



แผนยุทธศาสตร์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ. 2560 - 2564

ผู้บ่มเพาะวิสัยทัศน์เพื่อการพัฒนาอนาคตที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชาติ

พันธกิจ

ตัวชี้วัด

เป้าประสงค์

ค่านิยม

ยุทธศาสตร์ และยุทธวิธี

วิสัยทัศน์

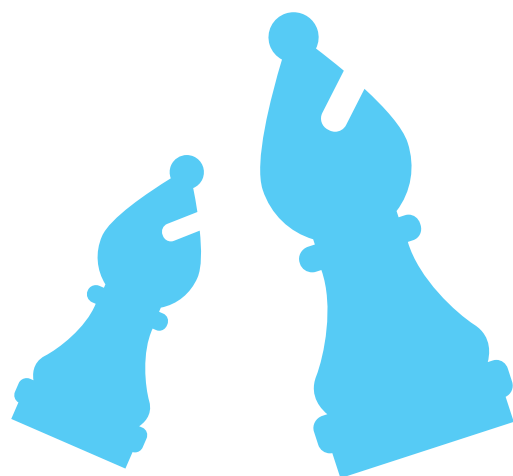


แผนยุทธศาสตร์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ. 2560 - 2564

ผู้นำระบบวิจัยเพื่อการพัฒนานโยบายที่นำไปสู่สุขภาพของประชาชน





คำนำ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ สวรส. พ.ศ. 2535 โดยมีบทบาทในการพัฒนาระบบสาธารณสุข สนับสนุนส่งเสริมการวิจัยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสร้างและจัดการความรู้สู่การพัฒนา นโยบายที่นำไปสู่การดำเนินงานการแก้ปัญหาระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

สวรส. ได้ผ่านช่วงของการเรียนรู้และพัฒนาการทำงานของสถาบันมาเป็นลำดับ มีการปรับการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของระบบสาธารณสุขไทยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงได้มีการจัดประชุม HSRI Retreat เพื่อทบทวนยุทธศาสตร์ และพันธกิจหลักของ สวรส. ให้ชัดเจน สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไปทั้งในปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต และตามภาระงานที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ สวรส. พ.ศ. 2535 และได้นำข้อเสนอจากการประชุม มาพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ สวรส. ประจำปี พ.ศ. 2560–2564 โดยความเห็นชอบจาก คณะกรรมการสถาบัน

สวรส. หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่ จะกำหนดทิศทางการพัฒนา สวรส. ไปสู่วิสัยทัศน์ที่ต้องการในอนาคต ภายใต้ความสอดคล้องสถานการณ์และบริบทของการพัฒนาระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงเป็นไปตามบทบาทภารกิจอันพึงประสงค์ที่สามารถดำเนินการสู่เป้าหมายการพัฒนาได้เป็นอย่างดี

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



“

แผนยุทธศาสตร์ สวรส.

พ.ศ. 2560-2564

”

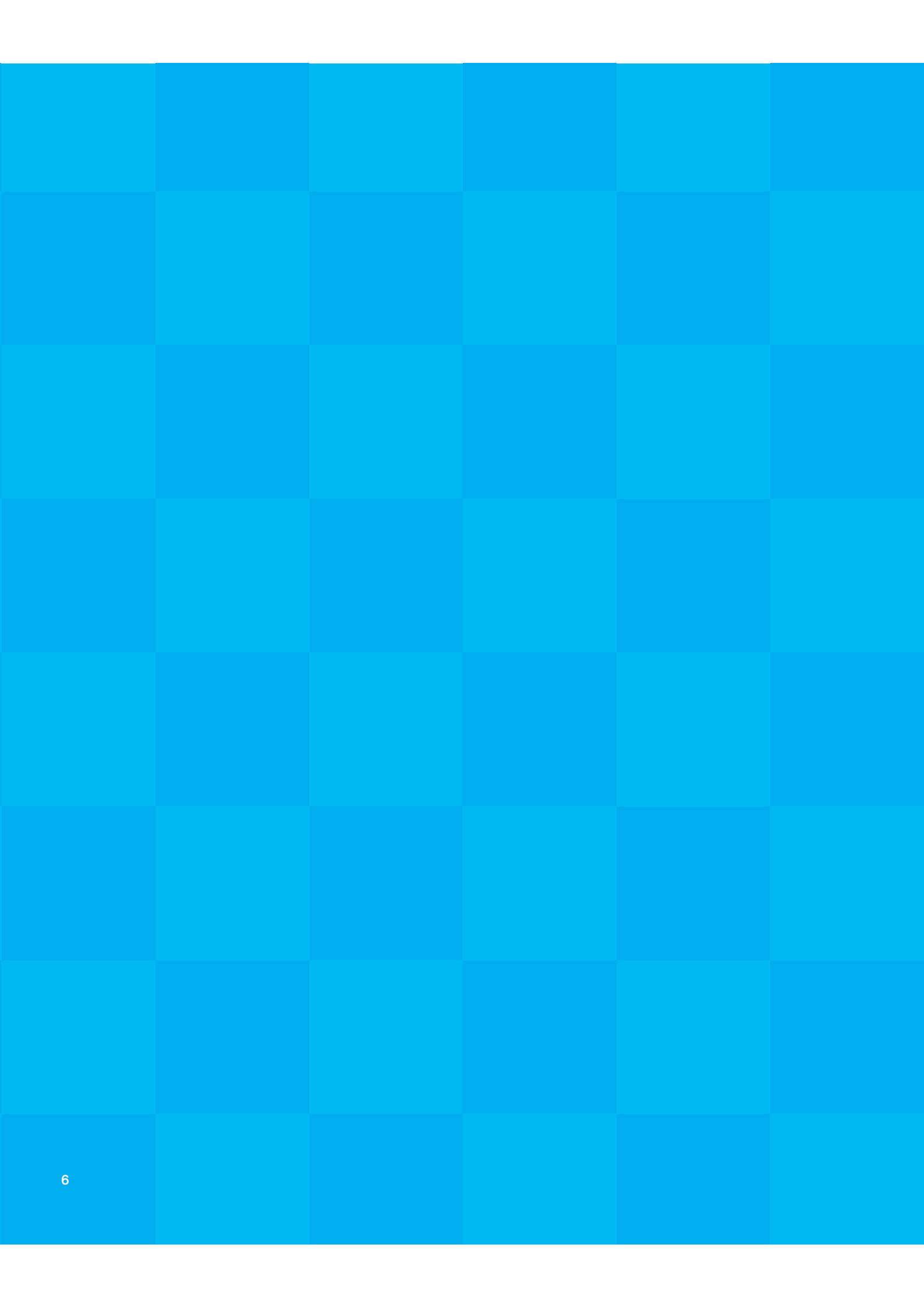
สารบัญ

แผนยุทธศาสตร์ สวรส. พ.ศ. 2560 – 2564

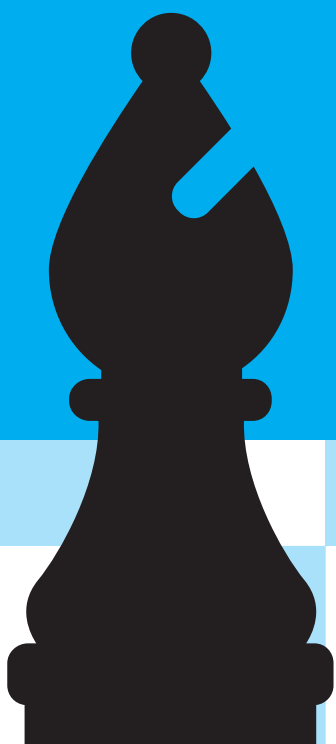
1. สถานการณ์และบริบท	9
1.1 บริบทการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ	9
1.2 แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2559–2579 และประเด็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข	19
1.3 ยุทธศาสตร์การวิจัยแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2555–2579) ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการแพทย์และสาธารณสุข	21
1.4 นโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2560–2564)	22
2. สำคัญของยุทธศาสตร์ สวรส.	25
2.1 วิสัยทัศน์	25
2.2 พันธกิจ	26
2.3 ค่านิยม	27
2.4 เป้าประสงค์	27
2.5 ตัวชี้วัด	28
2.6 ยุทธศาสตร์ และยุทธวิธี	28

ภาคผนวก

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12	
ส่วนที่ 3 สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ	39



แผนยุทธศาสตร์ สวรส.
พ.ศ. 2560 – 2564



1

สถานการณ์และบริบท

1.1

บริบทการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

1) พฤติกรรมการใช้ชีวิตและการบริโภค

สังคมไทยกำลังจะเกิดความเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เนื่องจากการก้าวเข้าสู่ยุคสารสนเทศ การรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นเรื่องที่ย่างและสะดวกสบายมากขึ้นด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร ไร้สาย มีการประยุกต์ใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตกับการสื่อสารอยู่หลายรูปแบบ เช่น ไปรษณีย์ อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) การสนทนา (chat) การอ่านหรือแสดงความคิดเห็นในเว็บบอร์ด การติดตามข่าวสาร การเรียนรู้ออนไลน์ (e-Learning) เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) เป็นต้น อย่างไรก็ตามในการที่อินเทอร์เน็ตเข้ามามีบทบาทหนึ่งในสังคมไทยนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบทางบวก เช่น สามารถได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารมากยิ่งขึ้น สามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว เป็นต้น ผลกระทบทางลบเช่น เกิดภัยทางสังคมจากการที่ได้มีการสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคอาหาร จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ทำให้ประชาชนในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองและบุคคลภายในครอบครัว ต้องทำงานแข่งกับเวลา จึงเน้นความสะดวกในการบริโภคอาหารจานด่วน หรืออาหารฟาสต์ ฟู้ด อาหารสำเร็จรูป ซึ่งส่วนส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีแคลอรีสูง ส่งผลให้คนไทยประสบปัญหา น้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเพิ่มต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่ามีความนิยมรับประทานอาหาร เสริมโดยมีอิทธิพลจากการโฆษณาผ่านช่องทางต่างๆ มากขึ้น ได้แก่ อาหารเสริมลดน้ำหนัก บำรุงผิว การล้างพิษในร่างกายเพื่อให้รู้สึกว่าการกำจัดสิ่งที่เป็นอนุมูลอิสระในร่างกายได้มากจะ ทำให้ร่างกายแข็งแรงและมีอายุยืน และในปัจจุบันการเปิดการค้าเสรี และประชาคมอาเซียน ทำให้การบริโภคอาหารเปิดกว้าง มีความนิยมบริโภคอาหารนานาชาติที่เข้ามามีบทบาทต่อสังคม ไทยโดยเฉพาะอาหารญี่ปุ่น รวมทั้งอาหารเพื่อสุขภาพ และการส่งเสริมเรื่องการออกกำลังกาย ควบคู่กันไป ซึ่งมีมากขึ้นในปัจจุบัน

2) การก้าวสู่การเป็นสังคมเมือง

การเปลี่ยนแปลงพื้นที่ชนบทไปสู่ความเป็นเมืองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพื่อลดความแออัด ของเมืองหลวงและเมืองหลัก อันเป็นการกระจายความเจริญสู่พื้นที่อื่นๆ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการ ลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน การจัดการบริการสาธารณะเพื่อรองรับการเติบโตของเมือง การใช้ประโยชน์ ของทรัพยากรท้องถิ่นทั้งปัจจัยการผลิตและแรงงานไปสู่ภาคการค้า บริการ และอุตสาหกรรม ตลอดจนการแสวงหาเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่จะช่วยลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลต่อการ ลดลงและความเสื่อมโทรมของทรัพยากรท้องถิ่น การลดลงของแรงงานในภาคเกษตร รวมทั้ง ปัญหาการบริหารจัดการขยะทั้งขยะชุมชนและอุตสาหกรรม ทั้งนี้ การเพิ่มขึ้นของประชากรและ แรงงานในพื้นที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การผลิตและกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการคนในเมือง ที่มากขึ้น จะส่งผลให้เกิดการแข่งขันขนาด จากการขนส่งมีต้นทุนต่ำลง มีการลงทุนใน ระบบสาธารณูปโภคจะมีความคุ้มค่ามากขึ้น และความต้องการแรงงานที่มากขึ้นจะมีผลเชื้อ หรือทำให้จำเป็นต้องมีการจัดตั้งสถาบันการศึกษาในพื้นที่เพื่อตอบสนองความต้องการของ สถานประกอบการที่มีจำนวนมาก

ด้านการจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐาน และเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจก โดย (1) พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีช่องทางการเข้าถึงอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะระบบบริการสาธารณสุขและการศึกษาขั้นพื้นฐาน สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม (2) สนับสนุนการจัดหาที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อยและการเข้าถึงระบบสาธารณสุขโรค กำหนดเป็นนโยบายที่อยู่อาศัยแห่งชาติและเมืองน่าอยู่ พัฒนาโครงการที่อยู่อาศัยแก้ปัญหาชุมชนแออัดในเมืองโดยดำเนินการร่วมกับ ภาคธุรกิจเอกชน และ (3) การจัดรูปแบบสวัสดิการพื้นฐานที่จำเป็นและเหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย (Customized Welfare) ที่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกัน โดยมีแนวทางการรับภาระ ค่าใช้จ่ายร่วมกัน (Cost Sharing)¹

ด้านการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกของเมือง มีการเตรียมความพร้อมรองรับความเป็นเมือง ทั้งด้านการบริหารจัดการด้านผังเมือง ด้านสาธารณสุขโรค สาธารณูปการ ระบบคมนาคมขนส่ง ระบบบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบการศึกษาและระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และเพียงพอต่อความต้องการของคนในเมือง รวมทั้งเสริมสร้าง ความสามารถในการบริหารจัดการเมืองตามระดับการพัฒนา

3) การเพิ่มขึ้นในประชากรผู้สูงอายุ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2553 มีประชากรวัยแรงงาน 5 คนที่มีศักยภาพแบกรับผู้สูงอายุ 1 คน และคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง 1.7 คนแบกรับผู้สูงอายุ 1 คน การขาดแคลนกำลังแรงงานทำให้ต้องนำเข้าแรงงานไร้ทักษะจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อ ตลาดแรงงานไทยในด้านการยกระดับรายได้และทักษะฝีมือแรงงานจะช้าลง ผลผลิตภาพแรงงานไทยอาจเพิ่มขึ้นช้า ปัญหาการด้ามนุญย์ และการขาดการคุ้มครองทางสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ซึ่งจะเป็นปัญหาต่อเนื่องที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของคนไทย อาทิ อาชญากรรม โรคระบาด และภาระทางการคลังของระบบบริการทางสังคม อย่างไรก็ตาม นับเป็นโอกาสในการพัฒนาสินค้าและบริการ ธุรกิจบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

1 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2558). ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12.

ในขณะที่ประชากรวัยเด็กของไทยมีจำนวนลดลงอย่างรวดเร็ว มีพัฒนาการไม่สมวัย และการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการเจริญพันธุ์รวมลดลงจาก 6.3 คน ในช่วงปี 2507-2508 เป็น 1.62 คน ในช่วงปี 2548-2558 และคาดว่าจะในปี 2583 จะลดลง เหลือเพียง 1.3 คน กำลังแรงงานมีแนวโน้มลดลง และแรงงานกว่าร้อยละ 30 เป็นประชากร กลุ่มเจนเอเรชั่น Y (Gen Y) ขณะที่ผลิตภาพแรงงานยังเพิ่มขึ้นช้า ซึ่งจะเป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนา ในระยะต่อไป

กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอในการยังชีพ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายจะส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่าย ในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้น แต่มีรายได้ไม่เพียงพอ กับค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีการออมน้อย และแหล่งรายได้หลักร้อยละ 78.5 ของรายได้ทั้งหมดมาจากการ เกื้อหนุนของบุตร ผู้สูงอายุวัยส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการทำ กิจวัตรประจำวัน ตลอดจนปัญหาสุขภาพจะมีมากขึ้น

ภายใต้การปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ มีการพัฒนาด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทาง การแพทย์เพื่อรองรับการเป็นสังคม ผู้สูงอายุทั้งในด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ ระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนในระยะยาว โดยพัฒนา ระบบข้อมูล สารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข บูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพ ภาครัฐ ให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากร และส่งเสริมการ อภิบาลระบบสุขภาพใน รูปแบบเครือข่ายที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน พัฒนาศักยภาพของ ประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพ นานาชาติทั้งในด้านศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub) ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) ศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์ เพื่อสุขภาพ (Product Hub) และศูนย์กลางบริการวิชาการและ งานวิจัย (Academic Hub) เพื่อนำรายได้กลับมาใช้ยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขในประเทศไทย รวมทั้งส่งเสริม การให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้ การ ขับเคลื่อนนโยบายของทุกภาคส่วนตระหนักถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อ สุขภาพของประชาชน

4) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ในภาพรวมของประเทศ ค่าใช้จ่ายด้านยา มีอัตราการเติบโตใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ประมาณร้อยละ 7-8 ต่อปี) แต่สูงกว่าอัตราการเติบโต (ร้อยละ 5-6 ต่อปี) ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)² การคาดการณ์แนวโน้มของค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยในอนาคต ปัจจัยที่มีผลทำให้ปริมาณการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้นประกอบด้วย การที่คนไทยเข้าถึงยามากขึ้นจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพ กลุ่มโรคที่ต้องการการรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งโรคเอดส์ และกลุ่มประชากรสูงอายุที่ไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2568 สำหรับปัจจัยที่มีผลทำให้ยามีราคาเพิ่มขึ้น ได้แก่ ยาใหม่และยาที่มีสิทธิบัตร และการขึ้นราคาตามสถานะเศรษฐกิจ³

อย่างไรก็ตามที่สำคัญที่สุดคือค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้นเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม เกินความจำเป็น และกระบวนการตลาดที่ขาดจริยธรรม โดยพบการบริโภคนยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นในทุกระดับ ทั้งการใช้ยาในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน การใช้ยาในชุมชนโดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ยาต้านจุลชีพ ยาสเตียรอยด์ ยาชุด เป็นต้น สำหรับประเทศไทย การบริโภคนยาของคนไทยสูงถึง 144,500 ล้านบาท ในปีพ.ศ. 2555 โดยส่วนหนึ่งรัฐต้องสูญเสียงบประมาณจากการครอบครองยาเกินจำเป็น⁴ ถึงประมาณ 2,370 ล้านบาทปี และใช้จ่ายงบประมาณมากถึง 4,000 ล้านบาท ในการผลิตและนำเข้ายาที่ยังมีข้อสงสัยต่อประสิทธิภาพและความปลอดภัย⁵

การใช้ยาเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขอื่นๆ จึงต้องพิจารณาปัจจัยหลายส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และแก้ปัญหายาอย่างเป็นระบบ ทั้งการขึ้นทะเบียน การควบคุมการกระจายยา และการใช้ยาในสถานพยาบาลและชุมชน ตลอดจนถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของผู้สั่งใช้ยาและประชาชน

2 สุกพล สิมวัฒนานนท์และคณะ. 2556. การทบทวนกลไก วิธีการ หรือ รูปแบบในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

3 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ดันติเวส (บรรณาธิการ). ระบบยาของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2545. หน้า 5 - 32.

