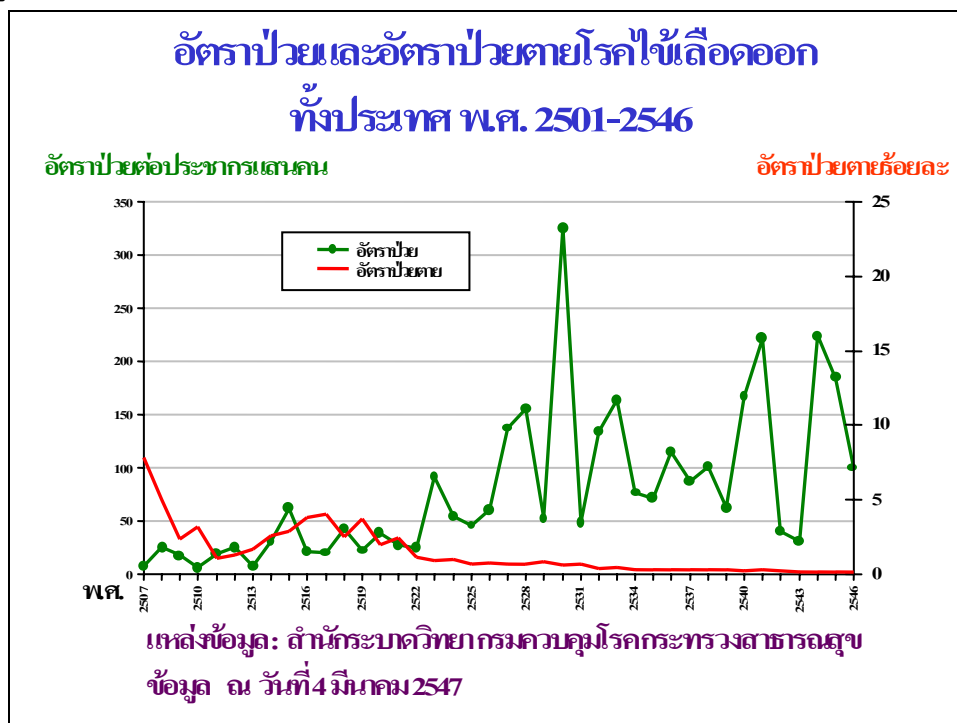
²⁶ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ประชากรโลก : ประเทศไทย, แหล่งที่มา

<http://www.nso.go.th/thai/stat/summary/analyse/popworld.html> มกราคม 2548

3.1. กลุ่มโรคติดเชื้อในประเทศไทย

ถึงแม้ว่าประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะมีปัญหาความสูญเสียจากโรคติดเชื้อลดลง แต่ในประเทศไทยโรคติดเชื้อบางกลุ่มนอกจากไม่ได้ลดจำนวนการเจ็บป่วยลงแล้ว ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก ไม่ว่าจะเป็น วัณโรค หรือโรคติดเชื้อไวรัสเช่น ไข้เลือดออก อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าอัตราป่วยจะไม่ลดลงเท่าที่ควร แต่อัตราตายของโรคไข้เลือดออกก็ลดลงอย่างมาก²⁷ นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มเกิดโรคติดเชื้อไวรัสใหม่ ๆ ที่มีความรุนแรงสูง และมีโอกาสติดต่อแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วเช่น โรคซาร์ส, ไข้หวัดนก ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับอนาคต มีความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

แผนภูมิที่ 2.10 อัตราป่วยและอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ปี 2501-2546



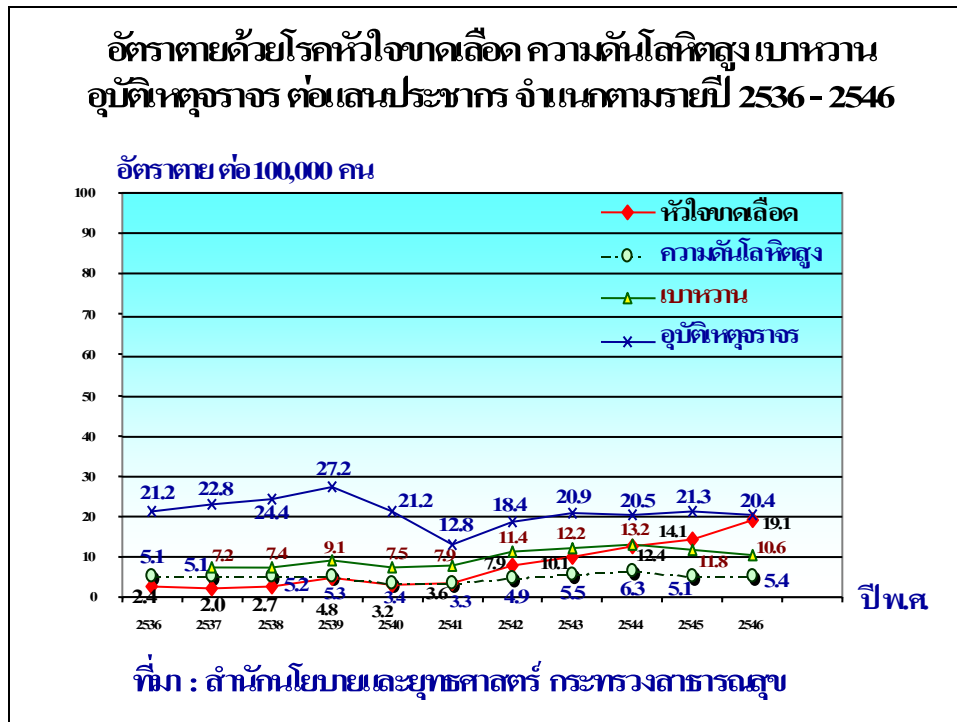
3.2. กลุ่มโรคไม่ติดเชื้อและอุบัติเหตุในประเทศไทย

เมื่อพิจารณาอัตราตายจากโรคในกลุ่ม NCD แล้วพบว่า โรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเป็นสาเหตุการตายของประชาชนไทยมากขึ้นชัดเจน ขณะที่เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มี

²⁷ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคไข้เลือดออก = Dengue haemorrhagic fever. แหล่งที่มา <http://epid.moph.go.th/> มกราคม 2548

แนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อ 4-5 ปีก่อนหน้าเริ่มชลอตัวลง ส่วนอุบัติเหตุจราจรยังคงเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ และยังมีอัตราค่อนข้างคงที่ในช่วงเวลาที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า อัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดในปี 2546 สูงขึ้นมากจนใกล้เคียงกับอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร²⁸

แผนภูมิที่ 2.11 อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อุบัติเหตุจราจร ต่อแสนประชากร จำแนกตามปี ตั้งแต่ 2536-2546



3.3. Burden of Diseases ในประเทศไทย

ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุความสูญเสียจากการตายของประชาชนไทย 5 ลำดับแรก ซึ่งพบว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ HIV สูงที่สุด รองลงมาเป็นเรื่องของอุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายเช่น โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคมะเร็งตับ สาเหตุความสูญเสียจากการตายของประชาชนไทยทั้ง 5 ลำดับนี้เป็นสาเหตุเกือบ 50% ของความสูญเสียทั้งหมด

²⁸ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

แหล่งที่มา http://203.157.19.191/input_bps.htm มกราคม 2548

ตารางที่ 2.3 YLL(Years of life lost) ซึ่งเป็น Mortality Burden 5 ลำดับแรก by cause and sex Thailand 1999²⁹

ลำดับ	ชาย/โรค	YLL	%	หญิง/โรค	YLL	%
1	HIV/AIDS	939,528	22	HIV/AIDS	344,337	13
2	Traffic Accidents	477,070	11	Stroke	255,058	10
3	Liver Cancer	244,735	6	Diabetes	164,521	6
4	Stroke	238,766	6	Liver Cancer	116,802	5
5	Ischemic heart disease	154,806	4	Traffic accidents	105,651	4

ตารางที่ 2.4 แสดงสาเหตุการสูญเสียจากเสื่อมสมรรถภาพ หรือพิการ จากโรคหรือภาวะต่าง ๆ 5 ลำดับแรกของทั้งเพศชายและหญิง จะเห็นได้ว่า 2 ลำดับแรกของเพศชายเป็นเรื่องการใช้ยา เช่นยาเสพติด และการเสพยา ส่วนลำดับที่ 3 เป็นโรคซึมเศร้า ทั้งสามนี้ต้องอาศัยการดูแลด้านสุขภาพจิต ขณะที่เพศหญิง ในลำดับต้นก็เป็นโรคซึมเศร้าเช่นเดียวกัน ลำดับตามหลังมาจึงเป็นเรื่องของความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคข้อเสื่อม เป็นต้น

ตารางที่ 2.4 YLD(Years lost due to Disability) ซึ่งเป็น Disability Burden 5 ลำดับแรก by cause and sex Thailand 1999³⁰

ลำดับ	ชาย/โรค	YLD	%	หญิง/โรค	YLD	%
1	Drug Dependence	131,029	9	Depression	145,175	10
2	Alcohol Dependence	107,716	8	Osteoarthritis	117,853	8
3	Depression	95,382	7	Anemia	112,859	8
4	Deafness	93,497	7	Diabetes	102,636	7
5	Osteoarthritis	93,445	7	Cataracts	96,091	7

ตารางที่ 2.5 แสดงสาเหตุของความสูญเสียจากการตายและความพิการเนื่องจากโรคหรือภาวะผิดปกติต่าง ๆ 5 ลำดับแรกของทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งส่วนใหญ่ยังคงเป็นเรื่องของการติดเชื้อ HIV, อุบัติเหตุ และโรคที่เกิดจากความเสื่อมอายุของร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น

²⁹ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, Burden of Disease and Injuries in Thailand, 1999

³⁰ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, Burden of Disease and Injuries in Thailand, 1999

ตารางที่ 2.5 DALYs (Disability Adjusted Life years) ซึ่งเป็น Burden of Disease 5 ลำดับแรก by cause and sex Thailand 1999

ลำดับ	ชาย/โรค	YLD	%	หญิง/โรค	YLD	%
1	HIV/AIDS	960,087	17	HIV/AIDS	372,947	9
2	Traffic Accidents	510,907	9	Stroke	280,673	7
3	Stroke	267,587	5	Diabetes	145,336	7
4	Liver Cancer	248,083	4	Depression	118,384	4
5	Diabetes	168,372	3	Cataracts	117,994	3

ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ

การจัดบริการสาธารณสุขจะต้องรองรับเป้าหมายด้านสาธารณสุข ปัญหาและความต้องการด้านสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งมีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม แต่กลับปรากฏว่ามีปัญหาในการกำหนดเป้าหมายและนโยบายสาธารณสุข ในช่วงดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และปัญหาในการจัดระบบบริการสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

1. ตั้งสมมติฐานผิดพลาดในเรื่องทรัพยากรสาธารณสุข เช่น ทรัพยากรสาธารณสุขทั่วประเทศมีเพียงพอ มีแต่ปัญหาเรื่องการกระจายทรัพยากรไม่เหมาะสมเท่านั้น เป็นต้น
2. เป้าหมายที่กำหนดไว้มุ่งตอบสนองต่อปรัชญาเรื่องความเท่ากัน(Equality) เช่น ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลต้องใช้เวลา และมีความสะดวกเท่ากันในการรับบริการสถานบริการระดับสูงเท่าเทียมกับประชาชนที่ดั่งบ้านเรือนอยู่หน้าศูนย์ตติยภูมิเฉพาะโรค การจัดสรรเงินหมายจ่ายต่อหัวที่ระดับอำเภอ ต้องเท่ากับที่ระดับจังหวัด โดยไม่คำนึงถึงภารกิจที่แตกต่างกันในการให้บริการ
3. กำหนดเป้าหมายในการสร้างประสิทธิภาพของระบบโดยการจำกัดทรัพยากรสาธารณสุข เช่น กำหนดการจัดสรรงบประมาณกองทุนสำรองฉุกเฉิน โดยจ่ายให้เพื่อเติมรายรับรวมไม่เกินรายจ่าย 90% ของปีก่อนหน้า เป็นต้น
4. การจัดระบบบริการไม่คำนึงถึงปัญหาและความต้องการสาธารณสุขของประเทศไทย ดังจะเห็นได้ว่าตั้งแต่เริ่มต้นออกแบบสิทธิประโยชน์ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ก็ไม่รองรับปัญหาเรื่อง HIV/AIDS ซึ่งเป็นภาระในลำดับแรกของ Years of Life Lost ของประชาชนไทย ทั้งชายและหญิง และยังเป็นลำดับแรกของ Disability Adjusted Life Years ของประชาชนไทยชายอีกด้วย นอกจากนี้ ยังไม่ครอบคลุมปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งกลายเป็นเรื่องใหญ่ รวมทั้งเรื่อง Drug Dependence และ Alcohol Dependence ซึ่งเป็นภาระใหญ่ลำดับต้น ๆ ของ Years Lost due to Disability ทำให้ระบบบริการสาธารณสุข ไม่ตอบสนองต่อปัญหาที่เป็นภาระลำดับต้น ๆ ของประเทศ

5. ระบบการเงินการคลังที่จัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขให้แก่ผู้ให้บริการเป็นเหมาจ่ายรายหัว โดยแยกเรื่องค่ารักษาพยาบาลที่มีรายจ่ายสูง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ออกมาพร้อมกับอุบัติเหตุ ให้เป็นการจ่ายตาม Activities โดยใช้ Diagnostic Related Group เป็นหลัก โดยไม่ดูภาระโรคซึ่งสองกลุ่มนี้เป็นภาระสูงคิดลำดับต้น ๆ ทำให้งบประมาณในส่วนค่ารักษาพยาบาลที่มีรายจ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน จัดไว้ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการจัดบริการสาธารณสุข

1. กำหนดเป้าหมายสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงโดยเน้นจุดที่ควรเน้น โดยอาศัยตัวชี้วัดจากข้อมูลที่มีอยู่ เช่น ขณะนี้ ปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีปัญหาน้อยกว่าเดิม และมีแนวโน้มดีขึ้นมาโดยตลอด ขณะที่ปัญหาเรื่องคุณภาพบริการสาธารณสุขมีมากขึ้น และมีแนวโน้มแย่ลง ตามปริมาณทรัพยากร และการลงทุนที่ถูกจำกัดและไม่เพียงพอ จึงควรกำหนดเป้าหมายหลักเป็นเรื่องการเพิ่มคุณภาพบริการสาธารณสุข เป็นต้น นอกจากนี้การจัดบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังมีปัญหาเรื่องการจำกัดต้นทุน ทั้งส่วนดำเนินการและงบลงทุน จึงควรปรับเปลี่ยนเป้าหมายเรื่องประสิทธิภาพ แทนที่จะเน้นการจำกัดทรัพยากร ควรปรับเปลี่ยนเป็นการเพิ่มผลิตภาพ โดยอาศัยตัวชี้วัดที่เหมาะสม และเติมโครงสร้างพื้นฐานให้กับสถานบริการสาธารณสุขที่ยังมีส่วนขาดให้พร้อม
2. การจัดบริการสาธารณสุขควรคำนึงถึงปัญหาสาธารณสุข และความต้องการที่จะมีมาในอนาคต ระบบต้องรองรับปัญหาหลัก ๆ ที่เป็นภาระครบถ้วน ได้แก่ HIV/AIDS, Drug Dependence, ปัญหาสุขภาพจิต และความเสื่อมที่เกิดจากวัยชรา
3. การคิดถึงงบประมาณสาธารณสุข ควรใช้ภาระโรคที่เกิดขึ้น และกำหนดวงเงินที่จะไปจัดการกลุ่มโรคที่ก่อปัญหาสาธารณสุข ทั้งนี้ปัญหาแต่ละกลุ่มอาจมีวิธีบริหารจัดการไม่เหมือนกัน เช่น โรคบางกลุ่มไม่เหมาะที่จะจัดระบบการเงินการคลังแบบเหมาจ่ายรายหัว เป็นต้น

บทที่ 3 รูปแบบของสถานบริการสาธารณสุข

3.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมีวิวัฒนาการ จากอาศัยหมอพื้นบ้านเป็นที่พึ่งยามเจ็บไข้ได้ป่วย โดยใช้ภูมิปัญญาไทย มาเป็นการพึ่งพาระบบบริการสาธารณสุขและการแพทย์แผนปัจจุบัน การจัดบริการสาธารณสุขในภาครัฐ โดยเฉพาะสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นการประสมประสานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ เชื่อมโยงต่อเนื่องกันเป็นเครือข่าย โดยระบบส่งต่อ ทั้งนี้บริการสาธารณสุขที่จัดให้ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมกกว่าองค์กรอื่น สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในกระทรวงอื่น ๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการในระดับตติยภูมิ มักเป็นโรงพยาบาลใหญ่ ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร หรือจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค และมีบทบาทภารกิจด้านการเรียนการสอน การวิจัย หรือบทบาทภารกิจด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากบริการสาธารณสุข เช่น สถานบริการในสังกัดกระทรวงกลาโหมเป็นต้น ขณะที่บริการสาธารณสุขที่จัดโดยภาคเอกชนมักอยู่ในเขตเมืองที่มีเศรษฐกิจดี และประชาชนมีรายได้สูง ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการแบบ Stand Alone โดยมุ่งเป้าหมายไปยังการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ภายหลังเริ่มมีการรวมกันเป็นเครือข่าย โดยมุ่งเน้นไปที่การบริหารต้นทุน และขยายควบรวมกิจการ โดยมีเป้าหมายทางธุรกิจเป็นหลัก หากพิจารณาจำนวนสถานบริการต่าง ๆ ทั่วประเทศ พบว่า สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนมากที่สุด และกระจายไปทุกภูมิภาค ทั่วประเทศไทย โดยมีสถานบริการครบถ้วนทุกระดับ ตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ไปจนถึงบริการตติยภูมิขั้นสูง

เมื่อประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเมื่อปี 2540 จากเงื่อนไขในการปฏิรูประบบราชการ ที่ธนาคารพัฒนาเอเชีย และธนาคารโลกให้การสนับสนุนภายใต้เงินกู้เพื่อปรับเปลี่ยนโครงสร้าง สาธารณะของประเทศไทย ทำให้มีสถานบริการของรัฐในรูปแบบใหม่ที่เรียกว่าโรงพยาบาลในกำกับรัฐ ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์กรมหาชน¹ จากที่วางแผนคัดสรรไว้เบื้องต้นจำนวน 7 แห่ง เมื่อดำเนินการพบว่ามีโรงพยาบาลในกำกับรัฐที่สามารถดำเนินการได้จริงมีเพียงจำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งมีขนาด 120 เตียงอย่างเป็นทางการ แต่ให้บริการจริงถึงประมาณ 200 เตียง

สำหรับสถานบริการสาธารณสุขในการดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เป็นระดับโรงพยาบาลนั้นมีจำนวนน้อย ประมาณ 5 แห่ง โดยไม่นับรวม โรงพยาบาลของกรุงเทพมหานคร ฯ และไม่ค่อยได้รับความนิยมจากประชาชน ส่วนใหญ่จะเป็นศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตเทศบาล ซึ่งมีจำนวน 200 กว่าแห่ง ก่อนที่จะมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และในกรุงเทพมหานคร ฯ มีจำนวน 60 แห่ง หลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของบริการสาธารณสุขจากสถานีนามัย และ

¹ พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พศ. 2542

ศูนย์บริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเน้นบทบาทให้เป็นสถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ในช่วงแรกจึงกำหนดรูปแบบให้เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการรักษาพยาบาล โดยกำหนดมาตรฐานให้มีแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ² ในปี 2545 หน่วยราชการนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนหันมาดำเนินการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเพิ่มมากขึ้น จนทำให้จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ เมื่อรวมกับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มจำนวนขึ้นมากกว่า 10000 แห่งทั่วประเทศ จากเดิมที่มีสถานีนี้อยู่รวมกับศูนย์บริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประมาณ 9000 แห่งทั่วประเทศ แต่เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากรสาธารณสุขทั้งจำนวนบุคลากรเครื่องมือ และสถานที่ทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทของศูนย์สุขภาพชุมชนใหม่ โดยเน้นบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นหลัก และบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น

รูปแบบของสถานบริการสาธารณสุขกำลังจะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ผลของพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจ³ รวมทั้งการปฏิรูประบบราชการตามนโยบายของรัฐบาล

3.2 การทบทวนวรรณกรรม

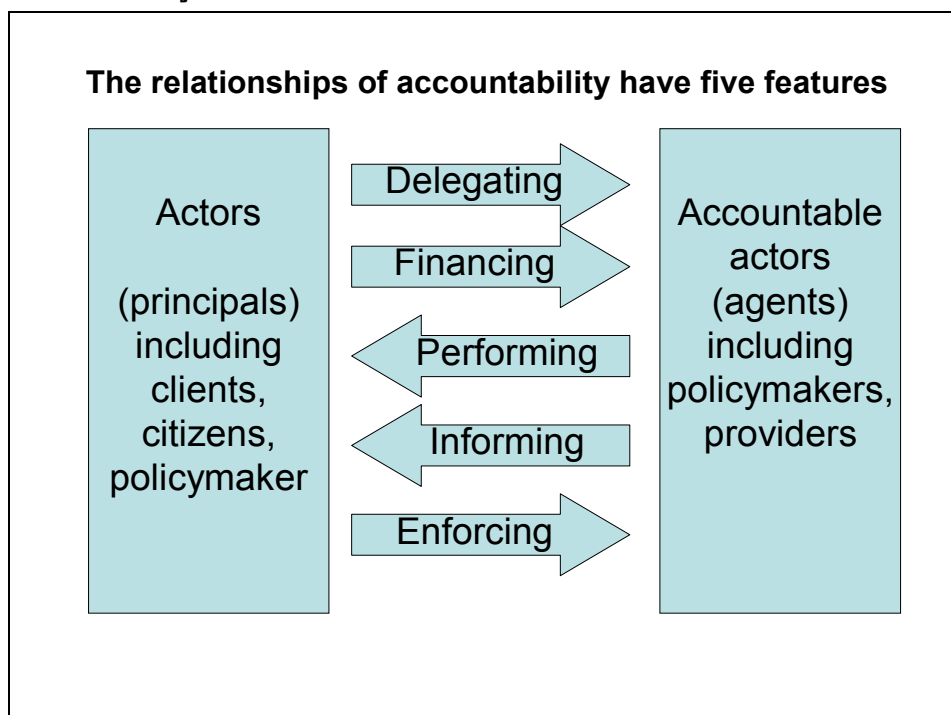
การจัดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความสลับซับซ้อน สรุปกรอบความสัมพันธ์ได้ดังแผนภูมิที่ 1 ซึ่งแสดงตัวอย่างได้ดังนี้ ประชาชนเลือกตั้งรัฐบาลเพื่อดำเนินการตามนโยบายที่ประกาศไว้ (Delegation) รัฐบาลจัดเก็บภาษีเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินนโยบาย (Finance) รัฐบาลจัดให้มีบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน (Performance) ประชาชนที่รับบริการประเมินรัฐบาลตามผลการจัดบริการ (Information) ประชาชนควบคุมกำกับการดำเนินการโดยตัดสินใจเลือกหรือไม่เลือกในครั้งต่อไป (Enforceability)⁴ กระบวนการที่ประชาชนควบคุมกำกับเพื่อให้ได้บริการที่พึงประสงค์จะเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการมอบอำนาจบทบาทภารกิจโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน (Delegation) มิเช่นนั้นการควบคุมกำกับและสั่งการก็ไม่เป็นธรรมและไม่สามารถก่อให้เกิดผลตามที่ต้องการแต่อย่างใด และต้องจัดทรัพยากรเพื่อให้บริการตามภารกิจอย่างเพียงพอมิเช่นนั้นการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามที่ต้องการก็ไม่เป็นธรรมและไม่เกิดผลสำเร็จ การใช้กลไกการเงินการคลัง (Finance) ก็ไม่สามารถสร้างความรับผิดชอบต่อภารกิจให้แก่ผู้ให้บริการได้ หากใช้กลไกการเงินการคลังเป็นตัวหลัก ผู้ให้บริการก็จะยึดประโยชน์ทางการเงินเป็นผลผลิตผลลัพธ์ที่ต้องการ (To be a “stakeholder” you need to put up a stake.)

² สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน, 2545

³ พระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พศ. 2542

⁴ The framework for service provision, WORLD DEVELOPMENT REPORT 2004

แผนภูมิที่ 3.1 An analytical framework: actors and accountabilities

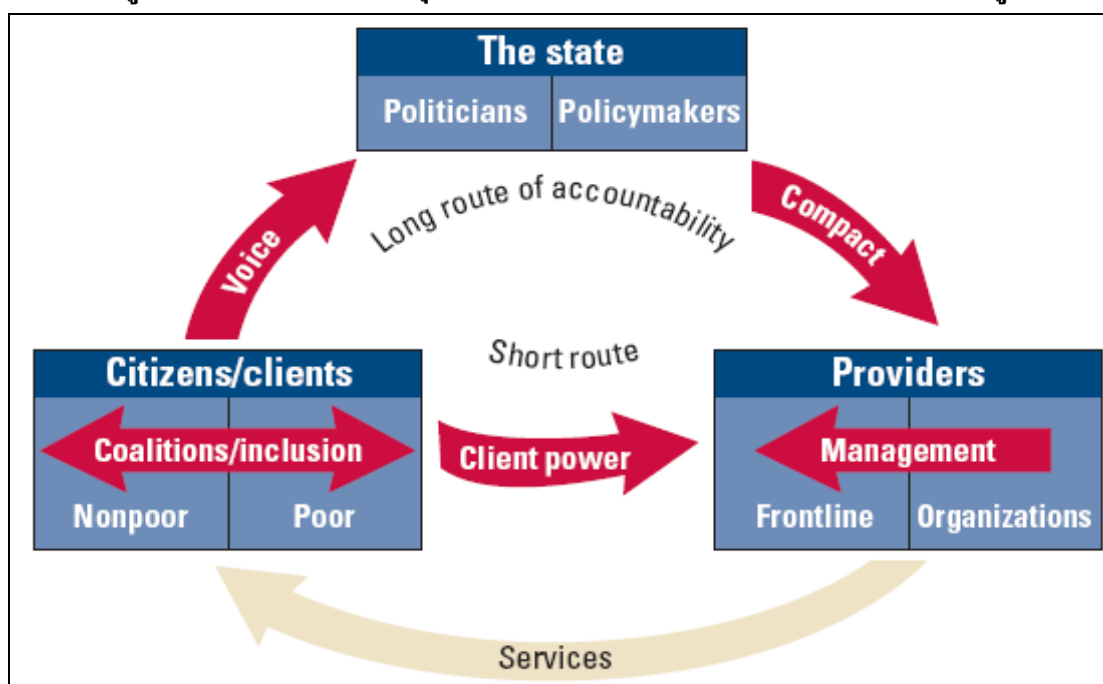


บทบาทต่าง ๆ ในระบบบริการสาธารณสุขประกอบด้วย

1. ประชาชนผู้รับบริการ
2. รัฐบาลหรือผู้กำหนดนโยบาย
3. หน่วยงานบริการเช่น กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ
4. ผู้ให้บริการด้านหน้า เช่น แพทย์ พยาบาลและวิชาชีพต่าง ๆ

ระบบในอุดมคติ ประชาชนผู้รับบริการแสดงความต้องการ (Voice) ผ่านรัฐบาลหรือผู้กำหนดนโยบาย รัฐบาลกำหนดนโยบายให้หน่วยงานบริการ หน่วยงานบริการบริหารผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพต่าง ๆ ซึ่งการควบคุมกำกับให้ผู้ให้บริการรับผิดชอบต่อผู้รับบริการผ่านกระบวนการนี้จะค่อนข้างยาว จึงควรมีกลไกในการให้ผู้รับบริการควบคุมกำกับผู้ให้บริการเพื่อให้รับผิดชอบในการให้บริการที่ตรงความต้องการและมีคุณภาพโดยตรง (Client Power) ดังแผนภูมิที่ 2 ทั้งนี้กลไกควบคุมกำกับนี้ควรจะสั้นและเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการให้สั้นที่สุดจึงจะเกิดประสิทธิผลตามต้องการ

แผนภูมิที่ 3.2 กลไกในการควบคุมกำกับให้บริการเป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการ



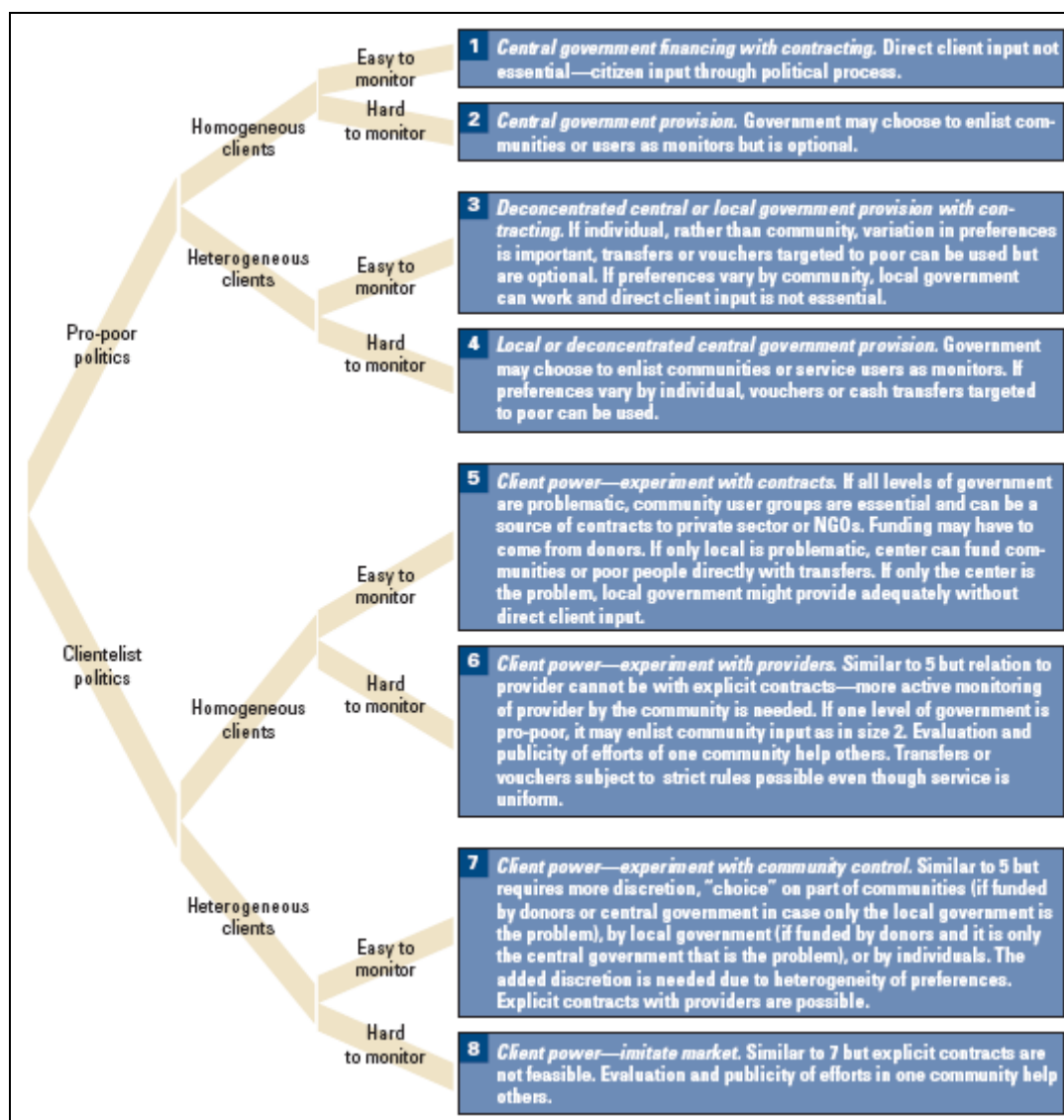
การจัดรูปแบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้เกิดกลไกในการรับผิดชอบต่อบริการที่ให้แก่ประชาชน

รูปแบบบริการสาธารณสุขในแต่ละประเทศจึงแตกต่างกันไปตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดกลไกควบคุมกำกับให้เกิดการรับผิดชอบต่อผู้รับบริการ หากกลไกทางอ้อมที่ควบคุมกำกับผ่านรัฐบาล (Long Route of Accountability) ไม่สามารถดำเนินการได้ ก็ควรพัฒนากลไกควบคุมกำกับไปยังผู้ให้บริการหรือหน่วยงานบริการโดยตรง (Short Route of Accountability) เพื่อให้เกิดการรับผิดชอบต่อบริการสาธารณสุข รูปแบบต่าง ๆ ในการควบคุมกำกับทั้งผ่านกลไกทางอ้อม และกลไกทางตรง ดังแผนภูมิที่ 3.3⁵ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่ากรอบแนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับการสร้างกลไกในการควบคุมกำกับซึ่งไม่ขึ้นอยู่กับชนิดของผู้ให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลรัฐ, โรงพยาบาลในสังกัดท้องถิ่น, โรงพยาบาลในกำกับรัฐที่เป็นองค์กรอิสระ หรือโรงพยาบาลเอกชน ก็ตาม ซึ่งแนวคิดนี้แตกต่างจากความพยายามปฏิรูประบบราชการในประเทศไทย ที่เน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและรูปแบบของหน่วยบริการ โดยให้ความสำคัญกับกลไกการควบคุมกำกับไม่มาก อย่างไรก็ตามได้แสดงตัวอย่างบริการสาธารณะ ซึ่งมีรูปแบบของผู้ให้บริการในรูปแบบต่างๆ ตั้งแต่เป็นบริการของรัฐจากกระทรวงต่าง ๆ ทั้งที่เป็นราชการ และองค์กรมหาชน บริการจากหน่วยงานเอกชนไม่แสวงหากำไร และบริษัทเอกชนแสวงหากำไรในประเทศบังคลาเทศ ดังตารางที่ 3.1⁶

⁵ *Clients and providers*, WORLD DEVELOPMENT REPORT 2004

⁶ The framework for service provision, WORLD DEVELOPMENT REPORT 2004

แผนภูมิที่ 3.3 การเพิ่มกลไกทางตรงในการควบคุมกำกับบริการสาธารณสุขให้ตรงกับความต้องการ
ของ ประชาชน



ตัวอย่างรูปแบบสถานบริการสาธารณะในบังคลาเทศ

Organizational providers take a variety of ownership and organizational structures

ตารางที่ 3.1 ตัวอย่างรูปแบบบริการสาธารณะในบังคลาเทศ

Ownership	Type of provider	Education services	Health services (ambulatory curative care)	Water services	Energy organization
Public sector	Ministry/department/ agency/bureau	Ministry of education schools (national, state/ outpatient clinics works province, municipal)	Ministry of health	Ministry of public	Ministry of energy
	Public sector Autonomous corporation	Autonomous universities	Autonomous hospitals	State water corporations	State electricity companies
Not-for-profit sector	Community owned	Informal schools Educo		Rural water associations	
	Not-for-profit organization (Catholic, Islamic)	Religious schools NGO-run schools (such as BRAC)	NGO-run clinics		
Private, for-profit sector	Small for-profit firms	Private, nonreligious schools	Private clinics	Informal water vendors	
	Large		Hospital chains	Private utilities	Private utilities

Note: Educo = El Salvador's Community-Managed Schools Program; NGO = Nongovernmental organization; BRAC = Bangladesh Rural Advancement Committee.

โรงพยาบาลในกำกับรัฐ Autonomous Hospital ในประเทศไทย

การศึกษาของผู้เชี่ยวชาญจาก World Bank ช่วงวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศไทยในปี 2540⁷ ได้ข้อสรุประบบสุขภาพของไทยในขณะนั้นกำลังเผชิญกับปัญหาดังนี้คือ

1. ปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป
2. ความไม่เท่าเทียมกันในภาวะสุขภาพ
3. การปฏิรูประบบราชการ และการกระจายอำนาจตามรัฐธรรมนูญ
4. ความต้องการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและเท่าเทียมกันมากขึ้น
5. ทรัพยากรสาธารณสุขลดลงเนื่องจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้ต้องจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จึงมีข้อเสนอแนะต่อประเทศไทยให้มีการพัฒนาดังนี้คือ

1. ปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณเป็น Population Based
2. เพิ่มความครอบคลุมสิทธิในการรักษาพยาบาลให้มากขึ้นนอกเหนือจากกลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือ
3. ให้รวมกองทุนสวัสดิการต่างๆ ที่มีอยู่หลากหลาย และทำให้มีมาตรฐานสอดคล้องกัน รวมทั้งดำเนินการเรื่องสิทธิประโยชน์ให้กลมกลืนใกล้เคียงกัน
4. กระจายบุคลากรลงไปในพื้นที่ชนบทเพิ่มขึ้น
5. กระจายบทบาทภารกิจด้านสุขภาพให้องค์กรเอกชน
6. กระจายอำนาจลงไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
7. จัดตั้งโรงพยาบาลในกำกับรัฐที่มีอิสระในการดำเนินการด้านการเงินการคลัง และบริหารจัดการ โดยนำร่องใน 7 โรงพยาบาล
8. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน
9. เน้นบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว
10. จัดกลุ่มสถานบริการสาธารณสุขเป็นเครือข่ายบริการ
11. ประกันคุณภาพบริการ และจัดระบบ Accreditation
12. ดำเนินโครงการนำร่องเรื่องระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ผลงาน

ประเทศไทยได้รับเงินกู้จาก World Bank ภายใต้โครงการ Public-sector Reform Loan โดยมีข้อตกลงในการดำเนินการเรื่องโรงพยาบาลในกำกับรัฐในโรงพยาบาลนำร่อง 7 แห่ง ขณะนั้นกองโรงพยาบาลภูมิภาครับผิดชอบในการดำเนินโครงการ เรื่องโรงพยาบาลในกำกับรัฐ และการนำร่องระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์ผลงาน⁸ โรงพยาบาลที่คณะผู้เชี่ยวชาญของธนาคารพัฒนาเอเชีย เสนอให้เป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีระบบการบริหารงานที่ดี จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ขอนแก่น สระบุรี นครพิงค์ ยะลา สตูล และบ้านแพ้ว เมื่อมีการดำเนินการ

⁷ The World Bank, Thailand Public Sector reform – Health, 18/05/1999.

