

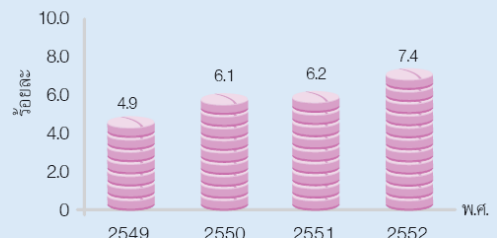
หมวดที่ 6: ระบบบริการสุขภาพ

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

อัตราการได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น เป็นเครื่องสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการเฉพาะทาง ที่อาจจะมีข้อจำกัดด้านศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ หรือปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ทั้งนี้ อัตราการได้รับยาละลายลิ้มเลือดในกรณีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นตัวอย่างของบริการที่อาจจะมีปัญหาการเข้าถึงบริการได้ เนื่องจากต้องให้บริการโดยโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษา จากข้อมูลผู้ป่วยในพบว่า การได้รับยาละลายลิ้มเลือด ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีอัตราที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 2)

ภาพที่ 1 อัตราการได้รับยาละลายลิ้มเลือด ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปี 2549-2552

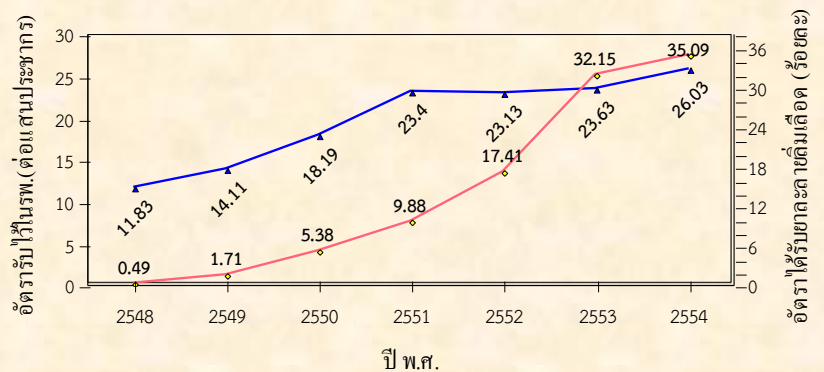
ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือด พ.ศ. 2549 – 2552



ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประจักษ์ตม สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation ที่เพิ่มขึ้น และมีอัตราการได้รับยาละลายลิ้มเลือดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.7 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 35 ในปี 2554 (ภาพที่ 2) สะท้อนโอกาสในการได้รับการรักษาโรคเฉพาะทาง ที่เพิ่มมากขึ้น

ภาพที่ 2 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation และอัตราการได้รับยาละลายลิ้มเลือด ปี 2548-2554 (เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

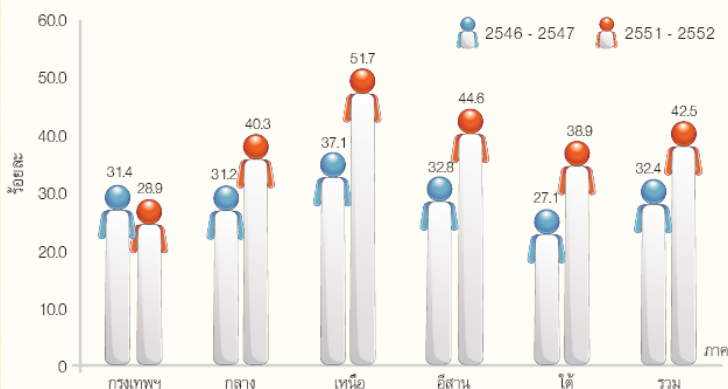


- อัตรารับไว้รักษาในรพ. ศีรษะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation
- อัตราได้รับยาละลายลิ้มเลือดในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-elevation

ที่มา: ข้อมูลผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาพที่ 3 ร้อยละของหญิงอายุ 15-59 ปี ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายใน 2 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามภาค ปี 2546-2547 และปี 2551-2552

ร้อยละของหญิงอายุ 15-59 ปี ที่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายใน 2 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามภาค พ.ศ. 2546 - 2547 และ พ.ศ. 2551 - 2552



ที่มา: 1) การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549)
2) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2553)