4 การครอบครองยาเกินจำเป็น หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่มากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในมุมมองของสถานพยาบาลที่มีการส่งจ่ายยาและจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายในปริมาณที่มากเกินไปกว่าที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ โดยไม่รวมถึงการครอบครองยาเกินจำเป็นในมุมมองที่ผู้ป่วยมียาครอบครองเกินจำเป็น อันเกิดจากการปรับเปลี่ยนการรักษาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ฉัตร ชัยญาคุณาพฤกษ์และคณะ, 2555)

5 ข้อมูลจากรายงานมูลค่าการผลิตและนำเข้ายา ประจำปี ๒๕๕๘, สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

5) การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) จะส่งผลกระทบซ้ำเติมต่อสถานการณ์ความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้มีความรุนแรงมากขึ้น อุณหภูมิของโลกเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความแห้งแล้งเป็นระยะเวลายาวนาน เกิดฝนขาดช่วง และมีฤดูกาลเปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อความอุดมสมบูรณ์ของดิน ป่าไม้เกิดความเสื่อมโทรม แหล่งน้ำขาดแคลน ผลผลิตทางการเกษตรลดลง เกิดโรคระบาดในพืชและสัตว์ และอาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์กรณีที่เกิดโรคระบาดใหม่ เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ เช่น ระบบนิเวศป่าไม้ ระบบนิเวศชายฝั่ง พื้นที่ชุ่มน้ำ เกิดการกัดเซาะชายฝั่ง และการสูญเสียแนวปะการัง การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพดังกล่าวข้างต้น จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านอาหาร สุขภาพ พลังงาน และลดทอนขีดความสามารถในการพึ่งพาตนเองของชุมชน

นอกจากนี้ยังส่งผลให้ภัยพิบัติทางธรรมชาติมีแนวโน้มเกิดบ่อยครั้งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งอุทกภัย ภัยแล้ง แผ่นดินไหวและดินโคลนถล่ม ส่งผลกระทบต่อภาคการผลิต การพัฒนาอุตสาหกรรม และการพัฒนาเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ รวมทั้งวิถีการดำรงชีวิตของประชาชน ซึ่งข้อตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจะทวีความเข้มข้นและเป็นแรงกดดันให้ประเทศไทยต้องเตรียมพร้อมรับภาระในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายใต้การขยายตัวของเศรษฐกิจและชุมชนเมือง

สำหรับปัญหาสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่เพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน ได้แก่ ปัญหาขยะมูลฝอยที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ มลพิษทางอากาศยังเกินมาตรฐานหลายแห่ง คุณภาพน้ำที่อยู่ในเกณฑ์ดีมีแนวโน้มลดลง

6) การแข่งขันทางการค้าและการลงทุน

ท่ามกลางบริบททางเศรษฐกิจ การค้าและการลงทุนระหว่างประเทศที่มีการแข่งขันสูง อันส่งผลให้ประเทศต่างๆ ต้องปรับตัวเองเพื่อให้ได้รับประโยชน์จากระบบเศรษฐกิจโลก รวมถึงการรวมกลุ่มการค้ากันของประเทศต่างๆ อาทิ สหภาพยุโรป และเขตการค้าเสรีอเมริกาเหนือ รวมถึงการจัดตั้ง “ประชาคมเศรษฐกิจของอาเซียน” ภายในปี 2558 เพื่อส่งเสริมให้อาเซียนเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียว มีการเคลื่อนย้ายเงินทุน สินค้า บริการ การลงทุน แรงงานฝีมือ ระหว่างประเทศสมาชิกโดยเสรี ส่งเสริมขีดความสามารถในการแข่งขันของอาเซียน ลดช่องว่างของระดับการพัฒนาของประเทศสมาชิกอาเซียน และส่งเสริมให้อาเซียนสามารถรวมตัวเข้ากับ

ประชาคมโลกได้อย่างไม่อยู่ในภาวะที่เสียเปรียบ ทั้งนี้การเข้าสู่การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อประเทศไทยในด้านโอกาสของการพัฒนาต่างๆ แต่ก็จะต้องเตรียมรองรับผลกระทบทางลบที่จะเกิดขึ้นด้วยเช่นกัน

7) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี

การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ (Technology and IT) เทคโนโลยีการสื่อสารเคลื่อนที่พัฒนาและมีการขยายความครอบคลุมต่อเนื่อง มีเครื่องมือเครื่องใช้รุ่นใหม่ ๆ ที่ราคาถูกลง และประกอบไปด้วยอุปกรณ์ต่างๆ ที่ทำให้เครื่องมือเหล่านี้สามารถเชื่อมโยงกับอินเทอร์เน็ตทุกที่ตลอดเวลา รวมถึงเทคโนโลยีสื่อสังคม (Social tech/media) เพื่อตอบสนองต่อความสนใจเฉพาะกลุ่มมากขึ้น เทคโนโลยีเหล่านี้ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป สำหรับเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรค และเครื่องมือในการรักษาโรค ซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าและเติบโตอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการพัฒนาของตัวเทคโนโลยีเองและความต้องการของผู้บริโภค ทั้งในผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ต้องการความมีคุณภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ และได้ผล จึงทำให้ระบบบริการมีการพัฒนาและนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากเทคโนโลยีดังกล่าวมีราคาแพงจึงส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

8) คนไทยเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้

สถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ที่พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้กลายเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังจากความเสื่อมของอวัยวะ หรือกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและวิถีการดำรงชีวิตมากขึ้น และโรคจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เช่น อุบัติเหตุจราจร มลภาวะในสิ่งแวดล้อม โรคจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติมากขึ้น ทั้งจากสาธณภัยต่างๆ การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR: Antimicrobial resistance) ที่กำลังเป็นภัยคุกคามสุขภาพของนานาประเทศ รวมถึงไทย ที่มีข้อมูลพบว่า แต่ละปีคนไทยติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาประมาณ 88,000 คน เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา 38,000 คน เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรง 6,000 ล้านบาท และทางอ้อม 40,000 ล้านบาท

9) ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเพิ่มจากมูลค่า 147,837 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2538 เป็นมูลค่า 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มร้อยละ 6.6 ต่อปี ใกล้เคียงกับอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ที่ร้อยละ 6.4 ต่อปี เมื่อเปรียบเทียบเป็นร้อยละของ GDP แล้ว ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพภาครวม (total health expenditure) เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.53 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 4.00 ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ หลังจากนั้นอัตราดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและลดลงถึงร้อยละ 3.32 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นที่สังเกตว่าภายหลังจากที่ได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2545 แล้วร้อยละของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมต่อ GDP เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.68 แล้วคงที่ที่ร้อยละ 3.5 จนถึงปี พ.ศ. 2548 สำหรับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัวนั้นเพิ่มจาก 2,486 บาท ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 3,974 บาท ในปี พ.ศ. 2548 หรือเพิ่มขึ้นถึง 1.6 เท่า

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสามในสี่ส่วนเป็นการใช้ไปกับบริการด้านการรักษาพยาบาล ส่วนการใช้จ่ายสำหรับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมีเพียงร้อยละ 5 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมเท่านั้น ประเทศไทยจึงควรเพิ่มการลงทุนทางสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรลงทุนเกี่ยวกับโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

10) การบริหารกำลังคนด้านสุขภาพ

จากการศึกษาสถานการณ์ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา แม้ว่าจำนวนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพภาพรวมของประเทศใน 4 สาขาหลัก ได้แก่ วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ในสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีภาครัฐเป็นกำลังผลิตหลัก แต่จำนวนการผลิตยังคงไม่เพียงพอต่อการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ โดยจากการคาดประมาณความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า ประเทศไทยยังมีความขาดแคลนกำลังคนในหลายสาขาวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีจุดเด่นสำคัญ คือ การมี “กำลังคนด้านสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพหรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข” มาช่วยเหลือกิจกรรมด้านสุขภาพของรัฐในระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเป็นกำลังสำคัญทั้งในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรค และเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชนท้องถิ่น

ด้านการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่าบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพยังคงมีการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง ในขณะที่สถานบริการในภูมิภาค พื้นที่ห่างไกลหรือกึ่งดอยยังมีปัญหาการกระจายและขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ส่งผลต่อความเป็นธรรมในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งจะต้องมีการบริหารจัดการให้ดีขึ้นหรือเกิดความสมดุลระหว่างพื้นที่ต่อไป นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพออกจากระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ที่มีการลาออกจากราชการสูงมาก มีสาเหตุจากการจ้างงานในรูปแบบลูกจ้างชั่วคราวที่ไม่ได้รับสิทธิและสวัสดิการเหมือนข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการย้ายไปทำงานในภาคเอกชนและภาครัฐอื่น ที่มีความขาดแคลนพยาบาลหรือต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้น

ในขณะที่ประเทศไทยได้มีแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกลไกในการขับเคลื่อนระดับประเทศ คือ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ และได้มีการนำหลายมาตรการมาใช้เพื่อเพิ่มการผลิต การกระจาย และการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพไว้ในภาครัฐ เช่น การบังคับใช้ทุน การขยายการผลิตแพทย์ที่มีการดำเนินการโดยผ่านโครงการต่างๆ หลายโครงการ ได้แก่ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท (CPIRD) โครงการผลิตแพทย์ตามแผนการลงทุนเสริมสร้างโครงสร้างสาธารณสุขแห่งชาติ โครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (ODOD) โครงการผลิตพยาบาลเพื่อ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมถึงการเพิ่มค่าตอบแทน แต่พบว่าประเทศไทยยังไม่มีการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างเป็นระบบ ไม่มีการประเมินคุณภาพของกำลังคนในภาพรวมอย่างเป็นระบบ ไม่มีระบบการวางแผนและกำหนดนโยบายเรื่องกำลังคนที่เน้นลงไปในระยะยาวของทักษะ (skill mix) ที่เหมาะสม ซึ่งไม่ใช่การพิจารณาแค่จำนวนกำลังคนโดยรวม และยังขาดระบบจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านกำลังคนในภาครัฐ รวมถึงระบบอภิบาลระบบกำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce governance) ที่มีประสิทธิภาพในทุกๆ ระดับ ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมการกระจายและการจัดการกำลังคนอย่างเหมาะสม เพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพเหล่านี้อยู่ปฏิบัติงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศและทำงานอย่างมีความสุข ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือความท้าทายของประเทศในการเตรียมความพร้อมทั้งระบบต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและกำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้

11) ความเหลื่อมล้ำ ไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ

กล่าวคือความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มคนยังคงเป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทย อันเนื่องมาจาก (1) ความเหลื่อมล้ำด้านสินทรัพย์ทั้งด้านการเงินและการถือครองที่ดินยังคงกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มคนเพียงส่วนน้อย (2) เด็กยากจนยังเข้าไม่ถึงการศึกษาขั้นพื้นฐาน ขณะที่โอกาสในการเข้าถึงการศึกษาในระดับปริญญาตรียังมีความแตกต่างกันตามฐานะของกลุ่มประชากร ระหว่างเขตเมือง-ชนบท และระหว่างภูมิภาค (3) คุณภาพการให้บริการสาธารณสุขยังคงมีความเหลื่อมล้ำกันระหว่าง ภูมิภาค โดยเฉพาะการกระจายทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาทิ จากการสำรวจทรัพยากร สาธารณสุขในปี 2556 พบว่า อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่างกรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่างกันถึง 3.6 เท่า (4) ความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงการคุ้มครองทางสังคมของแรงงาน (5) ความเหลื่อมล้ำด้านกระบวนการยุติธรรม⁶

ในทุกรัฐบาลมีแนวนโยบายลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนจะได้รับผ่านการบูรณาการจัดการระบบบริหารทั้ง 3 กองทุน ประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรม โดยให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์หลัก ครอบคลุมการดูแลสุขภาพที่จำเป็นเหมือนกัน ส่วนบริการเพิ่มเติมแต่ละกองทุนสุขภาพอาจจัดให้โดยขึ้นอยู่กับขีดความสามารถทางการเงินของกองทุนนั้นๆ ซึ่งขณะนี้ได้ร่วมกันทำสิทธิประโยชน์หลักเรียบร้อยแล้ว พร้อมกันนั้นรัฐบาลยังพัฒนา ‘ระบบหรือกลไกกลาง’ เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการร่วมกัน ทำให้ลดความซ้ำซ้อน และสามารถอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนได้มากขึ้น

6 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(๒๕๕๘). ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12.

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2559-2579 และประเด็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

1.2.1 แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2559-2579

มีเป้าหมาย คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” โดยกำหนดแผนเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 คือการปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน และระยะที่ 4 เมื่อสิ้นแผนในปี 2579 ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย โดยการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านคือ

- 1 **การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) คือ** บูรณาการกระทรวงต่างๆ ดูแลผู้สูงอายุและเด็ก ลดการบาดเจ็บจากการจราจร ลดกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง มะเร็ง โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน
- 2 **ระบบบริการ (Service Excellence) คือ** จัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6,500 คน ภายใน 10 ปี ดูแลคนไทย 65 ล้านคน และภายในปี 2560 คนไทย 1 ล้านครอบครัวจะมีแพทย์เวชศาสตร์ดูแล จัดระบบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล (Long Term Care) ทั่วประเทศ จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1,000 คนในโรงพยาบาลใหญ่ทั่วประเทศ และจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMCO) และศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ
- 3 **การพัฒนาคน (People Excellence) คือ** การแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล วางแผนอัตรากำลังคน ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคเพื่อพัฒนาบุคลากร ปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข
- 4 **ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) คือ** อภิบาลระบบสาธารณสุข สร้างต้นแบบองค์กรคุณธรรม สร้างความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยเน้นการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพัฒนาสมุนไพร เสริมสร้างกลไกและกระบวนการในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ จัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในด้านสิทธิประโยชน์ ลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน รวมถึงการสร้างและพัฒนากลไกการดูแลด้านการเงินการคลังสุขภาพของประเทศให้มีความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ

1.2.2 นโยบายการทำงานของรัฐบาลว่าด้วยการกระทรวงสาธารณสุข

นโยบายการทำงานของ ศ.คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบาย 8 ข้อ ดังนี้ 1. การพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติเพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน 2. บูรณาการการทำงานองค์ประกอบและบทบาทของเขตสุขภาพ ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อดูแลสุขภาพคนไทยอย่างมีประสิทธิภาพทุกระดับและทุกมิติ 3. พัฒนาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประชาชนทุกกลุ่มวัย ป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยความร่วมมือทุกภาคส่วน ให้ประชาชนไทยมีโอกาสร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ เป็นการอภิบาลแบบเครือญาติ เอื้อระบบสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน 4. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการหน่วยงานทุกระดับ ทั้งด้านการบริหาร การเงินการคลัง กำลังคน และข้อมูลสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการปฏิรูปสาธารณสุขและปฏิรูปประเทศให้คนไทยมีสุขภาพแข็งแรง 5. พัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขที่มีประมาณ 3 แสนคนทั่วประเทศ ทั้งความรู้ ทักษะ การผลิต การใช้ การสร้างขวัญกำลังใจภายใต้การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน 6. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรไทยให้มีคุณภาพครบวงจร เกิดผลดีต่อเศรษฐกิจไทย 7. เร่งรัดปรับปรุงกฎหมายระเบียบกฎเกณฑ์ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุข เพื่อประสิทธิผลที่ดีต่อสุขภาพของประชาชน 8. สนับสนุนกลไกการทำงานสาธารณสุขให้เป็นไปเพื่อส่งเสริมการสร้าง ความมั่นคงและความผาสุกของสังคมไทยและสังคมโลก

ยุทธศาสตร์การวิจัยแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2555-2579) ภายใต้ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการแพทย์และสาธารณสุข⁷

เพื่อให้ประเทศไทยสามารถพึ่งพาตนเองในด้านฐานความรู้ เทคโนโลยี เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อการรักษาและจัดการความเจ็บป่วยต่างๆ เสริมสร้างสุขภาพะ ลดอัตราการเจ็บป่วย และภาระในการรักษาพยาบาล โรคที่สำคัญของคนไทย มีบริการทางการแพทย์ทางเลือกที่หลากหลาย และมีคุณภาพและมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ มีเทคโนโลยี นวัตกรรมเพื่อการดำรงชีพ สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ อย่างทั่วถึง มีระบบสาธารณสุขไทย เชื่อมโยงข้อมูลกับฐานข้อมูลอื่นๆ ของรัฐ ที่มีความครบถ้วน ถูกต้อง ในการให้บริการทางการแพทย์ ระบบประกันสุขภาพ การจัดการภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีขีดความสามารถในการรักษาผู้ป่วย บริการแพทย์ทางเลือก ฐานข้อมูล และปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุ ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาค และได้กำหนดประเด็นการวิจัย ดังนี้

- 1 การพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านการแพทย์ เพื่อรับมือกับโรคสำคัญของคนไทย หรือโรคอุบัติใหม่ การแพทย์ทางเลือก สมุนไพรไทย อาหารเสริม และสปา
- 2 การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อการดูแลและการดำรงชีพของผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ
- 3 การพัฒนาเทคโนโลยี เพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลต่างๆ ของรัฐ เข้ากับระบบสาธารณสุขไทย เพื่อบริการทางการแพทย์ ระบบประกันสุขภาพ การจัดการภาวะฉุกเฉิน รวมถึงสาธารณสุขชุมชน

หน่วยงานหลัก

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัย

หน่วยงานสนับสนุน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมแห่งชาติ

7 สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (2559). ยุทธศาสตร์การวิจัยแห่งชาติ 20 ปี และแผนปฏิรูประบบวิจัยแบบบูรณาการของประเทศ.

สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ได้จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2560-2564)⁸ ประกอบด้วย 7 ยุทธศาสตร์ คือ **ยุทธศาสตร์ที่ 1** เร่งส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสนองตอบต่อประเด็นเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาประเทศ และภารกิจของหน่วยงาน โดยรัฐลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง **ยุทธศาสตร์ที่ 2** ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาในภาคเอกชน **ยุทธศาสตร์ที่ 3** ส่งเสริมการนำกระบวนการวิจัย ผลงานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยีจากงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม โดยความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ **ยุทธศาสตร์ที่ 4** เร่งรัดพัฒนาระบบวิจัยของประเทศให้เข้มแข็ง เป็นเอกภาพ และยั่งยืน รวมถึงสร้างระบบนิเวศการวิจัยที่เหมาะสม **ยุทธศาสตร์ที่ 5** พัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของโครงสร้างพื้นฐานด้านการวิจัยและพัฒนาของประเทศ **ยุทธศาสตร์ที่ 6** เพิ่มจำนวนและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนา เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ **ยุทธศาสตร์ที่ 7** พัฒนาความร่วมมือของเครือข่ายวิจัยในประเทศและระหว่างประเทศ

ประเด็นวิจัยมุ่งเน้นภายใต้ยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติฉบับที่ 9 ประกอบด้วย 12 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นวิจัยด้าน 1. เกษตรและอุตสาหกรรมชีวภาพ (Bio-based) 2. ระบบโลจิสติกส์ 3. เศรษฐกิจดิจิทัล 4. อุตสาหกรรมเป้าหมาย 5. การท่องเที่ยว 6. การเป็นประชาคมอาเซียน 7. การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และพลังงาน 8. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ 9. สังคมผู้สูงอายุ 10. ยาเสพติด 11. ความมั่นคงของรัฐและการเสริมสร้างธรรมาภิบาล 12. การประยุกต์ใช้เศรษฐกิจพอเพียง

การวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการวิจัยของสถาบัน จากสถานะของประเทศด้านเศรษฐกิจ⁹ พบว่า สถานการณ์การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมของประเทศ ได้รับการยกระดับดีขึ้น จากการผนึกกำลังของหน่วยงานด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม และ เชื่อมโยงให้เกิดความมั่นใจของภาคธุรกิจเอกชน แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่มี รายได้สูง โดยในปี 2557 อันดับความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์อยู่ที่ 47 และด้าน เทคโนโลยีที่ 44 จาก 61 ประเทศที่จัดอันดับ

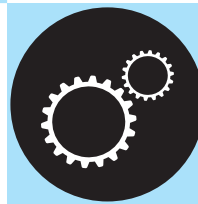
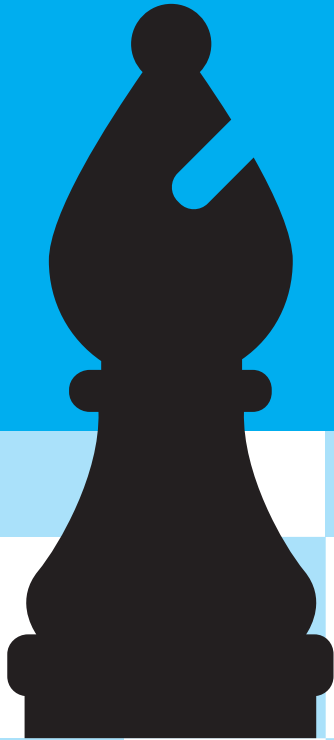
8 สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (2559). นโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2560-2564)

9 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(2558). ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12.

โดย IMD ลดลงเมื่อเทียบกับอันดับที่ 37 และ 43 ตามลำดับในปี 2551 และตลอดช่วงระยะเวลา 14 ปีที่ผ่านมา (2543-2556) ค่าเฉลี่ยการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาต่อ GDP ยังคงอยู่ในระดับร้อยละ 0.27 ต่อ GDP โดยในปี 2556 (ข้อมูลล่าสุด) ประเทศไทยมีการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.48 ต่อ GDP โดยเป็นการลงทุนวิจัยและพัฒนาจากภาครัฐประมาณร้อยละ 53 และจากภาคเอกชนประมาณร้อยละ 47 ขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย มีค่าใช้จ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาอยู่ที่ร้อยละ 4.03, 3.35 , 2.79, และ 2.27 ต่อ GDP ในปี 2555 ตามลำดับ

ขณะเดียวกันบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาของประเทศไทยยังมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมการพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรมในระดับก้าวหน้า โดยในปี 2556 บุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาที่มีจำนวน 11 คนต่อประชากร 10,000 คน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศ พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ระดับ 20-30 คนต่อประชากร 10,000 คน

โดยมีแนวทางพัฒนาเกี่ยวกับการวิจัย ให้มีการส่งเสริมด้านการวิจัยและพัฒนา พัฒนาสภาวะแวดล้อมของการพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม ทั้งด้านการลงทุนในการวิจัยและพัฒนา ด้านบุคลากรวิจัย ด้านโครงสร้างพื้นฐาน และด้านการบริหารจัดการ รวมทั้ง สนับสนุนและผลักดันให้ผู้ประกอบการมีบทบาทหลักด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ตลอดจนผลักดันงานวิจัยและพัฒนาให้ใช้ประโยชน์อย่างแท้จริงทั้งเชิงพาณิชย์และสาธารณะโดยให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา



2

สาระสำคัญของยุทธศาสตร์ สวรส.

2.1

วิสัยทัศน์

“ผู้นำระบบวิจัยที่สร้างความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพไทย”

คำอธิบายประกอบ เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์นี้ สวรส. จะได้รับการพัฒนาให้เป็นผู้นำระบบวิจัยที่มีการจัดการความรู้ในเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อสร้างความรู้นำไปใช้กำหนดนโยบายหรือมาตรการสำคัญด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ ทั้งนี้ความรู้ดังกล่าวจะต้องมีข้อมูลหรือหลักฐานชัดเจนที่สามารถอ้างอิงได้

นิยามศัพท์

“ความรู้เชิงประจักษ์” หมายถึง ความรู้ที่เป็นหลักฐานแสดงความจริงของข้อค้นพบจากการวิจัย

“การพัฒนาระบบสุขภาพ” หมายถึง การศึกษา ค้นคว้า และวิจัย กิจกรรมด้านสาธารณสุขในเชิงสหวิทยาการ โดยสัมพันธ์กับศาสตร์ด้านอื่น เช่น สังคมศาสตร์ วิทยาศาสตร์ การแพทย์ เภสัชศาสตร์ จิตวิทยา หรือพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อให้กิจกรรมด้านสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปอย่างมีระบบ และสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

(เอกสารฉบับนี้ใช้คำว่า “การพัฒนาระบบสาธารณสุข” และ “การพัฒนาระบบสุขภาพ” ให้ทดแทนกันได้ (interchangeably) เนื่องจากในช่วงที่พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2535 คำว่า “ระบบสุขภาพ” ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ต่อมาคำว่า “ระบบสุขภาพ” มีการแพร่หลายมากขึ้น (ปรากฏในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) ดังนั้นการนิยามคำว่า “การพัฒนาระบบสุขภาพ” ตามที่กล่าวไว้ข้างต้น จึงอาศัยคำจำกัดความคำว่า “การพัฒนาระบบสาธารณสุข” ที่กำหนดตามมาตรา 3 ของพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535)

2.2

พันธกิจ

“พัฒนาระบบวิจัย เพื่อขับเคลื่อนความรู้ อย่างมีทิศทางและมีส่วนร่วม”

คำอธิบายประกอบ ภารกิจหลักของ สวรส. คือการทำให้เกิดองค์ความรู้โดยเฉพาะจากงานวิจัยที่มีคุณภาพและมีเป้าหมายในการนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่ชัดเจน ตอบสนองปัญหาและความต้องการที่มีความเป็นพลวัต โดยเกิดจากการติดตามสถานการณ์ระบบสุขภาพ วิเคราะห์ กำหนดทิศทางของการวิจัยด้านสุขภาพ และจัดลำดับความสำคัญอย่างสม่ำเสมอ การประมวลสถานะองค์ความรู้ ระบุช่องว่างความรู้และโจทย์วิจัยที่จำเป็น การนำเสนอเพื่อฟังความเห็นต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การพัฒนาแผนงาน/โครงการวิจัย การแสวงหาและสนับสนุนทุนวิจัย การควบคุมคุณภาพมาตรฐานงานวิจัยและการพัฒนาศักยภาพระบบวิจัยสุขภาพ การประมวลความรู้ที่ได้จากการวิจัยและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพหรือปฏิรูประบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ทั้งนี้โดยคำนึงถึงหลักการบริหารที่มุ่งประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

2.3

คำนิยาม

ปัจจุบันค่านิยมองค์กร สวรส. คือ **FIRST** ค่านิยมแยกตามตัวอักษร ดังนี้

- F** หมายถึง future focus การมุ่งเน้นอนาคต เป็นสมรรถนะด้านการวางแผนงาน ตั้งเป้าหมายในการทำงาน คาดการณ์ผลลัพธ์ไปในอนาคต เพื่อให้การทำงานของตน หน่วยงาน และองค์กรประสบความสำเร็จอย่างสูงสุด มีเจตนาเพื่อบรรลุเป้าหมาย อนาคตขององค์กร และเพื่อรองรับสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต
- I** หมายถึง Integrity and Accountability ความซื่อสัตย์และความรับผิดชอบ เป็นสมรรถนะในการมีจิตสำนึก ตระหนัก การดำรงตนและมีความรับผิดชอบหน้าที่ ของตนเอง และสังคม รวมทั้งประพฤติปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมตามกฎหมาย ตรงไปตรงมา มีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ โดยมุ่งหวังให้องค์กร และสังคม โดยรวมได้รับผลประโยชน์อย่างสูงสุดและยั่งยืน
- R** คือ readiness to learn การเรียนรู้อยู่เสมอ เป็นสมรรถนะใฝ่เรียนรู้ ศึกษาหา ความรู้ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อม เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติงานในหน้าที่ อย่างสม่ำเสมอ สามารถเชื่อมโยงความรู้และข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น และสามารถ ต่อยอดความรู้และความสามารถของตนเอง
- S** คือ system thinking การคิดอย่างเป็นระบบ เป็นสมรรถนะที่สามารถปฏิบัติงาน ในหน้าที่ได้อย่างเป็นระบบระเบียบ เป็นขั้นเป็นตอน สามารถปรับและประยุกต์วิธีการ ทำงานให้เป็นระบบเกิดประโยชน์ต่องานรับผิดชอบ หน่วยงาน และองค์กรโดยรวม
- T** คือ teamwork การทำงานเป็นทีม คือสมรรถนะที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุนเสริม แรงให้กำลังใจแก่เพื่อนร่วมงาน ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นหรือผู้ร่วมงาน แสดงบทบาท การเป็นผู้นำหรือผู้ตามได้อย่างเหมาะสมในการทำงานร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้บรรลุผล สำเร็จตามเป้าหมาย

2.4

เป้าประสงค์

- 1) มีทิศทางการวิจัยด้านสุขภาพของประเทศ
 - 2) มีองค์ความรู้ที่เพียงพอและทันสมัยในการกำหนดนโยบายหรือการนำไปใช้ประโยชน์ ในการพัฒนาด้านสุขภาพของประชาชน
 - 3) เพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการงานวิจัยให้มีประสิทธิภาพ
- คำสำคัญ “มีทิศทางการวิจัย ใช้ประโยชน์จากความรู้ มุ่งสู่ประสิทธิภาพ”

2.5

ตัวชี้วัด

- 1 จำนวนและคุณภาพกลุ่มประเด็นการวิจัยด้านสุขภาพของประเทศ ที่เรียงตามลำดับความสำคัญ และจำนวน (ร้อยละ) ของประเด็นวิจัยที่ได้ไปดำเนินการวิจัย
- 2 จำนวน (ร้อยละ) ของงานวิจัยของ สวรส. ได้นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการสำคัญในการพัฒนาด้านสุขภาพ
- 3 ประสิทธิภาพและความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) ของการบริหารงานวิจัย

2.6

ยุทธศาสตร์ และยุทธวิธี

ยุทธศาสตร์ สวรส. ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างทิศทางและจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากลไกการบริหารจัดการวิจัยระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานและยั่งยืน โดยยึดหลักธรรมาภิบาล

คำสำคัญ “บริหารจัดการประสานดี มีระบบวิจัยที่เข้มแข็ง เสริมแรงเคลื่อนความรู้สู่นโยบาย เป้าหมายระบบสุขภาพไทยยั่งยืน”



ยุทธศาสตร์ที่ 1

การสร้างทิศทางและจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยที่มี

ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์ เพื่อการวิเคราะห์จัดทิศทางแผนงานวิจัยด้านสุขภาพของประเทศและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การวิจัยและแผนพัฒนาของประเทศ เพื่อใช้เป็นกรอบนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพของประเทศ

ยุทธวิธี ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1

- 1 กำหนดทิศทางแผนงานวิจัยด้านสุขภาพของประเทศ และจัดลำดับความสำคัญอย่างมีส่วนร่วมและมีการบูรณาการจากทุกภาคส่วน
- 2 ผลักดันให้เกิดการวิจัยตามทิศทางการวิจัยด้านสุขภาพ เพื่อให้หน่วยวิจัยหรือสถาบันวิจัยที่มีความพร้อมได้นำไปดำเนินการ

ตัวชี้วัดรายยุทธวิธี

- 1 แผนงานวิจัยด้านสุขภาพของประเทศ ที่จัดลำดับความสำคัญ ได้นำไปดำเนินการวิจัย



ยุทธศาสตร์ที่ 2

การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

ภารกิจหลัก ของ สวรส. มุ่งเน้นการวิจัยและสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ ในประเด็นที่มีลำดับความสำคัญสูงและเป็นช่องว่างความรู้ เพื่อใช้ขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของประเทศ ในระยะที่ผ่านมา สวรส. มีบทบาทในการสนับสนุนให้เกิดงานวิจัย ตลอดจนมีกระบวนการขับเคลื่อนผลงานวิจัยระบบสุขภาพไปสู่นโยบาย (Policy advocacy) เพื่อสุขภาพประชาชน ภายใต้ความร่วมมือของหน่วยงานวิชาการ เครือสถาบัน และภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพทั้งในภาคส่วนสุขภาพ (health sector) และภาคส่วนอื่นๆ (non health sector) ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยตามที่มุ่งหวัง

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อให้ได้งานวิจัย (องค์ความรู้) ตามทิศทางการวิจัยด้านสุขภาพที่มีลำดับความสำคัญสูงที่ตอบสนองต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ
- 2 เพื่อสนับสนุนการนำผลงานวิจัยระบบสุขภาพไปสู่การใช้ประโยชน์

ยุทธวิธี ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2

- 1 ส่งเสริมการสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่มีคุณภาพให้ได้รับการยอมรับ และสอดคล้องกับปัญหาาระบบสุขภาพของประเทศ
- 2 ขับเคลื่อนงานวิจัยด้านสุขภาพไปสู่การกำหนดนโยบาย แนวทาง หรือมาตรการ ในการพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมการเผยแพร่ และใช้ประโยชน์ผลงานวิจัยด้านสุขภาพ
- 3 เสริมสร้างความร่วมมือด้านการวิจัยกับภาคเอกชน ที่สอดคล้องกับประเด็นวิจัยสุขภาพ

ตัวชี้วัดรายยุทธวิธี

- 1 จำนวนผลงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย
- 2 จำนวนครั้งการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย เช่น การใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ การพัฒนาสังคม/ชุมชน และเศรษฐกิจ/พาณิชย์/อุตสาหกรรม
- 3 มีตัวอย่างความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนที่ประสบผลสำเร็จ หรืออยู่ในระดับที่มีความเป็นไปได้ที่จะสำเร็จ ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง/ปี



ยุทธศาสตร์ที่ 3

การพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยระบบสุขภาพ

สืบเนื่องจากการวิจัยระบบสุขภาพที่มีข้อจำกัดทั้งในด้านบุคลากรการวิจัยและระบบงานวิจัย จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัยระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อให้มีบุคลากรที่เพียงพอและมีขีดความสามารถเพิ่มขึ้นในการประสานและบริหารจัดการการสร้างองค์ความรู้จากงานวิจัยระบบสุขภาพ และมุ่งเน้นการจัดการความรู้ด้านระบบสุขภาพ ให้บุคลากรได้มีการถ่ายทอดองค์ความรู้หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการวิจัยระบบสุขภาพ รวมทั้งการวิจัยในเรื่องที่จำเป็นในกรณีที่ไม่สามารถสรรหาผู้ทำวิจัยได้

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อให้ สวรส. มีศักยภาพเชิงสถาบันในการวิจัยระบบสุขภาพ
- 2 เพื่อให้มีบุคลากรที่มีขีดความสามารถด้านการวิจัยระบบสุขภาพและด้านบริหารจัดการงานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธวิธี ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3

- 1 พัฒนาและเสริมสร้างขีดความสามารถในการบริหารจัดการงานวิจัยและให้ทุนนักวิจัยทางสุขภาพ
- 2 พัฒนาความร่วมมือกับภายในประเทศไทย นานาชาติทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก ในการวิจัยเชิงระบบสุขภาพ ให้เกิด Excellent center ทางการศึกษา

