

# HSRI

พื้นที่แบ่งปันความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน  
ปีที่ 2 ฉบับที่ 7 เดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2556

## FORUM



ก้าวใหม่ สวรส.  
สู่ทศวรรษที่ 3 ระบบสุขภาพ





สวัสดีครับคุณผู้อ่าน HSRI FORUM ฉบับนี้ ถือเป็นวาระพิเศษที่ทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ สวรส. ได้ประมวลข้อมูล ยุทธศาสตร์การเดินทางขององค์กรอย่างคร่าวๆ ผลงานสำคัญ ตลอดจนผลลัพธ์รูปธรรมจากการดำเนินงาน มาถวามรวบรวมเรียบเรียงไว้เพื่อร่วมทบทวนก่อน สวรส. จะก้าวเดินในช่วงต่อไป

**"2 ทศวรรษ สวรส. จากคั่นกล้าสู่ไม้ใหญ่ ให้ร่มเงาระบบสุขภาพไทย"** กับยุทธศาสตร์ของ สวรส. ในแต่ละยุค ที่เรียกได้ว่าเป็น "คั่นทาง" ของการพัฒนาระบบสุขภาพไทย ได้เริ่มจากยุคแรกของการวางรากฐานความรู้ของการนำไปใช้ในเชิงพัฒนานโยบายมาสู่อีกหลายยุคที่มีเป้าหมายในมิติที่แตกต่างออกไป อาทิเช่น มิติของการสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ ที่มีผลงานการศึกษาหลายๆ ชิ้น เข้ามาต่อเติมความต้องการหรือถมช่องว่างในระบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็น การสร้างความเป็นธรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน การอภิบาลระบบสุขภาพ การพัฒนานโยบายที่สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบวิจัยสุขภาพ เป็นต้น

ส่วนภาพอนาคตขององค์กรภายใต้การบริหารของผมในระยะต่อไปนั้น ในฉบับได้ฉายภาพให้เห็นถึงความท้าทายในระบบสุขภาพที่รออยู่ข้างหน้า ทั้งเรื่องปัญหาสุขภาพของคนไทย การเงินการคลังในระบบสุขภาพที่น่ากังวล ความเหลื่อมล้ำในระบบบริการ ปัญหาบุคลากรสาธารณสุข ฯลฯ ทั้งหมดจะเป็นกรอบแนวทางสำคัญ โดยมีแผนยุทธศาสตร์องค์กร ที่ผมได้วางเอาไว้ ในปี 2557 – 2561 กับ 4 ยุทธศาสตร์ที่จะเป็นกุญแจสำคัญของการไขปัญหาไปสู่ทางออกระบบสุขภาพที่สมดุลยั่งยืน

ทั้งหมดนี้ เป็นความท้าทายอีกช่วงสำคัญของ สวรส. ที่จะต้องก้าวผ่านสถานการณ์ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ไปได้ ด้วยการใช้ความรู้จากงานวิจัย



ช่องว่างของปัญหาในระบบสุขภาพ ภายใต้เส้นทาง "การขับเคลื่อนองค์ความรู้เพื่อระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน นำสู่สุขภาพดีและชีวิตที่ยืนยาวของประชาชน" รายละเอียดจะเป็นอย่างไรนั้น เชิญพลิกอ่านได้ในฉบับครับ ▲



ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล  
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

## สารบัญ

# CONTENT

03 2 ทศวรรษ สวรส. จากคั่นกล้าสู่ไม้ใหญ่ ให้ร่มเงาระบบสุขภาพไทย 04 เส้นทาง "จัดการความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" 09 จากความท้าทายในระบบสุขภาพ สู่กรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ สวรส. 2557 11 ก้าวใหม่ สวรส. สู่ทศวรรษที่ 3 ระบบสุขภาพ 15 "สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล" ระบบสุขภาพเข้มแข็ง ต้องเริ่มที่จุดเล็กๆ



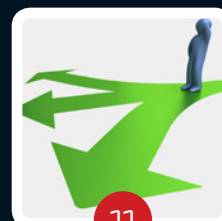
03



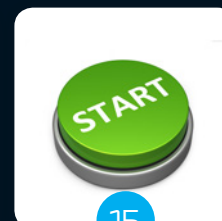
04



09



11



15

จุลสาร HSRI FORUM จัดทำโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

**น้อมรับคำติชม** พร้อมเปิดกว้างรับทุกความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับระบบวิจัยสุขภาพ ที่ [hsri@hsri.or.th](mailto:hsri@hsri.or.th) ติดตามข่าวสารและกิจกรรมที่น่าสนใจได้ที่ <http://www.hsri.or.th> และ <http://www.facebook.com/hsrithailand>





# 2 ทศวรรษ สวรส.

จากต้นกล้าสู่ไม้ใหญ่ ให้ความสำคัญระบบสุขภาพไทย



กว่า 21 ปี แล้ว ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งถือกำเนิดขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2535 ได้ทำหน้าที่สร้างและจัดการความรู้เพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยมาโดยตลอด ตลอดจนการสนับสนุนให้เกิดการปรับโครงสร้าง และกลไกใหม่ทั้งเชิงวิชาการและปฏิบัติการที่รองรับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ในระยะแรก ช่วงปี 2535-2541 ถือเป็นช่วงของ **"การสร้างราก-ก่อฐานความรู้ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพไทย"** โดย นพ.สมศักดิ์ ชุนทรภักดิ์ ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการบริหาร ให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ สวรส. คนแรก (ปี 2535-2541) เป็นผู้ที่ได้ทำหน้าที่รดน้ำพรวนดินเลี้ยงดูต้นกล้าต้นนี้ให้ค่อยๆ เติบโต โดยมีความมุ่งมั่น **"นำทาง สวรส. ไปสู่การเป็นองค์กรที่สนับสนุนทุนวิจัย สำหรับนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนานโยบายของระบบสาธารณสุขระดับประเทศ"** รวมทั้งมีการผลักดันให้เกิด "สำนักงานพัฒนานโยบายระหว่างประเทศ (IHPP)" ที่ปัจจุบันเป็นหน่วยงานสร้างองค์ความรู้ด้านนโยบายและพัฒนาระบบสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญของประเทศและเวทีระดับโลก

ต่อมาในปี 2542-2549 เรียกว่าเป็นยุคที่ 2 ของ สวรส. เป็นช่วง **"ปฏิวัติระบบสุขภาพ ปรับกระบวนทัศน์ใหม่ สู่การพัฒนาสุขภาพที่เป็นธรรมและเท่าเทียม"** ขณะนั้นประเทศไทยได้

เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ "ต้มยำกุ้ง" จนนำไปสู่การปฏิรูปทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และทำให้เกิดการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน รวมไปถึงการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ **สวรส. ในยุคนี้จึงมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนพัฒนาการวิจัยระบบสาธารณสุข** ที่มุ่งเน้นไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างภาคประชาคม ภาควิชาการ และภาคการเมือง เข้ากับกลไกการสร้างสรรคความรู้ เทคโนโลยี และการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีการผลักดันให้ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ โดยมีการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดูแลการบริการสุขภาพคนไทยกว่า 48 ล้านคน นอกจากนั้น สวรส. ยังผลักดันให้เกิดองค์กรด้านสุขภาพอีกมากมาย เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน (สรพ.)