นอกจากบริการรักษาพยาบาลแล้ว บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ก็เป็นบริการที่มีความสำคัญเช่นกัน โดยร้อยละของหญิงอายุ 15-59 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นตัวอย่างของบริการคัดกรองโรคที่สำคัญ โดยหญิงอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 42.5 ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ภายใน 2 ปีที่ผ่านมา (ปี 2551-2552) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.4 ในปี 2546-2547 โดยภาคเหนือมีร้อยละการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาพที่ 3)

หมายเหตุ ภาพที่ 1 และ 3 จาก รายงานสุขภาพคนไทย 2554

2.ความเป็นธรรมของบริการและรายจ่ายสุขภาพ

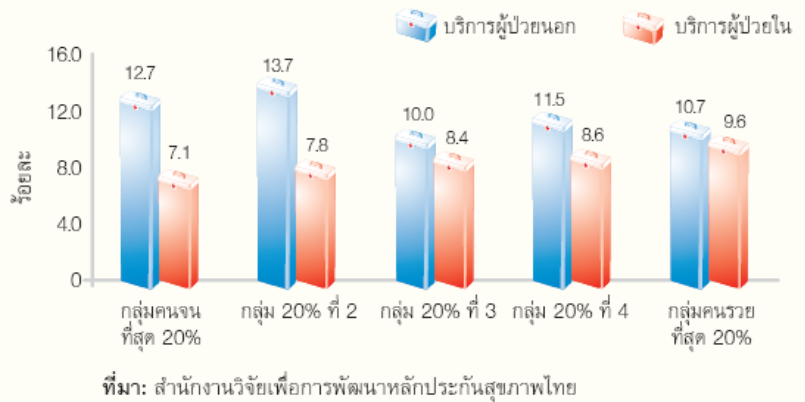
ภาพที่ 4 ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากงบประมาณของรัฐ จำแนกตามระดับรายได้ และประเภทบริการ ปี 2552

การอุดหนุนงบประมาณของรัฐ ควรที่จะมีทิศทางอุดหนุนไปที่คนจนมากกว่าคนรวย เนื่องจากคนจนมีข้อจำกัดในการจ่ายค่าบริการ ดังนั้นงบประมาณของรัฐ ควรจะเข้ามาอุดหนุนทั้งนี้ผลประโยชน์ทางสุขภาพ ที่ได้รับจากงบประมาณของรัฐ ในรูปแบบของการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แสดงให้เห็นว่า กลุ่มคนจนได้รับผลประโยชน์จากงบประมาณของรัฐ ในการใช้บริการผู้ป่วยนอก มากกว่าคนรวย แต่คนรวยได้รับผลประโยชน์จากงบประมาณของรัฐ ในการใช้บริการผู้ป่วยใน มากกว่าคนจน (ภาพที่ 4) โดยส่วนหนึ่งอาจจะสัมพันธ์กับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ที่เป็นกลุ่มที่มีรายได้มาก

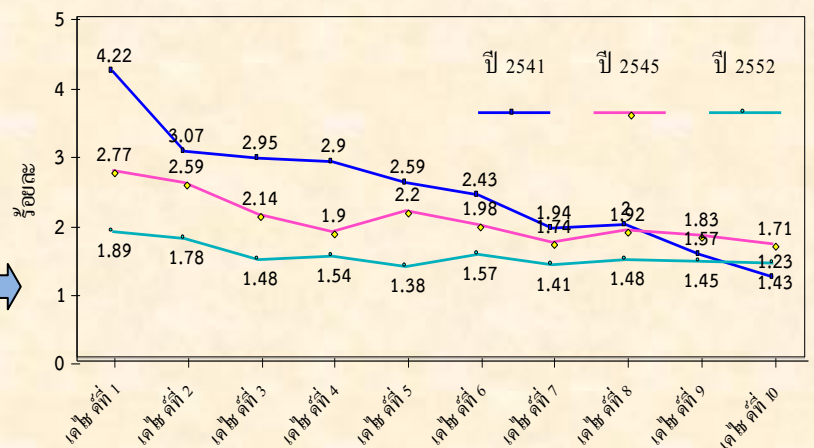
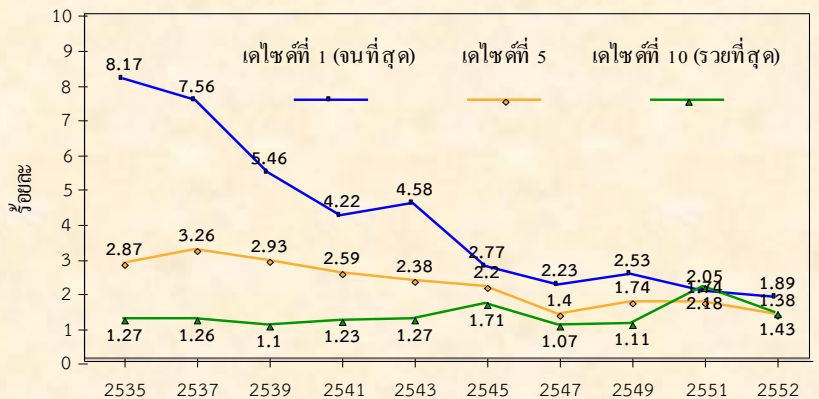
แต่อย่างไรก็ดี การอุดหนุนงบประมาณของรัฐ ได้ช่วยให้รายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือนลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้น้อยที่สุด (เดโชล์ที่ 1) โดยลดจากร้อยละ 8 ของรายได้ครัวเรือนในปี 2535 เหลือร้อยละ 1.9 ของรายได้ในปี 2552 หรือลดลงถึง 4 เท่า (ภาพที่ 5) ทำให้รายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน ระหว่างคนจน กับคนรวย มีความใกล้เคียงกันในปี 2552 คืออยู่ที่ประมาณร้อยละ 1.4-1.9 ของรายได้ของครัวเรือน (ภาพที่ 6) นับเป็นการสร้างความเสมอภาคในด้านรายจ่ายสุขภาพระหว่างคนที่มียาได้น้อย กับคนที่มียาได้มาก