⁸ กองโรงพยาบาลภูมิภาค

ตามนโยบายโรงพยาบาลในกำกับรัฐ ปรากฏว่ามีการดำเนินการจริงเพียง 1 แห่งเท่านั้นคือโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

3.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

1.1. โรงพยาบาลในประเทศไทย

ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีทรัพยากร และขีดความสามารถเพียงพอในการจัดบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมทั่วประเทศ แม้แต่พื้นที่ ๆ มีความเจริญเช่น กรุงเทพมหานครหรือเมืองใหญ่ ก็ไม่มีหน่วยงานใดมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดบริการให้ครอบคลุม ทำให้ทุกหน่วยงานที่มีทรัพยากรเพียงพอ และมีความต้องการให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับการสาธารณสุข พยายามสร้างโรงพยาบาลในสังกัดของตนเองขึ้น จึงเกิดเป็นโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงต่างๆ โรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจ แม้แต่ประชาชนเองก็ไม่ได้รับบริการสาธารณสุขจากภาครัฐอย่างเพียงพอ โรงพยาบาลเอกชนจึงเติบโตขึ้นมารองรับความต้องการด้านบริการสาธารณสุข และเป็นผู้ให้บริการที่มีจำนวนสถานบริการมากที่สุดจนถึงปี 2516⁹

ตารางที่ 3.2 จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดต่างๆ ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2516-2543

ปี/สังกัด	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง อื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	ร าช ก าร ท้องถิ่น	เอกชน	รวมทั้งสิ้น
2516	112(34.6)	65(20.1)	14(4.3)	6(1.8)	127(39.2)	324
2518	116(34.7)	64(19.2)	13(3.9)	6(1.8)	135(40.4)	334
2520	295(53.2)	68(12.3)	19(3.4)	6(1.1)	167(30.1)	555
2526	531(60.4)	67(7.6)	19(2.2)	6(0.7)	256(29.1)	879
2527	625(67.4)	58(6.2)	9(1.0)	6(0.6)	229(24.7)	927
2530	664(67.5)	66(6.7)	10(1.0)	6(0.6)	237(24.1)	983
2532	692(68.4)	64(6.3)	11(1.1)	7(0.7)	237(23.4)	1,011
2534	718(67.5)	70(6.6)	11(1.0)	8(0.8)	257(24.1)	1,064
2536	754(68.2)	68(6.1)	12(1.1)	8(0.7)	263(23.8)	1,105
2538	831(64.9)	73(5.7)	11(0.8)	8(0.7)	357(27.9)	1,280

⁹ รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข

ปี/สังกัด	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวง อื่น ๆ	รัฐวิสาหกิจ	ร าช ก าร ท้องถิ่น	เอกชน	รวมทั้งสิ้น
2540	845 (64.9)	79 (6.1)	11 (0.8)	8 (0.6)	358 (27.5)	1,301
2541	850 (63.5)	84(6.3)	21 (1.6)	10(0.7)	373 (27.9)	1,338
2542	855 (63.6)	84(6.2)	21 (1.6)	11(0.8)	374 (27.8)	1,345
2543	868 (67.1)	71(5.5)	9 (0.7)	14(1.1)	331 (25.6)	1,293

แต่เมื่อพิจารณาจำนวนเตียงทั่วประเทศ สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็มีจำนวนเตียงสูงที่สุด โดยมีจำนวนเตียงรวมทั่วประเทศเป็นสัดส่วนสูงถึง 60-70% ของจำนวนเตียงรวมทั่วประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่น รวมทั้งภาคเอกชน ดังตารางที่ 3.3

นับตั้งแต่ปี 2520 เป็นต้นมากระทรวงสาธารณสุขได้ขยายบริการสาธารณสุขเข้าไปในระดับอำเภอ พร้อมทั้งขยายขีดความสามารถและขอบเขตการให้บริการของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ความจำเป็นที่จะต้องจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานต่างๆ เช่นรัฐวิสาหกิจ และกระทรวงอื่น ๆ น้อยลง เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจขึ้นในช่วงปี 2526 ทำให้โรงพยาบาลเอกชนหยุดการขยายตัว และลดจำนวนลง หน่วยงานที่เคยจัดหน่วยบริการสาธารณสุขเองเริ่มแบกรับภาระไม่ไหว จึงลดจำนวนสถานบริการลง กระทรวงสาธารณสุขก็ยังขยายจำนวนหน่วยบริการเพิ่มขึ้นไปในพื้นที่ชนบท จนครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ และกลายเป็นผู้ให้บริการที่มีจำนวนสถานบริการกระจายมากที่สุดในประเทศ

ตารางที่ 3.3 จำนวนเตียงของโรงพยาบาลในสังกัดต่างๆ ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2516-2543¹⁰

ปี/สังกัด	กระทรวง สาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	รัฐวิสาหกิจ	ร าช ก าร ท้องถิ่น	เอกชน	รวมทั้งสิ้น
2516	34,206(67.5)	11,108(21.9)	671(1.3)	918(1.8)	3,746(7.4)	50,649
2518	36,201(66.5)	12,361(22.7)	591(1.1)	1,307(2.4)	3,963(7.3)	54,423
2520	40,712(64.3)	14,765(23.3)	635(1.0)	1,456(2.3)	5,785(9.1)	63,353
2522	44,964(66.9)	14,672(21.5)	843(1.2)	1,387 (2.0)	6,210(9.1)	68,076
2524	48,442(66.9)	13,912(19.2)	956(1.3)	1,558(2.1)	7,500(10.4)	72,368

¹⁰ รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข

ปี/สังกัด	ก ระ ทร ว ง สาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	รัฐวิสาหกิจ	ร า ช ก า ร ท้องถิ่น	เอกชน	รวมทั้งสิ้น
2526	53,943(68.8)	13,835(17.6)	823(1.0)	1,541(1.9)	8,296(10.6)	78,438
2528	56,286(69.5)	13,773(17.0)	951(1.2)	1,687(2.1)	8,275(10.2)	80,972
2530	57,766(65.9)	15,482(17.7)	2,243(2.6)	2,089(2.4)	9,974(11.4)	87,554
2532	58,927(65.5)	17,118(19.0)	2,335(2.6)	2,057(2.3)	9,545(10.6)	89,982
2534	62,250(66.3)	15,422(16.4)	2,178(2.3)	2,152(2.3)	11,877(12.6)	93,852
2536	65,558(64.8)	15,784(15.6)	2,229(2.2)	2,232(2.2)	15,363(15.2)	101,166
2538	73,191(61.8)	15,430(13.0)	2,333(2.0)	2,165(1.8)	25,298(21.4)	118,417
2540	79,818(60.3)	18,074(13.6)	2,360(1.8)	2,208(1.7)	29,945(22.6)	132,405
2541	81,035(60.4)	17,152(12.8)	2,541(1.9)	2,253(1.7)	31,123(23.2)	134,104
2542	82,085(60.7)	17,110(12.6)	2,541(1.9)	2,360(1.7)	31,207(23.1)	135,303
2543	87,752(64.4)	14,370(10.6)	2,439(1.8)	2,279(1.6)	29,361(21.6)	136,201

ในปี 2538 เศรษฐกิจประเทศไทยอยู่ในภาวะขาขึ้น กระทรวงสาธารณสุขใช้โอกาสนี้ในการขยายบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โดยการจัดหาครุภัณฑ์การแพทย์ และขยายโครงสร้างโรงพยาบาลชุมชน เข้าไปครอบคลุมพื้นที่ชนบทจนเกือบครบถ้วน มีการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมเกือบทุกอำเภอ ก่อนที่จะเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 การขยายบริการสาธารณสุขเข้าไปในชนบทโดยใช้โครงสร้างพื้นฐานเช่นอาคาร สิ่งก่อสร้างของโรงพยาบาลชุมชนเสร็จสิ้นก่อน ขณะที่ทรัพยากรด้านกำลังคนและครุภัณฑ์การแพทย์ต่าง ๆ ที่ต้องใช้เวลา 2-3 ปีกว่าจะมีการตั้งงบประมาณเข้าไปสนับสนุนสถานบริการที่เกิดขึ้นใหม่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้โรงพยาบาลชุมชนที่สร้างขึ้นใหม่จำนวนมากยังขาดบุคลากร และโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในการให้บริการสาธารณสุข ผลจากมาตรการจำกัดกำลังคนภาครัฐหลังวิกฤตเศรษฐกิจช่วงปี 2540¹¹ ยิ่งทำให้การหาบุคลากรเข้าไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นไปด้วยความยากลำบากมากขึ้นไปอีก เมื่อรวมกันกับการจำกัดการลงทุนภาครัฐยิ่งทำให้โรงพยาบาลเหล่านี้ต้องดิ้นรนในการหาทรัพยากรพื้นฐาน เพื่อใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม เมื่อประเทศไทยมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลจำนวนมากจึงยังไม่มีความพร้อมที่จะให้บริการและรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากผลของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

¹¹ มาตรการจำกัดกำลังคนภาครัฐ

1.2. สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐที่มีรูปแบบต่าง ๆ กัน ในสังกัดกระทรวงต่าง ๆ และสังกัดท้องถิ่น ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศโดยแบ่งบริการเป็นระดับต่าง ๆ การให้บริการสุขภาพในประเทศไทย โรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข รับภาระบริการส่วนใหญ่ ครอบคลุมถึง 80% ของบริการทั้งหมดทั่วประเทศ หากพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พบว่าเกินกว่า 90% อยู่ภายใต้สถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยบริการต่าง ๆ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ และมีการแบ่งแยกระดับบริการเป็นระดับต่าง ๆ ตามความยุ่งยากซับซ้อนของบริการ และความต้องการเทคโนโลยีและทรัพยากร

ตารางที่ 3.4 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ^{12 13 14}

พื้นที่	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5	-
	โรงพยาบาลทั่วไป	29	-
	กระทรวงสาธารณสุข	4	-
	กระทรวงมหาดไทยไม่รวม กทม.	5	-
	กระทรวงกลาโหม	7	-
	กรุงเทพมหานคร	8	-
	รัฐวิสาหกิจ	4	-
	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	1	-
	โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค	19	-
	ศูนย์บริการสาธารณสุข /สาขา	60/83	ครบทุกเขตใน กทม. ปริมณูมิ
	โรงพยาบาลชุมชน10เตียง (กทม.)	3	-
ภาค 4 ภาคและสาขา ต่างๆ	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	4	-
	โรงพยาบาลศูนย์	25	-
	โรงพยาบาลเฉพาะทางได้แก่	41	-
	โรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก	12	-

¹² รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

¹³ กรมปกครอง กระทรวงมหาดไทย

¹⁴ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ฯ

พื้นที่	สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ	จำนวน	ความครอบคลุม
	โรงพยาบาลจิตเวช	10	-
	โรงพยาบาลประสาท	2	-
	โรงพยาบาลโรคเรื้อรัง	1	-
	โรงพยาบาลโรคติดต่อ	2	-
	โรงพยาบาลทรวงอก	1	-
	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง	6	-
	ศูนย์บำบัดรักษาเสพติด	5	-
	ศูนย์การได้ยิน	1	-
	ศูนย์เพื่อผู้สูงอายุ	1	-
75 จังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	69	ครอบคลุม 100%
	โรงพยาบาลค่ายสังกัดกระทรวงกลาโหม	57	
795 อำเภอ	โรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	724	91%
	โรงพยาบาลในกำกับรัฐ (บ้านแพ้ว)	1	
	ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล(2543)	214	
81 กิ่งอำเภอ	โรงพยาบาลสาขา	2	
7255 ตำบล	สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน(2547) ¹⁵	10,573	ปฐมภูมิ (ทุกสังกัด)
72,118 หมู่บ้าน	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ชนบท 2544	69,372	
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เมือง 2544	2,820	

1.3. โรงพยาบาลในกำกับรัฐ¹⁶

รพ.บ้านแพ้ว เป็นโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับเปลี่ยนไปเป็นรพ. ในกำกับรัฐภายใต้พรบ. องค์การมหาชน ตามพรฎ. ซึ่งกรม.มีมติเห็นชอบตั้งแต่เดือนธันวาคม 2542

ระบบบริหาร

ก่อนปรับเปลี่ยน

ระบบบริหารเป็นแบบโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในระบบราชการ มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้า มีหน้าที่ในการบริหารจัดการ โรงพยาบาล อยู่ภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งอยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข การบริหารพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้าง ต้องดำเนิน

¹⁵ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน, 2547

¹⁶ สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลบ้านแพ้ว, 2544

ไปตามระเบียบพัสดุสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลได้รับเงินงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข ในแผนงานโครงการต่าง ๆ ซึ่งแยกหมวดเงินตามพรบ.งบประมาณในแต่ละปี ซึ่งรพ.ได้รับงบประมาณปี ละ 20-40 ล้านบาท และสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบและอัตราที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด เป็นเงินบำรุงของโรงพยาบาล ซึ่งมีระเบียบการใช้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนดและมอบ อำนาจให้กระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากระบบบริหารเป็นแบบราชการ ดังนั้นจึงมีข้อจำกัด และแนวทาง ปฏิบัติเช่นเดียวกับราชการทั่วไป

หลังปรับเปลี่ยน

บริหารโดยคณะกรรมการโรงพยาบาลจำนวน 11 คน ได้มาจากการสรรหา และแต่งตั้งโดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีวาระคราวละ 3 ปี ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน ตัวแทน ชุมชน 3 คน ผู้แทนจากหน่วยราชการ เช่นจากกระทรวงสาธารณสุข จังหวัด และอื่น ๆ 3 คน ทำหน้าที่ คัดเลือกและแต่งตั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการชุดนี้ โดยตำแหน่ง ซึ่งมี วาระ คราวละ 3 ปี ผู้อำนวยการทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ ออกกฎระเบียบต่าง ๆ เพื่อใช้ใน โรงพยาบาล โรงพยาบาลจะได้รับการสนับสนุนการเงินจากงบประมาณในรูปแบบเงินอุดหนุน จากรัฐบาล ในจำนวน เท่ากับ จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ รายละ 782 บาท ทั้งนี้โรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณ เป็น 60-70 ล้านบาทต่อปี โดยมีข้อตกลงว่าโรงพยาบาลจะต้องมีกิจกรรมและผลงานอย่างไรบ้าง และจะ วัดผลงานได้อย่างไร และสามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยได้ รวมเป็นเงินของโรงพยาบาล ทั้งนี้เงิน งบประมาณที่รัฐอุดหนุนหากประหยัดได้ ก็จะเก็บไว้ใช้ในต่อไปได้ หลังโครงการ 30 บาท รักษา ทุกโรค โรงพยาบาลบ้านแพ้วได้รับงบประมาณตามหลักเกณฑ์ของโครงการ โดยมี เงื่อนไขเช่นเดียวกับ โรงพยาบาลของรัฐอื่น ๆ โรงพยาบาลบ้านแพ้วไม่สามารถอยู่รอดได้ด้วยเงิน งบประมาณจากโครงการ 30 บาท เพียงอย่างเดียว เนื่องจากแบกภาระค่าใช้จ่ายสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ อื่น ๆ เช่นเงินเดือนบุคลากรที่สูงกว่าข้าราชการ โรงพยาบาลยังได้ขยายบริการไปรองรับผู้ประกันตนจาก ประกันสังคมและรับตรวจ สุขภาพ พร้อมกับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวที่มีจำนวนมากในจังหวัด สมุทรสาครอีกด้วย¹⁷

ระบบบุคลากร

ก่อนปรับเปลี่ยน

ระบบบริหารบุคลากรเป็นแบบโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ในระบบราชการ บุคลากรเป็นข้าราชการ และลูกจ้าง ซึ่งแบ่งเป็นลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราวที่ใช้เงินบำรุงในการจัดจ้าง เงินเดือนจะเป็นไป ตามระบบขั้นตำแหน่ง ซึ่งมีตารางเงินเดือนแบบเดียวกัน ข้าราชการและลูกจ้างประจำ จะได้รับการ จ้างงานจนเกษียณอายุ หากไม่ได้ทำความผิดร้ายแรง การประเมินผลงานทำทุก 6 เดือนโดยแบบประเมิน

17

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, โรงพยาบาลในโครงการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว, 2546

ของ กพ. เช่นเดียวกับข้าราชการทั่วไป หากไม่ได้ทำความผิดหรือขาดงานเกินที่กำหนดจะได้รับเงินเดือนขึ้น 1 ขั้น หากทำงานได้ดีตามแนวทางการประเมินก็จะได้รับเงินเดือนขึ้น 2 ขั้น สวัสดิการ ได้แบบเดียวกับ ข้าราชการ คือมีสวัสดิการรักษายาบาล สามารถเบิกค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร ได้ โรงพยาบาลมีบุคลากรทั้งสิ้น 151 คน

หลังปรับเปลี่ยน

บุคลากรเปลี่ยนเป็นพนักงานโรงพยาบาล ซึ่งถือเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐในรูปแบบใหม่ ที่มีใช้ ข้าราชการ ได้รับเงินเดือนเพิ่มจากเดิม 1.5 เท่า สำหรับผู้สมัครใจลาออกมาเป็นพนักงานโรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวน 30 คน ส่วนผู้ที่ลาออกชั่วคราวมาทดลองดูจะได้เงินเดือน 1.2 เท่า ทั้งนี้ต้องตัดสินใจเลือกภายใน 4-5 ปีว่าจะกลับไปรับราชการต่อหรือไม่ ข้าราชการและลูกจ้างที่ไม่ต้องการลาออกต้องย้ายโรงพยาบาล มียื่นขอย้ายทั้งสิ้น 48 คน ที่เหลือยังดังเดิมอยู่ สวัสดิการสำหรับพนักงานโรงพยาบาลจะไม่น้อยกว่า ข้าราชการ การทำงานจะมีอายุการทำงานซึ่งต้องมีการประเมินผลและต่อสัญญาทุก 5-6 ปี มีดัชนีชี้วัดผลงานในระดับตัวบุคคล

การวัดผลงาน

ก่อนการปรับเปลี่ยน

บุคลากรวัดผลงานแบบเดียวกับระบบราชการ เป็นการประเมินโดยผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปตามลำดับ ไม่มีข้อมูลในการประเมินอย่างชัดเจน การให้คะแนนขึ้นกับผู้บังคับบัญชาจะเห็นสมควร ผลงานของกลุ่มงานและฝ่ายไม่มีการระบุชี้แจง ผลงานของโรงพยาบาลประเมินโดยใช้ข้อมูลการให้บริการเป็นหลักใหญ่ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีข้อมูลการให้บริการแบ่งเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

หลังการปรับเปลี่ยน

มีระบบดัชนีชี้วัดผลงานชัดเจนทั้งในระดับบุคลากร ระดับฝ่ายและกลุ่มงาน ระดับโรงพยาบาลในด้านต่างๆ เช่น ด้านการเงินการคลัง ประสิทธิภาพ ด้านการบริการ เป็นต้น ซึ่งขณะนี้มีการจ้างที่ปรึกษา หลายทีม ซึ่งมีทั้งมหาวิทยาลัยและชาวต่างประเทศทำหน้าที่ในการวิเคราะห์ และจัดเตรียมดัชนีชี้วัดผลงานในระดับต่างๆ

สาเหตุที่ต้องปรับเปลี่ยน

1. เป็นไปตามแผนแม่บทปฏิรูประบบราชการ ในข้อแรกคือการปรับบทบาทภารกิจภาครัฐที่กำหนดให้มีการปรับบทบาท 5 อย่างได้แก่ การถ่ายโอนภารกิจให้หน่วยงานอื่น ถ่ายโอนภารกิจให้เอกชน ถ่ายโอนภารกิจให้ท้องถิ่น ยุบเลิกภารกิจ และปรับเปลี่ยนหน่วยราชการไปเป็นหน่วยงานบริหารพิเศษภายใต้พรบ.องค์การมหาชน(โรงพยาบาลในกำกับรัฐ)

2. เพื่อให้โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการดำเนินการมากขึ้น โดยไม่ให้ระเบียบปฏิบัติของทางราชการมาเป็นอุปสรรคในการให้บริการ
3. ให้ชุมชนและท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทร่วมกันในการบริหารโรงพยาบาล
4. ให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น โดยไม่เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย
5. ประหยัดงบประมาณในระยะยาว เมื่อโรงพยาบาลบริหารจัดการได้ดีขึ้น ก็จะใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลในระยะยาวจะเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่ลดลง

1.4. สถานบริการสาธารณสุขเอกชน

สถานบริการสาธารณสุขเอกชนส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการเดี่ยว ๆ ที่ไม่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย มีรูปแบบบริการตั้งแต่ร้านขายยา คลินิก ไปจนถึงโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ ดังตารางที่ 3.5 ระยะหลังเริ่มมีการรวมกลุ่มของโรงพยาบาลเอกชนเป็นเครือข่าย แต่ไม่มีวัตถุประสงค์ในการรวมกันเพื่อจัดบริการ แต่เป็นการรวมกันเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารต้นทุน เช่น การจัดซื้อวัสดุและเวชภัณฑ์ เป็นต้น

ตารางที่ 3.5 สถานบริการสาธารณสุขในภาคเอกชน^{18 19}

สถานบริการ สาธารณสุข	กทม.		ภูมิภาค		รวม
	จำนวน	%	จำนวน	%	
1.ร้านขายยา					
1.1ร้านขายยา แผนปัจจุบัน	3,047	46.8	3,458	53.2	6,505
1.2ร้านขายยา แผนปัจจุบัน เฉพาะยาบรรจ เสร็จ	620	12.9	4,195	87.1	4,815
1.3ร้านขายยา แผนโบราณ	409	20.6	1,581	79.4	1,990
-รวมทั้งหมด	4,076	30.6	9,234	69.4	13,310
2. สถานพยาบาล ที่ไม่มีเตียงรับ					

¹⁸ กองประกอบโรคศิลป์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

¹⁹ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ป่วยไว้ค้าง คืน					
-แผนปัจจุบัน	2,821	20.3	11,109	79.7	13,930
สถานบริการ	กทม		ภูมิภาค		รวม
สาธารณสุข	จำนวน	%	จำนวน	%	
-แผนโบราณ	260	55.0	213	45.0	473
-รวมทั้งหมด	3,081	21.4	11,322	78.6	14,403
3. สถานพยาบาล ที่มีเตียงรับ ผู้ป่วยไว้ค้าง คืน (โรงพยาบาล เอกชน)					
-จ ำ น ว น โรงพยาบาล	117	26.8	319	73.2	436
-จำนวนเตียง	16,001	40.5	23,550	54.5	39,551

รพ.เอกชนในประเทศไทย มีความเป็นอิสระอย่างเต็มที่ในการบริหารจัดการทุกด้าน โดยมีการควบคุมกำกับน้อยมาก

3.4 ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ

รูปแบบของสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมีหลากหลาย ในส่วนสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตกเป็นเป้าหมายหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพมาโดยตลอด โดยอ้างเป้าหมายการปฏิรูประบบราชการ หรือการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นเหตุผลในการปรับเปลี่ยน ทั้งที่การจัดบริการสาธารณสุขให้ตอบสนองปัญหาสาธารณสุข และความต้องการด้านสาธารณสุขของประชาชนนั้นต้องอาศัยองค์กรต่าง ๆ ในระบบให้ทำงานสอดคล้องประสานกันได้ตามกลไก และบทบาทภารกิจที่กำหนดไว้ดังแผนภูมิที่ 3.1 และแผนภูมิที่ 3.2 ปัญหาที่พบในเรื่องรูปแบบของสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมีดังนี้

1. ขาดกลไกควบคุมกำกับให้สถานบริการสาธารณสุขในระบบให้บริการโดยคำนึงถึงภารกิจ และความรับผิดชอบต่อประชาชนในภาพรวมทั้งระบบ ซึ่งหากมีกลไกควบคุมกำกับที่ดีไม่ว่าจะเป็นสถานบริการสาธารณสุขรูปแบบใด ก็ต้องถูกควบคุมกำกับตรวจสอบให้ดำเนินการอย่างเหมาะสม

แต่ถ้าหากขาดกลไก ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจได้ว่าจะดำเนินการได้อย่างเหมาะสม

2. มุ่งเน้นการปรับรูปแบบ โครงสร้าง การบริหารจัดการ และความเป็นเจ้าของสถานบริการสาธารณสุข โดยไม่คำนึงถึงกลไกการควบคุมกำกับและตรวจสอบให้สถานบริการสาธารณสุขมีความรับผิดชอบต่อภารกิจและผู้รับบริการ
3. ข้อเสนอในการปรับเปลี่ยนรูปแบบสถานบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่มาจากมุมมองที่เห็นสถานบริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการเดี่ยวที่ทำงานเบ็ดเสร็จ ไม่เห็นความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างสถานบริการระดับนั้น ๆ กับสถานบริการระดับอื่น ๆ
4. กำหนดเป้าหมายในการปรับปรุงให้สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งภารกิจของสถานบริการสาธารณสุขนั้นมีขอบเขตกว้างขวาง เช่น การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ บางครั้งไม่อาจคำนึงถึงความพึงพอใจส่วนบุคคลได้
5. รูปแบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดเป็นเครือข่ายให้บริการประสมประสานเชื่อมโยงกันโดยระบบส่งต่อ นั้น ยังมีปัญหาเรื่องบริการระหว่างระดับยังไม่ประสมประสานกันอย่างกลมกลืนกัน บริการยังมีส่วนซ้ำซ้อนไม่มีการวางแผนร่วมกันในหลายพื้นที่ จึงมีปัญหาระบบคุณภาพงาน นอกจากนี้การะับผิดชอบในการส่งต่อส่วนใหญ่ตกเป็นภาระของผู้รับบริการและญาติยกเว้นการส่งต่อกรณีฉุกเฉินเท่านั้น
6. ระบบควบคุมกำกับสถานบริการสาธารณสุขเอกชนในปัจจุบัน มุ่งเน้นไปที่การจัดบริการให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค โดยไม่ได้มีระบบควบคุมกำกับด้านประสิทธิภาพด้านการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ทำให้ภาคเอกชนสามารถลงทุนโดยคำนึงถึงการแข่งขันเป็นหลัก จึงมีการกระจุกทรัพยากรสาธารณสุขของเอกชนในกรุงเทพมหานครฯ และปริมณฑล รวมทั้งจังหวัดใหญ่ ๆ ที่มีประชาชนมีเศรษฐฐานะดี โดยดึงทรัพยากรบุคคลมาจากภาครัฐ ทำให้พื้นที่อื่นขาดแคลนทรัพยากรบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำกลไกให้ผู้รับบริการสามารถควบคุมกำกับ ตรวจสอบการดำเนินการของหน่วยบริการสาธารณสุขในลักษณะ Short Route of Accountability ดังแผนภูมิที่ 2 เช่น การทำดัชนีชี้วัดคุณภาพประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการดำเนินการของหน่วยบริการในแง่มุมต่าง ๆ ให้ประชาชนเข้าถึงโดยทั่วกัน เช่น การจัดลำดับโรงพยาบาล (Top 100 Hospitals) ในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น
2. การปรับรูปแบบสถานบริการสาธารณสุขต้องคำนึงถึงการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการ ครบทุกระดับชั้นของบริการเชื่อมโยงกัน การเปลี่ยนแปลงควรจะผลักดันในลักษณะทั้งเครือข่าย และควรเป็นเครือข่ายบริการที่ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ตั้งแต่บริการ Primary Care จนถึงบริการ Excellent Centers เป็นต้น

3. เป้าหมายในการปรับปรุงรูปแบบสถานบริการสาธารณสุข ต้องคำนึงถึงบทบาทภารกิจให้ครบถ้วน มี เช่นนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว ภาระงานบางอย่างที่เคยมีขาดหายไปก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขเพิ่มขึ้นไปอีก เช่นการปรับบทบาทภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้หน่วยงานโรคซึ่งทำงานในเชิงรุกขาดหายไป บางแห่งย้ายไปอยู่โรงพยาบาลและปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นการทำงานในเชิงรับแทน
4. ปรับปรุงรูปแบบบริการสาธารณสุขในลักษณะเครือข่ายให้ทำงานประสานประสาน สอดคล้องกัน อย่างแท้จริง ตั้งแต่วางแผนร่วมกัน จัดบริการเชื่อมโยงต่อยอดกันและกันโดยเน้นเป้าหมายเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการรักษาพยาบาลมากขึ้น
5. จัดระบบควบคุมกำกับการลงทุนทรัพยากรสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมุ่งเน้นการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสม และสามารถควบคุมกำกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของโรงพยาบาลทุกสังกัด ทุกเจ้าของ

บทที่ 4 การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข

4.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

ทรัพยากรสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. บุคลากรและองค์ความรู้ ซึ่งอยู่ในวิชาชีพต่างๆ ที่มีความรู้ความสามารถและความชำนาญต่าง ๆ กัน จัดเป็นทรัพยากรสาธารณสุขส่วนสำคัญที่สุดของการจัดบริการสาธารณสุข และโดยทั่วไปมักเป็นทรัพยากรที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงสุด เนื่องจาก บริการสาธารณสุข เป็น Labor Intensive Business¹ ดังตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลใน Hong Kong พบว่าค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรเป็น 80% ของค่าดำเนินการทั้งหมด²
2. สถานบริการสาธารณสุขและครุภัณฑ์การแพทย์ ส่วนนี้มักเป็นผลมาจากการลงทุนด้านสาธารณสุข ซึ่งในประเทศไทยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดกระจายไปตามกระทรวงต่าง ๆ และภาคเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความสนใจสถานบริการสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ขึ้นไป ยกเว้นกระทรวงสาธารณสุขที่มีภารกิจในการจัดบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม สามารถเข้าถึงบริการได้จากทุกแห่งในประเทศไทย ที่มีสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทย อย่างไรก็ตามทรัพยากรสาธารณสุขในส่วนนี้จะเกิดประโยชน์ได้ต้องมีบุคลากรวิชาชีพที่มีความชำนาญ และมีองค์ความรู้จึงจะให้บริการได้ หากมีการกระจายสถานบริการสาธารณสุข และครุภัณฑ์การแพทย์ ออกไปในพื้นที่ห่างไกล โดยไม่มีบุคลากรวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถที่จะใช้สถานบริการสาธารณสุข และครุภัณฑ์การแพทย์นั้น ๆ ให้เกิดประโยชน์ ก็ไม่สามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ หรือเกิดความไม่คุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขให้สมประโยชน์ ในช่วง โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่ผ่านมา งบประมาณสำหรับการลงทุนด้านสถานบริการ และครุภัณฑ์การแพทย์ลดจำนวนลงอย่างมากทำให้มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข
3. เวชภัณฑ์และสินทรัพย์ของสถานบริการสาธารณสุข ส่วนนี้เป็นทรัพยากรที่ใช้จ่ายเพื่อดำเนินการจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน

งบประมาณสาธารณสุขในแต่ละปี จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับทรัพยากรสาธารณสุขทั้ง 3 กลุ่ม โดยสัดส่วนของแต่ละกลุ่มขึ้นอยู่กับนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลในแต่ละยุคสมัยเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี ตามการให้ความสำคัญแก่บริการสาธารณสุขของรัฐบาล และสภาผู้แทนราษฎร ทั้งนี้การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ไปยังพื้นที่ส่วนภูมิภาค เพื่อให้ประชาชนในภูมิภาคสามารถรับบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีคุณภาพ เป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขมาตั้งแต่ดั้งเดิม โดยยึดการแบ่งส่วนราชการเป็นหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัดตามกระทรวงมหาดไทยเป็นหลัก

¹ Labor intensive business

² Hongkong Hospital Authority

เกณฑ์ทั่วไปในการจัดบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดให้มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด หรืออำเภอที่มีขนาดใหญ่มีโรงพยาบาลชุมชนมาแต่ดั้งเดิม ได้รับความนิยมนิยม และมีการคมนาคมสะดวก มีชื่อเสียง จึงเติบโตและพัฒนาขึ้นเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีโรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียงต่าง ๆ กันตั้งแต่ 10 เตียงถึง 120 เตียง ในระดับอำเภอ มีสถานอนามัยอย่างน้อย 1 แห่ง ในแต่ละตำบลดูแลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน และมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในระดับหมู่บ้านซึ่งดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน³ ทั้งนี้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับจะเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ

ปัญหาความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ได้รับการหยิบยกมาเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างระหว่างพื้นที่มาโดยตลอด ถึงแม้ว่าอัตราส่วนทรัพยากรสาธารณสุขต่อประชากรในภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้นมาโดยตลอด และบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแล้วก็ตาม ก็ยังมีความแตกต่างระหว่างภูมิภาค ทั้งในด้านกำลังคน สถานบริการและจำนวนเตียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปรียบเทียบกรุงเทพมหานคร และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยดูเปรียบเทียบเพียงทรัพยากรสาธารณสุข แต่ไม่นำปัจจัยด้านบทบาทภารกิจมาพิจารณา ไม่ว่าจะเป็นบทบาทภารกิจด้านการเรียนการสอน ที่มีโรงเรียนแพทย์จำนวนหลายแห่งในกรุงเทพที่ตั้งมาก่อนจังหวัดหลายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บทบาทด้านการเป็นศูนย์กลางรักษาพยาบาลเฉพาะโรค ซึ่งมีการพัฒนามาก่อนเป็นเวลายาวนาน ทั้งที่แนวโน้มความแตกต่างนี้ลดลงมาโดยตลอด เว้นแต่ในช่วงเศรษฐกิจมีการเติบโตอย่างรวดเร็วทำให้มีการลงทุนของภาคเอกชนในบริการสาธารณสุขในกรุงเทพ ซึ่งหากนำทรัพยากรสาธารณสุขในภาคเอกชนมารวมเปรียบเทียบกับ ก็จะยังมีความแตกต่างกันมากขึ้น

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบภารกิจในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ในภูมิภาค จึงตกเป็นจำเลยให้ถูกกล่าวถึงอยู่เสมอว่ากระจายทรัพยากรสาธารณสุขอย่างไม่เป็นธรรม จนกลายเป็นเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงาน รวมทั้งต้องรื้อปรับระบบการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ทั้งนี้ตัวอย่างที่ยกขึ้นมาให้เห็นการกระจายที่ไม่เป็นธรรม จะเปรียบเทียบการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ทั้งจำนวนบุคลากร จำนวนและขนาดสถานบริการ จำนวนเตียง โดยไม่ดูบทบาทภารกิจ หรือความจำเป็นที่เกิดจากปัญหาสาธารณสุขหรือโรค เช่น เปรียบเทียบจังหวัดหนองบัวลำภูที่โรงพยาบาลได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเมื่อปี 2542⁴ กับ จังหวัดสิงห์บุรีในแง่มุมต่าง ๆ การเปรียบเทียบทรัพยากรสาธารณสุขระหว่างกรุงเทพมหานครกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น

³ กองสาธารณสุขภูมิภาค

⁴ กองโรงพยาบาลภูมิภาค, โครงการยกฐานะโรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง, 2539-2542

4.2 การทบทวนวรรณกรรม

การลงทุนด้านสุขภาพในประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย

ทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ มีที่มาจากภาครัฐ และภาคประชาชน ประเทศในทวีปเอเชียส่วนใหญ่รัฐยอมเสียค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขไม่ถึงครึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ที่เหลือให้ประชาชนจ่าย รวมทั้งประเทศไทยก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตารางที่ 4.1) จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของประเทศไทยต่ำกว่าประเทศข้างเคียงที่มีความเจริญใกล้เคียงกันเช่น ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย และต่ำกว่าประเทศที่มีการพัฒนาไปไกลแล้ว เช่น สิงคโปร์ เป็นอย่างมาก

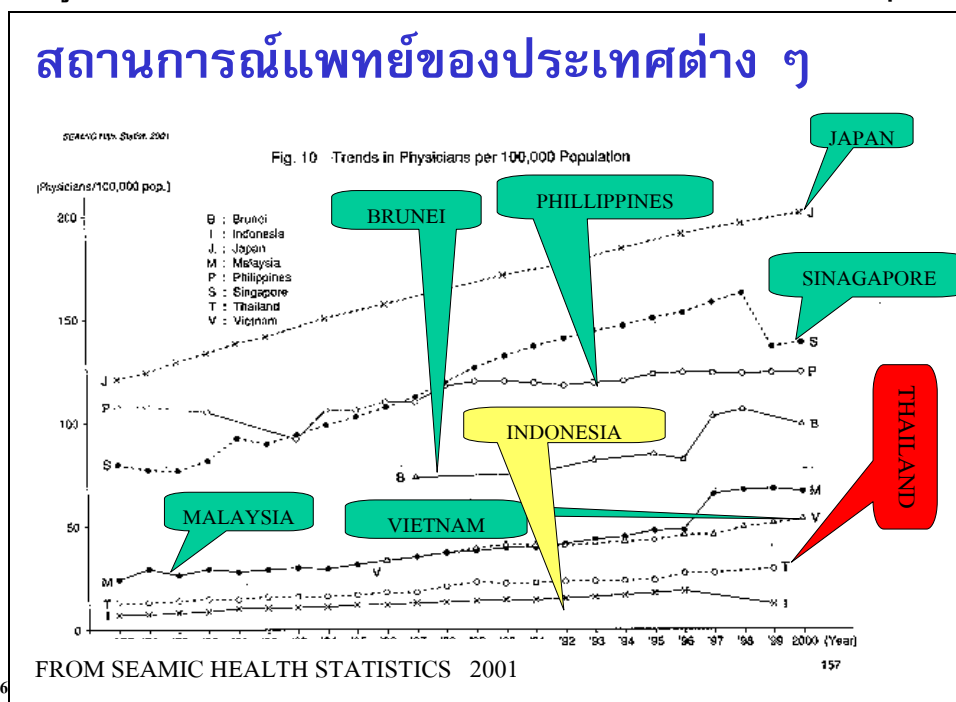
ตารางที่ 4. 1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย (2541)⁵

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายต่อหัว (USD)	%ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ	สัดส่วนการจ่าย รัฐ : ประชาชน
อินโดนีเซีย	54	2.7	25.5:74.5
ฟิลิปปินส์	144	3.6	42.4:57.6
ศรีลังกา	99	3.4	51.3:48.7
มาเลเซีย	168	2.5	57.7:42.3
ไทย (2543)	112	6.1	33.1:66.8
สิงคโปร์	744	3.6	35.4:64.6
เกาหลีใต้	580	5.1	46.2:53.8

