

สถานการณ์และแนวโน้มระบบบริการสาธารณสุข

พินิจ พ้าอำนวยการ
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ธันวาคม 2552

สถานการณ์และแนวโน้มระบบบริการสาธารณสุข

1. บทนำ

1.1. ที่มา หลักการและเหตุผล

หลักการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม ควรจะมีการจัดบริการสุขภาพโดยแบ่งเป็นระดับ เพื่อให้บริการสุขภาพสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ ทั้งนี้บริการสุขภาพในประเทศไทยมีการจัดระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐเป็น 3 ระดับคือ บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการจัดบริการทั้ง 3 ระดับ ควรมีการผสมผสานเสมือนหนึ่งเป็นหน่วยเดียวกัน โดยบริการระดับปฐมภูมิในชนบทมีสถานีนอมาดย และบางแห่งได้รับการยกระดับเป็นศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) ส่วนในเขตเมืองของอำเภอรอบนอกมีโรงพยาบาลชุมชนจัดบริการปฐมภูมิและบางส่วนของทุติยภูมิ ส่วนเขตเมืองในจังหวัดมีโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปจัดบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และไปจนถึงตติยภูมิ โดยรูปแบบการจัดบริการของโรงพยาบาลรัฐในปัจจุบัน ได้มีการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพชุมชนหรือศูนย์แพทย์ชุมชนแยกตัวจากโรงพยาบาลเพื่อให้บริการปฐมภูมิ เทศบาลขนาดใหญ่หลายแห่งมีศูนย์บริการสาธารณสุขสำหรับบริการปฐมภูมิในเขตเทศบาล นอกจากนี้ยังมีการบริการเฉพาะทางที่ต้องเน้นการใช้ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความซับซ้อนและมีราคาแพง ซึ่งเป็นการบริการในโรงพยาบาลที่เป็นเฉพาะทาง ซึ่งสถานพยาบาลแต่ละระดับควรมีทรัพยากรสำหรับการให้บริการที่เหมาะสม และกระจายอย่างทั่วถึง อันจะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ การใช้บริการ ประสิทธิภาพ และคุณภาพของบริการสุขภาพ รวมทั้งเกิดความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพ

สถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ได้มีการขยายการจัดบริการระดับปฐมภูมิไปอย่างกว้างขวางทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยมีการจัดรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่แยกออกมาจากระบบของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้บริการมีความสอดคล้องกับหลักการที่ให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย โดยมีที่ตั้งอยู่ใกล้บ้าน มีพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อให้บริการที่มีความต่อเนื่องและเป็นองค์รวม รวมทั้งสามารถจัดบริการที่ผสมผสานทั้งด้านรักษา ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ เป็นที่พึ่งของประชาชนในฐานะด่านแรกของบริการสุขภาพ ก่อนที่จะมีการส่งต่อไปยังสถานบริการในระดับที่สูงขึ้นต่อไป แต่อย่างไรก็ดี การจัดบริการระดับปฐมภูมิที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดหลายประการ อาทิเช่น ศักยภาพในการรักษาพยาบาล ที่ยังไม่สามารถจัดให้มีแพทย์อยู่ประจำในสถานบริการระดับปฐมภูมิได้เต็มเวลา ปัญหาด้านจำนวนบุคลากรที่จำกัด และขาดความครบถ้วนของสหวิชาชีพ โดยเฉพาะในเขตชนบท ที่เป็นรูปแบบของสถานีนอมาดยที่มีบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 2-3 คนโดยเฉลี่ย โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ก็ยังไม่ครอบคลุมทุกแห่ง

ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือโรคที่ไม่ซับซ้อนจำนวนหนึ่ง ก็อาจจะมีการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลมากจนเกินไป จนอาจเกิดความแออัดขึ้นในโรงพยาบาล และกระทบต่อคุณภาพของบริการได้ ระบบบริการสุขภาพเองก็จะเป็นระบบที่ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีการใช้ทรัพยากรที่มากเกินไปจนความจำเป็น ซึ่งเกิดจากระบบบริการที่ระดับโรงพยาบาลมีต้นทุนที่สูงกว่าบริการระดับปฐมภูมิ ดังนั้นหากต้องการมีระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ก็คงจะหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะต้องเน้นไปที่บริการด้านส่งเสริมป้องกัน และการรักษาที่เน้นไปที่บริการระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการสุขภาพที่ต้องการความต่อเนื่องของการบริการ อาทิเช่น การรักษาโรคเรื้อรัง

สำหรับการจัดบริการในเขตเมือง เนื่องจากประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการมากกว่า ดังนั้นบทบาทของบริการภาครัฐอาจจะน้อยกว่าเขตชนบท เนื่องจากมีบริการของภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น การตัดสินใจใช้บริการส่วนใหญ่จึงเกิดจากประชาชนเอง และเป็นไปตามอำนาจซื้อของประชาชน ซึ่งบริการสุขภาพบางประเภทก็อาจจะมีบริการที่มากเกินไปจนความจำเป็น และมักจะไม่นับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ซึ่งถูกมองว่าเป็นบทบาทของภาครัฐ โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐที่อยู่ในเขตเมือง ก็จะได้รับบทบาทหลายอย่าง อาทิเช่น เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของประชาชนในเขตเมืองหรือของประชาชนที่ข้ามเขตหรือข้ามขั้นตอนมารักษาโดยตรง เป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิของประชาชนที่ถูกส่งตัวมาจากสถานพยาบาลและโรงพยาบาลจากพื้นที่อื่น อาทิเช่น อำเภอต่างๆในจังหวัด และจากต่างจังหวัด ทั้งนี้การที่มีบทบาทที่หลากหลายนี้ อาจจะทำให้เกิดปัญหาในการจัดบริการบางประการ อาทิเช่น ปัญหาความต่อเนื่องของบริการ คุณภาพของบริการ เป็นต้น ดังนั้นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง จึงเป็นอีกความท้าทายของระบบบริการสุขภาพ ในการออกแบบบริการที่เหมาะสมสำหรับบทบาทที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งประเภทการเชื่อมโยงบริการระหว่างระดับต่างๆ ให้มีความเป็นเนื้อเดียวกัน ผ่านระบบการส่งต่อและการเชื่อมประสานด้านข้อมูล ทรัพยากรและบริการ

ปัจจัยหนึ่งที่ระบบบริการสุขภาพ จะต้องคำนึงถึงเป็นอย่างมาก และมีอิทธิพลอย่างต่อรูปแบบการใช้บริการ ซึ่งนอกเหนือไปจากปัจจัยด้านตัวระบบบริการหรือด้านอุปทาน (supply) เอง นั่นก็คือปัจจัยด้านความต้องการ (demand) ของประชาชนในการใช้บริการ โดยจากบริบทด้านการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศที่ผ่านมา มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วิถีชีวิต สภาพการทำงานและความเป็นอยู่ของประชาชน ส่งผลต่อปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งด้านพฤติกรรมและด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป เกิดโรคเรื้อรังมากขึ้น เกิดปัญหาสุขภาพจิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากขึ้น นอกจากนั้นยังส่งผลต่อค่านิยมและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนไป มีการให้คุณค่าต่อเทคโนโลยีและบริการในโรงพยาบาลมากขึ้น นิยมแพทย์เฉพาะทางและบริการเฉพาะทางมากขึ้น โดยคาดหวังถึงการมีคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลใหญ่ ต้องรอนาน แพทย์ไม่สามารถให้เวลากับผู้ป่วยได้เต็มที่

บริบทลักษณะนี้ ย่อมมีผลกระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ บริการทุติยภูมิ และตติยภูมิอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนั้นยังมีข้อมูลบ่งชี้ว่ามีการใช้เทคโนโลยีทาง การแพทย์ไม่ว่าเป็น ยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนการตรวจวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีราคาแพงที่ขาดความ เหมาะสมทำให้ขาดประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

การประชุมแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 8 ในหัวข้อการบริหารสุขภาพโดยมุ่งเน้นคนเป็น ศูนย์กลาง (People – Centered Health Care) เมื่อวันที่ 20- 22 กรกฎาคม 2552 มีข้อเสนอแนะสรุป สารสำคัญได้ว่า การจัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพฯ ต้องมีความครอบคลุม มีการกระจายทรัพยากร สุขภาพ อย่างเหมาะสม และเป็นธรรม โดยคำนึงถึงบทบาท หน้าที่ และศักยภาพของกำลังคนในทุกระดับ จะต้องเป็นระบบที่บูรณาการทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละระดับอย่างชัดเจน และมีความเชื่อมโยงโดยตรงและต่อเนื่อง ผ่านระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อ ตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพในอนาคต

ระบบบริการสุขภาพควรสามารถตอบสนอง และรองรับความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง ทั้งหมด ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น โดยมีการจัดบริการทั้งในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ระบบบริการต้องสามารถรองรับภาวะวิกฤตด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการ ระบาดของโรคใหม่ๆ รวมถึงการเกิดสาธารณภัยต่างๆ

การบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพและตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคมนั้น ประชาชนควรได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ตามแนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนดอย่างเท่า เทียมกัน โดยมีระบบและกลไกในการอำนวยความสะดวกเข้าถึงเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่จำเป็นและ กำกับการใช้เทคโนโลยีและนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ และกลไกในการส่งเสริมการพัฒนาประสิทธิภาพ คุณภาพ และความปลอดภัยในระบบบริการ ตลอดจนมีกลไกในการกำกับติดตามประเมินผลที่มีความ โปร่งใสโดยมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมให้ประชาชนและท้องถิ่นได้มีบทบาทในการจัดการ ระบบสุขภาพชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

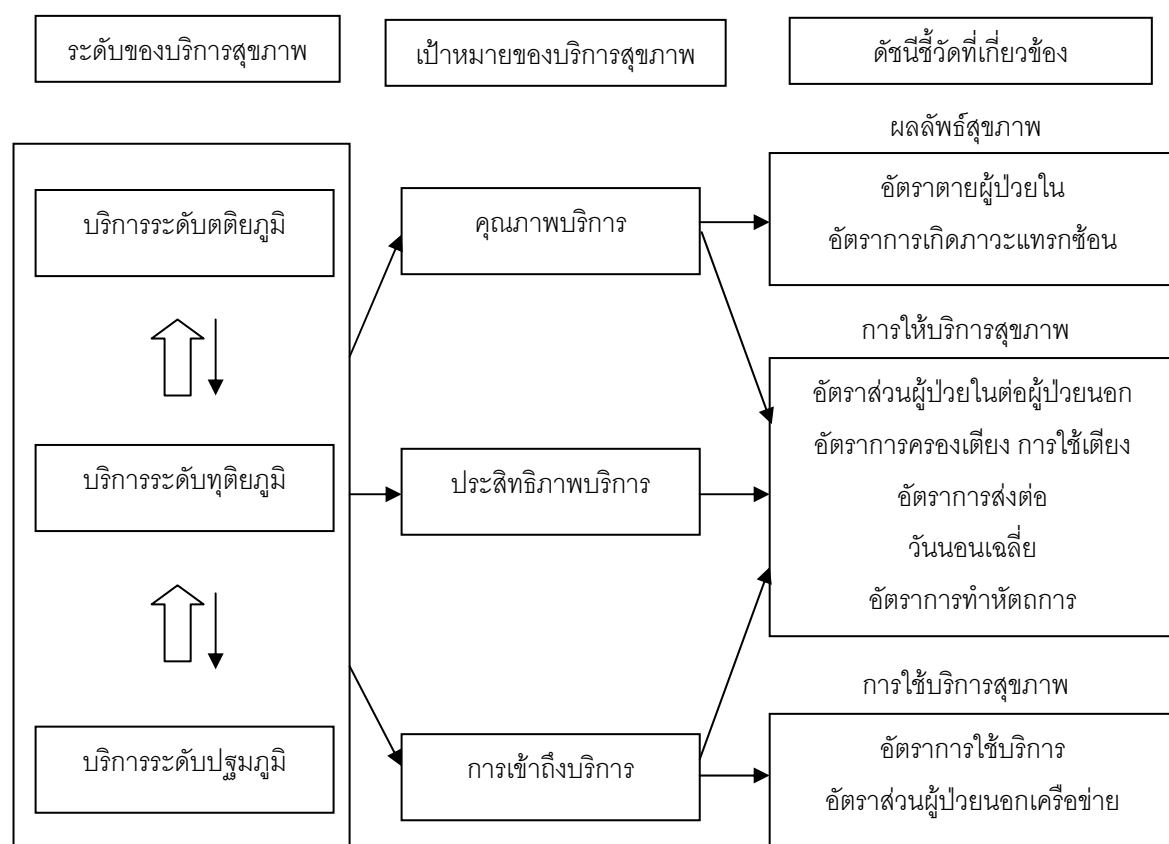
ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม ประชาชนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง บริการมีคุณภาพ คุ่มค่าสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตลอดจนตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน โดยสังคมมีส่วนร่วมนั้น จำเป็นต้องทราบสถานการณ์ของระบบบริการและผลลัพธ์การบริการที่เกิดขึ้น ซึ่งปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้ อยู่ในฐานะข้อมูลของแหล่งต่างๆที่ยังมิได้นำมาวิเคราะห์อย่างเป็น ระบบ จึงสมควรที่จะนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์เพื่อชี้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตามบริบท เพื่อนำมาสู่ การศึกษาวิจัย/วิเคราะห์ และพัฒนาระบบบริการต่อไป

1.2.วัตถุประสงค์

1. เพื่อแสดงแนวโน้มสถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ในด้าน
 - a. การเข้าถึงบริการและการใช้บริการที่จำเป็นของประชาชน
 - b. รูปแบบการให้บริการของหน่วยบริการ
 - c. คุณภาพของการบริการที่สะท้อนจากผลลัพธ์ทางสุขภาพของการรักษา
 - d. การเข้าถึงบริการ ลักษณะการให้บริการ และคุณภาพของการบริการเฉพาะโรค อาทิเช่น โรคมีค่าใช้จ่ายสูง โรคเรื้อรัง และโรคเฉียบพลัน
2. เพื่อประเมินสถานการณ์และแนวโน้มของบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการเสนอโจทย์วิจัยและเสนอแนะต่อทิศทางการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม

1.3.กรอบแนวคิด

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา



กรอบแนวคิดการศึกษา ยึดแนวคิดที่เกี่ยวกับระดับของบริการสุขภาพ ที่แบ่งเป็นบริการระดับปฐมภูมิ พหุภูมิ และตติยภูมิ โดยบริการระดับพหุภูมิ และตติยภูมิ เป็นบริการระดับโรงพยาบาล และสำหรับประเด็นเป้าหมายของบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพบริการ และคุณภาพบริการ ถูกใช้ในการติดตามสถานการณ์แนวโน้มของบริการ ผ่านดัชนีชี้วัดด้านการให้บริการ การให้บริการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยดัชนีชี้วัดด้านการให้บริการ สะท้อนการเข้าถึงบริการ ดัชนีชี้วัดด้านการให้บริการ สะท้อนประสิทธิภาพบริการเป็นหลัก และบางส่วนอาจจะสะท้อนการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความดีความ และดัชนีชี้วัดด้านผลลัพธ์สุขภาพสะท้อนคุณภาพบริการ

การศึกษานี้ วิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวมของบริการของหน่วยงานหรือเครือข่ายบริการ และวิเคราะห์แยกเป็นรายโรค โดยวิเคราะห์โรคที่สำคัญ ได้แก่

- โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียจากการตายและความพิการมาก ทำให้เป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพ โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ภาวะที่มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา ได้แก่
 - โรคเบาหวาน
 - โรคความดันโลหิตสูง
 - โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - โรคหลอดเลือดสมอง
 - โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - โรคมะเร็ง
 - การบาดเจ็บทางสมอง
- ปัญหาการให้บริการที่พบบ่อยและเกี่ยวกับการตัดสินใจในการทำหัตถการ ได้แก่
 - ใ้ตั้งอีกเสบ
 - การผ่าตัดคลอด

1.4.แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลในการศึกษานี้ ได้แก่

1. ข้อมูลรายงาน 0110 รง. 5 ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547 – 2551
 - a. สำหรับการวิเคราะห์ภาพรวม การให้บริการ การให้บริการ และผลลัพธ์บริการ
2. ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548 -2551
 - a. สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์เฉพาะโรค ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านการให้บริการ การให้บริการ และผลลัพธ์บริการ

2. การเข้าถึงบริการและการใช้บริการสาธารณสุข

2.1.ดัชนีชี้วัดสะท้อนการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสาธารณสุข

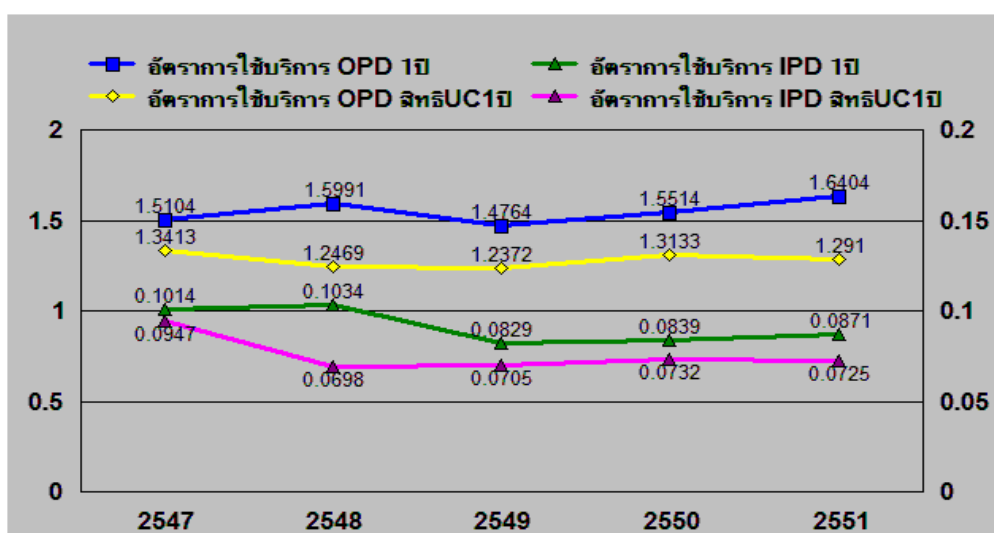
ดัชนีชี้วัดที่ใช้ในการสะท้อนการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสาธารณสุขนั้น พิจารณาจากความเป็นไปได้ในการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูล ได้แก่ รายงาน 0110 รง. 5 โดยจำแนกตามขนาดของสถานพยาบาล โดยเลือกดัชนีชี้วัดเพื่อสะท้อนการเข้าถึงบริการและการใช้บริการสาธารณสุข ดังนี้

1. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก
 - สูตรคำนวณ : จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก / จำนวนประชากรกลางปี
 - หน่วย : ครั้งต่อคนต่อปี
 - ความหมาย : จำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากรต่อปี
 - หมายเหตุ: แบ่งออกเป็น ผู้ป่วยนอกของแม่ข่าย หมายถึงสถานพยาบาลหลัก หรือ CUP (Contracting Unit for Primary Care) ซึ่งมักจะเป็นระดับโรงพยาบาล และผู้ป่วยนอกของลูกข่าย ซึ่งหมายถึงสถานพยาบาลรอง ส่วนใหญ่เป็นสถานีนอyman หรือศูนย์สุขภาพชุมชน
2. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน
 - สูตรคำนวณ : จำนวนครั้งผู้ป่วยใน x100/ จำนวนประชากรกลางปี
 - หน่วย : ร้อยละต่อคนต่อปี
 - ความหมาย : จำนวนครั้งของการใช้บริการผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละต่อประชากรต่อปี
3. อัตราส่วนผู้ป่วยนอกเครือข่ายต่อผู้ป่วยในเครือข่าย
 - สูตรคำนวณ : จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกจากนอกเครือข่าย x100/ จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกจากในเครือข่าย
 - หน่วย : ร้อยละ
 - ความหมาย : จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มาจากนอกเครือข่าย คิดเป็นร้อยละของจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มาจากในเครือข่าย นอกเครือข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่นอกเครือข่ายการให้บริการของสถานพยาบาลหลัก ได้แก่ นอกเขตอำเภอ และในเครือข่าย หมายถึงผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่ในเครือข่ายการให้บริการของสถานพยาบาลหลัก

2.2. อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก โดยในปี พ.ศ. 2551 มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกรวมทุกสิทธิที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 1.64 ครั้งต่อคนต่อปี จาก 1.51 ในปี พ.ศ. 2547 ในขณะที่อัตราการให้บริการผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ มีแนวโน้มลดลงจาก 0.10 ครั้งต่อคนต่อปี หรือร้อยละ 10.14 ต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 8.7 ใน พ.ศ. 2551 แต่อย่างไรก็ดี แนวโน้มระหว่างปี พ.ศ. 2549 – 2551 มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ คืออยู่ระหว่างร้อยละ 8.3 – 8.7 ต่อคนต่อปี โดยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2551 สำหรับการให้บริการในส่วนของผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็มีแนวโน้มที่คล้ายคลึงกัน โดยมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ต่ำกว่ารวมทุกสิทธิ ประมาณ 0.2 ครั้งต่อคนต่อปีในส่วนของผู้ป่วยนอก และต่ำกว่าร้อยละ 1 ในส่วนของผู้ป่วยใน (ภาพที่ 2)

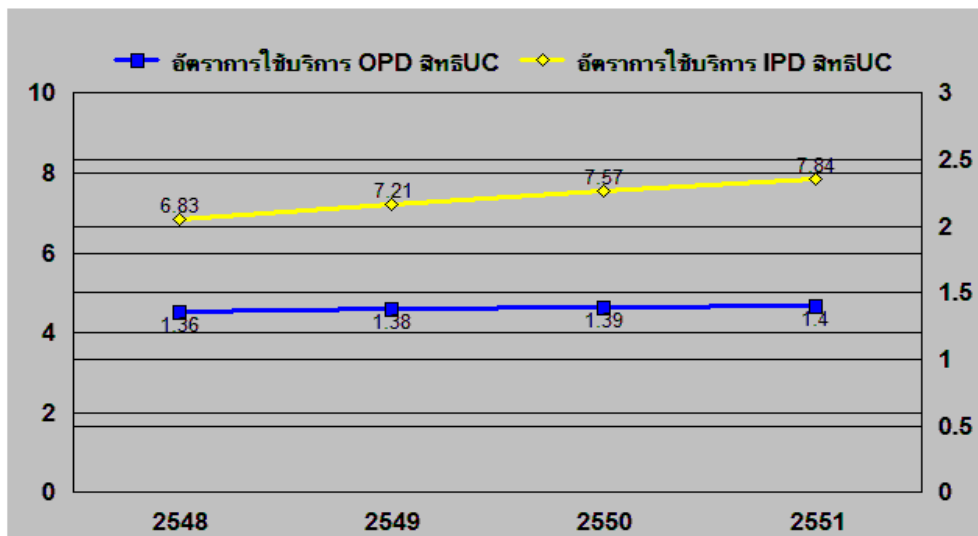
ภาพที่ 2 อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิและผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

อย่างไรก็ดี จากข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บข้อมูลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้คำนวณอัตราการให้บริการในส่วนของผู้ป่วยนอก พบว่าอยู่ระหว่าง 1.36 – 1.40 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2548-2551 และผู้ป่วยในอยู่ระหว่างร้อยละ 6.83 – 7.84 ต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2548-2551 โดยในส่วนของผู้ป่วยใน มีอัตราการให้บริการที่เพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2551 (ภาพที่ 3) แสดงให้เห็นว่าข้อมูลจาก 2 แหล่งมีความคลาดเคลื่อนกันบ้าง เนื่องจากข้อมูลในระบบรายงาน 0110 รง. 5 เก็บเฉพาะสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้จำนวนประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในความดูแลของสถานพยาบาลเหล่านั้น ในขณะที่ข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากสถานพยาบาลทุกสังกัดและทุกแห่งภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