ระหว่างปี 2550-2555 สวรส. ได้ก้าวเข้าสู่ยุคแห่งการ **"สร้างงานวิชาการ เชื่อมประสานเครือข่าย สานนโยบายสู่การปฏิบัติ"** นับเป็นยุคของการทำงานท่ามกลางนโยบายและกลไกขับเคลื่อนด้านสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อนำแนวคิดและกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เป็นธรรมและยั่งยืน ผ่าน 3 พันธกิจสำคัญ ได้แก่ 1) พัฒนาความรู้และข้อเสนอเชิงนโยบาย 2) สนับสนุนและส่งเสริมการใช้ความรู้ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ และ 3) สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของระบบวิจัยสุขภาพ และการวิจัยระบบสุขภาพ ซึ่งในช่วงปี 2554 สวรส. ได้เน้นบทบาทที่ **"การจัดการความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน"** โดยทำหน้าที่เป็นแกนประสานและจัดการให้เกิดการสร้างและนำความรู้และวิทยาการต่างๆ มาจัดการให้เกิดประโยชน์ และสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจเชิงนโยบายบนฐานความรู้

สวรส. ได้ค่อยๆ เติบโตจากต้นกล้าต้นเล็กๆ จนสามารถแผ่กิ่งก้านสาขาและผลิดอกออกผล เทียบได้กับการเกิดพัฒนาการขององค์ความรู้ นโยบาย กฎหมาย องค์กรและเครือข่าย ที่นับได้ว่าช่วยพัฒนาส่งเสริมระบบสุขภาพและส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในภาพรวมตลอดมา... ▲



ข้อมูลจากรายงานการศึกษาเรื่อง 2 ทศวรรษ : บทเรียนการจัดการงานวิจัยระบบสุขภาพ สามารถดาวน์โหลดมาอ่านเพิ่มได้ทาง <http://www.hsri.or.th/media/1060>





# เส้นทาง “จัดการความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”







จากการดำเนินงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในช่วงที่ผ่านมาปรากฏอยู่มากมาย แต่หากจะถอยหลังกลับไปดูในช่วงไม่กี่ปีมานี้ นับจากปี 2554 สวรส. ได้มุ่งเน้นเรื่อง**การสร้างความเป็นธรรมและยั่งยืนให้กับระบบสุขภาพของไทย** สวรส. โดยมีการขับเคลื่อน 5 ประเด็นหลัก คือ การสร้างความเป็นธรรมระบบหลักประกันสุขภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน การอภิบาลระบบสุขภาพ การพัฒนานโยบายสุขภาพที่สนับสนุนความเป็นธรรม และการพัฒนาระบบวิจัยสุขภาพ ซึ่ง HSRI FORUM ได้ประมวลผลการดำเนินงานให้เห็นไฮไลต์สำคัญเพื่อให้เห็นผลงานบางส่วน ก่อนขยับก้าวเข้าสู่เส้นทางยุคปัจจุบัน

## การสร้างความเป็นธรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ

### เสนอ “ปลดล็อก” ความเหลื่อมล้ำระบบสุขภาพ

การสร้างความเป็นธรรมและลดการเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพของไทย เป็นประเด็นที่ทาง สวรส. ได้ให้ความสำคัญ จึงได้ทำการศึกษาวิจัยในประเด็นต่างๆ รวมทั้งจัดเวทีวิชาการเพื่อนำเสนอ **“กลไกอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ”** ในงานประชุมวิชาการการวิจัยระบบสุขภาพ ประจำปี 2556 **“จัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”** ซึ่ง สวรส. เครือสถาบัน และภาคีเครือข่ายวิจัยระบบสุขภาพ ได้ร่วมกันจัดขึ้นโดยได้ฉายภาพปัญหาที่มาจากผลการศึกษาระบาดวิทยา ซึ่งเป็นปัญหาในเชิงโครงสร้างการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นกองทุนระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม ประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พนักงานส่วนท้องถิ่นและข้าราชการ กทม. และหน่วยงานที่มีระบบประกันสุขภาพเป็นของตัวเอง จนกระทั่งได้**ข้อเสนอสำคัญที่จะนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพในอนาคต** เสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย ดังนี้

- 1) มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติที่เป็นเอกภาพและมีธรรมาภิบาล ระบบประกันสุขภาพมีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่จำเป็น มีการออกแบบระบบให้มีมาตรฐานเดียวกัน มีการบริการที่ไม่แบ่งชนชั้นและไม่ถ่วงสิทธิ และมีการพัฒนาระบบการจ่ายค่ารักษายาบาลตามระบบ Case mix
- 2) มีการกระจายอำนาจบริหารไปสู่ระดับเขต โดยแบ่งพื้นที่บริหารเป็น 12 เขตบริการ ยกเว้นกรุงเทพฯ
- 3) พัฒนาระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน

### ศึกษาและวิเคราะห์ การเบิกจ่ายรักษายาบาล บรศ.

ในปี 2553 รัฐบาลได้ตระหนักถึงปัญหา**การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลระบบสวัสดิการข้าราชการ**ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 26,043.11 บาทในปี 2547 เป็น 62,195 ล้านบาท ในปี 2553 ด้วยเหตุนี้กรมบัญชีกลางจึงได้ขอให้ สวรส. ทำการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นนี้ โดยผลการวิจัยพบว่า อัตราค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับค่ารักษายาบาลทั้งหมด โดยค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนการเบิกจ่ายสูงสุดประมาณร้อยละ 83 ของค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกทั้งหมด โดยเฉพาะในโรงพยาบาล 34 แห่งที่มีผู้ป่วยนอกจำนวน 1 แสนครั้งต่อปี ซึ่งผลการวิจัยนี้ได้นำไปสู่การแก้ไขปัญหาของกรมบัญชีกลาง โดยการแก้กฎหมายให้อำนาจกรมบัญชีกลางในการบริหารจัดการการเบิกจ่ายค่ายา และในเวลาต่อมากรมบัญชีกลางได้เสนอให้มีการกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา โดยกำหนดให้มีระบบตรวจสอบและควบคุมการเบิกจ่ายยาบางกลุ่มหรือบางรายการให้เป็นไปตามบัญชีหลักแห่งชาติ หรือเป็นไปตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์กรวิชาชีพกำหนด จากนั้นคณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติหลักการให้มีการตรวจสอบและควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาบางกลุ่มหรือบางรายการเป็นไปตามเงื่อนไขและข้อบ่งชี้ที่องค์กรวิชาชีพกำหนด โดยได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูลและความคิดเห็น รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อให้การพิจารณาและดำเนินการเป็นไปอย่างละเอียดรอบคอบ และสอดคล้องกับฐานอำนาจตามกฎหมาย

## การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

### วิจัยและพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรตัวอย่าง

สวรส. ได้จัดทำ **"โครงการพัฒนาเครื่องมือประเมิน Health Literacy สำหรับประชาชนไทย"** โดยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ครอบคลุมผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือดสูง) และกลุ่มคนพิการ ได้แก่ กลุ่มผู้พิการทางการเคลื่อนไหว กลุ่มผู้พิการด้านสายตา และกลุ่มผู้พิการทางการได้ยิน โดยนำร่องในจังหวัด กรุงเทพมหานคร พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ระยอง ชลบุรี และนครศรีธรรมราช เพื่อพัฒนามาเป็นเครื่องมือแบบประเมิน Health Literacy ของประเทศ ซึ่งเหมาะสมกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ความคิดความเชื่อของคนไทย จนนำไปสู่การจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพยังสามารถนำไปใช้ในการติดตามและประเมินการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในระยะต่อไป ทีมวิจัยจะสรุปข้อมูลจากการสำรวจนี้ เพื่อทำการปรับแบบสอบถามให้มีความกระชับและเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มผู้พิการทางการได้ยิน จากนั้นจะมีการสำรวจเป็นครั้งที่ 2 เพื่อประเมินแบบสอบถามซ้ำ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2557

นอกจากนี้ สวรส. ยังได้นำเสนอความรู้เรื่อง Health Literacy ในเวทีประชุมนานาชาติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 21 "การลงทุนที่ดีที่สุดเพื่อสุขภาพ" ด้วย ทั้งนี้ ความหมายของคำว่า "Health Literacy" องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยามว่า เป็นทักษะด้านกระบวนการรับรู้หรือคิด และทักษะด้านสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลที่ได้รับมาในวิธีที่สนับสนุนและอรรถาธิบายของตนเอง

### พัฒนาเครือข่ายวิจัย R2R

สวรส. ได้พัฒนาแนวคิดการวิจัยง่ายๆ จากงานประจำในชื่อที่รู้จักกันดีคือ **Routine to Research หรือ R2R** ที่ทำร่วมกับภาคีเครือข่าย มาตั้งแต่ปี 2551 และได้จัดตั้งแผนงานพัฒนาเครือข่ายวิจัยในรูปแบบงานวิจัยจากงานประจำขึ้น เพื่อร่วมกันขยายแนวคิด R2R ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ไปสู่บุคลากรในแวดวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ด้วยการจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัยอย่างต่อเนื่องทุกปี จนกระทั่งเกิดเป็นเครือข่าย R2R 9 เครือข่าย ครอบคลุม 61 จังหวัดทั่วประเทศ มีการจัดทำโครงการวิจัย R2R มากถึง 300 กว่าโครงการ โดยเสร็จสิ้นไปแล้วกว่า 100 ผลงาน และได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารระดับนานาชาติไปแล้วกว่า 60 ผลงาน โดยในปี 2556 นี้ สวรส. และภาคีเครือข่ายได้มีการพัฒนาเครือข่าย R2R เพิ่มเติมด้วยการส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรม R2R ให้กลายเป็นวัฒนธรรมในระดับองค์กร