เมื่อดูจำนวนแพทย์ซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ ในการให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาค พบว่าประเทศไทยมีปัญหาแพทย์ขาดแคลนเมื่อเทียบกับประเทศต่าง ๆ ในแถบใกล้เคียง มีเพียงอินโดนีเซียประเทศเดียวที่มีจำนวนแพทย์ต่อประชากรน้อยกว่าประเทศไทย ดังแผนภูมิที่ 1

⁵ The World Health report, 2001

แผนภูมิที่ 4.1 จำนวนแพทย์ต่อประชากร 100,000 คน เปรียบเทียบประเทศต่างๆ ในเอเชีย



เมื่อรัฐบาลเริ่มดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ระบบการเงินการคลังสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป โดยหลักการประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุข โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากเป็นผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล หรือเสียค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาทต่อครั้งการรับบริการ ทรัพยากรสาธารณสุขที่หน่วยบริการเคยได้รับจากประชาชนจึงลดจำนวนลงอย่างมาก ทั้งที่ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขต่ำกว่าประเทศอื่น ในระดับเดียวกันอยู่แล้ว ขณะที่รัฐจ่ายเงินให้หน่วยบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยตามสัดส่วนเงินเดือนที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น ทำให้ทรัพยากรสาธารณสุขหายไปจากระบบจำนวนมาก

ตารางที่ 4.2 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข รวมงบอุดหนุนเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ⁷

ปี	งบประมาณกระทรวง สธ.	งบประมาณด้านสธ. โดยรวม	ร้อยละของงปม.ทั้งหมด
2527	8,617.60	9,039.10	4.5
2528	9,044.30	9,537.50	4.3
2529	9,274.70	9,762.30	4.4
2530	9,525.10	10,051.10	4.2
2531	10,372.50	10,959.50	4.3
2532	11,733.10	12,447.90	4.2

⁶ SEAMIC Health Statistics 2001

⁷ สำนักงบประมาณ

ปี	งบประมาณกระทรวง สธ.	งบประมาณด้าน สธ. โดยรวม	ร้อยละของงบม.ทั้งหมด
2533	16,255.10	18,046.80	4.8
2534	20,568.00	22,705.90	5.3
2535	24,568.00	27,238.20	5.4
2536	32,898.10	36,549.60	5.8
2537	39,318.70	44,335.00	6.3
2538	45,832.60	52,372.70	6.4
2539	55,861.20	63,452.20	6.7
2540	67,574.30	72,406.00	7.3
2541	63,705.10	66,455.20	7.7
2542	59,227.30	62,546.30	7.2
2543	60,640.90	65,209.90	7.1
2544	61077.20	66,254.30	6.7

การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข

การกระจายทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมา มุ่งเน้นที่จะขยายบริการสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ลงไปในทุกพื้นที่ แม้แต่ในระดับหมู่บ้านซึ่งไม่มีหน่วยบริการของรัฐก็พยายามจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนลงไป เพื่อให้ประชาชนทุกพื้นที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขพยายามลดช่องว่างระหว่างเขตเมืองกับชนบท โดยกระจายสถานีอนามัยไปทุกตำบล โรงพยาบาลชุมชนลงไปทุกอำเภอ และขยายบทบาทของโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนยกฐานะโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอใหญ่ที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก ขึ้นเป็นโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลแม่ข่าย เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จะเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการลงทุนในภูมิภาคเป็นหลัก โดยเน้นการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายส่งผู้ป่วยที่มีปัญหาในระดับต่างๆ ไปยังสถานบริการสาธารณสุขระดับสูงกว่า อย่างไรก็ตามการขยายบทบาทของโรงพยาบาลต่าง ๆ จำเป็นต้องมีพื้นฐานบริการที่ชัดเจน และมีทรัพยากรรองรับมากเพียงพอ ซึ่งต้องอาศัยเวลาและขั้นตอนในการดำเนินการ การก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง กว่าจะได้รับทรัพยากรครบทุกด้าน และมีบทบาทภารกิจในชุมชนจนเป็นที่ยอมรับต้องใช้เวลาหลายปี และจะต้องใช้เวลามากกว่านั้นในการที่จะเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถจนยกฐานะไปเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลทั่วไปที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลได้

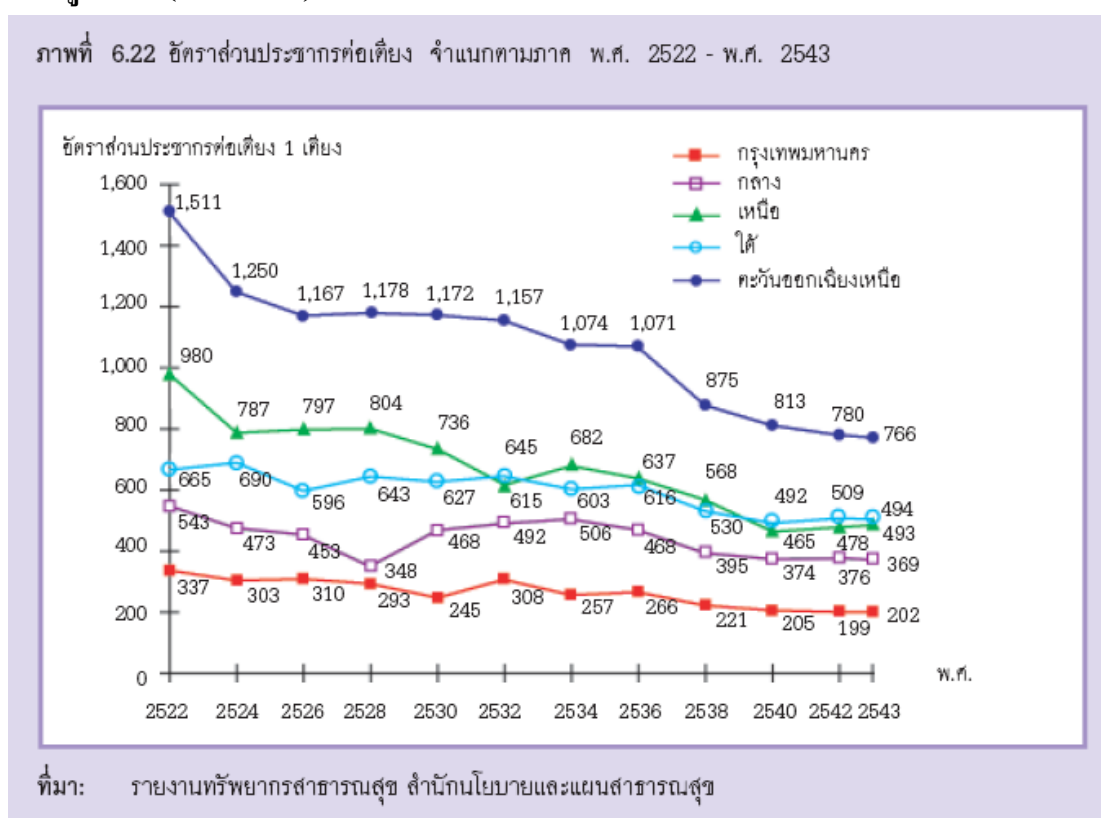
4.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

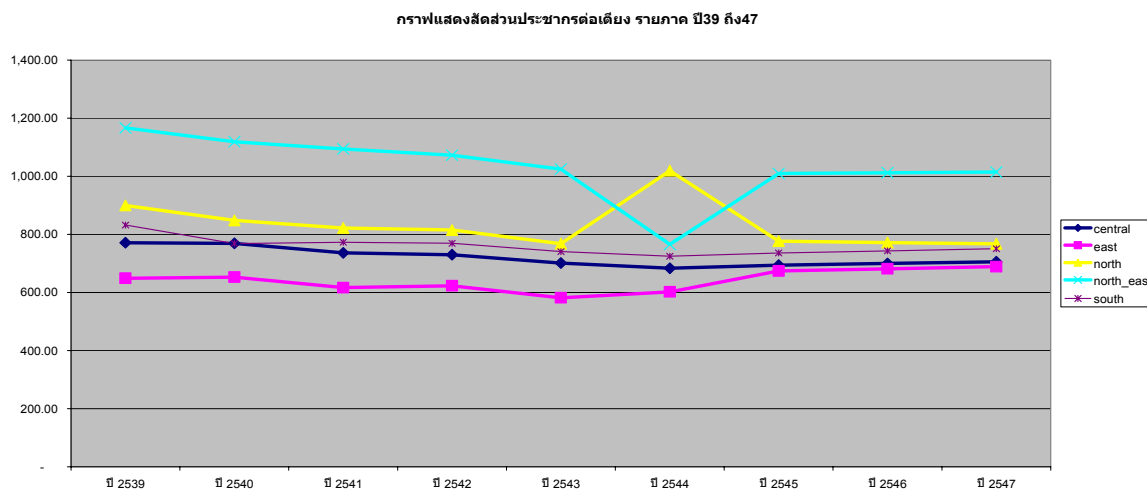
การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขตามพื้นที่

1. สถานบริการสาธารณสุข

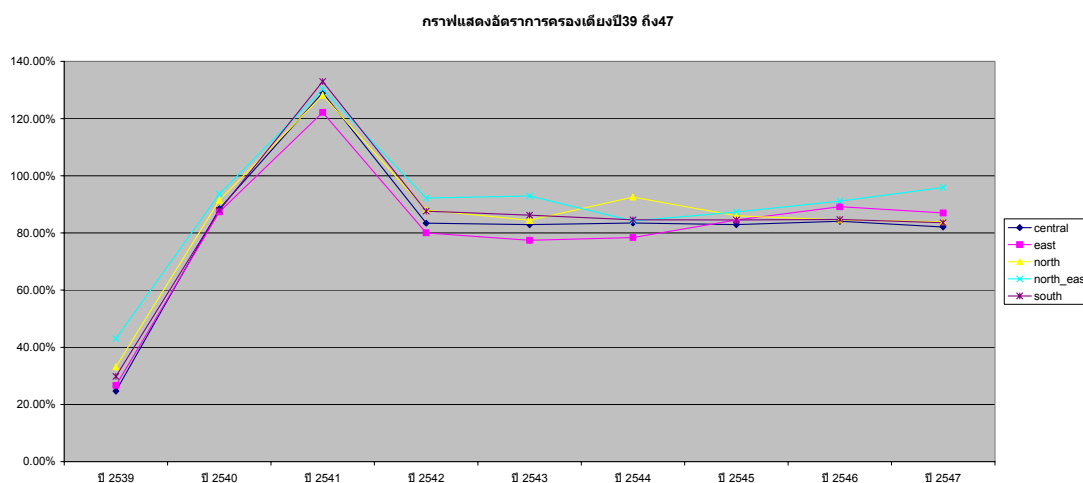
การให้บริการสาธารณสุขในสถานบริการอาจแบ่งเป็น การบริการในโรงพยาบาลซึ่งมีบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน รวมทั้งบริการอื่น ๆ และการบริการในระดับสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งจะเป็นบริการเบื้องต้นผู้ใช้บริการจึงเป็นผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการอื่น การกระจายบริการสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลไปยังพื้นที่ต่าง ๆ มีตัวชี้วัดที่ใช้กันบ่อยคืออัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำแนกตามพื้นที่ (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นการใช้ข้อมูลจำนวนประชากรในพื้นที่ตามฐานทะเบียนราษฎร์และจำนวนเตียงในพื้นที่ โดยมีได้ข้อมูลอื่นประกอบ จะเห็นได้ว่าจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นโดยตลอดแสดงให้เห็นถึงการจัดบริการสาธารณสุข ที่กระจายมากขึ้นไปตามภาคต่าง ๆ โดยส่วนที่เพิ่มมากที่สุดในช่วง 20 ปีนี้ คือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือ ซึ่งให้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่พยายามสร้างการเข้าถึงบริการให้ทั่วถึงทุกพื้นที่อย่างชัดเจน

แผนภูมิที่ 4.2 (ภาพที่ 6.22) อัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ.2522 –พ.ศ.2543





แผนภูมิที่ 4.3 สัดส่วนประชากรต่อเตียงรายภาค ปี 2539-2547



แผนภูมิที่ 4.4 อัตราการครองเตียง ปี 2539-2547

1.1. สถานีนอนมัย

สถานีนอนมัยเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขพื้นฐานให้บริการระดับปฐมภูมิ ที่กำหนดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก เป็นหน่วยบริการด่านแรกสำหรับทุกพื้นที่ การกระจายสถานีนอนมัยลงไปในพื้นที่ต่าง ๆ นอกเหนือจากพื้นที่ขาดแคลนที่ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้แล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกเช่น การเมืองในท้องถิ่น เนื่องจากสถานีนอนมัยมีขนาดเล็กและต้องการทรัพยากรสนับสนุนไม่มาก การจัดตั้งสามารถทำได้สะดวก และไม่ยุ่งยากเมื่อเทียบกับสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ หลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมีความพยายามที่จะปรับบทบาทสถานีนอนมัย ไปเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนโดยเน้นบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และบทบาทในชุมชนเป็นหลัก

ตารางที่ 4.3 จำนวนสถานื่อนามัยแยกรายภาค ปีพ.ศ. 2522-2544 ⁸

ภาค	จำนวนสถานื่อนามัย/จำนวนประชากร							
	2522	2530	2539	2540	2541	2542	2543	2544
กลาง	1,219	1,635	2,377	2,471	2,508	2,523	2,524	2,559
เหนือ	914	1,616	1,965	2,151	2,203	2,225	2,231	2,210
ใต้	688	1,252	1,400	1,488	1,505	1,513	1,516	1,507
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,277	2,489	3,100	3,367	3,398	3,428	3,433	3,462
เปรียบเทียบ ประชากรต่อสถาน อนามัย ระหว่างภาค กลาง และ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	1:1.64	1:1.23	1:1.44	1:1.38	1:1.18	1:1.21	1:1.21	1:1.35
รวม	4,088	6,992	8,842	9,477	9,614	9,689	9,704	9,738

2. วิกฤตการณ์การแพทย์

วิกฤตการณ์การแพทย์ที่มีราคาแพงเช่น เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์, เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า, เครื่องสลายนิ่ว, เครื่องเลเซอร์ ตลอดจนเครื่อง Gamma Knife ส่วนใหญ่จัดหาเข้ามาในประเทศก่อนด้วยภาคเอกชน โดยที่ยังไม่จำเป็นต้องมีการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของเครื่องมือจากหลักฐานทางการแพทย์อย่างชัดเจน หลังจากนั้นเมื่อเวลาผ่านไปมีหลักฐานยืนยันคุณสมบัติประโยชน์ของเครื่องมือเหล่านั้นอย่างชัดเจน คณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ ก็เริ่มจัดหาครุภัณฑ์เหล่านี้มาใช้ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ และเริ่มมีการเรียนการสอนถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แพทย์ประจำบ้าน จึงเริ่มมีการจัดหาครุภัณฑ์ไปใช้ในโรงพยาบาลของรัฐต่าง ๆ ในที่สุด สักส่วนของครุภัณฑ์เหล่านี้จึงมีจำนวนมากในภาคเอกชน และในกรุงเทพมหานครฯ ซึ่งมีโรงเรียนแพทย์จำนวนมากที่สุด ดังตารางที่ 4.4

⁸ กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.4 (ตารางที่ 6.27) อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย

อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ	จำนวนทั้งหมด	กรุงเทพมหานคร (จำนวนเครื่อง / (จำนวนเครื่อง / ร้อยละ)	ภูมิภาค (จำนวนเครื่อง / (จำนวนเครื่อง / ร้อยละ)	รวม		หมายเหตุ
				รัฐ	เอกชน	
1. เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ⁽²⁾	272	89 (32.7)	183 (67.3)	62	210	พ.ศ. 2542
2. เครื่องตรวจหัวใจภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ⁽²⁾	26	18 (69.2)	8 (30.8)	10	16	พ.ศ. 2542
3. เครื่องสลายนิ่ว ⁽²⁾	38	17 (44.7)	21 (55.3)	23	15	พ.ศ. 2542
4. เครื่องเลเซอร์ ⁽¹⁾	102	75 (73.5)	27 (26.5)	36	66	พ.ศ. 2538 (ข้อมูล missing 12 เครื่อง)
5. เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม ⁽²⁾	112	61 (54.5)	51 (45.5)	40	72	พ.ศ. 2542
6. เครื่องอัลตราซาวด์ ⁽¹⁾	568	197 (34.7)	371 (65.3)	259	309	พ.ศ. 2538 (ข้อมูล missing 26 เครื่อง)

ที่มา: ⁽¹⁾ ได้จาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, การกระจายเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย, 2538
⁽²⁾ ได้จาก วงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย : การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2542

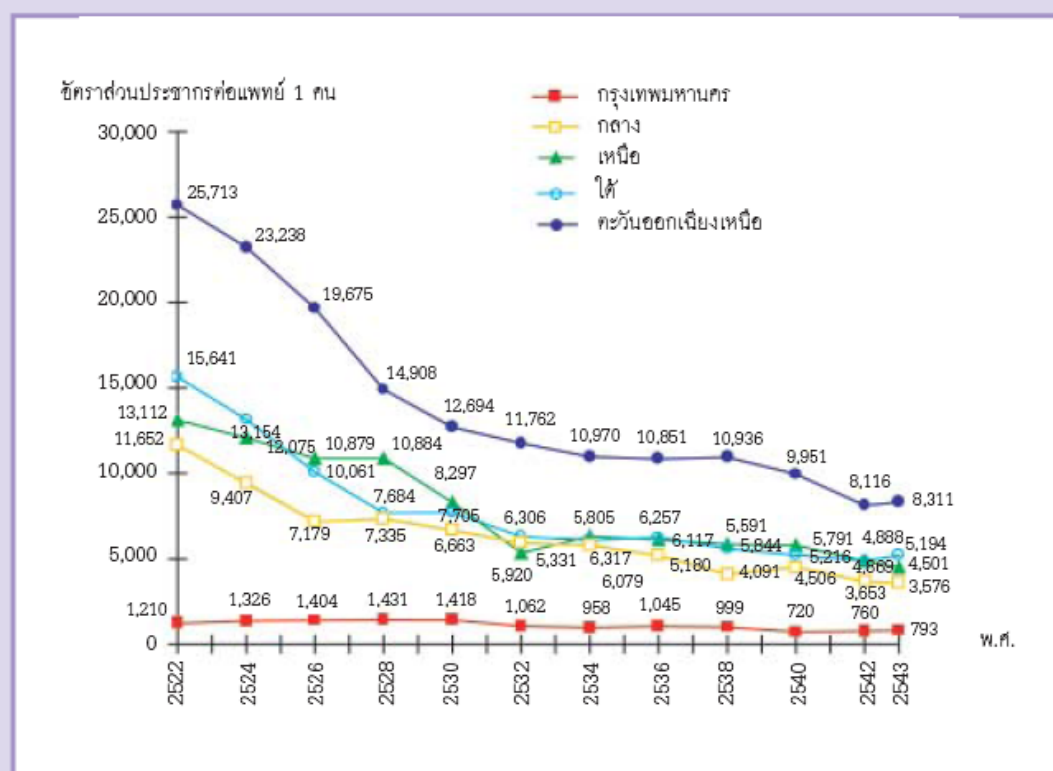
3. บุคลากรและองค์ความรู้

แพทย์เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่สำคัญ และมีปัญหายุ่งยากในการบริหารจัดการมากที่สุด การศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ จะถือนักนิสิตแพทย์ หรือนักศึกษาแพทย์รับทุนจากรัฐบาล ดังนั้นจึงต้องมีการทำสัญญาชดเชยทุนเมื่อจบการศึกษา ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติให้สาขางาน แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัตริกรรม เป็นสาขาขาดแคลนที่ต้องทำสัญญาชดเชยทุน โดยแพทย์ต้องชดเชยทุน 3 ปี เมื่อเรียนจบแพทยศาสตรบัณฑิต เมื่อทำงานชดเชยทุนในโรงพยาบาลชุมชนเสร็จเรียบร้อยแล้ว หากต้องการลาศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง ก็ต้องรับทุนแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งเมื่อจบการศึกษาแล้วต้องกลับไปชดเชยทุนอีก 2-3 เท่าของระยะเวลาที่เรียนต่อแล้วแต่สาขาวิชา ประเทศไทยมีจำนวนแพทย์ต่อประชากรน้อยเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ทำให้บริการสาธารณสุขโดยแพทย์ในประเทศไทยยังไม่เพียงพอ เกือบทุกพื้นที่ ทำให้แพทย์มีทางเลือกที่จะทำงานได้ทั้งในภาคเอกชน และพื้นที่ต่าง ๆ แพทย์ส่วนใหญ่จึงอยู่ในกรุงเทพมหานครฯ ซึ่งมีโรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐจำนวนมาก รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน ภาคกลางที่มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการมาเป็น

เวลานาน และเมืองใหญ่ ๆ อย่างไรก็ตามแนวโน้มการกระจายของแพทย์ดีขึ้นมาโดยตลอด โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีแพทย์ต่อประชากรน้อยกว่าภาคอื่นๆ ทั้งหมด เป็นที่น่าสังเกตว่าขณะเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ การกระจายของแพทย์มีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนหยุดการเจริญเติบโต และการกระจายของแพทย์ตลอดในช่วงเศรษฐกิจเจริญเติบโต เพราะโรงพยาบาล เอกชนขยายบริการและจำนวนเตียง

แผนภูมิที่ 4.5 (ภาพที่ 6.2) อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2522-2543

ภาพที่ 6.2 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2543



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ตามบทบาทภารกิจ

1. สถานบริการสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลอยู่ในบทที่ 4

2. บุคลากรและองค์ความรู้

2.1. แพทย์ในภาคเอกชน

จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนส่วนใหญ่โยกย้ายไปจากภาครัฐ ช่วงที่โรงพยาบาลเอกชนขยายบริการได้แก่ช่วงเศรษฐกิจขาขึ้น ก็จะมีแพทย์ไหลจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน ช่วงเศรษฐกิจตกต่ำอัตราการไหลก็ชะลอ โรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดจะตั้งอยู่ในเขตเมืองที่มีภาวะเศรษฐกิจดี ประชาชนมีกำลังซื้อสูง ทำให้เกิดช่องว่างมากขึ้นระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท โรงพยาบาลเอกชนให้บริการทุติยภูมิขึ้นไปจนถึงตติยภูมิระดับสูงในเขตเมือง น้อยมากที่จะ

ให้บริการปฐมภูมิ การที่มีโรงพยาบาลเอกชนเปิดบริการในพื้นที่ใด พื้นที่นั้นจะมีการแข่งขันด้านคุณภาพบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และทำให้ประชาชนบางกลุ่มมีทางเลือก แต่ในพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลเอกชนเปิดบริการมากกว่า 1 แห่ง พื้นที่นั้นจะมีการแข่งขันระหว่างภาคเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะช่วงชิงลูกค้ากลุ่มเดียวกัน การแข่งขันจะรุนแรงกว่าการแข่งขันกับภาครัฐซึ่งกลุ่มลูกค้าต่างกัน ส่วนใหญ่โรงพยาบาลเอกชนจะสร้างจุดขายเป็นเครื่องมือ เทคโนโลยี และแพทย์เฉพาะทาง ในพื้นที่เหล่านี้จึงมีทรัพยากรสาธารณสุขในภาคเอกชนที่เข้มข้น และจำกัดการใช้กับประชาชนกลุ่มที่มีรายได้สูงเพียงพอ

ตารางที่ 4.5 จำนวนแพทย์ เติ่ง จำนวนโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชน ตั้งแต่ 2513-2544⁹

ปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์ (เต็มเวลา)	จำนวนเตียง *	จำนวน โรงพยาบาล	แพทย์ : เติ่ง	แพทย์ : โรงพยาบาล
2513	236	1,780	23	1:7.5	10.3
2515	329	2,281	28	1:6.9	11.7
2517	387	3,039	38	1:7.8	10.2
2519	461	4,239	50	1:9.2	9.2
2521	687	6,139	67	1:8.9	10.2
2523	781	7,328	87	1:9.4	9.0
2525	819	8,066	112	1:9.8	7.3
2527	890	8,942	132	1:10.0	6.7
2529	892	11,721	177	1:13.1	5.0
2531	1,065	13,024	203	1:12.2	5.2
2533	1,938	14,175	245	1:7.3	7.9
2535	2,552	21,297	351	1:8.3	7.6
2537	3,217	25,471	398	1:7.9	8.1
2539	3,525	34,973	436	1:10.5	7.6
2540	3,244	37,880	445	1:11.7	7.3
2541	3,567	40,253	473	1:11.3	7.5
2542	3,403	40,852	471	1:12.0	7.2
2543	3,920	40,250	456	1:10.3	8.6
2544	ไม่มีข้อมูล	39,551	436	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล

⁹ กองประกอบโรคศิลป์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.2. แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยเป็นหน่วยหลัก ในการให้บริการสาธารณสุขระดับอำเภอและระดับตำบล บริการส่วนใหญ่จะเป็นบริการปฐมภูมิ และทุติยภูมิระดับต้น ตามขีดความสามารถของแพทย์ทั่วไป แพทย์ส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลชุมชนจะเป็นแพทย์ใช้ทุน ซึ่งมีเป้าหมายในการลาศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางเมื่อครบกำหนดคชชใช้ทุนแล้ว ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต้องหมุนเวียนไปตามวงจรของการใช้ทุนซึ่งมีระยะเวลา 2 ปีหลังจากเพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเป็นเวลา 1 ปี เมื่อครบ 3 ปีก็จะลาศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางซึ่งอาจรับทุนของโรงพยาบาลชุมชน หรือรับทุนจากโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป แพทย์กลุ่มนี้ก็จะหายไปจากโรงพยาบาลชุมชน แพทย์เฉพาะทางที่ได้รับทุนจากโรงพยาบาลชุมชน เมื่อศึกษาต่อจนจบกลับไปทำงานในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะขอย้ายกลับไปโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปหรือ ลาออกไปอยู่โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากขาดแคลน Facilities ที่สนับสนุนให้ทำงานเฉพาะด้านอยู่ได้ เช่น ห้องปฏิบัติการ, ห้องผ่าตัด, ICU รวมทั้งครุภัณฑ์ที่เหมาะสม นอกจากนี้สภาวะแวดล้อมและระบบการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังถูกออกแบบไว้สำหรับแพทย์ทั่วไป การจัดสรรทุนแพทย์เฉพาะทางสำหรับโรงพยาบาลชุมชนจึงไม่สามารถดึงดูดแพทย์ให้ปฏิบัติงานในชุมชนอยู่ได้

ตารางที่ 4.6 จำนวนแพทย์ เต็มจำนวนโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ 2513-2544¹⁰

พ.ศ.	จำนวนโรงพยาบาลชุมชน							จำนวน เตียง (เตียง)	จำนวน แพทย์ (คน)	แพทย์: เตียง	แพทย์ : โรงพยาบาล ชุมชน
	10	30	60	90	120	150	แห่ง รวม				
2520	254	-	-	-	-	-	254	2,540	n/a	n/a	n/a
2522	211	72	8	-	-	-	291	4,750	441	1:10.8	1.5
2524	215	83	15	-	-	-	313	5,540	580	1:9.6	1.8
2526	263	97	28	-	-	-	388	7,220	736	1:9.8	1.9
2528	325	109	40	6	-	-	480	9,460	1,162	1:8.1	2.4
2530	376	131	43	7	-	-	557	10,800	1,339	1:8.1	2.4
2532	377	131	46	7	-	-	561	11,090	1,549	1:7.1	2.8
2534	375	140	51	10	-	-	576	11,910	1,592	1:7.5	2.8
2536	344	224	65	12	5	-	650	15,740	1,766	1:8.9	2.7
2538	317	260	87	17	7	-	688	18,560	1,574	1:11.8	2.3

¹⁰ กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง

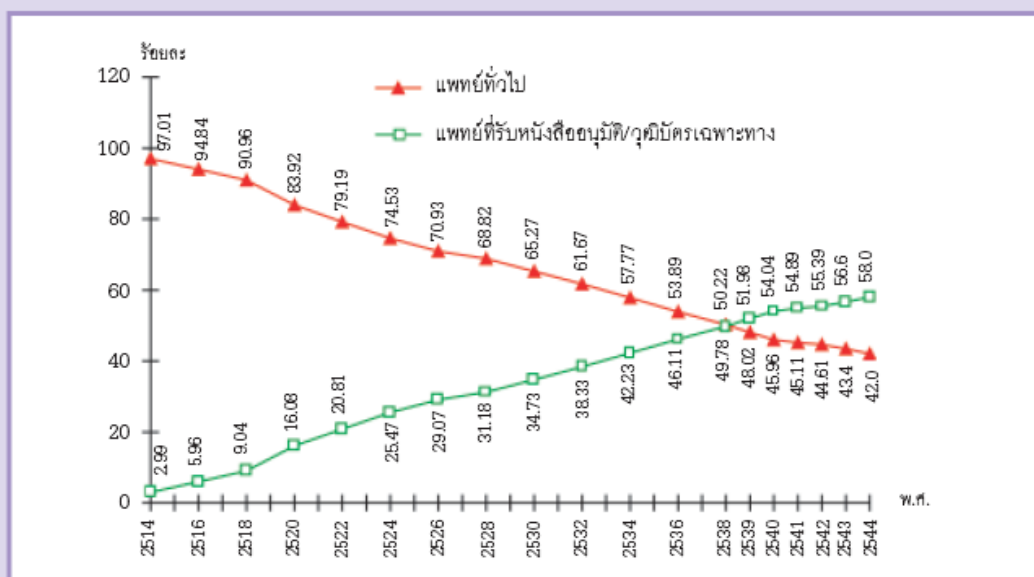
พ.ศ.	จำนวนโรงพยาบาลชุมชน							จำนวน เตียง (เตียง)	จำนวน แพทย์ (คน)	แพทย์: เตียง	แพทย์ : โรงพยาบาล ชุมชน
	10	30	60	90	120	150	แห่ง รวม				
2539	368	302	97	21	7	-	695	20,290	1,653	1:12.3	2.4
2540	219	335	103	37	9	-	703	22,830	1,665	1:13.7	2.4
2541	142	397	112	46	9	-	706	26,830	1,758	1:15.3	2.5
2542	102	422	125	52	11	-	712	27,180	1,956	1:13.9	2.7
2543	96	418	136	52	12	-	714	27,780	2,617	1:10.6	3.7
2544	83	410	148	59	18	2	720	29,780	2,725	1:10.9	3.8

2.3. แพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป

แนวโน้มแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด เนื่องจากแพทยสภาจัดการศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง โดยได้รับวุฒิปัตร์เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ในระบบปกติ รวมทั้งเปิดโอกาสให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในสาขาต่างๆ ตามระยะเวลาที่กำหนด สามารถสอบอนุมัติบัตรเป็นแพทย์เฉพาะทางได้ เช่นเดียวกัน แพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ของรัฐในสังกัดต่าง ๆ โรงเรียนแพทย์ต่างๆ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง การวัดสัดส่วนแพทย์เฉพาะทางต่อแพทย์ทั่วไปในประเทศไทยไม่สามารถเทียบเคียงกับต่างประเทศได้ เพราะแพทย์ทั่วไปในประเทศไทยได้แก่ แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เวชศาสตร์ทั่วไป รวมทั้งระบาควิทยา ขณะที่ในต่างประเทศนับรวมอายุรแพทย์ กุมารแพทย์ และสูตินรีเวช อยู่ในกลุ่มแพทย์ทั่วไปด้วย

แผนภูมิที่ 4.6 (ภาพที่ 6.5) สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป ปี พ.ศ.2514 -2544

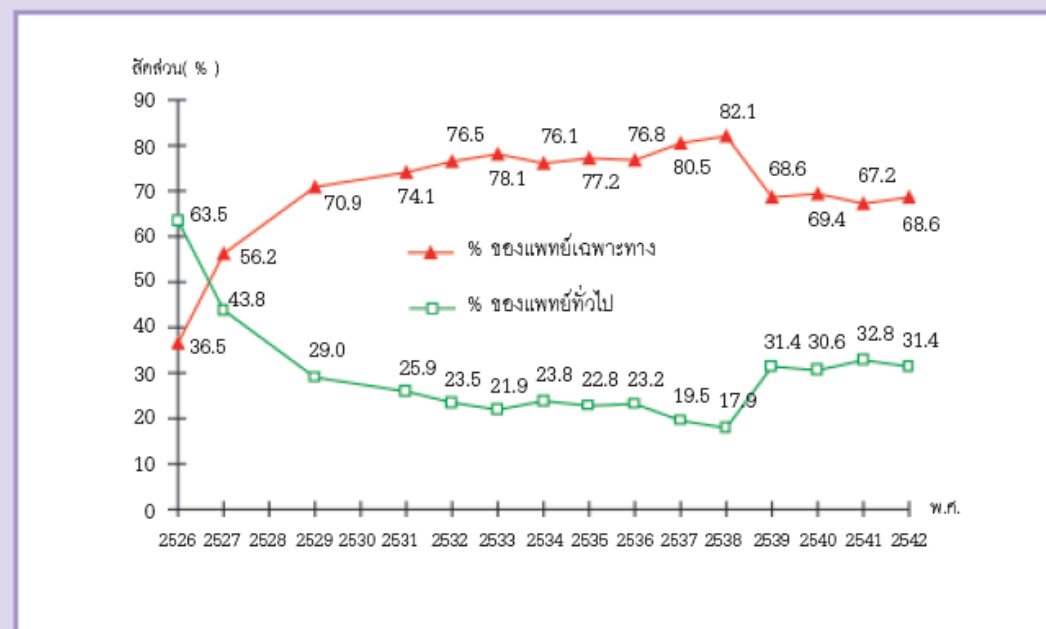
ภาพที่ 6.5 สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2544



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา (นับเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ)

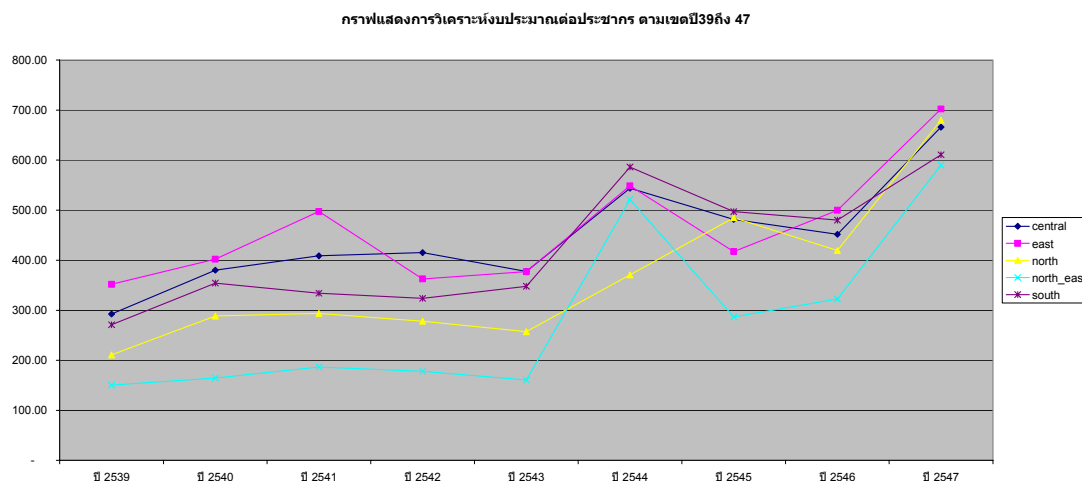
แผนภูมิที่ 4.7 (ภาพที่ 6.6) สัดส่วนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ.2526-พ.ศ.2542 (นับจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงๆ)

ภาพที่ 6.6 สัดส่วนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2542 (นับจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง ๆ)



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

แผนภูมิที่ 4.8 การวิเคราะห์งบประมาณต่อประชากร ตามเขตปี พ.ศ.2539-2547



4.4 ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ

การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขของหน่วยงานในภาครัฐ มีผู้รับผิดชอบในหน่วยงานต่าง ๆ กันจำนวนมาก แม้แต่ในกระทรวงสาธารณสุขก็มีกรมต่าง ๆ ที่มีโรงพยาบาลในสังกัดอยู่หลายกรม เช่น กรมแพทย์ ซึ่งมีโรงพยาบาลในสังกัดอยู่ในกทม.และมีศูนย์มะเร็งซึ่งให้บริการเฉพาะโรคอยู่ในจังหวัดใหญ่ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังมีกระทรวงต่าง ๆ ที่มีโรงพยาบาลอยู่ในสังกัด เช่น กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงเหล่านี้ ถ้ามีภารกิจในการให้บริการเฉพาะ โดยไม่มีหน่วยงานอื่นรับผิดชอบก็สามารถจัดบริการได้โดยไม่ซ้ำซ้อน เช่น โรงพยาบาลจิตเวชของกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนในแต่ละอำเภอของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น แต่ถ้าโรงพยาบาลในสังกัดต่าง ๆ ให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไป ก็จะทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการลงทุน ทำให้ไม่สามารถควบคุมกำกับการกระจายทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีภาคเอกชนที่รอจังหวะในการลงทุนด้านบริการสาธารณสุขเมื่อภาวะเศรษฐกิจเอื้ออำนวย โดยเน้นการลงทุนครุภัณฑ์การแพทย์เพื่อสร้างภาพลักษณ์และหวังผลด้านการตลาดเป็นหลัก ทำให้พื้นที่ในเขตเมืองที่เป็นที่ตั้งของหน่วยราชการหลายแห่ง มีการลงทุนทรัพยากรสาธารณสุขจากหลายแหล่ง รวมทั้งภาคเอกชนหากประชาชนในพื้นที่มีรายได้สูง

การจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขตเมืองที่มีทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมาก จากหลายหน่วยงานรวมทั้งภาคเอกชนนั้น ไม่ได้ทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตเมืองดีขึ้นแต่อย่างใด หน่วยงานที่สร้างโรงพยาบาลในสังกัดขึ้นมาจะมีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม กลุ่มเป้าหมายในการให้บริการคือทหารและครอบครัวที่อยู่ในสังกัด โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจจะให้บริการเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในรัฐวิสาหกิจนั้น ๆ และครอบครัว โรงพยาบาลเอกชนเลือกให้บริการเฉพาะผู้ที่มีกำลังซื้อเพียงพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ก่อนที่จะมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ โดยเฉพาะ

เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน แม้แต่กลุ่มเป้าหมายของหน่วยงานที่มีโรงพยาบาลในสังกัด แต่มีจำนวนคนที่ต้องรับผิดชอบจำนวนมาก หากเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ไข้ดั่งอักเสบ ยังต้องออกไปรับบริการที่โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดใกล้เคียง โรงพยาบาลในเมืองใหญ่เหล่านี้มักมีบริการเฉพาะทางที่ต้องใช้เทคโนโลยีการแพทย์ระดับสูง และให้ความสนใจกับโรคที่พบไม่บ่อย ขณะที่ทรัพยากรที่จัดเตรียมไว้สำหรับบริการฉุกเฉินมีจำกัด นอกจากนี้บริการปฐมภูมิในเมืองใหญ่เหล่านี้ยังมีปัญหาอย่างมาก เพราะไม่มีผู้รับผิดชอบอย่างเต็มที่ ยกเว้นในกรุงเทพมหานครฯ ที่จัดบริการปฐมภูมิโดยมีศูนย์บริการสาธารณสุข แต่ก็มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชาชนทั้งหมดในกรุงเทพมหานครฯ หลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับสิทธิประโยชน์จากโครงการนี้ แต่ในเมืองใหญ่ส่วนใหญ่จะมีผู้อพยพเข้ามาทำงานซึ่งอาจเป็นชั่วคราว หรือไปเช้าเย็นกลับ หรือไปทำงานวันจันทร์ กลับบ้านวันศุกร์ ซึ่งระบบลงทะเบียนของโครงการ 30 บาทไม่ได้ออกแบบไว้รองรับประชาชนกลุ่มนี้ สรุปปัญหาเรื่องการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขได้ดังนี้

1. ปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและใช้บริการสาธารณสุข โดยประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่มีแพทย์มากกว่าในชนบท อย่างไรก็ตามปัญหานี้ลดลงมาโดยตลอด
2. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขยังไม่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ว่าตอบสนองต่อบทบาทภารกิจใดในการให้บริการสาธารณสุข ทำให้ทรัพยากรสาธารณสุขที่กระจายออกไปสำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน กลับนำไปจัดซื้อเทคโนโลยีการแพทย์ระดับสูง เช่น โรงพยาบาลชุมชนซื้อเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง หรือลงทุนในส่วนที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันได้กับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เกิดการลงทุนไม่คุ้มค่า หรือจัดสรรแพทย์เฉพาะทางที่ต้องใช้เครื่องมือราคาแพงเพิ่มเติมเช่น จักษุแพทย์, ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ลงไปในโรงพยาบาลชุมชน และไม่สามารถให้บริการตามความรู้ความชำนาญที่ได้เรียนมา เป็นต้น
3. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไม่มีแผนบูรณาการเชื่อมโยงทรัพยากรแต่ละชนิด ให้ชัดเจนที่จะจัดสรรทรัพยากรทุกส่วนให้สัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขได้ เช่น การกระจายแพทย์ ไม่สัมพันธ์กับครุภัณฑ์การแพทย์ และพื้นที่ใช้ทำงาน
4. ในเขตเมืองถึงแม้ว่าจะมีทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมาก แต่เป็นทรัพยากรที่จัดเตรียมไว้สำหรับโรคที่ต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับสูง ประชาชนที่ด้อยโอกาสในเขตเมือง หรือมีเงื่อนไขพิเศษในการเดินทางที่ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ยังคงมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะบริการปฐมภูมิ และบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีหน่วยงานรับผิดชอบหลายหน่วย เช่น ในเมืองใหญ่ ยังไม่มีการวางแผนร่วมกันในการจัดหา และใช้ทรัพยากรร่วมกัน ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะการกระจายทรัพยากรลงไปให้ในแต่ละระดับบริการให้ครบถ้วน ทั้งบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ส่วนใหญ่มักให้ความสนใจไปในระดับตติยภูมิขั้นสูง
6. เกิดปัญหาความขัดแย้งจากความพยายามที่จะแย่งชิงทรัพยากรสาธารณสุข ระหว่างพื้นที่ หรือระหว่างสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ เนื่องจากทรัพยากรสาธารณสุขมีจำกัดเมื่อเทียบกับ

ภาระงาน กลุ่มที่ได้รับความเดือดร้อนจึงพยายามแข่งขันทรัพยากรสาธารณสุขให้แก่กลุ่มตน โดยไม่สนใจภาพรวมทั้งระบบ

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข ต้องคำนึงถึงความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร ลงไปในพื้นที่ ทั้งนี้ต้องมีตัวชี้วัดหลายตัวเชื่อมโยงสัมพันธ์กันบ่งชี้การกระจายอย่างเหมาะสม โดยเปรียบเทียบ จำนวนทรัพยากร ภารกิจตามระดับสถานบริการ ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งจำนวนประชากร ความยากจน และตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ทรัพยากรที่จะจัดสรรลงไปต้องสัมพันธ์สอดคล้องกับทรัพยากรสาธารณสุขอื่น ๆ ที่จะทำให้เกิดบริการสาธารณสุขได้เต็มประสิทธิภาพอีกด้วย
2. ควรกำหนดภารกิจบริการของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับ แต่ละพื้นที่ให้ชัดเจน และจัดสรรทรัพยากรรวมทั้งจัดบริการตามบทบาทภารกิจ หากมีปริมาณงานจำนวนมาก และมีความจำเป็นต้องขยายตัวและได้รับทรัพยากรเพิ่มขึ้น จะต้องมีแผนในภาพรวมของพื้นที่อย่างชัดเจน
3. ควรพิจารณาส่วนขาดของบริการในพื้นที่เขตเมืองเช่น บริการระดับปฐมภูมิ เป็นต้น และควรจัดทำแผนบูรณาการการจัดบริการสาธารณสุขในเขตเมือง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อให้ไม่เกิดความซ้ำซ้อน และพิจารณาจัดสรรทรัพยากรไปเติมในส่วนขาด ให้เหมาะสม โดยกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบให้หน่วยงานต่าง ๆ อย่างชัดเจน
4. ควรเพิ่มเติมทรัพยากรสาธารณสุขเข้ามาในระบบ ให้จำนวนเพียงพอกับภารกิจที่หน่วยบริการแบกรับอยู่ ทั้งนี้การจัดสรรทรัพยากรควรใช้กลุ่มตัวชี้วัดอย่างเหมาะสม มากกว่าการใช้ดัชนีตัวใดตัวหนึ่งมาวัดซึ่งทำให้เกิดอคติ เช่น ใช้สัดส่วนจำนวนประชาชนในพื้นที่เพียงปัจจัยเดียว เป็นต้น

บทที่ 5 ลักษณะและแนวโน้มการใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุข

5.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

พฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน มิได้ขึ้นกับความจำเป็นที่เกิดจากปัญหาด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อความต้องการในการใช้บริการ การเลือกใช้บริการสาธารณสุขในระดับใดยังขึ้นอยู่กับตัวแปรอีกหลายอย่างเช่นภาวะเศรษฐกิจ สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล และความสะดวกในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข เป็นต้น

ทิศทางยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ กลายเป็นกระแสหลักของประเทศไทย ร่วมกันกับนโยบายในการฟื้นฟูปัญหาด้านการแพทย์แผนไทย และความพยายามผลักดันให้ประเทศไทยกลายเป็น Health Hub ทำให้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ และบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบใหม่ ๆ เกิดขึ้นจำนวนมาก ได้แก่สถานบริการนวดแผนไทย, Fitness Centers, Spa เป็นต้น สถานบริการเหล่านี้เน้นบริการเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อบรรเทาอาการ, อาการแสดงในอดีตซึ่งไม่นับว่าเป็นปัญหา ก็ได้รับการยกระดับขึ้นเป็นปัญหา เช่น ปวดเมื่อย, เครียด, น้ำหนักขึ้น, อ่อนเพลีย จนต้องมีการใช้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพเหล่านี้ มากขึ้น ความนิยมบริการสร้างเสริมสุขภาพลักษณะนี้มีเพิ่มขึ้น จนกลายเป็นส่วนสำคัญของอุตสาหกรรมท่องเที่ยว

ในภาพรวมของการใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อแก้ปัญหาคความเจ็บป่วย เพิ่มขึ้นอย่างมาก ในทุกระดับบริการ โดยเฉพาะบริการผู้ป่วยนอก หลังจากเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้บริการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง บริการรักษาพยาบาลที่เพิ่มคุณภาพชีวิต เช่นการผ่าตัดต่อกระดูก การผ่าตัดหัวใจ เพิ่มสูงขึ้น ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเกิดผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ และบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบใหม่ ๆ ซึ่งมีผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น

5.2 การทบทวนวรรณกรรม

การใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งแปรผันไปตามภาวะเศรษฐกิจและสังคม ในช่วงก่อนปี 2540 ที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ประชาชนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยการซื้อยากินเองน้อยลงจากร้อยละ 51.4 ในปี พ.ศ.2513 เหลือเพียงร้อยละ 17.3 ในปีพ.ศ.2539 ขณะที่เข้ารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น โดยใช้บริการในสถานอนามัยเพิ่มมากขึ้น จาก 4.4% ไปเป็น 34.5% และใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐ เพิ่มจาก 11.1% ไปเป็น 19.4% ขณะที่ใช้บริการในสถานบริการเอกชนค่อนข้างคงที่ จาก 22.7% ไปเป็น 24.2%

หลังปี 2540 การใช้บริการเปลี่ยนแปลงไป โดยประชาชนซื้อยามากขึ้นเป็น 24.2% ไปใช้บริการในภาคเอกชนลดลงเหลือเพียง 15% และใช้บริการสถานบริการของรัฐลดลงเล็กน้อย จะเห็นได้ว่าการใช้บริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วยนั้นได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจอย่างมาก (ตารางที่ 1, 2, 3)¹

ตารางที่ 5.1 การใช้บริการสาธารณสุขในสถานบริการระดับต่าง ๆ เมื่อเจ็บป่วย

การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	2513 IPSR	2522 IPSR	2528 IPSR	2534 HWS	2534 CHPS	2534 HES	2538 BHPP (PHS)	2539 BHPP (PHS)	2539 HWS	2542 IHWS	2544 BHPP (PHS)	2544 HWS
รวมเขตชนบทและเขตเมือง												
ไม่ทำอะไร	2.7	4.2		15.9	18.4	8.5	1.15	0.5	6.9	3.9		5.4
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ	7.7	6.3	2.4	5.7	6.0	7.0	6.2	4.2	2.8	1.6	6.5	2.5
ซื้อยามากินเอง	51.4	42.3	28.6	38.3	33.0	39.5	19.09	17.1	37.9	20.2	19.0	24.2
สถานีอนามัย	4.4	16.8	14.7	14.8	13.7	9.8	39.84	34.5	20.8	19.2	44.1	17.4
โรงพยาบาลของรัฐ	11.1	10.0	32.5	12.9	12.5	19.1	17.79	19.4	12.9	30.5	15.7	34.8
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	22.7	20.4	21.8	12.4	16.4	16.1	15.76	24.4	18.7	23.8	14.7	15
เขตชนบท												
ไม่ทำอะไร				15.6				0.4	6.7	3.7		5.8
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ				5.8	3.4			6.2	2.5	1.7	6.5	2.6
ซื้อยามากินเอง				38.6	39.4			11.6	38.4	18.6	17.5	22.1
สถานีอนามัย				17.0	19.5			49.6	24.6	23.3	49.8	22.3
โรงพยาบาลของรัฐ				12.8	18.0			20.0	13.8	32	14.0	35.2
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน				10.2	19.7			12.3	14.0	20.1	12.3	11.4
เขตเมือง												
ไม่ทำอะไร				17.9				0.7	7.5	4.8		4.4
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ				4.7				1.3	4.3	0.8	6.4	2.1
ซื้อยามากินเอง				36.9				25.2	36.0	26.2	27.3	29.4
สถานีอนามัย				2.7				12.8	3.5	3.6	13.0	5.5
โรงพยาบาลของรัฐ				13.1				18.5	8.9	24.8	24.7	33.9
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน				24.7				41.6	39.8	38.1	28.6	24.0

¹ รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ที่มา

1.IPSR : Institute for Population and Social Research Mahidol University 2531

2.HWS : The Health and Welfare Survey NSO 2534 ,2539,2544

3.CHPS : Center for Health Policy Studies Mahidol University 2534

4.HES : Health Examination Survey 2534

5.BHPP : Bureau of Health Policy & Plan MOPH 2536

6.PHS : Provincial Health Survey BHPP 2538 ,2539, 2544

7.IHWS : Illness and Health Welfare the Social Survey NSO 2542

หมายเหตุ

Different definition of illness in different sources.

ตารางที่ 5.2 การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยหลังวิกฤตเศรษฐกิจ

การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	การสำรวจครัวเรือน ใน พ.ศ.2541			
	(N=1,228)	(N=1,187)	(N=515)	(N=2,930)
ซื้อยากินเอง	24.5	30.8	43.3	31.7
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมบ้าน	1.9	1.8	2.2	2.1
ไปสถานบริการสาธารณสุข	73.6	67.4	54.5	66.2
- สถานบริการของรัฐ	52.4	33.8	36.1	42.0
- สถานบริการภาคเอกชน	17.8	30.3	16.6	22.0
- การแพทย์แผนไทย/ทางเลือก	0.5	0.8	1.2	0.7
- อื่นๆ	2.9	2.5	0.6	1.5

ที่มา: เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, การ

สำรวจครัวเรือน พ.ศ.2541, โครงการ

MAP Health

หมายเหตุ: เป็นการสุ่มสำรวจใน 8

จังหวัด

ตารางที่ 5.3 การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของคนกรุงเทพฯ ก่อนและหลังวิกฤตเศรษฐกิจ

ประเภท	ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ (N=1,155)		หลังวิกฤตเศรษฐกิจ (N=1,155)	
	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย
1. การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ				
1.1 ที่คลินิก	49.5	39.3	43.9	28.0
1.2 ที่โพลีคลินิก	9.0	8.5	9.6	6.5
1.3 ที่โรงพยาบาลรัฐ	16.5	25.6	26.6	41.0
1.4 ที่โรงพยาบาลเอกชน	23.1	24.2	17.6	22.0
1.5 อื่นๆ	1.9	2.4	2.3	2.5
2. การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว				
2.1 ที่คลินิก	20.9	19.3	18.7	9.9
2.2 ที่โพลีคลินิก	10.0	5.9	8.9	6.1
2.3 ที่โรงพยาบาลรัฐ	38.3	40.7	46.7	48.1
2.4 ที่โรงพยาบาลเอกชน	29.6	33.3	24.0	33.6
2.5 อื่นๆ	1.3	0.7	1.8	2.3

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของคนกรุงเทพฯ ที่เปลี่ยนไปในยุคที่ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ, บริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2541

5.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

บริการให้วัคซีนป้องกันโรค

การให้วัคซีนป้องกันโรคครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นโดยตลอด โดยเฉพาะวัคซีนที่อยู่ในโปรแกรมของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลทำให้โรคต่าง ๆ เหล่านี้ลดลงอย่างมาก จะเห็นได้ว่า บาดทะยักในเด็กแรกเกิด, คอตีบ, โไอกรน, และโปลิโอลดลงมาโดยตลอดตั้งแต่ปี 2520-2544 ขณะที่โรคหัดและตับอักเสบจากไวรัสบี ยังเป็นปัญหาอยู่ (ตารางที่ 5.4)²

² รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ตารางที่ 5. 4 อุบัติการป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน พ.ศ. 2520-2544

อุบัติการโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่อประชากร 100,000 คน						
พ.ศ.	หัด	บาดทะยักในเด็ก แรกเกิด	คอตีบ	ไอกรน	โปลิโอ	ตับอักเสบบีจาก ไวรัสบี
2520	20.2	72.1	5.2	7.2	2.1	NA
2522	28.9	70.0	4.4	11.2	2.3	0.09
2524	51.1	59.8	1.6	6.2	0.5	0.14
2526	70.2	53.6	2.1	9.8	0.3	0.12
2528	66.2	60.4	1.4	4.8	0.1	0.55
2530	78.3	47.9	1.0	2.7	0.04	1.75
2532	22.5	28.1	0.1	2.2	0.03	3.30
2534	46.9	14.5	0.09	0.5	0.009	5.98
2536	25.2	4.7	0.04	0.6	0.015	4.39
2538	16.4	6.4	0.03	0.2	0.003	3.13
2539	9.5	0.05	0.08	0.13	0.03	2.20
2540	22.03	0.04	0.06	0.17	0.00	2.27
2541	22.39	0.03	0.08	0.16	0.00	2.53
2542	5.38	1.55	0.08	0.08	0.00	2.60
2543	6.67	0.03	0.02	0.16	0.00	2.71
2544	11.96	0.36	0.02	0.12	0.00	2.80

การให้บริการรักษาพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุข

จำนวนบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นมาโดยตลอดในสถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2520-2543 โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปมีผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยนอกในปี 2520 จำนวน 5.9 ล้านครั้ง และเพิ่มขึ้นเป็น 20.4 ล้านครั้งในปี 2543 โรงพยาบาลชุมชนมีผู้ป่วยนอกมารับบริการจำนวน 2.9 ล้านครั้งในปี 2520 และเพิ่มเป็น 40.2 ล้านครั้งในปี 2543 ขณะที่สถานีอนามัยมีผู้ป่วยนอกมารับบริการจำนวน 3.5 ล้านครั้งในปี 2520 และจำนวน 51.8 ล้านครั้งในปี 2543 ดังนั้นในช่วงปี 2520 สัดส่วนผู้ป่วยนอกที่รับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ มากที่สุดจึงเป็นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งให้บริการสูงถึง 46.2% ขณะที่สถานีอนามัยให้บริการ 29.4% และโรงพยาบาลชุมชนให้บริการ 24.4%

สัดส่วนนี้เปลี่ยนไปตลอด จนถึงปี 2543 สัดส่วนผู้ป่วยนอกที่รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปลดลงเหลือ 18.2% ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนให้บริการ 35.7% และสถานีนอามัย ให้บริการผู้ป่วยนอก 46.1% (ตารางที่ 5.5)³

ตารางที่ 5.5 จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ระดับต่าง ๆ

หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)										
	2520	2524	2528	2532	2536	2538	2539	2540	2541	2542	2543
รพช.+รพท.	5.5	7.5	10.0	10.9	12.0	14.6	15.5	16.8	18.1	19.4	20.4
	(46.2)	(33.1)	(32.4)	(27.7)	(21.2)	(20.0)	(19.6)	(19.1)	(18.8)	(18.8)	(18.2)
รพช.+รพ.สาขา	2.9	6.0	11.1	12.9	21.1	26.1	28.0	29.6	33.9	36.7	40.2
	(24.4)	(26.4)	(35.9)	(32.8)	(37.2)	(35.7)	(35.5)	(33.7)	(35.1)	(35.6)	(35.7)
สอ.+สสช.	3.5	9.2	9.8	15.5	23.6	32.4	35.4	41.5	44.5	46.86	51.8
	(29.4)	(40.5)	(31.7)	(39.4)	(41.6)	(44.3)	(44.9)	(47.2)	(46.1)	(45.5)	(46.1)
รวม	11.9	22.7	30.9	39.3	56.7	73.1	78.9	87.9	96.5	103.0	112.4

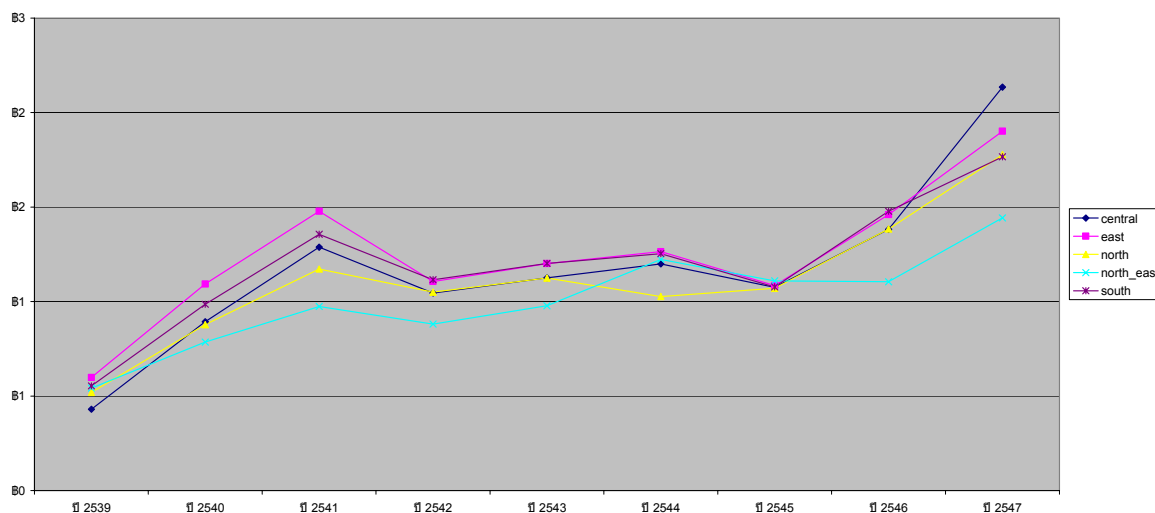
ที่มา: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค
หมายเหตุ: ตัวเลขใน () แสดงร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด

การใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นมาโดยตลอดนับตั้งแต่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 และเริ่มซบดาวน์ในปี 2542 แต่เมื่อเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคตั้งแต่ปี 2545 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกก็เพิ่มขึ้นโดยตลอด ภาคที่มีอัตราเพิ่มสูงสุดคือภาคกลาง รองลงมาเป็นภาคตะวันออก ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราใช้บริการผู้ป่วยนอกต่ำที่สุด มาตลอดยกเว้นปี 2539 และปี 2544 เท่านั้น (แผนภูมิที่ 5.1)⁴

³ รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

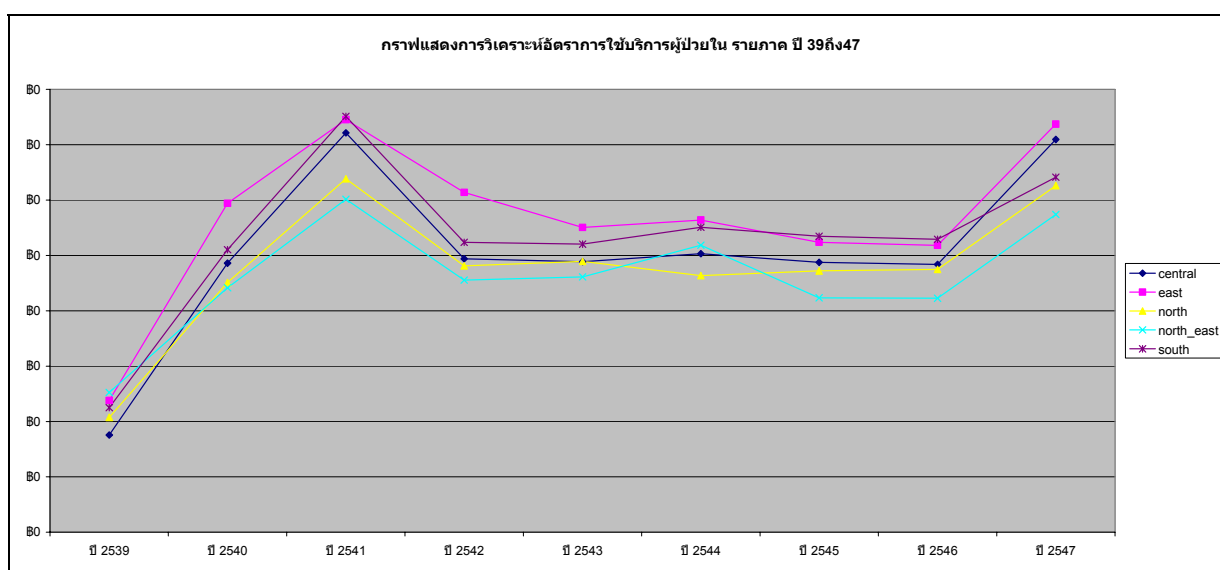
⁴ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง 5, 2539-2547

แผนภูมิที่ 5.1 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายภาค ปี 2539-2547



การใช้บริการผู้ป่วยในจะมีลักษณะเช่นเดียวกับการใช้บริการผู้ป่วยนอก คือเพิ่มขึ้นในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ และลดลงในปี 2542 จากนั้นอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในจะคงที่มาตลอดจนปี 2547 จึงมีการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ ขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของภาคตะวันออกสูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคกลาง (แผนภูมิ 5.2)⁵

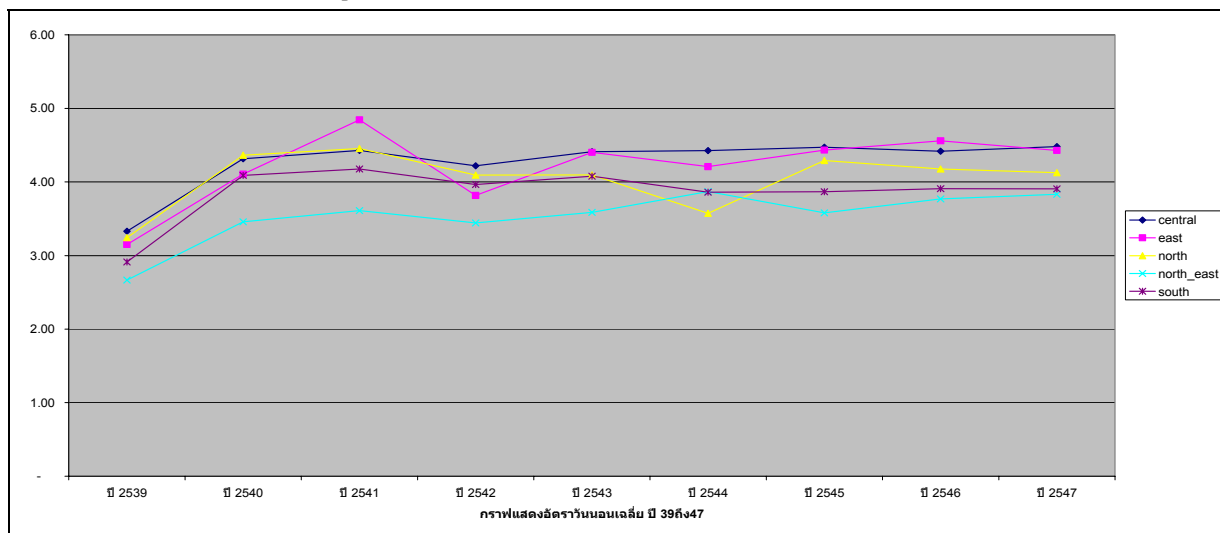
แผนภูมิ 5.2 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน รายภาค ปี พ.ศ.2539 – พ.ศ.2547



⁵ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง 5, 2539-2547

นอกเหนือจากอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในจะต่ำกว่าภาคอื่น ๆ แล้ว การนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีอัตราวันนอนเฉลี่ย ต่ำกว่า อัตราวันนอนเฉลี่ยของภาคอื่น ๆ ทั้งหมดด้วย (แผนภูมิที่ 5.3)⁶

แผนภูมิที่ 5.3 อัตราวันนอนเฉลี่ย รายภาค ปี 2539-2547

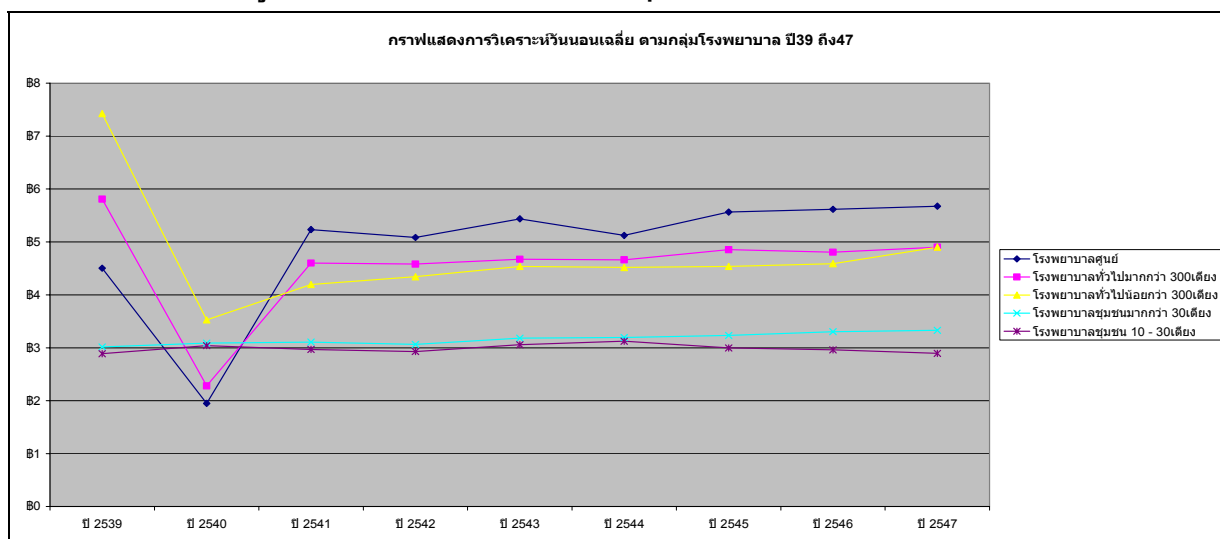


เมื่อเปรียบเทียบอัตราวันนอนเฉลี่ย ตามกลุ่มโรงพยาบาล พบว่า วันนอนเฉลี่ยของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจะสูงกว่าวันนอนเฉลี่ยของโรงพยาบาลชุมชนทั้งสองกลุ่มอย่างมาก และมีเพิ่มสูงขึ้นในปี 2547 ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีวันนอนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย (แผนภูมิที่ 5.4)⁷

⁶ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง 5, 2539-2547

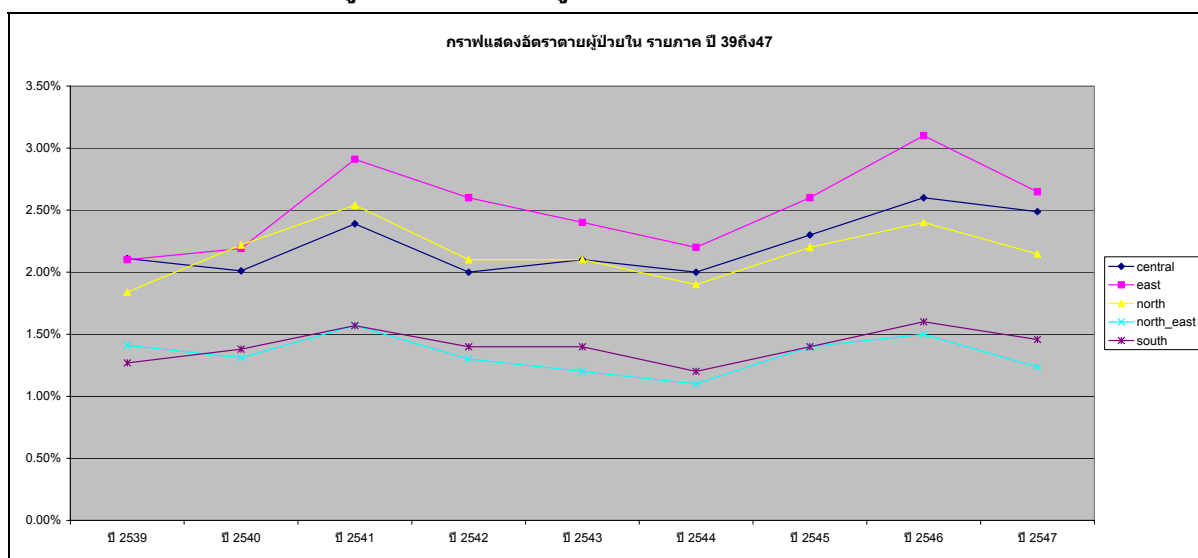
⁷ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง 5, 2539-2547

แผนภูมิที่ 5.4 อัตราวันนอนเฉลี่ย รายกลุ่มโรงพยาบาล ปี 2539-2547



เมื่อวิเคราะห์อัตราตายของผู้ป่วยในแยกตามภาค พบว่า อัตราตายผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540-2541 แล้วค่อย ๆ ลดลงต่ำในปี 2544 อัตราตายผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นอีกช่วงปี 2545-2546 แต่ในช่วงปี 2547 อัตราตายผู้ป่วยในลดลงจากปี 2546 มาอยู่ในอัตราใกล้เคียงกับปี 2545 เมื่อแยกรายภาค พบว่าอัตราตายผู้ป่วยในของผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่าทุกภาคมาโดยตลอดตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา โดยมีภาคใต้ที่มีอัตราตายผู้ป่วยในใกล้เคียงกัน ขณะที่ภาคตะวันออกมีอัตราตายผู้ป่วยในสูงที่สุด ตามมาด้วยภาคกลาง และภาคเหนือ ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 5.5⁸

แผนภูมิที่ 5.5 อัตราตายผู้ป่วยใน รายภาค ปี 2539-2547

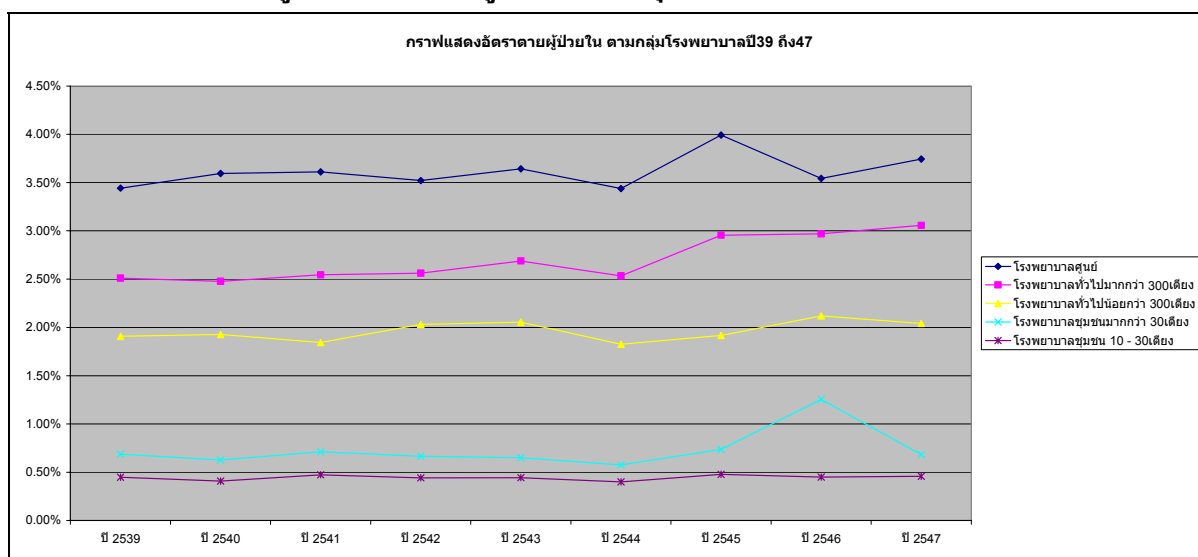


เมื่อแยกอัตราตายผู้ป่วยในตามกลุ่มโรงพยาบาลพบว่า อัตราตายผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลทุกระดับในปี 2545 แล้วลดลงในโรงพยาบาลศูนย์ ในปี 2546 ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป อีก 2 กลุ่ม

⁸ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง 5, 2539-2547

ค่อนข้างคงที่ แต่ในโรงพยาบาลชุมชน อัตราตายผู้ป่วยในยังเพิ่มขึ้นอีกในโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดใหญ่กว่า 30 เตียง และส่วนใหญ่อัตราตายผู้ป่วยในจะลดลงในปี 2547 (แผนภูมิที่ 5.6)⁹

แผนภูมิที่ 5.6 อัตราตายผู้ป่วยใน ตามกลุ่มโรงพยาบาลปี 2539-2547



5.4 ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ

ปัญหาความไม่เป็นธรรมในสถานะสุขภาพ โดยอัตราตายทารกนอกเขตเทศบาลสูงกว่า ในเขตเทศบาล ทั้งที่อัตราตายทารกทั้งสองเขตลดลงอย่างมากในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา¹⁰ อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศสมาชิกอื่น ในบรรดา WHO/SEAR ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 1 แต่เปรียบเทียบกับในกลุ่ม ASEAN ไทยยังเป็นรองสิงคโปร์ มาเลเซีย และบรูไน ซึ่งเป็นประเทศเล็กที่มีเขตเมือง/เขตชนบท สูงกว่าประเทศไทยมากจนไม่น่าจะนำมาเปรียบเทียบกันได้¹¹

1. การเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยนอก ที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ โดยไม่นำจำนวนครั้งของการให้บริการในแต่ละระดับมาวิเคราะห์ร่วมด้วย ทำให้เกิดความเข้าใจผิดโดยง่าย หากพิจารณาจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่เข้าไปรับบริการที่สถานบริการระดับต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยนอกเข้าไปรับบริการเพิ่มขึ้นทุกระดับทั้งสถานนิอนามัย, โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โดยเพิ่มมากที่สุดที่ระดับสถานนิอนามัย รองลงมาเป็นระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มน้อยที่สุด

⁹ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง 5, 2539-2547

¹⁰ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

¹¹ The World Health Report 2000, Health System: Improving Performance.

2. ปัญหาอัตราใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่าภาคอื่นๆ ซึ่งอาจเกิดจากการใช้จำนวนประชากรในพื้นที่ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ซึ่งอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากประชากรในพื้นที่นี้อพยพไปทำงานที่อื่น เป็นระยะ และไม่ค่อยแจ้งย้ายที่อยู่
3. ภาวะเศรษฐกิจในช่วงต่าง ๆ ทั้งขาขึ้นขาลง มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนอย่างมาก ซึ่งให้เห็นว่า หลักประกันสุขภาพของประชาชนยังไม่ดีพอทำให้ต้องคำนึงถึงภาวะเศรษฐกิจในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตามหลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค แนวโน้มการรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพิ่มขึ้นโดยตลอด
4. ปัญหาเรื่องอัตราตายผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น อาจเกิดจากการเข้าถึงบริการโรคที่มีค่ารายจ่ายสูงมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น จึงมีอัตราตายเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถอธิบายอัตราตายในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมิได้ให้การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามดัชนีตัวนี้อาจชี้ให้เห็นถึงปัญหาเรื่องคุณภาพบริการในระบบ

ข้อเสนอแนะ

1. การวิเคราะห์ภาระงานในการให้บริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ไม่สามารถใช้จากสัดส่วนจำนวนครั้งผู้มารับบริการได้ ต้องพิจารณาจากข้อมูลจำนวนครั้งในสถานบริการแต่ละระดับด้วย
2. การจัดบริการสาธารณสุข ควรเน้นเรื่องคุณภาพในการให้บริการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการที่รับส่งต่อผู้ป่วยหนัก
3. ความต้องการสถานบริการสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรต้องวิเคราะห์รายละเอียดโดยใช้ดัชนีประกอบกันหลายอย่าง มากกว่าจำนวนประชากรในพื้นที่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากดัชนีตัวอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่าการจัดบริการสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้ผลไม่แตกต่างจากภาคอื่นๆ รวมทั้งอัตราตายผู้ป่วยใน

บทที่ 6 ประสิทธิภาพของการจัดบริการสาธารณสุข

6.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

เหตุผลสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ถูกอ้างสาเหตุมาจากปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของการจัดบริการสาธารณสุขมาโดยตลอด นักทฤษฎีรวมทั้งนักวิชาการแบ่งปัญหานี้ออกเป็น 2 ส่วนคือ¹

1. ยุทธศาสตร์สาธารณสุขมักเน้นด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งถือว่ามีประสิทธิภาพในการทำให้สุขภาพดี น้อยกว่ายุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องการใช้ทรัพยากรเกินจำเป็น หรือมีทรัพยากรสิ้นเปลืองในสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
2. การลงทุนทรัพยากรสาธารณสุขในหน่วยอื่น เช่นภาคเอกชน ส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น เช่น อัตราครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศต่ำกว่าร้อยละ 50 แสดงให้เห็นถึงการลงทุนเพิ่มจำนวนเตียงอย่างไม่เหมาะสมในภาคเอกชน และยังมีการลงทุนในครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพง แข่งขันกันระหว่างภาคเอกชนในพื้นที่เดียวกันอีกด้วย อย่างไรก็ตามในภาคเอกชนซึ่งมีการลงทุนเทคโนโลยีการแพทย์จำนวนมาก ก็พยายามใช้ทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ และผลกำไรเพิ่มขึ้น โดยการหากลุ่มลูกค้าจากต่างประเทศ ซึ่งรัฐบาลก็ให้การสนับสนุน ด้วยนโยบายผลักดันประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการแพทย์ (Medical Hub)

เมื่อเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทรัพยากรสาธารณสุขถูกจำกัดไว้ จากการที่สามารถเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลมาเป็นเงินบำรุงสะสมไว้ ก็เรียกเก็บได้เพียง 30 บาทต่อครั้งไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ทำให้รายรับส่วนใหญ่ที่ได้จากผู้รับบริการขาดหายไป สถานบริการสาธารณสุขในโครงการถูกกำหนดให้ได้รับเงินงบประมาณที่ส่งมาในรูปแบบจ่ายรายหัวซึ่งเป็นรายรับหลักของโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจะมีรายรับจากการตามจ่าย ค่าบริการรักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน และโรคที่มีรายจ่ายสูง ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บจากสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เงินเหมาจ่ายรายหัวจากประกันสังคม และเงินค่าห้องพิเศษจากผู้รับบริการเป็นส่วนใหญ่ สถานพยาบาลต่าง ๆ หันมาปรับปรุงประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลและจำกัดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นเป้าหมายหลัก อย่างไรก็ตามในช่วง 3 ปีที่ดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นต้นมา จะมีโรงพยาบาลประสบปัญหาขาดสภาพคล่องจำนวน 100-300 โรงพยาบาลทุกปี จนต้องสนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมในรูปแบบเงินสำรองฉุกเฉินมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน²

¹ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, รายงานทรัพยากรสาธารณสุข 2544

² คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังสาธารณสุข, สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ 2545

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการโครงการให้สามารถจัดบริการได้ โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาคซึ่งไม่มีสถานบริการสาธารณสุขของภาคเอกชนและสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐอื่น ๆ ถูกตั้งคำถามในเรื่องการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับอยู่เสมอว่า บริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ประเด็นคำถามที่จะต้องหาคำตอบ คือ งบประมาณสำหรับโครงการนี้ได้รับเพียงพอแต่มีปัญหาในการบริหารจัดการไม่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้เกิดปัญหาสภาพคล่องของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวนมาก หรืองบประมาณในโครงการนี้มีไม่เพียงพอที่จะให้บริการตามสิทธิประโยชน์ของโครงการ จึงทำให้เกิดปัญหาสภาพคล่องในโรงพยาบาลหลายแห่ง หรืองบประมาณในโครงการนี้มีไม่เพียงพอ และกระทรวงสาธารณสุขยังบริหารจัดการไม่มีประสิทธิภาพยิ่งซ้ำเติมปัญหาให้รุนแรงยิ่งขึ้น

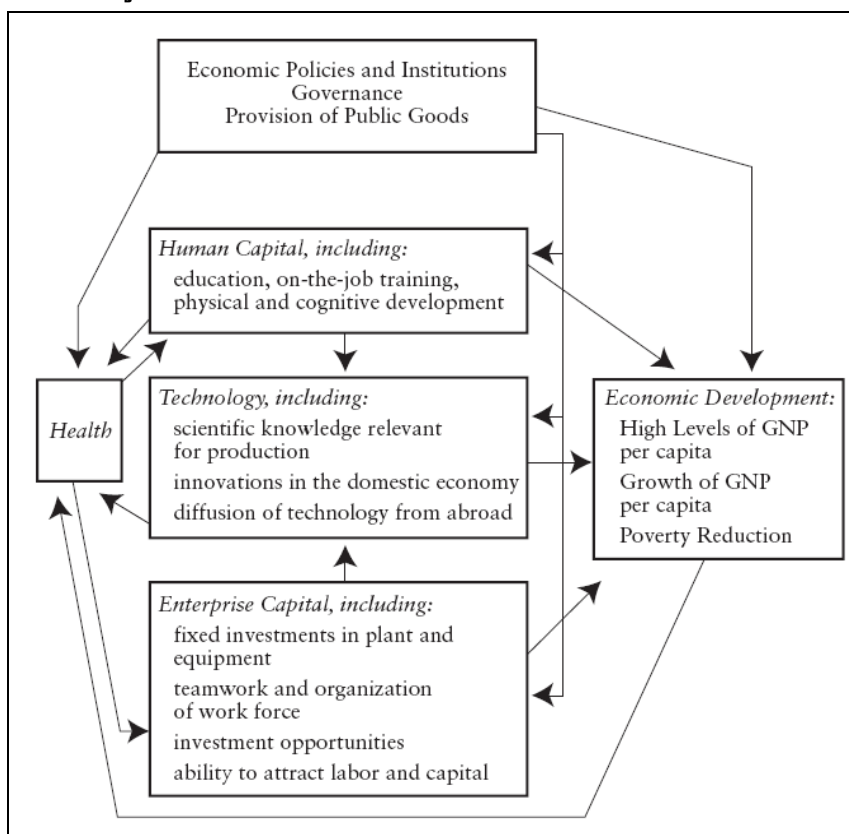
6.2 การทบทวนวรรณกรรม

ประสิทธิภาพหมายถึงดัชนีที่ใช้วัดผลของการผลิตสินค้า หรือบริการในจุดที่เสียค่าใช้จ่ายต่ำที่สุด ซึ่งหาได้จากการเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์ หรือผลผลิต กับทรัพยากรที่ใช้ไปในการผลิตสินค้าหรือบริการนั้น การสร้างประสิทธิภาพมิได้หมายความว่าเพียงแค่ลดต้นทุนหรือทรัพยากรที่ใช้ไปในการผลิตบริการเท่านั้น แต่การเพิ่มผลผลิตที่มีมูลค่าสูงจำนวนมาก โดยใช้ต้นทุนเพิ่มขึ้นไม่มาก ก็เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน WHO ให้คำแนะนำประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลางให้เพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพมากขึ้นเพื่อลดภาระโรคและสร้างสุขภาพ ทั้งนี้เป้าหมายสำคัญในการลดภาระโรคและสร้างสุขภาพ เพื่อเพิ่มผลผลิตมากขึ้นและลดความยากจนลง³ ดังแผนภูมิที่ 6.1

ความพยายามที่จะลดภาระโรค โดยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และตั้งความหวังไว้ว่า จะสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขลงได้ ยังไม่เคยปรากฏว่ามีประเทศใดที่ประชาชนมีสุขภาพดี อายุยืนยาวขึ้น แล้วสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงได้ แต่มีหลักฐานปรากฏชัดเจนว่าประเทศที่ประชาชนมีสุขภาพดี อายุคาดเฉลี่ยยืนยาว ทุกประเทศมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นทั้งสิ้น เนื่องจากประชาชนที่ไม่เสียชีวิตจากโรคต่าง ๆ ก่อนวัยอันควรนั้น ก็จะเข้าสู่วัยชราซึ่งมีภาวะเสื่อมสภาพของอวัยวะเรื้อรังจากความชรา ยังต้องการบริการสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น และมีราคาแพงขึ้น แต่การที่ประชาชนไม่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร และมีสุขภาพแข็งแรงดี จะมีเวลาในการสร้างผลิตภาพได้มากกว่า จนเกินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้

³ WHO, Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, 2001

แผนภูมิที่ 6.1 Health as an Input into Economic Development



การหาประสิทธิภาพของการจัดบริการสาธารณสุขก็จำเป็นที่จะต้องมามีข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขที่ใช้ไป และผลลัพธ์ ผลผลิตของการจัดบริการสาธารณสุข

1. ทรัพยากรที่ใช้ไปในการจัดบริการสาธารณสุข

1.1. ทรัพยากรการแพทย์

ทรัพยากรการแพทย์เป็นทรัพยากรที่จำเป็น สำหรับการจัดบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิขึ้นไป บริการระดับสูงมากยังต้องใช้ทรัพยากรการแพทย์ที่มีราคาแพงมาก ทรัพยากรการแพทย์เหล่านี้มีอายุการใช้งานจำกัด เนื่องจากเทคโนโลยีการแพทย์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อายุการใช้งานก็ขึ้นกับเวลามากกว่าจำนวนครั้งของการใช้งาน ไม่ว่าจะใช้หรือไม่ใช้เมื่อถึงเวลาก็กลายเป็นเทคโนโลยีล้าสมัย ไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้อีก ดังนั้นการหาซื้อทรัพยากรการแพทย์มาใช้งาน เมื่อได้มาแล้วต้องรีบจัดบริการที่จำเป็นต้องใช้ครุภัณฑ์นั้น ๆ ให้เกิดประโยชน์ตอบแทนการลงทุนให้เร็วและมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ จึงจะเกิดประสิทธิภาพคุ้มค่ากับการลงทุน การจัดหาและบำรุงรักษาทรัพยากรการแพทย์เหล่านี้ก็เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ต้นทุนต่ำที่สุด ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการราคาซื้อและค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาทรัพยากรการแพทย์ เปรียบเทียบระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน พบว่าตั้งแต่การจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพงเหล่านี้ ภาครัฐจัดซื้อเครื่องมือชนิดเดียวกันที่มีราคาแพงกว่าเสมอ อาจเป็นเพราะมีโอกาสน้อยในการจัดหาเครื่องมืออื่น เมื่อมีโอกาสจึงต้องจัดซื้อเครื่องมือที่มี Full Option รวมทั้งใช้เทคโนโลยีที่คิดว่าดีที่สุด ราคาจึงแพงมากเมื่อเทียบกับภาคเอกชน ซึ่งจัดซื้อได้ตามความ

ต้องการใช้งาน โดยไม่มีขั้นตอนยุ่งยากมาก ภาครัฐให้การแพทย์ที่จัดซื้อมาใช้ในภาครัฐยังต้องใช้งานกับผู้ป่วยจำนวนมากเพราะภาครัฐมีผู้มาใช้บริการจำนวนมากกว่า จึงต้องเลือกซื้อครุภัณฑ์ที่มี Brand ที่เชื่อถือได้ เพื่อรองรับงานบริการที่มีปริมาณมากกว่า จึงเป็นอีกสาเหตุที่ต้องจัดซื้อแพง เมื่อจัดซื้อของที่มีราคาแพง ค่าบำรุงรักษาในแต่ละปีจึงใช้เงินมากกว่าไปด้วย ทำให้ต้นทุนเฉลี่ยต่อปีของครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพง ได้แก่ CT Scan, ESWL (เครื่องมือสลายนิ่ว) และ MRI ของภาครัฐสูงกว่าภาคเอกชน

ตารางที่ 6.1 แสดงราคาซื้อ และค่าบำรุงรักษาเครื่องมือในแต่ละปี เปรียบเทียบภาครัฐ และเอกชน⁴

	CT Scan	ESWL	MRI
ราคาซื้อภาครัฐ	25 ล้านบาท/เครื่อง	29 ล้านบาท/เครื่อง	42.8-70 ล้านบาท/เครื่อง
บำรุงรักษาภาครัฐ	1.5-2.0 ล้านบาท / เครื่อง/ปี	1 ล้านบาท /เครื่อง/ปี	1 ล้านบาท /เครื่อง/ปี
ต้นทุนรวมต่อปีภาครัฐ	5.9 ล้านบาท /เครื่อง/ปี	4.0-4.5 ล้านบาท / เครื่อง/ปี	7-8 ล้านบาท /เครื่อง/ปี
ราคาซื้อภาคเอกชน	12 ล้านบาท	29 ล้านบาท	25-30 ล้านบาท
บำรุงรักษาภาคเอกชน	1 ล้านบาท /เครื่อง/ปี	1 ล้านบาท /เครื่อง/ปี	1 ล้านบาท /เครื่อง/ปี
ต้นทุนรวมต่อปีภาคเอกชน	3.8 ล้านบาท /เครื่อง/ปี	4.0-4.5 ล้านบาท / เครื่อง/ปี	6-7 ล้านบาท /เครื่อง/ปี

การใช้ครุภัณฑ์การแพทย์

การใช้งานครุภัณฑ์การแพทย์ที่ได้จัดหามาไว้ให้บริการ การศึกษาของสมใจและคณะพบว่าความไม่เหมาะสมในการส่งตรวจวินิจฉัย CT-Scanner ในกลุ่มผู้ป่วยข้าราชการ ประกันสังคม สังคมสงเคราะห์ และผู้ป่วยชำระเงินเอง ในรพ. 3 แห่ง ที่มี CT-Scanner พบว่า มีแนวโน้มที่จะใช้เทคโนโลยีไม่เหมาะสมในการส่งตรวจ ในกลุ่มผู้ป่วยประกันสังคม และผู้ป่วยข้าราชการ สูงกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ชำระเงินเอง และผู้ป่วยสังคมสงเคราะห์ ดังตารางที่ 2 (สมใจ และคณะ 2541) หากพิจารณาในแง่ประสิทธิภาพในการตรวจวินิจฉัย ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการตัดสินใจที่จะใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพงหรือไม่ใช้ มีแนวโน้มว่ากองทุนที่จัดสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้มีสิทธิสูงกว่ามีโอกาสที่จะได้รับบริการมากกว่า กองทุนที่จัดสิทธิประโยชน์น้อยกว่าหรือผู้ป่วยที่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเอง

⁴ โกวิน วิวัฒนพงศ์พันธ์. การศึกษาสภาพ ความจำเป็น และทางเลือก การใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ซับซ้อนในประเทศไทย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2536; 119-134

ตารางที่ 6. 2 แสดงการส่งตรวจ CT-Scanner ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยประเภทลัทธิต่าง ๆ⁵

ประเภทลัทธิ	รพ. 1	รพ.2	รพ.3
ข้าราชการ	8.4	-	23.6
ประกันสังคม	-	18.2	25.0
สังคมสงเคราะห์	3.2	5.0	14.6
จ่ายเอง	4.2	10.7	10.8

จำนวนผู้ใช้บริการ

เมื่อศึกษาข้อมูลการใช้งานครุภัณฑ์การแพทย์ CT-Scanner ของหน่วยต่างๆ พบว่าสถานบริการของรัฐที่เป็นโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะใช้ CT-Scanner มากกว่าโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น เช่น กทม. จะใช้งานคุ้มค่า เพราะรับส่งต่อผู้ป่วยมาจากพื้นที่ต่าง ๆ มากมาย ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีผู้ป่วยที่ใช้ CT-Scanner น้อยกว่าโรงเรียนแพทย์ และใช้ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเอกชน ศูนย์ X-Ray ที่ให้บริการตรวจด้วยเครื่อง CT-Scanner เพียงอย่างเดียวมีการใช้งานคุ้มค่าที่สุด ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าครุภัณฑ์ที่มีราคาแพงนี้ควรรวมศูนย์การใช้งานจากโรงพยาบาลต่าง ๆ จำนวนมาก จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการใช้งานคุ้มค่าของเครื่องมือ

ตารางที่ 6.3 แสดงจำนวนผู้ใช้บริการ CT-Scanner ในสถานบริการต่าง ๆ⁶

ประเภท	หน่วยงาน	จำนวนผู้ใช้บริการเฉลี่ย CT Scan ต่อวัน
สถานบริการรัฐ	รร.แพทย์ในกทม	11
	รพ.อื่น ๆ ในกทม	6-7
	รร.แพทย์ในต่างจังหวัด	7
	รพศ. รพท.	5
เฉลี่ย	หน่วยงานรัฐ	7.5
สถานบริการเอกชน	รพ.ในกทม.	6
	ศูนย์ X-Ray ในเขตกทม.	14
	รพ.ในต่างจังหวัด	3
เฉลี่ย	หน่วยงานเอกชน	7.6

⁵ สมใจ หวังสุกชาติ และคณะ การประเมินคุณค่าของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลสาธารณสุข เอกสารวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2541

⁶ โกวิน วิวัฒนพงศ์พันธ์. การศึกษาสภาพ ความจำเป็น และทางเลือก การใช้เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ซับซ้อนในประเทศไทย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2536; 119-134

1.2. การใช้เตียงของโรงพยาบาลในสังกัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ

ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการเตียงของโรงพยาบาลรัฐ ดีกว่าโรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจและโรงพยาบาลเอกชน เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพจากอัตราครองเตียง (ตารางที่ 6.4)⁷ ในกลุ่มโรงพยาบาลรัฐอัตราครองเตียงของ โรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สูงกว่า 80% มาโดยตลอด ขณะที่โรงพยาบาลรัฐในสังกัดอื่น ๆ เช่น กระทรวงมหาดไทยมีอัตราครองเตียง 70% และประมาณ 60% ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น ๆ โรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจมีอัตราครองเตียงที่ไม่แน่นอนในแต่ละปี และมีนโยบายในการรับผู้ป่วยเปลี่ยนไปมา ในช่วงปี 2538-2543 เพราะอยู่ในช่วงการปรับองค์กรจากวิกฤตเศรษฐกิจ และมีฐานประชากรที่ใช้บริการจำกัดกลุ่ม ในกลุ่มเอกชนโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรจะมีประสิทธิภาพการใช้เตียงดีกว่า เมื่อวิเคราะห์จากอัตราครองเตียงที่ 60-70% สูงกว่าโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหากำไรที่มีอัตราครองเตียงประมาณ 40% เท่านั้น เป็นที่น่าสังเกตว่าทิศทางอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลทุกสังกัดลดลงเรื่อย ๆ เมื่อเทียบในช่วงปี 2538-2539 กับช่วงปี 2542-2543 รวมทั้งโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจเกิดจากความพยายามที่จะเพิ่มประสิทธิภาพเข้าไปในระบบด้วยกลวิธีต่าง ๆ หรือเกิดจากประชาชนที่เจ็บป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้เพราะไม่มีกำลังซื้อ เนื่องจากภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในปี 2540

จำนวนผู้ป่วยต่อเตียงในแต่ละปี แสดงถึงการหมุนเวียนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในการใช้เตียงของโรงพยาบาล โรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนผู้ป่วยต่อเตียงสูงที่สุด แสดงว่าทรัพยากรเตียงของโรงพยาบาลกลุ่มนี้ 1 เตียงสามารถใช้ดูแลรักษาผู้ป่วยได้จำนวนมากที่สุด ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐวิสาหกิจต่ำที่สุด รองลงมาเป็นโรงพยาบาลรัฐในสังกัดอื่น ๆ ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหากำไรมีจำนวนผู้ป่วยต่อเตียงสูงกว่าโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงหากำไร

ในส่วนจำนวนวันนอนของผู้ป่วยต่อการรับไว้ในโรงพยาบาล 1 ครั้ง จะเห็นได้ว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่รับบริการจากโรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ที่ประมาณ 4 วัน ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนแสวงหากำไรอยู่ที่ 2-3 วัน วันนอนโรงพยาบาลที่ 2-3 วันชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ใช้เวลาดูแลไม่มากนัก หากใช้ค่าวันนอนโรงพยาบาลและน้ำหนักสัมพัทธ์จากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม จะพบว่าผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาล 2-3 วันในกลุ่มนี้จะมีน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำแสดงว่าเจ็บป่วยไม่รุนแรง ซึ่งอาจมีทางเลือกในการดูแลแบบผู้ป่วยนอก สำหรับโรงพยาบาลของกระทรวงมหาดไทยวันนอนของผู้ป่วยในแต่ละปีจะแตกต่างกันมาก ส่วนโรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงหากำไรมีจำนวนวันนอนของผู้ป่วยสูงค่อนข้างสูง เช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงอื่น ๆ ซึ่งรวมโรงเรียนแพทย์ที่รับผู้ป่วยส่งต่อจาก

⁷ รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

โรงพยาบาลอื่น ๆ รวมอยู่ด้วย จึงเป็นเหตุให้จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลุ่มนี้ นานกว่ากลุ่มอื่น

ตารางที่ 6.4 (ตารางที่ 6.52) การใช้เตียงของโรงพยาบาลในสังกัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ พ.ศ.2539-2543

ตารางที่ 6.52 การใช้เตียงของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2543

สถาบัน	เตียง						จำนวนวันนอนผู้ป่วย (วัน)						ผู้ป่วย / เตียง				อัตราการใช้เตียง (%)							
	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2538	2539	2540	2541	2542	2543						
กระทรวงสาธารณสุข	73,191	76,379	79,818	81,035	82,085	87,752	4.8	4.6	4.6	4.3	4.3	4.6	62.6	67.5	66.6	72.4	70.1	66.2	83.6	85.9	83.5	84.3	82.8	82.7
กระทรวงอื่น ๆ	14,236	17,143	16,880	15,948	15,879	13,216	5.5	8.2	6.4	7.6	6.7	7.8	18.3	19.9	24.9	31.0	30.5	30.2	27.6	44.7	43.6	64.7	55.6	64.4
กระทรวงมหาดไทย	3,359	3,417	3,402	3,457	3,591	3,433	9.7	8.5	8.1	4.3	4.6	6.9	23.0	31.5	32.6	60.5	58.0	41.9	61.2	73.5	72.5	71.7	73.7	79.0
รัฐวิสาหกิจ	365	365	365	385	385	332	10.9	9.1	9.3	12.9	6.4	9.8	14.3	19.0	18.6	23.8	15.6	30.4	43.2	47.3	47.3	84.7	27.3	81.9
เอกชนผู้กำไร	25,298	29,611	29,945	31,123	31,207	29,361	4.0	4.8	3.1	3.0	3.1	2.9	38.3	54.9	52.8	52.1	47.4	50.7	42.3	46.2	44.3	42.9	39.9	40.5
เอกชนไม่ผู้กำไร	1,968	2,004	1,995	2,156	2,156	2,107	7.3	6.9	6.6	6.8	6.0	5.8	34.6	34.7	36.5	34.9	35.2	38.9	69.4	66.1	66.1	65.3	57.7	62.1
	118,417	128,919	132,405	134,104	135,303	136,201	4.8	4.9	4.4	4.2	4.3	4.5	50.4	50.7	56.7	61.7	59.2	58.2	67.1	70.6	68.9	71.7	68.9	71.4

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

หมายเหตุ : 1. ข้อมูลอัตราการครองเตียงของรัฐวิสาหกิจในปี 2541 สูงกว่าปี 2540 มาก เนื่องจากจำนวนวันนอนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวงสูง

ส่วนในปี 2542 ต่ำลงมากเนื่องจากโรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวงมีมาตรการจำกัดจำนวนวันนอนลง

2. ข้อมูลอัตราการครองเตียงของกระทรวงอื่น ๆ ใน พ.ศ. 2541 - 2542 สูงกว่าเดิม เนื่องจากใน พ.ศ. 2541 - 2542 โรงพยาบาลในสังกัดคณะ

แพทยศาสตร์ เชิญใหม่ ส่งรายงานเข้ามา

1.3. การใช้บุคลากรของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ

แพทย์ในโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รับภาระมากที่สุด เมื่อพิจารณาจากข้อมูลจำนวนเตียงต่อแพทย์ 8-9 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ขณะที่โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นๆ โรงพยาบาลในสังกัดรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลของเทศบาล จำนวนเตียงต่อแพทย์ 4-5 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ข้อมูลในส่วนการดูแลผู้ป่วยในพบว่า จำนวนผู้ป่วยในต่อแพทย์ในแต่ละวัน แพทย์ในโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดูแลผู้ป่วยในประมาณ 7-8 คน ต่อวัน ขณะที่โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ แพทย์ดูแลผู้ป่วยในประมาณ 2-4 คนต่อวัน นอกจากนั้นแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังดูแลผู้ป่วยนอก ประมาณ 2500 คนต่อปี ขณะที่แพทย์สังกัดอื่น ๆ ดูแลผู้ป่วยนอกตั้งแต่ 200-1500 คนต่อปี (ตารางที่ 5) จะเห็นได้ว่าแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีประสิทธิภาพดี เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลในกลุ่มอื่นๆ ทั้งหมด

ตารางที่ 6.5 (ตารางที่ 6.53)จำนวนเตียงต่อแพทย์ จำนวนผู้ป่วยในต่อแพทย์ในแต่ละวัน และจำนวนผู้ป่วยนอกต่อแพทย์ต่อปี ของโรงพยาบาลสังกัดต่างๆ ปี 2539-2545

ตารางที่ 6.53 อัตราส่วนจำนวนเตียงต่อแพทย์ จำนวนเตียงต่อพยาบาล, ผู้ป่วยในต่อแพทย์, ผู้ป่วยนอกต่อแพทย์

พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543

ลำดับ	Bed : MD			Bed : N			Adm : Md : y			IP : Md : d			IP : N : d			OPD : Md : y															
	2539	2540	2541	2542	2543	2539	2540	2541	2542	2543	2539	2540	2541	2542	2543	2539	2540	2541	2542	2543											
ภาพรวมอัตราส่วน กระทรวงต่าง ๆ รัฐวิสาหกิจ เทศบาล เอกชน องค์กรอิสระ	9.9	9.9	8.4	8.4	9.4	1.2	1.2	1.1	1.1	1.2	666.7	662.2	606.4	537.2	619.9	8.5	8.3	7.1	6.9	7.7	1.1	1.0	1.0	0.9	1.0	245.6	250.1	218.9	221.6	244.2	254.3
	4.8	4.7	4.8	4.6	4.2	1.7	1.7	1.6	1.5	1.2	93.1	111.4	168.5	159.0	126.1	2.2	2.1	3.1	2.6	2.8	0.7	0.7	1.0	0.9	0.8	104.1	98.15	60.74	56.4	68.8	
	5.5	4.4	3.4	3.3	2.9	3.9	2.4	1.3	1.3	1.1	104.9	81.9	80.4	51.6	88.7	2.6	2.1	2.9	0.9	2.4	1.9	1.1	1.1	0.3	0.9	273.7	277.7	152.7	155.7	125.1	
	4.6	4.5	4.5	4.4	4.0	0.9	0.9	0.7	0.7	0.6	201.9	205.5	215.2	200.9	198.5	3.7	3.6	3.4	3.3	3.0	0.8	0.8	0.5	0.6	0.5	93.87	928.7	795.5	795.0	817.2	
	8.9	9.2	8.7	9.2	7.5	4.7	4.6	3.5	3.5	3.1	489.5	487.7	454.8	434.5	379.4	6.5	4.1	3.7	3.7	3.0	3.5	2.1	1.5	1.4	1.2	1488.3	1370.6	1451.7	1348.6	1157.4	
	2.4	2.4	3.6	3.6	3.2	1.1	1.1	0.6	0.6	0.9	83.9	85.7	126.2	125.5	125.3	1.6	1.5	2.6	2.1	2.0	0.7	0.7	0.4	0.4	0.6	34.89	34.1	42.63	420.0	511.0	
	7.9	8.0	7.5	7.6	7.6	1.6	1.5	1.4	1.4	1.4	450.9	453.2	460.8	441.4	439.8	6.1	5.5	5.4	5.1	5.4	1.2	1.1	1.0	0.9	1.0	1755.3	1764.8	1604.7	1600.6	1670.6	

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข

หมายเหตุ: Bed : MD = จำนวนเตียงต่อแพทย์, Bed : N = จำนวนเตียงต่อพยาบาล
Adm : Md : yr = จำนวนผู้ป่วยในต่อแพทย์ต่อปี, IP : Md : d = จำนวนผู้ป่วยในต่อแพทย์ในแต่ละวัน
IP : N : d = จำนวนผู้ป่วยนอกต่อแพทย์ต่อปี

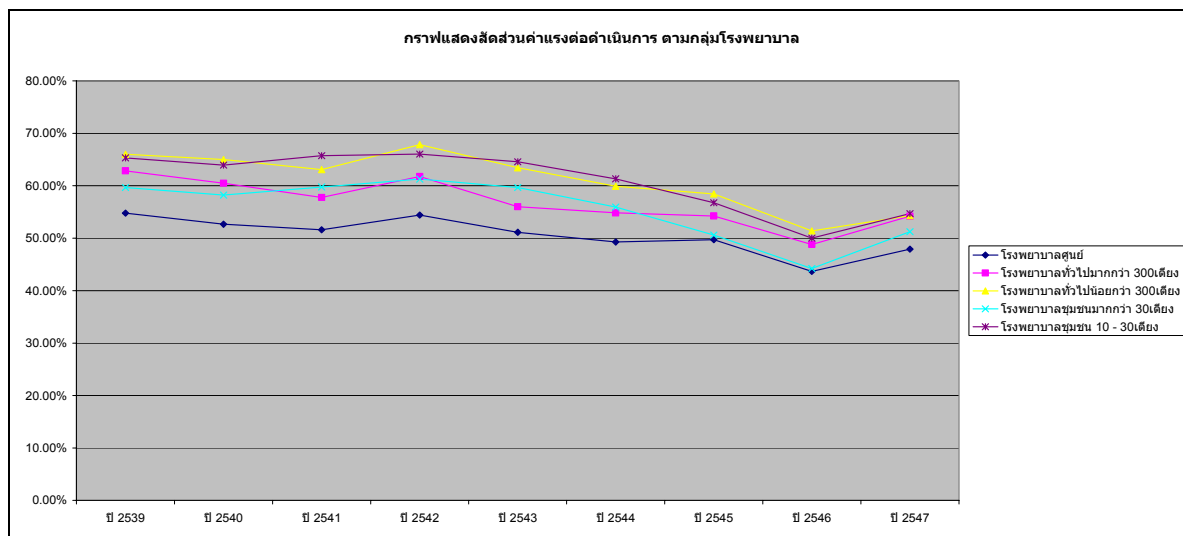
6.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตกเป็นเป้าหมายในการปรับปรุงประสิทธิภาพมากที่สุด ทั้งที่การใช้ทรัพยากรทั้งเตียง และบุคลากรวิชาชีพ ของโรงพยาบาลในกลุ่มนี้ เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลในกลุ่มอื่น ทั้งหมด ในปริมาณเตียงที่เท่ากัน จำนวนบุคลากรวิชาชีพที่เท่ากัน โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลผลิตในการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในมากกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มอื่นๆ ทั้งหมด ในเชิงปริมาณนับได้ว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น ทั้งหมด

เมื่อพิจารณาการบริหารจัดการโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแพทย์มีผลผลิตทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน สูงกว่าโรงพยาบาลในกลุ่มอื่น ๆ ทั้งหมด ต้นทุนบุคลากรของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สัดส่วนค่าแรงต่อการดำเนินการมีแนวโน้มลดลงมาตลอด จนต่ำที่สุดในปี 2546 แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากผลของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น บุคลากรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รับค่าแรงเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขมีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรบุคคลเพิ่มขึ้นอีก ทั้งที่ผลผลิตต่อแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็สูงกว่าโรงพยาบาลสังกัดอื่นอยู่แล้ว หลังจากนั้นรัฐบาลมีนโยบายเพิ่มเงินเดือนให้ข้าราชการ ทำให้สัดส่วนค่าแรงต่อการดำเนินการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นในปี 2547 (แผนภูมิที่ 6.2)

เมื่อพิจารณาสัดส่วนค่าแรงต่อการดำเนินการในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 300 เตียง, โรงพยาบาลทั่วไปที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 300 เตียง, โรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 30 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนเตียง 10-30 เตียง จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 300 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-30 เตียงจะมีสัดส่วนค่าแรงต่อการดำเนินการสูงที่สุด ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนค่าแรงต่อการดำเนินการต่ำที่สุด เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์จะมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ที่มีราคาแพงสูงกว่าโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ ทำให้ค่าดำเนินการสูง แต่สัดส่วนนี้มีความแตกต่างลดลงเมื่อเวลาผ่านไป จนโรงพยาบาลระดับอื่นๆ มีสัดส่วนค่าแรงต่อการดำเนินการใกล้เคียงกับโรงพยาบาลศูนย์ มากขึ้นในช่วง 3 ปีหลัง แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลระดับต่างๆ อาจมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใกล้เคียงกันมากขึ้น

แผนภูมิที่ 6.2 สัดส่วนค่าแรงต่อการดำเนินการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2539 ถึงปี 2547⁸

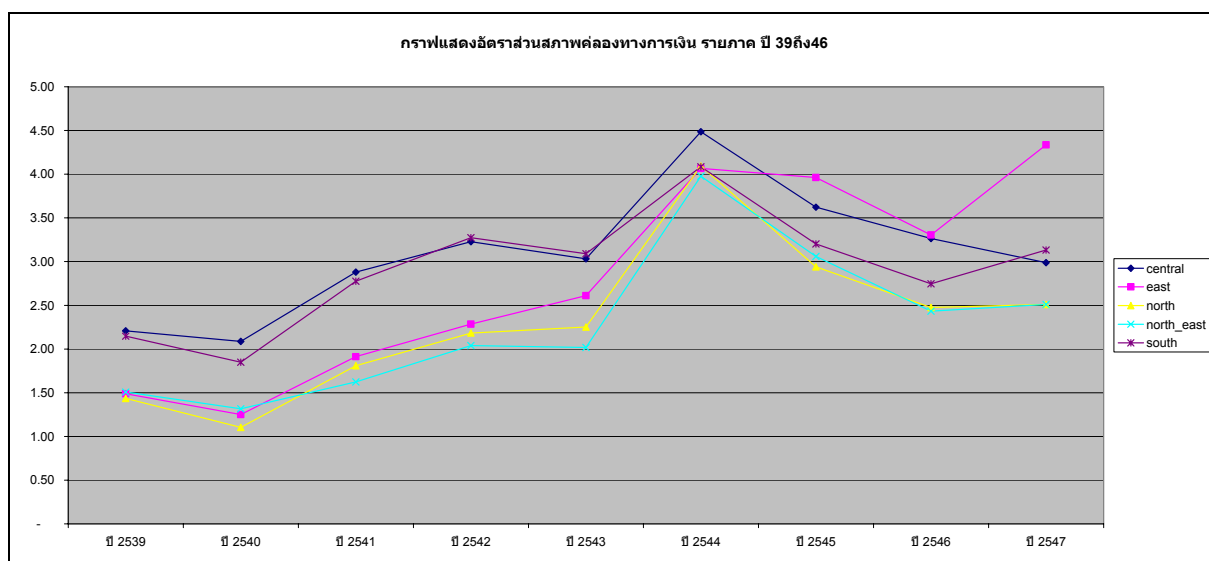


เมื่อวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในแต่ละภาค พบว่าสภาพคล่องทางการเงินของทุกภาคลดลงในปี 2540 เนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจ หลังจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย Good Health at Low Cost ซึ่งมีมาตรการบริหารเวชภัณฑ์⁹ ร่วมกันกับการทำ Benchmarking โรงพยาบาลต่าง ๆ รวมทั้งมาตรการอื่น ๆ พบว่าสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดีขึ้น โดยตลอดในทุกภาค ในปี 2544 สภาพคล่องทางการเงินสูงที่สุด และมีความแตกต่างระหว่างภาคน้อยที่สุด หลังปี 2544 เป็นต้นมา สภาพคล่องของโรงพยาบาลในแต่ละภาค ก็ลดลง โดยภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสภาพคล่องต่ำที่สุด ขณะที่ภาคตะวันออกมีสภาพคล่องสูงที่สุด ในปี 2547 สภาพคล่องของโรงพยาบาลในภาคใต้สูงกว่าโรงพยาบาลในภาคกลาง (แผนภูมิที่ 6.3)

⁸ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง. 5, 2539-2547

⁹ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หนังสือที่ สธ 0211/09/ว 70 เรื่องหลักการและมาตรการ ปฏิรูประบบบริหารเวชภัณฑ์ ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2541

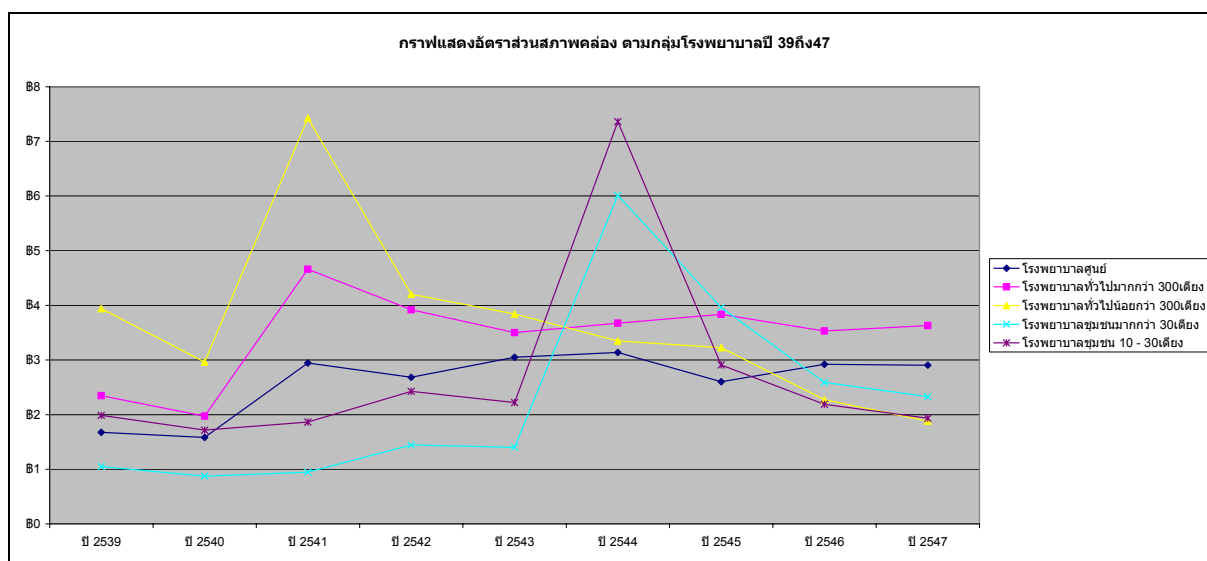
แผนภูมิที่ 6.3 อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรายภาค
ปี 2539 ถึงปี 2547 (Current Ratio)¹⁰