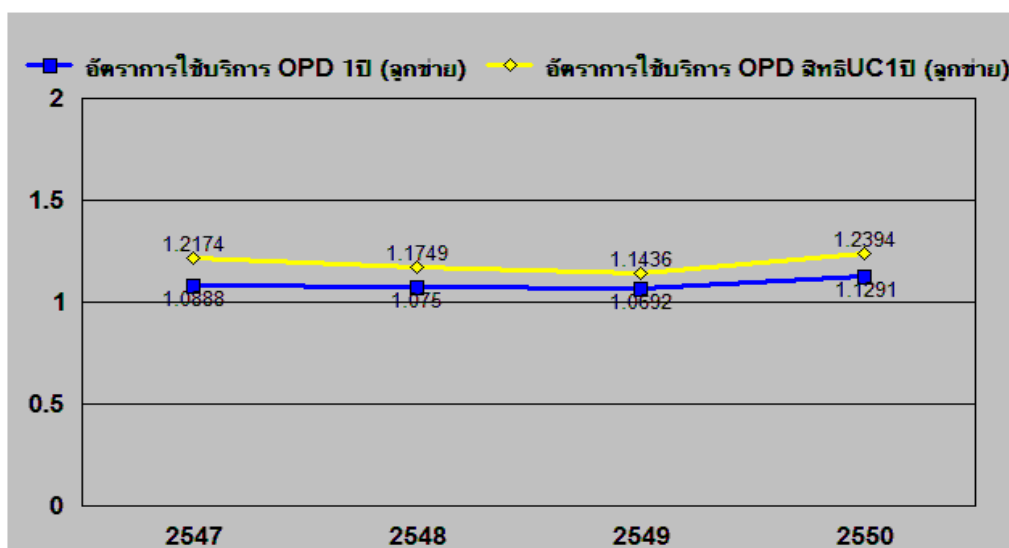
ภาพที่ 3 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

สำหรับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของลูกข่าย ซึ่งถือว่าเป็นบริการระดับปฐมภูมินั้น พบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2550 เป็น 1.13 ครั้งต่อคนต่อปี จาก 1.07 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งก็นับว่ายังไม่มีนัยสำคัญมากนัก โดยอัตราการใช้บริการในส่วนของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยรวมทุกสิทธิเล็กน้อย คือมีอัตราการใช้บริการ 1.23 ครั้งต่อคนต่อปี (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 4 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ลูกข่าย) รวมทุกสิทธิและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2547-2550



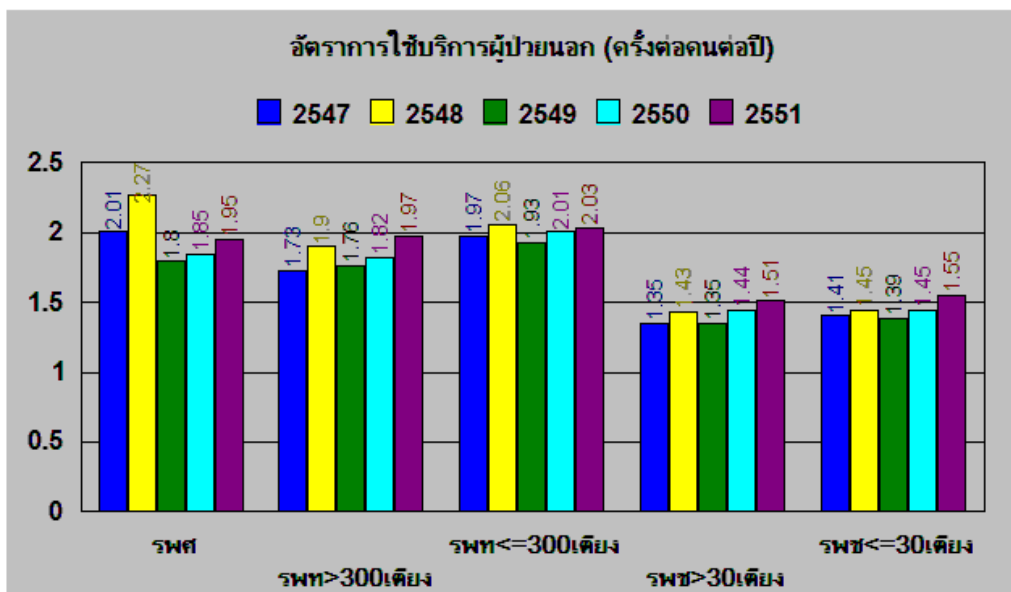
ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

หากเทียบอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกของแม่ข่ายและลูกข่าย จะเห็นว่าสำหรับผู้ป่วยรวมทุกสิทธิ อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกของแม่ข่ายจะสูงกว่าของลูกข่าย (1.64 เทียบกับ 1.13) ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม่ข่ายและลูกข่ายมีอัตราการให้บริการที่ใกล้เคียงกัน (1.3 เทียบกับ 1.23) แสดงว่าสิทธิอื่น ได้แก่สวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม มีการให้บริการแม่ข่ายมากกว่าลูกข่าย

เมื่อจำแนกอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก ตามขนาดของโรงพยาบาล จะพบว่าโรงพยาบาลประเภทโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน โดยมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกประมาณ 2 ครั้งต่อคนต่อปี เทียบกับ 1.4 ครั้งต่อคนต่อปีในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน โดยแนวโน้มมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ชัดเจนนัก โดยในปี พ.ศ. 2549 มีอัตราการให้บริการที่ลดลงเล็กน้อย แล้วหลังจากนั้นมีการให้บริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจนถึงปี พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 5)

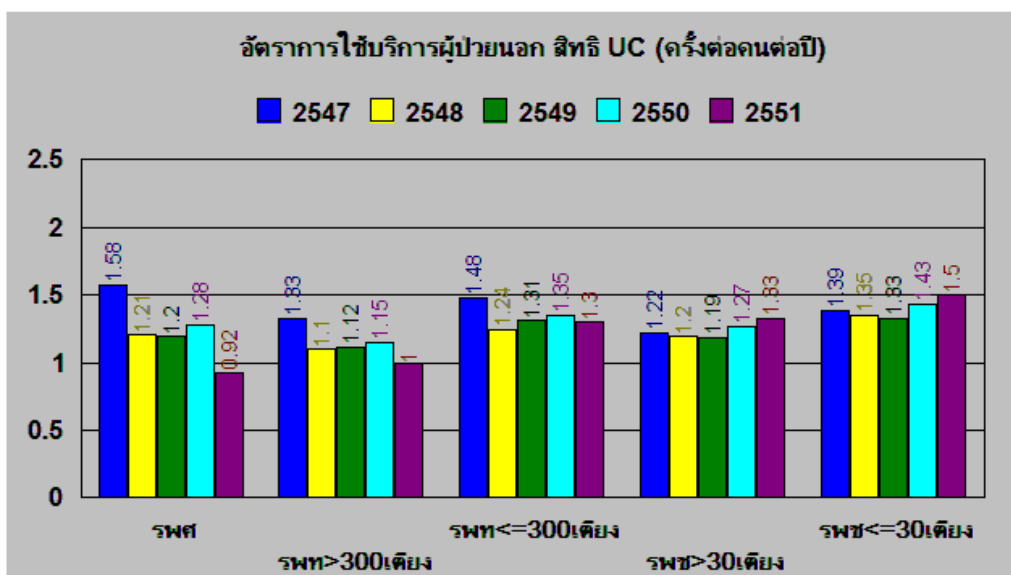
อย่างไรก็ดีในส่วนของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (เกิน 300 เตียง) ต่ำกว่าอัตราการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กอยู่เล็กน้อย โดยอัตราการให้บริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นั้น มีแนวโน้มที่ลดลง ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็กมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยในปี พ.ศ. 2551 โรงพยาบาลศูนย์มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก 0.9 ครั้งต่อคนต่อปี ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนขนาดไม่เกิน 30 เตียง มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก 1.5 ครั้งต่อคนต่อปี (ภาพที่ 6)

ภาพที่ 5 อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

ภาพที่ 6 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



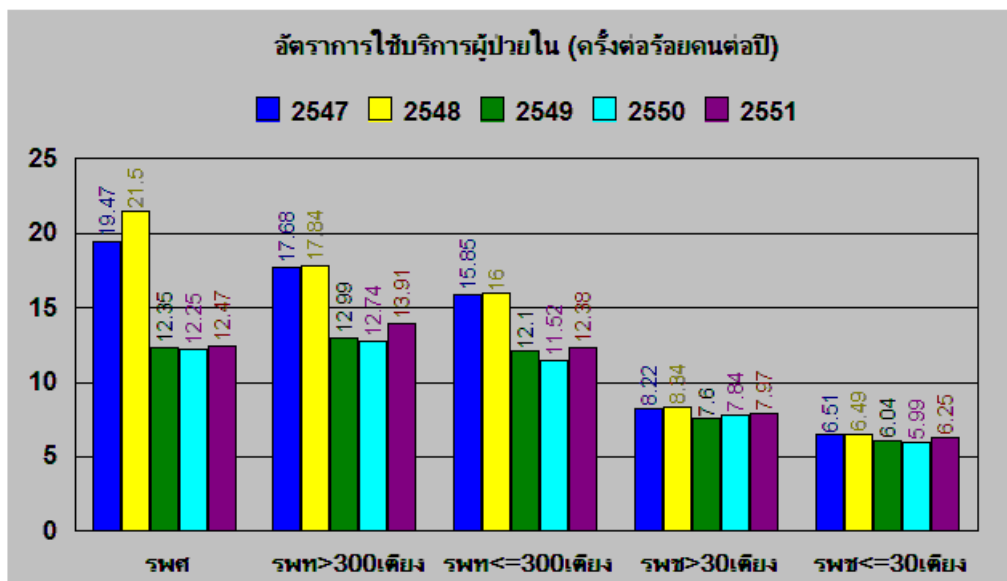
ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

สำหรับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้ป่วยรวมทุกสิทธิการรักษานั้น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีอัตราการใช้บริการที่สูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก โดยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในร้อยละ 12 ต่อคนต่อปี โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในร้อยละ 6-8 ต่อคนต่อปี โดยแนวโน้มการใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในปี พ.ศ. 2549 ลดลงถึงร้อยละ 4-8 ต่อคนต่อปี จากปี พ.ศ. 2548 แล้วหลังจากนั้นก็อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่ค่อนข้างคงที่ ในขณะที่ของโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการใช้บริการที่ลดลงจากปี พ.ศ. 2548 เพียงเล็กน้อย (ภาพที่ 7)

สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลขนาดต่างๆ มีความใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 6-8 ต่อคนต่อปี โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีอัตราการใช้บริการที่สูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กไม่มากนัก และมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ โดยโรงพยาบาลศูนย์มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 8)

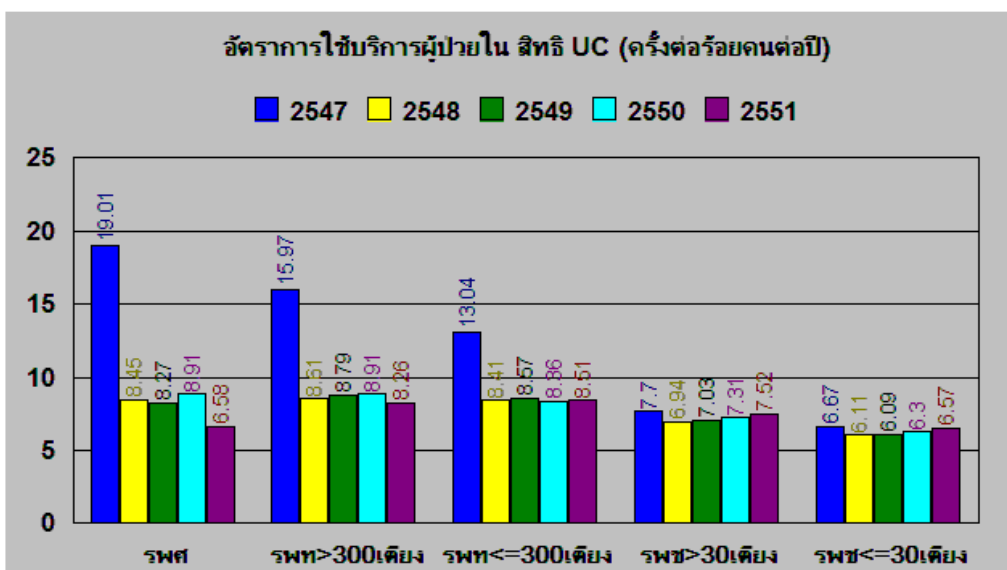
จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิของโรงพยาบาลใหญ่ สูงกว่าโรงพยาบาลเล็ก ในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลใหญ่และโรงพยาบาลเล็กมีอัตราการใช้บริการที่ไม่แตกต่างกันมากนัก แสดงว่าผู้ป่วยสิทธิอื่น ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม มีการใช้บริการโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภาพที่ 7 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

ภาพที่ 8 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

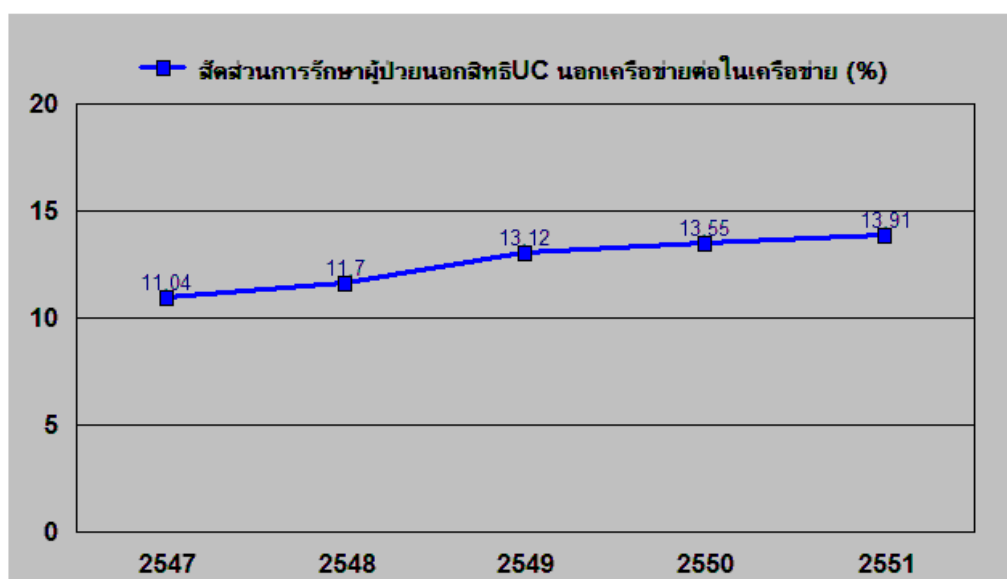
2.3.อัตราส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเครือข่ายต่อในเครือข่าย

อัตราส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกเครือข่ายต่อในเครือข่าย ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สะท้อนถึงลักษณะของการข้ามเขตพื้นที่ในการใช้บริการ หากอัตราส่วนผู้ป่วยนอกเครือข่ายต่อในเครือข่ายสูง แสดงถึงการข้ามเขตหรือข้ามขั้นตอน หรือการส่งต่อมาจากสถานพยาบาลที่อยู่นอกเครือข่าย ด้วยอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มาจากในเครือข่าย โดยแนวโน้มของอัตราส่วนดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2547 ซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 11 เป็น ร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2551 หรือ 1: 7 แสดงว่าทุกๆ 7 คนของผู้ป่วยที่มาจากในเครือข่าย จะมี 1 คนที่มาจากนอกเครือข่าย (ภาพที่ 9)

นอกจากนี้ แนวโน้มของอัตราส่วนผู้ป่วยนอกเครือข่ายต่อในเครือข่ายของสถานพยาบาลลูกข่าย ก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 4.2 ในปี พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 10) แสดงว่ามีการข้ามเครือข่ายในการใช้บริการมากขึ้น โดยอาจจะมาจากการส่งต่อระหว่างเครือข่าย หรือเป็นการข้ามเขตพื้นที่หรือข้ามขั้นตอนของผู้ป่วยเองก็เป็นได้

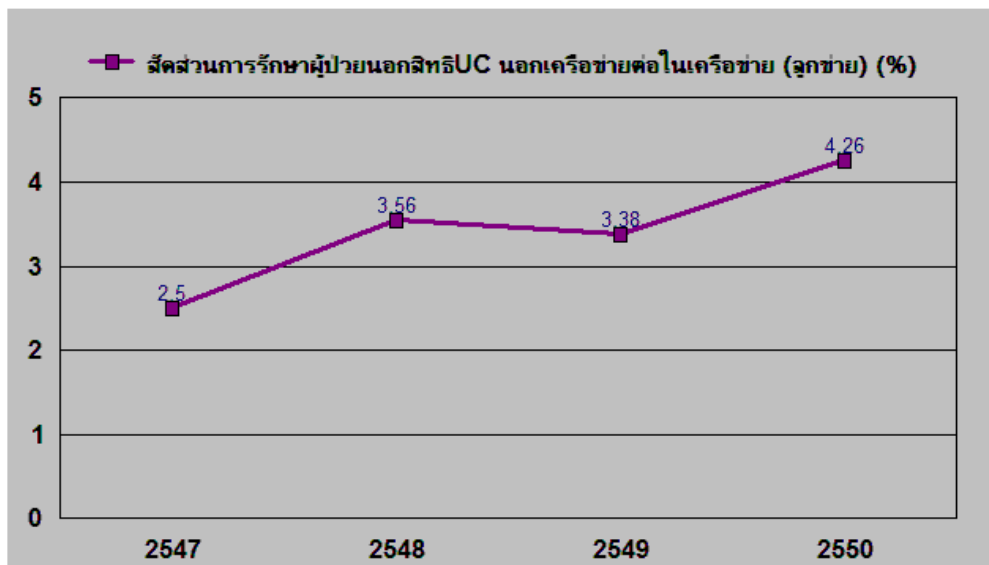
เมื่อจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล จะพบว่าอัตราส่วนการใช้บริการนอกเครือข่ายต่อในเครือข่าย ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาลศูนย์มีอัตราส่วนสูงถึงร้อยละ 61 ในปี พ.ศ. 2551 โดยเพิ่มจากร้อยละ 47 ในปี พ.ศ. 2547 และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเกิน 300 เตียง มีอัตราส่วนเท่ากับร้อยละ 33 ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2547 ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กและโรงพยาบาลชุมชน ก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยโรงพยาบาลชุมชนอัตราส่วนเท่ากับร้อยละ 6 หรือต่ำกว่าโรงพยาบาลศูนย์ถึง 10 เท่า (ภาพที่ 11)

ภาพที่ 9 อัตราส่วนผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกเครือข่ายต่อในเครือข่าย ปี พ.ศ. 2547-2551



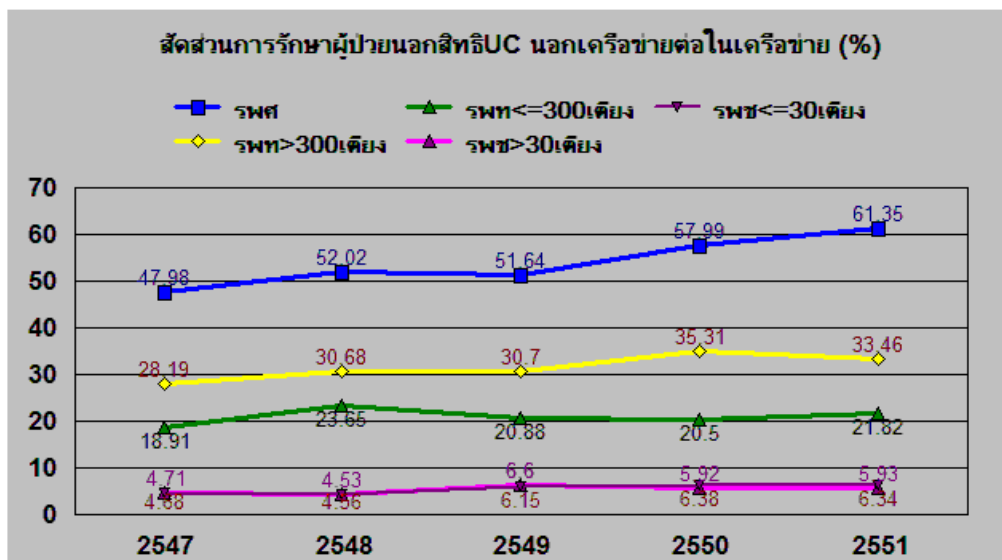
ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

ภาพที่ 10 อัตราส่วนผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกเครือข่ายต่อในเครือข่าย (ลูกข่าย) ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

ภาพที่ 11 สัดส่วนผู้ป่วยนอกสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกเครือข่ายต่อในเครือข่าย จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

3. การให้บริการสาธารณสุขและการส่งต่อผู้ป่วย

3.1.ดัชนีชี้วัดสะท้อนการให้บริการสาธารณสุขและการส่งต่อผู้ป่วย

ดัชนีชี้วัดที่ใช้ในการสะท้อนการให้บริการสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่เป็นเครื่องสะท้อนประสิทธิภาพของบริการ ทั้งนี้พิจารณาจากความเป็นไปได้ในการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูล ได้แก่ รายงาน 0110 รง. 5 โดยจำแนกตามขนาดของสถานพยาบาล โดยเลือกดัชนีชี้วัดเพื่อสะท้อนการให้บริการสาธารณสุขและการส่งต่อผู้ป่วย ดังนี้

1. อัตราการครองเตียง (Bed Occupancy Rate)

- สูตรคำนวณ : จำนวนวันนอนผู้ป่วยในรวมทั้งปี $\times 100$ / จำนวนเตียง $\times 365$ วัน
- หน่วย : ร้อยละต่อปี
- ความหมาย : ร้อยละของการครองเตียงโดยผู้ป่วยใน ในเวลา 1 ปี

2. อัตราการไ้เตียง (Bed Turnover Rate)

- สูตรคำนวณ : จำนวนครั้งผู้ป่วยใน $\times 100$ / จำนวนเตียง
- หน่วย : ครั้งต่อเตียงต่อปี
- ความหมาย : จำนวนครั้งของผู้ป่วยในต่อ 1 เตียง ในเวลา 1 ปี

3. อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก

- สูตรคำนวณ : จำนวนครั้งผู้ป่วยใน $\times 100$ / จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก
- หน่วย : ร้อยละ
- ความหมาย : จำนวนครั้งของผู้ป่วยในต่อจำนวนผู้ป่วยนอก 100 ครั้ง

4. อัตราการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อ อัตราการส่งต่อผู้ป่วย และอัตราส่วนการรับต่อการส่งต่อผู้ป่วย

- สูตรคำนวณ : จำนวนครั้งผู้ป่วยที่รับจากการส่งต่อ $\times 100$ / จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก และจำนวนครั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อ $\times 100$ / จำนวนครั้งผู้ป่วยนอก และจำนวนครั้งผู้ป่วยที่รับ / จำนวนครั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อ
- หน่วย : ร้อยละ
- ความหมาย : ร้อยละของจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่รับจากการส่งต่อต่อผู้ป่วยนอก และร้อยละของจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่ส่งต่อต่อผู้ป่วยนอก และจำนวนครั้งผู้ป่วยที่รับจากการส่งต่อ ต่อจำนวนครั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อ
- หมายเหตุ : ตัวเลขที่รวมจากทุกสถานพยาบาล หากมีการรับและส่งต่อกันเอง จะมีจำนวนครั้งของการรับผู้ป่วยจากการส่งต่อ ที่ใกล้เคียงกับจำนวนครั้งที่ส่งต่อ เนื่องจากผู้ป่วยที่ส่งต่อจากสถานพยาบาลหนึ่ง จะเป็นผู้ป่วยที่รับจากการส่งต่อของอีกสถานพยาบาลหนึ่ง

5. วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน

- สูตรคำนวณ : จำนวนวันนอนรวมผู้ป่วยใน / จำนวนครั้งผู้ป่วยใน
- หน่วย : วัน
- ความหมาย : จำนวนวันนอนโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยใน แต่ละราย

