

ออกแบบระบบสุขภาพไทยเชิงอุดมคติใหม่

Grand Re-Design Ideal Thai Health Systems

ระบบสุขภาพที่ดีควรมีวงจรเรียนรู้และปรับตัวเพื่อรับมือกับความท้าทายต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบสุขภาพไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่เมื่อ 25 ปีที่แล้ว จากการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานการณ์ความท้าทายระบบสุขภาพปัจจุบันย่อมเปลี่ยนไปจากเดิมมากแล้ว ทั้งส่วนที่เป็นเรื่องใหม่ เช่น ภาวะโลกร้อนกับผลกระทบต่อสุขภาพ ปัจจัยการกำหนดสุขภาพ การเสพติดสื่อสังคมดิจิทัลที่มีผลกับสุขภาพจิตของเด็ก และวัยรุ่น ฯลฯ กับส่วนที่เป็นเรื่องเดิม เช่น การคลังขาดแคลนเพราะมีจำกัด ไม่สามารถจัดสรรให้ด้านอุปทานของระบบบริการ (ทั้งกำลังคนและทรัพยากรเทคโนโลยีทางสุขภาพ) ได้เพียงพอกับอุปสงค์ต่อสุขภาพที่ไม่จำกัด ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพการด้อยโอกาสทางสุขภาพข้ามรุ่น เศรษฐศาสตร์การเมืองของการอภิบาลระบบ สถาบันองค์กร กรรมการ อำนาจและการกระจายอำนาจ การจัดสรรทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร ฯลฯ วงจรเรียนรู้และปรับตัว ณ ปัจจุบันจะนำไปสู่การออกแบบระบบสุขภาพไทยในทิศทางไหน

เมื่อใช้ตัวช่วยปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence, AI) Claude ให้เสนอแนะ “suggest grand design Thai health systems 2030” ผู้ช่วย AI ให้ความเห็นหลายอย่าง 5 อันดับแรกคือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2.0 โครงสร้างสุขภาพดิจิทัล ความพร้อมรับสังคมสูงวัย ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนากำลังคน เมื่อถ้าม

ลึกถึงต้นทุนส่วนเพิ่มของ grand design ผู้ช่วย AI ให้คำตอบอย่างรวดเร็วว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2.0 ที่จะทำให้เกิดความกลมกลืน (universal coverage scheme harmonization) ต้องการงบรายหัวเพิ่ม 40-60 บาทต่อคนต่อปี จนถึงปี 2573 โครงข่ายสุขภาพดิจิทัลต้องการงบลงทุน 30-50 บาทต่อคนและงบบำรุงรักษา 5-8 บาทต่อคนต่อปี ความพร้อมรับสังคมสูงวัยต้องการงบรายหัวเพิ่ม 60-100 บาทต่อคนต่อปีจนถึงปี 2573 การสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็งต้องการงบรายหัวเพิ่ม 20-30 บาทต่อคนต่อปีจนถึงปี 2573 การพัฒนากำลังคนให้เพียงพอต้องการงบรายหัวเพิ่ม 15-25 บาทต่อคนต่อปีจนถึงปี 2573 (ผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศ [gross domestic product, GDP] ปีฐาน 2568 มูลค่า 18.5 ล้านล้านบาท ประชากร 65.8 ล้านคน) ทั้งหมดนี้ประเทศจะมีรายจ่ายสุขภาพเพิ่มเป็นร้อยละ 5.2-5.7 ของ GDP ซึ่งบรรณาธิการเห็นคล้อยตามข้อความที่ผู้ช่วย AI เสนอมาในย่อหน้านี้ เพราะการพัฒนาให้ถึงเป้าหมายที่เพิ่มขึ้นมักตามมาด้วยต้นทุนที่ต้องเพิ่มขึ้นด้วย ประเด็นสุดท้ายขอให้ผู้ช่วย AI ทำนายโอกาสที่จะสำเร็จ คำตอบคือ digital health infrastructure โอกาสสำเร็จสูงสุดร้อยละ 60-70 รองลงมาคือ primary care strengthening ร้อยละ 50-60 workforce development ร้อยละ 40-50 aging/long-term care preparedness โอกาสสำเร็จร้อยละ 20-35 ส่วน UCS harmonization โอกาสสำเร็จต่ำสุดคือร้อยละ 15-25