ตัวชี้วัดรายยุทธวิธี

- 1 ร้อยละที่เพิ่มขึ้นต่อปีของนักวิจัยใหม่ ที่เข้ามามีส่วนร่วมวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพของ สวรส.
- 2 มีระบบพัฒนานักวิจัยเชี่ยวชาญด้านนโยบายและระบบสุขภาพ ซึ่งมีความสามารถวิเคราะห์/สังเคราะห์/ประเมิน/ให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย
- 3 มีความร่วมมือระหว่างสถาบันทั้งในและต่างประเทศ



ยุทธศาสตร์ที่ 4

การพัฒนากลไกการบริหารจัดการวิจัยระบบสุขภาพ

ให้มีมาตรฐานและยั่งยืน โดย ยึดหลักธรรมาภิบาล

ในการบริหารทุนวิจัยจำเป็นต้องแสวงหาความร่วมมือและการร่วมลงทุนจากภาคส่วนต่างๆ ทำให้ทุนสนับสนุนการวิจัยมาจากหลายแหล่ง ที่มีหลักเกณฑ์/เงื่อนไข/ระเบียบ/ขั้นตอนการบริหารที่แตกต่างกัน จึงเห็นสมควรให้ความสำคัญกับการสร้างระบบและกลไกการบริหารจัดการงานวิจัย ให้เกิดความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ และมีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนประกอบ การพิจารณาการร่วมหรือรับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งการติดตามการบริหารจัดการงานวิจัยระบบสุขภาพ

ทั้งนี้ เพื่อให้ทุกคนร่วมเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพผ่านการบริหารงานวิจัย สวรส. จึงมุ่งบริหารและพัฒนาองค์กรให้มีธรรมาภิบาลและเป็นองค์กรคุณธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การบริหารจัดการงานวิจัยระบบสุขภาพของ สวรส. เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล และเป็นองค์กรคุณธรรม

ยุทธวิธี ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4

- 1 พัฒนางค์กรที่มีคุณภาพด้านการบริหารจัดการ โดยเน้นการพัฒนาการควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน และตอบสนองจากการตรวจสอบภายนอก
- 2 บริหารจัดการทุนและแหล่งทุนเพื่อการวิจัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ตัวชี้วัดรายยุทธวิธี

- 1 ร้อยละของค่าใช้จ่ายสนับสนุนทุนวิจัยต่อค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด
- 2 ผลประเมินการบริหารพัฒนาทุนหมุนเวียน จากกรมบัญชีกลาง
- 3 มีกลไกความร่วมมือในการบริหารทุนวิจัยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์ สวรส. กับยุทธศาสตร์การวิจัยแห่งชาติ ฉบับที่ 9

Issues	ยุทธศาสตร์ สวรส.	ยุทธศาสตร์การวิจัยแห่งชาติ
1 Policy (Setting & Supporting)	ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างทิศทางและจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การวิจัยและแผนพัฒนาของประเทศ ยุทธวิธี - กำหนดทิศทางแผนงานวิจัยด้านสุขภาพของประเทศและจัดลำดับความสำคัญอย่างมีส่วนร่วม และมีการบูรณาการจากทุกภาคส่วน - ผลักดันให้เกิดการวิจัยตามทิศทาง การวิจัยด้านสุขภาพ	ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสนองตอบต่อประเด็นเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาประเทศ และภารกิจของหน่วยงาน โดยรัฐลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2 Knowledge Management	ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ ยุทธวิธี - ส่งเสริมการสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่มีคุณภาพให้ได้รับการยอมรับ และสอดคล้องกับปัญหา ระบบสุขภาพของประเทศ - ขับเคลื่อนงานวิจัยด้านสุขภาพไปสู่การกำหนดนโยบาย แนวทาง หรือมาตรการ ในการพัฒนาด้านสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมการเผยแพร่ และใช้ประโยชน์ผลงานวิจัยด้านสุขภาพ - เสริมสร้างความร่วมมือด้านการวิจัยกับภาคเอกชน ที่สอดคล้องกับประเด็นวิจัยสุขภาพ	ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาในภาคเอกชน ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมการนำกระบวนการวิจัย ผลงานวิจัย องค์ความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีจากงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม โดยความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ

Issues	ยุทธศาสตร์ สวรส.	ยุทธศาสตร์การวิจัยแห่งชาติ
3 Development of Research System Competency & Partnership Network	ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยระบบสุขภาพ ยุทธวิธี - พัฒนาและเสริมสร้างขีดความสามารถในการบริหารจัดการงานวิจัยและให้ทุนนักวิจัยทางสุขภาพ - พัฒนาความร่วมมือกับภายในประเทศไทย นานาชาติทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก ในการวิจัยเชิงระบบสุขภาพ ให้เกิด Excellent center ทางการวิจัย	ยุทธศาสตร์ที่ 4 เร่งรัดพัฒนาระบบวิจัยของประเทศให้เข้มแข็งเป็นเอกภาพ และยั่งยืน รวมถึงสร้างระบบนิเวศการวิจัยที่เหมาะสม ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของโครงสร้างพื้นฐานด้านการวิจัยและพัฒนาของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 6 เพิ่มจำนวนและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนา เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 7 พัฒนาความร่วมมือของเครือข่ายวิจัยในประเทศและระหว่างประเทศ
4 Supporting System & Good Governance	ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาหลักการบริหารจัดการวิจัยระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานและยั่งยืนโดยยึดหลักธรรมาภิบาล ยุทธวิธี - พัฒนาองค์กรที่มีคุณภาพด้านการบริหารจัดการ โดยเน้นการพัฒนาการควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน และตอบสนองจากตรวจสอบภายนอก - บริหารจัดการทุนและแหล่งทุนเพื่อการวิจัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	

แผนยุทธศาสตร์ สวรส. พ.ศ. 2560-2564

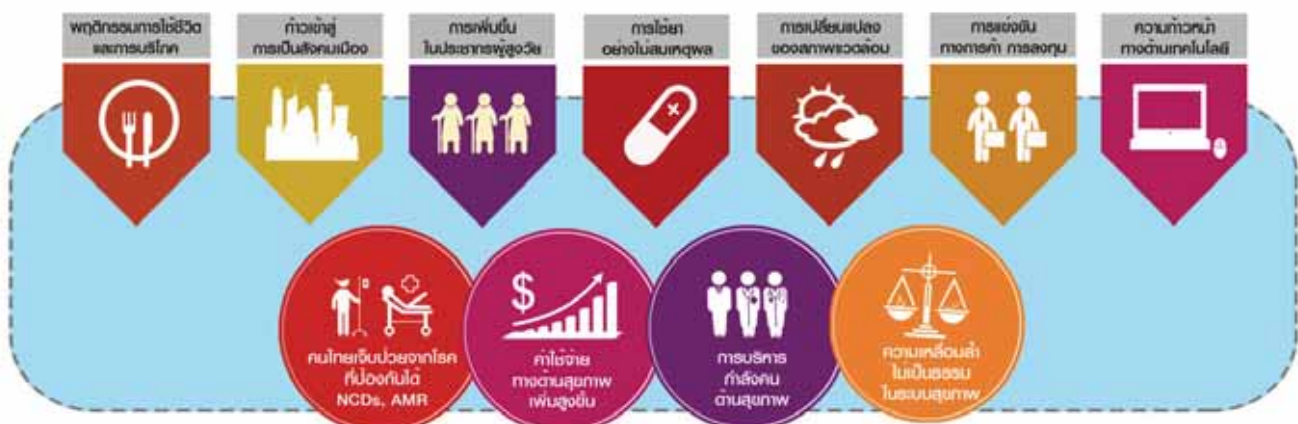
วิสัยทัศน์	ผู้นำระบบวิจัยที่สร้างความรู้เชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพไทย
พันธกิจ	พัฒนาระบบวิจัย เพื่อขับเคลื่อนความรู้ อย่างมีทิศทางและมีส่วนร่วม
ค่านิยม	FIRST (F=Focus on the Future: การมุ่งเน้นอนาคต, I=Integrity and Accountability: ความซื่อสัตย์และความรับผิดชอบ, R=Readiness and Inspiration to Learn: การเรียนรู้อยู่เสมอ, S=System Approach: การทำงานอย่างเป็นระบบ, T=Teamwork and Partnership: การทำงานเป็นทีม)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
1. มีทิศทางการวิจัยด้านสุขภาพของประเทศ 2. มีองค์ความรู้ที่เพียงพอและทันสมัยในการกำหนดนโยบายหรือการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน 3. เพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการงานวิจัยให้มีประสิทธิภาพ	1. จำนวนและคุณภาพกลุ่มประเด็นการวิจัยด้านสุขภาพของประเทศ ที่เรียงตามลำดับความสำคัญ และจำนวน (ร้อยละ) ของประเด็นวิจัยที่ได้ไปดำเนินการวิจัย 2. จำนวน (ร้อยละ) ของงานวิจัยของ สวรส. ได้นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการสำคัญในการพัฒนาสุขภาพ 3. ประสิทธิภาพและความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) ของการบริหารงานวิจัย

	ยุทธศาสตร์ที่ 1	ยุทธศาสตร์ที่ 2	ยุทธศาสตร์ที่ 3	ยุทธศาสตร์ที่ 4
ยุทธศาสตร์	การสร้างทิศทางและจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การวิจัยและแผนพัฒนาของประเทศ	การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ	การพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยระบบสุขภาพ	การพัฒนากลไกการบริหารจัดการวิจัยระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานและยั่งยืนโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
ยุทธวิธี	1. กำหนดทิศทางแผนงานวิจัยด้านสุขภาพ ของประเทศและจัดลำดับความสำคัญ อย่างมีส่วนร่วม และมีการบูรณาการจากทุกภาคส่วน 2. ผลักดันให้เกิดการวิจัยตามทิศทางการวิจัยด้านสุขภาพ	1. ส่งเสริมการสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีคุณภาพให้ได้รับการยอมรับ และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประเทศ 2. ขับเคลื่อนงานวิจัยด้านสุขภาพไปสู่การกำหนดนโยบาย แนวทาง หรือมาตรการ ในการพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมการเผยแพร่ และใช้ประโยชน์ผลงานวิจัยด้านสุขภาพ 3. เสริมสร้างความร่วมมือด้านการวิจัยกับภาคเอกชนที่สอดคล้องกับประเด็นวิจัยสุขภาพ	1. พัฒนาและเสริมสร้างขีดความสามารถในการบริหารจัดการงานวิจัย และให้ทุนนักวิจัยทางสุขภาพ 2. พัฒนาความร่วมมือกับภายในประเทศไทย นานาชาติทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก ในการวิจัยเชิงระบบสุขภาพ ให้เกิด Excellent center ทางการวิจัย	1. พัฒนานโยบายที่มีคุณภาพด้านการบริหารจัดการ โดยเน้นการพัฒนาการควบคุมภายใน การตรวจสอบภายใน และตอบสนองจากตรวจสอบภายนอก 2. บริหารจัดการทุนและแหล่งทุนเพื่อการวิจัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ สวรส. 2560-2564

สถานการณ์และบริบท



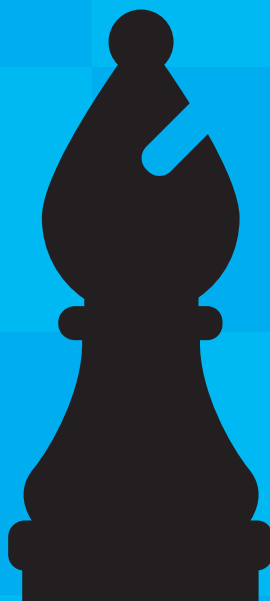
4 ยุทธศาสตร์* ๙ ยุทธวิธี

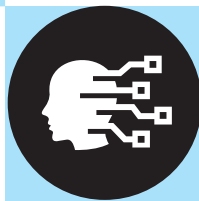
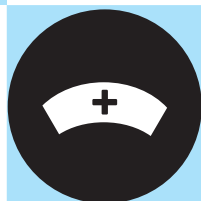
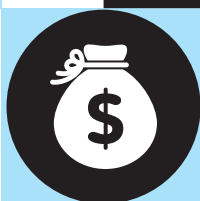
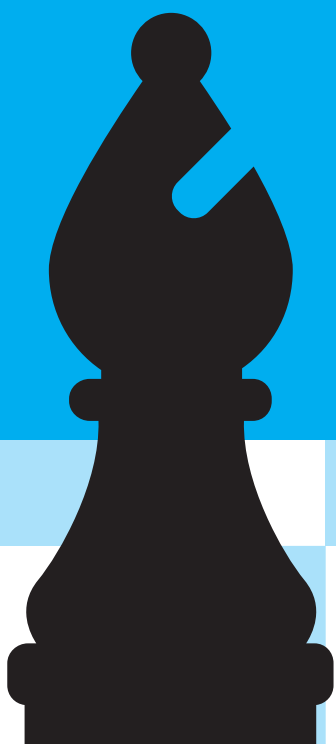


หมายเหตุ* : ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างทิศทางและจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยระบบสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาภาวการณ์บริหารจัดการวิจัยระบบสุขภาพที่มีมาตรฐานและยั่งยืน

ກາລຟນວກ





แผนพัฒนาคุณภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12

ส่วนที่ 3 สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพ

3.1 สถานการณ์ภายนอกประเทศ

3.1.1 ปัจจัยระดับโลกที่สำคัญ

1) ภาวะเศรษฐกิจโลก : เศรษฐกิจโลกขยายตัวช้า ผันผวนทางการเงิน กีดกันการค้า ค่าเสียโอกาสกลุ่ม

เศรษฐกิจโลกมีแนวโน้มขยายตัวช้า มีความผันผวนในระบบเศรษฐกิจและการเงินสูง เกิดตลาดใหม่ที่มีกำลังซื้อสูง เช่น อินเดีย แอฟริกาใต้ รัสเซีย เกิดการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ทั่วโลกเพื่อสร้างอำนาจต่อรอง เช่น Tran-Pacific Partnership (TPP) และ Regional Comprehensive Economic Partnership (RCEP) ทำให้รูปแบบการค้ามีความเป็นเสรีและแข่งขันกันมากขึ้น เกิดการเคลื่อนย้ายทุนและแรงงาน ก่อให้เกิดมาตรการกีดกันทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษีเพิ่มมากขึ้น เช่น การออกกฎระเบียบ มาตรฐานสินค้าและบริการ มาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อม และสิทธิมนุษยชน ซึ่งประเทศไทยต้องพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมบนฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ปรับปรุงระเบียบกฎหมายให้สอดคล้องกับข้อตกลงระหว่างประเทศ รวมทั้งสร้างสภาพแวดล้อมให้เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรม

2) ภาวะโลกร้อน/Climate change

ภาวะภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง (Climate Change) หรือภาวะ “โลกร้อน” ส่งผลให้สภาพภูมิอากาศแปรปรวน ภูเขา น้ำแข็งละลายทำให้เกิดน้ำท่วมหลายประเทศอย่างรุนแรง เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่บ่อยครั้งและรุนแรงขึ้นไปทั่วโลก ทั้งวาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง ความหลากหลายทางชีวภาพถูกทำลาย การสูญเสียพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลเนื่องจากระดับน้ำทะเลที่สูงขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีผลต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งต่อนิเวศวิทยา เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติและระดับโลก รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะโรคระบาด ปัจจัยจากภาวะโลกร้อน มีผลให้แมลงพาหะนำโรคต่างๆ สามารถแพร่ขยายพันธุ์ได้มากขึ้น และขยายพื้นที่อาศัยข้ามประเทศหรือทวีปได้ ขณะเดียวกันจุลชีพก่อโรคต่างๆ ก็พัฒนาเติบโตได้รวดเร็วขึ้นอีกด้วย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดโรคติดต่อทั้งในคนและสัตว์ เช่น โรคติดต่อระหว่าง สัตว์และคน และโรคติดต่อนำโดยแมลง และส่งผลกระทบทางอ้อมโดยทำให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ที่มีผลกระทบให้เกิดโรคระบาดต่างๆ ตามมา เช่น โรคระบาดที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและน้ำดื่มที่ไม่สะอาด ภาวะโลกร้อนทำให้สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง การดำรงชีวิตของสัตว์ที่เป็นพาหะของโรค เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ทำให้มีโอกาสที่จะแพร่เชื้อได้ง่ายหรือแพร่เชื้อข้ามสายพันธุ์ได้ อาจส่งผลให้เชื้อโรคทวีความรุนแรงมากขึ้น กลายเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ซึ่งคนไม่มีภูมิคุ้มกัน อีกทั้งเชื้อโรค ที่เจริญได้ดีในอุณหภูมิสูง เช่น เชื้อโรคใช้เลือดออก เชื้อโรคมาลาเรียที่มีอยู่เป็นพาหะจะแพร่พันธุ์และเจริญเติบโตได้ดีขึ้น หรืออาจทำให้ฤดูกาลระบาดยาวนานมากขึ้น

3) สังคมผู้สูงอายุโลก

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544–2643 (2001–2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลกและมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน ความต้องการสินค้าและบริการสำหรับผู้สูงอายุจะมากขึ้น โดยประเทศที่พัฒนาแล้วเช่น ฝรั่งเศส อเมริกา สวีเดน จะมีระยะเวลาเตรียมตัวสำหรับการเป็นสังคมสูงวัยค่อนข้างนานเมื่อเทียบกับประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมีระยะเวลาที่เข้าสู่สังคมสูงวัยที่ค่อนข้างเร็วประมาณ 16 ปี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการออม การลงทุน และการคลังของประเทศ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงและกระจายตัวของประชากรโลกพบว่าส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 จะอาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีสัดส่วนการบริโภคมากกว่าร้อยละ 80 ของประชากรทั้งหมด การบริโภคสินค้าและบริการด้านสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาบริการทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรองรับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่ประเทศต้องเตรียมพร้อมรับมือ

4) ความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี

ความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีด้านการโทรคมนาคมและการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว ทำให้นำไปสู่ความเป็นหนึ่งเดียวของสังคมโลกหรือโลกาภิวัตน์ ก่อให้เกิดเทคโนโลยีทางการค้าขาย การเงิน การบริการที่ไร้พรมแดน สังคมโลกเริ่มเข้าสู่ยุคระบบเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัลมากขึ้น เทคโนโลยีดิจิทัลจะไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือสนับสนุนการทำงานหรือการสื่อสารเท่านั้น ในอนาคตเทคโนโลยี ดิจิทัลจะหลอมรวมเข้ากับชีวิตประจำวัน (Internet all of things) โครงสร้าง รูปแบบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ กระบวนการผลิต การค้า การบริการ กระบวนการทางสังคม และมีนวัตกรรมใหม่ๆ เพิ่มขึ้น รวมถึงการให้บริการทางด้านสุขภาพซึ่งจะมีผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น

5) วาระการพัฒนาของโลกภายหลัง ค.ศ.2015

ประเทศไทยได้ลงมติรับรองเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนปี 2559–2573 (Sustainable Development Goals : SDGs) ภายใต้ความร่วมมือของสหประชาชาติ ในเดือนกันยายน 2558 โดยต้องบรรลุในอีก 15 ปีข้างหน้า (ในปี 2573) SDGs เป็นวาระการพัฒนาใหม่ของโลกที่กำหนดขึ้นแทนเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ที่หมดอายุลงเมื่อสิ้นปี 2558 (2015) SDGs มุ่งเน้นให้มีความเชื่อมโยงมิติการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้ความสำคัญใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การยึดมั่นในหลักการพัฒนายั่งยืน 2) การสร้างภูมิคุ้มกัน 3) การลดความเหลื่อมล้ำและให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชน 4) รูปแบบการดำเนินงานต้องเริ่มจากการวางกรอบกติกาสังคมให้มั่นคงและเป็นธรรมให้ทุกคนมีความเสมอภาค มีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรและบริการภาครัฐอย่างเท่าเทียม และให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนาทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ

SDGs ประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลัก และเป้าหมายย่อย 169 ข้อ ที่ทุกประเทศในอีก 15 ปีข้างหน้าไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาจะบรรลุเป้าหมายสังคมที่เจริญแล้ว 17 เป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายที่ 3 เป็นเรื่องสุขภาพ “การมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ” (Ensure healthy life and promote wellbeing for all at all ages) มีเป้าประสงค์ให้ประชาชนทุกคนในทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี มีเป้าหมายย่อย 13 เป้าหมาย ประกอบด้วย

- 1 ลดการตายของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการคลอดให้ไม่เกิน 70 ต่อการคลอดมีชีพ 100,000 คน
- 2 ลดการตายของเด็กทารกไม่เกิน 12 และเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีให้ไม่เกิน 25 ต่อพันเด็กเกิดมีชีพ

- 3 หยุดยั้งการระบาดของโรคเอดส์ มาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อในกลุ่มประเทศเขตร้อน โรคไวรัสตับอักเสบ โรคติดต่อที่เกิดจากการบริโภคน้ำ อาหารที่ไม่สะอาดและโรคติดต่อต่างๆ
- 4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลงหนึ่งในสามของการตาย ในปี 2558 และแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต
- 5 เสริมสร้างความเข้มแข็งในการการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 6 การลดการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของการบาดเจ็บและเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2558 (ภายในปี 2020)
- 7 การเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์อย่างทั่วถึง
- 8 ให้ประชาชนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อได้รับการดูแลรักษาด้วยยาหลักและวัคซีน
- 9 ลดการป่วยและการตายจากการปนเปื้อนสารเคมีอันตราย และมลพิษในดิน น้ำและอากาศ รวมทั้งมลพิษในสภาวะแวดล้อมต่างๆ
- 10 การนำหลักการในกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบของ WHO ไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ
- 11 สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการผลิตวัคซีน ยา เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางสุขภาพ
- 12 เพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ
- 13 เสริมสร้างศักยภาพในการเตือนภัย เฝ้าระวังและลดความสูญเสียที่เกิดจากภัยพิบัติและภัยคุกคามต่างๆ รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่

ทั้งนี้ นอกเหนือจากเป้าหมายหลักในข้อ 3 นี้แล้ว ยังมีเป้าหมายอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ เช่น เป้าหมายย่อยที่ 5.6 เรื่องสิทธิของสตรีและเด็กผู้หญิง เป้าหมายย่อยที่ 6.1 เรื่องการเข้าถึงน้ำสะอาดสำหรับบริโภคอย่างถ้วนหน้า เป็นต้น จากเป้าหมายย่อยทั้ง 13 ข้อของเป้าหมายหลักข้อ 3 มีประเด็นท้าทาย คือ ข้อ 3 4 และ 6 เป็นประเด็นที่ค่อนข้างยากที่จะส่งผลต่อการวางแผนการพัฒนาประเทศที่ต้องเน้นการพัฒนาเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

6) ความมั่นคงทางอาหาร พลังงาน

ความมั่นคงทางอาหารและพลังงานโลก ความต้องการพืชพลังงาน สินค้าเกษตร และอาหารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่การผลิตพืชอาหารลดลงจากข้อจำกัดด้านพื้นที่ เทคโนโลยีที่มีอยู่ และการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างการผลิตพืชอาหารและพืชพลังงานในอนาคต นอกจากนี้ความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยของโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ จากกรณีสารกัมมันตรังสีรั่วไหลจากโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ฟูกูชิมะ ประเทศญี่ปุ่น ทำให้ในหลายประเทศต้องทบทวนโครงการสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ และกลับมาใช้พลังงานอย่างอื่นแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพลังงานชีวมวล ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางอาหารเช่นกัน

7) การก่อการร้ายสากลและข้อพิพาทระหว่างประเทศ

การก่อการร้ายสากล เป็นภัยคุกคามประชาคมโลก ที่ขยายตัวและมีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ รวมถึงการมีข้อขัดแย้งระหว่างประเทศ ข้อพิพาทระหว่างประเทศ เช่น กรณีพิพาททะเลจีนใต้ระหว่างจีน-เวียดนาม ความขัดแย้งของจีนและญี่ปุ่น ปัญหาความขัดแย้งในคาบสมุทรเกาหลีระหว่างเกาหลีเหนือและเกาหลีใต้ ซึ่งมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การค้า การลงทุนของโลกด้วย

8) การคุกคามของโรคระบาด

การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในภูมิภาคทั่วโลก เป็นภัยคุกคามต่อภาวะสุขภาพในทุกประเทศทั่วโลก ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ทั้งโรคติดต่อชนิดใหม่ที่เพิ่งค้นพบการระบาดในมนุษย์หรือโรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ เช่น โรคเอดส์ โรคซาร์ส โรคติดต่อไวรัสนิปาห์ (Nipah viral disease) และไวรัสเฮนดรา โรคติดต่อไวรัสอีโบล่า-มาร์ โรคไข้เวสต์ ไนล์ โรคสมองฝ่อ หรือเกิดจากเชื้อโรคที่กลายพันธุ์เช่น เชื้อไข้หวัดนก (H5N1) เชื้อไข้หวัดใหญ่ A (H1N1) pdm09 ที่ระบาดใหญ่ในปีพ.ศ. 2552 เชื้ออีโคไลโอ 104 โรคไข้กาฬหลังแอ่นจากเชื้อสายพันธุ์ ใหม่ เชื้อโรคดื้อยา รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไป แล้ว แต่กลับระบาดขึ้นใหม่ เช่น โรคไข้ปวดข้อยุงลาย กาฬโรค รวมถึงความเสี่ยงจากโรคติดต่อที่ใช้ เป็นอาวุธชีวภาพ เช่น แอนแทรกซ์ใช้ทรพิษ ดังนั้น ทุกประเทศทั่วโลกจำเป็นต้องเตรียมการเฝ้าระวัง ป้องกัน การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมถึงประสานข้อมูลระหว่างประเทศต่างๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรคอย่างเต็มที่

3.1.2 ปัจจัยในระดับภูมิภาค

การรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียนของ 10 ประเทศในภูมิภาค ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ เป็นการเสริมแรงและอำนาจต่อรองที่สำคัญในการแข่งขันเชิงสร้างสรรค์กับภูมิภาคและกลุ่มมหาอำนาจอื่นๆ ของโลกและเพื่อความมั่นคงของภูมิภาคด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรม แต่ในระบบสุขภาพของแต่ละประเทศยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมาก ทั้งระดับการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ สภาพพื้นฐานด้านสุขภาพ สภาวะสุขภาพของประชาชน จึงอาจส่งผลกระทบต่อประเทศไทยซึ่งมีภูมิศาสตร์ที่ตั้งอยู่บนภาคพื้นทวีปตรงกลางภูมิภาคและเป็นเส้นทางสำคัญของการเดินทางเคลื่อนย้ายในภูมิภาคอาเซียน ทั้งการมาอยู่อาศัยและการผ่านแดนของประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งที่ถูกต้องกฎหมายและผิดกฎหมาย การเพิ่มขึ้นของการขนส่งสินค้าต่างๆ หรือผลิตภัณฑ์ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ การลักลอบขนส่งยาเสพติดและสารตั้งต้นในการผลิต รวมถึงโรคระบาดและโรคติดต่อข้ามแดน โรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ตลอดจนผลกระทบจากการพัฒนาเส้นทางคมนาคมที่อาจก่อให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจรที่เพิ่มขึ้น ปัญหาต่างๆ เหล่านี้เป็นความเสี่ยงทางสุขภาพที่ประเทศไทยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่ต้องปรับตัวโดยการท างานเชิงบูรณาการร่วมกันระหว่างส่วนราชการและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและมีกลไกขับเคลื่อนที่เหมาะสมเพื่อให้ประเทศมีภูมิคุ้มกันในตนเองและมีความมั่นคงทางสุขภาพในระยะยาว ขณะเดียวกันก็สามารถใช้โอกาสจากการรวมตัวเป็นประชาคมในการแสดงบทบาทเชิงสร้างสรรค์และเป็นผู้นำด้านสุขภาพในอาเซียน รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถและยกระดับคุณภาพบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อประชาชนไทย

3.2 ปัจจัยภายในประเทศที่สำคัญ

3.2.1 โครงสร้างประชากร

ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 65.72 ล้านคน ชาย 32.28 ล้านคน หญิง 33.44 ล้านคน (ข้อมูลตามประกาศกระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559) มีสัดส่วนวัยเด็กร้อยละ 17.82 วัยแรงงานร้อยละ 65.67 และวัยสูงอายุร้อยละ 16.90 อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยในปี 2560 อยู่ที่ 1.59 ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทน โดยคาดว่าจะมีแนวโน้มลดลงตลอดช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับ 12-15 (พ.ศ. 2560-2579) เหลือเพียง 1.35 ในปี 2579 หากไม่มีการดำเนินการใดๆ ในการเพิ่มอัตราการเกิดของประชากร จะส่งผลให้

โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ประเทศไทยเป็นประเทศลำดับที่สามในทวีปเอเชียที่โครงสร้างประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (รองจากประเทศญี่ปุ่นและเกาหลีใต้) สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเนื่องมาจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ คือ (1) การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง จากข้อมูลอัตราเจริญพันธุ์รวม ที่สตรีคนหนึ่งมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ได้ลดลงเป็นลำดับ จาก 4.9 คน ต่อสตรี 1 คนในปี 2517 เหลือเพียงประมาณ 1.6 คน ต่อสตรี 1 คน ในปี 2556 และเหลือประมาณ 1.3 คน ในปี 2576 (2) การลดภาวะการตาย ทำให้อายุคนไทยยืนยาวขึ้น ดูได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย เมื่อ 50 ปีก่อน อายุคาดเฉลี่ยของเพศชายประมาณ 55 ปี เพศหญิงประมาณ 62 ปี แต่ปัจจุบัน (2557) อายุคาดเฉลี่ยฯ ได้เพิ่มสูงขึ้น โดยเพศชายประมาณ 72 ปี เพศหญิง ประมาณ 79 ปี ในอนาคต สัดส่วนประชากรวัยเด็กวัยแรงงานจะลดลง คนสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้อัตราส่วนการพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการพึ่งพิงของประชากรสูงอายุต่อคนวัยทำงาน พบว่า พ.ศ. 2553 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 19.7 คน พ.ศ. 2563 วัยทำงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 30.3 คน และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากสถานการณ์นี้จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ การเตรียมกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการความเฉพาะทางมากขึ้น ภาวะพึ่งพิงต่อวัยทำงานเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้นตามการสูงวัยของประชากร (การเป็นสังคมสูงวัย) ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพของผู้สูงอายุในอีก 12 ปีข้างหน้า เพิ่มขึ้น 3.6 เท่าและสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกอายุจาก 63,565.1 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2553 เป็น 228,482.2 ล้านบาท ในพ.ศ. 2565 หรือจากร้อยละ 2.1 ต่อ GDP เป็นร้อยละ 2.8 ต่อ GDP ในช่วงเดียวกัน

3.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม

3.2.1.1 ประเทศไทยจัดอยู่ในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางขั้นสูง (Upper middle-income country) ด้วยเหตุที่ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาประเทศในระดับหนึ่งแล้ว ตัวอย่างเช่น อัตราการขยายตัวของผลผลิตมวลรวมในระยะเวลากว่า 5 ทศวรรษที่ผ่านมา (ปี 2504-2552) เฉลี่ยอยู่ที่ระดับ 6.2 เปอร์เซ็นต์ต่อปี และคนไทยอยู่เหนือระดับจากความยากจนเป็นจำนวนกว่า 80 เปอร์เซ็นต์ของคนไทยทั่วประเทศ อันดับความสามารถในการแข่งขันของประเทศโดยรวมดีขึ้น จากการจัดลำดับของ World Economic Forum ในปี 2558 อยู่ในอันดับที่ 32 จาก 140 ประเทศ แต่การพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานการขนส่งและ โลจิสติกส์ ยังขาดประสิทธิภาพและขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ทำให้ต้นทุนสูงเมื่อเทียบกับต่างประเทศ

3.2.1.2 ประเทศไทย 4.0 ปัจจุบันการพัฒนาอุตสาหกรรมของประเทศไทยอยู่ระหว่าง ยุคอุตสาหกรรม 2.0 ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าและสายพานร่วมกับแรงงานมนุษย์ในกระบวนการผลิต กับอุตสาหกรรม 3.0 ที่เป็นยุคของการใช้เครื่องจักรอัตโนมัติหรือหุ่นยนต์ในกระบวนการผลิต ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมุ่งสู่อุตสาหกรรม 4.0 ที่เป็นยุคของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลและ อินเทอร์เน็ตมาใช้ในการกระบวนการผลิต ซึ่งต้องใช้แรงงานที่มีผลิตภาพสูง แต่ผลิตภาพแรงงาน ไทยในช่วงปี 2544–2557 เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 2.9 ต่อปี และเป็นแรงงานทักษะต่ำ จึงมีโอกาส สูงที่แรงงานทักษะและศักยภาพสูงจะไหลเข้ามาทำงานในประเทศ แต่ก็มีโอกาสไหลออกไปสู่ ประเทศที่มีค่าตอบแทนสูงกว่าได้เช่นกัน

รัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ตั้งเป้าหมายเปลี่ยนแปลงประเทศไทยไปสู่ “ประเทศไทย 4.0” เพื่อก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลางที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง เศรษฐกิจไปสู่ “Value-base Economy” หรือ “เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม” โดยการ แปลงความได้เปรียบของประเทศใน 2 ด้าน คือ ความหลากหลายเชิงชีวภาพ และ ความหลากหลาย เชิงวัฒนธรรม ให้เป็นความได้เปรียบในเชิงแข่งขัน เติบโตด้วยนวัตกรรม ความคิดสร้างสรรค์ วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและการวิจัยและพัฒนา ต่อยอดด้วย 5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม ได้แก่ 1) กลุ่มอาหาร เกษตร และเทคโนโลยีชีวภาพ 2) กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ 3) กลุ่มเครื่องมืออุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์ และระบบเครื่องกลที่ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ ควบคุม 4) กลุ่มดิจิทัล เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อและบังคับอุปกรณ์ ต่างๆ ปัญญา ประดิษฐ์และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว 5) กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรม และบริการ ที่มีมูลค่าสูง ทั้ง 5 กลุ่ม ต้องเร่งพัฒนาต่อยอดให้เกิดมูลค่าเพิ่มและฐานเศรษฐกิจใหม่

3.2.1.3 ยังมีความเหลื่อมล้ำทางสังคมและความยากจน ความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้ ระหว่างคนจนกับคนรวยมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคด้านรายได้ (Gini Coefficient) ลดลงจาก 0.484 ในปี 2554 เหลือ 0.465 ในปี 2556 ยังมีความเหลื่อมล้ำในมิติ ต่างๆ เช่น ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐาน อันเนื่องมาจากความแตกต่างทางความรู้ การกระจายรายได้สูง ทักษะด้านแรงงาน เป็นต้น ความเหลื่อมล้ำจะมีแนวโน้ม รุนแรงมากขึ้นจากกระแสโลกาภิวัตน์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสมัยใหม่ในหลากหลายสาขา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศที่ผันผวนรุนแรง ทรัพยากรธรรมชาติที่เสื่อมโทรม ปัญหามลพิษ ความเหลื่อม ล้าจากการเข้าถึงและการจัดสรรการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ

3.2.1.4 สังคมเมืองเพิ่มขึ้น การขยายตัวของเมืองเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะในรอบ 40 ปี (พ.ศ. 2523–2553) พบว่าจำนวนประชากรเมืองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.4 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 44.1 ในปี 2553 และคาดว่าในอีก 10 ปี ประชากรเมืองของประเทศไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 60 ซึ่งการวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อรองรับและอำนวยความสะดวกสำหรับคนทุกกลุ่มในการขยายตัวของเมืองในอนาคต