## การพัฒนาระบบอภิบาลสุขภาพ

### ประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ

สวรส. ได้สนับสนุนให้มีการจัดทำรายงานเบื้องต้น **"การประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ: ความก้าวหน้าและเกณฑ์การคัดเลือกมติเพื่อการประเมินเชิงนโยบาย"** เพื่อประเมินกระบวนการนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1-3 (รวม 34 มติ) ไปสู่การปฏิบัติระยะที่ 1 ซึ่งการจัดทำรายงานในครั้งนี้ ได้กลายเป็นแนวทางสำคัญในการศึกษา ปรับปรุง แก้ไข และพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ ให้มีผลในทางปฏิบัติที่ตอบโจทย์ความต้องการของเวที "สมัชชาสุขภาพ" รวมทั้งเป็นแนวทางในการกำหนด "มติ" ที่จะเตรียมผลักดันในการประชุมครั้งต่อไปอีกด้วย



### ข้อเสนอสู่การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

สวรส. ได้ทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขเรื่อยมา และมีการจัดทำบทสังเคราะห์ข้อเสนอที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลเอกสารการประชุมและความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ **"บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21"** ที่จัดขึ้นระหว่างวันที่ 25-26 มิถุนายน 2554 นอกจากนี้ยังได้จัดทำโครงการศึกษาวิจัยอีกหลายชิ้น ไม่ว่าจะเป็น **โครงการการจัดทำข้อเสนอและสนับสนุนการบริหารการเปลี่ยนแปลงกระทรวงสาธารณสุข: ระยะที่ 1 เขตสุขภาพ และโครงการการพัฒนาข้อเสนอรูปแบบและโครงสร้างการบริหารเขตสุขภาพ** เป็นต้น ซึ่งความรู้จากการศึกษาวิจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนถูกนำไปใช้ในการสนับสนุนการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขในเวลาต่อมา

อ่านเพิ่มเติมได้ทาง HSRI-FORUM ปีที่ 2 ฉบับที่ 6 :  
ปรับปรุงสารานุกรม เคลื่อนแนวคิดเขตสุขภาพ โดยสามารถดาวน์โหลด  
ได้ทาง <http://www.hsri.or.th/media/hsri-forum/2/vol6>





## การพัฒนานโยบายที่สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

### ประเมินนโยบายการรักษาฉุกเฉิน

ในช่วงปี 2555 สวรส.ได้สนับสนุนการจัดทำโครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้นโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ถึงทุกคน" โดยคณะวิจัยได้ลงมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่เดือนเมษายน-กันยายน 2555 และพบว่า โรงพยาบาลต่างๆ ได้มีการนำนโยบายนี้ไปปฏิบัติใช้อย่างครอบคลุมตามที่รัฐบาลคาดหวัง คือ ประชาชนไม่ว่าจะมีสิทธิอยู่ในกองทุนใดก็ตาม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกระบบเบิกจ่ายเดิมของ 3 กองทุนฯ ได้ ซึ่งถือว่านโยบายนี้ประสบความสำเร็จอย่างมาก เนื่องจากสามารถขยายช่องทางการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชน อีกทั้งยังสามารถขยายการรับรู้เกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาลเอกชนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้อีกด้วย

อ่านเพิ่มเติมในทางHSRI-FORUM ปีที่ 2 ฉบับที่ 2: 1 ปี รักษาฉุกเฉิน มาตรฐานเดียว

โดยสามารถดาวน์โหลดได้ทาง <http://www.hsri.or.th/media/hsri-forum/2/vol2>

### สร้างเสริมสมรรถนะคนพิการ

สถาบันสร้างเสริมสมรรถนะคนพิการ (สสพ.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอดด้านการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว เพื่อนำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติ โดยการจัดทำกระบวนการกับคนตาบอดผ่านสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย ครูที่สอนเด็กตาบอดในโรงเรียนสอนคนตาบอด และวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล จนค้นพบว่ากระบวนการฝึกทักษะการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนที่ (O&M: Orientation and Mobility training) จะทำให้คนตาบอดสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น สสพ.จึงได้ออกแบบหลักสูตร O&M พร้อมสร้างครูฝึกที่จะทำหน้าที่สอนการใช้ไม้เท้าขาวในชีวิตประจำวัน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายว่าด้วยบริการฝึกทักษะ O&M สำหรับคนตาบอดและคนสายตาสั้นหรือตาบอดบางส่วน พร้อมนำเสนอข้อมูลต้นทุนค่าใช้จ่ายของกระบวนการฝึกทักษะแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ในเวลาต่อมา สปสช.ได้ตกลงรับข้อเสนอดังกล่าวและได้จัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนตาบอด พ.ศ.2553-2556 โดยมีวิทยาลัยราชสุดาทำหน้าที่สร้างครูฝึก นอกจากนี้ สสพ.ยังมีส่วนอื่นๆ อีก เช่น การศึกษาวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพของเด็กพิการที่อยู่ในโรงเรียน การศึกษาพิเศษ การศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงการจดทะเบียนคนพิการ รวมถึงการติดตามและขยายผลโครงการที่ดำเนินการไปแล้ว เป็นต้น

## การพัฒนาระบบวิจัยสุขภาพ

### แผนงานวิจัย "มุ่งเป้า"

แผนงานวิจัยด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ เกิดขึ้นจากความร่วมมือกันระหว่าง สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (สวอ.) และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อการบูรณาการระบบวิจัยสำหรับการพัฒนาประเทศ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การสร้างกลไกการบริหารจัดการงานวิจัยทางด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยมุ่งเน้นให้งานวิจัยสามารถตอบสนองได้ทันต่อสถานการณ์ปัญหาและความท้าทายทั้งในระดับประเทศและเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงในระดับสากลที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย และมุ่งสร้างชุมชนเครือข่ายการวิจัยในแต่ละกลุ่มสาขาให้เข้มแข็งมากขึ้น โดยที่ผ่านมาได้มีการประกาศรับข้อเสนอโครงการวิจัยด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ 11 ชุด เพื่อสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในระยะสั้นภายใน 3 ปี และเพื่อบริหารจัดการให้เป็นตัวอย่างการจัดการที่ดีที่จะนำไปใช้เป็นบทเรียนหรือกรณีศึกษาสำหรับนำไปใช้ประโยชน์ในการบริหารงานวิจัยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### Thai APEIR Network และโครงการความร่วมมือต่างๆ

แผนงานความร่วมมือภูมิภาคเอเชียการวิจัยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ (Asia Partnership for Emerging Infectious Disease Research : APEIR) จัดตั้งเมื่อเดือนมกราคม 2550 ภายใต้ความร่วมมือระหว่าง สวรส. กับ Canadian's International Development Research Centre (IDRC) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบริหารจัดการความรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับไข้หวัดนก พัฒนาศักยภาพนักวิจัยและเครือข่าย และนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติและการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยในระยะเริ่มต้นมีประเทศสมาชิก 5 ประเทศได้แก่ ไทย จีน เวียดนาม อินโดนีเซีย และกัมพูชา

ผลการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา 1.) มีการพัฒนาชุดโครงการวิจัยร่วม ได้แก่ ไทย จีน เวียดนาม อินโดนีเซีย ลาว กัมพูชา รวม 3 โครงการ ได้แก่ โครงการวิจัยการควบคุมป้องกันโรคการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) โครงการวิจัยการเฝ้าระวังโรคจากการค้าสัตว์ป่า (Wildlife) และ Dengue ซึ่งความก้าวหน้าของโครงการในขณะนี้ IDRC ได้อนุมัติวงเงินประมาณ 2.4 ล้านดอลลาร์แคนาดาให้แก่ สวรส. ในนามสำนักความร่วมมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำประจำภูมิภาคเอเชีย (APEIR) เพื่อดำเนินการสำหรับ Coordinating office และโครงการวิจัย AMR และ Wildlife สำหรับชุดโครงการวิจัย Dengue อยู่ระหว่างเสนอขอสนับสนุนจาก EuropeAid 2.) มีการประชุม APEIR Steering Committee โดยในที่ประชุม Steering committee มีมติเห็นชอบให้มีการทำ Regional Policy Brief และ Country Policy Brief เพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้ และให้มีการเตรียมกระบวนการ Implement โครงการ AMR และ Wildlife ให้มีความชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งขยายเครือข่าย APEIR ไปสู่ประเทศพม่าและฟิลิปปินส์ 3.) มีการประชุม Prince Mahidol Award Conference 2013 มีการนำเสนอผลการศึกษาร่วมในเวทีดังกล่าวหลายหัวข้อ และได้รับเกียรติร่วมเป็นวิทยากรใน Session ต่างๆ 4.) เกิดเครือข่ายความร่วมมือการศึกษาร่วมโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำของไทย (TPEIR : Thai APEIR Network) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ ในการศึกษาร่วมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เช่น จัดประชุมวิชาการ "โรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H7N9 : FACT AND FUTURE" ขึ้น โดยระดมผู้เชี่ยวชาญทั้งในและต่างประเทศ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ มาตรการ การจัดการการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ H7N9 ของประเทศจีน พร้อมนำบทเรียนจากประเทศจีนมาประยุกต์ใช้ในการปรับแผนยุทธศาสตร์การควบคุมป้องกันโรค ตลอดจนการพัฒนากระบวนการศึกษาร่วมเกี่ยวกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำของประเทศไทย รวมทั้งรายงานความก้าวหน้าข้อเสนอโครงการวิจัย APEIR ที่ทีมไทยจะดำเนินการ ทั้ง 3 โครงการ

### การวิจัยและพัฒนาระบบยา

จากสถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะที่เริ่มทวีความรุนแรงมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้ร่วมกันจัดสัมมนาระดับชาติเรื่อง "เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ : ภาวะวิกฤตต่อสุขภาพคนไทย" เพื่อนำเสนอทางออกของวิกฤตเชื้อดื้อยา ทั้งนี้ ประเทศไทยใช้ยาปฏิชีวนะมีมูลค่ามากกว่าปีละ 10,000 ล้านบาท ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543-2554) พบเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะมากขึ้น และดื้อยาหลายขนาน คนไทยติดเชื้อดื้อยามากกว่าปีละ 100,000 คน ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นมากกว่า 1 ล้านวัน และเสียชีวิตมากกว่าปีละ 30,000 ราย ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นมูลค่ามหาศาล ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทย คือ การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปและไม่เหมาะสม ขาดมาตรการควบคุม แม้แต่ร้านขายของชำในหมู่บ้านก็มียาปฏิชีวนะจำหน่าย แม้แต่ในช่วงน้ำท่วม 2554 ที่ผ่านมาก็ยังพบมียาปฏิชีวนะอยู่ในถุงยังชีพด้วย ขณะเดียวกัน สวรส. ได้ประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม โดยตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งการสัมมนาระดับชาติถือเป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติงาน โดยจะนำผลที่ได้ไปขับเคลื่อนเพื่อควบคุมและป้องกันเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะต่อไป

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนวทางการควบคุมและป้องกันการดื้อยาปฏิชีวนะ ทั้งมาตรการทางกฎหมาย มาตรการทางการศึกษา มาตรการทางสังคม มาตรการสร้างแรงจูงใจ และมาตรการลงโทษ การผลักดันเรื่องเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีวันรณรงค์ "เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะแห่งชาติ" เพื่อให้ปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะในประเทศไทยได้รับการแก้ไขอย่างเร็วที่สุด

อ่านเพิ่มเติมได้จาก Fact sheet เรื่อง เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ : ภาวะวิกฤตต่อสุขภาพคนไทย โดยสามารถดาวน์โหลดได้จาก <http://www.hsri.or.th/media/946>







# จากความท้าทาย ในระบบสุขภาพ

## สู่กรอบแนวคิดยุทธศาสตร์ สวรส. 2557-2561



ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โลกเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเห็นผลกระทบที่รุนแรงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เมื่อเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ และแน่นอนว่าปัญหาทางด้านสุขภาพก็หนีไม่พ้นที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบรุนแรงที่กำลังเกิดขึ้นเช่นกัน

นับจากปี 2557 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในยุคการบริหารของ **"ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนาศิริชัยกุล"** กับวิสัยทัศน์ **"ขับเคลื่อนความรู้สู่ระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน เพื่อสุขภาพที่ดีและชีวิตที่ยืนยาวของประชาชน"** ได้ให้ความสำคัญกับการมองกว้างและไกลถึงความท้าทายจากความรุนแรงของปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย

### ปัญหาสุขภาพจาก "พฤติกรรม-ปัจจัยเสี่ยง"

จากการที่สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ได้ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญอันเป็นสาเหตุของการเกิดภาระโรค และการบาดเจ็บทุกๆ 5 ปี โดย 5 อันดับแรกของการเสียชีวิตของประชากรไทย ที่ได้จากการสำรวจกลุ่มประชากรทั้งหมด 63 ล้านคน ในปี 2552 พบว่า **อันดับที่ 1 ปัญหาโรคเรื้อรังจากการดื่มสุราและสูบบุหรี่** อันดับ 2 โรคหลอดเลือดหัวใจ อันดับ 3 โรคเบาหวาน อันดับ 4 อุบัติเหตุทางถนน และอันดับ 5 โรคมะเร็ง

และหากแบ่งตามกลุ่มอายุและเพศ จะพบว่าสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเพศชายกลุ่มอายุ 15-29 ปี คือ การดื่มสุราและ อุบัติเหตุทางรถยนต์มีมากถึงร้อยละ 42.4 และรองลงมาคือการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนเพศหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันพบว่า มีสาเหตุจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มีการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 23.5 รองลงมาเป็นอุบัติเหตุทางรถยนต์ร้อยละ 23.4 และการฆ่าตัวตายร้อยละ 4.4 ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตของเพศชายกลุ่มอายุ 30-59 ปี พบว่ามาจากอุบัติเหตุรถยนต์มากที่สุด ในขณะที่สาเหตุการเสียชีวิตของเพศหญิงมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ส่วนกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิต คือ โรคเรื้อรัง

ส่วนปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาระโรคและการบาดเจ็บจนอาจเสียชีวิตนั้น พบว่าในเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงมากอันดับแรกคือ การดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมาเป็นการสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิตสูง การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ส่วนเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดอันดับแรกคือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รองลงมาเป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ระดับความดันโลหิตสูง ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ

### สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ที่เป็นภาระโรคของคนไทย โดยจำแนกในแต่ละช่วงอายุและเพศ (สำรวจ ณ ปี พ.ศ.2552)

กลุ่มอายุ	สาเหตุการตาย (เรียงอันดับ 1-2-3)		
	ชาย	หญิง	
0 - 14 ปี	1. น้ำหนักแรกเกิดต่ำ 2. ทารกขาดอากาศ 3. อุบัติเหตุจากรถ		
15 - 29 ปี	1. ดื่มสุรา 2. อุบัติเหตุจากรถ 3. โรคติดเชื้อ	1. อุบัติเหตุจากรถ 2. AIDS 3. ซึมเศร้า	
30 - 59 ปี	1. ดื่มสุรา 2. อุบัติเหตุจากรถ 3. AIDS	1. เบาหวาน 2. ซึมเศร้า 3. Stroke	
> 60 ปี	1. Stroke 2. COPD 3. Ischemic heart disease (IHD)	1. Stroke 2. เบาหวาน 3. IHD	

แหล่งข้อมูล : รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2552. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2555.