ภาพที่ 6 รายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดโชล์ของรายได้ ปี 2541, 2545 และ 2552

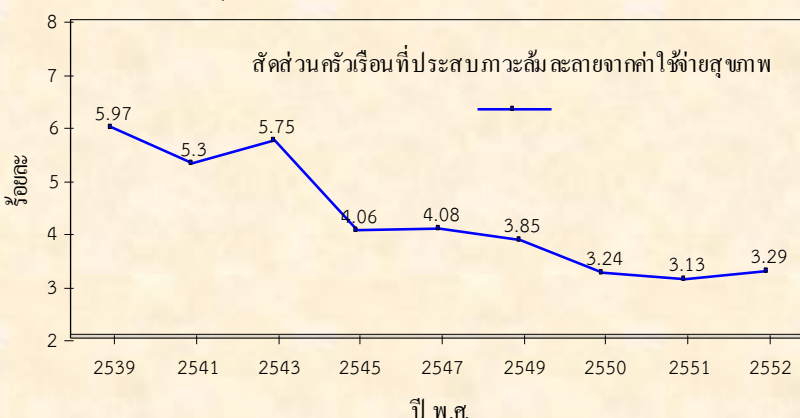
ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากงบประมาณรัฐ จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ และตามประเภทบริการ พ.ศ. 2552



ภาพที่ 5 รายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือนในกลุ่ม เดโชล์ที่ 1 (จนที่สุด), เดโชล์ที่ 5 และเดโชล์ที่ 10 (รวยที่สุด) ปี 2535-2552



ภาพที่ 7 สัดส่วนครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพ ปี 2539-2552



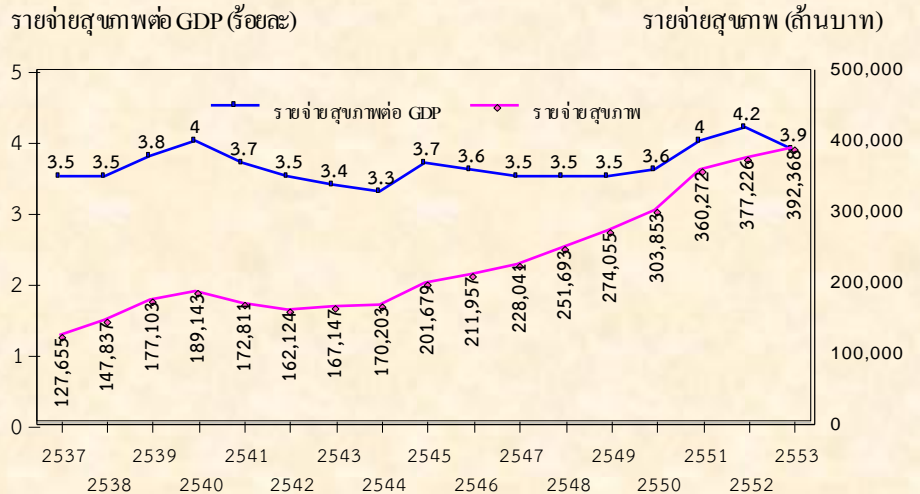
ผลจากการอุดหนุนงบประมาณของรัฐ ช่วยทำให้ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลง และทำให้ครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง จากร้อยละ 6 ในปี 2539 เหลือร้อยละ 3.3 ในปี 2552 (ภาพที่ 7)