3.2.1.5 ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ (Determinants of health) ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ มีทั้งที่ใกล้ตัวที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้แก่ ปัจจัยทางปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และยังมีปัจจัยที่อยู่ไกลตัวออกไป เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การเมือง และการกระจายทรัพยากรในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก ซึ่งจะมีผลหรือเป็นตัวกำหนดปัจจัยใกล้ตัวอีกทีหนึ่ง ซึ่งในแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงและมีอิทธิพลต่อกันอย่างเป็นองค์รวม แยกกันไม่ออก และมีความเป็นพลวัตเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ปัจจัยเหล่านี้ มีผลทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเชิงสังคม และทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพนั้นต้องมีหลายหน่วยงาน/หลายกระทรวงเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากมิติของเศรษฐกิจ สังคม เช่น เรื่องความยากจน การจ้างงาน การกีดกันทางสังคม โลกาภิวัตน์ หรือภัยทางธรรมชาติ หรือภาวะโรคระบาด ซึ่งเป็นเรื่องระดับโลก และสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อคนทั่วโลก แม้จะไม่ได้เป็นประเทศที่เป็นต้นเหตุหลักของปัญหา ระบบบริการสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญด้วย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดความเท่าเทียม ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน และมีความยั่งยืน ไม่เป็นภาระงบประมาณจนไม่สามารถที่จะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาวได้

3.2.1.6 สถานการณ์ทางการเมืองและความมั่นคงภายในประเทศ ปัญหาความมั่นคงภายในประเทศมีความซับซ้อน สะสมมาอย่างยาวนาน ความขัดแย้งทางการเมืองลุกลามถึงสถาบันหลักของชาติ ถึงแม้ว่าจะมีคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (ตั้งแต่ 22 พฤษภาคม 2557) และมีรัฐบาลปกครองประเทศ แม้ว่าสถานการณ์ความขัดแย้งจะเบาบางลง แต่ก็ยังคงมีการแบ่งฝักฝ่ายทางการเมือง แบ่งสี ซึ่งได้ขยายไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศและขยายลงลึกถึงระดับครอบครัว ชุมชน สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรง ปัญหายาเสพติด แรงงานข้ามชาติ ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชัน เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพในด้านต่างๆ เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และความมั่นคงของประเทศ

3.2.1.7 การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข มีแผนการปฏิรูปใน 3 เรื่อง ได้แก่

- 1 **ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ** เพื่อให้มีระบบบริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐานครอบคลุมและเชื่อมโยงทุกระดับ มีความเป็นธรรม ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีประสิทธิภาพ ภายใต้งบประมาณที่เหมาะสม ประเด็นในการปฏิรูป คือ ระบบบริการปกติ (ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแบบองค์รวม การพัฒนายุทธศาสตร์เรื่องยา การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร และการสื่อสารด้านสุขภาพ
- 2 **ปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพ** เพื่อให้มีหน่วยงานกลางระดับชาติ ที่จะกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานในระบบสุขภาพให้มีเอกภาพและเกิดประสิทธิภาพ ตลอดจนตรวจสอบ ประเมินผล ให้เป็นไปตามกฎหมายและธรรมาภิบาล โดยมีประเด็นการปฏิรูป คือ จัดตั้งคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ การปรับบทบาท Regulator/Provider จัดตั้งสำนักงานมาตรฐาน และจัดการข้อมูลสารสนเทศระบบสุขภาพแห่งชาติ
- 3 **ปฏิรูปการเงินการคลังและการประกันสุขภาพ** เพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ประชาชนต้องมีหลักประกันด้านสุขภาพ โดยมีประเด็นการปฏิรูป คือ
 - (1) **สร้างหลักประกันความมั่นคงและแก้ไขความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ** โดย
 - ปรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพให้เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับประชาชนทั่วประเทศ
 - ประชาชน/ท้องถิ่นที่มีศักยภาพมีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น การประกันสุขภาพส่วนบุคคลเพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์พื้นฐาน
 - จัดตั้งกองทุนสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นที่ยอมรับของงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร และจากการประกันสุขภาพส่วนบุคคล
 - จัดตั้งสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมสำนักงานประกันสังคมและ สปสช.) อยู่ภายใต้คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

- ประชาชน/ท้องถิ่น มีส่วนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- จัดให้มีระบบฐานข้อมูลด้านการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับประเทศ

(2) สร้างความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดย

- การประกันสุขภาพส่วนบุคคล
- การประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/นักท่องเที่ยว
- เพิ่มภาษีอาหาร/เครื่องดื่มที่เป็นภัยต่อสุขภาพ
- ส่งเสริม สนับสนุนการแพทย์แผนไทยคู่ขนานไปกับระบบปัจจุบัน
- ส่งเสริม สนับสนุนธุรกิจสุขภาพภาคเอกชน และความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน

3.2.3 สถานะสุขภาพคนไทย

คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น แต่สูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้

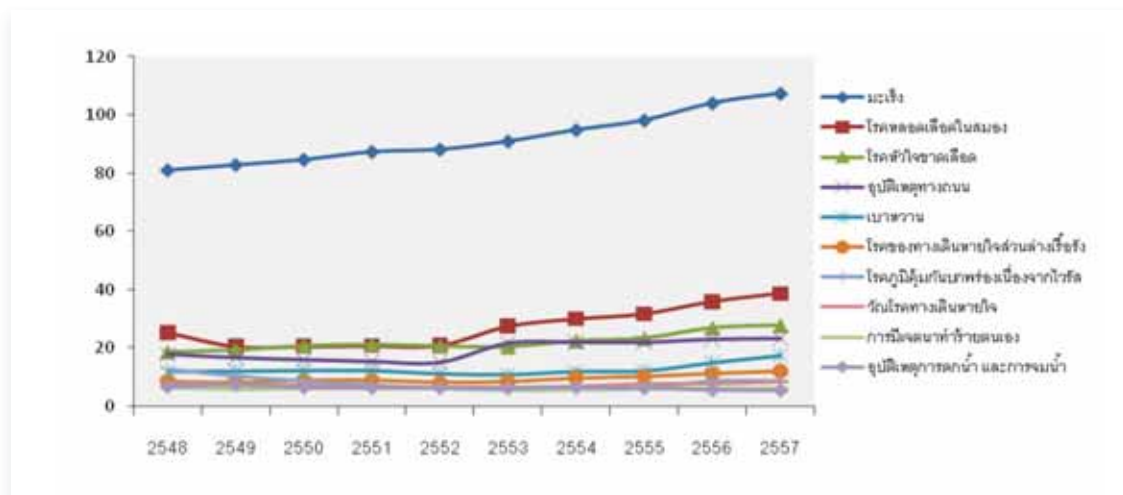
3.2.3.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at birth) ของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยเพศชายเพิ่มจาก 70.4 ในปี 2553 เป็น 71.3 ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 75.3 ในปี 2583 สำหรับเพศหญิงเพิ่มจาก 77.5 ในปี 2553 เป็น 78.2 ในปี 2557 และคาดประมาณว่าจะเพิ่มเป็น 81.9 ในปี 2583 (ข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2553–2583 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

3.2.3.2 อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) เพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2552–2556) จาก 62 ปีในปี 2552 เป็น 66 ปีในปี 2556 (ที่มา: World Health Statistic 2013–2015) สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรของประชากรไทย ในปี 2556 ทั้งในชายไทยและหญิงไทย มาจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนหญิงไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ

3.2.3.3 คนไทยป่วยและตาย ด้วยโรคที่ป้องกันได้

จากข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลที่มารักษาและนอนในโรงพยาบาลและมีหลักประกันสุขภาพจาก 3 กองทุนหลัก (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคม) ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมามีแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตวาย สาเหตุการตายของคนไทยจากข้อมูลการตายในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์กระทรวงมหาดไทย วิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งที่มีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รองลงมาได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุทางถนน และโรคเบาหวาน สำหรับโรคเอดส์มีแนวโน้มการตายลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา (ภาพที่ 1) เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายในการให้ยา ARV ฟรีในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงทำให้การตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระโรคในปี 2556 (Burden of diseases Study) ที่พบว่า การสูญเสียปีที่มีสุขภาพดี (DALYs loss) จากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อกว่า 5 เท่าในเพศชาย และมากกว่า 8 เท่าในเพศหญิง

ภาพที่ 1 อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คนจากสาเหตุสำคัญ พ.ศ. 2548-2557



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับโลกยุคโลกาภิวัตน์ ที่เป็นปัจจัยสำคัญทำให้การแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อระบบสาธารณสุข ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มของอุบัติการณ์และความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น มีการระบาดในหลายพื้นที่ ทั้งในและต่างประเทศทั่วโลก เช่น การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก (H5N1) การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ Pandemic (H1N1) 2009 การแพร่ระบาดของโรคซาร์ส การแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในทวีปตะวันออกกลาง และในปี 2557 มีโรคติดต่อไวรัสอีโบลา สำหรับประเทศไทย มีการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ในบางช่วง เช่น ในปี พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วยโรคซาร์สเป็นครั้งแรกและพบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2551 ซึ่งทำให้พบผู้ป่วยและเสียชีวิตในช่วงปี 2547–2549 นอกจากนั้นการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ Pandemic (H1N1) 2009 หรือไข้หวัดใหญ่ 2009 ในปี พ.ศ. 2552 ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก สำหรับโรคมือ เท้า ปาก (Hand, Foot and Mouth disease; HFMD) ที่เกิดจากเชื้อที่มีความรุนแรงก็พบบ่อยขึ้นในประเทศไทยและมีการแพร่ระบาดในปี 2555 สำหรับโรคอื่นๆ ล่าสุดในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 ได้พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์สเป็นรายแรกในประเทศไทย โดยเป็นชาวต่างชาติที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค ส่วนโรคติดต่อไวรัสอีโบลายังไม่เคยมีรายงานการพบโรคนี้ในประเทศไทย **คนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนนมากเป็นอันดับ 2 ของโลก** ข้อมูลจากการเก็บสถิติของสถาบันวิจัยด้านการคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน สหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 18 คน ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี แต่สำหรับนามิเบีย ไทย และอิหร่าน ซึ่งเป็น 3 อันดับต้นๆ มีสถิติมากกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 2 เท่า คือ 45 คน, 44 คน, และ 38 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ตามลำดับ

3.2.3.4 การะโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโลกเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 1,682,281 ราย ในปี 2548 เป็น 3,099,685 ราย ในปี 2555 สาเหตุการตายส่วนใหญ่ของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีสาเหตุมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า

- ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 8.9 ความชุกในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย ร้อยละ 9.8 และร้อยละ 7.9 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 4 ในปี 2552 (มีร้อยละ 6.9) พบว่าความชุกในปี 2557 เพิ่มขึ้น และสัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มจากร้อยละ 31.2

เป็นร้อยละ 43.1 ในส่วนของการรักษาและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG<130มก./ดล.) ลดลงจากร้อยละ 30.6 เป็นร้อยละ 23.5 ตามลำดับ

- ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 24.7 ผู้ชายร้อยละ 25.6และผู้หญิงร้อยละ 23.9 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 4 ในปี 2552 (ภาพรวมร้อยละ 22.0 : ผู้ชายร้อยละ 23.3 ผู้หญิงร้อยละ 20.9) พบว่าความชุกในปี 2557 เพิ่มขึ้น แต่การเข้าถึงบริการดีขึ้น โดยในจำนวนคนที่เป็ความดันโลหิตสูงนั้น สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงลดลงจากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 44.7 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาแต่ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 23.6 เป็น 20.1 และสัดส่วนของผู้ที่สามารถคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์สูงขึ้นกว่าเดิมจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 20.9 ตามลำดับ
- ความชุกของภาวะอ้วน (BMI≥25 กก./ตร.เมตร) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 37.5 (ชายร้อยละ 32.9 และหญิงร้อยละ 41.8) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 4 เมื่อปี 2552 ความชุกของภาวะอ้วน (BMI≥25 กก./ตร.เมตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 40.7 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 41.8 ส่วนผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 32.9
- ความชุกของโรคเรื้อรังในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข พบว่าเป็นข้ออักเสบร้อยละ 11.4 โรคหอบหืดร้อยละ 3.5 นิ่วทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 3.0 โรคเกาต์ ร้อยละ 2.4 ไตวาย ร้อยละ 1.0 ธาลัสซีเมีย ร้อยละ 0.7 และหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 0.6 (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์) แนวโน้มขนาดของปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศและภูมิภาค หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้คาดการณ์ว่าในปี 2558 ประเทศไทยจะสูญเสียรายได้เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 52,150 ล้านบาท แต่หากคนไทยช่วยกันป้องกันตนเองจะช่วยลดการสูญเสียได้ถึงร้อยละ 10-20

3.2.3.5 คนไทยขาดความรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนไทย เรื่อง 3 อ 2 ส พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 ของประชาชนทั้งหมดมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ 2 ส และข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

- ความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 16.0 (ชายร้อยละ 31.1 และหญิงร้อยละ 1.8)
- สัดส่วนของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีร้อยละ 19.2 (ชาย 18.4 หญิง 20.0) และพบมากในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 31.3
- พฤติกรรมการกิน พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76 กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน กลุ่มที่กินอาหารครบ 3 มื้อน้อยที่สุดคือ กลุ่มอายุ 15-29 ปี มีร้อยละ 69.9 และกินผักและผลไม้ ปริมาณเพียงพอต่อวันตามคำแนะนำมีเพียงร้อยละ 25.9 กินยาแก้ปวดทุกวัน ร้อยละ 2.4 และร้อยละ 2.7 กินยาคลายเครียดหรือยานอนหลับเป็นประจำ โดยผู้หญิงกินยาดังกล่าวมากกว่าผู้ชาย

3.2.3.6 ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย

(1) กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)

สาเหตุการตายของมารดา 1 ใน 3 เกิดจากการบริหารจัดการการคลอด และ 2 ใน 3 มารดาตายมีโรคหรือภาวะโรคบางอย่างอยู่ก่อน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ อัตราส่วนการตายของมารดา ในปี 2555 เท่ากับ 17.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเพิ่มขึ้น ในปี 2556 และ 2557 เท่ากับ 22.3 และ 23.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (MDGs) ที่กำหนดให้ลดอัตราการตาย เหลือ 13 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2558 ซึ่งแสดงว่าแม่ตายยังเป็นปัญหาของประเทศไทย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียน พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการตายของมารดาน้อยกว่าประเทศอื่นๆ เป็นอันดับ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ (แต่สำหรับเป้าหมายของ SDGs ประเทศไทยได้บรรลุแล้ว) สำหรับกลุ่มเด็ก 0 - 5 ปี อัตราตายมีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ยังสูงกว่าประเทศในอาเซียน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน ส่วนปัญหาพบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีร้อยละ 9.0 ใน พ.ศ. 2556 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไม่เกินร้อยละ 7 การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดพบ 25.6 ต่อเด็กเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. 2555 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบร้อยละ 47.5 ในพ.ศ. 2555 รวมทั้งปัญหาพัฒนาการของเด็ก พบว่า เด็กปฐมวัย (0-5 ปี) มีพัฒนาการล่าช้ากว่าร้อยละ 27.5

(2) กลุ่มวัยเรียน (5-14 ปี)

พบภาวะเริ่มฉนวนในเด็กวัยเรียน ร้อยละ 12.2 (ข้อมูล HDC สนย, 2559) จากการคัดกรองภาวะสายตาดำมืดปกติในเด็กก่อนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาโดยครูในโรงเรียน 17 แห่ง พบว่า เด็กมีภาวะสายตาดำมืดปกติ ร้อยละ 6.6 และจำเป็นต้องใส่แว่นสายตา ร้อยละ 4.1 การสำรวจทางสถิติปัญญาและความฉลาดทางทางอารมณ์ พบว่า เด็ก ป.1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย 93.1 และความฉลาดทางอารมณ์เท่ากับ 45.1 ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐาน (กรมสุขภาพจิต, 2557) ส่วนสาเหตุการตายของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี พบว่า การจมน้ำตายเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในปี 2557 พบอัตราเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำ 6.8 ต่อ ประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีแสนคน

(3) กลุ่มวัยรุ่น (15-21 ปี)

การดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น 15-24 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.6 ในพ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 23.7 ในพ.ศ. 2554 หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 9.5 อายุเฉลี่ยที่ดื่มสุรา 20.3 ปีและมีสัดส่วนการดื่มหนักมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และความชุกของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเป็นร้อยละ 22.4 โดยวัยรุ่นชาย สูบบุหรี่ สูงกว่าเพศหญิง 17.2 เท่า (ร้อยละ 39.5 และ 2.3 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่เท่ากับ 15.3 ปี และเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวันและประมาณ 3 ใน 4 มีอาการติดบุหรี่ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยพบว่า อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีอายุน้อยลงจาก 15-16 ปี ในพ.ศ. 2545-2552 เป็นอายุ 12-15 ปี ใน พ.ศ. 2554 โดยพบการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไทยในช่วง 14 ปี ที่ผ่านมามีเพิ่มสูงขึ้น 1.4 เท่าจาก 36 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2540 เป็น 51.2 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2556 มีแม่อายุต่ำกว่า 20 ปี 133,176 คน หรือร้อยละ 16.6 ของแม่ทุกกลุ่มอายุ พบวัยรุ่นทำแท้งปีละ 300,000 คน และมีเด็กกำพร้าถูกทอดทิ้ง 88,730 คน และอัตราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 46.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 95 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2556

(4) กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)

ประชากรวัยทำงานป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น โดยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (2552 - 2556) อัตราตายด้วยโรค NCD ที่สำคัญ พบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20.43 และอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย 5 อันดับแรก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, บุหรี่/ยาสูบ, HT, ไม่สวมหมวกนิรภัย และคอเลสเทอรอลในเลือดสูง อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน พบว่า อัตราตาย 3 ปี (54-56) ย้อนหลัง ในภาพรวมของประเทศยังคงเพิ่มขึ้น มีเพียงบางเขตที่มีอัตราตายใกล้เคียงหรือต่ำกว่าเป้าหมายประเทศ นอกนั้นสูงกว่า และพบอัตราตายอย่างหยาบรวมทุกกลุ่มอายุด้วยโรค CHD ใน 9 เดือน เมื่อเทียบกับเป้าหมายทั้งปี (ไม่เกิน 23 ต่อแสน) เขต 3, 4,