จะเห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพที่คิดอันดับต้นๆ ไม่ว่าจะ เป็นเพศชายหรือเพศหญิง ล้วนเกิดจาก **พฤติกรรมเสี่ยง** ของคนไทยทั้งสิ้น ดังนั้น สวรส. จึงเล็งเห็นความสำคัญในการจัดการกับปัญหานี้เป็นพิเศษ โดยวางแผนงานวิจัยและสนับสนุนทุนมุ่งเป้าเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง เพื่อลดการสูญเสียทั้งเชิงเศรษฐกิจและชีวิต

## ระบบบริการและความเหลื่อมล้ำ

รายงานประจำปี พ.ศ.2551 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เปิดเผยข้อมูลการเปรียบเทียบระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนในประเทศไทย พบว่า **แต่ละกองทุนมีกฎหมาย กลุ่มเป้าหมาย รวมถึงวิธีการออกแบบและการจ่ายที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้** เช่น

ผู้ป่วยในกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้รับยานอกบัญชียาหลักและยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ รวมถึงได้รับบริการหัตถการ เช่น การผ่าคลอดและการผ่าตัดส่องกล้อง สูงกว่าผู้ป่วยกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและได้รับสิทธิในการนอนที่โรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากนี้ยังมีปัญหาสิทธิซ้ำซ้อน ปัญหาการผลักภาระค่าใช้จ่ายจากระบบหนึ่งไปยังอีกระบบหนึ่ง และปัญหาการขาดประสิทธิภาพของระบบจากรูปแบบการจ่ายแบบปลายเปิด **โดยค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 20 นับจากปี 2549 เป็นต้นมา**

และถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีกองทุนสุขภาพอยู่หลากหลายกองทุนหลากหลายระบบ แต่ประชากรบางกลุ่มก็ยังคงขาดการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ เช่น กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย เป็นต้น

## ความท้าทายด้านปัญหาการเงินการคลังในระบบสุขภาพ

ในส่วนของปัญหาการเงินการคลังในระบบสุขภาพนั้น สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้ทำการ**ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไทย (GDP)** พบว่า บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติในช่วงปี 2537-2550 อยู่ที่ระดับร้อยละ 3.5-3.7 ของ GDP และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.2 ในปี 2551 โดยรายจ่ายของภาครัฐมีอัตราการเพิ่มขึ้นมากกว่ารายจ่ายภาคเอกชน ในสัดส่วนร้อยละ 45 ในปี 2537 และร้อยละ 56 ในปี 2544 จากนั้นจึงค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71-72 ในปี 2551

จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติข้างต้น พบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเมื่อเทียบกับสัดส่วนรายจ่ายทั้งหมดของภาครัฐ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนมีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประมาณร้อยละ 15 เป็นประมาณร้อยละ 20 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 ในปี 2551 ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่สูงมาก

ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ผอ.สวรส. กล่าวว่า "ระบบบริการสุขภาพในช่วงสิบปีที่ผ่านมานี้มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นแบบผิดสัดส่วนจากการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศหรือ GDP ซึ่งค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศไทยตอนนี้อยู่ที่ประมาณ 4.5% ของ GDP ดังนั้นเราจึงต้องควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด"

อ่านเพิ่มเติมได้จาก HSRI-FORUM ปีที่ 1 ฉบับที่ 6 :  
ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม "3 กองทุนสุขภาพ" โดยสามารถดาวน์โหลด  
ได้จาก <http://www.hsri.or.th/media/hsri-forum/1/vol6>

## กำลังคนด้านสาธารณสุข ยังกระจายพิสดรูป !!

จากการสำรวจวิจัยในช่วงที่ผ่านมา พบว่า ปัจจุบันยังมีการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่สมดุล เนื่องจากยังมีการกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่เขตเมืองมากกว่าชนบท ทำให้ในหลายพื้นที่ประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขเป็นอย่างมาก

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีความพยายามในการแก้ไขปัญหานี้มาอย่างต่อเนื่อง โดยได้จัดทำ **"แผนยุทธศาสตร์การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559"** และจัดตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหานี้ แต่ทว่าการแก้ไขปัญหาก็ยังเกิดผลที่เป็นรูปธรรมนั้น ยังจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนฯ อย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถปลดล็อคปัญหานี้ได้

ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ผอ.สวรส. กล่าวว่า **"ปัจจุบันการกระจายตัวทางด้านกำลังคนมีการผิดรูปไปเป็นอย่างมาก ทำให้หมอหรือพยาบาลไปกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองมากเป็นพิเศษ ดังนั้นเราจึงต้องบริหารจัดการคนเหล่านี้ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด เพื่อให้เขาสามารถให้บริการประชาชนได้ดีที่สุด**

รวมทั้งต้องวางแผนสนับสนุนให้เกิดนักวิจัยด้านนโยบายสุขภาพ (Health Policy) ต้องมีการบูรณาการวิจัยลงไปในแต่ละพื้นที่ เพราะประเด็นนี้เป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากแต่ละเขตพื้นที่บริการมีความแตกต่างกันในด้านปัญหาและความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่

นอกจากนี้เรายังต้องมีการผลิตนักบริหารงานวิจัยออกมาให้มากขึ้น เพื่อรองรับการดูแลการผลิตงานวิจัยให้มีคุณค่า คุณภาพ และมีประสิทธิภาพสูงสุด"

## ความท้าทายอื่นๆ ในระบบสุขภาพ

ในปี 2555 สวรส. ได้มีการ**ทบทวนสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมระดับมหภาค ที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของไทย** โดยได้ข้อสรุปถึงความท้าทายสำคัญ ดังต่อไปนี้ 1.ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจำนวนประชากร ทั้งในส่วนของความเป็นสังคมผู้สูงอายุ การขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่น และการเพิ่มสัดส่วนของชนชั้นกลาง 2.ระบบต่างๆ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติมากขึ้น ทั้งจากสาธารณสุขต่างๆ การระบาดของโรคติดเชื้อ และภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ 3.ทรัพยากรและงบประมาณสาธารณะ โดยเฉพาะจากส่วนกลางมีจำนวนจำกัด เนื่องจากความไม่แน่นอนทางการเมือง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบทบาทและกลไกของภาครัฐ ในขณะที่บทบาทท้องถิ่นและกลุ่มสังคมจะมีเพิ่มมากขึ้น 4.บทบาทของปัจจัยและบริบทนอกประเทศ ทั้งในส่วนของประเทศที่มีพรมแดนติดต่อกันในระดับภูมิภาคและในระดับโลกมีความสำคัญมากขึ้น 5.เทคโนโลยีและสารสนเทศนำไปสู่เครื่องมือใหม่ๆ ได้ ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง รวมถึงการจัดการสุขภาพมากขึ้น และ 6.ความเหลื่อมล้ำในด้านต่างๆ

นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในส่วนของเมือง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี ซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในด้านต่างๆ อีกมากมาย อีกทั้งยังมีปัญหาในระบบสุขภาพประเด็นอื่นๆ เช่น ภาระจากโรคเรื้อรัง-โรคเมะเร็งที่เพิ่มมากขึ้น ภาระจากโรคระบาด เชื้ออุบัติใหม่ เชื้อดื้อยา รวมไปถึงภาวะน้ำหนักเกิน น้ำตาลสูง ไขมันสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ทั้งหมดนี้คือความท้าทายอันเป็นกรอบแนวคิดและเป็นเรื่องสำคัญในการทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน สวรส. ในปี 2557-2561 ที่มุ่งสู่เป้าหมายภายใต้บทบาทการจัดการองค์ความรู้ที่ดี มีมาตรฐาน และสามารถตรวจสอบได้ พร้อมนำการขับเคลื่อนความรู้ไปสู่การพัฒนาสุขภาพที่สมดุลยิ่งขึ้น นำไปสู่สุขภาวะที่ดีของคนไทยในอนาคต ▲





# ก้าวใหม่ สวรส.

## สู่ทศวรรษที่ 3 ระบบสุขภาพ



การกำหนดยุทธศาสตร์ สวรส. ในปี 2557-2561 นอกจากจะเน้นการตอบโจทย์ความท้าทายของปัญหาในระบบสุขภาพดังที่ได้ชี้แจงรายละเอียดในคอลัมน์ที่ผ่านมาแล้ว ยังเน้นตอบโจทย์ความคาดหวังของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพและการพัฒนาระบบ

### ตารางความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความคาดหวัง
<ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วยงานด้านนโยบาย อาทิ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันและสภาพัฒน์ฯ</li> </ul>	ใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า ส่งมอบงานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์และเชิงนโยบายสาธารณะได้
<ul style="list-style-type: none"> <li>หน่วยงานแหล่งทุนวิจัยด้านสุขภาพ</li> </ul>	เป็นแนวร่วมในการพัฒนาสมรรถนะของนักวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข
<ul style="list-style-type: none"> <li>เครือข่ายพันธมิตร ทั้งในและนอกเครือข่ายของ สวรส.</li> </ul>	เปิดกว้าง รับฟังความคิดเห็น เพื่อรับโจทย์ที่เป็นความต้องการของประเทศ
<ul style="list-style-type: none"> <li>นักวิจัย</li> </ul>	ดำเนินการมีประสิทธิภาพ เน้นผลลัพธ์มากกว่าเอกสารธุรการ
<ul style="list-style-type: none"> <li>บุคลากรของ สวรส.</li> </ul>	มีโอกาพัฒนาศักยภาพของตนเอง ให้ feedback เกี่ยวกับคุณภาพของผลลัพธ์ของงานอย่างต่อเนื่อง มีระบบการประเมินที่เป็นธรรม
<ul style="list-style-type: none"> <li>กลุ่มประชาชนทั่วไป</li> </ul>	ผลงานของ สวรส. สามารถนำไปใช้ประโยชน์ นำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ชุมชนและสังคมได้