3.2. อัตราการครองเตียงและการใช้เตียง

อัตราการครองเตียง (Bed occupancy rate) เป็นเครื่องชี้ภาวะของโรงพยาบาลในการรับผู้ป่วยในในเชิงที่ว่างของเตียงในการรับผู้ป่วย อันเป็นผลมาจากจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ และวันนอนของผู้ป่วย เมื่อเทียบกับจำนวนเตียงที่มีอยู่ของโรงพยาบาล ในขณะที่อัตราการใช้เตียง (Bed turnover rate) เป็นเครื่องสะท้อนการหมุนเวียนของผู้ป่วยที่รับไว้ในแต่ละเตียง หากคิดในรอบ 1 ปี ก็จะหมายถึงจำนวนผู้ป่วยที่หมุนเวียนในแต่ละเตียงใน 1 ปี แปรผันตามจำนวนผู้ป่วย เทียบกับจำนวนเตียง หากอัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้น และอัตราการใช้เตียงเพิ่มขึ้น แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น โดยวันนอนเฉลี่ยอาจจะเพิ่มขึ้นหรือไม่ก็ได้ หากอัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้น แต่อัตราการใช้เตียงลดลง แสดงว่าจำนวนผู้ป่วยในลดลง แต่วันนอนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น หากอัตราการครองเตียงลดลง และอัตราการใช้เตียงลดลง แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยในลดลง โดยวันนอนเฉลี่ยอาจจะลดลงหรือไม่ก็ได้ และหากอัตราการครองเตียงลดลง แต่อัตราการใช้เตียงเพิ่มขึ้น แสดงว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น แต่วันนอนเฉลี่ยลดลง คำอธิบายนี้ แสดงใน ตารางที่ 1

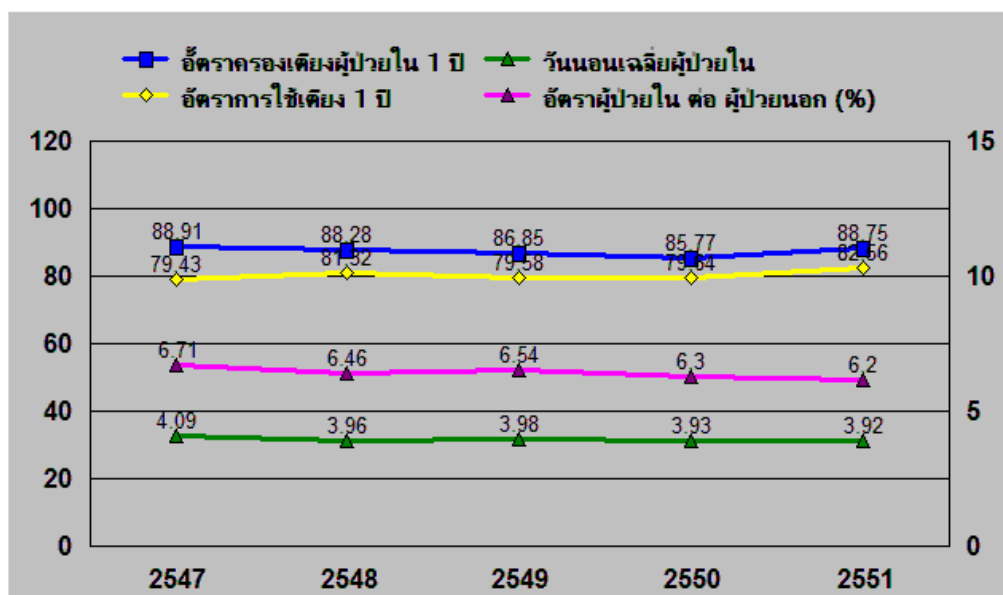
ตารางที่ 1 แสดงการตีความจำนวนผู้ป่วยในและวันนอนเฉลี่ย เมื่ออัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงเปลี่ยนแปลงไป

		อัตราการครองเตียง	
		เพิ่มขึ้น	ลดลง
อัตราการใช้เตียง	เพิ่มขึ้น	จำนวนผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้น วันนอนเฉลี่ย อาจจะเพิ่มขึ้น คงที่ หรือลดลง	จำนวนผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้น วันนอนเฉลี่ย ลดลง
	ลดลง	จำนวนผู้ป่วยใน ลดลง วันนอนเฉลี่ย เพิ่มขึ้น	จำนวนผู้ป่วยใน ลดลง วันนอนเฉลี่ย อาจจะเพิ่มขึ้น คงที่ หรือลดลง

หากดูข้อมูลแนวโน้มของอัตราการครองเตียงและอัตราการใช้เตียงแล้ว จะพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2547-2550 อัตราการครองเตียงมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในขณะที่อัตราการใช้เตียงค่อนข้างคงที่ แสดงว่าจำนวนผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง แต่วันนอนเฉลี่ยน่าจะลดลงเล็กน้อย โดยหากดูจากแนวโน้มจะเห็นว่าวันนอนเฉลี่ยมีแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อยระหว่างปี พ.ศ. 2547-2550 คือลดลงจาก 4.09 วัน เป็น 3.93 วัน (ภาพที่ 12) และในปี พ.ศ. 2551 อัตราการครองเตียง อัตราการใช้เตียงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แสดงว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และเมื่อดูวันนอนเฉลี่ย ก็ยังเห็นแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อย แสดงว่าอิทธิพลของอัตราการครองเตียงที่เพิ่มขึ้นนั้น มาจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างเดียว ไม่ได้เกิดจากวันนอนเฉลี่ย

นอกจากนี้การพิจารณาอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก จะช่วยในการประเมินว่า การที่จำนวนผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากลักษณะการรับผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นหรือไม่ หากเทียบกับจำนวนผู้ป่วยนอก เมื่อพิจารณาแนวโน้มจะพบว่า อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2547-2551 คือลดลงจากร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 6.2 (ภาพที่ 12) ซึ่งนับว่าเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แสดงว่าลักษณะการรับผู้ป่วยใน ไม่เปลี่ยนแปลง และการที่อัตราการใช้เตียงเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2551 โดยที่อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกลดลง จึงหมายความว่า อัตราการใช้เตียงที่เพิ่มขึ้น น่าจะเกิดจากจำนวนผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้นมากกว่าการเพิ่มขึ้นของอัตราการรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน

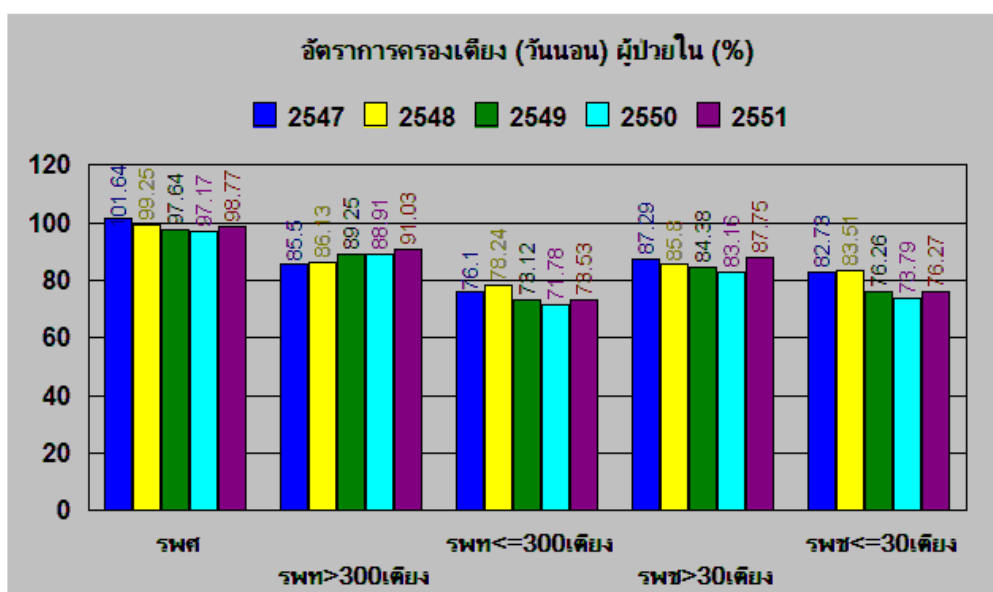
ภาพที่ 12 อัตราการครองเตียง อัตราการใช้เตียงผู้ป่วยใน อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก และวันนอนเฉลี่ย ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

เมื่อพิจารณาอัตราการครองเตียงจำแนกตามขนาดโรงพยาบาลแล้ว จะพบว่าโรงพยาบาลศูนย์มีอัตราการครองเตียงสูงที่สุด คือประมาณร้อยละ 97-101 รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงเกิน 300 เตียง ซึ่งใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเกิน 30 เตียง คืออยู่ระหว่างร้อยละ 83-91 โดยโรงพยาบาลทั่วไปขนาดไม่เกิน 300 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดไม่เกิน 30 เตียง มีอัตราการครองเตียงต่ำที่สุดคืออยู่ระหว่างร้อยละ 73-83 โดยแนวโน้มของโรงพยาบาลทุกขนาด จะมีแนวโน้มที่คล้ายคลึงกันคือลดลงจากปี พ.ศ. 2547-2550 แล้วเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2551 ยกเว้นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเกิน 300 เตียงที่มีแนวโน้มอัตราการครองเตียงที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2551 (ภาพที่ 13)

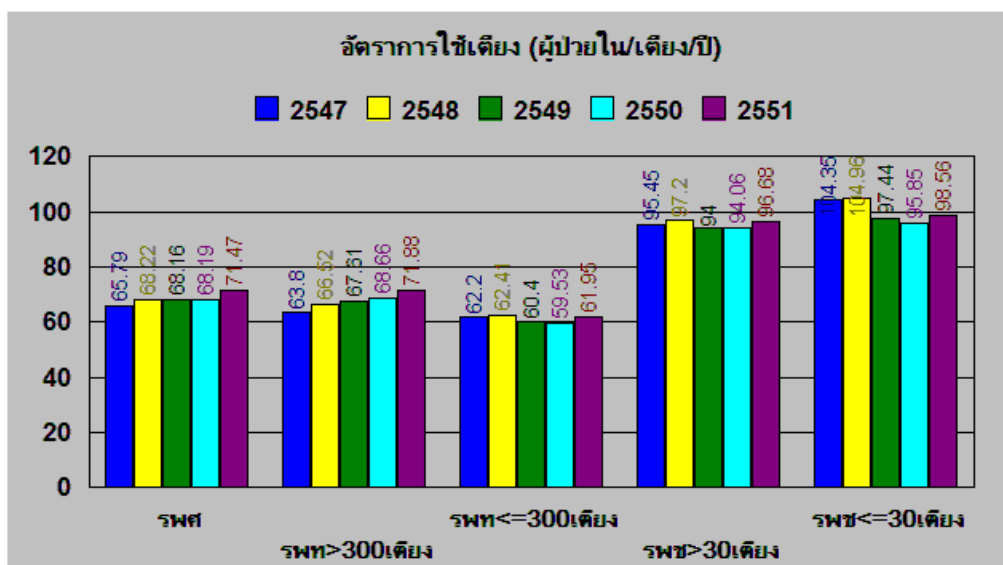
ภาพที่ 13 อัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

ลักษณะของอัตราการใช้เตียงจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล จะกลับทางกับลักษณะของอัตราการครองเตียง โดยอัตราการใช้เตียงจะสูงในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีค่าระหว่าง 94-104 คนต่อเตียงต่อปี สำหรับอัตราการใช้เตียงในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จะมีค่าต่ำกว่า คือมีค่าอยู่ระหว่าง 59-71 คนต่อเตียงต่อปี (ภาพที่ 14) โดยแนวโน้มของอัตราการใช้เตียงจะมีความคล้ายคลึงกับแนวโน้มของอัตราการครองเตียง คือลดลงเล็กน้อยระหว่างปี พ.ศ. 2547-2550 แล้วเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2551 แนวโน้มลักษณะดังกล่าวแสดงว่าจำนวนผู้ป่วยในในช่วงที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่ค่อนข้างไปในทางที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก และภาวะในด้านการครองเตียงก็ไม่ได้รุนแรงมากนัก ยกเว้นในกรณีของโรงพยาบาลศูนย์ ที่มีแนวโน้มว่าเตียงจะไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับความต้องการในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน

ภาพที่ 14 อัตราการใช้เตียงผู้ป่วยใน จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

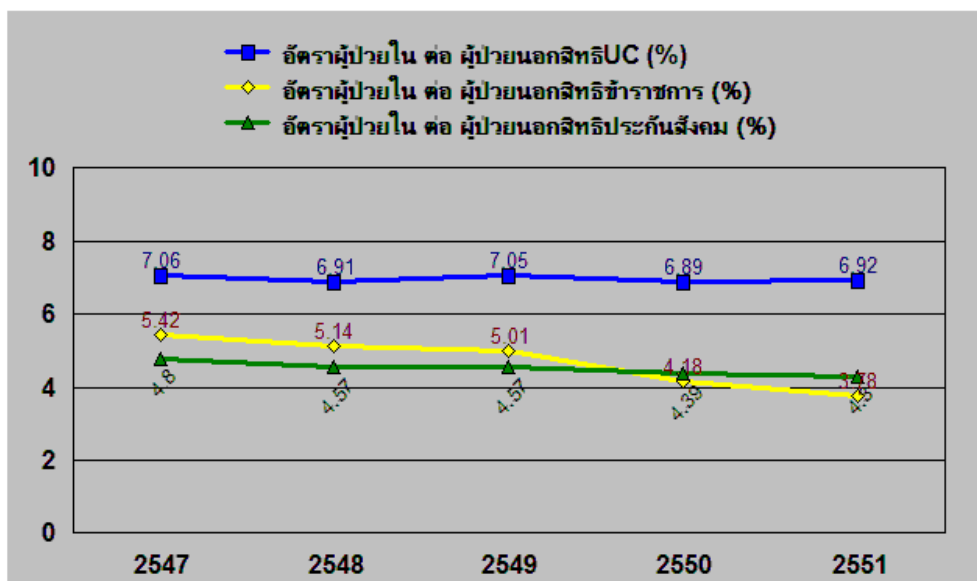
3.3.อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก

ปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่ออัตราการใช้เตียงและอัตราการครองเตียง ก็คือ อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก หรืออัตราการรักษาผู้ป่วยใน ซึ่งสะท้อนลักษณะการตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งอาจจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะความรุนแรงของโรค หรือลักษณะการตัดสินใจของแพทย์ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยแนวโน้มของอัตราส่วนดังกล่าวลดลงจากร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 6.2 ในปี พ.ศ.2551 (ภาพที่ 12)

หากแยกตามสิทธิการรักษา จะพบว่าอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มลดลงในส่วนของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ คือลดลงจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2551 สำหรับสิทธิประกันสังคมลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 4.3 ในปี พ.ศ. 2551 ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกที่ค่อนข้างคงที่ คืออยู่ระหว่างร้อยละ 6.92-7.06 ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2551 (ภาพที่ 15) แสดงว่าอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกในภาพรวมที่ลดลงเล็กน้อยนั้น ได้รับอิทธิพลจากแนวโน้มที่ลดลงของอัตราส่วนดังกล่าวในส่วนของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการเป็นหลัก

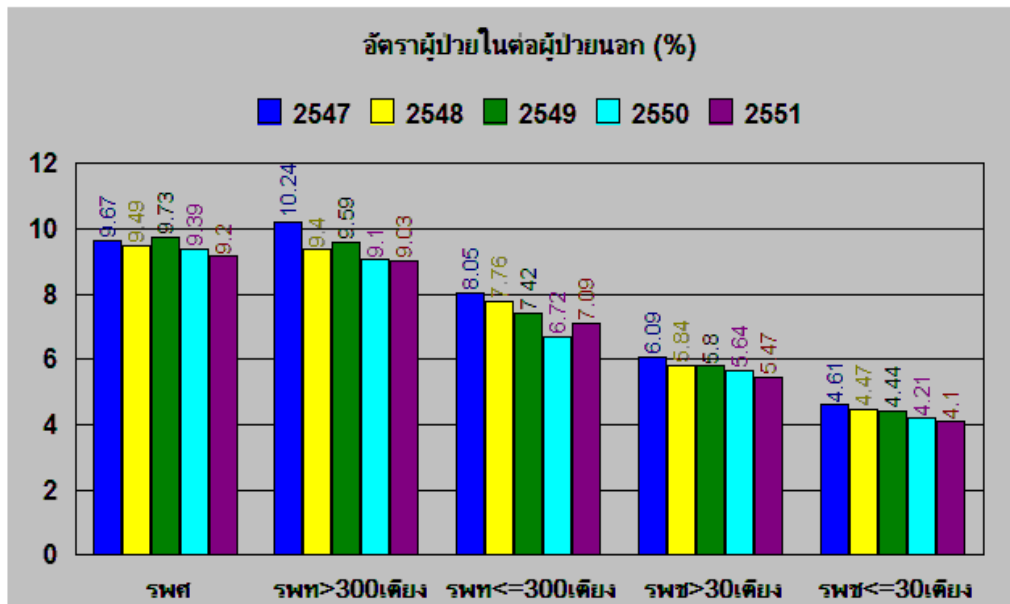
และหากจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลจะพบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่เกิน 300 เตียง มีอัตราส่วนการรับผู้ป่วยในที่สูงที่สุดประมาณร้อยละ 9-10 รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กไม่เกิน 300 เตียง มีอัตราส่วนประมาณร้อยละ 6.7-8 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่เกิน 30 เตียง มีอัตราส่วนประมาณร้อยละ 5.5-6 และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กไม่เกิน 30 เตียง มีอัตราส่วนประมาณร้อยละ 4-4.6 โดยมีแนวโน้มที่ลดลงในโรงพยาบาลทุกขนาด แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีแนวโน้มที่ลดลงไม่มากนัก (ภาพที่ 16)

ภาพที่ 15 อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก จำแนกตามสิทธิ ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

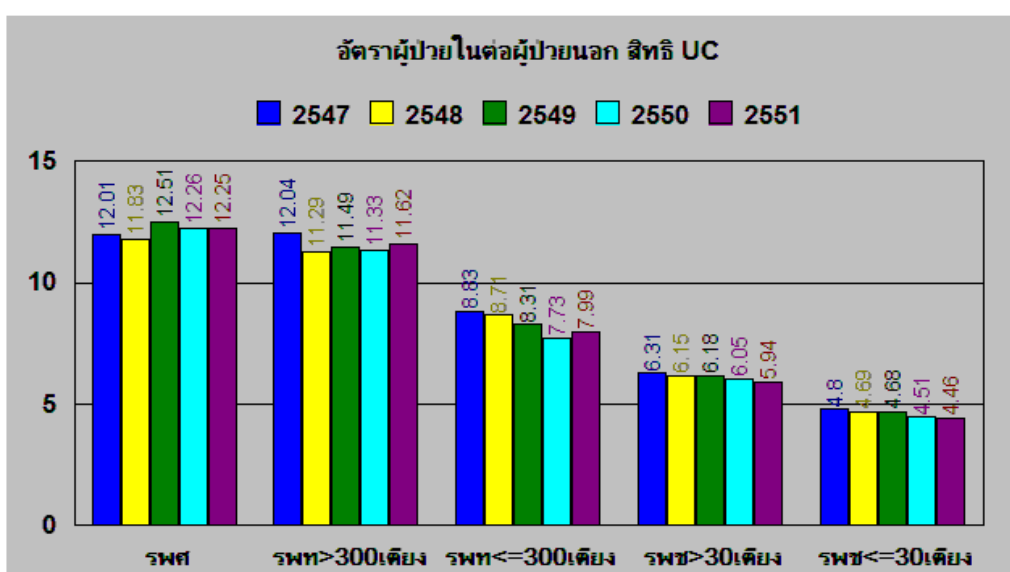
ภาพที่ 16 อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก รวมทุกสิทธิ จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

หากพิจารณาแนวโน้มแยกเป็นรายสิทธิ จะพบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ยกเว้นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กไม่เกิน 300 เตียง ที่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย โดยความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขนาดเล็กจะค่อนข้างมาก โดยโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ มีอัตราส่วนอยู่ที่ร้อยละ 11-12 ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กไม่เกิน 30 เตียง มีอัตราส่วนที่ร้อยละ 4.5-4.8 หรือต่างกันเกือบ 3 เท่า (ภาพที่ 17)

ภาพที่ 17 อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551

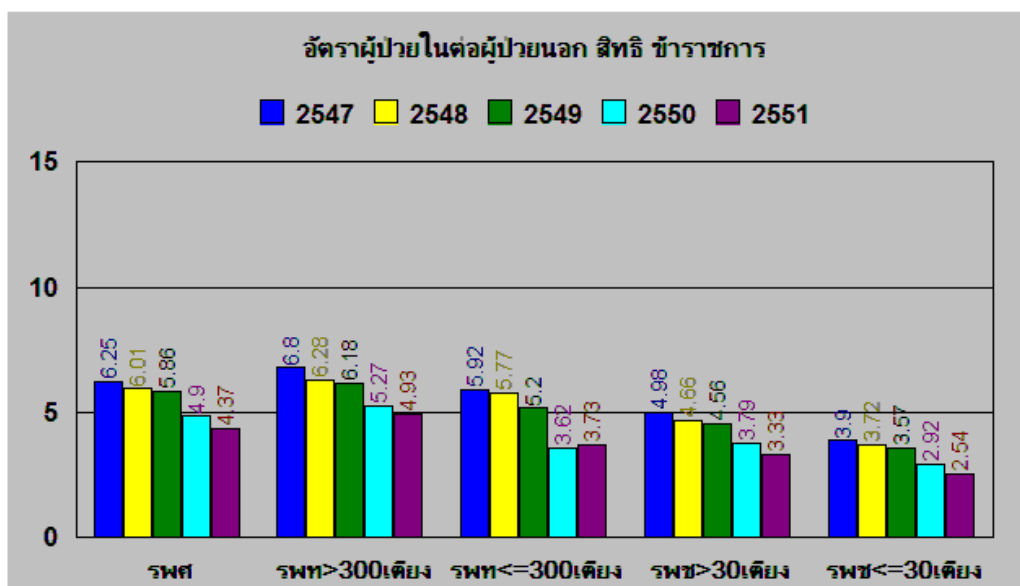


ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

สำหรับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ จะพบแนวโน้มของอัตราส่วนการรับผู้ป่วยใน ที่ลดลงอย่างชัดเจนในทุกขนาดของโรงพยาบาล และความแตกต่างของอัตราส่วนดังกล่าว ระหว่างโรงพยาบาลขนาดต่างๆ จะน้อยกว่าในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีอัตราส่วนประมาณร้อยละ 3.6-6.8 ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราส่วนประมาณร้อยละ 2.5-5 (ภาพที่ 18)

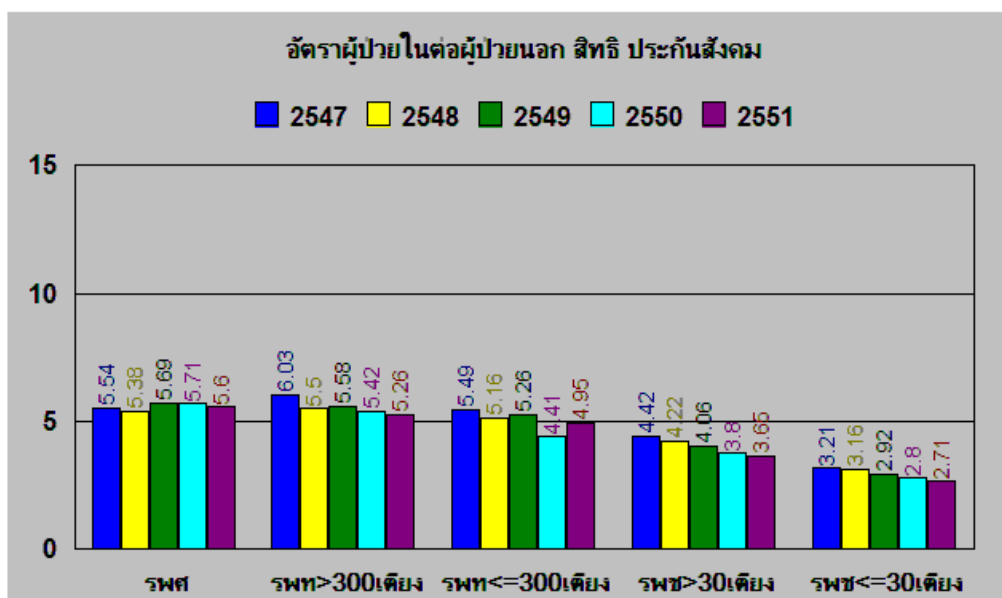
สำหรับสิทธิประกันสังคม จะพบแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อยในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน และเช่นเดียวกับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลขนาดต่างๆ จะน้อยกว่าในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีอัตราส่วนประมาณร้อยละ 4.4-6 ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราส่วนประมาณร้อยละ 2.7-4.4 (ภาพที่ 19)