เมื่อวิเคราะห์อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มต่าง ๆ จะเห็นสอดคล้องกับการวิเคราะห์อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินรายภาค คืออัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลทุกระดับลดลงในปี 2540 หลังจากนั้นก็ดีขึ้นในปี 2541, 2542, 2543 โดยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินดีขึ้นอย่างมาก ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีการปรับตัวของอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินน้อย ในปี 2544 อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนปรับเปลี่ยนเป็นดีขึ้นอย่างมาก ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินคงที่ แสดงว่ามีการทุ่มเททรัพยากรลงไปโรงพยาบาลชุมชนอย่างมากในปี 2544 ซึ่งอาจเป็นการเตรียมการเพื่อรองรับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค แต่เมื่อเริ่มต้นโครงการ ในปี 2545 อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลต่างๆ ก็ลดลง ในปี 2546 โรงพยาบาลศูนย์เริ่มมีอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินดีขึ้น แต่โรงพยาบาลกลุ่มอื่น มีอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินลดลงทั้งหมด อย่างไรก็ตามหากพิจารณาอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนทั้งสองกลุ่ม ถึงแม้ว่าอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินจะลดลงจากปี 2544 แต่อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนทั้งสองกลุ่มในปี 2545 และ 2546 ก็ยังสูงกว่าช่วงก่อนปี 2544 ซึ่งมีการส่งทรัพยากรจำนวนมากลงไปโรงพยาบาลชุมชน ส่วนในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปนั้น ปรากฏชัดว่าอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินลดต่ำลงหลังจากดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (แผนภูมิที่ 6.4)

¹⁰ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง. 5, 2539-2547

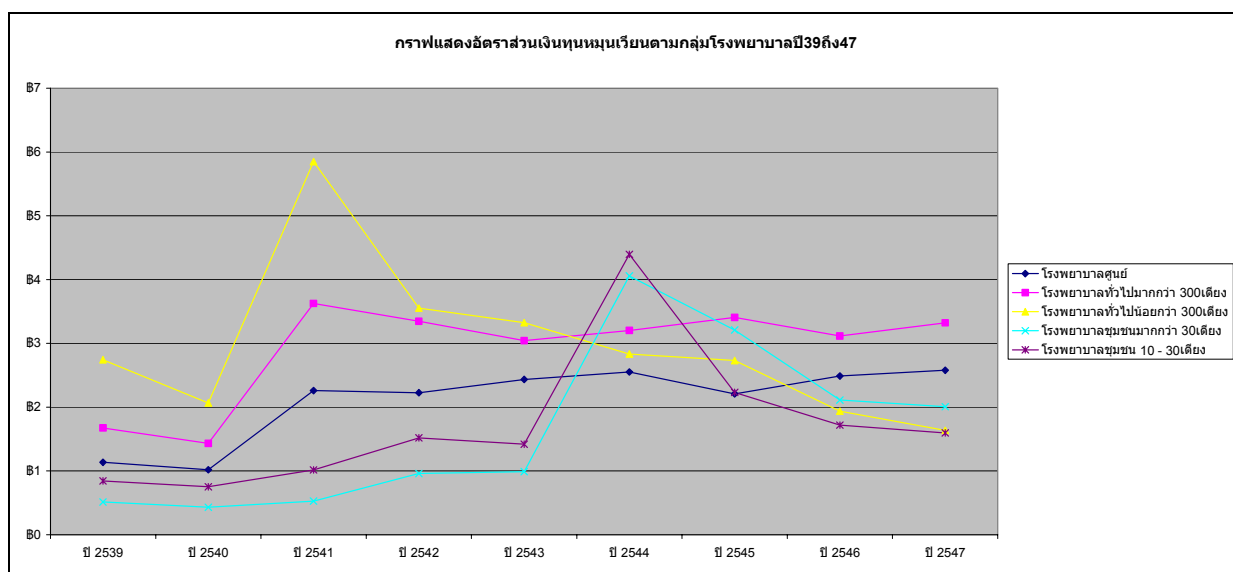
แผนภูมิที่ 6.4 อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงินในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรายกลุ่ม
โรงพยาบาล ปี 2539 ถึงปี 2547 (Current Ratio)¹¹



เมื่อวิเคราะห์อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Quick Ratio) (ตารางที่ 9) จะเห็นได้ว่า ภาพการเปลี่ยนแปลงในปีต่าง ๆ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงิน (Current Ratio) ในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปการขึ้นลงของอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน จะซ้อนทับกันกับอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงิน แสดงให้เห็นว่าการเก็บสะสมเวชภัณฑ์ และคลังพัสดุ ของโรงพยาบาลในกลุ่มนี้มีความสม่ำเสมอ ตามจำเป็น แต่ในส่วนโรงพยาบาลชุมชนทั้งสองกลุ่ม จะเห็นได้ว่า อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนในปี 2544 สูงขึ้นอย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในปี 2544 มีการสะสมเวชภัณฑ์ และคลังพัสดุนานมากในโรงพยาบาลชุมชนทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตามการติดตามอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนในแต่ละปีก่อนและหลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ยังชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนทั้งสองกลุ่มมีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนสูงกว่าช่วงก่อน โครงการ ไม่นับปี 2544 ซึ่งมีการจัดสรรทรัพยากรทุ่มเทลงไปโรงพยาบาลชุมชนอย่างมาก ขณะที่ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปมีอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนลดลงหรือเท่าเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนโครงการ

¹¹ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง. 5, 2539-2547

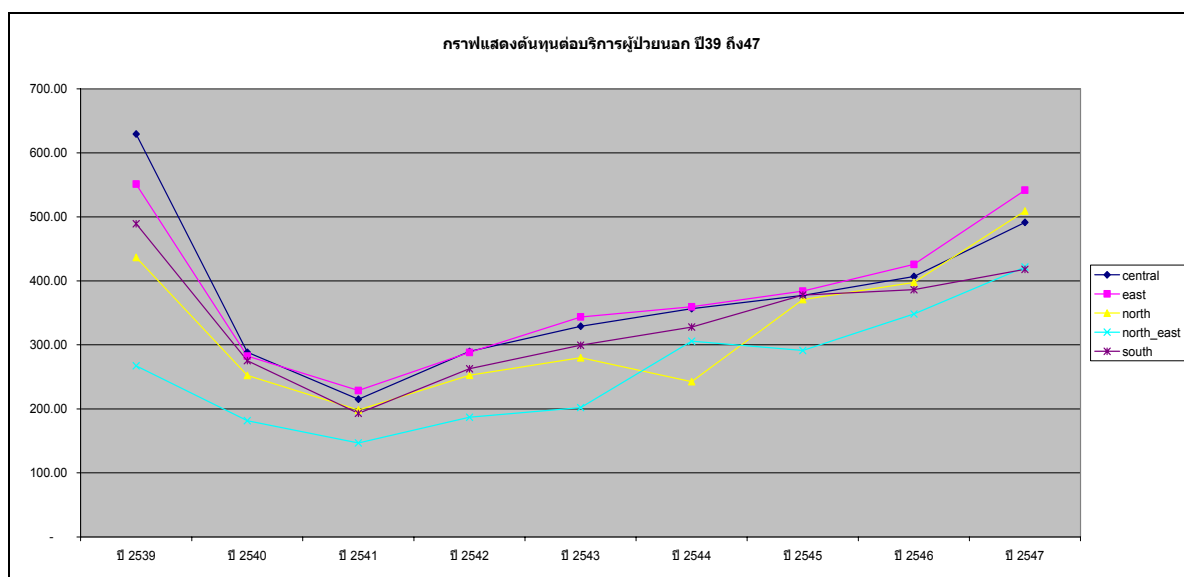
แผนภูมิที่ 6.5 อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรายกลุ่ม
โรงพยาบาลปี 2539 ถึงปี 2547 (Quick Ratio)¹²



เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามภาคเปรียบเทียบกับก่อนปี 2540 ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกของภาคกลางสูงที่สุด ขณะที่ต้นทุนบริการของภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำที่สุด ในปี 2540 เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกของทุกภาคลดต่ำลงมาทั้งหมด โดยภาคที่มีต้นทุนบริการผู้ป่วยนอกสูงยิ่งลดลงมาก ทำให้ต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกในแต่ละภาคมีความแตกต่างกันน้อยลง และต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกของทุกภาคยังลดต่ำลงไปอีกในปี 2541 ด้วยนโยบาย Good Health at Low Cost หลังจากนั้นต้นทุนเริ่มขยับสูงขึ้นช้า ๆ แต่ความแตกต่างกันไม่เพิ่มขึ้น จนถึงปี 2547 พบว่าต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกของภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคกลาง ตามลำดับ ในส่วนภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกต่ำที่สุดใกล้เคียงกัน (แผนภูมิที่ 6.6)

¹² สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 ร.ง. 5, 2539-2547

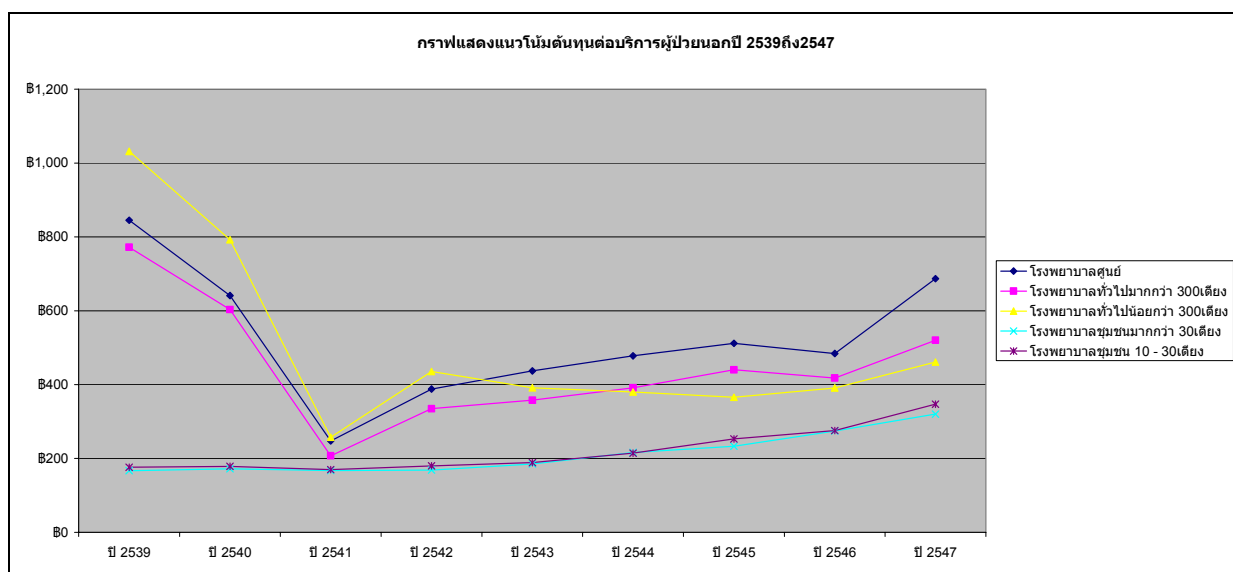
แผนภูมิที่ 6.6 ต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรายภาค
โรงพยาบาล ปี 2539 ถึงปี 2547¹³



เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แยกตามกลุ่มโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการปรับประสิทธิภาพ ลดต้นทุนลงอย่างมาก หลังวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 จนต้นทุนลดลงมาใกล้เคียงต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนทั้งสองกลุ่ม ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกคงที่ตลอดในช่วง 2539-2541 และเพิ่มขึ้นช้า ๆ ในปี 2543 หลังปี 2544 ต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าช่วงก่อนหน้าชัดเจน ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นหลังปี 2541 เช่นกัน โดยโรงพยาบาลทั่วไปที่มีขนาดน้อยกว่า 300 เตียงมีต้นทุนลดลงและค่อนข้างคงที่จนถึงปี 2546 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2547 เป็นที่น่าสังเกตว่าต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปไม่เคยสูงถึงต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกเมื่อปี 2539 อีกเลย (แผนภูมิที่ 6.7)

¹³ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง. 5, 2539-2547

แผนภูมิ 6.7 ต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรายกลุ่ม
โรงพยาบาล ปี 2539 ถึงปี 2547¹⁴



6.4 ปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะ

การจัดบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ในระบบบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพอยู่แล้ว หรือผ่านการปรับปรุงประสิทธิภาพมาแล้วเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณารายละเอียดให้ชัดเจน กลุ่มเป้าหมายหลักควรเป็นกลุ่มซึ่งมีประสิทธิภาพต่ำ หรือยังไม่เคยผ่านการปรับปรุงประสิทธิภาพมาก่อน หากวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจะพบว่า โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ ในประเทศไทยมีผลผลิตน้อยกว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการใช้ทรัพยากรเตียงและแพทย์เท่ากัน และจากต้นทุนต่อบริการผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปี 2539 จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังไม่เคยมีการแสดงให้เห็นถึงผลของการปรับปรุงประสิทธิภาพเลย ซึ่งอาจหมายความว่าโรงพยาบาลกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพดีมาโดยตลอดก็ได้ แต่อัตราส่วนสภาพคล่องทางการเงิน และอัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลกลุ่มนี้ยังสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารเวชภัณฑ์ และคลังวัสดุได้อีก ในส่วนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปแสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงประสิทธิภาพครั้งใหญ่อย่างได้ผลหลังวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 ที่เกิดจากการลดค่าเงินบาท¹⁵ เป็นต้นมา การปรับปรุงประสิทธิภาพมีประเด็นปัญหาดังนี้

1. มีความเข้าใจผิดในเรื่องยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพ คือการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จะช่วยสร้างประสิทธิภาพโดยลดภาระงบประมาณด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากประชาชนไม่ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ทำให้รายจ่ายด้านสาธารณสุขลดลง ดังนั้นจึงปรับลดงบประมาณด้านการ

¹⁴ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, รายงาน 0110 รง. 5, 2539-2547

¹⁵ กระทรวงการคลัง ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่องปรับปรุงระบบการแลกเปลี่ยนเงินตรา ประกาศ ณ วันที่ 2 กรกฎาคม 2540

รักษาพยาบาลเพื่อไปเพิ่มงบประมาณตามยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพ และไม่เตรียมการรองรับการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น จากการที่ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น

2. การตั้งเป้าหมายในการจัดบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ เป็นวัตถุประสงค์หลัก ทำให้มุ่งเน้นในเรื่องการลดปัจจัยนำเข้า (Input) จนทรัพยากรสาธารณสุขมีไม่เพียงพอที่จะให้บริการที่มีคุณภาพอยู่ได้
3. การจัดสิทธิประโยชน์ของกองทุนต่าง ๆ ที่แตกต่างกันทำให้ประสิทธิภาพในการบริการผู้มีสิทธิในแต่ละกองทุนแตกต่างกันไปด้วย โดยกองทุนที่ให้สิทธิประโยชน์สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะได้รับการบริการมากกว่า
4. ความเข้าใจผิดในเรื่องประสิทธิภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าจัดบริการสาธารณสุขอย่างค่อยมีประสิทธิภาพ ทั้งที่มีผลผลิตต่อทรัพยากรสูงกว่าโรงพยาบาลสังกัดอื่น ทั้งหมดทั้งภาครัฐและเอกชน
5. มีความเข้าใจผิดในเรื่องทรัพยากรที่ได้รับในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ห่มเทไปที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จนทำให้มีสภาพคล่องเพิ่มขึ้น จนเป็นเป้าหมายหลักในการปรับปรุงประสิทธิภาพหรือลดไขมัน ทั้งที่ข้อเท็จจริงคือโครงการนี้ทำให้สภาพคล่องของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น หากไม่นับปี 2544 ที่มีการห่มเททรัพยากรเข้ามาในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมาก

ข้อเสนอแนะ

1. คุรุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพงแต่ละชนิด ควรมีการศึกษาถึงจำนวนประชากรที่ต้องมีมากพอที่จะทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือนี้บ่อยครั้งเพียงพอ จนเกิดความคุ้มค่าในการจัดหา จากนั้นจึงวางแผนการจัดหาลงไปโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์กลางที่เหมาะสมและได้รับผิดชอบในการให้บริการจากโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยรอบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งาน
2. อัตราครองเตียงของโรงพยาบาลทุกสังกัดในภาพรวมไม่เพิ่มขึ้นในระยะเวลาที่ผ่านมา และยังมีแนวโน้มที่จะลดลง รวมทั้งของกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการด้านการเงินการคลัง เช่นการนำ Diagnostic Related Group (DRG) มาเป็นกลไกในการจ่ายเงินผู้ป่วย ยิ่งทำให้ทิศทางการใช้เตียงลดลงไปอีก ในภาพรวมทั้งประเทศ จึงไม่ควรมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลหรือเพิ่มจำนวนเตียงเข้ามาในระบบอีก เนื่องจากจะทำให้ประสิทธิภาพโดยรวมของทั้งระบบลดลง
3. การปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ต้องมีตัวชี้วัดด้านคุณภาพควบคุมกำกับอยู่ด้วย เพื่อมิให้คุณภาพบริการลดลงกว่าที่เป็นอยู่
4. การปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย เป้าหมายลำดับต้นควรอยู่โรงพยาบาลนอกกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีผลผลิตต่ำกว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างมาก
5. การปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ควรพิจารณาข้อมูลให้ชัดเจน และกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายที่ถูกต้อง ก่อนที่จะดำเนินการ

บทที่ 7 การส่งต่อ

7.1 สถานการณ์ปัจจุบัน

รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 ระบุไว้ชัดเจนตามมาตรา 52 ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุข...”¹ กระทรวงสาธารณสุขมีภารกิจในการจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงบริการสำหรับพื้นที่ต่าง ๆ ในภูมิภาค แต่ไม่สามารถจัดสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการเบ็ดเสร็จได้ครบทุกโรค ทุกปัญหา ลงไปในทุกพื้นที่ ทั้งระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้านได้ เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมาก และยังไม่เกิดประสิทธิภาพ เพราะปัญหา หรือโรคในพื้นที่นั้น ๆ มีจำนวนไม่เพียงพอที่จะใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่า อีกทั้งไม่สามารถ Maintain Competency ของแพทย์และทีมงาน ที่ให้บริการโรคที่ยุ่ยากซับซ้อน เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยน้อยเกินไปอีกด้วย กระทรวงจึงต้องจัดบริการสาธารณสุขในลักษณะประสมประสาน แบ่งบริการออกเป็นระดับชั้น ตามระดับพื้นที่ ๆ รับผิดชอบตั้งแต่ระดับหมู่บ้านโดยมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ให้บริการในชุมชน เพื่อจัดการปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อย และแก้ไขได้โดยง่าย รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ระดับตำบลมีสถานอนามัยซึ่งได้ปรับเปลี่ยนไปเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งมีบริการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น ระดับอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิระดับต้น ๆ ดูแลปัญหาที่พบบ่อย และใช้ครุภัณฑ์ เทคโนโลยีการแพทย์ที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน² และระดับจังหวัดซึ่งมีโรงพยาบาลทั่วไป และจังหวัดใหญ่มีโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งรับส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการบริการที่ต้องใช้ครุภัณฑ์ เทคโนโลยี การแพทย์ที่ยุ่ยากซับซ้อนและมีราคาแพง จากสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ในกลุ่มจังหวัดภายในเขตเดียวกัน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์³ ประกอบกันเป็นเครือข่ายบริการ เชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อตามลำดับชั้น จะเห็นได้ว่าสถานบริการแต่ละระดับจะมีภารกิจในการให้บริการที่แตกต่างกัน มีมาตรฐานของที่ดินสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์การแพทย์ จำนวนบุคลากร รวมทั้งขีดความสามารถในการให้บริการที่แตกต่างกัน ตามมาตรฐานการพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุข (พบส.) ที่กำหนดไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532⁴

¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. เล่ม 114 ตอนที่ 55 ก ราชกิจจานุเบกษา 11 ตุลาคม 2540.

² กองสาธารณสุขภูมิภาค

³ กองโรงพยาบาลภูมิภาค

⁴ กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพัฒนาเครือข่ายบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2539.

7.2 การทบทวนวรรณกรรม

การจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยก่อนปี 2545 แบ่งระดับการให้บริการออกเป็น 5 ระดับ (แผนภูมิที่ 1) ดังนี้⁵

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในระดับบุคคลและครอบครัว (Self Care Level) คือการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และศักยภาพของประชาชน ให้สามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้
2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) คือการดูแลปัญหาสุขภาพโดยประชาชนด้วยกันเองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับชุมชน เป็นงานสาธารณสุขที่มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้น ที่สามารถดูแลกันเองได้โดยไม่ต้องอาศัยบุคลากรวิชาชีพ บริการอาจเกิดขึ้นที่บ้านหรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านที่ไม่ใช่หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ
3. การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น (Primary Care Level) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ทั้ง ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ หรือแพทย์ ก็ตาม ประชาชนจะเข้ารับบริการได้ที่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ บริการที่จัดไว้ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ อย่างง่าย อาศัยครุภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จัดหาได้ง่ายและมีราคาถูก
4. การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง (Secondary Care Level) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข ซึ่งต้องอาศัยวิชาชีพหลากหลายร่วมจัดบริการเช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร สหเวช ต่าง ๆ ประชาชนจะเข้ารับบริการได้ที่สถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนเป็นต้นไป บริการที่จัดไว้ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพ ครุภัณฑ์ และเทคโนโลยีการแพทย์ ที่ต้องการความรู้ความชำนาญพอสมควร
5. การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง (Tertiary Care Level) เป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งต้องอาศัยวิชาชีพหลากหลายร่วมจัดบริการเช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร สหเวช เฉพาะทางต่าง ๆ ที่มีความรู้ความชำนาญระดับสูง ประชาชนจะเข้ารับบริการได้ที่สถานบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลทั่วไปเป็นต้นไป บริการที่จัดไว้ได้แก่ บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพ ครุภัณฑ์ และเทคโนโลยีการแพทย์ที่ซับซ้อน และมีราคาแพง

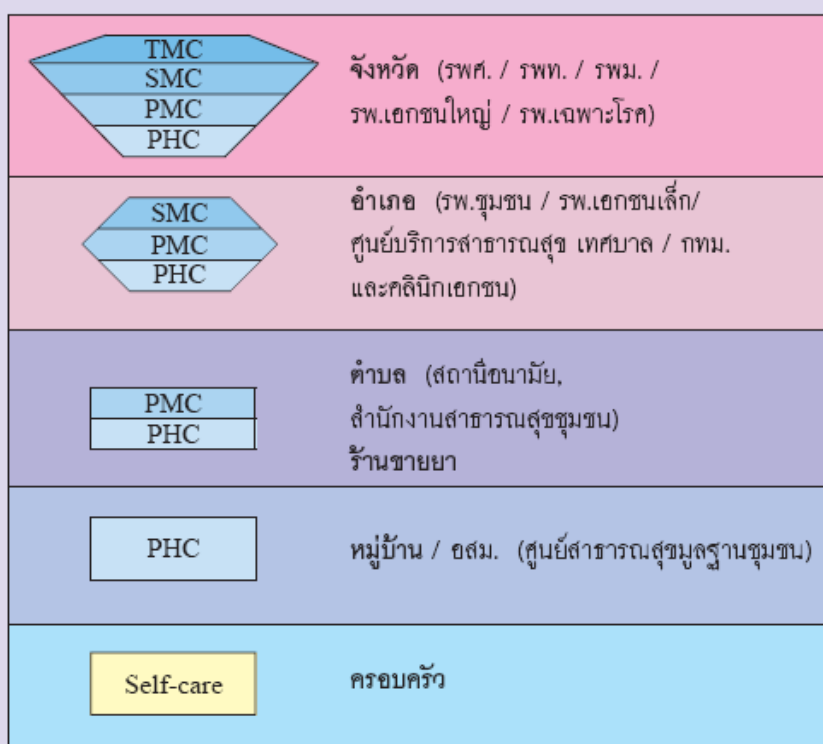
โรงพยาบาลของรัฐสังกัดอื่นเกือบทั้งหมด รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนจัดบริการสาธารณสุขระดับกลางและระดับสูง ในส่วนคลินิกเอกชนจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น โรงพยาบาลและคลินิกนอกกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่จัดบริการสาธารณสุขในลักษณะเดียวไม่มีการเชื่อมโยงต่อเนื่อง

⁵ สำนักนโยบายและแผน, รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, 2544

จึงจัดบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับต้นเป็นต้นไป ขณะที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จะให้บริการในลักษณะเครือข่าย ซึ่งมีบริการสาธารณสุขมูลฐานเป็น First Responder เชื่อมโยงส่งต่อเมื่อมีปัญหาเกินขอบเขตความสามารถ ขึ้นมายังสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในที่สุด

แผนภูมิที่ 7.1 (ภาพ 6.34) ระดับการให้บริการสาธารณสุขของประเทศไทยก่อนโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

ภาพที่ 6.34 ระดับการให้บริการสุขภาพของไทย



การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทยตั้งแต่เริ่มโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีความพยายามจัดแบ่งและกระจายสถานบริการตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ แบ่งบริการออกเป็นระดับ เพื่อรองรับปัญหาสาธารณสุขตามความยากง่ายรวมทั้งพบมากหรือพบน้อยดังนี้คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว อยู่ในสิทธิประโยชน์ของโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่สนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
2. การดูแลสุขภาพในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชมรมสร้างสุขภาพ
3. การจัดบริการปฐมภูมิ โดยศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเป็นหลัก เชื่อมโยงกับชุมชนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชมรมสร้างสุขภาพ ให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นเท่านั้น ในพื้นที่จำเป็นอาจจัดให้มีแพทย์หมุนเวียนลงไปประจำในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะ แต่บริการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ไม่ถือเป็นบริการประจำ

4. การจัดบริการทุติยภูมิ

- 4.1. การจัดบริการทุติยภูมิระดับต้น เป็นการให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไปในเขตชนบท ได้แก่ สถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้ จุดมุ่งหมายในการจัดบริการเพื่อรักษาโรคทั่วไป ซึ่งเน้นการจัดบริการให้ครอบคลุมถึงระดับอำเภอเป็นหลัก หากมีผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพงที่จำเป็นต้องรวมศูนย์ ก็ส่งต่อไปยังสถานบริการระดับถัดไป ดังนั้นสถานบริการระดับนี้จึงต้องมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นดีเพื่อรองรับการส่งต่ออย่างเหมาะสม
- 4.2. การจัดบริการทุติยภูมิระดับกลาง เป็นการให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไปในเขตชนบทและการรักษาพยาบาลเฉพาะบางอย่าง อาศัยแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักที่ไม่ต้องใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ หรือเทคโนโลยีในการให้บริการ เช่น อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ สูตินรีเวช เป็นต้น
- 4.3. การจัดบริการทุติยภูมิระดับสูง เป็นการให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไปในเขตชนบทและการรักษาพยาบาลเฉพาะ อาศัยแพทย์เฉพาะทางสาขารองที่ต้องใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ หรือเทคโนโลยีในการให้บริการ เช่น จักษุแพทย์ โสตศอนาสิก และลารังษีวิทยา เป็นต้น

ตารางที่ 7.1 การจัดบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิระดับต้น ทุติยภูมิระดับกลาง และทุติยภูมิระดับสูง⁶

	ปฐมภูมิ	ทุติยภูมิระดับต้น	ทุติยภูมิระดับกลาง	ทุติยภูมิระดับสูง
ค ว า ม ครอบคลุมถึง หน่วยบริการ	สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาล ทุกระดับทั้ง ภาครัฐและเอกชน	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน
ก า ร ลึ น สู่ บริการ	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน, โรคพื้นฐาน ทั่วไป	ผู้ป่วยใน, ต้องการ รักษาด้วยแพทย์ เฉพาะทาง	ผู้ป่วยใน, ต้องการ รักษาด้วยแพทย์ เฉพาะทาง
ก ำ ลั ง ค น ที่ ให้บริการ	พยาบาลเวชปฏิบัติ และทีม สุขภาพ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง สาขาหลัก อย่างน้อย 4 สาขา	แพทย์เฉพาะทาง สาขารอง สาขาตามความ จำเป็นของ ปัญหาสุขภาพระดับ พื้นที่
ค ว า ม รับผิดชอบ ประชากร	ตามจำนวนจริง	ตามจำนวนจริง	8 หมื่นคนขึ้นไป	1.2 แสนคนขึ้นไป
เ ก ็ ฒ ฑ์ ระยะทางจาก ศูนย์กลาง ตำบลถึง หน่วยบริการ (ก.ม.)	0-22.5	0-45	0-67.5	0-90

5. การจัดบริการตติยภูมิ

5.1. การจัดบริการตติยภูมิรับส่งต่อ เป็นการให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไป และการรักษาพยาบาลเฉพาะ โดยอาศัยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครอบคลุม ทั้งสาขาหลัก สาขารอง รวมทั้งสาขาเฉพาะด้าน เป็นการให้บริการในพื้นที่ ร่วมกับเป็นศูนย์รับส่งต่อในระดับเขต เพื่อรับปัญหาสาธารณสุขที่ยู่ยากซับซ้อนเกินขีดความสามารถของสถานบริการระดับล่าง เพราะใช้ทรัพยากร

⁶ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, การแบ่งระดับสถานบริการตามภารกิจ และภูมิศาสตร์สารสนเทศ

การแพทย์ เทคโนโลยีที่ยังยากซับซ้อนและมีราคาแพง จึงต้องรวมศูนย์บริการไว้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดบริการ และคุ้มค่ากว่าการกระจายบริการออกไปยังหน่วยบริการทั่วไป

5.2. การจัดบริการตติยภูมิที่เป็นศูนย์ตติยภูมิเฉพาะโรคในที่นี่ได้แก่ ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์โรคมะเร็ง และศูนย์อุบัติเหตุ คือการจัดบริการตติยภูมิเช่นเดียวกับบริการตติยภูมิอื่น แต่เพิ่มแพทย์เฉพาะทางเฉพาะด้านการรักษาโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ ครอบคลุม โดยมีครุภัณฑ์การแพทย์และเทคโนโลยีเฉพาะเจาะจงเฉพาะโรคนั้น ๆ ครอบคลุม ครุภัณฑ์ และเทคโนโลยีเหล่านี้มักมีราคาแพงมาก แพทย์เฉพาะทางกลุ่มนี้ต้องทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม และเป็นสาขาขาดแคลนมาก จึงต้องวางแผนในการจัดบริการให้ครอบคลุม และกระจายไปทั่วทุกภาค⁷

ตารางที่ 7.2 การจัดบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิระดับต้น ทุติยภูมิระดับกลาง และทุติยภูมิระดับสูง⁸

	ตติยภูมิ	Excellent Center
ความครอบคลุมถึงหน่วยบริการ	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน
การสิ้นสุดบริการ	ผู้ป่วยใน, ต้องการรักษา ด้วยแพทย์เฉพาะทาง	ผู้ป่วยใน, ต้องการรักษา ด้วยแพทย์เฉพาะทาง
กำลังคนที่ให้บริการ	แพทย์เฉพาะทางสาขา ต่อยอด ตามความจำเป็น ของปัญหาสุขภาพในพื้นที่	กำหนดศูนย์ Excellent ศูนย์โรคหัวใจ, ศูนย์มะเร็ง, ศูนย์อุบัติเหตุ, ศูนย์ปลูกอวัยวะ และศูนย์ร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม
ความรับผิดชอบประชากร	1 ล้านคนขึ้นไป	2 ล้านคนขึ้นไป
เกณฑ์ระยะทางจากศูนย์กลาง ตำบลถึงหน่วยบริการ (ก.ม.)	0-202.5	0-247.5

7.3 ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล

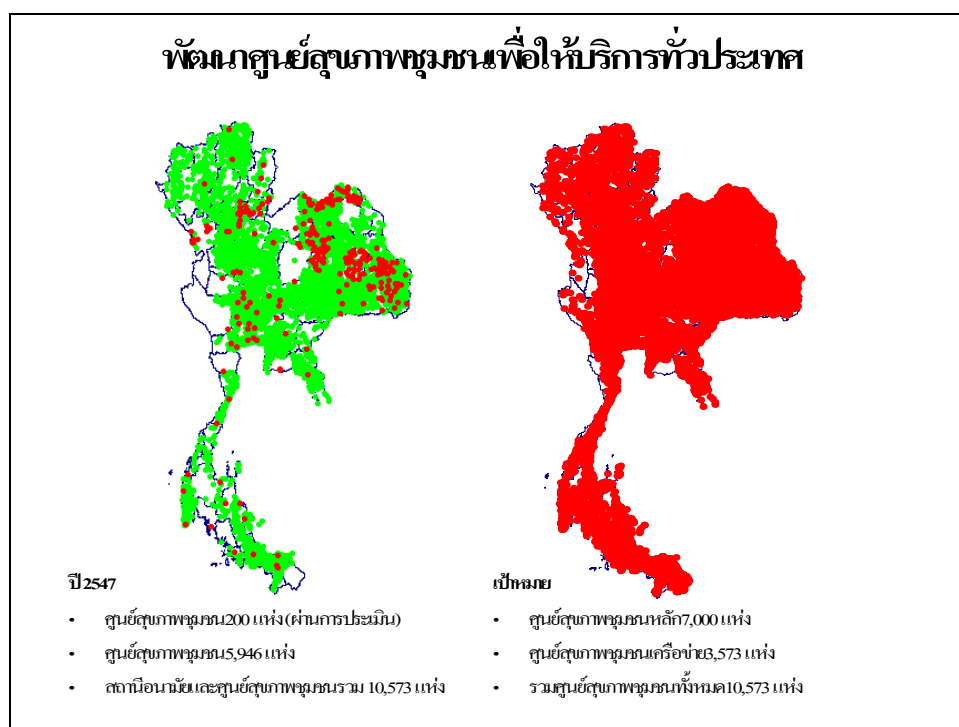
กระทรวงสาธารณสุขวางแผนการจัดบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ เพื่อรองรับปัญหาสาธารณสุขของประชาชนไทย กระจายไปทุกพื้นที่ โดยกำหนดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นบริการด่านแรกสำหรับผู้รับบริการในสถานบริการ จึงต้องจัดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยกระจายไป

⁷ คณะกรรมการศูนย์ตติยภูมิเฉพาะโรค, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2546

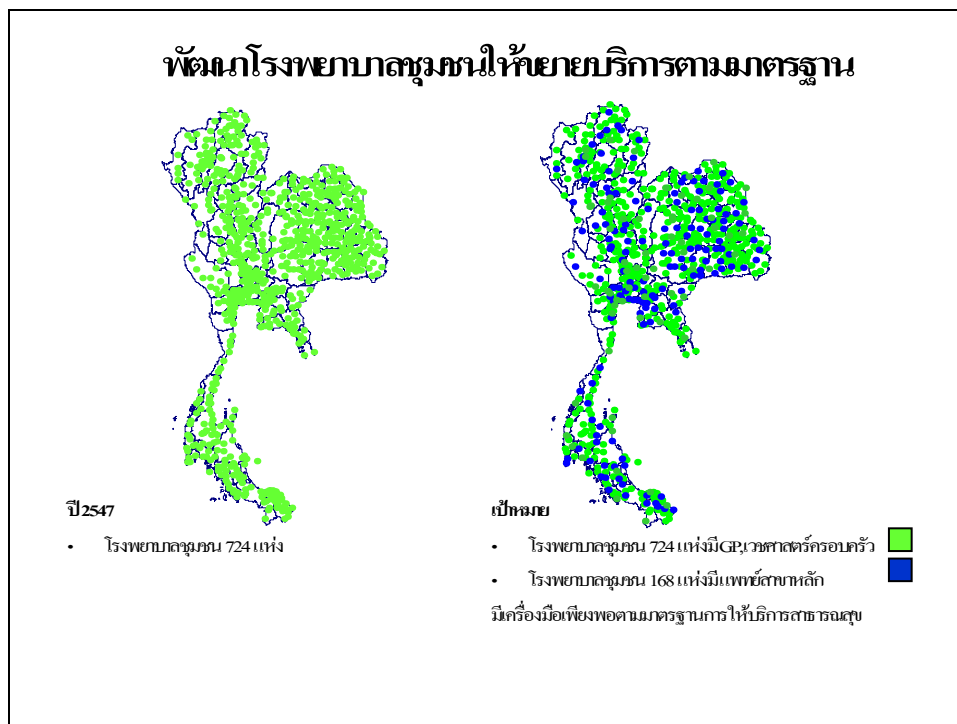
⁸ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, การแบ่งระดับสถานบริการตามภารกิจ และภูมิศาสตร์สารสนเทศ