และกทม. จะมีอัตราการตายสูงกว่าเป้าหมายของทั้งปีค่อนข้างมาก และเมื่อดูข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ก็พบว่าอัตราการตายสูงกว่าประเทศค่อนข้างมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุยังอธิบายไม่ได้ชัดเจน แต่พบว่าทั้ง 3 เขตมีความชุกของ HT สูง และออกกำลังกายน้อย

(5) กลุ่มสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556 ในเพศชาย 3 ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมร็งและความผิดปกติทางการรับรู้ ส่วนเพศหญิง 3 ลำดับแรก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติทางการรับรู้และโรคเมร็ง และพบโรคที่ผู้สูงอายุตายเรียงลำดับ คือ เมร็งหลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ ไต และเบาหวาน โดยพบว่าผู้สูงอายุตายด้วยโรคเมร็งเพิ่มขึ้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อสิ้นแผนฯ 12 โดยจำนวนประชากรจะเพิ่มจาก 65.5 ล้านคนในปี 2560 เป็น 66.1 ล้านคน ในปี 2564 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.1 เป็น 19.8 ขณะที่สัดส่วนวัยเด็กและวัยแรงงานจะลดลงจากร้อยละ 17.5 และ 65.3 เหลือร้อยละ 16.6 และ 64.1 ตามลำดับในช่วงเวลาเดียวกัน แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องปรับระบบบริการรองรับผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมประชากรในการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคต

3.2.4 สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการพัฒนาและขยายการให้บริการในทุกมิติอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีหน่วยบริการครอบคลุมทุกพื้นที่ โครงสร้างระบบสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย การจัดการบริการในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ การจัดการบริการเฉพาะทางและระบบการส่งต่อ นอกจากนี้ ยังมีระบบสนับสนุนที่สำคัญ คือ ระบบสนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน ของ) วิชาการ การวิจัย และระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

3.2.4.1 หน่วยบริการสุขภาพ

จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรด้านสาธารณสุข ปี 2557 ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน่วยบริการสุขภาพของรัฐตามระดับของเขตการปกครอง ดังนี้

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

ระดับภาค	มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 49 แห่ง
ระดับจังหวัด	มีโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมครบทุกจังหวัดรวม 88 แห่ง
ระดับอำเภอ	มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมอำเภอร้อยละ 88.8 รวม 780 แห่งและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 295 แห่ง
ระดับตำบล	มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) 9,777 แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว และหลายตำบลมีโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า 1 แห่ง
ระดับหมู่บ้าน	มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 125 แห่ง ศูนย์สาธารณสุข มูลฐานชุมชนในเขตชนบท 48,049 แห่ง ศูนย์สาธารณสุข มูลฐานชุมชนในเขตเมือง 3,108 แห่ง

สรุปจำนวนโรงพยาบาล (ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) ทั้งหมด 1,303 แห่ง
จำนวนเตียง 150,350 เตียง เป็นภาครัฐ 1,019 แห่ง (78 %) 120,322 เตียง (80 %) เอกชน
284 แห่ง (22 %) 30,028 เตียง (20 %)

3.2.4.2 แนวโน้มจำนวนเตียงโรงพยาบาล ในการขยายสถานบริการสุขภาพ
ในส่วนของโรงพยาบาล จะมีการขยายทั้งจำนวนโรงพยาบาล และการเพิ่มขึ้นของจำนวนเตียงใน
โรงพยาบาลเพื่อรองรับการให้บริการผู้ป่วยในที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากจำนวนประชากรและ
ภาวะการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนโรงพยาบาลเพิ่มจาก
671 โรงพยาบาลในปีพ.ศ. 2522 เป็น 1,303 โรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2557 และจำนวนเตียงเพิ่ม
จาก 61,274 เตียงในปี พ.ศ. 2522 เป็น 150,035 เตียงในปีพ.ศ. 2557 โดยอัตราส่วนประชากร
ต่อเตียงลดจาก 752:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 432:1 ในปีพ.ศ. 2557 และอัตราส่วนเตียงต่อ
แพทย์ลดลงจาก 9.3:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 5:1 ในปีพ.ศ. 2557 ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของ
แพทย์มากกว่าการเพิ่มขึ้นของเตียงโรงพยาบาลในภาพรวม ปี 2557 มีอัตราการครองเตียง
ภาพรวมทั้งประเทศร้อยละ 74

3.2.4.3 แนวโน้มสถานบริการด้านสุขภาพ จำแนกตามสังกัด

สัดส่วนของโรงพยาบาลและสัดส่วนของเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด
สัดส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.6 ในปี พ.ศ. 2516
เป็นร้อยละ 69.38 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่เตียงโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่
ที่ร้อยละ 65.97 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่สัดส่วนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ ลดลงจาก
ร้อยละ 20.1 ในปี พ.ศ. 2516 เหลือร้อยละ 7.37 ในปี พ.ศ. 2557 โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ 10.7

ในปี พ.ศ. 2557 และโรงพยาบาลเอกชน มีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 39.2 ในปี พ.ศ. 2516 เหลือร้อยละ 21.8 ในปี พ.ศ. 2557 โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ 19.97 ในปี พ.ศ. 2557

3.2.4.4 แนวโน้มสถานบริการด้านสุขภาพ รายภาค

สำหรับการกระจายเตียงโรงพยาบาลระหว่างภาค พบว่าอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ลดลงในทุกภาค โดยในปีพ.ศ. 2557 อัตราส่วนประชากรต่อเตียง ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 203 : 1 ภาคกลางเท่ากับ 374 : 1 ภาคเหนือเท่ากับ 443 : 1 ภาคใต้เท่ากับ 476 : 1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 606:1 ความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงจาก 4.5 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 2.8 เท่า ในปี พ.ศ. 2557 สำหรับอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต.เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในทุกภาค แสดงว่าประชากรเพิ่มขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของ รพ.สต. โดยในแต่ละภาคมีอัตราส่วนประชากรต่อรพ.สต.ที่ใกล้เคียงกันมาก ระหว่าง 4,623 : 1 ถึง 5,725 : 1 ในปีพ.ศ. 2557

3.2.4.5 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

(1) ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของคนไทยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลังจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545โดยมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.47 ในปีพ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 99.84 ในปีพ.ศ. 2557 โดยมีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ 48.31 ล้านคน สิทธิประกันสังคม 11.07 ล้านคน และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ 4.84 ล้านคน

(2) แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามสังกัด

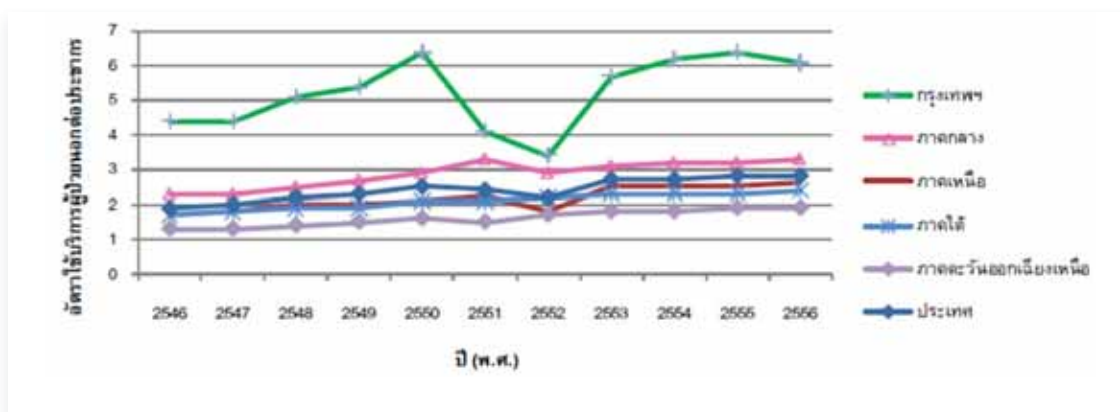
สัดส่วนผู้ป่วยนอกจำแนกตามสังกัดระหว่างปี พ.ศ. 2546–2556 มีความเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก โดยกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ 60–65 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 20–25กระทรวงศึกษาธิการ ร้อยละ 5 และกระทรวงกลาโหม ร้อยละ 3

(3) แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก รายภาค

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร จะช่วยสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพ หากภาวะการเจ็บป่วยไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 1.9 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 2.8 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่แต่ละภาคก็มีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นจาก 4.4 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2546 เป็น 6.1 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2556 ภาคกลางเพิ่มขึ้นจาก 2.3 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2546 เป็น 3.3 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2556

ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจาก 1.7 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2546 เป็น 2.6 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2556 ภาคใต้เพิ่มขึ้นจาก 1.7 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2546 เป็น 2.4 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2556 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจาก 1.3 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2546 เป็น 1.9 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2556 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ประมาณ 3 เท่าในปี พ.ศ. 2556 (ภาพที่ 2)

**ภาพที่ 2 แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก
(จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อประชากร) รายภาค พ.ศ. 2546-2556**



ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

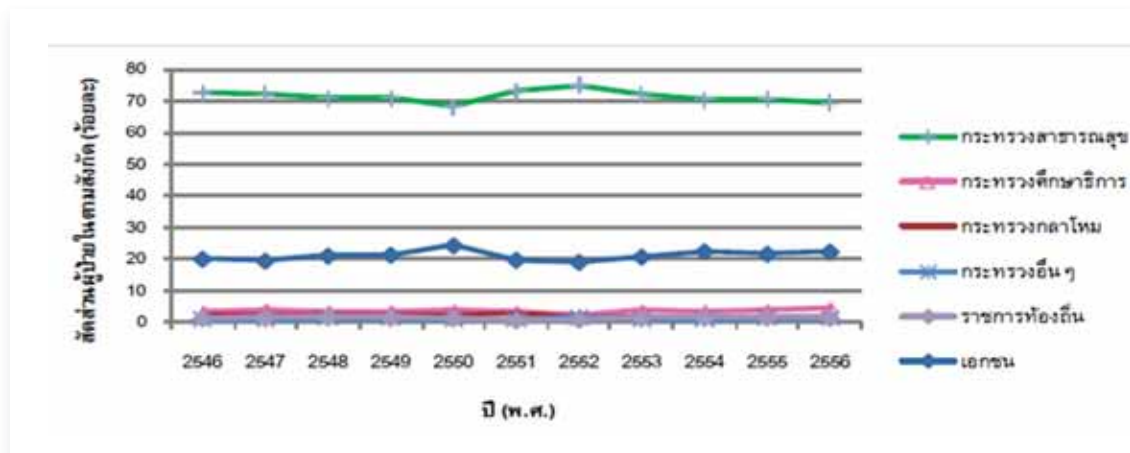
(4) การใช้บริการผู้ป่วยใน

การให้บริการผู้ป่วยใน เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีข้อมูลได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยในจำแนกตามสังกัด และอัตราการให้บริการผู้ป่วยในต่อประชากร จำแนกตามภาค

(5) แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามสังกัด

สัดส่วนผู้ป่วยในจำแนกตามสังกัดระหว่างปีพ.ศ. 2546-2556 มีความเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก โดยกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนผู้ป่วยในประมาณร้อยละ 70-75 ของผู้ป่วยในทั้งหมด รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 20-25 กระทรวงศึกษาธิการ ร้อยละ 4 และกระทรวงกลาโหม ร้อยละ 1.5 (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 3 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใน (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546-2556



ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

(6) แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน รายภาค

อัตราการให้บริการผู้ป่วยในต่อประชากรในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 13.3 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2546 เป็น 15.1 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่แต่ละภาคก็มียุทธการให้บริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นจาก 20.3 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 22 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ. 2556 ภาค กลางเพิ่มขึ้นจาก 14.4 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 16.7 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปี พ.ศ. 2556 ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจาก 13.1 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 14.9 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ. 2556 ภาคใต้เพิ่มขึ้นจาก 13.5 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 16.1 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ. 2556 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจาก 10.7 ครั้ง ต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 11.8 ครั้งต่อ 100 คนต่อปีในปีพ.ศ. 2556 ความแตกต่าง ระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ประมาณ 2 เท่า ในปีพ.ศ. 2556

3.2.4.6 การส่งต่อมีทั้งไม่ยอมทำเองและปฏิเสธการรับ

มีความพยายามพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบการปฏิเสธ การส่งต่อผู้ป่วยภายในเขต ชำมเขตและส่วนกลาง มีมากในเกือบทุกจังหวัด ต้องใช้เวลา การประสานงานนาน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบอัตราการปฏิเสธค่อนข้างสูง ในทางตรง ข้ามสถานบริการที่ควรมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้กลับทำได้น้อยลง

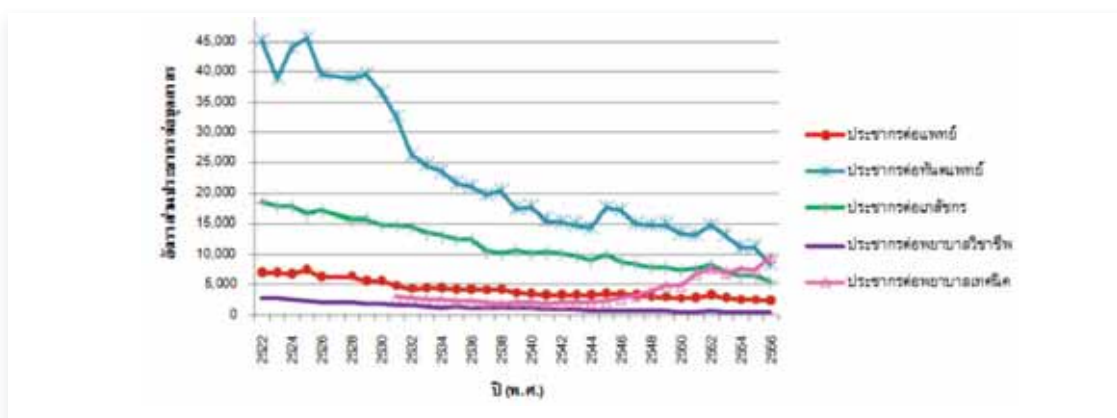
3.2.5 สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจำนวนที่ไม่เพียงพอและการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงเป็นปัญหา มีความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบท แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการเพิ่มการผลิตกำลังคนอย่างต่อเนื่อง การใช้มาตรการเพิ่มแรงจูงใจทั้งในรูปแบบค่าตอบแทนประเภทต่างๆ และความก้าวหน้าในอาชีพการงาน แต่ปัญหายังคงมีอยู่

3.2.5.1 แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค มีแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดช่วงเวลากว่า 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ยกเว้นกรณีของพยาบาลเทคนิค ที่มีการเปลี่ยนไปเป็นพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2546 ทำให้จำนวนพยาบาลเทคนิคลดลงอย่างต่อเนื่อง อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ลดลงจากประมาณ 7,000 : 1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 2,521 : 1 ในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ลดลงจากประมาณ 45,000 : 1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 10,580:1 ในปี พ.ศ. 2556 อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงจากประมาณ 18,000 : 1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 6,352 : 1 ในปี พ.ศ. 2556 และอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงจากประมาณ 2,600 : 1 ในปี พ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 500 : 1 ในปี พ.ศ. 2556 แต่อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค กลับเพิ่มขึ้นจากประมาณ 2,900 : 1 ในปี พ.ศ. 2531 เป็น ประมาณ 9,400 : 1 ในปี พ.ศ. 2556 (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 4 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2522-2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

3.2.5.2 แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ จำแนกตามสังกัด

สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด จะสะท้อนการเจริญเติบโตทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นและการขยายสถานบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ทั่วทั้งประเทศ ทำให้กำลังคนด้านสุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนสูงที่สุด สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.1 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 58.8 ในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆ นั้น ลดลงจากร้อยละ 44.8 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 19.5 และสัดส่วนของแพทย์โรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา

สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.5 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 60.7 ในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆ นั้น ลดลงจากร้อยละ 55.7 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 13.3 และสัดส่วนของทันตแพทย์โรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 23 ในปี พ.ศ. 2556

สัดส่วนของเภสัชกรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.9 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 65.7 ในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่สัดส่วนของเภสัชกรสังกัดกระทรวงอื่นๆ นั้น ลดลงจากร้อยละ 17.8 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 9.6 และสัดส่วนของเภสัชกรโรงพยาบาลเอกชน ลดลงจากร้อยละ 57 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 22.3 ในปี พ.ศ. 2556 โดยมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543

สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.9 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 72.4 ในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงอื่นๆ นั้น ลดลงจากร้อยละ 39.7 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 13.4 และสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 10.9 ในปี พ.ศ. 2556

3.2.5.3 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ

การติดตามสถานการณ์การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างภูมิภาคเป็นประเด็นด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะความเสมอภาคระหว่างพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น ระหว่างกรุงเทพมหานครกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ยังมีประเด็นการกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างระดับของบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายของแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ และประเด็นผลกระทบต่อ