จากข้อมูลความคาดหวังทั้งหมดนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดยุทธศาสตร์การวิจัยระบบสุขภาพ ของ สวรส. โดยมีจิ๊กซอร์ 4 ชิ้นสำคัญที่จะเป็นทางเชื่อมต่อของปัญหา ความคาดหวัง ความต้องการ ไปสู่ทางออก ภายใต้การบริหารจัดการของ ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ซึ่งประกอบไปด้วย

# 1. ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยในประเด็นสำคัญต่อระบบสุขภาพ เน้นการทำงานแบบ Operation research ที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ

**ยุทธศาสตร์ที่ 1** จะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยในประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพด้านต่างๆ ตั้งแต่ประเด็นพื้นฐานเรื่อง bio Mathematical sciences ไปจนถึงประเด็นที่ทั่วโลกกำลังให้ความสนใจนั่นก็คือ ประเด็นการนำงานวิจัยมาใช้ประโยชน์ (translational research) ในระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วยระบบบริการ ระบบประกันสุขภาพ และระบบอภิบาล ให้เกิดความคุ้มค่าที่สุด

ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนาศิริชัยกุล ผอ.สวรส.กล่าวว่า "ปัจจุบัน สวรส.ได้มีการการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน (operational research) เขตบริการสุขภาพ ภายหลังจากที่มีการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข โดยได้ศึกษาถึงการปรับเปลี่ยนกลไกการพัฒนาและการบริหารจัดการ คน เงิน ของ ทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ เพื่อช่วยคาดการณ์อนาคตข้างหน้าก่อนที่จะมีการกำหนดนโยบายสาธารณะทางด้านสุขภาพ ซึ่ง สวรส.ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มาโดยตลอด และกระทรวงสาธารณสุขก็ได้มอบหมายให้ สวรส.เป็นผู้ดำเนินการจัดการองค์ความรู้ เพื่อหาข้อเสนอแนะสำหรับผู้กำหนดนโยบายใช้ประกอบการตัดสินใจ ซึ่งการจัดการองค์ความรู้นี้ จะเป็นการบูรณาการองค์ความรู้ทั้งหมด ที่ สวรส.ได้สะสมมากกว่า 20 ปี เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทยให้มีความเข้มแข็ง และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด"

ยุทธศาสตร์ 1 : ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยในประเด็นสำคัญต่อระบบสุขภาพ



## 2. เสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัยด้านสุขภาพ และพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการวิจัย

**ยุทธศาสตร์ที่ 2** จะเป็นการเสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัยด้านสุขภาพและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการวิจัย เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกในอนาคต

"โดยแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องแนวทางการปฏิบัติที่ดีในห้องปฏิบัติการ แนวทาง การปฏิบัติที่ดีในสัตว์ทดลอง หรือแนวทางปฏิบัติที่ดีในการวิจัยในมนุษย์ รวมทั้งมาตรฐานในองค์กรวิชาชีพต่างๆ จะต้องมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อที่จะต่อยอดไปสู่การนำงานวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ (Translational Research) ให้ได้ โดยจะมีการลงทุนวิจัยในประเด็นที่ขาด เช่นเรื่อง Animal Testing หรือเรื่อง Physical

นอกจากนี้ เห็นว่าประเทศไทยขาดแคลนนักวิจัยด้านนโยบาย (Health Policy) ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องสำคัญเพราะปัจจุบันในเขตบริการสุขภาพแต่ละพื้นที่ก็มีปัญหาที่แตกต่างกัน มีความซับซ้อนระหว่างเขตบริการ เช่น มีจำนวนโรงพยาบาลไม่เท่ากัน มีจำนวนบุคลากรการแพทย์สาธารณสุขต่างกัน ทาง สวรส. จึงร่วมกับภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดอบรมหลักสูตร "พัฒนานักวิจัยด้านนโยบายในเขตสุขภาพ รุ่นที่ 1" เพื่อพัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้มีความรู้ด้านการวิจัยนโยบายและพัฒนาระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ มีเป้าหมายสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ให้เกิดขึ้นในพื้นที่ 12 เขตสุขภาพที่สามารถทำงานวิจัยโดยใช้ข้อมูลปัญหาในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพของตนเอง และพัฒนาการดำเนินงานให้บรรลุผลตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

### กลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1

1. มุ่งประสานและพัฒนานโยบายวิจัยระบบสุขภาพของประเทศ
2. ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาระบบวิจัยสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาประเทศ
3. วิจัยและพัฒนาระบบประเมินผลผลิต ผลลัพธ์และผลกระทบจากการปฏิรูปเครือข่ายบริการระดับเขต
4. วิจัยและพัฒนา "ต้นแบบระบบสุขภาพชุมชน" ครอบคลุม เพื่อเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการระดับเขต
5. พัฒนามาตรฐานกลุ่มบริการหลักที่จำเป็น (Core health services) สำหรับประชาชน ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูอย่างครบวงจร
6. มุ่งประสานงานกับภาคีเครือข่ายงานวิจัยและแหล่งทุนวิจัยด้านสุขภาพต่างๆ โดยร่วมกันกำหนดโจทย์วิจัยมุ่งเป้า บูรณาการข้ามศาสตร์ บริหารความเสี่ยง เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

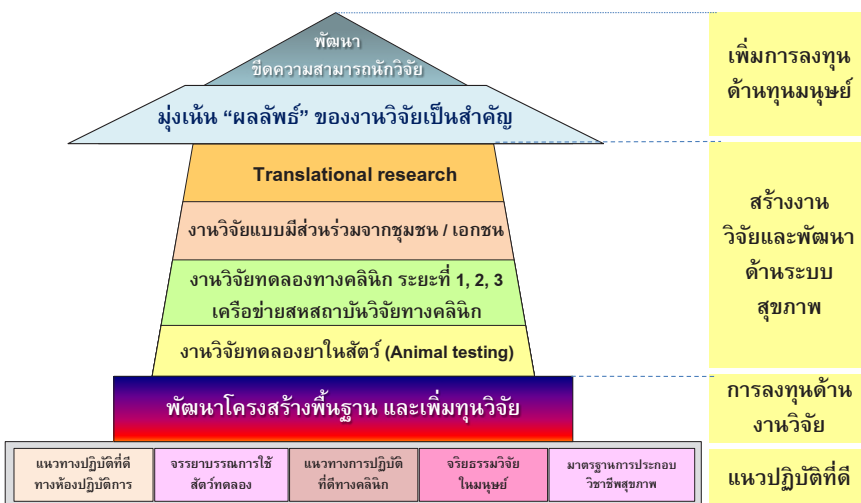


ทั้งหมดนี้คือการสร้างงานวิจัย เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง โดย สวรส. มีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาบุคลากรให้มีขีดความสามารถด้านการวิจัยที่มุ่งเน้นเรื่องผลลัพธ์และการนำงานวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด" ผอ.สวรส. กล่าว

## กลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2

1. พัฒนาขีดความสามารถนักวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพสู่ระดับสากล
2. มุ่งเน้น "ผลลัพธ์" ของงานวิจัยเป็นสำคัญ ปรับยกเลิกกระบวนการและขั้นตอนที่รบกวนการดำเนินงานหลักของนักวิจัย และมุ่งสร้างแรงจูงใจให้นักวิจัยส่งมอบผลลัพธ์และผลกระทบ
3. นำร่องการสนับสนุนทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Indirect cost)
4. สนับสนุนทุนนักวิจัยผู้ช่วย (Postdoctoral training) ในการทำวิจัยระบบสุขภาพ
5. สร้างมาตรฐานการวิจัยในระดับห้องปฏิบัติการและคลินิก จรรยาบรรณงานวิจัยในสัตว์ทดลองและวิจัยในมนุษย์ เพื่อเพิ่มศักยภาพต่อการพัฒนาประเทศในภูมิภาคอาเซียน
6. สนับสนุนให้เกิดงานวิจัยทดลองยาในสัตว์ (Animal testing) และงานวิจัยคลินิกในโรงพยาบาล (Clinical research: Phase I, II, III) และเครือข่ายวิจัยสหสถาบันที่มีมาตรฐานระดับสากล