ภาพที่ 18 อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก สิทธิสวัสดิการข้าราชการ จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

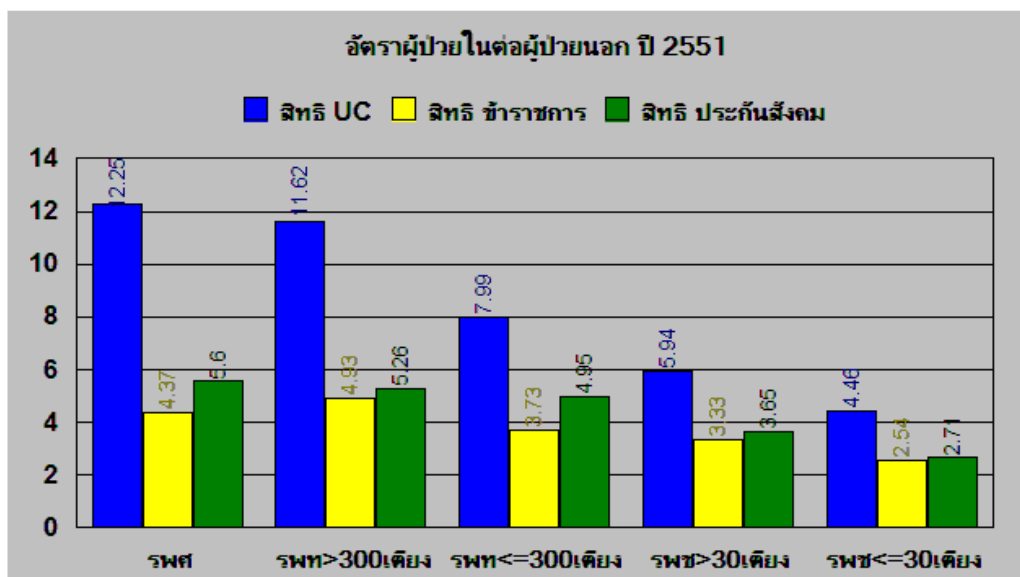
ภาพที่ 19 อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก สิทธิประกันสังคม จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

หากเปรียบเทียบอัตราส่วนการรับผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิการรักษาและขนาดของโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2551 จะพบว่าในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ อัตราส่วนการรับผู้ป่วยในจะสูงสุดในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสูงกว่าสิทธิอื่นถึงเกือบ 3 เท่า ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงกว่าสิทธิอื่นไม่ถึง 2 เท่า ลักษณะดังกล่าวแสดงว่าผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความรุนแรงมากกว่าสิทธิอื่น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 11-12 ในส่วนของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาพที่ 20)

ภาพที่ 20 อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก จำแนกตามสิทธิและขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2551



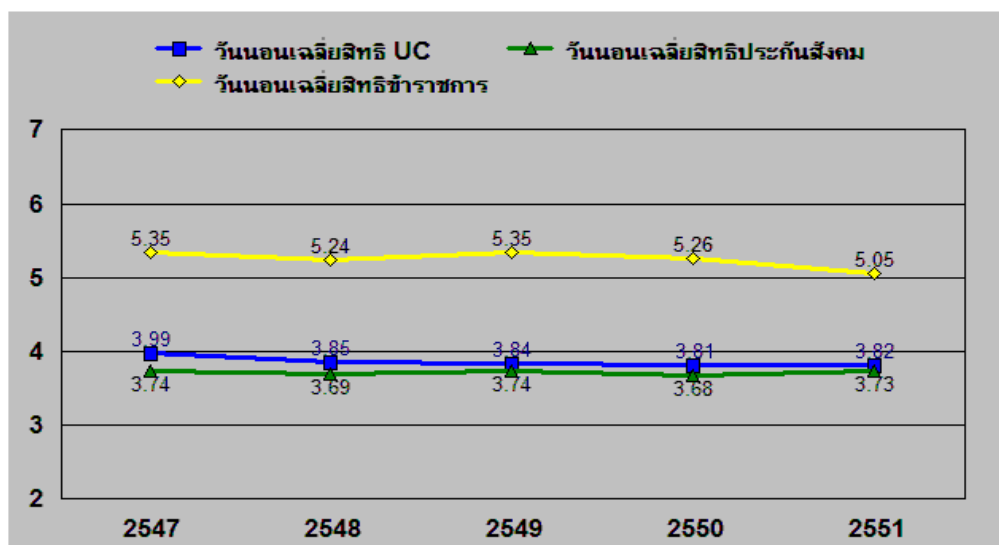
ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

3.4. วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน

วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยในในภาพรวม มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จาก 4.09 วัน ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 3.92 วัน ในปี พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 12) เมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษา จะพบว่าสิทธิสวัสดิการข้าราชการ มีวันนอนเฉลี่ยสูงสุด คือประมาณ 5.05-5.35 วัน ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม มีวันนอนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน คือประมาณ 3.7-3.9 วัน โดยแนวโน้มของสิทธิสวัสดิการข้าราชการ และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในขณะที่สิทธิประกันสังคมมีวันนอนค่อนข้างคงที่ (ภาพที่ 21)

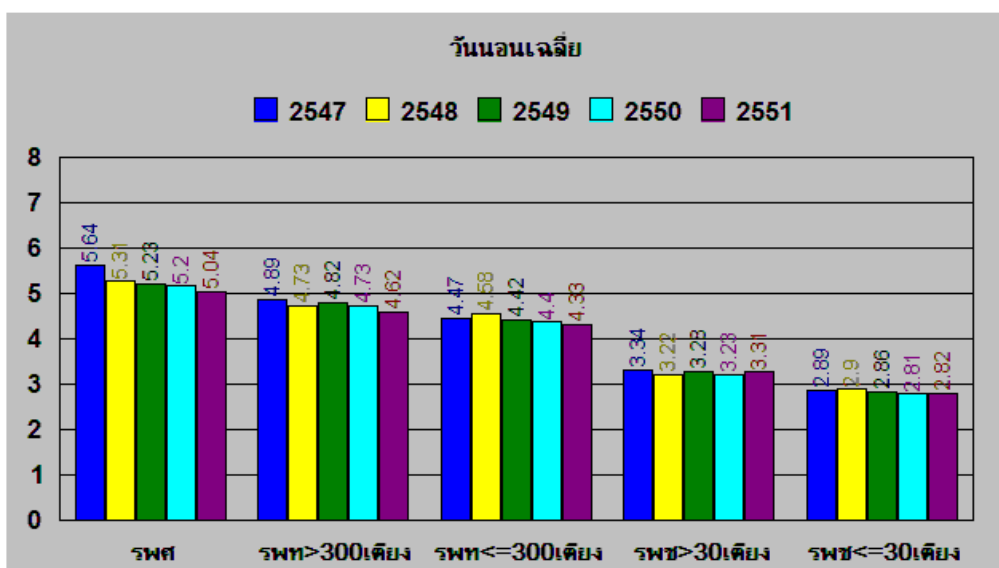
และหากจำแนกตามขนาดของโรงพยาบาลจะพบว่า โรงพยาบาลศูนย์มีวันนอน 5-5.6 วัน โรงพยาบาลทั่วไปมีวันนอน 4.3-4.9 วัน โรงพยาบาลชุมชนมีวันนอน 2.8-3.3 วัน โดยแนวโน้มวันนอนลดลงเล็กน้อยในกลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชน มีวันนอนค่อนข้างคงที่ (ภาพที่ 22)

ภาพที่ 21 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิการรักษา ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

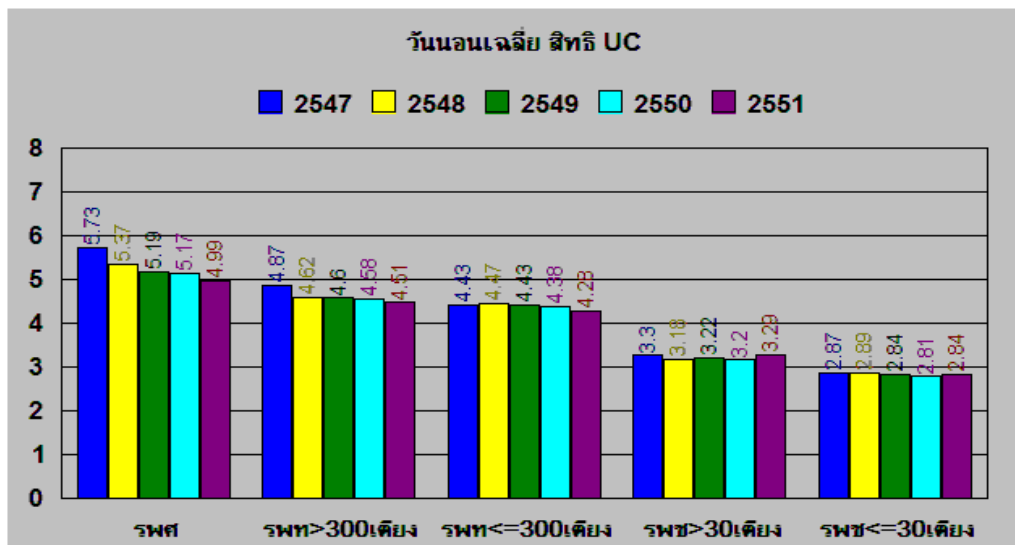
ภาพที่ 22 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน รวมทุกสิทธิ จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

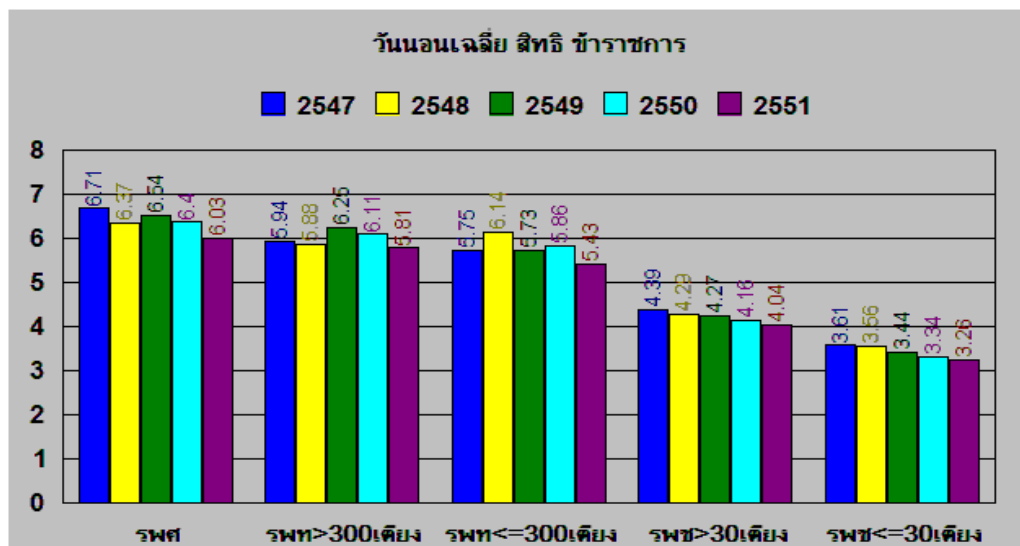
หากพิจารณาแนวโน้มแยกเป็นรายสิทธิ จะพบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ยกเว้นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเกิน 300 เตียง ที่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 23) ในขณะที่แนวโน้มของสิทธิสวัสดิการข้าราชการลดลงเล็กน้อยในโรงพยาบาลทุกขนาด (ภาพที่ 24) แต่แนวโน้มของสิทธิประกันสังคมค่อนข้างคงที่ในโรงพยาบาลทุกขนาด (ภาพที่ 25)

ภาพที่ 23 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



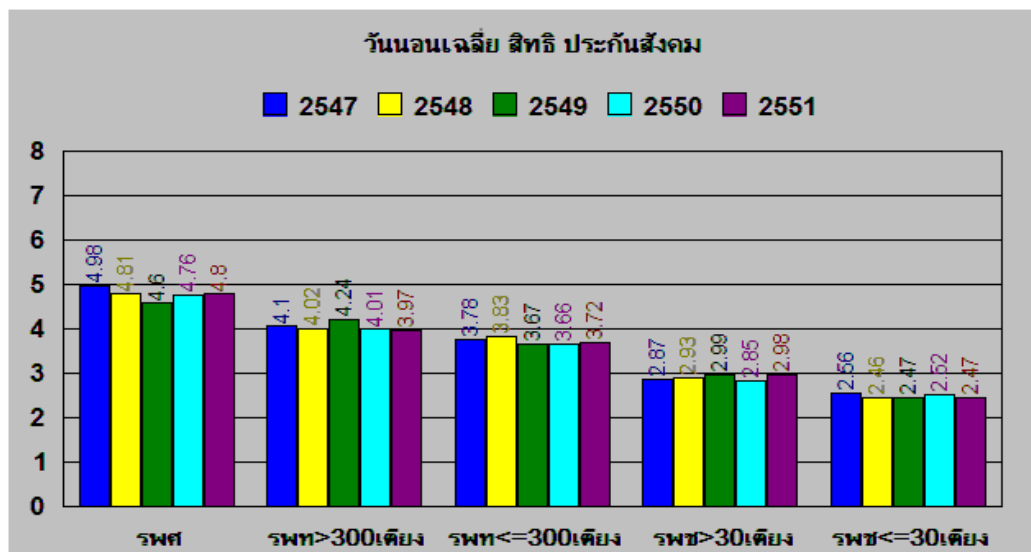
ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

ภาพที่ 24 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน สิทธิสวัสดิการข้าราชการ จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

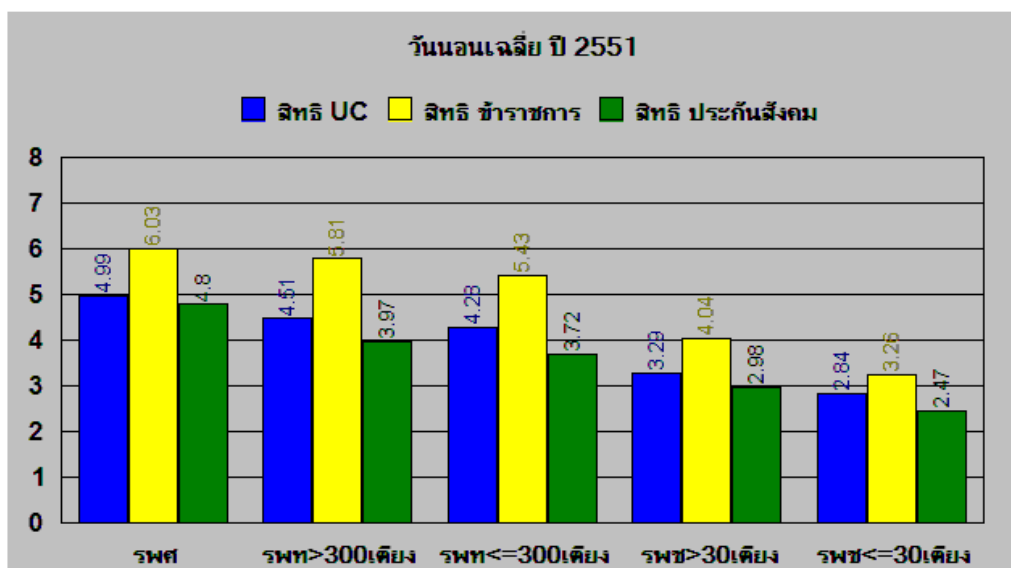
ภาพที่ 25 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน สิทธิประกันสังคม จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

เมื่อเปรียบเทียบวันนอนตามสิทธิการรักษาและขนาดโรงพยาบาล จะพบว่ามีลักษณะคล้ายกันในทุกขนาดโรงพยาบาล โดยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ มีวันนอนสูงสุด รองลงมาคือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ (ภาพที่ 26)

ภาพที่ 26 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน จำแนกตามสิทธิการรักษาและขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2551

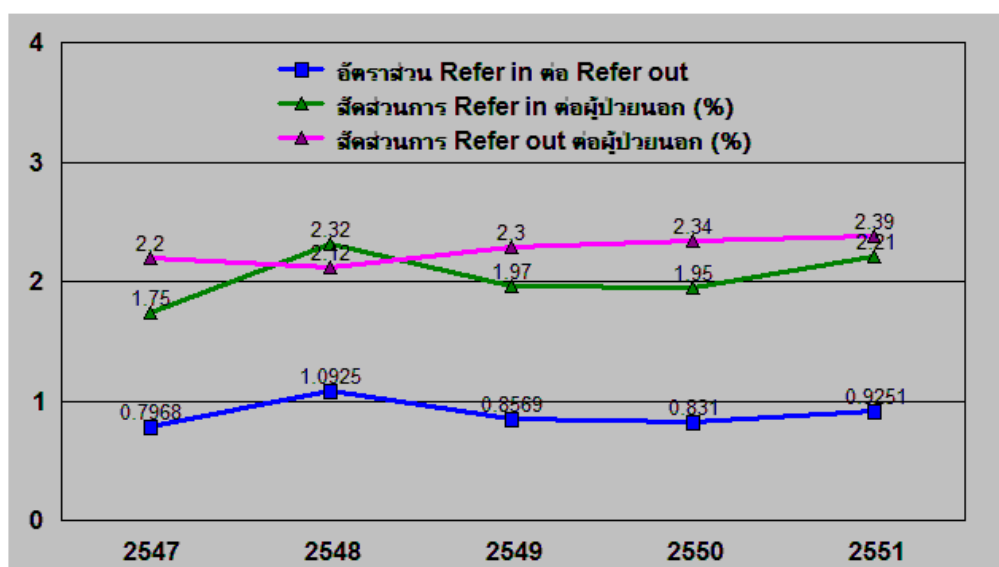


ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

3.5. อัตราการรับและส่งต่อผู้ป่วย

อัตราการรับและส่งต่อผู้ป่วย จะสะท้อนถึงความรุนแรงของผู้ป่วยส่วนหนึ่ง และอาจจะสะท้อนการตัดสินใจของแพทย์ร่วมกับผู้ป่วย ในการส่งตัวไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น ทั้งในระดับที่สูงขึ้นและในระดับต่ำลงมา แนวโน้มอัตราการส่งต่อผู้ป่วยต่อผู้ป่วยนอก มีทิศทางที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 2.4 ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งนับว่าแทบจะไม่เปลี่ยนแปลงเลย เช่นเดียวกับอัตราการรับผู้ป่วยต่อผู้ป่วยนอก และอัตราส่วนผู้ป่วยรับไว้ต่อผู้ป่วยส่งต่อ ซึ่งมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียง 1 โดยมีค่าต่ำกว่า 1 เล็กน้อย (ภาพที่ 27) หมายความว่าอาจจะมีผู้ป่วยส่งต่อบางส่วน ที่ไม่ปรากฏในส่วนของผู้ป่วยที่รับไว้ ซึ่งอาจจะเกิดจากผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นที่ไม่ได้อยู่ในระบบรายงาน เช่น โรงพยาบาลสังกัดรัฐอื่นๆ และโรงพยาบาลเอกชน

ภาพที่ 27 สัดส่วนการรับผู้ป่วยส่งต่อต่อผู้ป่วยนอก และสัดส่วนการส่งต่อผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2547-2551

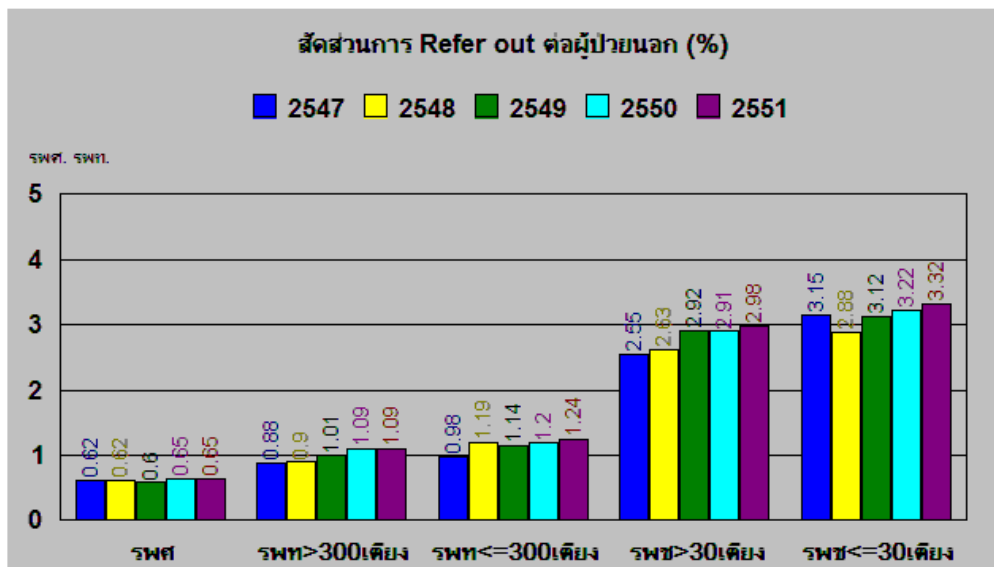


ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

เมื่อจำแนกอัตราการส่งต่อผู้ป่วย ตามขนาดของโรงพยาบาล จะพบว่าอัตราการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลทุกขนาดมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยนอกระหว่างร้อยละ 2.55-3.3 โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปมีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยประมาณร้อยละ 1-1.2 และโรงพยาบาลศูนย์มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยประมาณร้อยละ 0.6 (ภาพที่ 28)

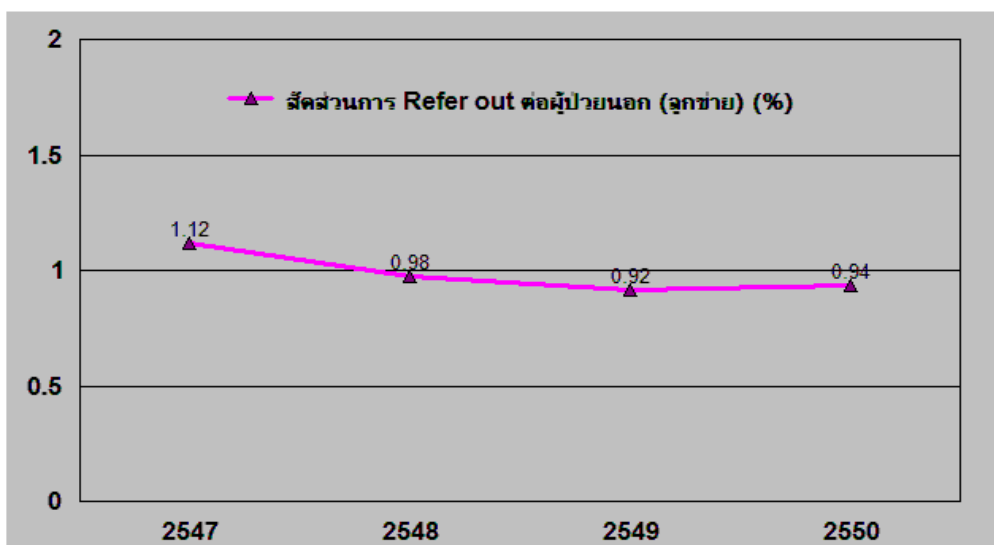
และหากพิจารณาอัตราการส่งต่อผู้ป่วย ในส่วนของลูกข่าย หรือสถานีนามัย จะพบว่าแนวโน้มการส่งต่อผู้ป่วยลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 1.14 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 0.94 ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งก็นับว่าค่อนข้างคงที่ โดยเฉพาะระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 (ภาพที่ 29)