ครบทุกตำบล(แผนภูมิที่ 7. 2) เพื่อรองรับให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้โดยเดินทางเป็นระยะทางประมาณ 0-22.5 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 15 นาที หากมีปัญหาเกินขีดความสามารถ ก็ไปต่อยังโรงพยาบาลชุมชนที่มีกระจายไปเกือบทุกอำเภอ (แผนภูมิที่ 7.3) ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนจะให้บริการ ปฐมภูมิ และทุติยภูมิระดับต่าง ๆ ตามภารกิจซึ่งขึ้นอยู่กับแพทย์และครุภัณฑ์ต่าง ๆ ที่จัดเตรียมไว้ ประชาชนสามารถเข้าถึงโรงพยาบาลชุมชนได้โดยการเดินทางเป็นระยะทาง 0-45 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางโดย รถยนต์ไม่เกิน 30 นาที การเดินทางเข้ารับบริการในสถานบริการระดับศูนย์สุขภาพชุมชน และ โรงพยาบาลชุมชนจะเป็นภาระของประชาชน เนื่องจากปัจจุบันการคมนาคมพัฒนาไปมากจนสามารถเข้าถึงบริการทั้งสองระดับได้โดยสะดวก หากปัญหาหรือการเจ็บป่วยเกินขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน ก็ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับ ซึ่งสถานบริการตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปทุกแห่ง มีการจัดเตรียมระบบส่งต่อสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นฉุกเฉิน เตรียมรองรับไว้ ได้แก่ รถพยาบาล ที่มีเครื่องมือรองรับการส่งต่อ และมีการ จัดบุคลากรเพื่อเดินทางไปกับผู้ป่วยเพื่อคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย หากเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นระหว่างการเดินทาง

แผนภูมิที่ 7.2 การกระจายศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้มาตรฐานในปี 2547 และการกระจายตามเป้าหมายที่ต้องการเพื่อให้บริการสุขภาพทั่วไป

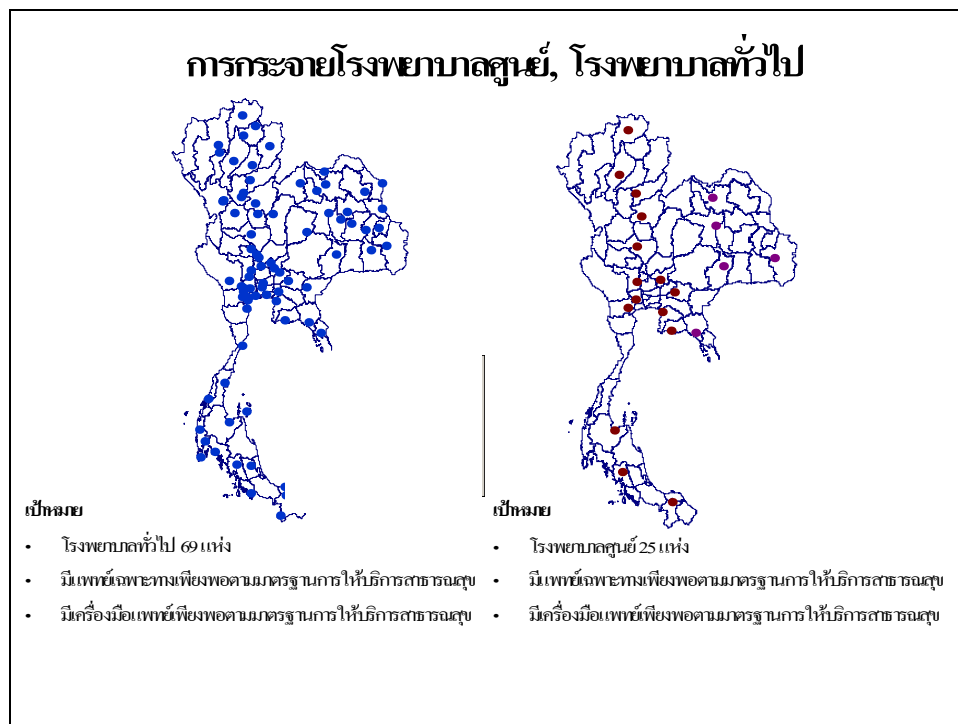


แผนภูมิที่ 7.3 การกระจายโรงพยาบาลชุมชนในปี 2547 และการขยายขีดความสามารถในการบริการตามแผนเพื่อให้บริการสุขภาพทั่วไป



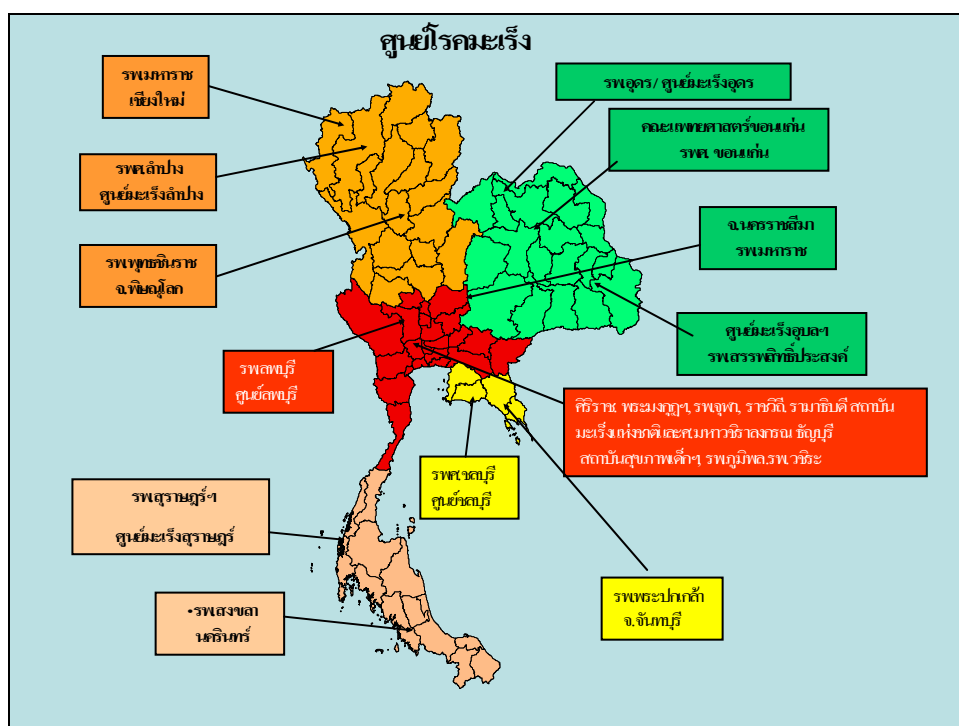
โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เป็นหน่วยบริการที่จัดบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยโรงพยาบาลทั่วไปจะมีแพทย์เฉพาะทางไม่ครบทุกสาขาเหมือนโรงพยาบาลศูนย์ หากมีผู้ป่วยที่ต้องการแพทย์เฉพาะทางสาขาที่ไม่มีในโรงพยาบาลนั้น ก็จำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่จำนวนเพียงมาก อาจมีแพทย์เฉพาะทางครบถ้วนเหมือนโรงพยาบาลศูนย์ ก็จะให้บริการได้อย่างเบ็ดเสร็จครบวงจร เช่น โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี เป็นต้น โรงพยาบาลทั่วไปปัจจุบันมีจำนวน 69 แห่งทั่วประเทศ จะตั้งอยู่ในอำเภอเมือง หรืออำเภอขนาดใหญ่ที่มีประชาชนหนาแน่น (แผนภูมิที่ 7.4) ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์จะตั้งอยู่ในอำเภอเมืองของจังหวัดใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นจังหวัดที่เป็นทางผ่าน เป็นชุมทางคมนาคม ซึ่งจังหวัดรอบข้างสามารถส่งผู้ป่วยหนักมารับบริการได้โดยสะดวก ยกเว้นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในอำเภอขนาดใหญ่ การกระจายของโรงพยาบาลศูนย์ปรากฏในแผนภูมิที่ 7.5

แผนภูมิที่ 7.4 การกระจายโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปตามภูมิศาสตร์สารสนเทศ เพื่อให้บริการเฉพาะ



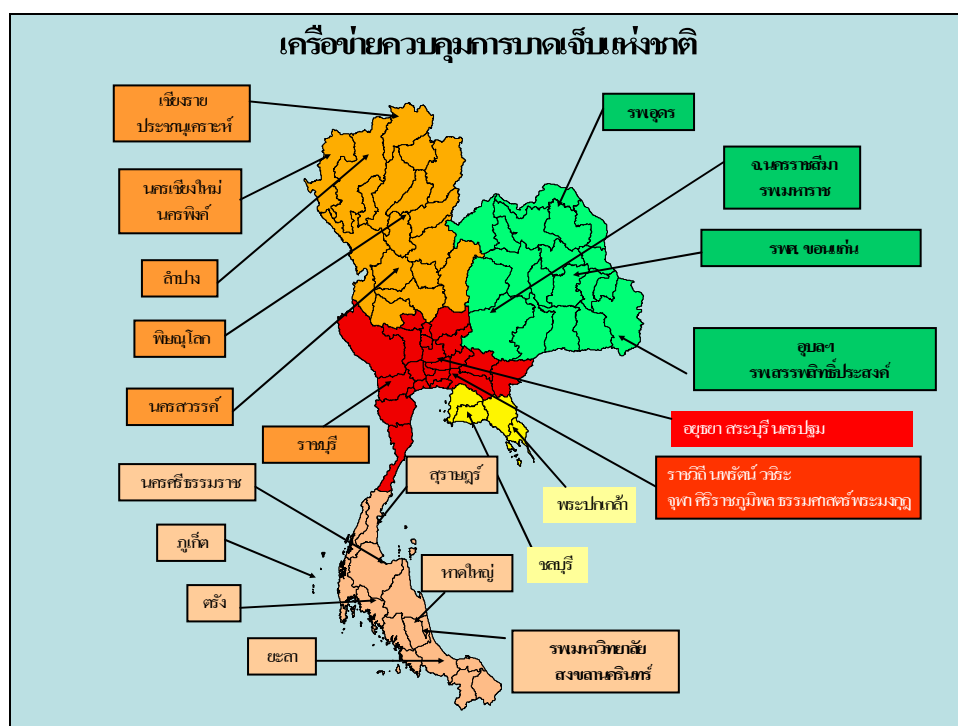
เมื่อรัฐบาลจัดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคซึ่งกำหนดสิทธิประโยชน์เรื่องการรักษาพยาบาลโรคที่มีรายจ่ายสูง ทำให้มีผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เข้ามาสู่ระบบบริการมากขึ้น โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียนแพทย์ ซึ่งกระจายอยู่ในระดับภาค คือโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพมหานครรองรับผู้ป่วยในภาคกลาง โรงเรียนแพทย์ในเชียงใหม่รองรับผู้ป่วยในภาคเหนือ ขอนแก่นรองรับผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสงขลารองรับผู้ป่วยในภาคใต้ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลโรคเหล่านี้จึงมีผู้ป่วยเข้าไปรับบริการจำนวนมาก ระยะเวลารอคอยรับบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่สามารถเข้าไปรับบริการในระดับจังหวัดและระดับเขตได้ เนื่องจากโรคเหล่านี้ต้องการแพทย์ที่ให้การรักษาร่วมกันเป็นกลุ่ม เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ต้องมีศัลยแพทย์โรคหัวใจและทรวงอก อายุรแพทย์โรคหัวใจ กุมารแพทย์โรคหัวใจ วิทยุณิแพทย์โรคหัวใจ เป็นต้น ศูนย์โรคมะเร็งต้องมีศัลยแพทย์ผ่าตัดมะเร็ง วิทยุณิแพทย์ Oncologist ซึ่งเป็นอายุรแพทย์ที่ให้เคมีบำบัด รังสีรักษา นรีเวชที่เป็น Oncologist อายุรแพทย์โลหิตวิทยา กุมารแพทย์โลหิตวิทยา กุมารแพทย์ที่เป็น Oncologist เป็นต้น ศูนย์อุบัติเหตุก็ต้องมีศัลยแพทย์ทั่วไป เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศัลยแพทย์ ออร์โธปิดิกส์ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ตกแต่ง เป็นต้น และยังจะต้องมีครุภัณฑ์การแพทย์จำเพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มโรคต่าง ๆ เหล่านี้ ต้องมีบุคลากรสนับสนุนเฉพาะโรค เช่น Perfusionist เป็นต้น โรงพยาบาลศูนย์บางแห่งอาจมีแพทย์เฉพาะทางเหล่านี้อยู่บ้างบางสาขา แต่ไม่ครบทุกสาขา จึงให้บริการรักษาได้จำกัด ต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ทั้งหมดและมีทรัพยากรสนับสนุนอื่น ๆ ครบถ้วน

แผนภูมิที่ 7.6 การกระจายศูนย์มะเร็งตามภูมิศาสตร์สารสนเทศ ¹⁰



¹⁰ คณะกรรมการศูนย์คดีภูมิเฉพาะโรคมะเร็ง, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2546

แผนภูมิที่ 7.7 การกระจายเครือข่ายควบคุมการบาดเจ็บตามภูมิศาสตร์สารสนเทศ¹¹



สถานการณ์การส่งต่อในภูมิภาค

การศึกษาของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ¹² พบว่าทรัพยากรทั่วไปในการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดต่างๆ ตั้งแต่ 10 , 30 , 60, 90, 120 เตียง โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีจำนวนรถพยาบาลเฉลี่ยของแต่ละโรงพยาบาลในแต่ละระดับดังนี้

¹¹ คณะกรรมการศูนย์ตติยภูมิเฉพาะโรคอุบัติเหตุ, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2546

¹² กลุ่มวิชาการ, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2547

ตารางที่ 7.3 จำนวนรพยบาลเฉลี่ยของสถานบริการระดับต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ขนาดรพ./จำนวน รพยบาล	0	1	2	3	4	5	รวม
10		31.6	57.9	10.5			100%
30	1.2	19.8	55.8	22.1	1.2		100%
60	6.3	3.1	53.1	34.4	3.1		100%
90			54.5	27.3	18.2		100%
120			25	75			100%
รพท.			27.3	45.5	9.1	9.1	100%
รพศ.			15.4	23.1	23.1	38.5	100%

โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ตั้งแต่ 10-90 เตียง มีรพยบาลเฉลี่ยจำนวน 2 คัน โดยโรงพยาบาล 120 เตียง และโรงพยาบาลทั่วไปมีรพยบาลเฉลี่ยจำนวน 4 คัน โรงพยาบาลศูนย์ใหญ่มีรพยบาลเกินกว่า 2 คัน แต่มีโรงพยาบาลชุมชนระดับ 30 เตียง และ 60 เตียงจำนวนหนึ่งที่ยังไม่มีรพยบาล ซึ่งเป็นเรื่องจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องรีบสนับสนุน เนื่องจากโรงพยาบาลระดับนี้มีทรัพยากรสุขภาพที่จำกัด ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเบ็ดเสร็จ โดยเฉพาะบริการที่ต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หากโรงพยาบาลชุมชนที่ใดไม่มีทรัพยากรในการส่งต่ออย่างเพียงพอ หรือมีความยุ่งยากในการส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับสูงกว่า โรงพยาบาลเหล่านี้ก็ต้องจัดเตรียมทรัพยากรเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับโรคหรือปัญหาที่ต้องส่งต่อแต่ไม่สามารถส่งต่อไปได้อย่างสะดวก

การศึกษาในเรื่องระยะทาง และระยะเวลาที่ใช้ในการส่งต่อในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ใช้เวลาเดินทางในการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อในระดับสูงกว่า เฉลี่ยไม่เกิน 1 ชั่วโมง ขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 2 ชั่วโมงเนื่องจากต้องเดินทางข้ามจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ใช้เวลาเดินทางนานเกิน 2 ชั่วโมง เนื่องจากต้องข้ามกลุ่มจังหวัด เพื่อส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงเรียนแพทย์

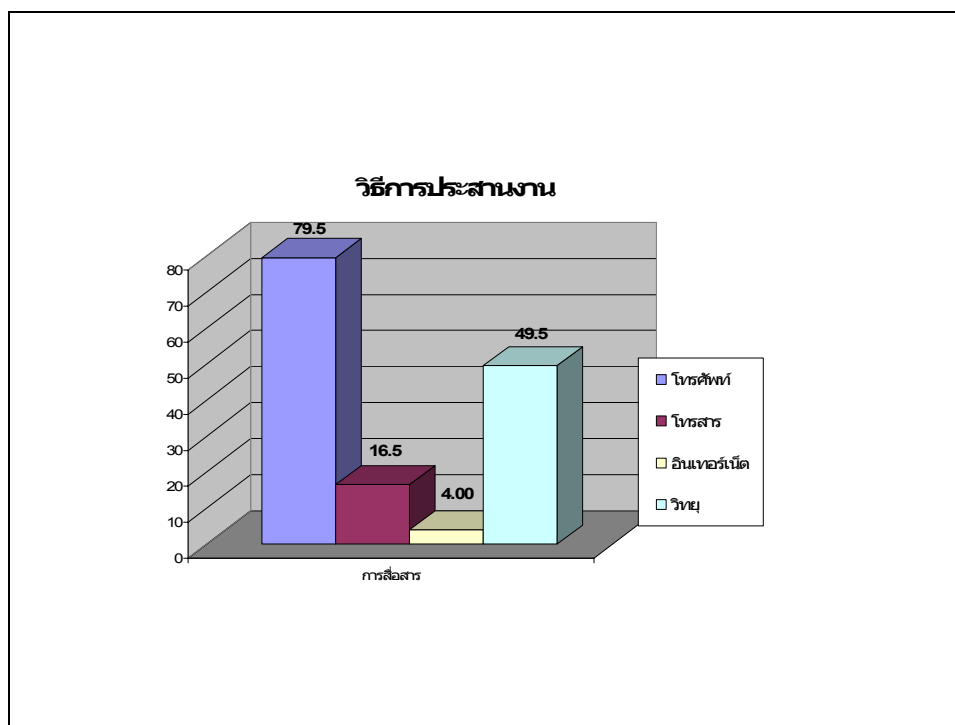
ตารางที่ 7.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ

ขนาดของโรงพยาบาล	ระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย/นาที	ระยะทางเฉลี่ย/Kg
10	32.79	33.89
30	58.40	53.62
60	50.16	53.41
90	42.27	41.36
120	80.00	67.5
รพท.	119.00	143.3
รพศ.	144.00	180.5

การศึกษานี้พบว่าโรงพยาบาลให้ความเห็นว่า จำนวนยานพาหนะในการส่งต่อมีเพียงพอเพียง 55.4% ของความต้องการในการส่งต่อ โดยการส่งต่อจะมีเจ้าหน้าที่ประจำไปกับผู้ป่วยถึง 96% ที่เหลือภาระในการจัดหายานพาหนะจะตกเป็นภาระของญาติเป็นส่วนใหญ่ (72%) หรือยืมรถจากหน่วยงานอื่น แสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ยังมีขีดจำกัดอีกมาก เนื่องจากทรัพยากรสำคัญในการส่งต่อยังมีจำนวนจำกัด ทำให้โรงพยาบาลชุมชนพยายามที่จะขยายขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลของตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงขีดจำกัดในการส่งต่อ

การประสานงานก่อนการส่งต่อพบว่าการโทรศัพท์ประสานงานก่อน 79.5% ใช้โทรสาร 16.5% ประสานงานผ่าน Internet 4.0% ใช้วิทยุสื่อสาร 49.5% ทั้งนี้บางรายใช้มากกว่า 1 วิธีในการประสานงาน

แผนภูมิที่ 7.8 วิธีการสื่อสารเพื่อประสานงานก่อนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่น



เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ พบว่า โรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ส่งต่อมากที่สุด สูงถึง 15.01% ของผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง 11.05% และ โรงพยาบาลทั่วไป 8.55% (ตารางที่ 5) จากข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าหากจะให้ระบบส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องจัดทรัพยากรส่วนนี้ให้เพียงพอใน โรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ และโรงพยาบาลทั่วไป มิเช่นนั้นโรงพยาบาลเหล่านี้จะพยายามขยายบริการไปครอบคลุมปัญหาที่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับสูงกว่า แต่มีขีดจำกัดในการส่งต่อ ซึ่งการขยายบริการเหล่านั้นอาจไม่เกิดความคุ้มค่าในการจัดบริการ เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการในพื้นที่นั้นอาจมีจำนวนไม่เพียงพอ และการจัดบริการเฉพาะทางกระจายออกไปมากยิ่งทำให้เกิดภาวะขาดแคลนแพทย์ในสาขานั้น ๆ มากยิ่งขึ้น แพทย์เฉพาะทางที่กระจายอยู่ในโรงพยาบาลแห่งละคนสองคนก็ไม่สามารถอยู่เวรให้บริการตลอดเวลา 24 ชั่วโมงได้ แต่ถ้ารวมศูนย์จัดบริการไว้ที่โรงพยาบาลใหญ่แห่งเดียวหลายคนก็สามารถผลัดเปลี่ยนกันอยู่เวร จัดบริการได้ตลอดเวลาครบ 24 ชั่วโมง ระบบบริการสุขภาพจะมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

ตารางที่ 7.5 ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อ จากผู้ป่วยทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ

ขนาดของโรงพยาบาล	ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อจากผู้ป่วยทั้งหมด
10	3.72
30	15.01
60	7.31
90	11.05
120	4.11
รพท.	8.55
รพศ.	0.38

7.4 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

การแบ่งระดับการจัดบริการสาธารณสุขตามภารกิจบริการ ทำให้เกิดการกระจายบริการสาธารณสุขครอบคลุมไปทุกพื้นที่ โดยประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ บริการพื้นฐาน เช่น บริการปฐมภูมิ และบริการทุติยภูมิระดับต้นที่เป็นภารกิจของศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลชุมชนไม่ต้องการแพทย์เฉพาะทางที่ขาดแคลน ไม่ต้องการครุภัณฑ์การแพทย์และเทคโนโลยี การแพทย์ที่มีราคาแพง จึงเหมาะสมที่จะกระจายลงไปในระดับตำบลและอำเภอทุกแห่งให้ ครอบคลุม แต่บริการทุติยภูมิระดับสูง และบริการตติยภูมิ มีความจำเป็นที่ต้องรวมศูนย์ในระดับจังหวัด และระดับเขต เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการจัดบริการ การเข้ารับบริการระดับทุติยภูมิระดับสูงและตติยภูมิของประชาชนในตำบลและอำเภอ จำเป็นต้องอาศัยระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ หากพื้นที่ใดไม่สามารถจัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพได้ โรงพยาบาลนั้น ๆ จะถูกบังคับให้ขยายบริการไปครอบคลุมบริการที่จำเป็นต้องส่งต่อ แต่ไม่สามารถส่งต่อได้ ยิ่งทำให้การจัดบริการต้องการต้นทุนสูงขึ้นและไม่เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล ปัญหาต่างๆ ในการส่งต่อมีดังนี้

1. ทรัพยากรสาธารณสุขสำหรับระบบส่งต่อยังมีไม่เพียงพอ ทั้งรพพยาบาล ครุภัณฑ์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร เพื่อประสานงานการส่งต่อ ทำให้เกิดความล่าช้า
2. เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยระดับชั้นต่าง ๆ ยังไม่เชื่อมโยงประสมประสานกัน อย่างแท้จริง ทำให้การส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับสูงกว่า ยังมีกิจกรรมตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาบาลที่ซ้ำซ้อน และเกิดขึ้นตอนยุ่งยากในการส่งต่อ เนื่องจากการไม่มีการวางแผนร่วมกันในการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ
3. เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกินขีดความสามารถของสถานบริการ และถูกส่งต่อไปสถานบริการระดับสูงกว่า ภาระในการส่งต่อจะตกเป็นของผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่การเดินทางข้ามพื้นที่ เช่น เข้าไปในจังหวัด ตั้งต้นเข้ารับบริการในโรงพยาบาลโดยทำบัตรใหม่ แล้วอาจยังไม่ได้รับบริการเนื่องจากไปไม่ตรงกับ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ตรงกับปัญหา ความยุ่งยากในการเข้ารับบริการทำให้ผู้ป่วยหลายคนตัดสินใจกลับไปสถานบริการที่ส่งมาโดยไม่ยอมรับการรักษาต่อ กว่าที่จะยอมเสียเวลาไปรับการรักษาต่อก็ทำให้ปัญหาเจ็บป่วยระยะแรกกลายเป็นระยะรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดระบบบริการสาธารณสุข ควรเน้นการรับผิดชอบผู้ป่วยรวมกันเป็นกลุ่มเครือข่ายให้เกิดบริการสาธารณสุขแบบประสมประสานอย่างแท้จริง เช่น การจัดทำ Clinical Pathway, Clinical Practice Guideline ร่วมกันในกลุ่มโรคที่มีการส่งต่อจำนวนมาก เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย ลดภาระซ้ำซ้อนในการสืบสวนโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ นอกจากนี้
2. พัฒนาระบบส่งต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรถพยาบาล และบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมการกู้ชีพ และการติดตามอาการผู้ป่วย การจัดระบบสื่อสารสำหรับโรงพยาบาลระดับอำเภอและจังหวัด ที่เชื่อมโยงกันและภายในรถพยาบาลให้สามารถประสานงานกับโรงพยาบาลปลายทางได้ตลอดเวลา รวมทั้งเครื่องมือช่วยชีวิต และอุปกรณ์การรักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มโรคที่มีการส่งต่อที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงให้เพียงพอ ในกลุ่มสถานบริการที่มีการส่งต่อในอัตราสูง
3. ภาระในการส่งต่อควรให้เป็นภาระของรัฐ มากกว่าที่จะปล่อยให้ภาระของประชาชน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะได้เท่าเทียมกันทั้งในเขตเมืองและชนบท นอกจากนี้ หากการจัดบริการสุขภาพสามารถรวมระบบส่งต่อเข้าไปด้วยทั้งในภาวะฉุกเฉิน และภาวะไม่ฉุกเฉิน โดยไม่ให้เป็นภาระของประชาชน จะทำให้สามารถรวมศูนย์การบริการเฉพาะด้านที่ต้องการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ซับซ้อน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะที่มีจำนวนจำกัดได้อย่างคุ้มค่า โดยประชาชนยังสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกผ่านระบบส่งต่อ และประหยัดทรัพยากรในการสร้างบริการเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่คุ้มค่า
4. การจัดบริการสาธารณสุขเป็นระดับชั้น ควรมีการศึกษาภารกิจบริการแต่ละด้านในรายละเอียด โดยบูรณาการความต้องการทรัพยากรทุกด้านอย่างครบถ้วน ร่วมกันกับความยากง่าย และความถี่ของปัญหาสาธารณสุขนั้น ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบแต่ละระดับ นำข้อมูลทั้งหมดมาพิจารณาในการจัดระดับชั้นบริการให้เกิดการเข้าถึงบริการ คุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด

บทที่ 8 ข้อเสนอรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม

8.1 ปัญหาของการจัดบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข

1. ตั้งสมมติฐานผิดพลาดในเรื่องทรัพยากรสาธารณสุข เช่น ทรัพยากรสาธารณสุขทั่วประเทศมีเพียงพอ มีแต่ปัญหาเรื่องการกระจายทรัพยากรไม่เหมาะสมเท่านั้น เป็นต้น
2. เป้าหมายที่กำหนดไว้มุ่งตอบสนองต่อปรัชญาเรื่องความเท่ากัน(Equality) เช่น ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลต้องใช้เวลา และมีความสะดวกเท่ากันในการรับบริการสถานบริการระดับสูงเท่าเทียมกับประชาชนที่ดั่งบ้านเรือนอยู่หน้าศูนย์ศัลยกรรมเฉพาะโรค การจัดสรรเงินเหมาะสมต่อหัวที่ระดับอำเภอ ต้องเท่ากับที่ระดับจังหวัด โดยไม่คำนึงถึงภารกิจที่แตกต่างกันในการให้บริการ
3. กำหนดเป้าหมายในการสร้างประสิทธิภาพของระบบโดยการจำกัดทรัพยากรสาธารณสุข เช่น กำหนดการจัดสรรงบประมาณกองทุนสำรองฉุกเฉิน โดยจ่ายให้เพื่อเติมรายรับรวมไม่เกิน รายจ่าย 90% ของปีก่อนหน้า เป็นต้น
4. การจัดระบบบริการไม่คำนึงถึงปัญหาและความต้องการสาธารณสุขของประเทศไทย ดังจะเห็นได้ว่า ตั้งแต่เริ่มต้นออกแบบสิทธิประโยชน์ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ก็ไม่รองรับ ปัญหาเรื่อง HIV/AIDS ซึ่งเป็นภาระในลำดับแรกของ Years of Life Lost ของประชาชนไทยทั้งชายและหญิง และยังเป็นลำดับแรกของ Disability Adjusted Life Years ของประชาชนไทยชายอีกด้วย นอกจากนี้ ยังไม่ครอบคลุมปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งกลายเป็นเรื่องใหญ่ รวมทั้งเรื่อง Drug Dependence และ Alcohol Dependence ซึ่งเป็นภาระใหญ่ลำดับต้น ๆ ของ Years Lost due to Disability ทำให้ระบบบริการสาธารณสุข ไม่ตอบสนองต่อปัญหาที่เป็นภาระลำดับต้น ๆ ของประเทศ
5. ระบบการเงินการคลังที่จัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขให้แก่ผู้ให้บริการเป็นเหมาจ่ายรายหัว โดยแยกเรื่องค่ารักษาพยาบาลที่มีรายจ่ายสูง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ออกมาพร้อมกับอุบัติเหตุ ให้เป็นการจ่ายตาม Activities โดยใช้ Diagnostic Related Group เป็นหลัก โดยไม่ดูภาระโรคซึ่งสองกลุ่มนี้เป็นภาระสูงติดลำดับต้น ๆ ทำให้งบประมาณในส่วนค่ารักษาพยาบาลที่มีรายจ่ายสูง และกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน จัดไว้ไม่เพียงพอ

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบหน่วยบริการสาธารณสุข

1. ขาดกลไกควบคุมกำกับให้สถานบริการสาธารณสุขในระบบให้บริการโดยคำนึงถึงภารกิจ และความรับผิดชอบต่อประชาชนในภาพรวมทั้งระบบ ซึ่งหากมีกลไกควบคุมกำกับที่ดีไม่ว่าจะเป็นสถานบริการสาธารณสุขรูปแบบใด ก็ต้องถูกควบคุมกำกับตรวจสอบให้ดำเนินการอย่างเหมาะสม แต่ถ้าหากขาดกลไก ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจได้ว่าจะดำเนินการได้อย่างเหมาะสม

2. มุ่งเน้นการปรับปรุงแบบ โครงสร้าง การบริหารจัดการ และความเป็นเจ้าของสถานบริการ สาธารณสุข โดยไม่คำนึงถึงกลไกการควบคุมกำกับและตรวจสอบให้สถานบริการสาธารณสุขมีความรับผิดชอบต่อภารกิจและผู้รับบริการ
3. ข้อเสนอในการปรับเปลี่ยนรูปแบบสถานบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่มาจากมุมมองที่เห็นสถาน บริการสาธารณสุขเป็นหน่วยบริการเดี่ยวที่ทำงานเบ็ดเสร็จ ไม่เห็นความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่าง สถานบริการระดับนั้น ๆ กับสถานบริการระดับอื่น ๆ
4. กำหนดเป้าหมายในการปรับปรุงให้สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งภารกิจของ สถานบริการสาธารณสุขนั้นมีขอบเขตกว้างขวาง เช่น การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ บางครั้งไม่อาจ คำนึงถึงความพึงพอใจส่วนบุคคลได้
5. รูปแบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดเป็นเครือข่ายให้บริการประสม ประสานเชื่อมโยงกันโดยระบบส่งต่อ นั้น ยังมีปัญหาเรื่องบริการระหว่างระดับยังไม่ประสม ประสานกันอย่างกลมกลืนกัน บริการยังมีส่วนซ้ำซ้อน ไม่มีการวางแผนร่วมกันในหลายพื้นที่ จึงมี ปัญหาเรื่องคุณภาพงาน นอกจากนี้การรับผิดชอบในการส่งต่อส่วนใหญ่ตกเป็นภาระของ ผู้รับบริการและญาติกวนการส่งต่อกรณีฉุกเฉินเท่านั้น
6. ระบบควบคุมกำกับสถานบริการสาธารณสุขเอกชนในปัจจุบัน มุ่งเน้นไปที่การจัดบริการให้มี คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค โดยไม่ได้มีระบบควบคุมกำกับด้าน ประสิทธิภาพ ด้านการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ทำให้ ภาคเอกชนสามารถลงทุนโดยคำนึงถึงการแข่งขันเป็นหลัก จึงมีการกระจุกทรัพยากรสาธารณสุขของ เอกชนในกรุงเทพมหานครฯ และปริมณฑล รวมทั้งจังหวัดใหญ่ ๆ ที่มีประชาชนมีเศรษฐฐานะดี โดย ดึงทรัพยากรบุคคลมาจากภาครัฐ ทำให้พื้นที่อื่นขาดแคลนทรัพยากรบุคคล

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการกระจายทรัพยากรสุขภาพ

1. ปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและใช้บริการสาธารณสุข โดยประชาชนในเขตเมืองมีโอกาส เข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขที่มีแพทย์มากกว่าในชนบท อย่างไรก็ตามปัญหานี้ลดลงมาโดยตลอด
2. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขยังไม่มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน ว่าตอบสนองต่อบทบาทภารกิจใดใน การให้บริการสาธารณสุข ทำให้ทรัพยากรสาธารณสุขที่กระจายออกไปสำหรับหน่วยบริการระดับ ปฐมภูมิและทุติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน กลับนำไปจัดซื้อเทคโนโลยีการแพทย์ระดับสูง เช่น โรงพยาบาลชุมชนซื้อเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง หรือลงทุนในส่วนที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันได้กับ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป เกิดการลงทุนไม่คุ้มค่า หรือจัดสรรแพทย์เฉพาะทางที่ต้องใช้ เครื่องมือราคาแพงเพิ่มเติมเช่น จักษุแพทย์, ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ลงไปในโรงพยาบาลชุมชน และ ไม่สามารถให้บริการตามความรู้ความชำนาญที่ได้เรียนมา ทรัพยากรที่กระจายให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป กลับไปจัดเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล เป็นต้น

3. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไม่มีแผนบูรณาการเชื่อมโยงทรัพยากรแต่ละชนิด ให้ชัดเจนที่จะจัดสรรทรัพยากรทุกส่วนให้สัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขได้ เช่น การกระจายแพทย์ไม่สัมพันธ์กับครุภัณฑ์การแพทย์ และพื้นที่ใช้ทำงาน
4. ในเขตเมืองถึงแม้ว่าจะมีทรัพยากรสาธารณสุขจำนวนมาก แต่เป็นทรัพยากรที่จัดเตรียมไว้สำหรับโรคที่ต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับสูง ประชาชนที่ด้อยโอกาสในเขตเมือง หรือมีเงื่อนไขพิเศษในการเดินทางที่ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ยังคงมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะบริการปฐมภูมิ และบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีหน่วยงานรับผิดชอบหลายหน่วย เช่น ในเมืองใหญ่ ยังไม่มีการวางแผนร่วมกันในการจัดหา และใช้ทรัพยากรร่วมกัน ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะการกระจายทรัพยากรลงไปให้ในแต่ละระดับบริการให้ครบถ้วน ทั้งบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ส่วนใหญ่มักให้ความสนใจไปในระดับตติยภูมิขั้นสูง
6. เกิดปัญหาความขัดแย้งจากความพยายามที่จะแย่งชิงทรัพยากรสาธารณสุข ระหว่างพื้นที่ หรือระหว่างสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ เนื่องจากทรัพยากรสาธารณสุขมีจำกัดเมื่อเทียบกับภาระงาน กลุ่มที่ได้รับความเดือดร้อนจึงพยายามแย่งชิงทรัพยากรสาธารณสุขให้แก่กลุ่มตน โดยไม่สนใจภาพรวมทั้งระบบ

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับลักษณะและแนวโน้มการใช้บริการสาธารณสุข

1. บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีการบริการต่าง ๆ เพื่อรักษาภาวะที่ไม่เคยนับเป็น Burden of Disease เช่น ปวดเมื่อย เครียด และยังไม่มีการวินิจฉัยที่ชัดเจนแน่นอน ไม่มีข้อบ่งชี้ในการใช้บริการเหล่านี้ ซึ่งน่าจะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น
2. การเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยนอก ที่เข้ามาใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ โดยไม่นำจำนวนครั้งของการให้บริการในแต่ละระดับมาวิเคราะห์ร่วมด้วย ทำให้เกิดความเข้าใจผิดโดยง่าย หากพิจารณาจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่เข้าไปรับบริการที่สถานบริการระดับต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยนอกเข้าไปรับบริการเพิ่มขึ้นทุกระดับทั้งสถานนิเวศน์, โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โดยเพิ่มมากที่สุดที่ระดับสถานนิเวศน์ รองลงมาเป็นระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มน้อยที่สุด
3. ปัญหาอัตราใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่าภาคอื่นๆ ซึ่งอาจเกิดจากการใช้จำนวนประชากรในพื้นที่ตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ซึ่งอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากประชากรในพื้นที่น้อยอพยพไปทำงานที่อื่น เป็นระยะ และไม่ค่อยแจ้งย้ายที่อยู่
4. ภาวะเศรษฐกิจในช่วงต่าง ๆ ทั้งขาขึ้นขาลง มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนอย่างมาก ซึ่งให้เห็นว่า หลักประกันสุขภาพของประชาชนยังไม่มีดีพอทำให้ต้องคำนึงถึงภาวะเศรษฐกิจในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข อย่างไรก็ตามหลังโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค แนวโน้มการรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพิ่มขึ้นโดยตลอด

5. ปัญหาเรื่องอัตราตายผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น อาจเกิดจากการเข้าถึงบริการ โรคที่มีค่ารายจ่ายสูงมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น จึงมีอัตราตายเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถอธิบายอัตราตายในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมิได้ให้การรักษานี้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามดัชนีตัวนี้อาจชี้ให้เห็นถึงปัญหาเรื่องคุณภาพบริการในระบบ