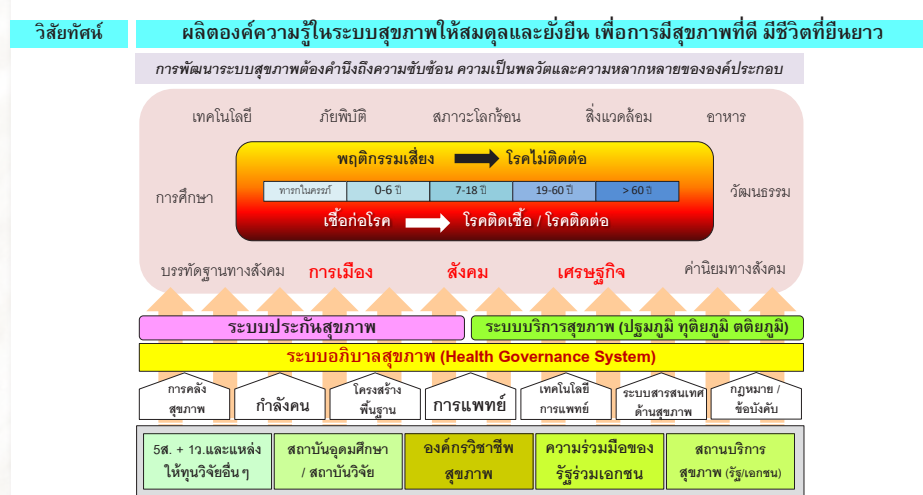
ยุทธศาสตร์ที่ 2 เสริมสร้างสมรรถนะนักวิจัยด้านสุขภาพและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของโลกในอนาคต



## 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการวิจัยแบบครบวงจร โดยคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

"ยุทธศาสตร์ที่ 3 จะเป็นการพัฒนาระบบบริหารจัดการวิจัยแบบครบวงจร โดยคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง โดยยุทธศาสตร์นี้จะเป็นการจัดการงานวิจัยเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าชุดบริหารเชิงธุรกิจทุนมนุษย์ การประเมินผลลัพธ์ KPI และการพัฒนาการบริหารงานวิจัย (research manager) และยุทธศาสตร์นี้จะเป็ยุทธศาสตร์ที่มุ่งเป้าหมายในเรื่องการวิจัยในประเด็นเทคโนโลยีสารสนเทศ และ public private partnership ซึ่งจะเป็นคีย์เวิร์ดสำคัญในการทำระบบการจัดการงานวิจัยมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น"

## กรอบแนวคิดการวิจัยระบบสุขภาพ : บูรณาการความหลากหลายเพื่อสร้างสุขภาวะของสังคม



## กลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3

1. บูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพแห่งชาติจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ให้สอดคล้องกับความคาดหวังจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อการบริหารงานและการตัดสินใจในทุกระดับ
2. พัฒนา "ต้นแบบ" นักบริหารจัดการวิจัยให้กับแหล่งทุนวิจัย และเครือข่ายสถาบันวิจัยต่างๆ ให้มีมาตรฐานและพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
3. สร้างความเป็นเลิศในการบริหารจัดการงานวิจัย ในกระบวนการให้ทุน ติดตาม และประเมินผลในระดับผลลัพธ์และผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม และมีคุณภาพบริการเป็นตัวอย่าง

## 4. บริหารจัดการเพื่อนำผลงานวิจัยสู่การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ และเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 บริหารจัดการเพื่อนำผลงานวิจัยสู่การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ และเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืน



\* สถาบันวิจัยหมายถึงสถาบันวิจัยทั้งในและนอกเครือข่ายของ สวรส.

\*\* องค์กรอิสระด้านสุขภาพที่แยกตัวออกจาก สวรส.

"ยุทธศาสตร์ที่ 4 จะเป็นการบริหารจัดการเพื่อนำผลงานวิจัยไปสู่การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ และเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน โดย สวรส. จะนำโจทย์และเป้าหมายของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด มาเป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการบริหารจัดการงานวิจัยในระบบสุขภาพ โดยมีระบบสารสนเทศเป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการติดต่อสื่อสารกันให้ง่ายมากขึ้น

ส่วนกระบวนการทำ Research and development (R&D) จะมีจุดมุ่งหมายเน้นไปที่ภาคธุรกิจ ภาควิชาการ ภาคบริการ และภาคชุมชนไปพร้อมๆ กัน โดยในแต่ละภาคส่วน จะมีการมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์ไม่ว่าจะเป็น การถ่ายทอดเทคโนโลยี การพัฒนางานวิจัยเชิงพาณิชย์ การเพิ่มผลิตภาพ (productivity) และการเพิ่มประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลในระบบสุขภาพ เพื่อให้การพัฒนา ระบบสุขภาพเกิดความเข้มแข็ง"

ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ผอ.สวรส. กล่าวด้วยว่า ธนาคารโลก ได้แนะนำให้ประเทศไทย นำ R&D มาสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสินค้าและบริการที่มีอยู่ เพราะฉะนั้นสินค้าก็คือวัตถุดิบต่างๆ ที่มี เรามีกระบวนการความรู้จะทำอะไรให้เกิดการบริการ ให้เกิดสร้างสินค้าออกสู่ตลาดได้ มองว่ากระบวนการนี้ยังไม่ได้ได้รับความสนใจจากภาครัฐมากเท่าไรนักเพราะดูจากการลงทุนด้านงานวิจัยเมื่อปีที่แล้ว พบว่ามีเพียงร้อยละ 0.26 ต่อ GDP ถือว่าน้อยมาก ฉะนั้นถ้ารัฐบาลมีความไม่ฝันเรื่องนี้ควรมีนโยบายเพิ่มงบประมาณการพัฒนางานวิจัยให้ถึง 2% ของ GDP ระหว่างนี้ เราทาง สวรส. ก็ต้องทำกระบวนการของระบบวิจัยของเราให้เข้มแข็งในทุกจุดที่เรามีปัญหา แล้วพยายามหากระบวนการผลิตนักบริการงานวิจัยขึ้นมาเพื่อที่จะรองรับสิ่งเหล่านี้ เพื่อที่จะทำอะไรให้งานวิจัยที่ผลิตและถูกส่งออกสู่ตลาดนั้น เป็นงานวิจัยที่มีคุณค่า มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพสูงให้ได้

### กลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4

1. เสริมสร้างวัฒนธรรม "แนวคิดเชิงระบบสุขภาพ" และส่งเสริมให้เกิดมูลค่าเพิ่มจากการลงทุนวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพสู่ความเข้มแข็งในภาควิชาการ ภาคบริการ ภาคธุรกิจและภาคสังคม โดยมีส่วนร่วมจากสถาบันการศึกษา สถาบันวิจัยสุขภาพและภาคเอกชน
2. มุ่งเน้นผู้ใช้ประโยชน์งานวิจัย โดยมีส่วนร่วมในการกำหนดโจทย์ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน เพื่อเพิ่มโอกาสการนำผลงานไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์หรือเชิงนโยบายได้
3. จัดสรรภารกิจให้พันธมิตร (5ส.+ 1ว.) ร่วมจัดการในกระบวนการถ่ายทอดเทคโนโลยีและการร่วมทุนกับภาคเอกชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากรสินทางปัญญาร่วมกันของประเทศ

ทั้งหมดนี้คือยุทธศาสตร์ที่สำคัญของ สวรส. ที่จะขับเคลื่อนให้เกิดองค์ความรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของไทยในช่วงปี 2557-2561 นี้ ▲





# “สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล” ระบบสุขภาพเข้มแข็ง ต้องเริ่มที่จุดเล็กๆ



“คำว่า...สุขภาพ ผมว่า คำๆ นี้ มันครอบคลุมไปถึงชีวิต...”

ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล



ฉะนั้น ถ้าหากพูดถึงความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ผมว่าคำๆ นี้มัน **ครอบคลุมไปทั้งชีวิต** ไม่ว่าเราจะใช้ชีวิตอยู่ในบ้าน ชุมชน สังคมที่ทำงาน โรงงาน หรือที่ต่างๆ ก็มักจะมีคำๆ นี้ตามติดไปด้วยทุกที่ เพราะคำว่า “สุขภาพ” อยู่กับเราทุกหนทุกแห่ง ชาวบ้านสมัยก่อนจึงรู้จักวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยของตัวเองได้ด้วยยาสมุนไพร ผมคิดว่าเราควรนำภูมิปัญญาเหล่านี้กลับมาใช้เหมือนเก่า ในการดูแลและเยียวยาสุขภาพของตนเองให้เข้มแข็งได้ โดยลดการพึ่งพายาแผนปัจจุบันและใช้ยาเท่าที่จำเป็น

ดังนั้น **หัวใจสำคัญที่จะทำให้ระบบสุขภาพเข้มแข็งและยั่งยืนได้นั้น จะต้องเริ่มต้นจากจุดเล็กๆ หรือเริ่มต้นจากระบบสุขภาพหน่วยที่เล็กที่สุด ก็คือ การที่ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพของตัวเอง (Self care) ก่อนที่จะดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวและคนในชุมชน ซึ่งเรื่องสุขภาพควรเป็นเรื่องที่ไม่แยกออกจากชีวิต สังคม และการทำมาหากินของชาวบ้าน เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสังคมมาตั้งแต่ต้นอยู่แล้ว**

**“การที่ชาวบ้านสามารถดูแลสุขภาพของตัวเองให้เจ็บป่วยน้อยลงได้ ถือว่าชาวบ้านมีส่วนช่วยให้ภาพใหญ่ของระบบสุขภาพก็มีความเข้มแข็งและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น และที่สำคัญก็คือจะช่วยให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศลดลงตามไปด้วย นี่คือนโยบายที่ผมคิดว่าเราควรจะไปให้ถึงตรงนั้น”**

สำหรับวันนี้ถามว่า ระบบสุขภาพบ้านเราเดินหน้ามาถึงตรงไหนไม่มีใครบอกได้ แต่เราต้องสร้างความท้าทาย ต้องคอยเติมเต็มช่องว่าง และทำให้ชาวบ้านสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ เพื่อไม่ให้เจ็บป่วยหรือดูแลสุขภาพของตนเองในยามเจ็บป่วยในเบื้องต้นได้ อันนี้ก็คือ “ระบบสุขภาพ” ที่ผมอยากจะเห็นในอนาคต

ส่วนการสร้างต้นทุนความรู้เพื่อให้ชาวบ้านสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้นั้นที่ผ่านมา หน่วยงานต่างๆ ก็ได้สร้างต้นทุนเหล่านี้เอาไว้มาพอสมควร ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ลงพื้นที่ไปยังชุมชนต่างๆ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และหนุนเสริมความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพให้กับชาวบ้าน

**ในขณะที่** สรส. เอง ก็มีบทบาทหน้าที่ในการเข้าไปเติมเต็มระบบสุขภาพตั้งแต่หน่วยที่เล็กที่สุดไปจนถึงระบบสุขภาพที่ใหญ่ที่สุด ซึ่งครอบคลุมทุกภูมิภาคทั่วประเทศ เพื่อให้ระบบสุขภาพของไทยมีความสมดุลและยั่งยืน และเพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดี และมีอายุที่ยืนยาว นี่คือนโยบายที่เรากำลังทำอยู่

หลังจากได้เห็นมุมมองในภาพใหญ่ๆ ของระบบสาธารณสุขผ่านยุทธศาสตร์ของ สรส. ปี 2557-2561 กันไปแล้ว ในทัศนะของ ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ยังได้สะท้อนภาพความคาดหวังที่เป็นเป้าหมายปลายทางของระบบสุขภาพในอนาคตเอาไว้ที่น่าสนใจ

**“ระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นสิ่งสำคัญและเป็นสิ่งที่คนไทยเกือบทั่วประเทศเฝ้ารอคอยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพให้มากขึ้น ดังนั้น “ฝ่ายซื้อบริการสุขภาพ” และ “ให้ฝ่ายบริการสุขภาพ” ควรจับมือกันเพื่อพัฒนางานบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้มีคุณภาพและครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่อย่างเร่งด่วน”** ผอ.สรส. สะท้อนมุมมอง

โดยส่วนตัวมีความฝันอยากเห็นการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัวหรือชุมชน (Self Care) โดยที่ไม่ต้องพึ่งพาหมอและยาจากต่างประเทศ เพราะถ้าหากชาวบ้านสามารถดูแลตัวเองในยามเจ็บป่วยได้ หรือมีการดูแลสุขภาพโดยการดื่มน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย กินอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ลดการดื่มเหล้าสูบบุหรี่ อยู่ในวิถีชีวิตที่มีความสุข จะช่วยลดการเจ็บป่วยให้ลดน้อยลง สามารถใช้ชีวิตอยู่ดี กินดีมีความสุขได้ตามอัธยาศัย

ศ.นพ.สมเกียรติ กล่าวด้วยว่า “แต่ถ้าหากมีการเจ็บป่วยที่มากเกินไปจนเกินกว่าจะเยียวยาด้วยตนเองการบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเองและสามารถจะทำได้ในระดับชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นการบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health of Care) ก็จะทำหน้าที่เป็นผู้นำพาชาวบ้านที่เจ็บป่วยเข้ามารับการรักษารักษา หรือพามาเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้อย่างปลอดภัย โดยการส่งต่อด้วยระบบไร้รอยต่อเพื่อให้ได้รับการบริการในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ ได้อย่างทันทั่วทั้งที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ” ซึ่งเป็นความคาดหวังที่ทุกฝ่ายต้องพัฒนางานบริการสุขภาพด้านพื้นฐานให้มีคุณภาพ

# โฉมใหม่ ระบบสาธารณสุขเพื่อคนไทย กับ “12 เขตบริการสุขภาพ”

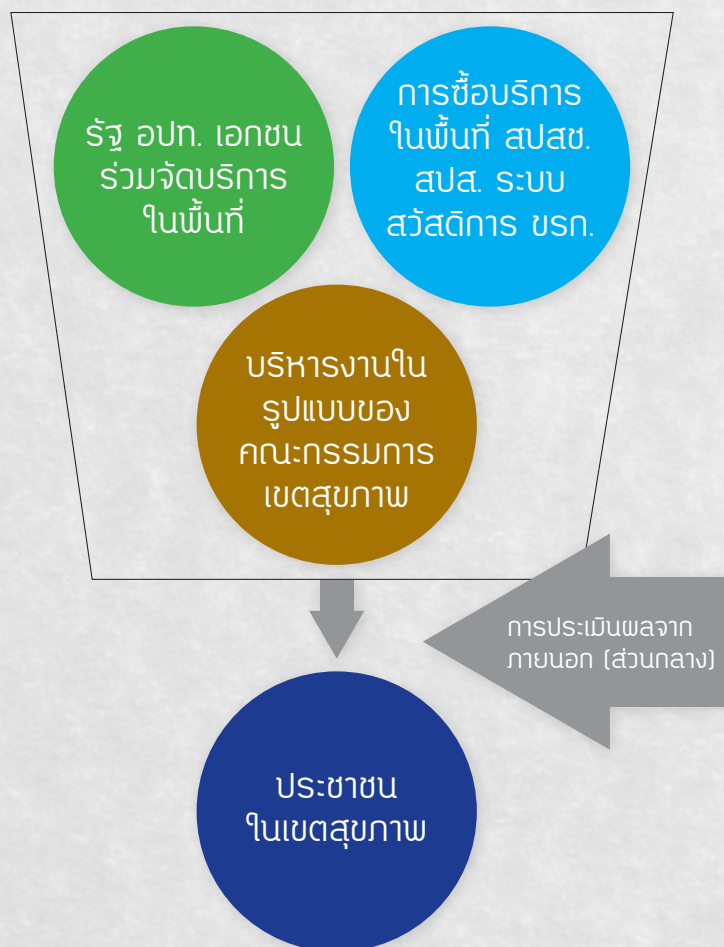
## สู่เป้าหมาย

คนไทยสุขภาพดีภายใน 10 ปี

อายุเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 72 ปี

ทุกอำเภอมีตำบลสุขภาพดี อย่างน้อย 2 ตำบล

มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อสม. สร้างเสริมสุขภาพในชุมชน



สามารถติดตามข้อมูลข่าวสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิรูปเขตบริการสุขภาพ เพิ่มเติมได้ทาง <http://www.hsri.or.th>