ภาพที่ 28 สัดส่วนการส่งต่อผู้ป่วยนอก จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

ภาพที่ 29 สัดส่วนการส่งต่อผู้ป่วยนอก (ลูกข่าย) ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

4. คุณภาพบริการสาธารณสุข

4.1.ดัชนีชี้วัดสะท้อนคุณภาพบริการสาธารณสุข

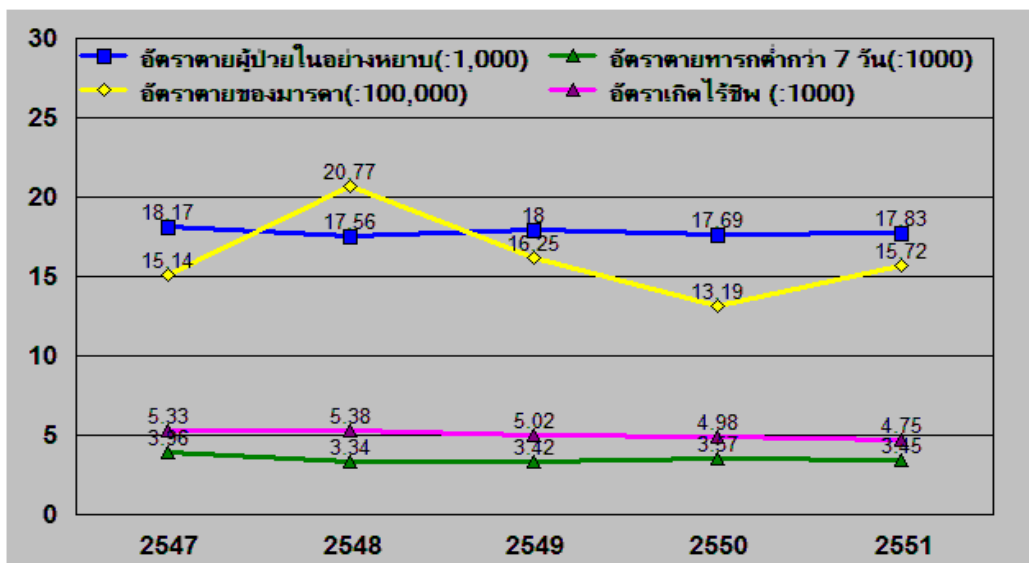
ดัชนีชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพบริการ จากการรักษา สามารถประเมินได้คร่าวจากผลลัพธ์ของผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการตายของผู้ป่วยใน อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่า 7 วัน อัตราการตายของมารดา และอัตราการเกิดไ้ซีฟ ซึ่งอาจจะสะท้อนการดูแลมารดาและทารกในระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด รวมทั้งหลังคลอด โดยมีดัชนีชี้วัดเพื่อสะท้อนคุณภาพบริการ ดังนี้

1. อัตราการตายรวมผู้ป่วยใน
 - สูตรคำนวณ : จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิต $\times 1,000$ / จำนวนผู้ป่วยใน
 - หน่วย : อัตราต่อผู้ป่วยในพันคน
 - ความหมาย : จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตต่อผู้ป่วยใน 1,000 คน ในเวลา 1 ปี
2. อัตราการตายทารกอายุต่ำกว่า 7 วัน
 - สูตรคำนวณ : จำนวนทารกอายุต่ำกว่า 7 วัน $\times 1,000$ / จำนวนทารกแรกเกิดมีชีฟ
 - หน่วย : อัตราต่อเด็กเกิดมีชีฟพันคน
 - ความหมาย : จำนวนทารกเสียชีวิตอายุต่ำกว่า 7 วันต่อทารกแรกเกิดมีชีฟ 1,000 คน ในเวลา 1 ปี
3. อัตราการเกิดไ้ซีฟ
 - สูตรคำนวณ : จำนวนการเกิดไ้ซีฟ $\times 1,000$ / จำนวนทารกแรกเกิดมีชีฟ
 - หน่วย : อัตราต่อเด็กเกิดมีชีฟพันคน
 - ความหมาย : จำนวนการเกิดไ้ซีฟต่อทารกแรกเกิดมีชีฟ 1,000 คน ในเวลา 1 ปี
4. อัตราการตายมารดา
 - สูตรคำนวณ : จำนวนการตายของมารดา $\times 100,000$ / จำนวนทารกแรกเกิดมีชีฟ
 - หน่วย : อัตราต่อเด็กเกิดมีชีฟแสนคน
 - ความหมาย : จำนวนการตายของมารดาต่อทารกแรกเกิดมีชีฟ 100,000 คน ในเวลา 1 ปี

4.2.อัตราตาย

อัตราการตายผู้ป่วยใน มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2551 คือระหว่าง 17.8-18.2 ต่อพัน เช่นเดียวกันกับอัตราการเกิดไ้ซีฟ และอัตราการตายทารกอายุต่ำกว่า 7 วัน ซึ่งมีอัตราประมาณ 4.7-5.3 ต่อพันเด็กเกิดมีชีฟ และประมาณ 3.3-3.9 ต่อพันเด็กเกิดมีชีฟ ตามลำดับ แต่หากเปรียบเทียบอัตราการตายระหว่างปี พ.ศ. 2547 กับ พ.ศ. 2551 ก็ยังถือว่ามีแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อย ในขณะที่อัตราการตายของมารดา มีแนวโน้มขึ้นๆลงๆ โดยมีอัตราตายระหว่าง 13-20 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีฟ (ภาพที่ 30)

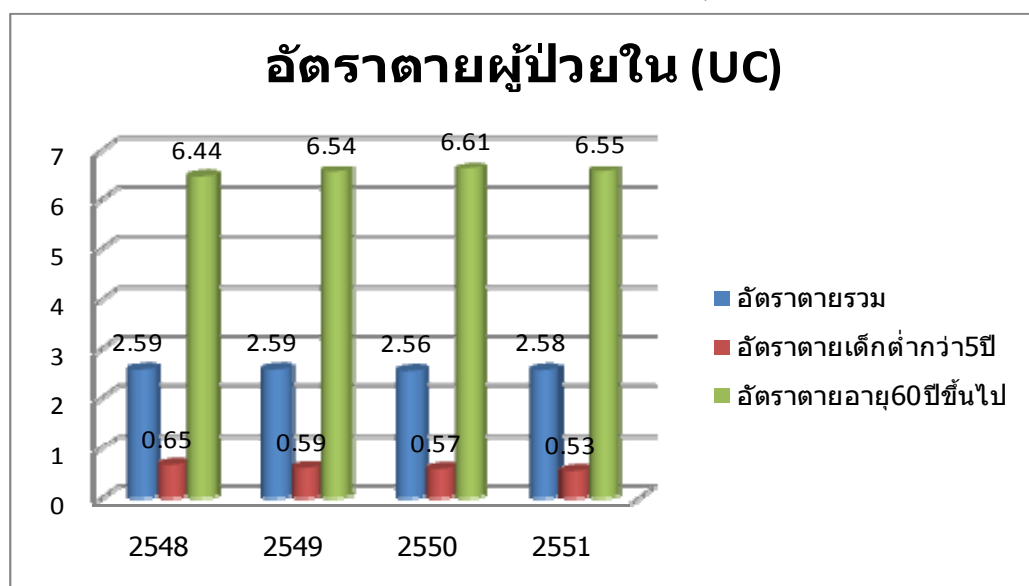
ภาพที่ 30 อัตราตายผู้ป่วยใน อัตราตายมารดา อัตราตายทารก และอัตราเกิดไร้ชีพ ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: รายงาน 0110 รจ. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

หากพิจารณาอัตราการตายผู้ป่วยใน จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2551 จะพบว่าอัตราการตายรวมผู้ป่วยในมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ระหว่างร้อยละ 2.56-2.59 หรือ 25 ต่อพัน ซึ่งก็สูงกว่าค่าเฉลี่ยรวมทุกสิทธิที่อยู่ประมาณ 18 ต่อพัน แต่แนวโน้มของอัตราตายผู้ป่วยในที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 0.65 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 0.53 ในปี พ.ศ. 2551 ในขณะที่อัตราตายผู้ป่วยในที่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ค่อนข้างคงที่อยู่ประมาณร้อยละ 6.4-6.5 (ภาพที่ 31)

ภาพที่ 31 อัตราตายรวม อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี และอัตราตายอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2547-2551



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

5. ข้อมูลการบริการเฉพาะโรค

5.1. กลุ่มโรคและดัชนีชี้วัดสะท้อนบริการเฉพาะโรค

กลุ่มโรคที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อแสดงแนวโน้มของการให้บริการ ประกอบด้วยโรคที่มีความสำคัญ ได้แก่

1. โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 2. โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง และการบาดเจ็บทางสมอง
 3. โรคเฉียบพลันและหัตถการ ได้แก่ ปอดอักเสบ ไข้ดั่งอักเสบ และการผ่าตัดคลอด
- ดัชนีชี้วัดที่ใช้ในการประเมินแนวโน้มของการให้บริการเฉพาะประกอบด้วย

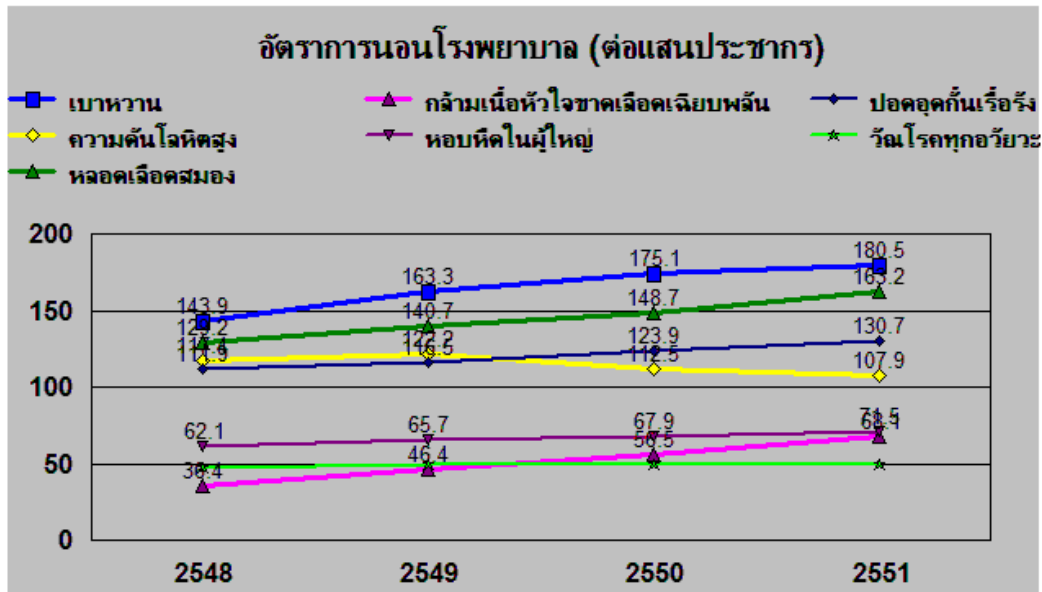
1. อัตราการนอนโรงพยาบาลต่อประชากรแสนคน
2. อัตราการตายผู้ป่วยใน (ร้อยละ)
3. วันนอนเฉลี่ย
4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
5. อัตราการผ่าตัดและทำหัตถการ

5.2. โรคเรื้อรัง

แนวโน้มของอัตราการนอนโรงพยาบาลต่อประชากรแสนคน สะท้อนถึงการป่วยของประชาชน หากมีการป่วยเพิ่มขึ้น หรือโรคมีความรุนแรงขึ้น ก็จะทำให้มีการนอนโรงพยาบาลของประชาชนมากขึ้น โดยแนวโน้มการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนใน โรคเบาหวาน (จาก 143 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 180 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2551) โรคหลอดเลือดสมอง (จาก 129 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 163 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2551) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (จาก 112 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 130 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2551) โรคหัวใจขาดเลือด (จาก 36 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 68 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2551) (ภาพที่ 32)

สำหรับโรคหอบหืดและวัณโรค มีอัตราการนอนโรงพยาบาลต่อประชากรแสนคน ที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มที่ลดลง (ภาพที่ 32) แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของอัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคเรื้อรัง สะท้อนถึงการป่วยที่มากขึ้น ยกเว้นความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มลดลง อาจเกิดจากความรุนแรงของโรคที่ลดลง หรือสามารถควบคุมโรคได้ดี ทำให้ไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

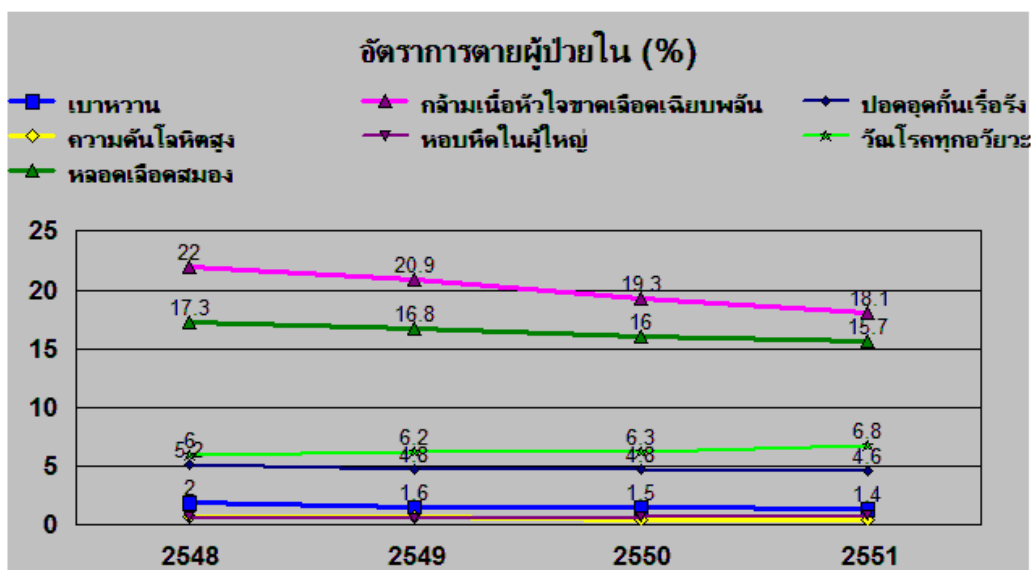
ภาพที่ 32 อัตราการนอนโรงพยาบาล โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด และวัณโรค ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ลดลง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน แสดงถึงการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น ช่วยลดโอกาสเสียชีวิตลงได้ แต่ก็มีบางโรคที่อัตราการตายยังไม่ลดลง เช่น วัณโรค (ภาพที่ 33)

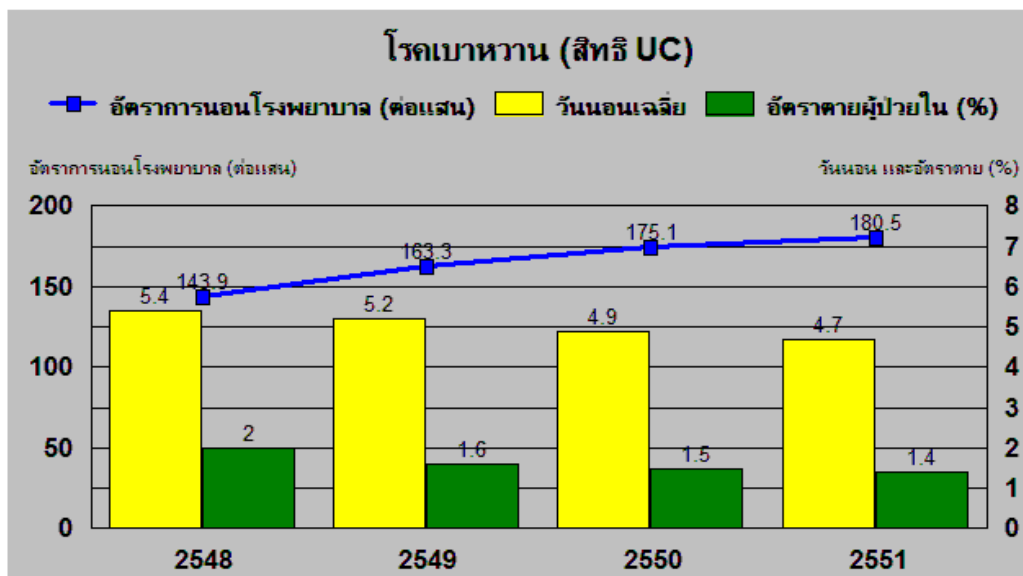
ภาพที่ 33 อัตราตายผู้ป่วยใน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด และวัณโรค ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลง และอัตราตายลดลง (ภาพที่ 34) แสดงถึงการป่วยหรือการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น คุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น หรืออาจจะเกิดจากความรุนแรงของโรคที่ลดลง ซึ่งก็น่าจะสะท้อนการควบคุมโรคที่ดีขึ้น

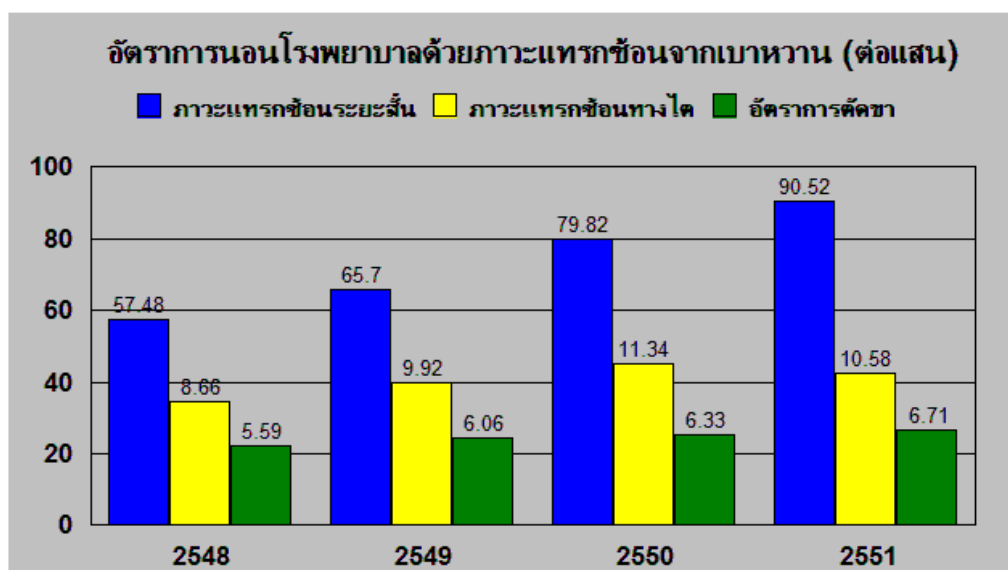
ภาพที่ 34 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยใน เบาหวาน ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

แต่อย่างไรก็ดี กลับพบว่ามีความะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาลมากขึ้นด้วย (ภาพที่ 35) แสดงว่าถึงแม้ว่าการตายจะลดลง แต่ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นและระยะยาว กลับเป็นปัญหาเพิ่มขึ้น

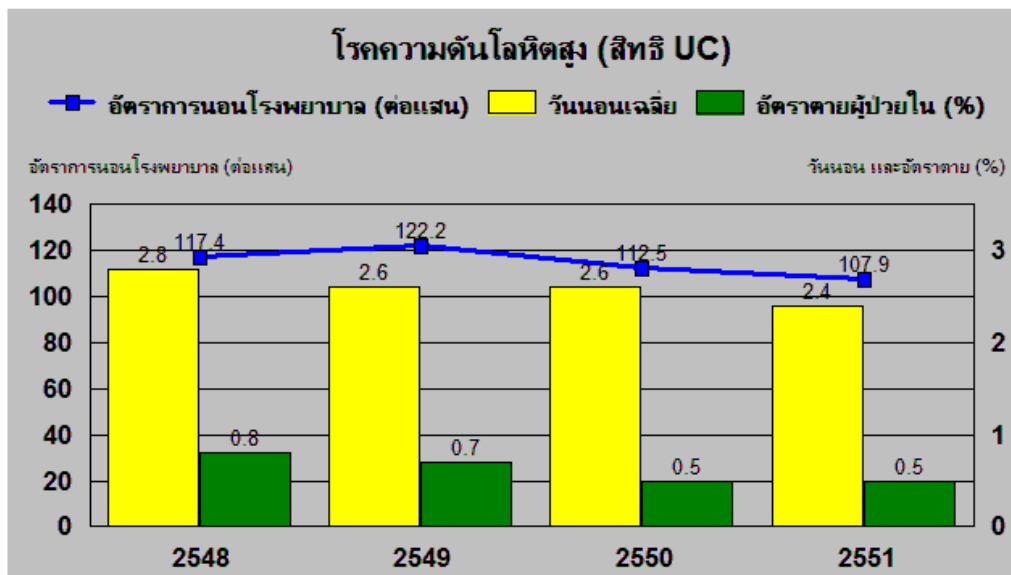
ภาพที่ 35 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

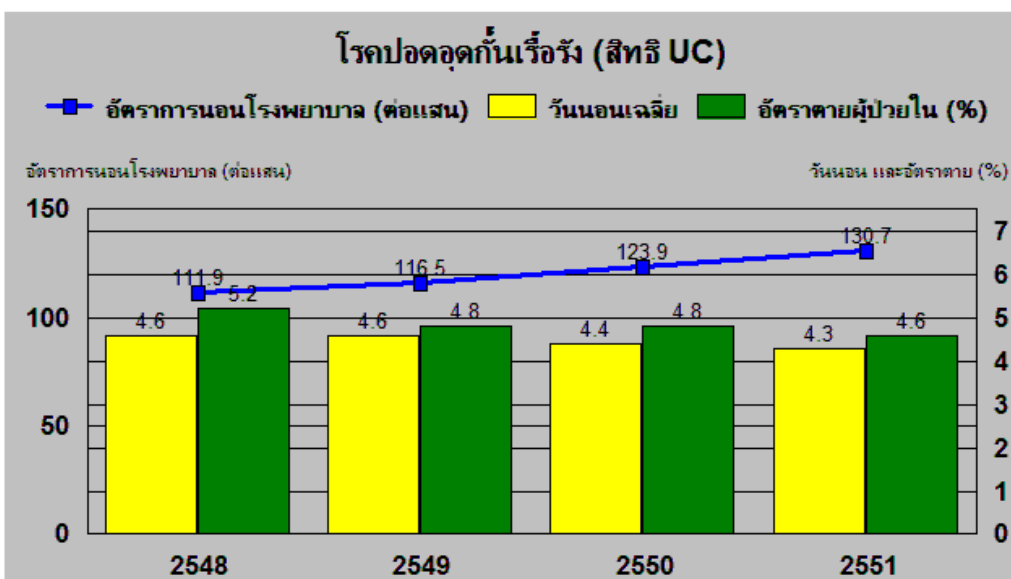
อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคความดันโลหิตสูงลดลง ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลง และอัตราการตายลดลง (ภาพที่ 36) แสดงถึงความรุนแรงของโรคที่ลดลง ทำให้วันนอนโรงพยาบาลน้อยลง และคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น ทำให้วันนอนสั้นลงและการตายลดลง

ภาพที่ 36 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยใน โรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

ภาพที่ 37 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยใน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2548-2551