บทบรรณาธิการและบทความในฉบับนี้ ขอออกแบบระบบสุขภาพไทยเชิงอุดมคติใหม่ให้กว้างขวางกว่าที่ผู้ช่วย AI เสนอ ถ้าสิ่งท้าทายสุขภาพคือ สิ่งแวดล้อม ปัจจัยการกำหนดสุขภาพ วิถีชีวิต การใช้ดิจิทัลแบบเสถียร ฯลฯ มาตราการสุขภาพในทุกนโยบาย (health in all policies) หรือ healthy public policy ของ Ottawa Charter ยังเป็นชุดนโยบาย กฎหมาย ที่พรรคการเมือง สถาบันรัฐและเอกชน ต้องถือเป็นมาตรการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอันดับแรกที่มีประสิทธิผล และมีโอกาสคุ้มค่า บทความในวารสารฉบับนี้ แสดงตัวอย่างความเชื่อมโยงของสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างมีผลต่อสุขภาพของทุกคนในเมือง⁽¹⁾ ประกาศกระทรวงศึกษาธิการมีผลต่อสุขภาพเด็กนักเรียนและพฤติกรรมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต⁽²⁾ การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพปฐมภูมิเล็กสุดอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่ยังอยู่กับราชการส่วนกลาง ก่อให้ระบบความสัมพันธ์การสื่อสารของหน่วยงานส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นราบรื่นหรือสะดุด⁽³⁾ ก็จะทำให้การดูแลสุขภาพแม้ว่าจะสุดท้ายที่ทุกซ์ทรมานและสิ้นเปลือง ยังคงเป็นการดูแลที่ผสมผสานกับหลักเวชศาสตร์ครอบครัวที่เกิดประสิทธิผลกับประชาชนและครอบครัว⁽⁴⁾ การปรับระบบบริการสุขภาพช่องปากให้คำนึงถึงคุณค่ามากกว่าปริมาณและสัมพันธ์กับคะแนนภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ⁽⁵⁾ การบูรณาการผสมผสานหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคกับภาคประชาสังคมเพื่อให้ประเทศไทยใช้ยาสมเหตุผล⁽⁶⁾ เหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบของระบบสุขภาพไทยเชิงอุดมคติ ที่ควรมีอย่างครอบคลุม

ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัตย์
บรรณาธิการ

References

1. Topothai T. Mapping built environment characteristics for active living in urban Asia: a scoping review. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(3):293-324.
2. Noochpoung R. Awareness and effectiveness of the 2020 Ministry of Education announcement and the 2021 Office of the Basic Education Commission announcement on school environments to control sugar intake and health promotion in schools in Chiang Mai province. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(3):240-57. (in Thai)
3. Sinthuphan J, Chatratichart W, Petcharanan Y, Suntikul W, Ruendhawit T, Suwansukhum J. Relationship management and facilitative leadership communication for healthcare services provision of the decentralized sub-district health promoting hospitals. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(3):205-24. (in Thai)
4. Tangtrakul V, Singpong R, Singkheaw P, Wannapira W, Tonboot S, Pannarunothai S. Systemic factors influencing the continuity of home-based palliative care network following the transfer of sub-district health promoting hospitals to the provincial administrative organization: a case study of Phitsanulok province. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(3):225-39. (in Thai)
5. Wongkongkathap S, Ninkumhaeng N, Banditmahakun S. Effects of a value-based oral health service model on caries risk reduction and caries progression among children aged 0-5 years: a quasi-experimental study in two provinces of Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(3):258-74. (in Thai)
6. Awiphan R, Phosuya C, Laopanichkul B, Kanjanarat P. Pharmacovigilance patterns of unsafe medicines and health products in communities, and community participation in northern Thailand: a case study of border medicines, community medicines, and antibiotic use in aquatic animals. *Journal of Health Systems Research* 2026;20(3):275-92. (in Thai)