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุข

1. มีความเข้าใจผิดในเรื่องยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพ คือการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จะช่วยสร้างประสิทธิภาพโดยลดภาระงบประมาณด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากประชาชนไม่ป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ ทำให้รายจ่ายด้านสาธารณสุขลดลง ดังนั้นจึงปรับลดงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลเพื่อไปเพิ่มงบประมาณตามยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพ และไม่เตรียมการรองรับการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น จากการที่ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น
2. การตั้งเป้าหมายในการจัดบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ เป็นวัตถุประสงค์หลัก ทำให้มุ่งเน้นในเรื่องการลดปัจจัยนำเข้า (Input) จนทรัพยากรสาธารณสุขมีไม่เพียงพอที่จะให้บริการที่มีคุณภาพอยู่ได้
3. การจัดสิทธิประโยชน์ของกองทุนต่าง ๆ ที่แตกต่างกันทำให้ประสิทธิภาพในการบริการผู้มีสิทธิในแต่ละกองทุนแตกต่างกันไปด้วย โดยกองทุนที่ให้สิทธิประโยชน์สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะได้รับการบริการมากกว่า
4. ความเข้าใจผิดในเรื่องประสิทธิภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าจัดบริการสาธารณสุขอย่างค่อยๆมีประสิทธิภาพ ทั้งที่มีผลผลิตต่อทรัพยากรสูงกว่าโรงพยาบาลสังกัดอื่น ทั้งหมดทั้งภาครัฐและเอกชน
5. มีความเข้าใจผิดในเรื่องทรัพยากรที่ได้รับในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ห่มเทไปที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จนทำให้มีสภาพคล่องเพิ่มขึ้น จนเป็นเป้าหมายหลักในการปรับประสิทธิภาพหรือลดไขมัน ทั้งที่ข้อเท็จจริงคือโครงการนี้ทำให้สภาพคล่องของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้น หากไม่นับปี 2544 ที่มีการห่มเททรัพยากรเข้ามาในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมาก

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการส่งต่อ

1. ทรัพยากรสาธารณสุขสำหรับระบบส่งต่อยังมีไม่เพียงพอ ทั้งรพ.ยบาล องค์กรที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร เพื่อประสานงานการส่งต่อ ทำให้เกิดความล่าช้า
2. เครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยระดับชั้นต่าง ๆ ยังไม่เชื่อมโยงประสานกันอย่างแท้จริง ทำให้การส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับสูงกว่า ยังมีกิจกรรมตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาบาลที่ซ้ำซ้อน และเกิดขึ้นตอนยุ่งยากในการส่งต่อ เนื่องจากไม่มีการวางแผนร่วมกันในการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ

3. เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเกินขีดความสามารถของสถานบริการ และถูกส่งต่อไปสถานบริการระดับสูงกว่า ภาระในการส่งต่อจะตกเป็นของผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่การเดินทางข้ามพื้นที่ เช่นเข้าไปในจังหวัด ตั้งต้นเข้ารับบริการในโรงพยาบาลโดยทำบัตรใหม่ แล้วอาจยังไม่ได้รับบริการเนื่องจากไปไม่ตรงกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ตรงกับปัญหา ความยุ่งยากในการเข้ารับบริการทำให้ผู้ป่วยหลายคนตัดสินใจกลับไปสถานบริการที่ส่งมาโดยไม่ยอมรับการรักษาต่อ กว่าจะยอมเสียเวลาไปรับการรักษาต่อก็ทำให้ปัญหาเจ็บป่วยระยะแรกกลายเป็นระยะรุนแรง

8.2 สรุปปัญหาการจัดบริการสาธารณสุขที่ผ่านมา

1. เป้าหมายของการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทยในช่วงปี 2544-2547 ไม่มีความสมดุลระหว่างการเข้าถึงบริการ คุณภาพการให้บริการ และประสิทธิภาพของระบบบริการ และไม่นำปัจจัยที่มีผลมาเกี่ยวข้อง เช่น การเปลี่ยนแปลงประชากร, ปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาระโรค (Burden of Disease) และไม่มีการเตรียมการรองรับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
2. รูปแบบหน่วยบริการสาธารณสุขขาดกลไกทางตรงในการควบคุมกำกับจากประชาชน ให้หน่วยบริการสาธารณสุขให้บริการที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชน และการจัดบริการเป็นเครือข่ายบริการที่ประสมประสานให้เชื่อมโยงกันยังมีปัญหา เนื่องจากมีหน่วยบริการเดี่ยวต่างสังกัดกันจำนวนมากดำเนินการต่างกันไม่สอดคล้องกัน ทำให้การจัดบริการสาธารณสุขยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายทั้งการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และประสิทธิภาพ
3. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขยังขาดเป้าหมายที่ชัดเจน ขาดการวางแผนเชื่อมโยงทรัพยากรที่ต้องมีครบจึงจัดบริการได้ ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เป็นเจ้าของหน่วยบริการ และยังมีปัญหาการแข่งขันทรัพยากรที่มีจำกัด โดยไม่คำนึงถึงการจัดบริการในภาพรวม
4. การใช้บริการสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และยิ่งเน้นการสร้างสุขภาพและประชาชนให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพ ประชาชนยังมีความจำเป็นต้องพึ่งพาการจัดบริการสาธารณสุขมากขึ้น กลุ่มอาการที่ไม่เคยจัดเป็นปัญหา เริ่มมีการให้บริการด้านสุขภาพเพื่อจัดการ มีข้อมูลบ่งชี้ว่าการให้บริการสาธารณสุขยังมีปัญหาในเรื่องคุณภาพ
5. การสร้างประสิทธิภาพในการจัดบริการสาธารณสุขที่ผ่านมามุ่งปรับลดทรัพยากร และดึงเงินสำหรับหมุนเวียนของสถานบริการออกมาใช้ทำให้สภาพคล่องโดยรวมลดลง สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีผลผลิตต่อทรัพยากรสูงที่สุด กลับเป็นกลุ่มเป้าหมายในการปรับประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งที่มีหลักฐานชัดเจนว่าโรงพยาบาลกลุ่มนี้ผ่านการปรับประสิทธิภาพมาแล้ว
6. ระบบการส่งต่อยังมีปัญหาในการจัดลำดับขั้นของบริการ ภายในเครือข่ายที่ยังไม่เชื่อมโยงกัน ทรัพยากรสำหรับการส่งต่อยังไม่เพียงพอทำให้หน่วยบริการระดับต้น มีปัญหาและพยายามแก้ไขโดยการขยายบริการออกไปครอบคลุมบริการที่ควรจะรวมศูนย์ ภาระในการส่งต่อตกเป็นของ

ผู้รับบริการสำหรับปัญหาความเจ็บป่วยที่รุนแรงแต่ไม่ฉุกเฉิน และไม่เกิดความสะดวกในการรับบริการจากการส่งต่อ

8.3 ข้อเสนอแนะการจัดบริการสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสาธารณสุข

1. กำหนดเป้าหมายสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงโดยเน้นจุดที่ควรเน้น โดยอาศัยตัวชี้วัดจากข้อมูลที่มีอยู่ เช่น ขณะนี้ ปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีปัญหาน้อยกว่าเดิม และมีแนวโน้มดีขึ้นมาโดยตลอด ขณะที่ปัญหาเรื่องคุณภาพบริการสาธารณสุขมีมากขึ้น และมีแนวโน้มแย่ลง ตามปริมาณทรัพยากร และการลงทุนที่ถูกจำกัดและไม่เพียงพอ จึงควรกำหนดเป้าหมายหลักเป็นเรื่องการเพิ่มคุณภาพบริการสาธารณสุข เป็นต้น นอกจากนี้การจัดบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังมีปัญหาเรื่องการจำกัดต้นทุน ทั้งส่วนดำเนินการและงบลงทุน จึงควรปรับเปลี่ยนเป้าหมายเรื่องประสิทธิภาพ แทนที่จะเน้นการจำกัดทรัพยากร ควรปรับเปลี่ยนเป็นการเพิ่มผลิตภาพ โดยอาศัยตัวชี้วัดที่เหมาะสม และเติมโครงสร้างพื้นฐานให้กับสถานบริการสาธารณสุขที่ยังมีส่วนขาดให้พร้อม
2. การจัดบริการสาธารณสุขควรคำนึงถึงปัญหาสาธารณสุข และความต้องการที่จะมีมาในอนาคต ระบบต้องรองรับปัญหาหลัก ๆ ที่เป็นภาระครบถ้วน ได้แก่ HIV/AIDS, Drug Dependence, ปัญหาสุขภาพจิต และความเสื่อมที่เกิดจากวัยชรา
3. การคิดถึงงบประมาณสาธารณสุข ควรใช้ภาระโรคที่เกิดขึ้น และกำหนดวงเงินที่จะไปจัดการกลุ่มโรคที่ก่อปัญหาสาธารณสุข ทั้งนี้ปัญหาแต่ละกลุ่มอาจมีวิธีการบริหารจัดการไม่เหมือนกัน เช่น โรคบางกลุ่มไม่เหมาะที่จะจัดระบบการเงินการคลังแบบเหมาจ่ายรายหัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเรื่องรูปแบบหน่วยบริการสาธารณสุข

1. จัดทำกลไกให้ผู้รับบริการสามารถควบคุมกำกับ ตรวจสอบการดำเนินการของหน่วยบริการสาธารณสุขในลักษณะ Short Route of Accountability เช่น การทำดัชนีชี้วัดคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการดำเนินการของหน่วยบริการในแง่มุมต่าง ๆ ให้ประชาชนเข้าถึงโดยทั่วกัน เช่น การจัดลำดับโรงพยาบาล (Top 100 Hospitals) ในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น
2. การปรับรูปแบบสถานบริการสาธารณสุขต้องคำนึงถึงการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการ ครบทุกระดับชั้นของบริการเชื่อมโยงกัน การเปลี่ยนแปลงควรจะต้องผลักดันในลักษณะทั้งเครือข่าย และควรเป็นเครือข่ายบริการที่ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ตั้งแต่บริการ Primary Care จนถึงบริการ Excellent Centers เป็นต้น
3. เป้าหมายในการปรับรูปแบบสถานบริการสาธารณสุข ต้องคำนึงถึงบทบาทภารกิจให้ครบถ้วน มี เช่นนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว ภาระงานบางอย่างที่เคยมีขาดหายไปก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขเพิ่มขึ้นมาอีก เช่นการปรับบทบาทภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้หน่วย

กรมโรคซึ่งทำงานในเชิงรุกรขาดหายไป บางแห่งย้ายไปอยู่โรงพยาบาลและปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นการทำงานในเชิงรับแทน

4. ปรับปรุงรูปแบบบริการสาธารณสุขในลักษณะเครือข่ายให้ทำงานประสานประสาน สอดคล้องกัน อย่างแท้จริง ตั้งแต่วางแผนร่วมกัน จัดบริการเชื่อมโยงต่อยอดกันและกันโดยเน้นเป้าหมายเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการรักษาพยาบาลมากขึ้น
5. จัดระบบควบคุมกำกับการลงทุนทรัพยากรสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมุ่งเน้นการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสม และสามารถควบคุมกำกับประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของโรงพยาบาลทุกสังกัด ทุกเจ้าของ

ข้อเสนอแนะเรื่องการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข

1. การจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข ต้องคำนึงถึงความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร ลงไปในพื้นที่ ทั้งนี้ต้องมีตัวชี้วัดหลายตัวเชื่อมโยงสัมพันธ์กันบ่งชี้การกระจายอย่างเหมาะสม โดยเปรียบเทียบ จำนวนทรัพยากร การบริการตามระดับสถานบริการ ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ รวมทั้งจำนวนประชากร ความยากจน และตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ทรัพยากรที่จะจัดสรรลงไปต้องสัมพันธ์สอดคล้องกับทรัพยากรสาธารณสุขอื่น ๆ ที่จะทำให้เกิดบริการสาธารณสุขได้เต็มประสิทธิภาพอีกด้วย
2. ควรกำหนดภารกิจบริการของสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละระดับ แต่ละพื้นที่ให้ชัดเจน และจัดสรรทรัพยากรรวมทั้งจัดบริการตามบทบาทภารกิจ หากมีปริมาณงานจำนวนมาก และมีความจำเป็นต้องขยายตัวและได้รับทรัพยากรเพิ่มขึ้น จะต้องมีการวางแผนภาพรวมของพื้นที่อย่างชัดเจน
3. ควรพิจารณาส่วนขาดของบริการในพื้นที่เขตเมืองเช่น บริการระดับปฐมภูมิ เป็นต้น และควรจัดทำแผนบูรณาการการจัดบริการสาธารณสุขในเขตเมือง โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อให้ไม่เกิดความซ้ำซ้อน และพิจารณาจัดสรรทรัพยากรไปเติมในส่วนขาด ให้เหมาะสม โดยกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบให้หน่วยงานต่าง ๆ อย่างชัดเจน
4. ควรเพิ่มเติมทรัพยากรสาธารณสุขเข้ามาในระบบ ให้จำนวนเพียงพอกับภารกิจที่หน่วยบริการแบกรับอยู่ ทั้งนี้การจัดสรรทรัพยากรควรใช้กลุ่มตัวชี้วัดอย่างเหมาะสม มากกว่าการใช้ดัชนีตัวใดตัวหนึ่งมาวัดซึ่งทำให้เกิดอคติ เช่น ใช้สัดส่วนจำนวนประชาชนในพื้นที่เพียงปัจจัยเดียว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเรื่องลักษณะแนวโน้มการใช้บริการสาธารณสุข

1. การวิเคราะห์ภาระงานในการให้บริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ ไม่สามารถใช้จากสัดส่วนจำนวนครั้งผู้มารับบริการได้ ต้องพิจารณาจากข้อมูลจำนวนครั้งในสถานบริการแต่ละระดับด้วย
2. การจัดบริการสาธารณสุข ควรเน้นเรื่องคุณภาพในการให้บริการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยบริการที่รับส่งต่อผู้ป่วยหนัก

3. ความต้องการสถานบริการสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ควรต้องวิเคราะห์รายละเอียด โดยใช้ดัชนีประกอบกันหลายอย่าง มากกว่าจำนวนประชากรในพื้นที่เพียงอย่างเดียว เนื่องจากดัชนีตัวอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่าการจัดบริการสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้ผลไม่แตกต่างจากภาคอื่นๆ รวมทั้งอัตราตายผู้ป่วยใน
4. ควรให้ความสนใจกับบริการด้านการสร้างสุขภาพอื่น ๆ เช่น Spa, Fitness Center, การนวดแผนไทย และทำการศึกษา Role ของสถานบริการเหล่านี้ที่มีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งจัดทำฐานข้อมูลการใช้บริการ

ข้อเสนอแนะเรื่องประสิทธิภาพของการให้บริการ

1. คุรุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพงแต่ละชนิด ควรมีการศึกษาถึงจำนวนประชากรที่ต้องมีมากพอที่จะทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือนี้บ่อยครั้งเพียงพอ จนเกิดความคุ้มค่าในการจัดหา จากนั้นจึงวางแผนการจัดหาลงไปโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์กลางที่เหมาะสมและได้รับพิชชอบในการใช้บริการจากโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยรอบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งาน
2. อัตราครองเตียงของโรงพยาบาลทุกสังกัดในภาพรวมไม่เพิ่มขึ้นในระยะเวลาที่ผ่านมา และยังมีแนวโน้มที่จะลดลง รวมทั้งของกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินการด้านการเงินการคลัง เช่น การนำ Diagnostic Related Group (DRG) มาเป็นกลไกในการจ่ายเงินผู้ป่วย ยิ่งทำให้ทิศทางการใช้เตียงลดลงไปอีก ในภาพรวมทั้งประเทศ จึงไม่ควรมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลหรือเพิ่มจำนวนเตียงเข้ามาในระบบอีก เนื่องจากจะทำให้ประสิทธิภาพโดยรวมของทั้งระบบลดลง
3. การปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ต้องมีตัวชี้วัดด้านคุณภาพควบคุมกำกับอยู่ด้วย เพื่อมิให้คุณภาพบริการลดลงกว่าที่เป็นอยู่
4. การปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ไม่ควรตั้งเป้าหมายลำดับต้นอยู่ที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีผลผลิตต่อทรัพยากรสาธารณสุขสูงกว่าโรงพยาบาลกลุ่มอื่น ๆ ทั้งหมด
5. การปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ควรพิจารณาข้อมูลให้ชัดเจน และกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ตลอดจนกลุ่มเป้าหมายที่ถูกต้อง ก่อนที่จะดำเนินการ

ข้อเสนอแนะเรื่องระบบส่งต่อ

1. การจัดระบบบริการสาธารณสุข ควรเน้นการรับพิชชอบผู้ป่วยรวมกันเป็นกลุ่มเครือข่ายให้เกิดบริการสาธารณสุขแบบประสมประสานอย่างแท้จริง เช่น การจัดทำ Clinical Pathway, Clinical Practice Guideline ร่วมกันในกลุ่มโรคที่มีการส่งต่อจำนวนมาก เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย ลดภาระซ้ำซ้อนในการสืบสวนโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ นอกจากนี้
2. พัฒนาระบบส่งต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรถพยาบาล และบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมการกู้ชีพ และการติดตามอาการผู้ป่วย การจัดระบบสื่อสารสำหรับโรงพยาบาลระดับอำเภอและจังหวัด ที่เชื่อมโยงกัน

และภายในโรงพยาบาลให้สามารถประสานงานกับโรงพยาบาลปลายทางได้ตลอดเวลา รวมทั้งเครื่องมือช่วยชีวิต และอุปกรณ์การรักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มโรคที่มีการส่งต่อที่มีจำนวนผู้ป่วยสูง ให้เพียงพอ ในกลุ่มสถานบริการที่มีการส่งต่อในอัตราสูง

3. ภาระในการส่งต่อควรให้เป็นภาระของรัฐ มากกว่าที่จะปล่อยให้เป็นการะของประชาชน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพเฉพาะได้เท่าเทียมกันทั้งในเขตเมืองและชนบท นอกจากนี้ หากการจัดบริการสุขภาพสามารถรวมระบบส่งต่อเข้าไปด้วยทั้งในภาวะฉุกเฉิน และภาวะไม่ฉุกเฉิน โดยไม่เป็นการะของประชาชน จะทำให้สามารถรวมศูนย์การบริการเฉพาะด้านที่ต้องการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ซับซ้อน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะที่มีจำนวนจำกัดได้อย่างคุ้มค่า โดยประชาชนยังสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกผ่านระบบส่งต่อ และประหยัดทรัพยากรในการสร้างบริการเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ไม่คุ้มค่า
4. การจัดบริการสาธารณสุขเป็นระดับชั้น ควรมีการศึกษาภารกิจบริการแต่ละด้านในรายละเอียด โดยบูรณาการความต้องการทรัพยากรทุกด้านอย่างครบถ้วน ร่วมกันกับความยากง่าย และความถี่ของปัญหาสาธารณสุขนั้น ๆ ในพื้นที่รับผิดชอบแต่ละระดับ นำข้อมูลทั้งหมดมาพิจารณาในการจัดระดับชั้นบริการให้เกิดการเข้าถึงบริการ คุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด

8.4 สรุปข้อเสนอแนะสำหรับการจัดบริการสาธารณสุข

1. การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ควรเน้นเป้าหมายทั้งเรื่องการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และประสิทธิภาพการจัดบริการ ทั้งสามเป้าหมายอย่างสมดุล นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร, ปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะภาระโรค และมีการเตรียมการเพื่อรองรับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์
2. รูปแบบของสถานบริการสาธารณสุข ควรต้องเป็นเครือข่ายบริการที่ประสมประสาน ทำงานเชื่อมโยงกัน ในแต่ละระดับบริการ โดยยึดประชาชนผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สถานบริการสาธารณสุขต่างสังกัดควรมีบทบาทที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อนอยู่ในเครือข่ายบริการในพื้นที่ และบูรณาการแผนการจัดหาทรัพยากรสาธารณสุขร่วมกัน รวมทั้งวางแผนการจัดบริการร่วมกัน สร้าง Clinical Practice Guideline ของเครือข่าย แทนที่จะแยกส่วนเป็นของแต่ละระดับสถานบริการ ซึ่งทำให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพที่ต้องการ นอกจากนี้ยังต้องมีกลไกกำกับให้เครือข่ายบริการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนโดยตรง การกำหนดรูปแบบการบริหารสถานบริการ ควรกำหนดให้เหมาะสมกับการทำงานในลักษณะเครือข่ายบริการ เช่น หากเป็นองค์กรมหาชน ก็ควรจะเป็นเครือข่ายสถานบริการในกำกับรัฐ, การกระจายอำนาจควรลงไปในระดับเขต เพื่อให้ครอบคลุมบริการทั้งเครือข่าย เป็นต้น
3. การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข ควรกระจายทรัพยากรให้เหมาะสมกับบทบาทภารกิจที่กำหนดไว้ตามลำดับชั้นของบริการในรูปแบบของเครือข่ายบริการ โดยใช้ตัวชี้วัดหลายตัวโดยเฉพาะตัวชี้วัดที่แสดงถึงปัญหาหรือภาระโรคของประชาชนในพื้นที่ วางแผนเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของทรัพยากร

ชนิดต่างๆ ร่วมกัน เพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขได้เบ็ดเสร็จครบถ้วนในพื้นที่ ควรวางแผนเดิม
ทรัพยากรสาธารณสุขลงไปในพื้นที่ที่ยังขาดบริการระดับที่เหมาะสม

4. มีแนวโน้มการใช้บริการสาธารณสุขในสถานบริการเพิ่มขึ้น และเกิดบริการใหม่ ๆ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องจัดระบบควบคุมกำกับ จัดทำฐานข้อมูล องค์ความรู้เรื่องคุณประโยชน์ หรือความเปล่าประโยชน์ ตลอดจนข้อบ่งชี้ ข้อห้ามต่าง ๆ ของการใช้บริการใหม่ ๆ เหล่านี้
5. การเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการสาธารณสุข ควรมุ่งเน้นเป้าหมายในการเพิ่มผลผลิต ผลลัพธ์ต่อทรัพยากรสาธารณสุขเป็นหลัก แทนที่จะตั้งเป้าในการจำกัดทรัพยากร ควรกำหนดเป้าหมายในการเพิ่มประสิทธิภาพและวางแผนให้ชัดเจน แนวทางการจัดบริการของกระทรวงสาธารณสุขในลักษณะเครือข่ายบริการ น่าจะทำให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะมีข้อมูลแสดงว่าผลผลิตต่อทรัพยากรสาธารณสุขสูงที่สุด อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงคุณภาพควบคู่ไปกับการเพิ่มประสิทธิภาพ
6. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยควรกำหนดบทบาทภารกิจของแต่ละระดับชั้นบริการให้ชัดเจน และวางแผนการส่งต่อตามลำดับชั้นในรูปแบบของ Clinical Pathway ร่วมกันครบถ้วนทุกระดับบริการ ควรเพิ่มทรัพยากรสาธารณสุขด้านการส่งต่อให้เพียงพอ และจัดระบบส่งต่อให้เอื้อประโยชน์ต่อประชาชน ผู้รับบริการ ภาระในการส่งต่อไม่ควรตกเป็นภาระของประชาชนผู้รับบริการซึ่งจะทำให้เข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขระดับสูง การจัดระบบส่งต่อที่เหมาะสมจะช่วยลดความจำเป็นในการกระจายบริการสาธารณสุข ที่ต้องใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีระดับสูงมากเกินไป ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพ และคุณภาพมากขึ้นในการจัดบริการสาธารณสุข

8.5 รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อบรรลุเป้าหมาย Access, Quality, Cost

1. การจัดบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบในการดำเนินการให้มี การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยอาศัยกลไกการเงินการคลังในการกำกับสถานบริการ เพื่อให้จัดบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ และได้รับค่าดำเนินการในการให้บริการจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ สถานบริการสาธารณสุขจะต้องจัดบริการตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้

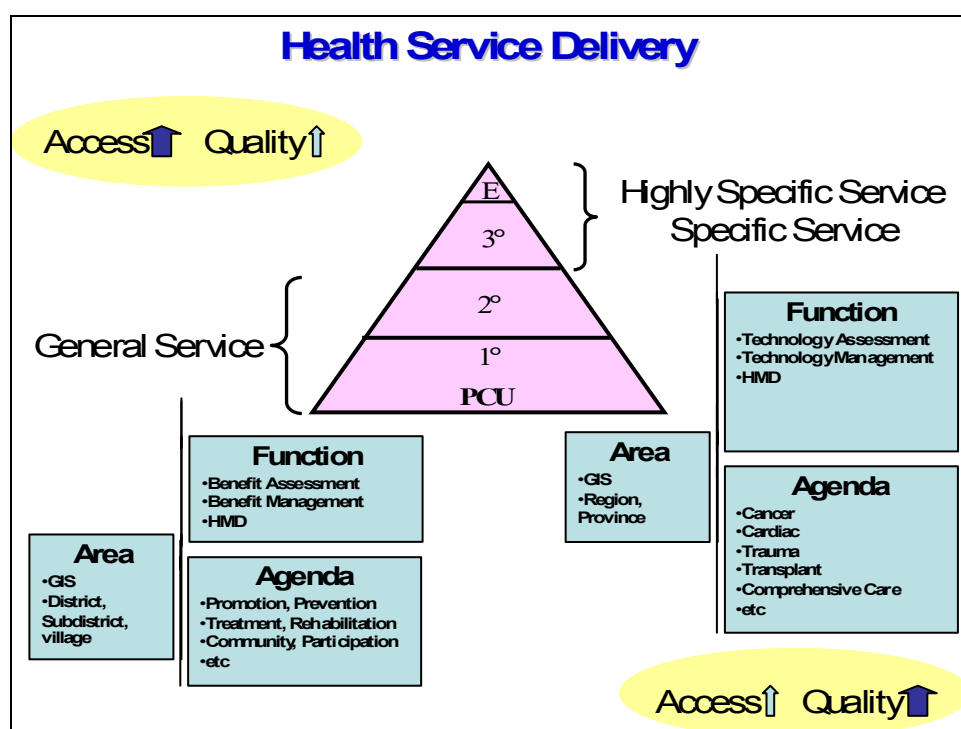
2. การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับภารกิจนอกชุดสิทธิประโยชน์

นอกเหนือจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค สถานบริการสาธารณสุข ยังจัดบริการสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม, ผู้ด้อยโอกาสไม่สามารถเข้าถึงและปรากฏตัวตนในระบบทะเบียนราษฎร, แรงงานต่างด้าวและครอบครัวเข้ามาอยู่อาศัยในประเทศไทย, ภัยพิบัติที่เป็นสาธารณภัย, โรคระบาดที่ติดต่อร้ายแรงใหม่ที่ถูกลามเข้ามาเป็นระยะ รวมทั้งบริการอื่น ๆ นอกชุดสิทธิประโยชน์

3. รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทั้งการเข้าถึงบริการ, คุณภาพ และ ประสิทธิภาพ

การจัดบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ครอบคลุมความต้องการบริการสาธารณสุขทั้งประเทศทุกระบบเพื่อให้ทรัพยากรสาธารณสุข ใช้ประโยชน์ได้เต็มที่ มากกว่าที่จะดูแยกส่วนไปตามกลุ่มเป้าหมายและสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุน รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อไปบรรลุเป้าหมาย และตอบสนองต่อความต้องการของทุกกองทุน รวมทั้งปัญหาสาธารณสุขทุกส่วน ควรเป็นรูปแบบเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยระดับชั้นของบริการให้บริการสอดคล้องกลมกลืนเชื่อมโยงกัน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง อาจจัดการกิจของการจัดบริการออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ General Service และ Specific Service โดยแต่ละกลุ่มมุ่งเน้นเป้าหมายเดียวกันแต่นำหนักความสำคัญต่างกัน ไปตามเป้าหมาย

แผนภูมิที่ 8.1 การจัดบริการสุขภาพ โดยแบ่งภารกิจเป็นการจัดบริการสุขภาพทั่วไป และการจัดบริการสุขภาพเฉพาะที่ต้องการเทคโนโลยีการแพทย์ซับซ้อนและมีราคาแพง



1. การจัดบริการสุขภาพทั่วไป (General Service) ได้แก่บริการในระดับ PCU, สถานีอนามัย (Primary Care) และบริการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป เช่นในโรงพยาบาลชุมชน, หน่วยงานอื่น ๆ และมีการวางแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีการจัดบริการในพื้นที่เดียวกัน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และประสิทธิภาพในการจัดบริการ

- 1.1. จุดมุ่งหมายคือการให้บริการที่ทุกคนควรได้รับ จึงให้น้ำหนักอย่างมากในเรื่องการเข้าถึงบริการ (Access) ทั้งนี้ต้องมีมาตรฐานที่เหมาะสมควบคุมกำกับ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพเหมาะสมกับระดับบริการ
- 1.2. บริการที่จัดต้องประกอบด้วยบริการสร้างเสริมสุขภาพ, ป้องกันโรค ซึ่งเป็นบริการที่ประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มอายุ ควรได้รับ บริการการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพในระดับทั่วไป (Generalist) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาลเวชปฏิบัติ, แพทย์ทั่วไป (General Practice, Family Medicine เป็นต้น) หรืออาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ต้องอาศัยเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลระดับสูง เช่น อายุรแพทย์ทั่วไป, สูติรีเวช, กุมารเวชกรรม เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ ต้องอาศัยเทคโนโลยีที่มีราคาแพงหลายอย่าง นอกจากต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากในการจัดหาแล้ว การที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ จะมีความรู้ความชำนาญ ยังต้องอาศัยจำนวนผู้ป่วยที่มากเพียงพอที่จะทำให้คง Competency อยู่ได้ เช่นการผ่าตัดผ่านกล้องส่องช่องท้อง ศัลยแพทย์ต้องมีประสบการณ์เกินกว่า 50 รายขึ้นไปจึงจะมีภาวะแทรกซ้อนต่ำพอที่จะยอมรับได้ แม้แต่การจัดหาจักษุแพทย์, ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์, โสตศอนาสิกฯประจำในโรงพยาบาลใด ก็จำเป็นต้องคำนึงถึงการจัดหาเครื่องมือเฉพาะอย่างสำหรับแพทย์แต่ละกลุ่มเพื่อให้สามารถทำงานได้อีกไม่ต่ำกว่า 5 ล้านบาทต่อชนิดของแพทย์เฉพาะทาง หากมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากพอ ก็จะทำให้แพทย์เหล่านี้ มีความชำนาญไม่เพียงพอภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ก็จะสูงเกินกว่าที่จะยอมรับได้อีกด้วย การจัดให้มีแพทย์ที่ต้องใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ จึงต้องคำนึงถึงปริมาณผู้ป่วยสาขานั้นในโรงพยาบาลด้วยการจัดบริการเฉพาะทางเหล่านี้ในสภาพการปฏิบัติงานจริง ยังจำเป็นต้องอาศัยการปรึกษาร่วมกับแพทย์สาขาอื่น ๆ โดยเฉพาะสาขาหลัก เกือบตลอดเวลา เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะต่าง ๆ หรือมีปัญหาอื่น ร่วมด้วย การกระจายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ไปประจำโรงพยาบาลขนาดเล็ก จึงเป็นเรื่องที่ต้องวางแผนกำหนด ประเภท การสนับสนุน และจำนวนผู้ป่วยในสาขานั้น ๆ ในพื้นที่อย่างเหมาะสม
- 1.3. การกระจายของบริการสุขภาพ จัดระบบบริการตามระดับต่าง ๆ ที่จำเป็นและตามข้อมูลภูมิศาสตร์สารสนเทศ และกลุ่มเป้าหมายให้เข้าถึงบริการ ได้ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน, ตำบล และอำเภอ เป็นหลัก
- 1.4. การกระจายสถานบริการระดับศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งเน้นยุทธศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก การรักษาพยาบาลจำกัดขอบเขตเพียง Primary Medical Care มีการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และในชุมชน เชื่อมโยงออกไปนอกสถานบริการสาธารณสุข ทั้งผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเข้าไปในชุมชนโดยตรง การกระจายจึงมุ่งเน้นความครอบคลุมของบริการ ทั้งนี้ เป้าหมายในการให้บริการเพื่อครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ โดยจัดให้มีบริการทุกตำบล
- 1.5. การกระจายสถานบริการเพื่อจัดบริการรักษาพยาบาลทั่วไป (General Service)

- 1.5.1. การให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไปในเขตชนบท ได้แก่สถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ต้องอาศัยครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาแพง ทั้งนี้จุดมุ่งหมายในการจัดบริการเพื่อรักษาโรคทั่วไป ซึ่งเน้นการจัดบริการให้ ครอบคลุมถึงระดับอำเภอเป็นหลัก หากมีผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพงที่จำเป็นต้องรวมศูนย์ ก็ส่งต่อไปยังสถานบริการระดับถัดไป ดังนั้นสถานบริการระดับนี้จึงต้องมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นดีเพื่อรองรับการส่งต่ออย่างเหมาะสม
- 1.5.2. การกำหนดภารกิจบริการให้แก่สถานบริการระดับต่าง ๆ ควรทำร่วมกันทั้งเครือข่ายบริการ โดยใช้ข้อมูลประชากร ปัญหาและภาระโรค ทรัพยากรที่มีอยู่ ความพร้อมในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการคมนาคม
- 1.5.3. การให้บริการรักษาพยาบาลทั่วไปในเขตเมือง การจัดบริการยังคงอาศัยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ซึ่งควรมีสถานบริการของท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นร่วมด้วย
- 1.6. การจัดบริการต้องเตรียมความพร้อมที่จะรองรับเทคโนโลยีการแพทย์, การสื่อสาร และเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่จะมีผลทำให้ภาพของการจัดบริการเปลี่ยนแปลงไป
2. การจัดบริการสุขภาพเพื่อรองรับการส่งต่อและการจัดบริการเฉพาะด้าน (Specific Service) หมายถึงการจัดบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพที่ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีราคาแพงเกินกว่าจะจัดให้มีบริการกระจายทั่วไป จึงต้องรวมศูนย์การบริการ เพื่อให้มีผู้รับบริการจำนวนมากพอจนคุ้มค่า และมีการวางแผนร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีการจัดบริการในพื้นที่เดียวกัน เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และประสิทธิภาพในการจัดบริการ
 - 2.1. จุดมุ่งหมายคือจัดบริการที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ซับซ้อนและมีราคาแพง มุ่งเน้นการรวมศูนย์ทรัพยากรให้ได้ตามมาตรฐานเป็นหลัก เพื่อให้บริการมีคุณภาพ เนื่องจากเป็นบริการรักษาโรคที่ยุ่งยากซับซ้อนและมีอัตราความพิการและตายสูง และจะต้องวางแผนรองรับการส่งต่อจากหน่วยอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก
 - 2.2. บริการที่จัดให้ประกอบด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพ, ป้องกันโรค ในบางกลุ่มที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงกับการรักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพที่ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และเทคโนโลยีที่มีราคาแพงจนต้องรวมศูนย์กันในระดับจังหวัด หรือระดับเขตหากเป็นเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมาก
 - 2.3. การกระจายสถานบริการเพื่อจัดบริการรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน(Specific Service)
 - 2.3.1. การกระจายของสถานบริการเพื่อรองรับการส่งต่อของผู้ป่วยหนักจากสถานบริการระดับรองตามเครือข่ายบริการ โดยจัดให้มีบริการสำหรับเทคโนโลยีราคาแพงรวมศูนย์ในระดับจังหวัด และเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมารวมศูนย์ในระดับเขต

- 2.3.2. การกระจายของสถานบริการเพื่อรองรับโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะของประเทศไทย
- 2.4. การจัดบริการต้องเตรียมความพร้อมที่จะรองรับเทคโนโลยีการแพทย์, การสื่อสาร และเทคโนโลยีอื่น ๆ ที่จะมีผลทำให้ภาพของการจัดบริการเปลี่ยนแปลงไป
3. ระบบส่งต่อและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 3.1. ระบบส่งต่อเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการระดับต้น ไปยังสถานบริการระดับเหนือกว่า ตามแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคที่ได้จัดเตรียมไว้แล้ว ตามลำดับขั้นของบริการ ดังนั้นทุกเครือข่ายบริการสาธารณสุข
 - 3.1.1. ต้องมีการกำหนดขอบเขตการให้บริการทุกระดับขั้นของบริการ และกำหนดสถานบริการภายในเครือข่ายทุกสังกัดให้รองรับภารกิจนั้น ๆ โดยไม่ซ้ำซ้อน และไม่เปิดให้มีช่องว่างทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ
 - 3.1.2. ต้องมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันตั้งแต่ระดับการดูแลตนเอง ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
 - 3.1.3. ทรัพยากรสำหรับการส่งต่อจึงต้องมีการจัดเตรียมให้เพียงพอ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป
 - 3.1.4. การส่งต่อควรเป็นภาระของเครือข่ายบริการ มากกว่าจะปล่อยให้เป็นการของ ผู้รับบริการ เช่นมีการจัดตั้ง Referral Fund ซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งต่อฉุกเฉินและการส่งต่อไม่ฉุกเฉิน เป็นต้น
 - 3.1.5. ภายในเครือข่ายบริการต้องจัดการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสาร ภายในเครือข่าย ในเรื่องทรัพยากรสาธารณสุขที่มีอยู่, ความพร้อมให้ใช้บริการของทุกแห่ง เพื่อจะได้รองรับ ผู้รับบริการได้ โดยผู้รับบริการไม่ต้องถูกกระแสวิ่งไปมาที่ต่าง ๆ โดยไม่ได้รับการดูแล
 - 3.2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรองรับผู้ป่วยวิกฤตระหว่างจุดเกิดเหตุ เพื่อนำส่งสถานบริการสาธารณสุข
 - 3.2.1. ต้องมีศูนย์กลางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ เพื่อรองรับสาขาระดับชาติ โดยเป็นศูนย์กลางการประสานงาน การสั่งการ และรับข้อมูลข่าวสาร และมีการกำหนดศูนย์กลางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับเขต หรือระดับจังหวัดขึ้นกับความจำเป็น
 - 3.2.2. มีข้อมูลทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของทุกเครือข่ายบริการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่นจำนวนแพทย์ที่สามารถให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รถพยาบาลที่พร้อมในแต่ละช่วงเวลา เป็นต้น รวมทั้งมีแผนผังการกระจายทรัพยากรเหล่านี้ในจุดต่าง ๆ ทั่วประเทศ
 - 3.2.3. มีระบบสื่อสารคมนาคม ที่มีระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศสนับสนุน และเชื่อมโยงเข้าถึงได้ง่าย ตลอดเวลาจากทุกจุดทั่วประเทศ

- 3.2.4. มีระบบจัดการด้านการเงินรับผิดชอบค่าใช้จ่าย เพื่อมิให้ผู้รับบริการ และสถานบริการต้องแบกรับภาระในการให้บริการ
- 3.2.5. มีระบบข้อมูลการใช้บริการซึ่งครอบคลุมตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึง ลักษณะทางระบาดวิทยาเพื่อประโยชน์ในการนำมาวิเคราะห์หาทางป้องกัน และดำเนินการ