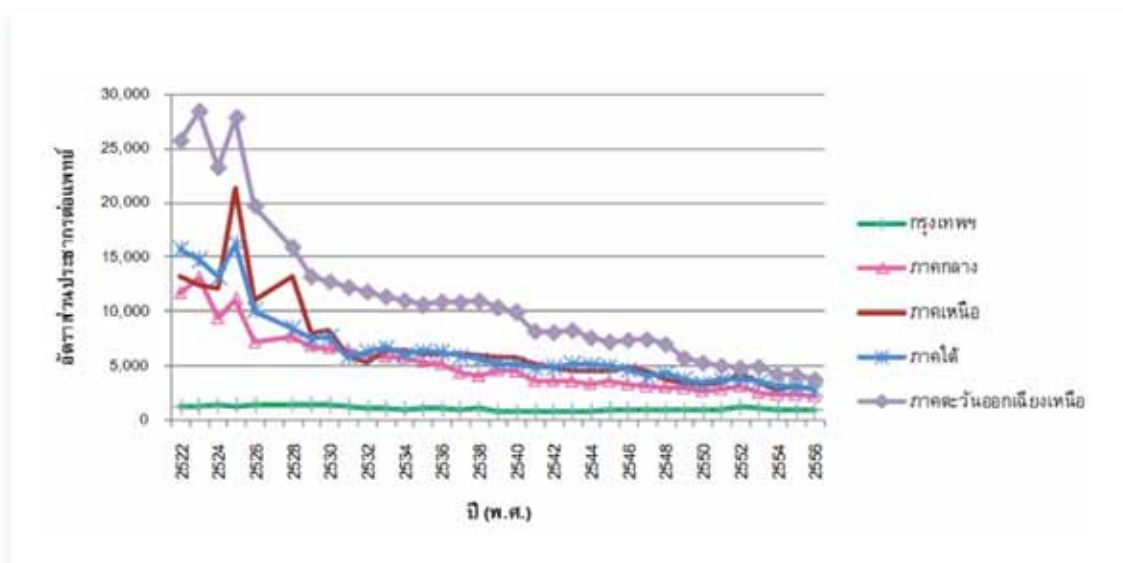
ภาระงานของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ

3.2.5.4 แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ รายภาค

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ ระหว่างภูมิภาค ประกอบด้วยบุคลากร 6 สาขา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และบุคลากรที่ทำงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดังนี้

อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ในปี พ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 886 : 1 ภาคกลาง เท่ากับ 2,220 : 1 ภาคเหนือ เท่ากับ 2,821 : 1 ภาคใต้ เท่ากับ 2,792 : 1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 3,763:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 21.3 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 4.2 เท่า ในปี พ.ศ. 2556 (ภาพที่ 5)

ภาพที่ 5 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522-2556



ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ในปี พ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 2,932 : 1 ภาคกลาง เท่ากับ 8,499 : 1 ภาคเหนือ เท่ากับ 9,147 : 1 ภาคใต้ เท่ากับ 9,300 : 1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 13,783 : 1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 40.2 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 4.7 เท่า ในปี พ.ศ. 2556

อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ในปี พ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 2,465 : 1 ภาคกลาง เท่ากับ 4,717 : 1 ภาคเหนือ เท่ากับ 6,548 : 1 ภาคใต้ เท่ากับ 6,330 : 1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 8,237 : 1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 98.1 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 3.3 เท่า ในปี พ.ศ. 2556

อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ในปี พ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 240 : 1 ภาคกลาง เท่ากับ 497 : 1 ภาคเหนือ เท่ากับ 543 : 1 ภาคใต้ เท่ากับ 466 : 1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 646 : 1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 18.2 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เหลือ 2.7 เท่า ในปี พ.ศ. 2556

อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค ในปี พ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 1,880 : 1 ภาคกลาง เท่ากับ 13,279 : 1 ภาคเหนือ เท่ากับ 17,656 : 1 ภาคใต้ เท่ากับ 16,782 : 1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 15,482 : 1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพิ่มขึ้นจาก 1.4 เท่า ในปี พ.ศ. 2522 เป็น 8.2 เท่า ในปี พ.ศ. 2556 ทั้งนี้เนื่องจากการลดลงอย่างมากของพยาบาลเทคนิคในแต่ละภูมิภาค

อัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ค่อนข้างคงที่ในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในปี พ.ศ. 2556 ของภาคกลาง เท่ากับ 1,754 : 1 ภาคเหนือ เท่ากับ 1,595 : 1 ภาคใต้ เท่ากับ 1,461 : 1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 1,626 : 1 โดยมีค่าเฉลี่ยระดับประเทศ เท่ากับ 1,624 : 1 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรใน รพ.สต. มีความใกล้เคียงกันมากในแต่ละภาค

3.2.6 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 127,655 ล้านบาท (2,160 บาทต่อคน) ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 513,213 ล้านบาท (7,962 บาทต่อคน) ในปี พ.ศ. 2555 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่า โดยร้อยละของรายจ่ายสุขภาพ เมื่อเทียบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2537 แล้วเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เป็นร้อยละ 4.5 ของ GDP ในปี พ.ศ. 2555 ทั้งนี้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่เป็นภาครัฐเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 75.8 ในปี พ.ศ. 2555 (ภาครัฐส่วนกลางร้อยละ 63.0 ส่วนท้องถิ่นร้อยละ 5.5 และกองทุนประกันสังคมร้อยละ 7.3) ในขณะที่สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่เป็นภาคเอกชน ลดลงจากร้อยละ 55 ในปี พ.ศ. 2537 เหลือร้อยละ 24.2 ในปี พ.ศ. 2555 (ครัวเรือนจ่ายเองร้อยละ 11.6 การประกันสุขภาพเอกชน 8.8 ความช่วยเหลือจากต่างประเทศ 3.8) ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ที่ทำให้ภาครัฐมีบทบาทต่อรายจ่ายสุขภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายจ่ายสุขภาพปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 69.6 เพื่อซื้อสินค้าและบริการสุขภาพส่วนบุคคล รายจ่ายอีกร้อยละ 12.6 เพื่อการบริหารจัดการด้านระบบและการคลังสาธารณสุข ร้อยละ 6.3 เพื่อกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และอีกร้อยละ 11.6 เป็นการลงทุนด้านสุขภาพ

3.2.7 ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพ ที่อาศัยหลักฐานสนับสนุนทางวิชาการ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพปัจจุบัน และแนวโน้มของปัญหาสุขภาพในอนาคต รวมทั้งยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการจัดการกับปัญหาสุขภาพเฉพาะต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบและวิธีการในการจัดการกับปัญหาและเพิ่มคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพ สถานะสุขภาพของประชาชน ฯลฯ ระบบข้อมูลด้านสุขภาพยังมีปัญหาความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลกระจายกระจายไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ขาดกลไกในการบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพในระดับประเทศ ภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข) ขาดกำลังคนและผู้เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบ เป็นต้น ปัญหาต่างๆ ดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ใช้ข้อมูล และผู้จัดทำข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข กองทุนด้านสุขภาพ กระทรวงอื่นๆ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งภาคประชาชน โดยต้องมีกลไกการสนับสนุน ทั้งด้านงบประมาณและด้านวิชาการ ที่เพียงพอ

พอและเหมาะสม ประกอบกับการมีบุคลากรที่มีศักยภาพ ภายใต้การจัดการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือกัน ทั้งแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ โดยอยู่ในรูปแบบของเครือข่าย เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาระบบร่วมกัน

3.2.8 ระบบยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ได้แก่ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาล มีความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ นอกเหนือจากกำลังคนด้านสุขภาพและสถานบริการสุขภาพ

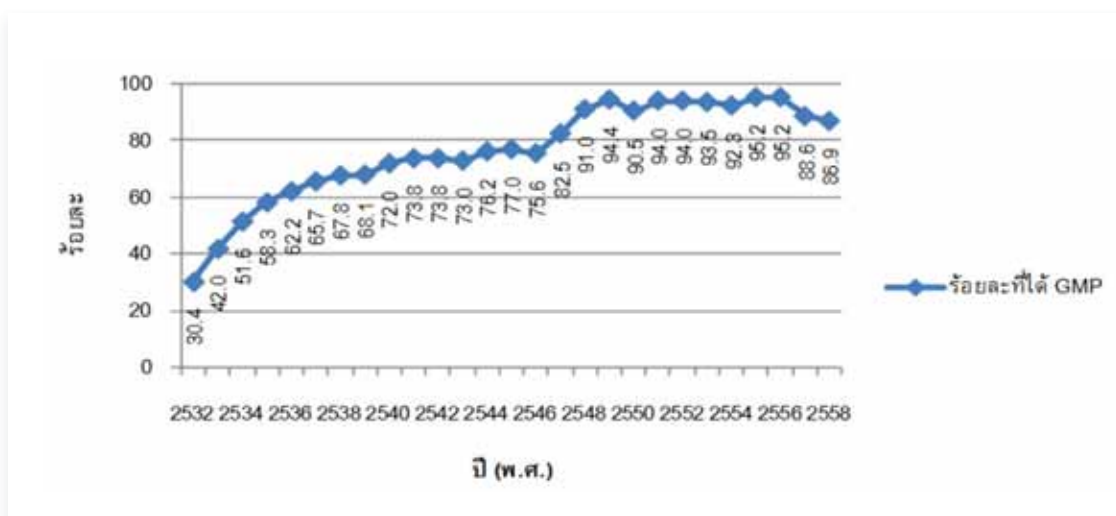
3.2.8.1 ยาและเวชภัณฑ์

ยาและเวชภัณฑ์ มีความจำเป็นในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งต้องมีคุณภาพได้มาตรฐาน และสามารถกระจายไปยังประชาชนในภูมิภาคต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง ผ่านการผลิตและนำเข้ามาจากต่างประเทศ

แนวโน้มสถานที่ผลิตยาที่ได้มาตรฐาน

ยาที่ผลิตในประเทศส่วนหนึ่งมาจากโรงงานผลิตยาที่ได้รับการส่งเสริม หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) ใน พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายให้โรงงานผลิตยาทุกแห่งต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต ซึ่งแนวโน้มของสถานที่ผลิตยาที่ได้มาตรฐาน GMP เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.4 ในปี พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 75.6 ในปี พ.ศ. 2546 และเพิ่มเป็นร้อยละ 95.2 ในปี พ.ศ. 2556 โดยล่าสุดปี พ.ศ. 2558 สถานที่ผลิตยาได้มาตรฐาน GMP ร้อยละ 86.9 (ภาพที่ 6)

ภาพที่ 6 แนวโน้มร้อยละของสถานที่ผลิตยาที่ได้อ GMP พ.ศ. 2532-2556



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แนวโน้มมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน

นอกจากการผลิตยาไว้ใช้เองภายในประเทศแล้ว ยังมียาและเวชภัณฑ์ที่ต้องนำเข้ามาจากต่างประเทศ โดยมูลค่าการผลิตยาและนำเข้ายา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของมูลค่าการนำเข้ายา เพิ่มขึ้นเร็วกว่าการผลิตยา ทำให้สัดส่วนของมูลค่าการผลิตยาลดลงจากร้อยละ 76.5 ในปีพ.ศ. 2527 เหลือร้อยละ 33 ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่มูลค่าการนำเข้ายาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.5 ในปีพ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 67 ในปีพ.ศ. 2556 หรือคิดเป็นประมาณ 2 เท่าของมูลค่าการผลิต

3.2.8.2 เทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข

สถานการณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ จะหมายถึงอุปกรณ์การทางแพทย์ที่สำคัญ โดยเฉพาะที่มีราคาแพง ทั้งในด้านแนวโน้มและการกระจายระหว่างภูมิภาคต่างๆ

แนวโน้มอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ มีส่วนในการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการวินิจฉัย หรือการรักษาโรค โดยเฉพาะเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง หากพิจารณาจากแนวโน้มจะพบว่าการเพิ่มขึ้นของเครื่องมือแพทย์ราคาแพงอย่างต่อเนื่อง โดยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) เพิ่มขึ้นจาก 266 เครื่องในปี พ.ศ. 2546 เป็น 553 เครื่องในปี

พ.ศ. 2556 เช่นเดียวกับเครื่องตรวจจ้องะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) ซึ่งสะท้อนถึงการเติบโตของการลงทุนในด้านบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการรักษาพยาบาล

การกระจายอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

การกระจายของอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ ระหว่างภูมิภาคต่างๆ จะพบว่าเครื่องมือแพทย์ราคาแพงส่วนใหญ่ยังกระจุกตัวอยู่ที่กรุงเทพฯ โดยกรุงเทพฯ มีอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอยู่ที่ประมาณ 2-4 เท่า ตัวอย่างเช่นเครื่อง Mammogram ที่กรุงเทพฯ มีมากกว่าค่าเฉลี่ย 4.2 เท่า หรือมากกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 เท่า ในส่วนของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) จะพบว่าถึงแม้แนวโน้มของอัตราส่วนต่อประชากรล้านคนของเครื่องCT-scanner จะเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค แต่ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคก็ยังคงอยู่ โดยกรุงเทพฯ ยังคงมีเครื่อง CT-scannerที่มากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศอยู่ประมาณ 3-4 เท่า มาตลอดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 เป็นต้นมา

3.2.9 การอภิบาลในระบบสุขภาพไทย

การพัฒนาระบบสุขภาพ ไม่ได้เป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขแต่เพียงลำพัง ยังมีกระทรวงอื่นๆ ที่มีบทบาทโดยตรงเช่น โรงเรียนแพทย์สังกัดกระทรวงศึกษา และส่วนที่เกี่ยวข้องกันเช่นกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงมนุษย์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เป็นต้น และมีหน่วยงานด้านสุขภาพเกิดขึ้นใหม่ตามกฎหมาย อาทิ สรรส. (2537) สสส. (2544) สปสช. (2545) สช. (2550) สพฉ. (2551) สรพ. (2552) แต่ประเทศกลับขาดกลไกระดับชาติในการสร้างเอกภาพในการกำหนดทิศทางนโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการที่ไม่ทับซ้อนหรือไปคนละทางอย่างในปัจจุบัน หลายๆ เรื่องคนคิดไม่ได้ทำ คนทำไม่ได้คิด ต่างคนต่างทำ ขาดการกำหนดเป้าหมายร่วม ความเป็นคู่ขัดแย้ง ความไม่ไว้วางใจระหว่างกันในระดับนโยบายทำให้ขาดความร่วมมือ ขาดการประสานงาน ตลอดจนหน่วยงานด้านสุขภาพที่ตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.ต่างๆ ไม่มีกลไกกลางในการเชื่อมร้อยระหว่างองค์กร ทำให้เกิดการแตกแยกในแนวคิดและการกระทำที่นำมาสนับสนุนความคิดของตน นำไปสู่การขาดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ทั้งที่หลายๆ กรณีที่เกิดขึ้นมีเป้าหมายสุดท้ายไม่แตกต่างกัน



บทสรุป



การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของประเทศ เป็นปัจจัยที่สำคัญและส่งผลให้เกิดการปฏิรูปในระบบสุขภาพของประเทศ รัฐบาล (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้วางยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาประเทศให้มีความต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ **“ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”** ในช่วงระยะ 5 ปีแรก เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ การวางแผนพัฒนาต้องมุ่งตอบสนองต่อเป้าหมายชาติที่ต้องบรรลุและวางรากฐานการพัฒนาที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ที่สามารถสานต่อการพัฒนาได้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับต่อไป จากสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพดังกล่าวมาแล้วนั้น สรุปจุดเปลี่ยนที่สำคัญ ดังนี้

- 1 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนปี 2559–2573 (Sustainable Development Goals : SDGs) มี 17 เป้าหมายหลัก ที่ทุกประเทศจะต้องบรรลุในอีก 15 ปีข้างหน้า ดังนั้นทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อเป้าหมาย SDGs ให้บรรลุ

- 2 เป้าหมายเปลี่ยนแปลงประเทศไปสู่ **“ประเทศไทย 4.0”** เพื่อก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลางที่กำลังเผชิญอยู่ เป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจไปสู่ **“Value-base Economy” หรือ “เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม”** การพัฒนาด้านสุขภาพจะปรับตัวอย่างไร เพื่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจของประเทศได้
- 3 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทย อันเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือการเกิดน้อยลง และภาวะการณตายลดลง คนไทยอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น
- 4 การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจาก อุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น
- 5 โลกาวัดวัน และความรวดเร็วของการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนรวมถึงพฤติกรรมกรให้บริการสุขภาพ การขาดการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ (Health Technology Assessment) อย่างเพียงพอ จะทำให้ประเทศไม่สามารถเลือกลงทุนใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดได้อย่างคุ้มค่า
- 6 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมียังร้อยละ 9 ที่เหลือเป็นการใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล ทั้งๆ ที่แนวคิดเรื่อง **“ป้องกันดีกว่ารักษา”** มีมานานมาก บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญเพียงในระดับหลักการหรือนโยบาย แต่ไม่เป็นจริงในระดับการปฏิบัติและการสนับสนุน
- 7 การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ เกิดวิกฤตขาดแคลนผู้นำและนักวิชาการที่มีคุณภาพ
- 8 ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพก็ยังมีปัญหาในการจัดการ ความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบยังคงอยู่ มีความคิดเห็นที่แตกต่าง ชัดแย้ง และมีโรงพยาบาลหลายแห่งมีปัญหาวิกฤตทางการเงิน
- 9 ระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยด้านสุขภาพ ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและงานวิจัยที่มีได้อย่างเพียงพอในการบริหารงานของรัฐ และการเข้าถึงของประชาชนในลักษณะประโยชน์สาธารณะ
- 10 ขาดกลไกการอภิบาลระบบในระดับชาติ และระบบธรรมาภิบาลยังไม่ชัดเจน
- 11 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง และประชาชน ชุมชน องค์กรต่างๆ ส่วนหนึ่งยังขาดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและพึ่งพาตนเองไม่ได้

ภาพการประชุม HSRI Retreat

วันที่ 14 พฤษภาคม 2559 ณ โรงแรมเดอะสุโกศล







แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พ.ศ. 2560-2564

ISBN	978-974-299-248-4
พิมพ์ครั้งที่ 1	มกราคม 2560
จำนวน	1,000 เล่ม
เผยแพร่โดย	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เลขที่ 88/39 ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซอยสาธารณสุข 6 ถนนติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0 2832 9200 โทรสาร 0 2832 9201 www.hsri.or.th
ปกและรูปเล่ม	บริษัท ดีไซน์เบอรี่ จำกัด



www.hsri.or.th

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข 6

ถ.ติวานนท์ 14 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2832 9200 โทรสาร 0 2832 9201

www.hsri.or.th



ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส. และเครือข่ายได้ที่
คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย <http://kb.hsri.or.th>