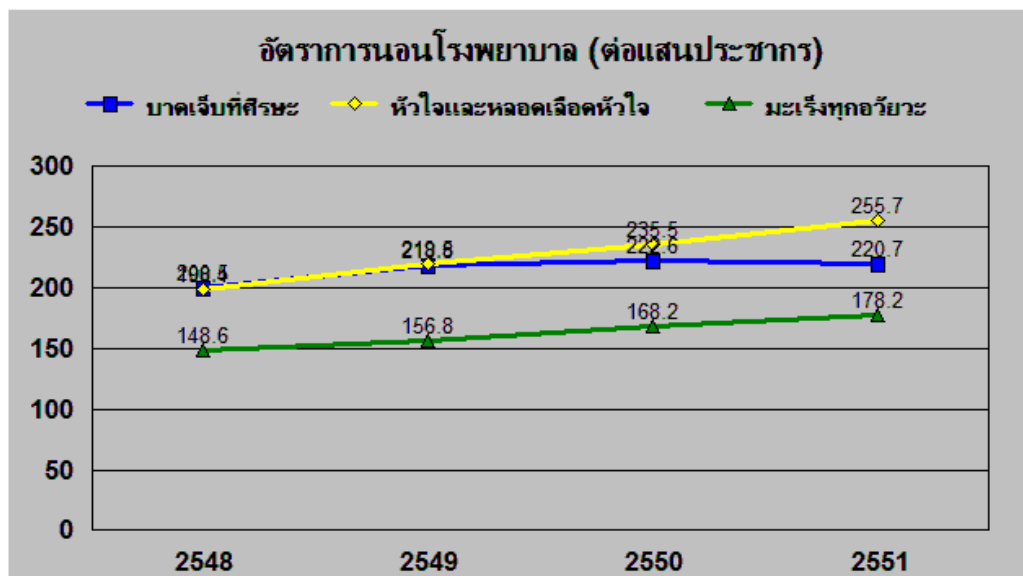
ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น แสดงถึงการป่วยที่เพิ่มขึ้น หรือการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น หรือโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย และอัตราตายลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 37) แสดงถึงคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้นบ้าง ซึ่งทำให้วันนอนสั้นลงและการตายลดลงเล็กน้อย แต่เมื่อเทียบกับโรคเบาหวาน กับความดันโลหิตสูงแล้ว จะพบว่า การลดลงของวันนอน และอัตราตาย ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง น้อยกว่าโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

5.3.โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

แนวโน้มการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนใน โรคหัวใจและหลอดเลือด (จาก 200 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 255 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2551) โรคมะเร็ง (จาก 148 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 178 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2551) และการบาดเจ็บที่ศีรษะ (จาก 200 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 220 ต่อแสน ในปี พ.ศ. 2551) แต่อย่างไรก็ตามแนวโน้มการนอนโรงพยาบาลของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ค่อนข้างคงที่ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2549 – พ.ศ.2551 (ภาพที่ 38)

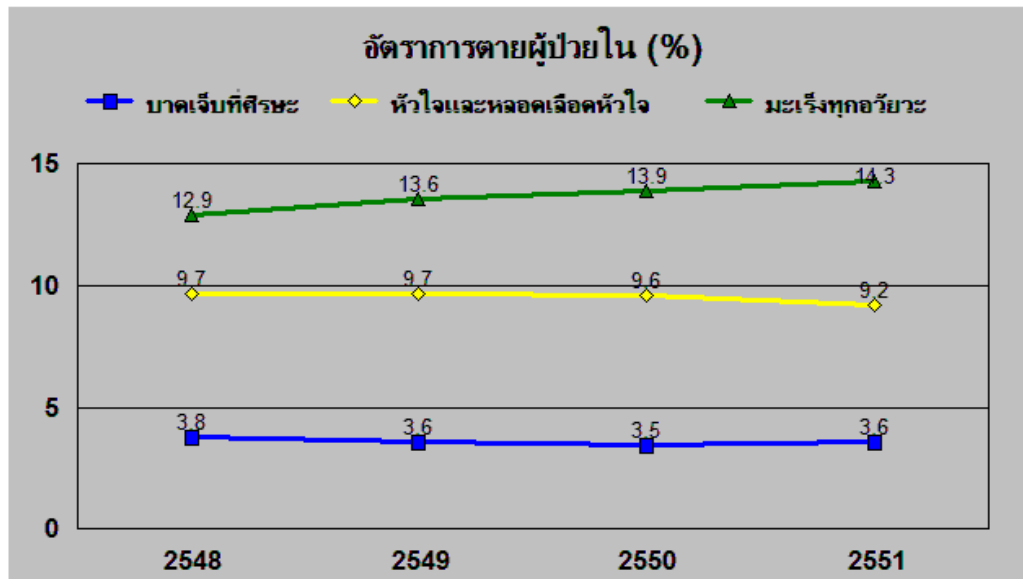
ภาพที่ 38 อัตราการนอนโรงพยาบาล การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราตายของผู้ป่วยในโรคมะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 12.9 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ. 2551 ในขณะที่อัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด และการบาดเจ็บที่ศีรษะ ลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มากนัก (ภาพที่ 39) สะท้อนถึงความรุนแรงของโรคในกรณีของโรคมะเร็ง และประเด็นการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพการรักษา ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องการการพัฒนาให้ดีขึ้น

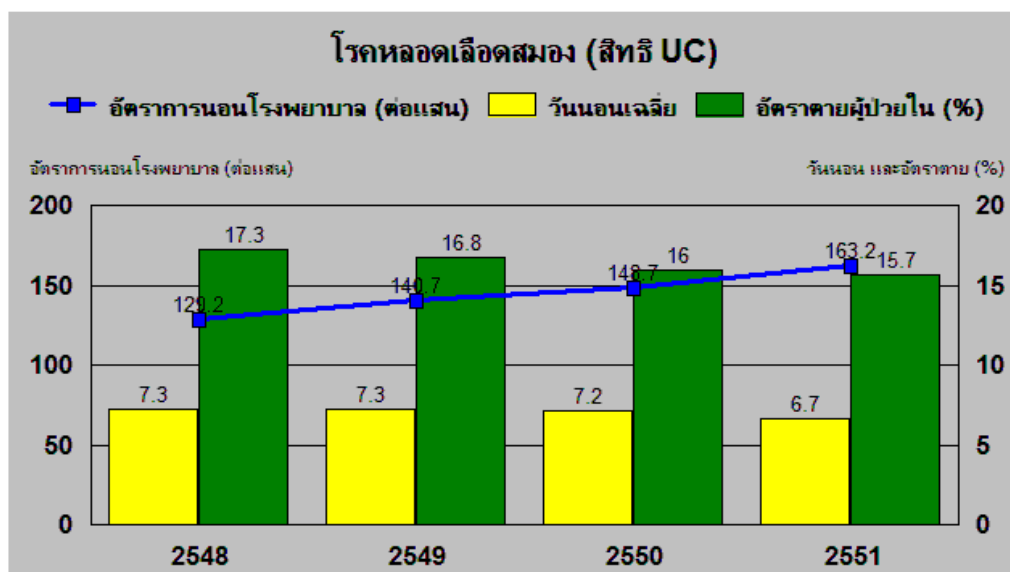
ภาพที่ 39 อัตราตายผู้ป่วยใน การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย และอัตราตายลดลง (ภาพที่ 40) แสดงถึงการป่วยหรือการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น และการเข้าถึงการรักษา และคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งทำให้อัตราตายลดลง

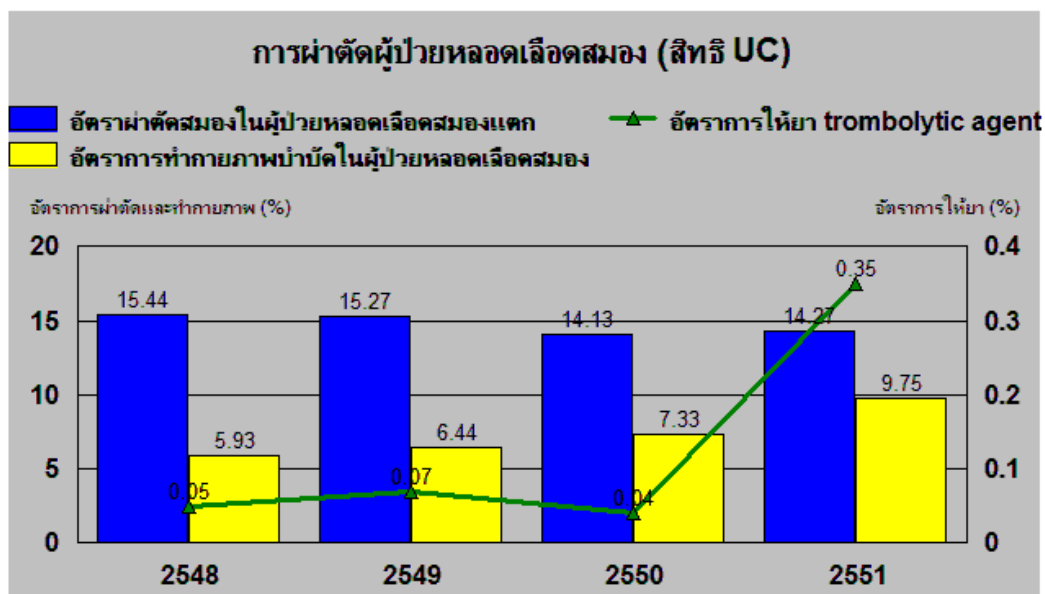
ภาพที่ 40 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อย่างไรก็ดี อัตราการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก กลับมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ที่สำคัญคืออัตราการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2551 โดยอยู่ที่ร้อยละ 0.35 แต่ก็ยังนับว่าต่ำมาก (ภาพที่ 41) ดังนั้นการตายที่ลดลงของผู้ป่วยอาจจะเกิดจากความรุนแรงที่ลดลงและคุณภาพการรักษาโดยรวมที่ดีขึ้น ในขณะที่อัตราการทำการกายภาพบำบัดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น

ภาพที่ 41 อัตราการผ่าตัดสมอง การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการทำการกายภาพบำบัดในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2548-2551

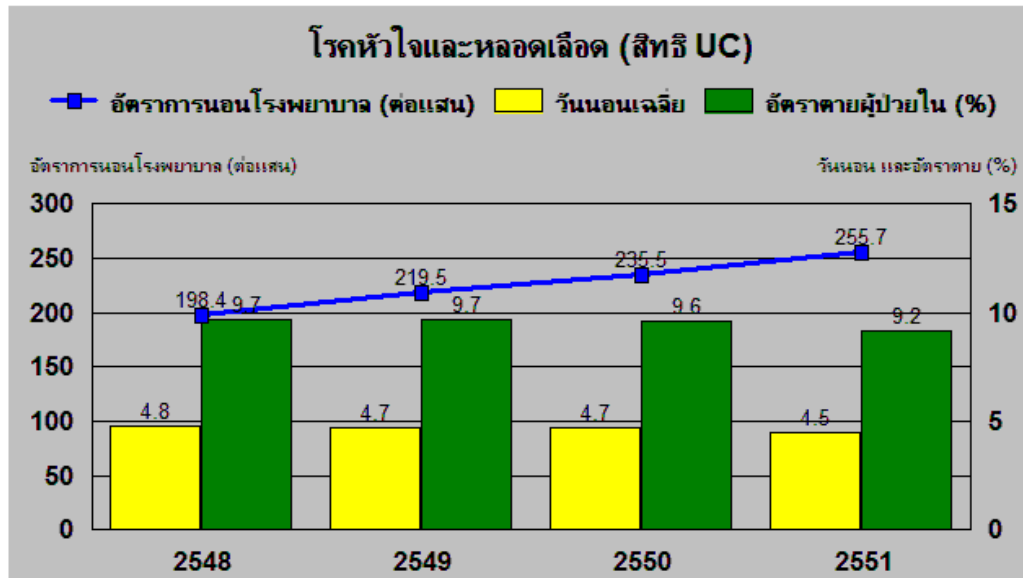


ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย และอัตราตายลดลง (ภาพที่ 42) แสดงถึงการป่วยหรือการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น และการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งทำให้อัตราตายลดลง แต่ยังลดลงไม่มากนัก โดยลดจากร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ. 2551

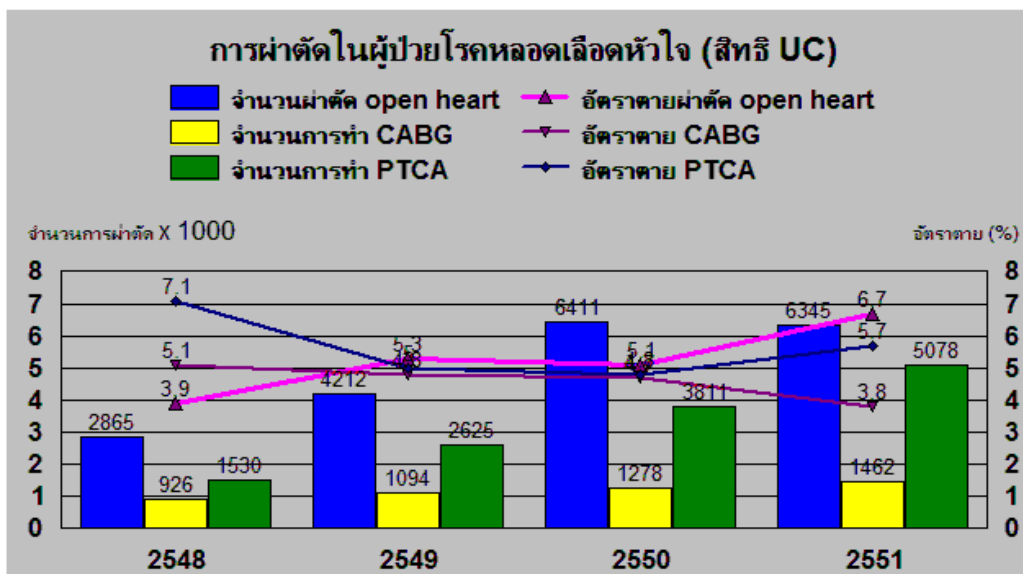
อัตราการผ่าตัดหัวใจ ทั้ง 3 ประเภท ได้แก่ การผ่าตัด open heart การผ่าตัด CABG และการผ่าตัด PTCA มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่ผลของการรักษาในด้านอัตราตายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด ยังไม่ลดลงมากนัก (ภาพที่ 43) ซึ่งความเสี่ยงของการผ่าตัด รวมทั้งความรุนแรงของโรค ทำให้ผลในด้านอัตราตายหลังผ่าตัด ยังคงที่อยู่ในระดับหนึ่ง

ภาพที่ 42 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยใน โรคหัวใจและหลอดเลือด ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

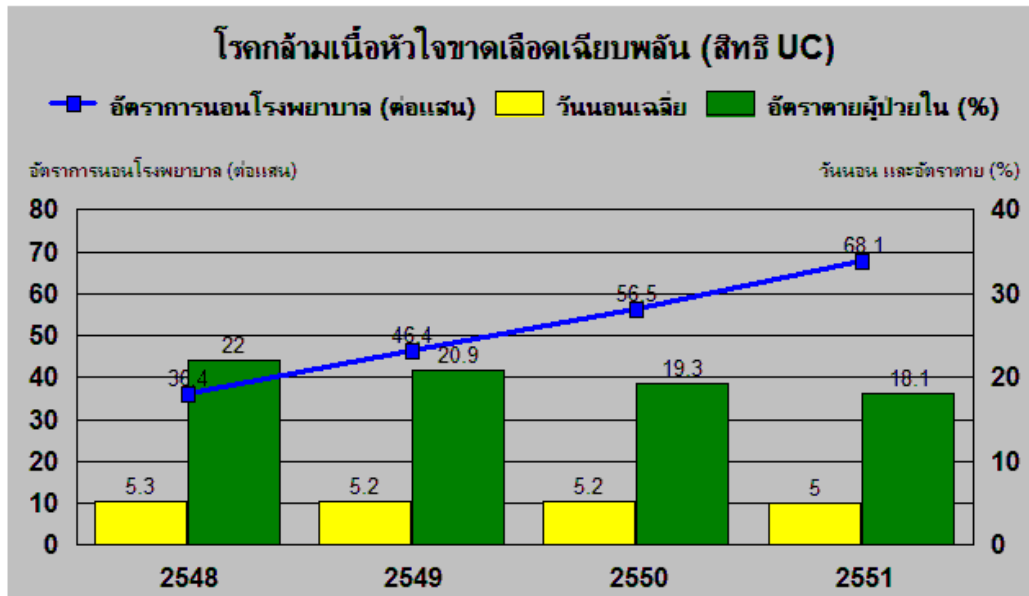
ภาพที่ 43 อัตราการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้น ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย และอัตราตายลดลง (ภาพที่ 44) แสดงถึงการป่วยหรือการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น และการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งทำให้อัตราตายลดลง โดยลดจากร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2551

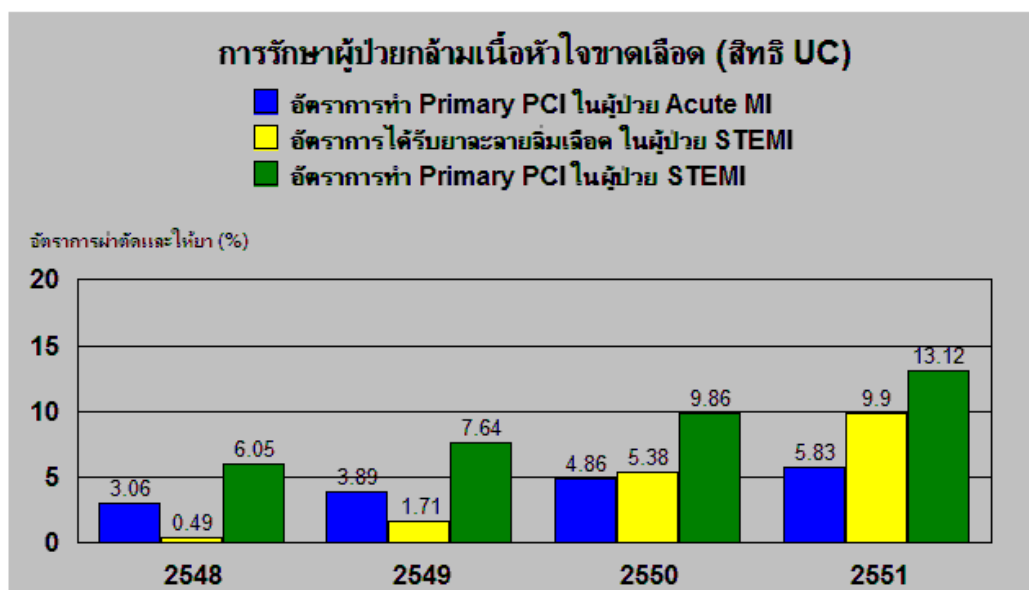
ภาพที่ 44 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยใน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการทำ Primary PCI ในกรณี Acute MI และ STEMI และการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในกรณี STEMI มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 45) แสดงถึงการเข้าถึงการรักษาที่ดีขึ้น โอกาสในการรักษามากขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นเหตุผลของการมีอัตราการตายที่ลดลง

ภาพที่ 45 อัตราการรักษาในผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปี พ.ศ. 2548-2551

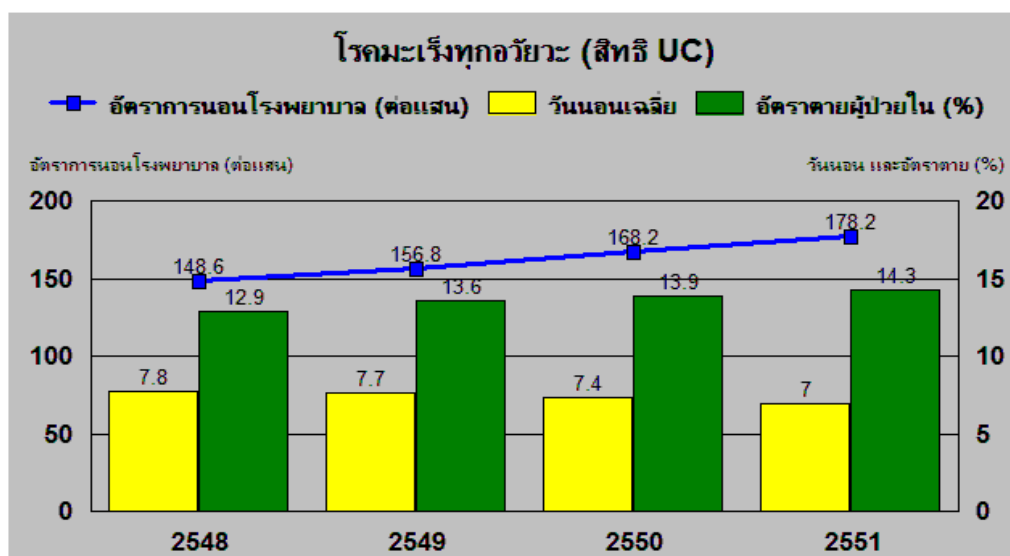


ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลง แต่อัตราตายเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 46) แสดงถึงการป่วยหรือการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น แต่อาจจะเป็นเพราะความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นทำให้อัตราตายเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 12.9 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ. 2551

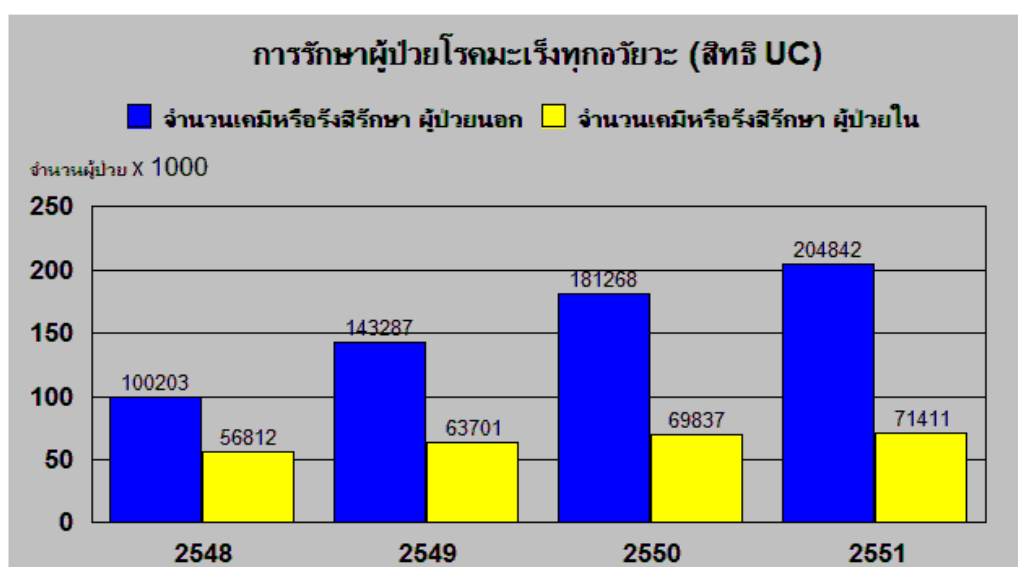
หากพิจารณาจำนวนการให้เคมีบำบัดและรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่ามีจำนวนการให้บริการที่เพิ่มขึ้นทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (ภาพที่ 47) แสดงว่าการเข้าถึงการรักษาดีขึ้น ถึงแม้ว่าอัตราตายจะเพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะสะท้อนความรุนแรงของโรค หรืออาจจะเกี่ยวกับการตัดสินใจเรื่องสถานที่เสียชีวิต

ภาพที่ 46 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยใน โรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

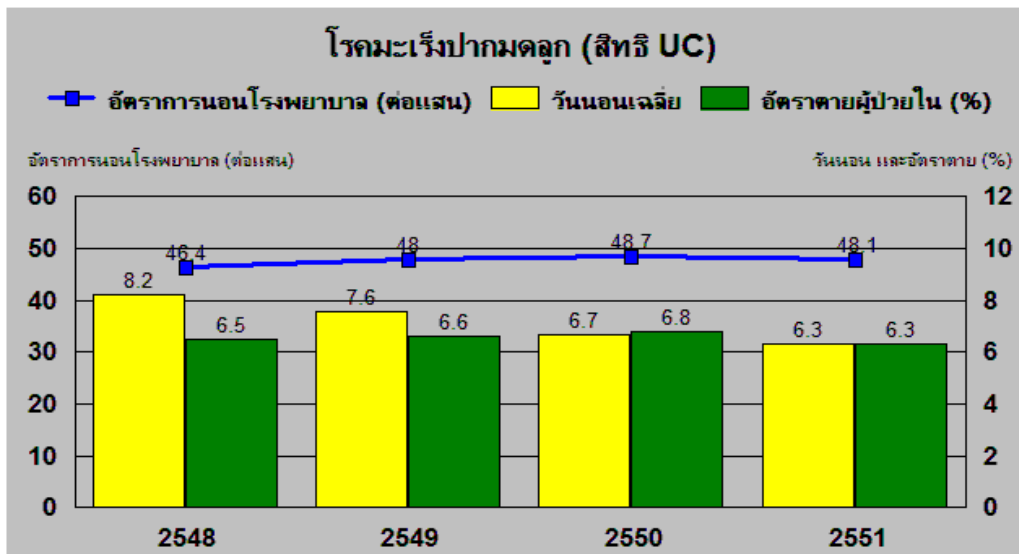
ภาพที่ 47 จำนวนการให้เคมีบำบัดหรือรังสีรักษาในผู้ป่วย โรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