ที่มา ภาพที่ 5-7: สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2535-2552

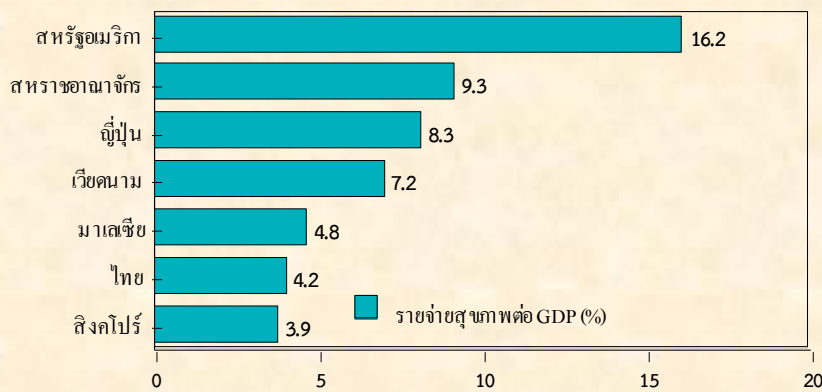
3. ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

ภาพที่ 8 รายจ่ายสุขภาพและร้อยละรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ปี 2537-2553

รายจ่ายสุขภาพ สะท้อนประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ โดยควรจะมีรายจ่ายอยู่ในระดับที่เหมาะสม ทั้งนี้ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติของไทย อยู่ที่ร้อยละ 3.9 ในปี 2553 (ภาพที่ 8) ซึ่งนับว่าไม่สูงมากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศเพื่อนบ้าน (ภาพที่ 9)



ภาพที่ 9 ร้อยละรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP ของ 7 ประเทศ ปี 2552



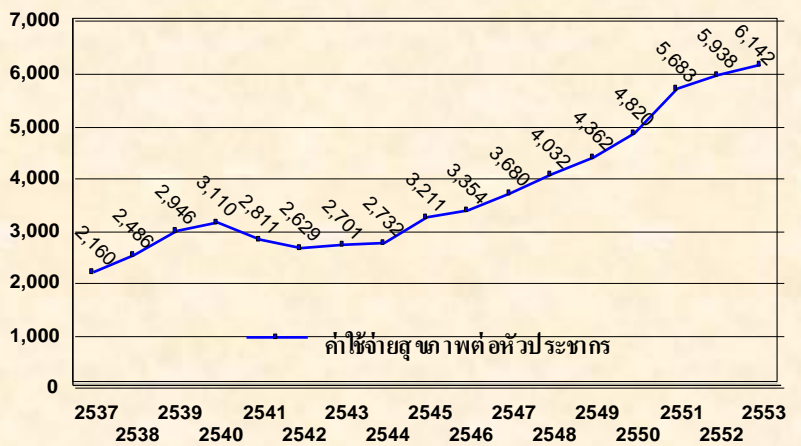
ที่มา ภาพที่ 8 และ 10: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ 2537-2553, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

แต่หากพิจารณาที่รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร พบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย โดยในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2541-2544 มีรายจ่ายสุขภาพที่ลดลง แสดงว่ารายจ่ายสุขภาพส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ

ที่มา: <http://www.who.int/nha/country/tha/en/> ร้อยละ

บาทต่อประชากร

ภาพที่ 10 รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร ปี 2537-2553



ปัญหาหนึ่งในด้านประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ คือเรื่องการใช้ยา และรายจ่ายด้านยา โดยตัวอย่างหนึ่งก็คือ การส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลักของโรงพยาบาล ภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ที่มีมูลค่าถึงร้อยละ 66.8 ของมูลค่ายาทั้งหมด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 มูลค่าและจำนวนครั้งการส่งจ่ายยานอกบัญชียาหลัก ใน 26 โรงพยาบาล ภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ปี 2552