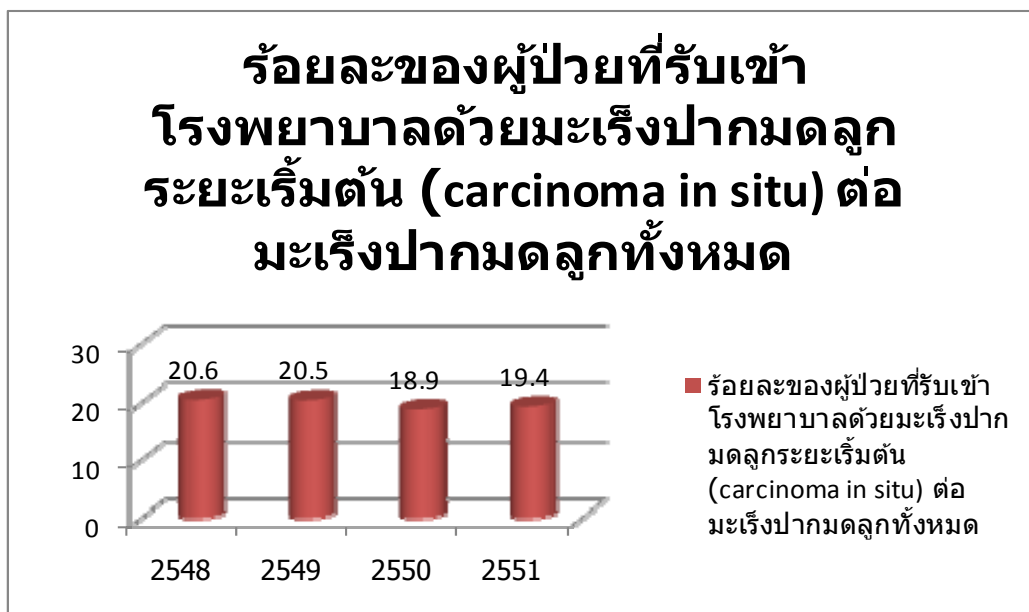
อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างคงที่ ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลง และอัตราตายค่อนข้างคงที่ (ภาพที่ 48) แสดงถึงการป่วยที่ไม่เพิ่มขึ้น รวมทั้งความรุนแรงและผลการรักษาที่ยังไม่ส่งผลต่ออัตราตาย หากดูจากสัดส่วนโรคมะเร็งระยะเริ่มต้น จะพบว่าแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 49) แสดงว่าผลของการคัดกรองโรค ยังไม่มากพอที่จะส่งผลให้สัดส่วนโรครยะเริ่มต้นเพิ่มขึ้น

ภาพที่ 48 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยใน โรคมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

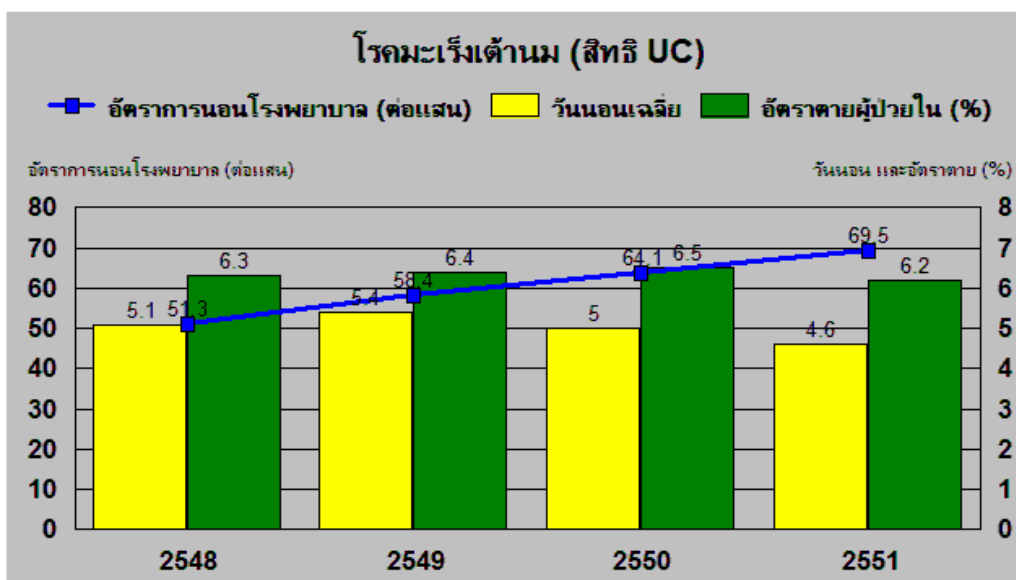
ภาพที่ 49 สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้นต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย และอัตราการตายค่อนข้างคงที่ (ภาพที่ 50) แสดงถึงการป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่ความรุนแรงของโรคและผลการรักษายังไม่เปลี่ยนแปลง

ภาพที่ 50 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราการตายผู้ป่วยใน โรคมะเร็งเต้านม ปี พ.ศ. 2548-2551

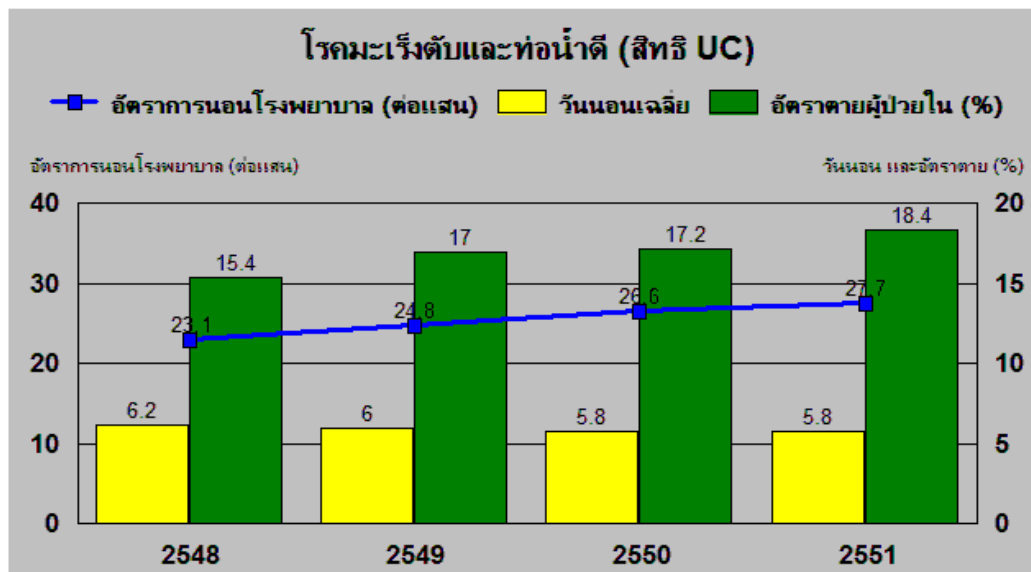


ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเพิ่มขึ้น ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย และอัตราการตายเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 51) แสดงถึงการป่วยที่เพิ่มขึ้น และความรุนแรงของโรคก็ยังคงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผลการรักษายังไม่เปลี่ยนแปลง หรือส่งผลต่อการลดการตายจากโรค

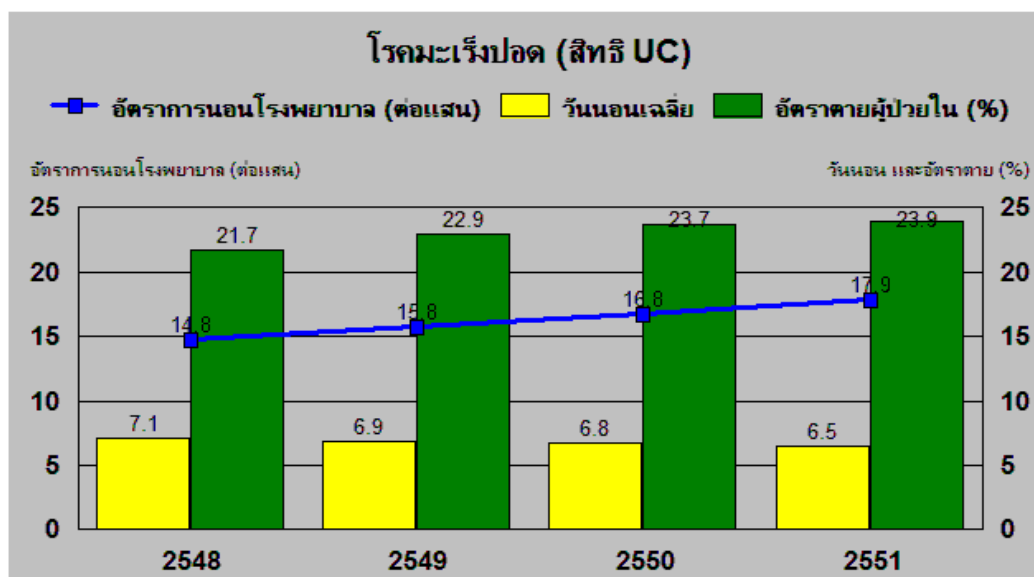
อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย และอัตราการตายเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 52) แสดงถึงการป่วยที่เพิ่มขึ้น และความรุนแรงของโรคก็ยังคงเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผลการรักษายังไม่เปลี่ยนแปลง หรือส่งผลต่อการลดการตายจากโรค

ภาพที่ 51 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยใน โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

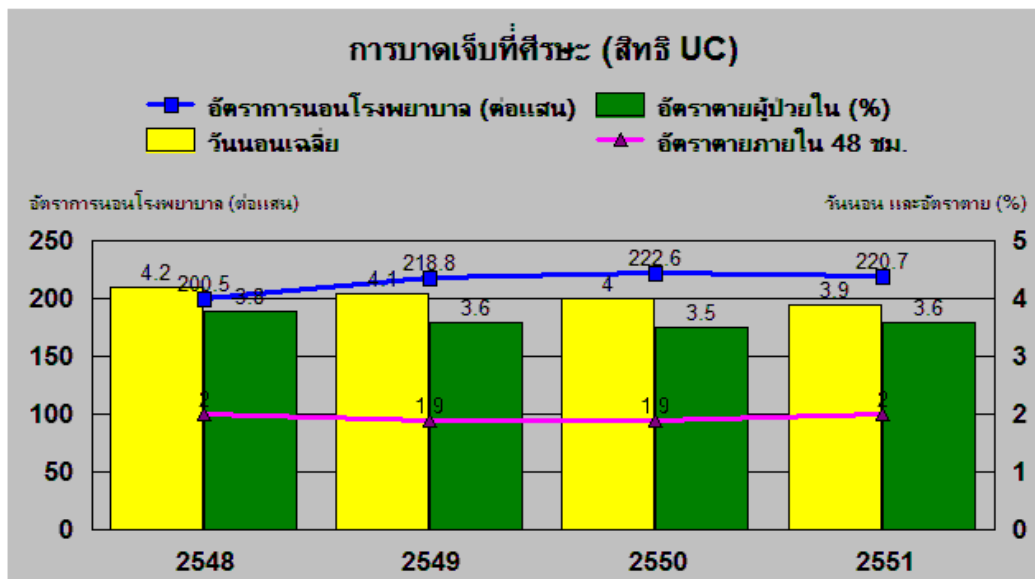
ภาพที่ 52 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยใน โรคมะเร็งปอด ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการนอนโรงพยาบาลของการบาดเจ็บที่ศีรษะเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2548-2551 แต่แนวโน้มในช่วงปี พ.ศ. 2549-2551 มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยและอัตราตายมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่อัตราตายใน 48 ชั่วโมงแรกยังคงค่อนข้างคงที่ โดยอยู่ประมาณร้อยละ 2 (ภาพที่ 53) แสดงถึงความรุนแรงของและผลการรักษาที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก

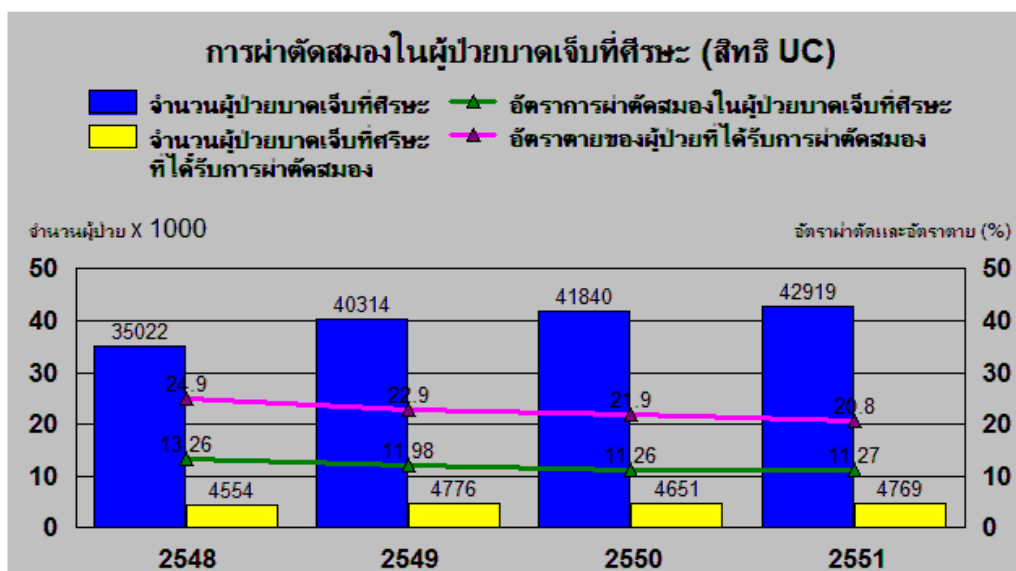
ภาพที่ 53 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย อัตราตายผู้ป่วยในและอัตราตายภายใน 48 ชม. การบาดเจ็บที่ศีรษะ ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

จำนวนการผ่าตัดสมองเพิ่มขึ้นไม่มากนัก และหากคำนวณเป็นอัตราการผ่าตัดจะพบว่าลดลงเล็กน้อย โดยอัตราตายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้รับการผ่าตัดสมอง มีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 54) แสดงว่าผลของการผ่าตัดสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะดีขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพการรักษาที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ภาพที่ 54 อัตราการผ่าตัดสมองและอัตราตายในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ปี พ.ศ. 2548-2551

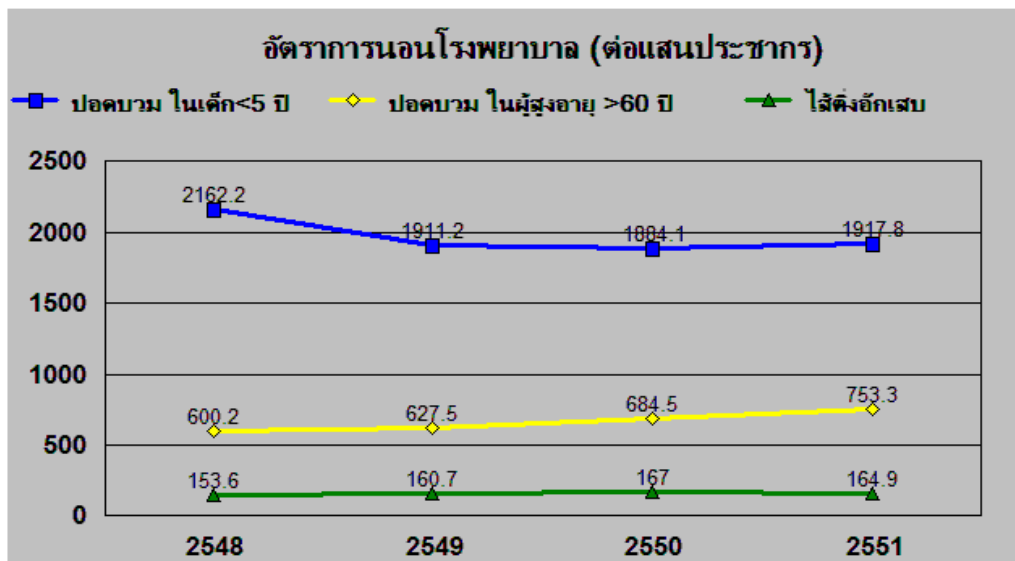


ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

5.4.โรคเฉียบพลัน

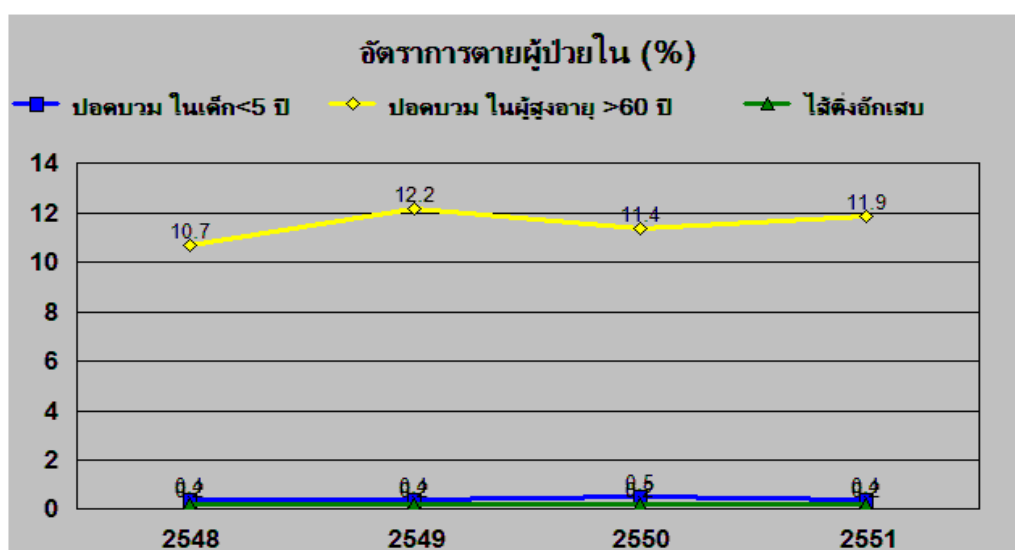
อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแนวโน้มลดลง แต่ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 55) ในขณะที่อัตราตายของโรคปอดบวมในผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 56) แสดงถึงการป่วยและความรุนแรงของโรคปอดบวมในผู้สูงอายุ ที่ยังคงน่าเป็นห่วงอยู่

ภาพที่ 55 อัตราการนอนโรงพยาบาล โรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปอดบวมในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และไข้หวัดอักเสบ ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

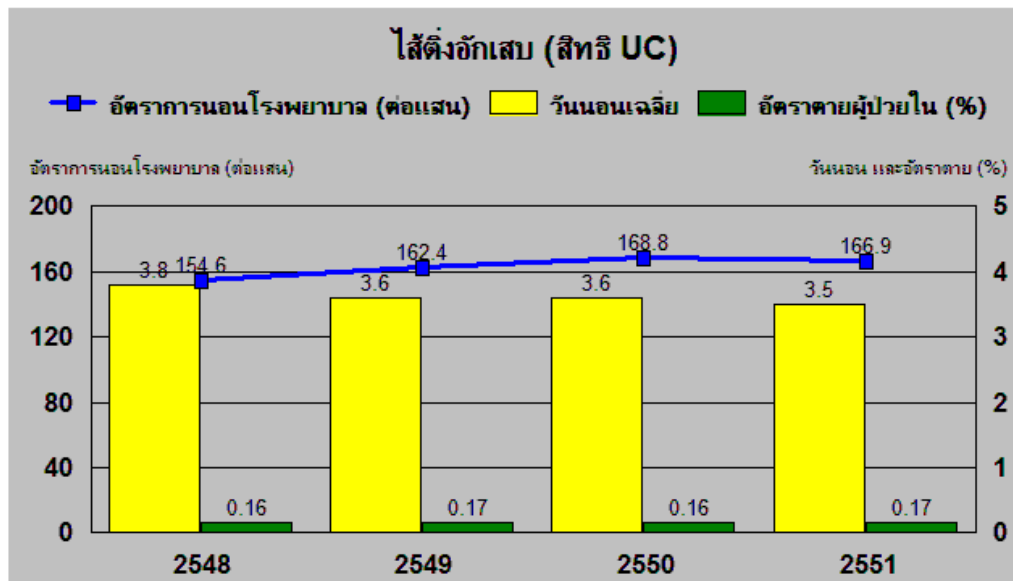
ภาพที่ 56 อัตราตายผู้ป่วยใน โรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปอดบวมในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และไข้หวัดอักเสบ ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

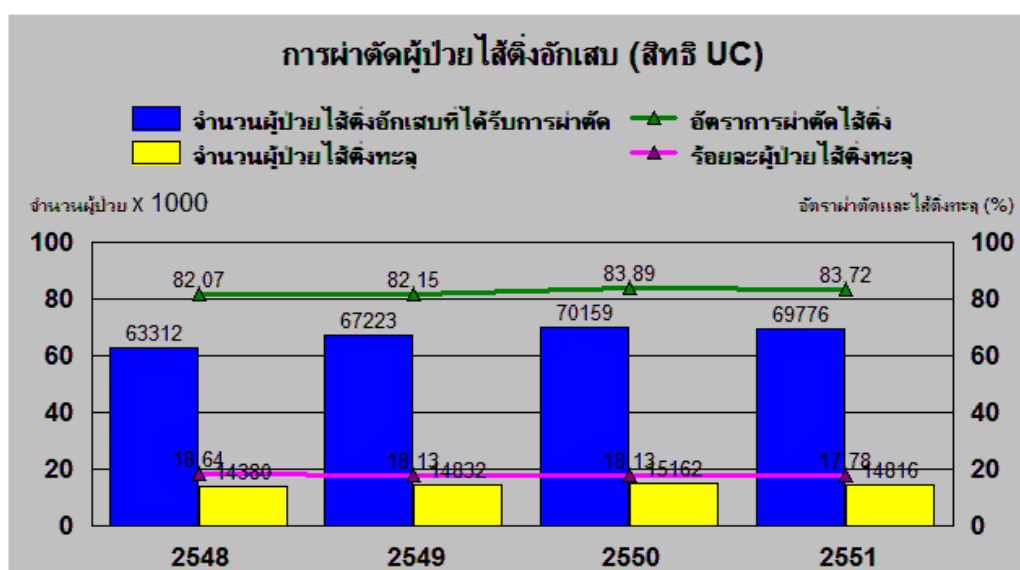
อัตราการนอนโรงพยาบาลของไส้ติ่งอักเสบเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่หากเทียบกับ ปี พ.ศ. 2551 กับปี พ.ศ. 2550 พบว่าลดลงเล็กน้อย ในขณะที่วันนอนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย แต่อัตราตายคงที่ (ภาพที่ 57) แสดงถึงการป่วยและความรุนแรงที่ยังค่อนข้างคงที่ หากพิจารณาอัตราการผ่าตัดไส้ติ่ง พบว่าค่อนข้างคงที่ประมาณร้อยละ 82-83 ของผู้ป่วยทั้งหมด และอัตราการเกิดไส้ติ่งทะลุลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 18.6 ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 17.8 ในปี พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 58) ซึ่งยังลดลงไม่มากนัก

ภาพที่ 57 อัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย และอัตราตายผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

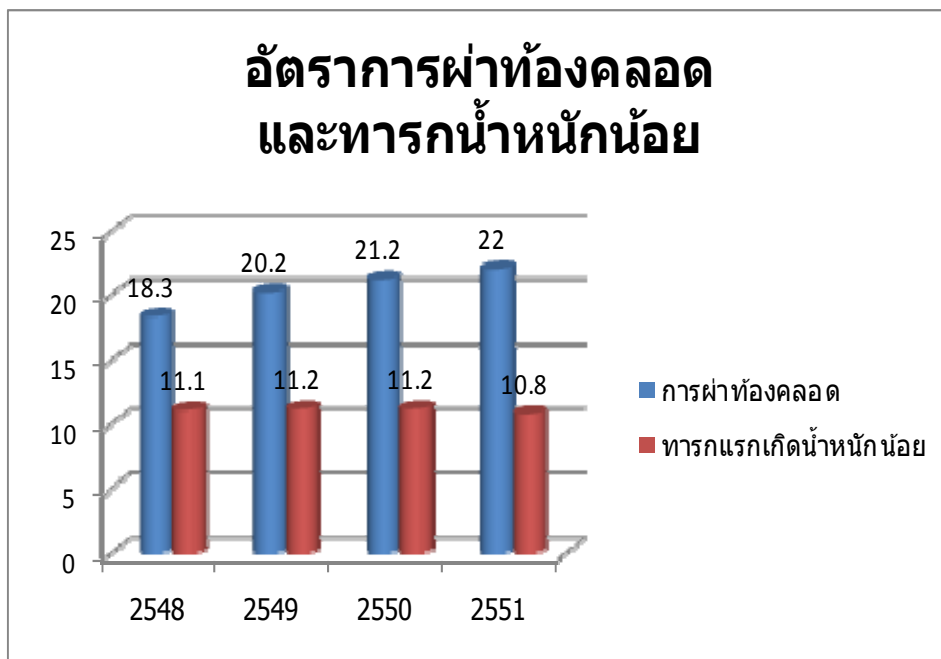
ภาพที่ 58 อัตราการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ และสัดส่วนของผู้ป่วยไส้ติ่งทะลุ ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

อัตราการฆ่าทิ้งคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18 ของการคลอดทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2551 โดยทารกน้ำหนักน้อยมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ประมาณร้อยละ 11 ของการทารกแรกคลอดทั้งหมด (ภาพที่ 59)

ภาพที่ 59 อัตราการฆ่าทิ้งคลอดและทารกน้ำหนักน้อย ปี พ.ศ. 2548-2551



ที่มา:ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

6. บทสรุป

จากข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากข้อมูลการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข สามารถนำมาสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ที่มีความสำคัญ รวมทั้งประเด็นคำถามที่สามารถนำมาตั้งโจทย์ในการวิจัยหรือการพัฒนากระบวนการสาธารณสุข ได้ดังนี้

6.1.สรุปสถานการณ์และแนวโน้มบริการสาธารณสุข

ประเด็นสำคัญบางประการที่จะสามารถสรุปได้จากข้อมูลการใช้บริการ และการให้บริการ พอจะสรุปประเด็นสำคัญ ได้ดังนี้

1) ลักษณะการให้บริการสาธารณสุข

- O อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกในภาพรวมมีอัตราที่ลดลงในปี พ.ศ. 2549 แล้วหลังจากนั้น มีอัตราที่เพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551 ทำให้อัตราการให้บริการของปี พ.ศ. 2551 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2547 ไม่มากนัก และสำหรับสถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขนาดเล็กเพิ่มขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีอัตราที่ลดลง เมื่อเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2547 กับ 2551 สำหรับการลดลงของอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกสถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยที่มีอัตราส่วนผู้ป่วยนอกเครือข่ายเพิ่มขึ้น จึงแสดงว่าการให้บริการในเครือข่ายลดลง ซึ่งอาจจะหมายถึงการเลือกใช้บริการในสถานพยาบาลอื่นที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในเขต สำหรับพื้นที่เขตเมืองของโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- O อัตราการส่วนผู้ป่วยนอกเครือข่ายต่อในเครือข่าย สถิติหลักประกันสุขภาพ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทั้งในกรณีแม่ข่าย (โรงพยาบาล) และลูกข่าย (สถานบริการปฐมภูมิ) และเพิ่มขึ้นในทุกขนาดโรงพยาบาล โดยอัตราส่วนดังกล่าวสูงขึ้นตามขนาดของโรงพยาบาล แสดงถึงโอกาสหรือความนิยมในการใช้บริการข้ามเครือข่าย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายเหตุผล อาทิ เช่น การส่งต่อที่เพิ่มขึ้น การข้ามเขตพื้นที่หรือข้ามขั้นตอนจากความพึงพอใจในการเลือกของประชาชน ซึ่งเมื่อดูแนวโน้มการส่งต่อผู้ป่วยแล้วจะพบว่าแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นไม่มากนัก รวมทั้งสัดส่วนการส่งต่อผู้ป่วยก็ต่ำกว่าสัดส่วนผู้ป่วยนอกเครือข่าย ดังนั้นการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยนอกเครือข่าย จึงน่าจะเกิดจากการข้ามเขตหรือการข้ามขั้นตอนมากกว่าจากการส่งต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ดี ผลของการข้ามเขตหรือข้ามขั้นตอน ก็ไม่ได้ทำให้อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพิ่มขึ้น
- O อัตราการให้บริการผู้ป่วยในในภาพรวมลดลง โดยเห็นอัตราการลดลงที่ชัดเจนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก และสำหรับสถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็มีแนวโน้มที่ลดลงเช่นกัน เมื่อเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2547 กับ 2551 แต่เมื่อเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551 กลับพบว่าแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ทั้งนี้เนื่องจากการลดลงนั้นเกิดขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2548-2549 แล้วหลังจากนั้น ค่อนข้างคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย การที่ผู้ป่วยในไม่เพิ่มขึ้นชัดเจนนัก น่าจะสะท้อนถึงภาระการให้บริการผู้ป่วยในที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก อันอาจจะเกิดจากความรุนแรงของโรค หรือรูปแบบการตัดสินใจของแพทย์ในการรับผู้ป่วยในที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก

- O อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลขนาดเล็ก อาทิเช่น โรงพยาบาลชุมชน ไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยรวมทุกสิทธิ กับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาทิเช่น โรงพยาบาลศูนย์ มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกรวมทุกสิทธิ ซึ่งสูงกว่าอัตราการใช้บริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงว่าการใช้บริการของสิทธิอื่น สูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วน of โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เมื่อเทียบกับประชากรในเขตของตนเอง ถึงแม้ว่าอัตราส่วนผู้ป่วยนอกเครือข่ายสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะสูง ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (ตารางที่ 2) แสดงว่าผู้ป่วยสิทธิอื่น น่าจะมาจากพื้นที่นอกเขตในสัดส่วนที่สูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีความเป็นไปได้สูง เนื่องจากเงื่อนไขการให้บริการของสิทธิสวัสดิการข้าราชการที่เลือกใช้บริการที่ไหนก็ได้ รวมทั้งประกันสังคมที่ประชากรต่างอำเภอต้องเลือกโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นสถานพยาบาลหลัก ทำให้การให้บริการจากพื้นที่นอกเขตของโรงพยาบาล รวมทั้งจากจังหวัดอื่น มีโอกาสมากกว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 2 อัตราการใช้บริการ อัตราส่วนผู้ป่วยนอกเครือข่าย และอัตราการส่งต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาลขนาดต่างๆ ปี พ.ศ. 2551

	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก		อัตราส่วนผู้ป่วยนอกเครือข่ายต่อในเครือข่ายสิทธิ UC	อัตราการส่งต่อผู้ป่วยนอก	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน	
	รวมทุกสิทธิ	สิทธิ UC			รวมทุกสิทธิ	สิทธิ UC
รพช.ขนาดไม่เกิน 30 เตียง	1.55	1.5	6.34%	3.32%	6.25%	6.57%
รพช.ขนาดเกิน 30 เตียง	1.51	1.33	5.93%	2.98%	7.97%	7.52%
รพท.ขนาดไม่เกิน 300 เตียง	2.03	1.3	21.82%	1.24%	12.38%	8.51%
รพท.ขนาดเกิน 300 เตียง	1.97	1	33.46%	1.09%	13.91%	8.26%
โรงพยาบาลศูนย์	1.95	0.92	61.35%	0.65%	12.47%	6.58%

ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

2) ลักษณะการให้บริการสาธารณสุข

- O อัตราการครองเตียงค่อนข้างคงที่ ในขณะที่อัตราการใช้เตียงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่มีวันนอนเฉลี่ยที่ลดลงเล็กน้อย ทำให้ภาระในด้านอัตราการครองเตียงยังไม่เพิ่มขึ้น และการที่อัตราการใช้เตียงที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยนั้น ก็ไม่ได้เกิดจากการตัดสินใจรับผู้ป่วยในของแพทย์ที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากหากดูจากอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก ก็พบว่าไม่เพิ่มขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามกลับมีแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อย โดยการลดลงของอัตราส่วนการรับผู้ป่วยในนั้น ชัดเจนในกลุ่มสิทธิสวัสดิการข้าราชการ แนวโน้มดังกล่าวอาจจะมีเกี่ยวข้องกับวิธีการเบิกจ่ายเงินในการใช้สิทธิ อาทิเช่น การเบิกตรงของผู้ป่วยนอก เป็นต้น และอัตราส่วนการรับผู้ป่วยในของสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ต่ำกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม ซึ่งอาจจะเป็นได้ว่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกของสิทธิสวัสดิการข้าราชการอาจจะดีกว่า ทำให้สัดส่วนของผู้ป่วยที่ต้องรับในโรงพยาบาลน้อยกว่า
- O แนวโน้มของอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก และวันนอนเฉลี่ย สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิประกันสังคม ค่อนข้างคงที่ โดยลดลงเล็กน้อย ในขณะที่สิทธิสวัสดิการข้าราชการมีแนวโน้มที่ลดลงชัดเจนมากกว่า โดยแนวโน้มดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกันในทุกขนาดของโรงพยาบาล และการที่สิทธิสวัสดิการข้าราชการ มีแนวโน้มอัตราส่วนการรับผู้ป่วยในและวันนอนเฉลี่ยที่ลดลงนั้น นับว่าเป็นแนวโน้มที่ดี เนื่องจากสิทธิสวัสดิการข้าราชการ มีสิทธิประโยชน์ของการรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในที่ค่อนข้างสูงกว่าสิทธิอื่น และมีวันนอนเฉลี่ยที่นานกว่าสิทธิอื่น โดยล่าสุดความแตกต่างของวันนอนเฉลี่ยของสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เริ่มลดลงมาใกล้เคียงกับสิทธิอื่นมากขึ้น
- O อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก และวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาทิเช่น โรงพยาบาลศูนย์ จะสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก อาทิเช่น โรงพยาบาลชุมชน ในทุกประเภทสิทธิการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของโรคที่มารักษา ทำให้มีกับผู้ป่วยที่ไว้รักษาในสัดส่วนที่มากกว่า และมีวันนอนที่นานกว่า แต่ทั้งนี้เมื่อเทียบกับสิทธิอื่นแล้ว พบว่าสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกที่ต่ำกว่าสิทธิอื่น แต่มีวันนอนเฉลี่ยที่นานกว่าสิทธิอื่นประมาณ 1 วัน และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกที่สูงกว่าสิทธิอย่างชัดเจน โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ที่มีอัตราส่วนการรับผู้ป่วยในที่สูงถึงร้อยละ 12 หรือสูงเป็น 3 เท่าของโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่สิทธิอื่นมีอัตราส่วนที่สูงกว่าประมาณ 2 เท่า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก และวันนอนเฉลี่ย ของสิทธิการรักษาและโรงพยาบาลขนาดต่างๆ ปี พ.ศ. 2551

	สิทธิหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า		สิทธิสวัสดิการ ข้าราชการ		สิทธิประกันสังคม	
	อัตราส่วน ผู้ป่วยในต่อ ผู้ป่วยนอก	วันนอน เฉลี่ย	อัตราส่วน ผู้ป่วยในต่อ ผู้ป่วยนอก	วันนอน เฉลี่ย	อัตราส่วน ผู้ป่วยในต่อ ผู้ป่วยนอก	วันนอน เฉลี่ย
รพช.ขนาดไม่เกิน 30 เตียง	4.46%	2.84	2.54%	3.26	2.71%	2.47
รพช.ขนาดเกิน 30 เตียง	5.94%	3.29	3.33%	4.04	3.65%	2.98
รพท.ขนาดไม่เกิน 300 เตียง	7.99%	4.28	3.73%	5.43	4.95%	3.72
รพท.ขนาดเกิน 300 เตียง	11.62%	4.51	4.93%	5.81	5.26%	3.97
โรงพยาบาลศูนย์	12.25%	4.99	4.37%	6.03	5.6%	4.8

ที่มา: รายงาน 0110 รง. 5 สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2547-2551

3) ลักษณะการให้บริการและการให้บริการเฉพาะโรค

○ อัตราการนอนโรงพยาบาลต่อประชากรของโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอด เช่นเดียวกับ ปอดบวมในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับโรคที่มีอัตราการนอนโรงพยาบาลคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ได้แก่ วัณโรค หอบหืด มะเร็งปากมดลูก การบาดเจ็บที่ศีรษะ ไข้ดั่งอักเสบ และโรคที่มีอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลักษณะการนอนโรงพยาบาล น่าจะสัมพันธ์กับลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคมากกว่าประเด็นการเข้าถึงบริการ เนื่องจากโรคต่างๆมีแนวโน้มที่แตกต่างกัน และส่วนใหญ่มิมีทิศทางที่สอดคล้องกับแนวโน้มของการป่วยและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง แต่การนอนโรงพยาบาลด้วยความดันโลหิตสูงที่ลดลง ก็มีความเป็นไปได้ว่าความรุนแรงของโรคที่มารักษาอาจจะลดลงทำให้มีความจำเป็นต่อนอนโรงพยาบาลลดลง

- อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นนั้น เป็นแนวโน้มที่มีความสำคัญ เนื่องจากสะท้อนถึงปัญหาในการดูแลรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน ที่ทำให้มีผู้ป่วยที่เกิดโรคแทรกซ้อนและต้องนอนโรงพยาบาลมากขึ้น แต่สำหรับอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยใส่ดิ่งอวัยวะ ได้แก่ ใส่ดิ่งทะลุ พบว่าลดลงเล็กน้อย แสดงถึงการเข้าถึงการผ่าตัดและมาตรฐานในการรักษา ยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ถึงแม้จะมีข้อสังเกตว่าการผ่าตัดในโรงพยาบาลขนาดเล็กลดลงก็ตาม
- อัตราการตายรวมของผู้ป่วยใน ค่อนข้างคงที่ ในขณะที่อัตราตายในเด็กลดลง แต่อัตราตายในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แสดงว่าในภาพรวมคุณภาพของการรักษายังไม่มีปัญหามากนัก โดยโรคเรื้อรังบางส่วนมีอัตราตายที่ลดลง เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น ในขณะที่ การบาดเจ็บที่ศีรษะ และปอดบวม มีอัตราตายที่ค่อนข้างคงที่ แต่โรคมะเร็ง มีอัตราตายมากขึ้น โดยเฉพาะมะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอด โดยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม มีอัตราตายค่อนข้างคงที่ แนวโน้มดังกล่าวแสดงถึงการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้นในบางโรค แต่ในบางโรค อาจจะเนื่องด้วยความรุนแรงของโรค หรือข้อจำกัดของการรักษาที่ทำให้อัตราตายยังไม่ลดลง ที่สำคัญคือโรคมะเร็ง และการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- อัตราการทำหัตถการในโรคที่ต้องการการรักษา เพิ่มขึ้นในหลายโรค อาทิเช่น การผ่าตัดหัวใจ การรักษาโรคหัวใจขาดเลือด การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคมะเร็ง โดยผลของการรักษา แสดงให้เห็นในส่วนของอัตราตายที่ลดลงในโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่การทำหัตถการในบางโรคยังไม่เพิ่มขึ้นหรือมีแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อยด้วยซ้ำ อาทิเช่น การผ่าตัดสมองในโรคหลอดเลือดสมอง การผ่าตัดสมองในผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ สำหรับการผ่าตัดใส่ดิ่งมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ โดยมีสัดส่วนการผ่าตัดร้อยละ 83 ของผู้ป่วย ซึ่งส่วนที่ขาดหายไปอาจจะเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ส่งตัวไปยังโรงพยาบาลอื่น จึงไม่มีการผ่าตัดในโรงพยาบาลที่เป็นผู้ส่งผู้ป่วย แต่หัตถการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือการผ่าตัดหลอดเลือด ซึ่งเป็นแนวโน้มที่จะเป็นภาระเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อระบบบริการ การผ่าตัดหลอดเลือดที่มากเกินไป อาจจะนับว่าเป็นการให้บริการเกินความจำเป็น หากปราศจากข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม ซึ่งปัจจุบันนับว่าเป็นความต้องการของผู้คลอดมากกว่าข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ตารางที่ 4 แนวโน้มของอัตราการนอนโรงพยาบาล วันนอนเฉลี่ย อัตราตาย และอัตราการผ่าตัดหรือรักษาในกลุ่มโรคต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2551

	อัตราการนอน โรงพยาบาล	วันนอนเฉลี่ย	อัตราตาย	อัตราการผ่าตัด/ รักษา
เบาหวาน	เพิ่มขึ้น	ลดลง	ลดลง	-
ความดันโลหิตสูง	ลดลง	ลดลง	ลดลง	-
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	เพิ่มขึ้น	ลดลง	ลดลง	-
หัวใจขาดเลือด	เพิ่มขึ้น	ลดลง	ลดลง	เพิ่มขึ้น
หลอดเลือดสมอง	เพิ่มขึ้น	ลดลง	ลดลง	คงที่ – เพิ่มขึ้น
มะเร็งรวม	เพิ่มขึ้น	ลดลง	เพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น
มะเร็งตับ ท่อน้ำดี	เพิ่มขึ้น	ลดลง	เพิ่มขึ้น	-
มะเร็งปอด	เพิ่มขึ้น	ลดลง	เพิ่มขึ้น	-
มะเร็งปากมดลูก	คงที่	ลดลง	คงที่	-
มะเร็งเต้านม	เพิ่มขึ้น	ลดลง	คงที่	-
บาดเจ็บที่ศีรษะ	คงที่	ลดลง	คงที่	คงที่ – ลดลง
ปอดบวมเด็ก	ลดลง	-	คงที่	-
ปอดบวมผู้สูงอายุ	เพิ่มขึ้น	-	คงที่	-
ไส้ติ่งอักเสบ	คงที่	ลดลง	คงที่	คงที่
การผ่าตัดคลอด	-	-	-	เพิ่มขึ้น

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548-2551

สรุป

แนวโน้มอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยอัตราการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยในลดลง โดยเฉพาะการนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2551 กับปี พ.ศ. 2547 ในขณะที่แนวโน้มอัตราการรับผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกและวันนอนเฉลี่ยลดลง โดยเฉพาะในสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ในขณะที่การให้บริการข้ามเครือข่ายเพิ่มขึ้น แต่การส่งต่อยังไม่เปลี่ยนแปลง หากมองในภาพรวมก็นับว่ามีแนวโน้มดีขึ้นในมุมมองของประสิทธิภาพบริการ ถึงแม้จะมีการข้ามเครือข่ายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งต้องระวังในประเด็นการกระจายเมื่อให้บริการข้ามเครือข่าย และเมื่อพิจารณาการให้บริการ ก็พบว่าการเข้าถึงบริการเฉพาะบางอย่างเพิ่มขึ้น เช่น การผ่าตัดและการรักษาโรคหัวใจ การรักษาโรคมะเร็ง โดยผลลัพธ์มีทั้งดีขึ้น เช่น โรคหัวใจ และแย่ลง เช่น โรคมะเร็ง ในขณะที่การบาดเจ็บที่ศีรษะยังไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านการรักษาและผลลัพธ์

6.2. วัตถุประสงค์การวิจัยและวัตถุประสงค์การพัฒนาบริการสาธารณสุข

จะข้อมูลข้างต้น มีบางประเด็นที่มีความสำคัญ ที่จะเป็นคำถามหรือโจทย์ในการวิจัย รวมทั้งโจทย์ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ได้ดังนี้

1) โจทย์สำหรับการวิจัย

- a. เหตุใดข้อมูลอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลขนาดใหญ่จึงลดลงในปี พ.ศ. 2549 เป็นเหตุผลด้านข้อมูล วิธีคำนวณ หรือเป็นการลดลงของผู้ป่วยจริง และหากเป็นการลดลงจริง อะไรคือปัจจัยในการลดลงนั้น เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพอย่างไร และแนวโน้มจะเป็นเช่นไรในอนาคต
- b. การเพิ่มขึ้นของการใช้บริการนอกเครือข่ายที่เพิ่มขึ้น เป็นผู้ป่วยในกลุ่มใด อาทิเช่น ผู้ป่วยส่งต่อ ผู้ป่วยนัดหมายต่อเนื่อง ผู้ป่วยข้ามเขตพื้นที่ หรือผู้ป่วยข้ามชั้นตอน และผู้ป่วยแต่ละประเภทต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างไร เกิดปัญหาในการได้รับบริการหรือเป็นภาระต่อโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยมาน้อยเพียงใด และอะไรคือปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการข้ามเขตพื้นที่ หรือข้ามชั้นตอนในการใช้บริการ และแนวโน้มจะเป็นเช่นไรในอนาคต
- c. อะไรคือปัจจัยที่ทำให้เกิดการลดลงของอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก และวันนอนเฉลี่ยในส่วนของสถิติสวัสดิการข้าราชการ มีความเกี่ยวข้องกับการปรับวิธีการจ่ายเงินของกองทุนหรือไม่ อย่างไร และแนวโน้มจะเป็นเช่นไรในอนาคต
- d. ปริมาณและประเภทของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ มีความเหมาะสมกับบริการที่ควรให้โดยโรงพยาบาลแต่ละระดับหรือไม่ อย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ เป็นการกระจายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะนำไปสู่บริการที่คุณภาพในแต่ละระดับหรือไม่
- e. การให้บริการเฉพาะโรค มีส่วนขาด หรือผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการ แต่ไม่ได้รับบริการหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และเหตุใดจึงไม่สามารถให้บริการได้ครบถ้วน อาทิเช่น การผ่าตัดและรักษาโรคหัวใจ การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคมะเร็ง การผ่าตัดสมองกณี การบาดเจ็บที่ศีรษะ ฯลฯ และหากจะให้บริการได้ครบถ้วน จะต้องมีการพัฒนาระบบอย่างไรให้มีความพร้อม
- f. การทำหัตถการต่างๆสำหรับผู้ป่วย ควรจะมีการดำเนินงานในโรงพยาบาลระดับใด และควรมีบุคลากรหรือเครื่องมือที่มีความพร้อมระดับใด จึงจะเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของระบบ มีคุณภาพในการรักษา และเกิดความเสี่ยงน้อยที่สุด

2) วัตถุประสงค์สำหรับการพัฒนา

- a. การพัฒนาระบบการให้บริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยนอกเครือข่าย โดยการจำแนกประเภทของผู้ป่วย และจัดบริการให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท และการจัดระบบในการส่งผู้ป่วยกลับไปยังสถานพยาบาลที่รับผิดชอบ หรือการให้บริการร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลหลายแห่ง ควรจะมีรูปแบบและการจัดการอย่างไรจึงจะเหมาะสม
- b. การพัฒนาระบบในการคัดกรองความเสี่ยง การคัดกรองโรค รวมทั้งการรักษาที่ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อลดความรุนแรงของโรค และโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ควรจะมีรูปแบบและการจัดการอย่างไรจึงจะเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- c. การขยายการให้บริการเฉพาะโรค โดยเฉพาะบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ควรจะมีแนวทางการพัฒนาและจัดระบบบริการอย่างไร เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการที่ทั่วถึง ทันเวลา และมีคุณภาพ โดยเฉพาะการรักษาในภาวะฉุกเฉิน ก่อนมาถึงโรงพยาบาล และการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การรักษาโรคหัวใจ การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคมะเร็ง การรักษาการบาดเจ็บ ฯลฯ
- d. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล อาทิเช่น ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ควรจะมีรูปแบบและการจัดการอย่างไรจึงจะเหมาะสม มีคุณภาพ สามารถลดภาวะแทรกซ้อน และลดภาระของการให้บริการในโรงพยาบาลได้ เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการผู้ป่วยในกรณีอื่นที่มีความจำเป็นได้มากขึ้น