รายการ	มหาวิทยาลัย	สังกัดอื่น	กระทรวงสาธารณสุข	รวม
จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	6	7	13	26
1. มูลค่ารวมยาทั้งหมด (บาท)	5,996,840,443	4,419,368,934	2,768,688,682	13,184,898,059
- ยานอกบัญชียาหลักฯ	3,977,682,096	3,001,123,630	1,833,519,130	8,812,324,856
- ร้อยละ	66.3	67.9	66.2	66.8
2. จำนวนครั้งการส่งใช้ (รวม)	5,160,612	4,812,957	4,168,085	14,141,654
- ยานอกบัญชียาหลักฯ	2,327,897	2,017,018	1,458,601	5,803,516
- ร้อยละ	45.1	41.9	35.0	41.0

หมายเหตุ ตารางที่ 1 จาก รายงานสุขภาพพจนไทย 2554

หมายเหตุ: (1) "ร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชียาหลักในมูลค่ารวมยาทั้งหมด" เป็นข้อมูลที่สะท้อน "ร้อยละมูลค่าการใช้บัญชียาหลักต่อรายจ่ายด้านยา" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพตามกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ (2) ชื่อจำกัดของระบบข้อมูลการจ่ายยาของสถานพยาบาลทั่วประเทศซึ่งยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ทำให้สามารถนำเสนอข้อมูลเพียง 26 โรงพยาบาลเท่านั้น

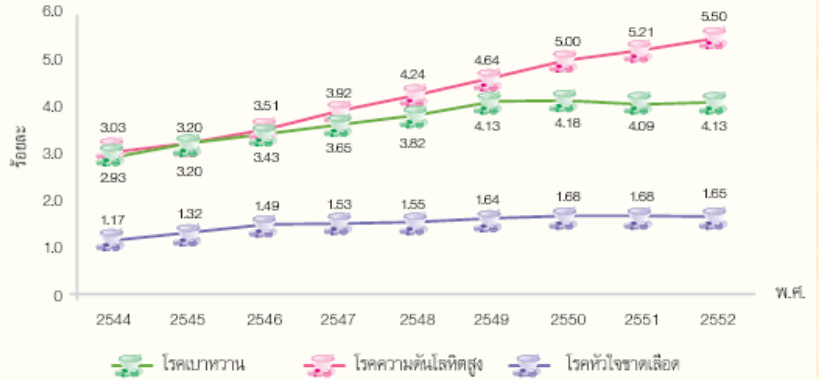
ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553, รายงานการใช้ยาผลการประเมินค่าใช้จ่ายและมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่อง กรณีผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการปีงบประมาณ 2552, หน้า 12

4.คุณภาพและประสิทธิผลของบริการสุขภาพ

ภาพที่ 11 สัดส่วนผู้ป่วยใน ด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วย บริการแบบผู้ป่วยนอก 3 โรค ปี 2544-2552

ร้อยละของผู้ป่วยใน ด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วย บริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นโรคที่หากให้บริการ แบบผู้ป่วยนอกอย่างมีคุณภาพ ก็จะช่วยลดการ รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในลงได้ ทั้งนี้ สัดส่วนของ ผู้ป่วยใน โรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 5.5 ในปี 2552 โดยโรคเบาหวานมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นแล้วเริ่ม คงที่ตั้งแต่ปี 2549 (อยู่ที่ประมาณร้อยละ 4) (ภาพที่ 11) แสดงถึงข้อจำกัดในการดูแลแบบ ผู้ป่วยนอกที่ยังป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ไม่เต็มที่

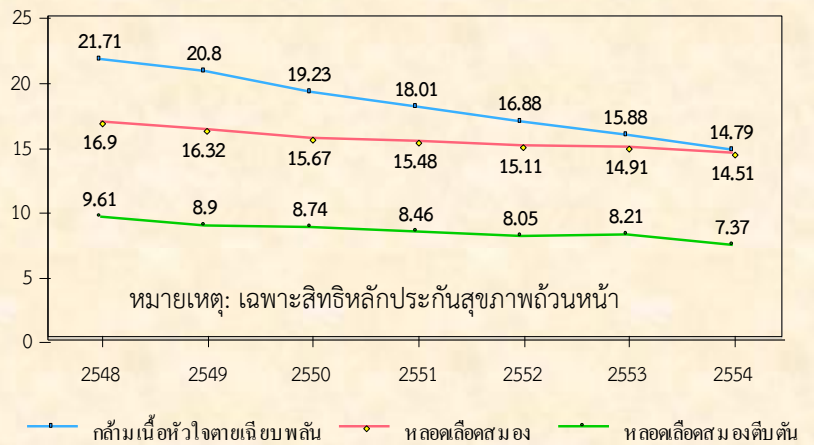
ร้อยละของผู้ป่วยใน ด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก 3 โรค พ.ศ. 2544 - 2552



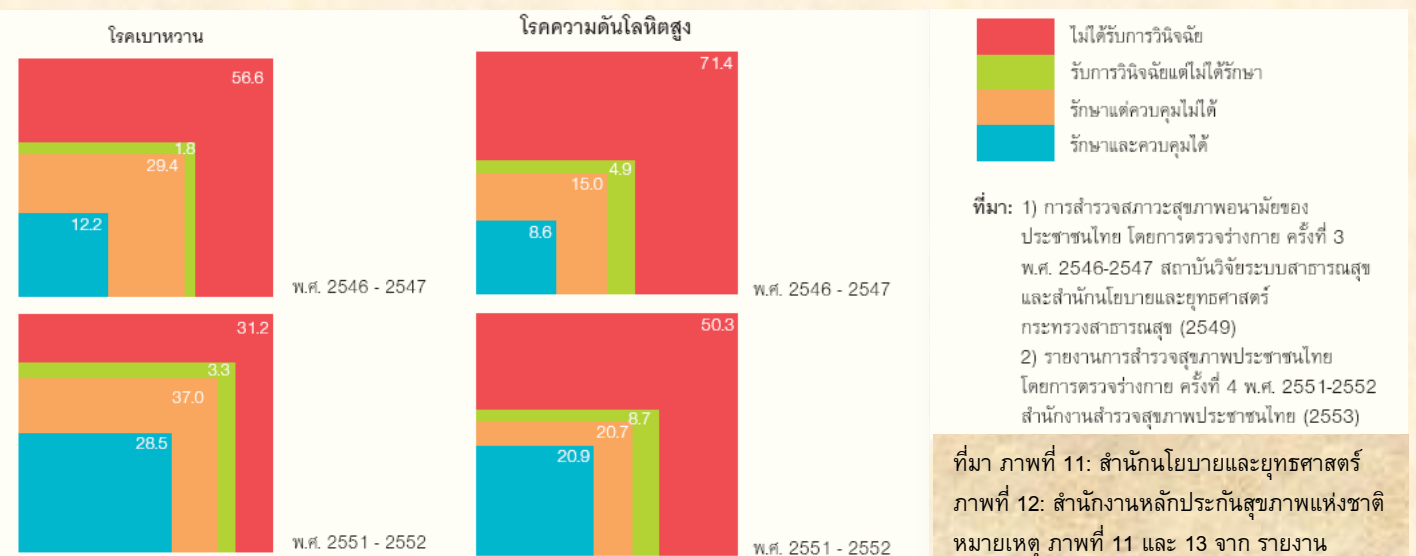
อัตราการตายผู้ป่วยใน สะท้อนผลลัพธ์ของการรักษา ทั้งนี้อัตราการตายผู้ป่วยใน ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มที่ลดลง (ภาพที่ 12) แสดงถึงคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคได้ ที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น (ภาพที่ 13) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาอยู่ และมีระดับน้ำตาลในเลือดในระดับที่ควบคุมได้ เท่ากับร้อยละ 40 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความดันโลหิตในระดับที่ควบคุมได้ เท่ากับร้อยละ 66 ในปี 2554 (ตารางที่ 2)

ภาพที่ 12 อัตราตายผู้ป่วยใน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2548-2554

อัตราการตายผู้ป่วยใน (ร้อยละ)



ภาพที่ 13 การได้รับการวินิจฉัยและรักษาและการควบคุมโรคได้ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปี 2546-2547 และ 2551-2552



ตารางที่ 2 อัตราการควบคุมโรคได้ ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี 2553-2554

ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ	2553	2554
การมีระดับ Fasting blood sugar อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (70-130 mg/dl) ในผู้ป่วยเบาหวาน	42.6	40.7
การมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ (SBP < 140 และ DBP < 90 mmHg) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	61.8	66.3

ที่มา: การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรุงเทพมหานคร ปี 2553-2554 พ.อ.ศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์ และคณะ สปสช. และเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN)