

Opportunities & Challenges for Nursing Professionals

อาจารย์ ดร. อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์

ผู้อำนวยการศูนย์คลังปัญญาและสารสนเทศ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

สาขาวิชา **Business Analytics and Intelligence,**

สาขาวิชาวิทยาการประกันภัยและการบริหารความเสี่ยง

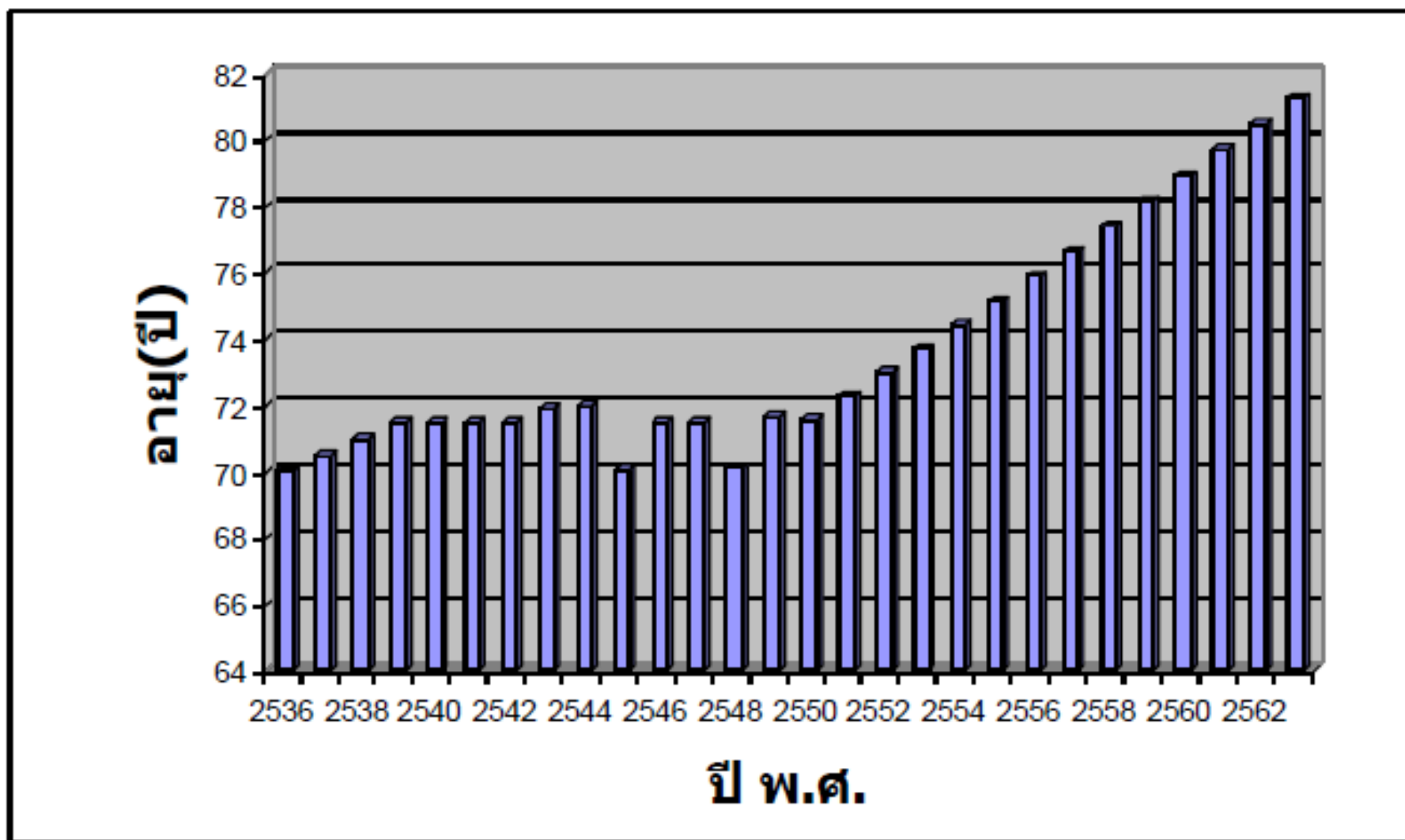
คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์



IIC

Intelligence and Information Center

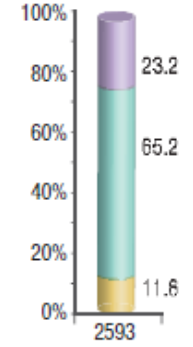
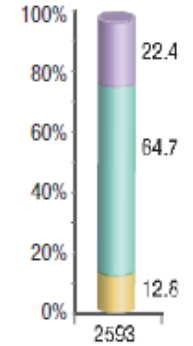
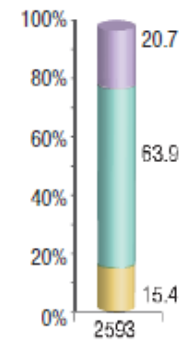
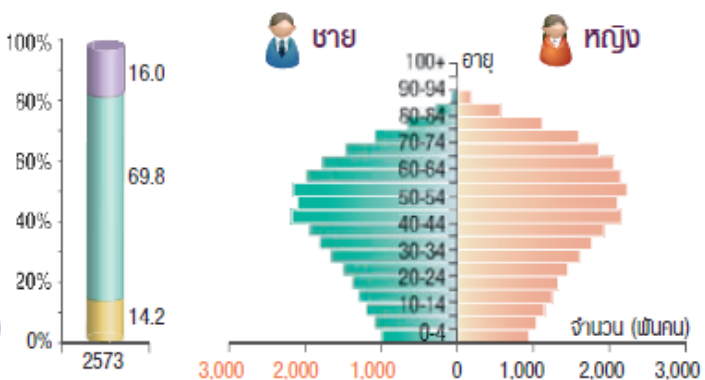
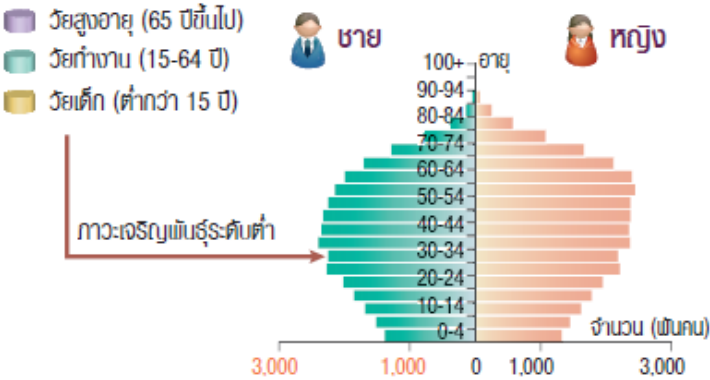
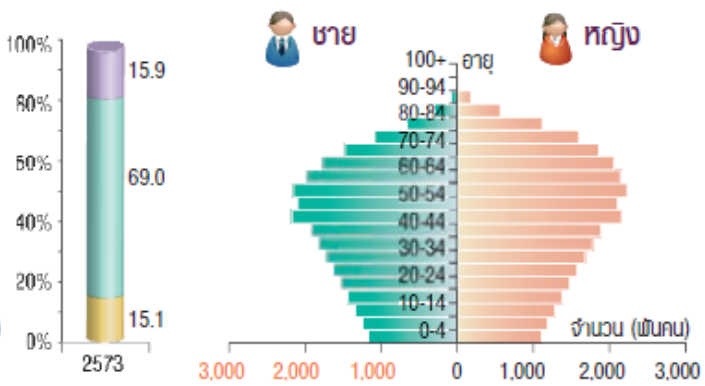
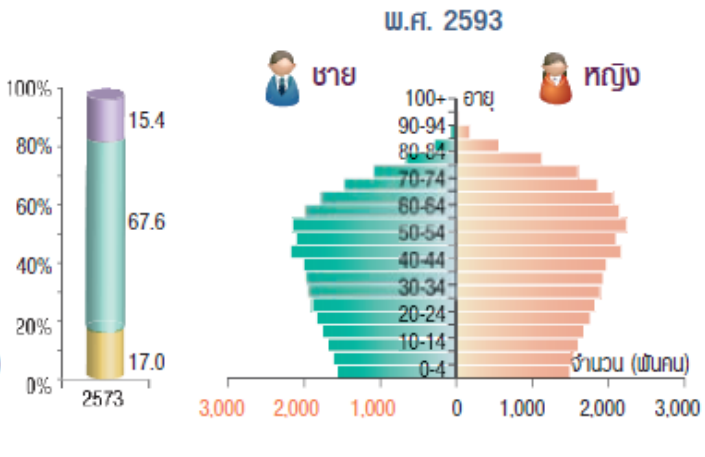
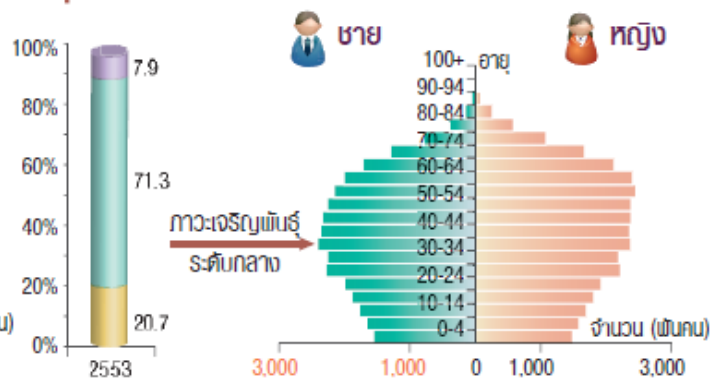
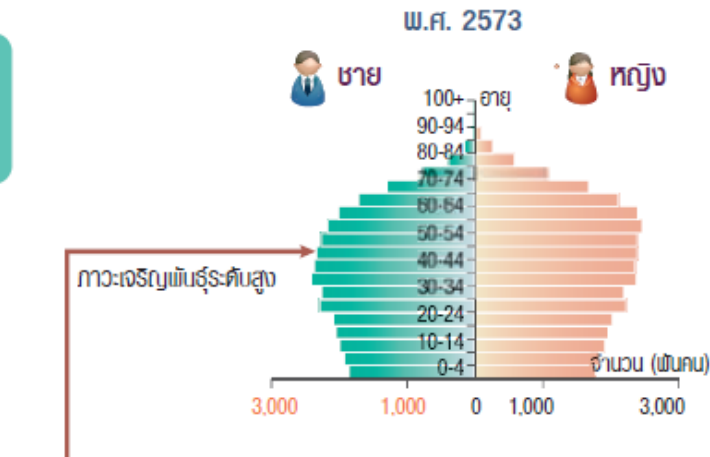
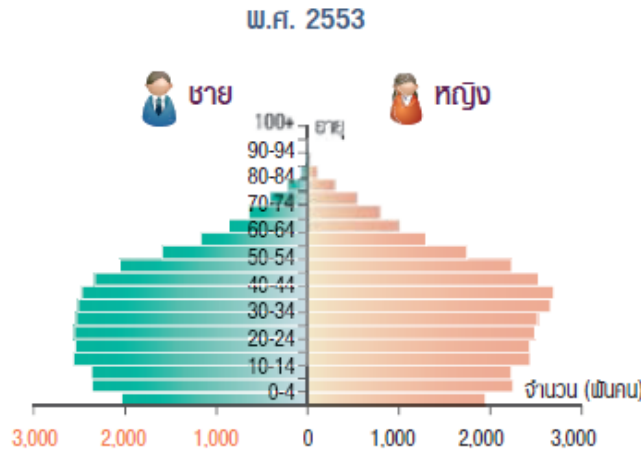
อายุขัยโดยเฉลี่ยของประชากรไทย



ที่มา: สำนักงานนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

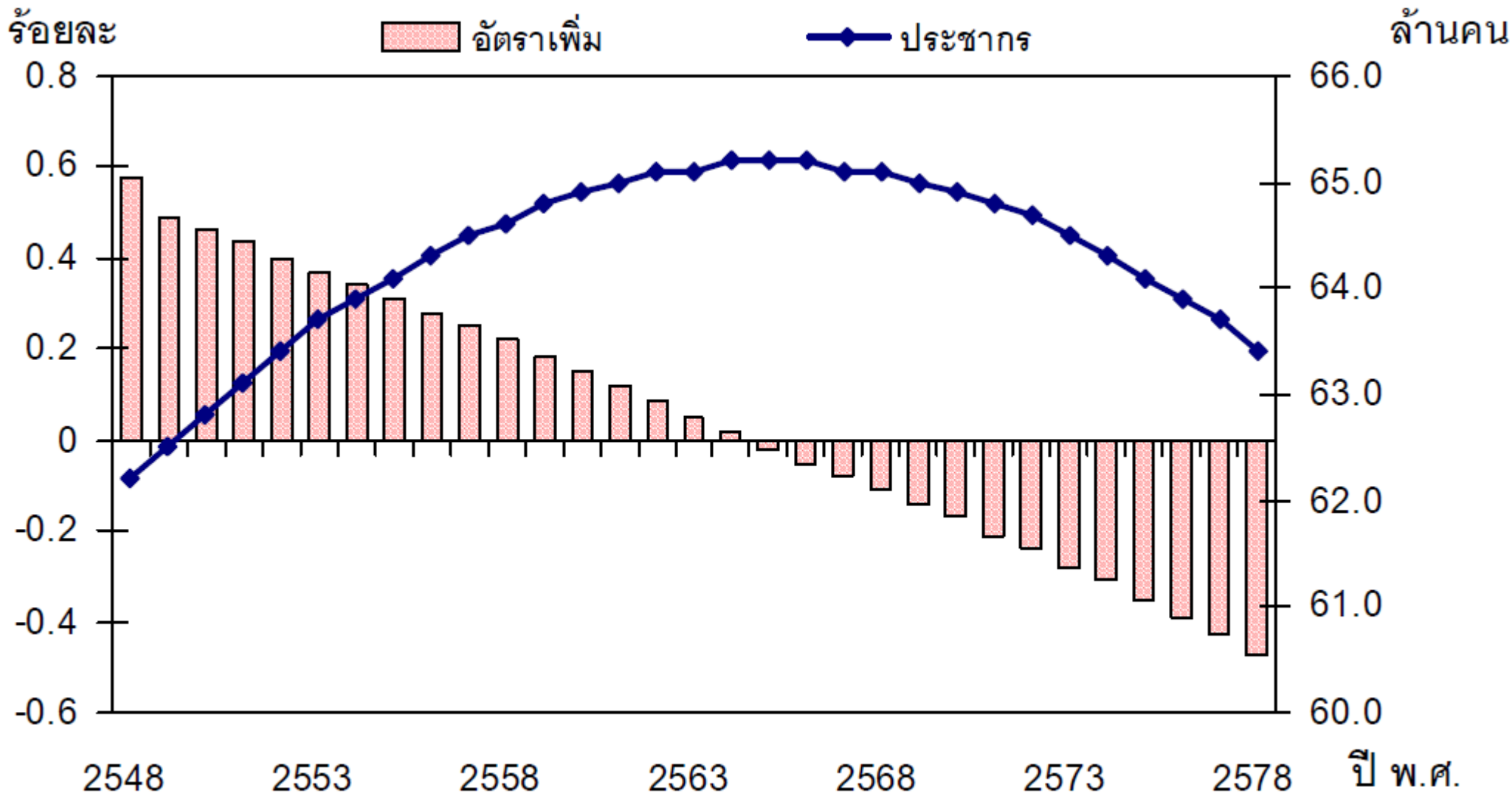
พีระมิดประชากรไทยในอีก 40 ปีข้างหน้าตามข้อสมมุติภาวะเจริญพันธุ์ระดับต่างๆ และร้อยละของประชากรจำแนกตามวัย (กลุ่มอายุหลัก) พ.ศ. 2553 2573 และ 2593

อัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR)
คือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่ง (อายุ 15-49 ปี)
ให้กำเนิดตลอดวัยมีบุตรของตน



- วัยสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป)
- วัยทำงาน (15-64 ปี)
- วัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี)

การฉายภาพประชากร (Demographic projection) และสังคมผู้สูงอายุ



รูป 1 อัตราเพิ่มและจำนวนประชากร, พ.ศ. 2548 – 2578

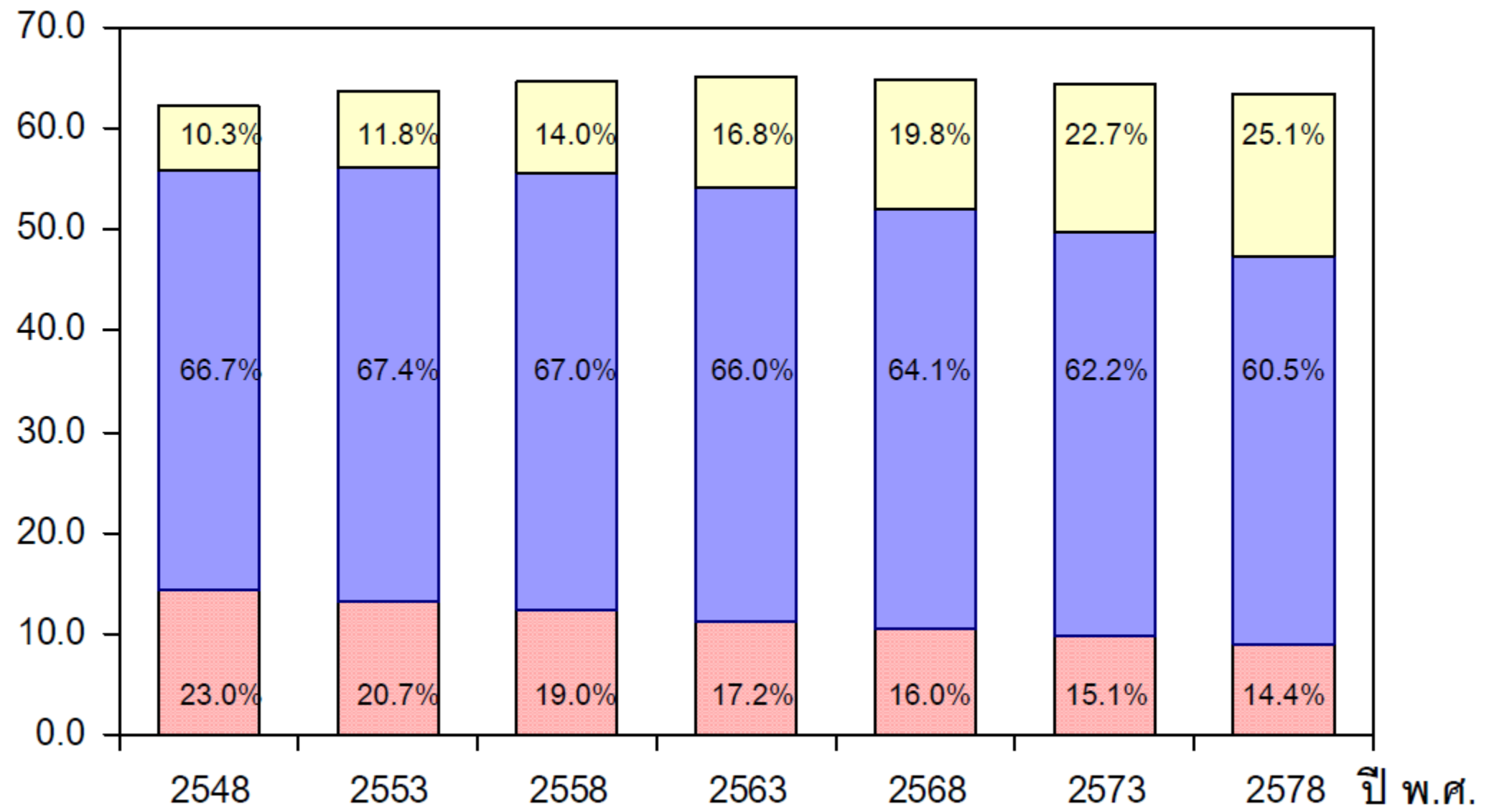
ประชากรไทยในอนาคต บัณฑิต ว่าพัฒน์วงศ์ ปราโมทย์ ประสาทกุล

จำนวน (ล้านคน)

เด็ก

วัยแรงงาน

สูงอายุ



• เด็ก-อายุ < 15 ปี สูงอายุ-อายุ > 60 ปี

จังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยน้อยที่สุด 10 อันดับแรก พ.ศ.2557
Top 10 provinces with youngest index of aging, 2014

อันดับ Rank	จังหวัด province	ดัชนีการสูงวัย Index of aging
1	นราธิวาส Narathiwat	40.2
2	ยะลา Yala	40.4
3	ปัตตานี Pattani	44.3
4	สตูล Satun	45.7
5	กระบี่ Krabi	47.4
6	ภูเก็ต Phuket	49.2
7	ระนอง Ranong	51.5
8	แม่ฮ่องสอน Maehongson	55.0
9	ระยอง Ranong	55.7
10	ตาก Tak	57.5

จังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยมากที่สุด 10 อันดับแรก พ.ศ.2557
Top 10 provinces with highest index of aging, 2014

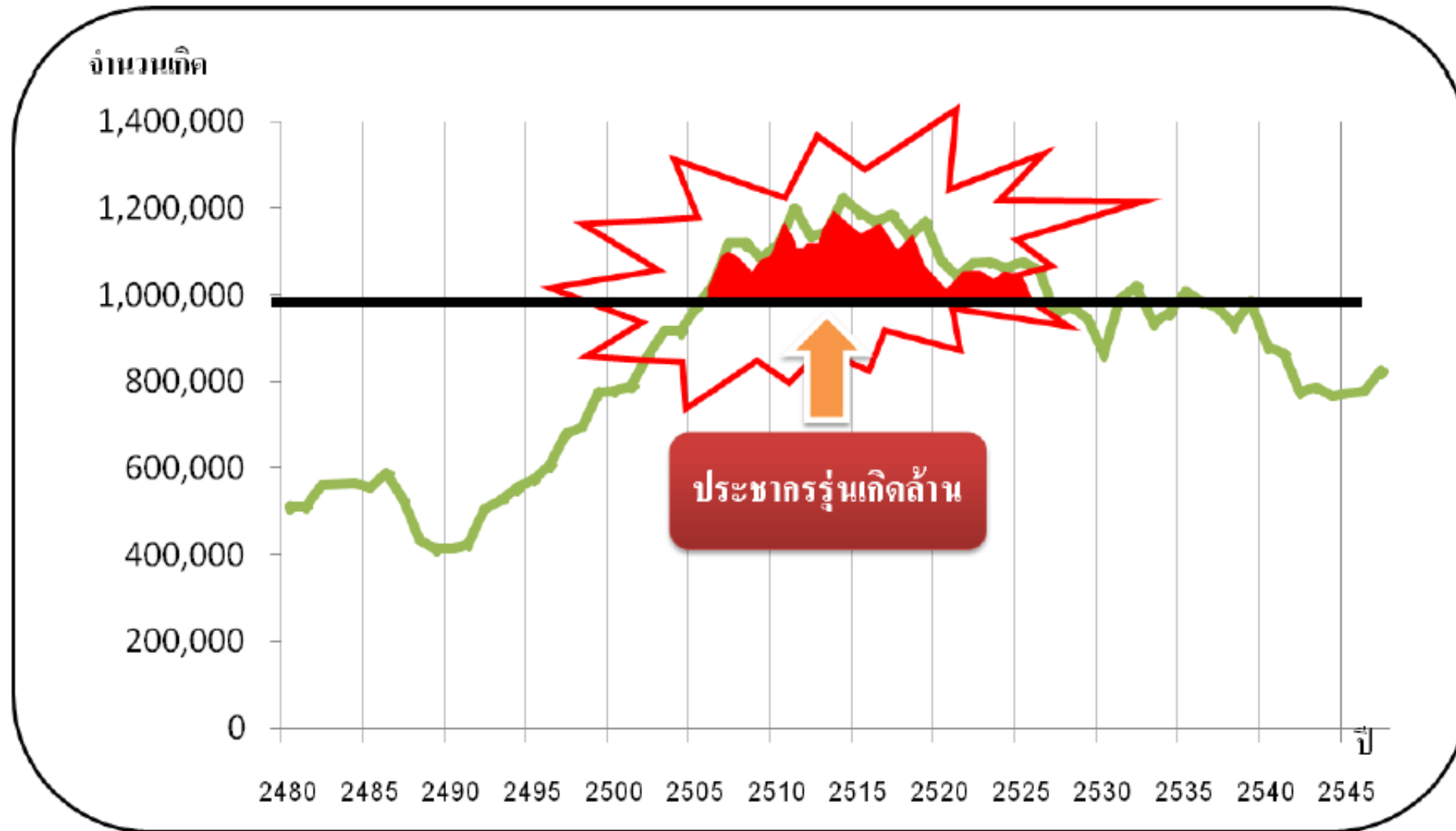
อันดับ Rank	จังหวัด province	ดัชนีการสูงวัย Index of aging
1	ลำปาง Lampang	143.5
2	ลำพูน Lamphun	143.3
3	แพร่ Phrae	140.0
4	สมุทรสงคราม Samut songkhram	133.7
5	สิงห์บุรี Singburi	128.4
6	ชัยนาท Chainat	124.3
7	อุตรดิตถ์ Uttaradit	121.1
8	พะเยา Phayao	120.1
9	อ่างทอง Angthong	113.5
10	นครสวรรค์ Nakhonsawan	112.7

ตาราง 2 อัตราส่วนพึงพิงรวม อัตราส่วนพึงพิงวัยเด็ก และอัตราส่วนพึงพิงวัยชรา พ.ศ. 2503 – 2578

ปี พ.ศ.	อัตราส่วนพึงพิง		
	รวม	วัยเด็ก	วัยชรา
2503	85.2	80.0	5.2
2513	92.9	87.0	5.9
2523	72.0	65.9	6.1
2533	51.3	44.2	7.0
2543	51.2	36.9	14.4
2548	49.9	34.4	15.5
2558	49.3	28.4	20.9
2568	55.9	25.0	30.9
2578	65.2	23.7	41.4

หมายเหตุ: อัตราส่วนพึงพิงของปี พ.ศ. 2503 – 2543 คำนวณจากสำมะโนประชากร และของปี พ.ศ. 2548 – 2578 คำนวณจากการฉายภาพประชากร

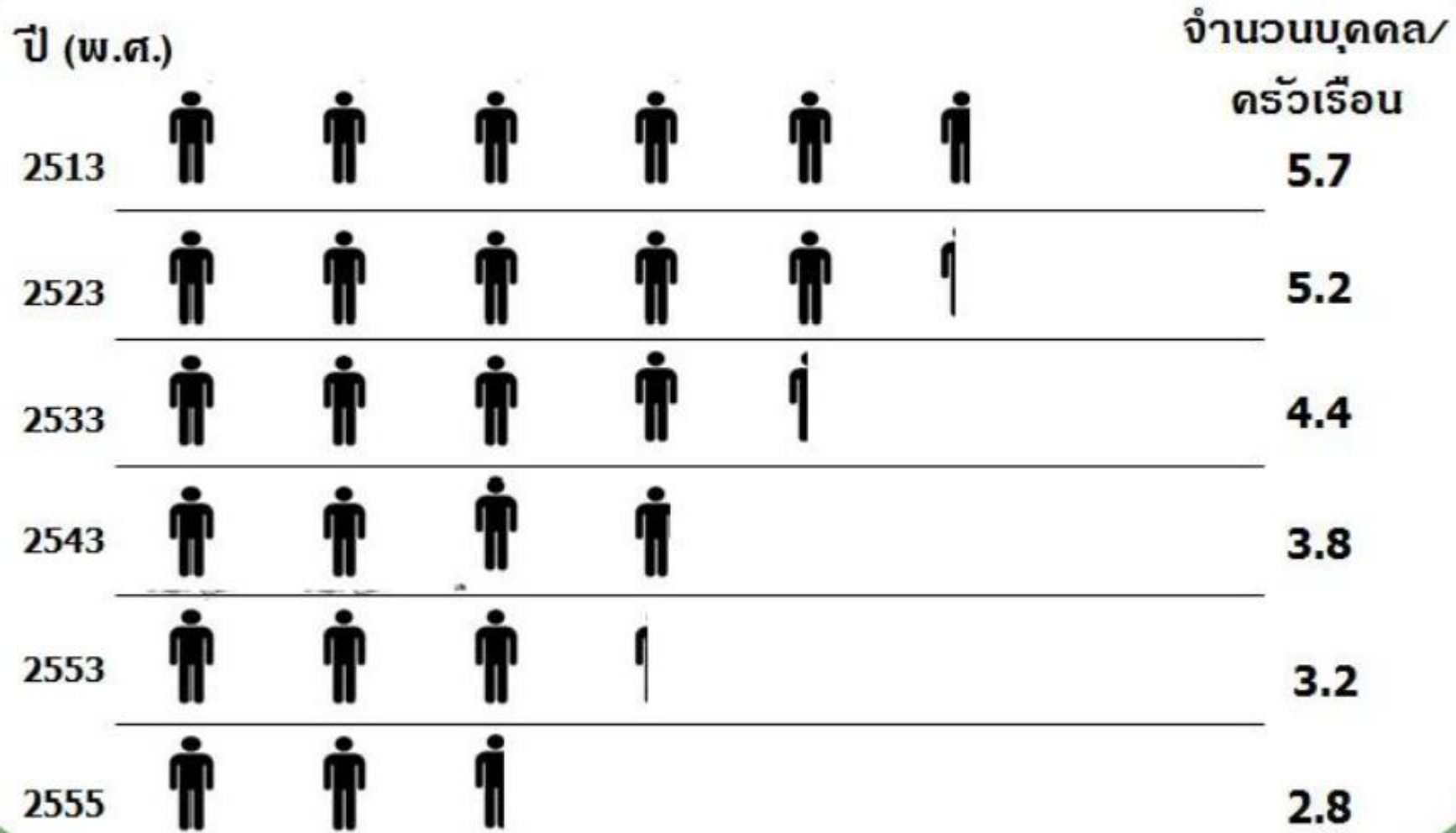
ประชากรรุ่นเกิดล้าน พ.ศ.2506 - 2526



ที่มา: ปราโมทย์ ประสาทกุล และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ “สถานการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548”

ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และ ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2548.

ในอนาคต ผู้สูงอายุจะอยู่ในครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลง



แหล่งที่มา: กรมการปกครอง, กระทรวงมหาดไทย และ สำมะโนประชากรและเคหะ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จำนวนประชากรสูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

พ.ศ.2553-2583

ภาวะทุพพลภาพ = ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง
ได้แก่ กินอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ถ่าย และเคลื่อนไหวไปมาภายในบ้าน

จำนวน X 1,000

เพศ	2553	2563	2573	2583
ชาย	113.8	163.3	217.7	268.4
หญิง	180.5	261.9	364.3	471.2
รวม	294.2	425.2	582.0	739.6

ที่มา: จำนวนประชากรได้จากการถ่ายภาพประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556) อัตราความชุกของผู้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คำนวณจากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547

อายุคาดเฉลี่ยที่ปราศภาวะทุพพลภาพ 2547

อายุคาดเฉลี่ยที่ปราศภาวะทุพพลภาพ คือจำนวนปีที่คาดว่าบุคคลจะมีชีวิตอยู่โดยปราศจากภาวะทุพพลภาพ ซึ่ง

พิจารณาจากความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

ได้แก่ การกินอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ ถ่าย และเคลื่อนไปมาได้ภายในบ้าน

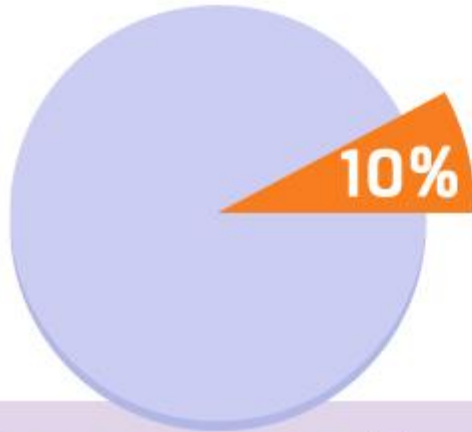
ชาย	อายุคาดเฉลี่ย	อายุคาดเฉลี่ยปราศทุพพลภาพ	ค่าแตกต่าง
e_{60}	18.5	17.6	0.9
e_{65}	15.1	14.2	0.9
e_{70}	11.9	11.0	0.9
e_{75}	9.4	8.6	0.8
e_{80}	7.6	6.6	1.0
หญิง	อายุคาดเฉลี่ย	อายุคาดเฉลี่ยปราศทุพพลภาพ	ค่าแตกต่าง
e_{60}	21.5	19.9	1.6
e_{65}	17.8	16.2	1.6
e_{70}	14.2	12.6	1.6
e_{75}	11.3	9.8	1.5
e_{80}	8.5	7.0	1.5

Source: Jiawiwatkul, U., Aekplakorn, W., Vapattanawong, P., Prasartkul, P., and Porapakkham, Y., Changes in Active Life Expectancy Among Older Thais: Results From the 1997 and 2004 National Health Examination Surveys. Asia-Pacific Journal of Public Health. 2011; 1-8.

Data source: National Health Examination Surveys 1997, 2004

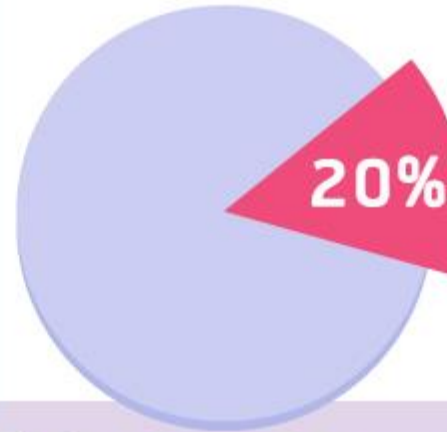
อะไรคือสังคมผู้สูงอายุ?

สังคมผู้สูงอายุ



มีประชากรอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
เกิน **10%**

สังคมผู้สูงอายุ
แบบเต็มรูปแบบ

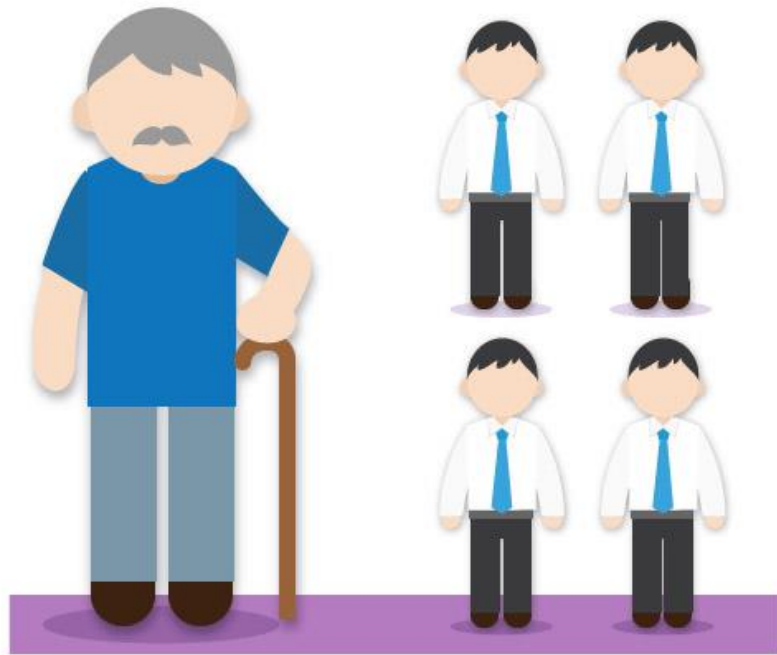


มีประชากรอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป
เกิน **20%**

สังคมผู้สูงอายุของไทย

ปี 2558

เราเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว



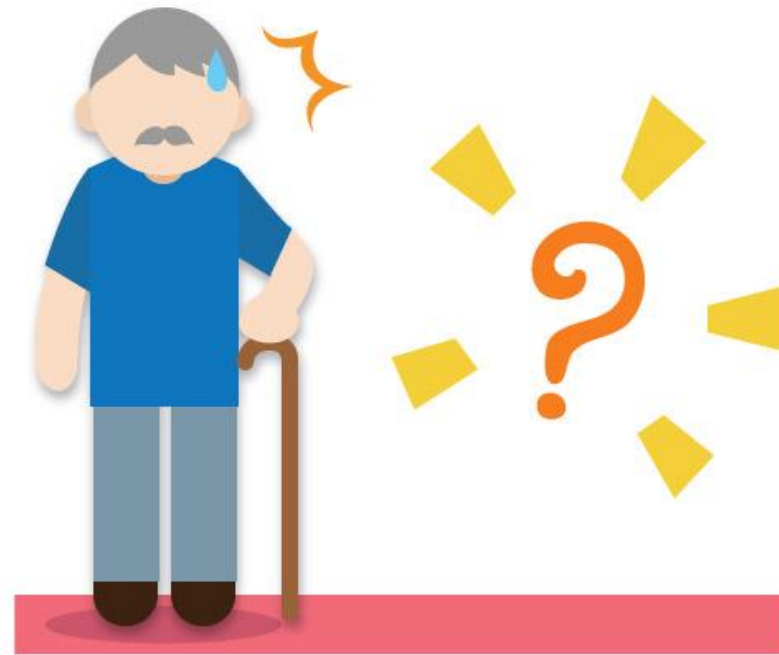
ผู้สูงอายุ
1 คน

⋮

คนวัยทำงาน
4 คน

ปี 2564

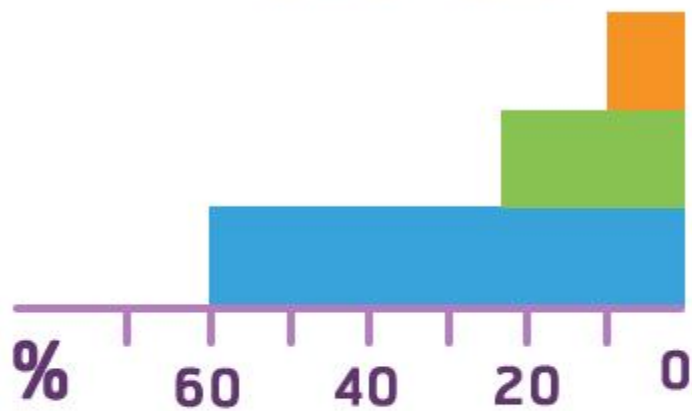
เราจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ



ผู้สูงอายุ \gg คนวัยทำงาน

คุณคิดว่าใครต้องเป็นผู้รับผิดชอบหลังเกษียณ

ความคิดของ
คนเกาหลี

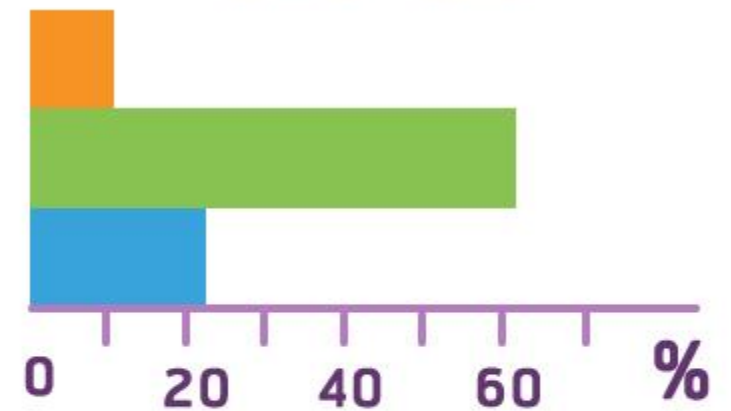


ตัวผู้เกษียณอายุเอง

รัฐบาล

ลูกหลานและคนในครอบครัว

ความคิดของ
คนไทย

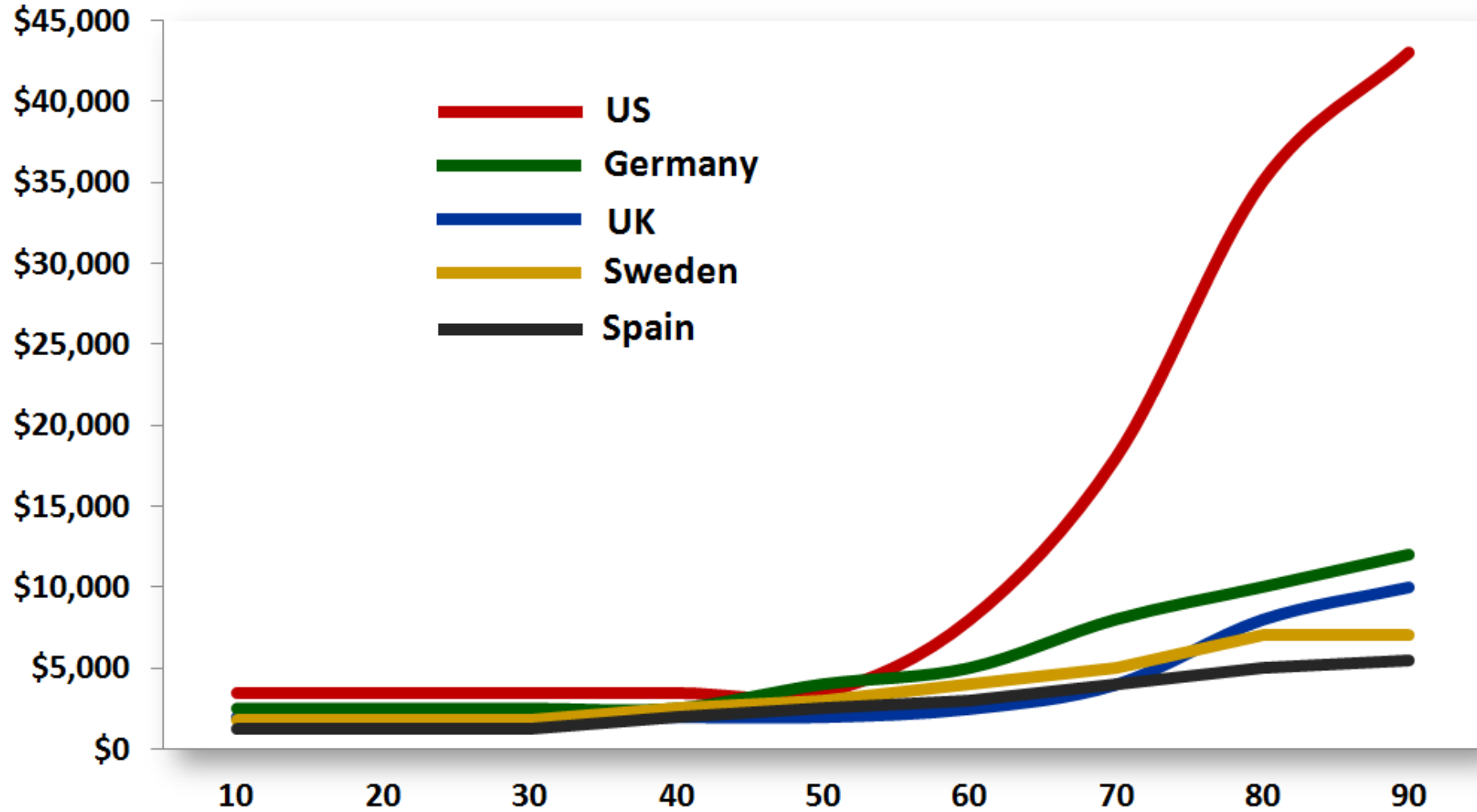


"Live Long and Prosper: Aging in East Asia and Pacific" ของ
ธนาคารโลก หรือ "เวิลด์แบงก์" ได้มีการสำรวจว่า 'คุณคิดว่าใครต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
หลังเกษียณอายุสำหรับผู้เกษียณอายุแล้ว?'

จากการสำรวจพบว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน และสิงคโปร์ เกินกว่าครึ่งตอบว่าคนที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลังเกษียณอายุ ก็คือตัวผู้เกษียณอายุเอง ในขณะที่ประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น จีน อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เวียดนาม และไทย เกินกว่าครึ่งตอบว่าคนที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลังเกษียณอายุ คือรัฐบาล นั่นก็แปลว่าคนส่วนใหญ่ยังหวังพึ่งพิงสวัสดิการจากรัฐจริงๆ เมื่อคิดแต่จะหวังพึ่งพิงคนอื่น ก็เลยทำให้ไม่คิดที่จะวางแผนเกษียณอายุไว้แต่เนิ่นๆ นั่นเอง <http://www.scb.co.th/line/tip/money-plan.html>

อายุกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

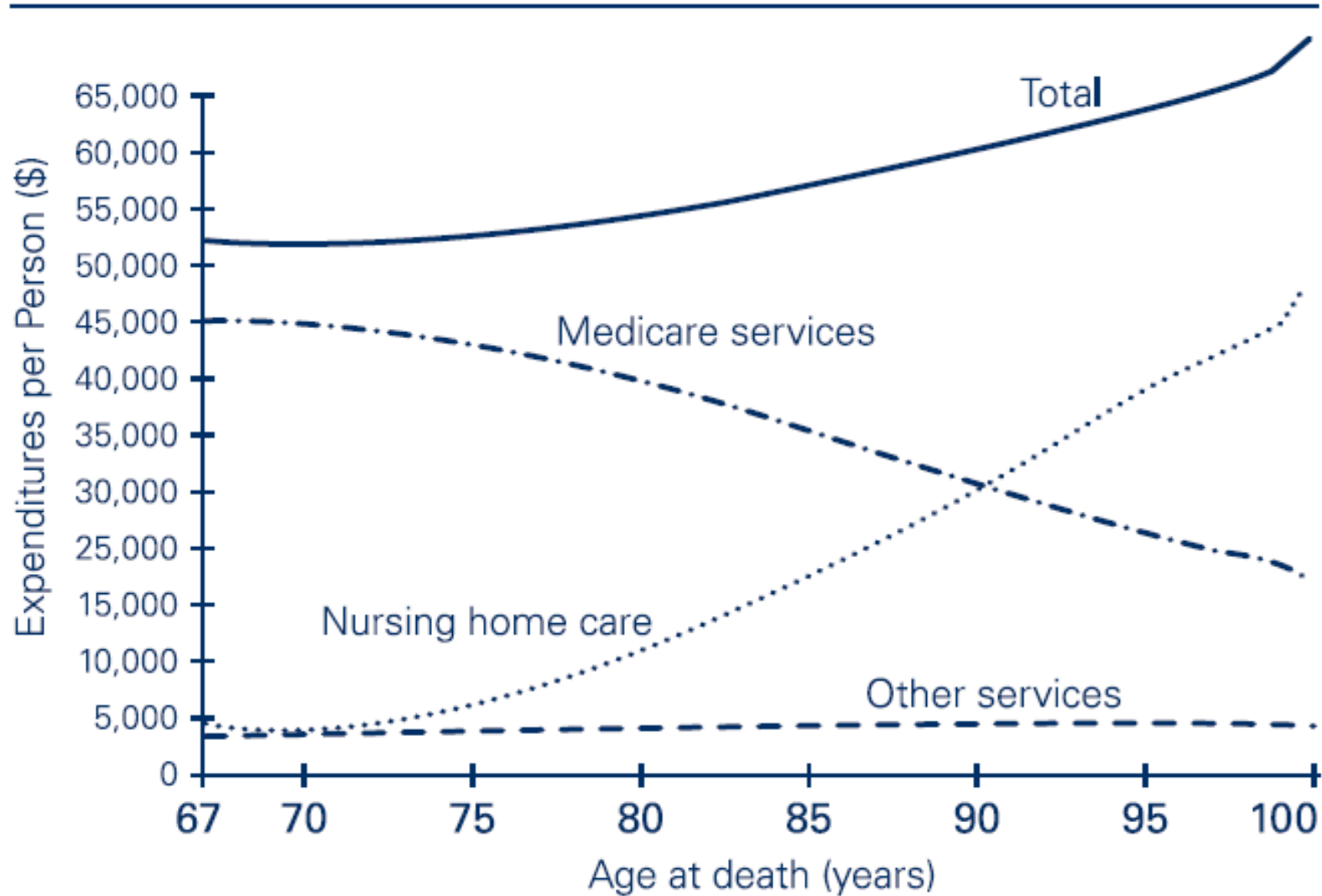
Annual Per Capita Healthcare Costs by Age



<http://www.post-gazette.com/nation/2009/12/13/U-S-health-care-costs-for-the-aged-are-sky-high/stories/200912130214>

<http://www.forbes.com/sites/danmunro/2012/12/30/2012-the-year-in-healthcare-charts/#2c0bad3b458f>

อายุกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์



SOURCE: Spillman BC, Lubitz J. 2000. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Eng J Med* 342:1409–15.

Health Care Costs—From Birth to Death

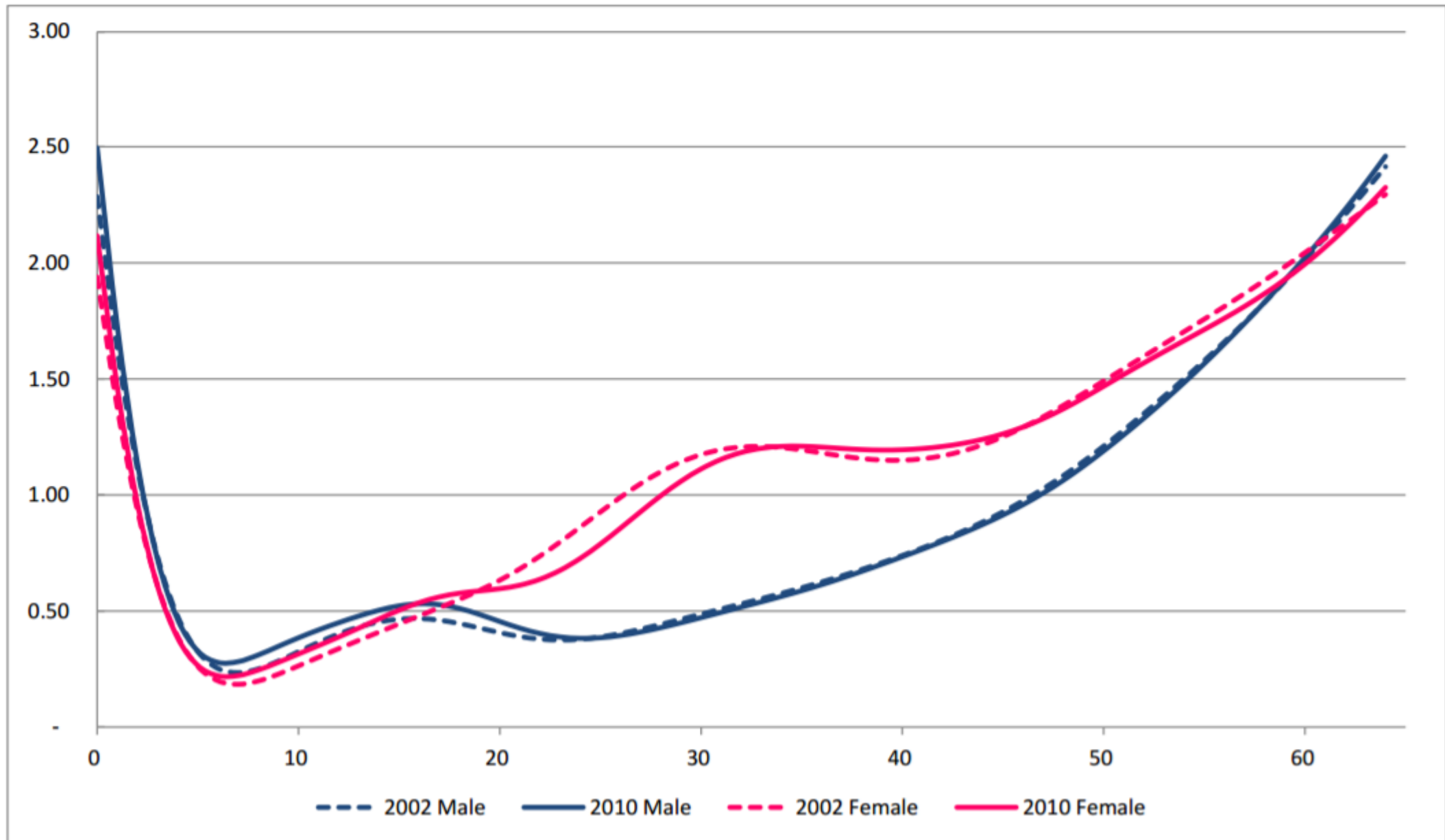
**Sponsored by
Society of Actuaries**

Prepared by
Dale H. Yamamoto

June 2013

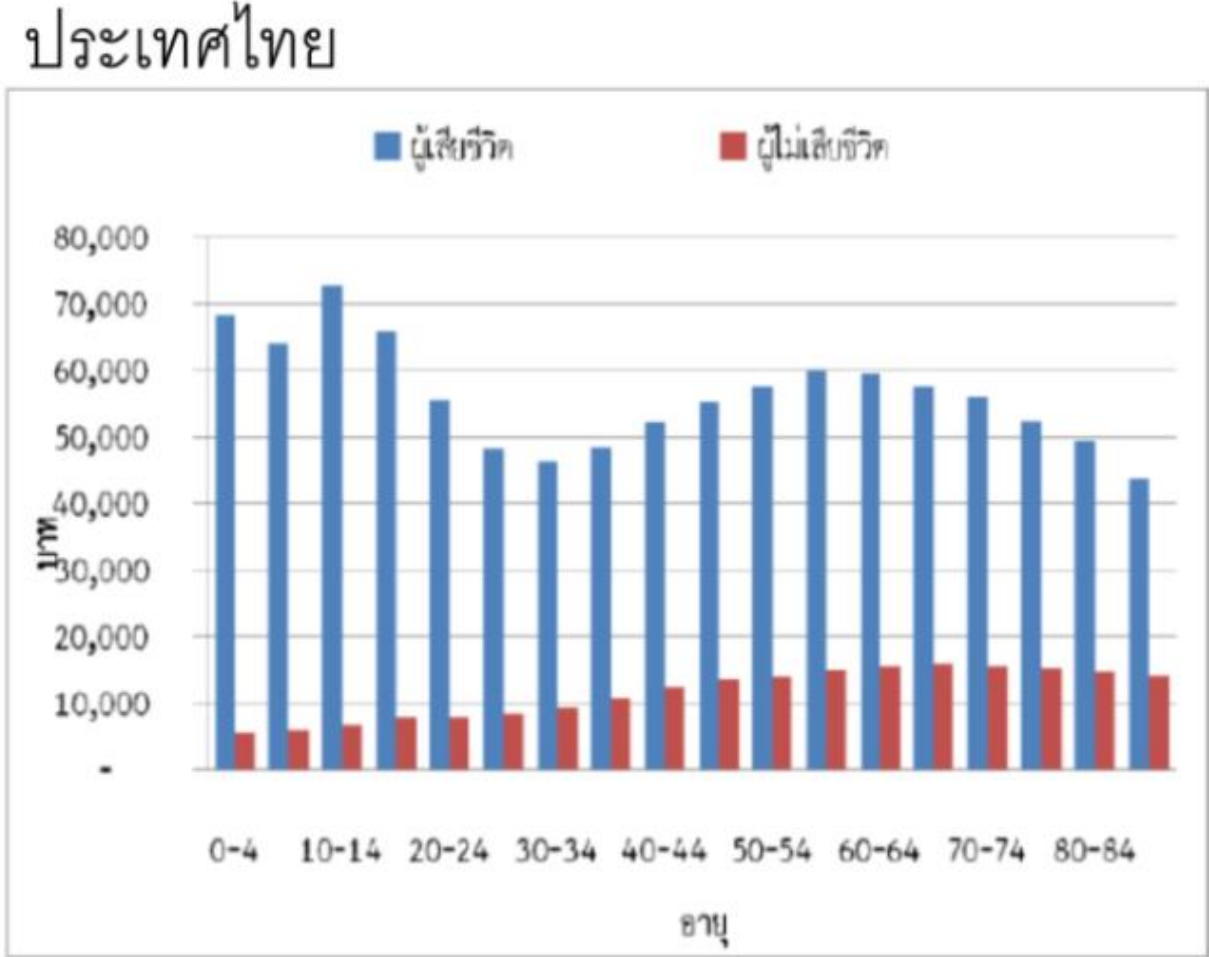
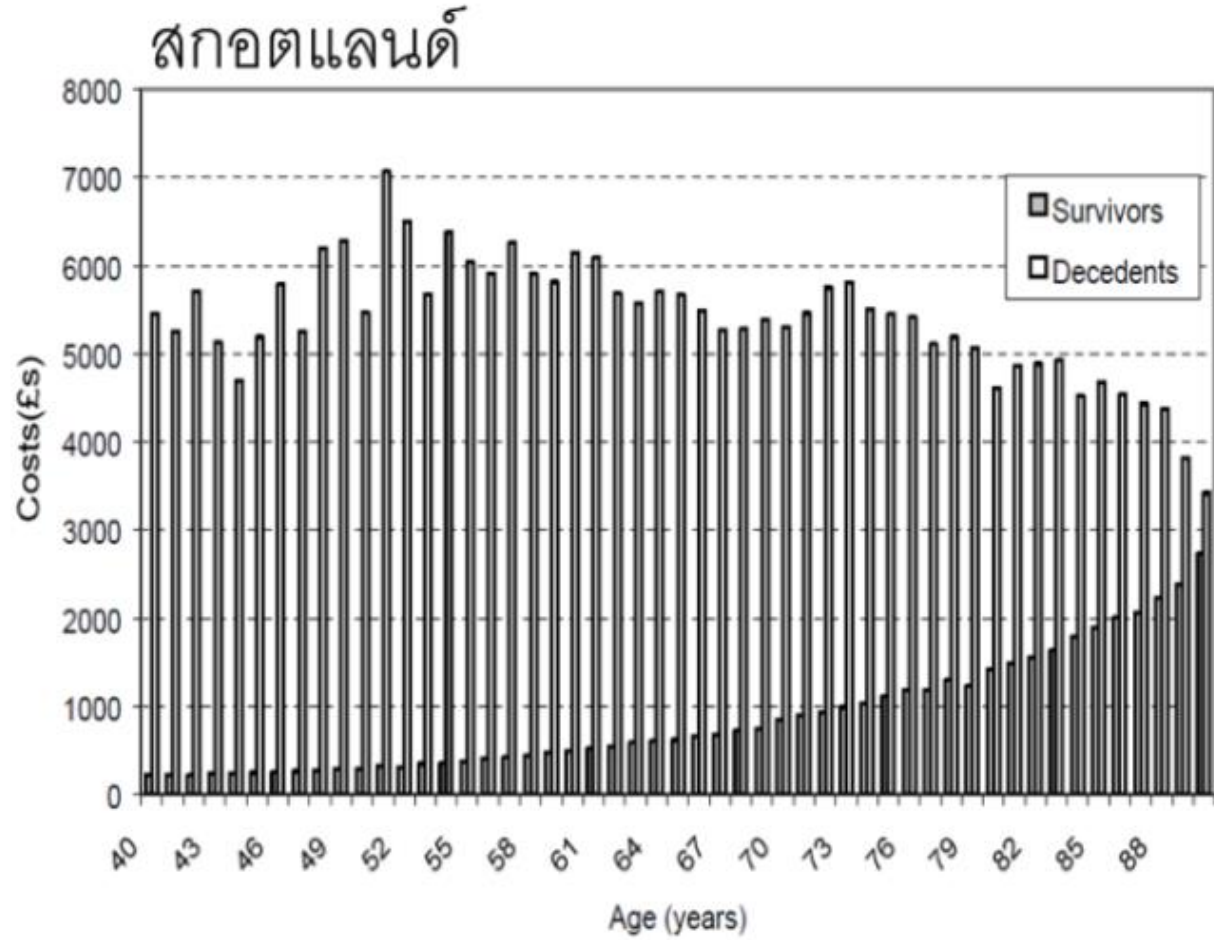
Part of the Health Care Cost Institute's
Independent Report Series – Report 2013-1

Chart 1: Aggregate Commercial Costs by Age 2002 and 2010



แนวโน้มของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

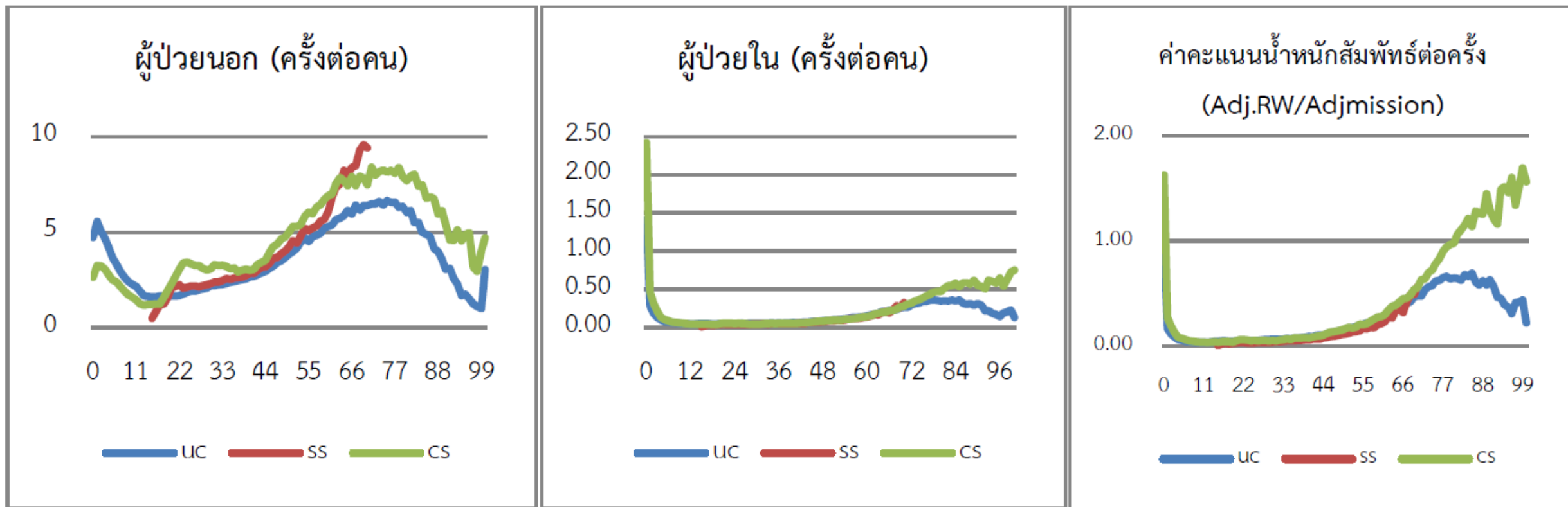
รูปที่ 7 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนตลอดช่วงอายุขัยของผู้เสียชีวิต และไม่เสียชีวิต



หมายเหตุ: ขาดความสมบูรณ์ของการเชื่อมโยงข้อมูลการเสียชีวิตของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการบางส่วน

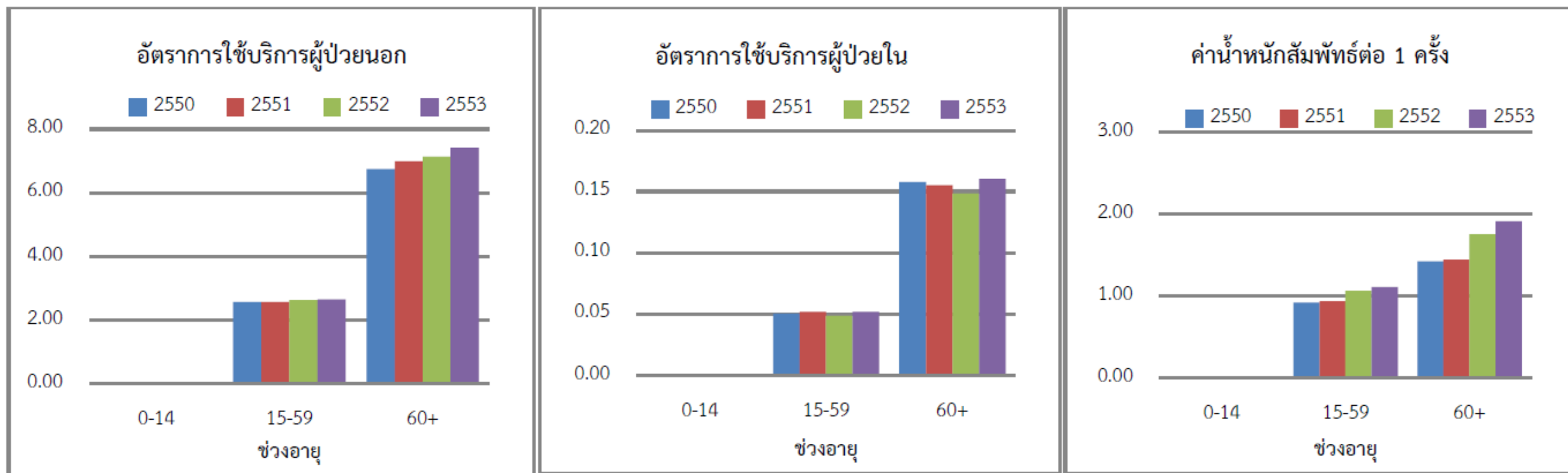
ที่มา : (Graham & Normand, 2000) และ สวปก. (2553)

รูปที่ 20 รูปแบบอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของ 3 กองทุน โดยแยกรายอายุ พ.ศ.2554



แหล่งข้อมูล รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย จากกรมบัญชีกลาง, สำนักงานประกันสังคม (ผู้ป่วยนอกปรับจากอัตราการใช้บริการ พ.ศ.2553) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

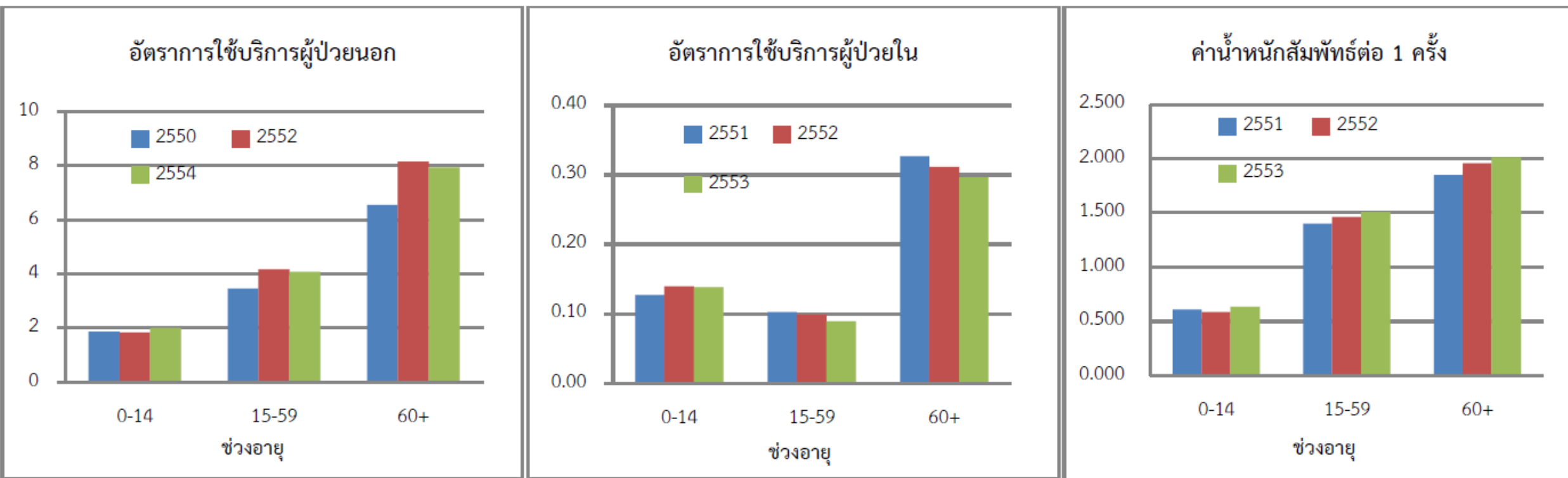
รูปที่ 21 สถิติอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของประกันสังคม



แหล่งที่มา: สำนักงานประกันสังคม

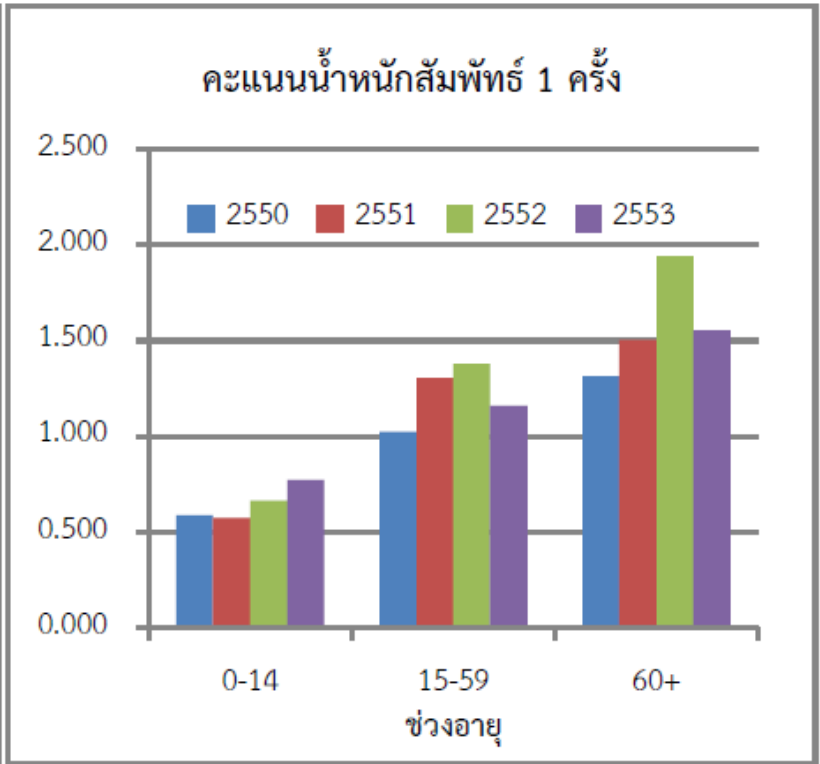
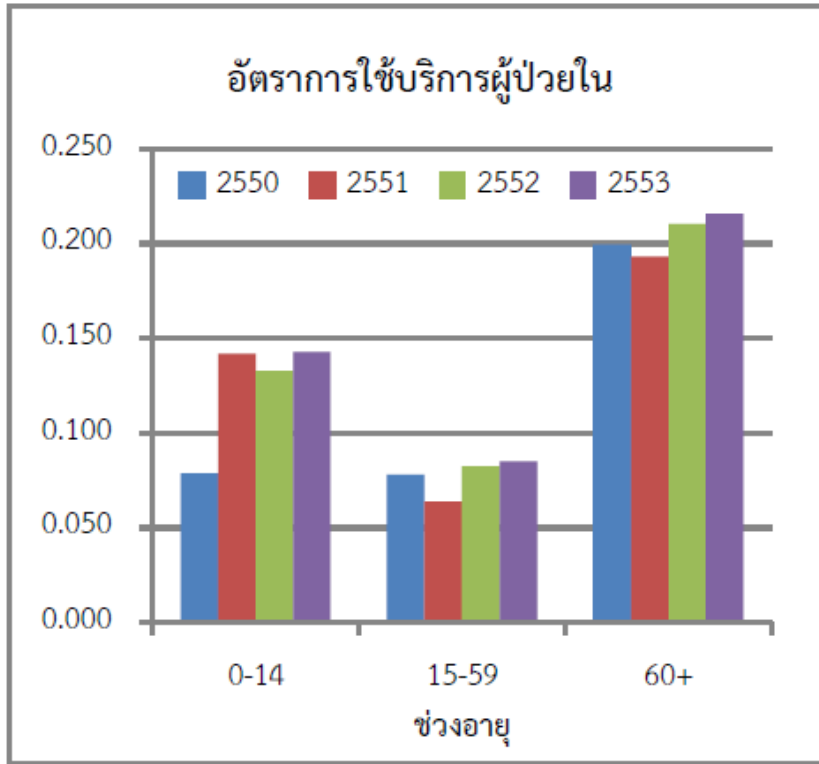
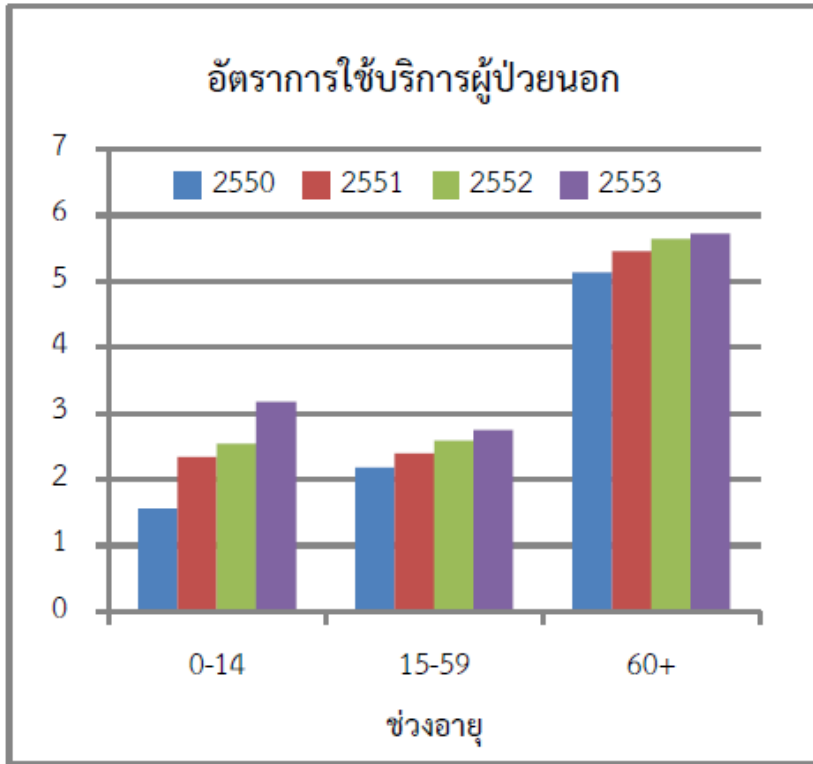
จาก สวปก

รูปที่ 22 สถิติอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ



แหล่งที่มา: รวบรวมโดยคณะผู้วิจัย จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก 2554 , *กรมบัญชีกลาง, และฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 2550-2553

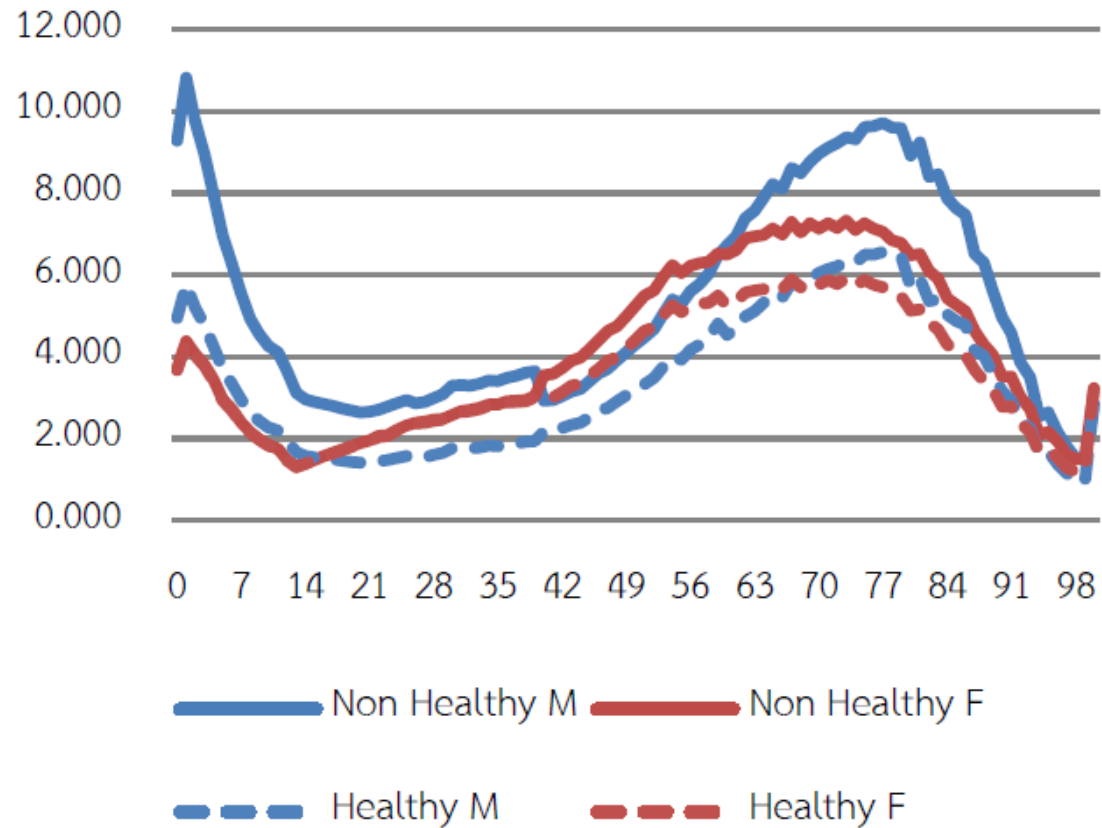
รูปที่ 23 สถิติอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



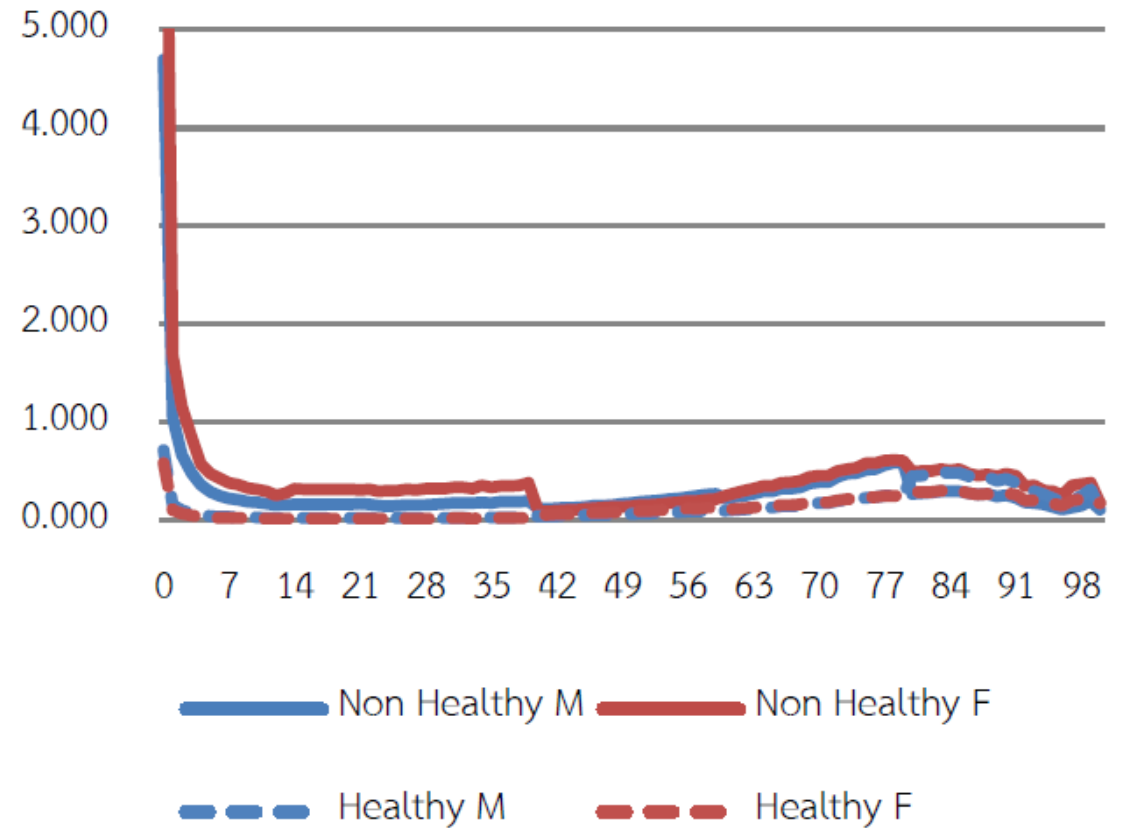
แหล่งที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รูปที่ 24 อัตราการใช้บริการเฉลี่ย 3 กองทุน จำแนกตามภาวะสุขภาพ ของบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

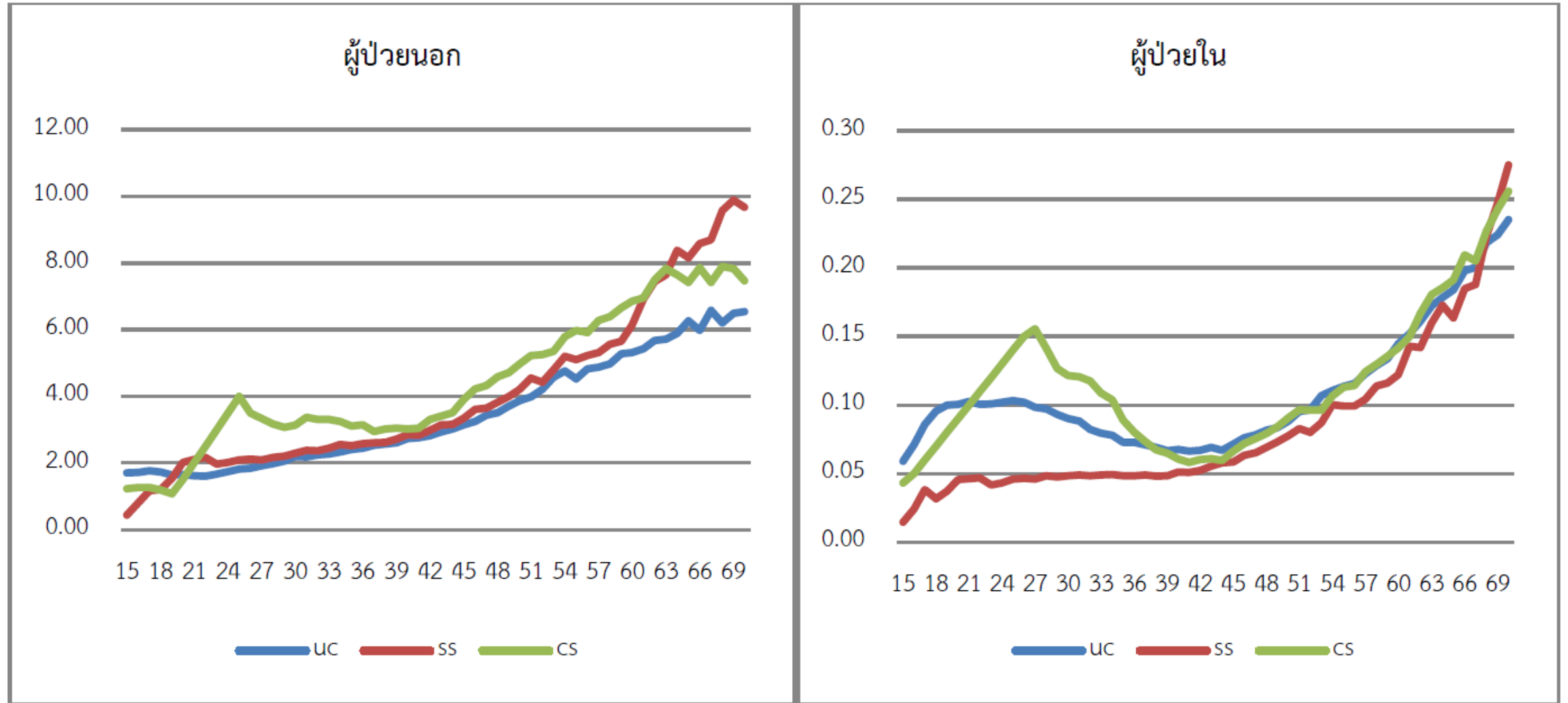
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก 3 กองทุน



อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน 3 กองทุน

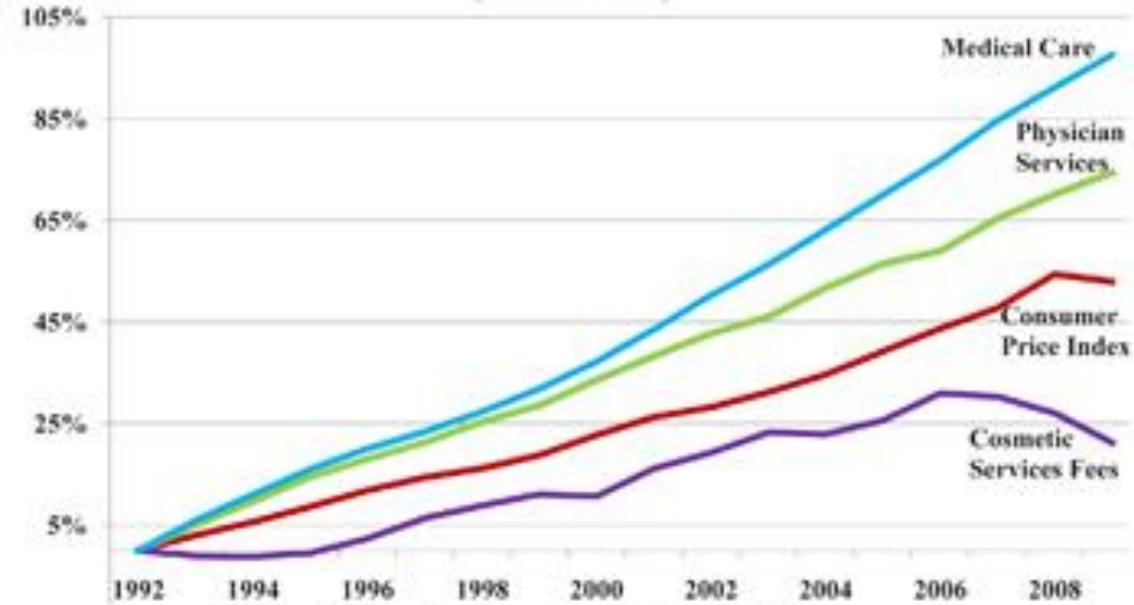


รูปที่ 26 เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 3 กองทุน พ.ศ. 2554



แนวโน้มของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

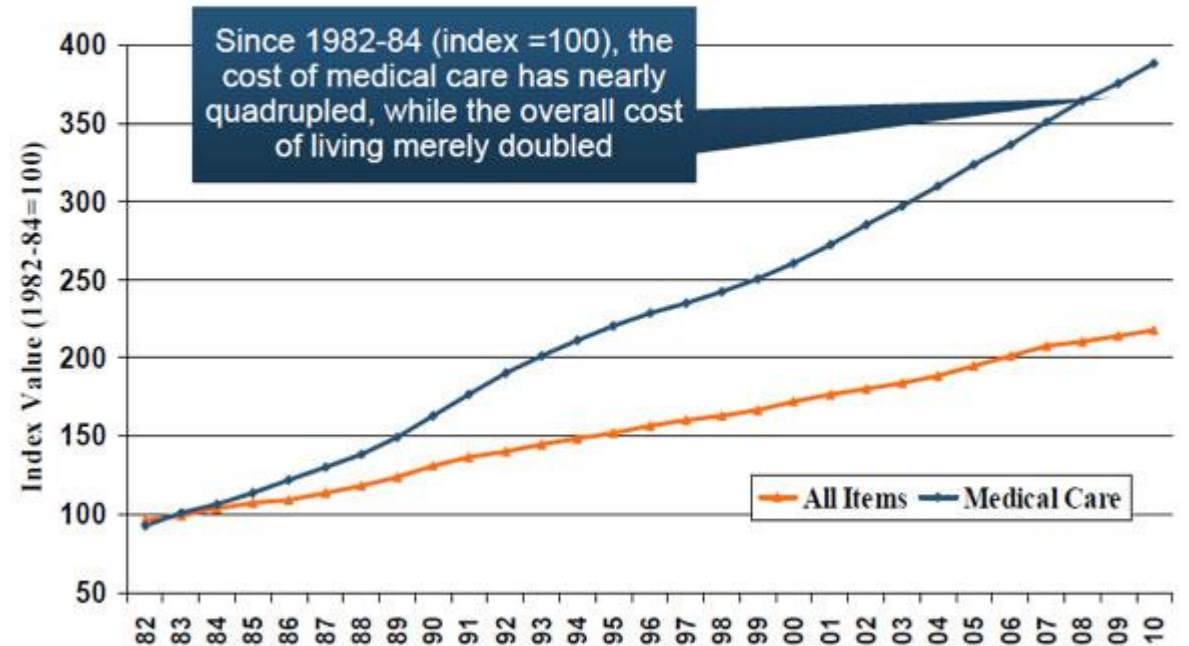
Health Care Prices
(1992 to 2008)



Source: Author's calculations from the American Society of Plastic Surgeons; and Consumer Price Index, U.S. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Commerce.

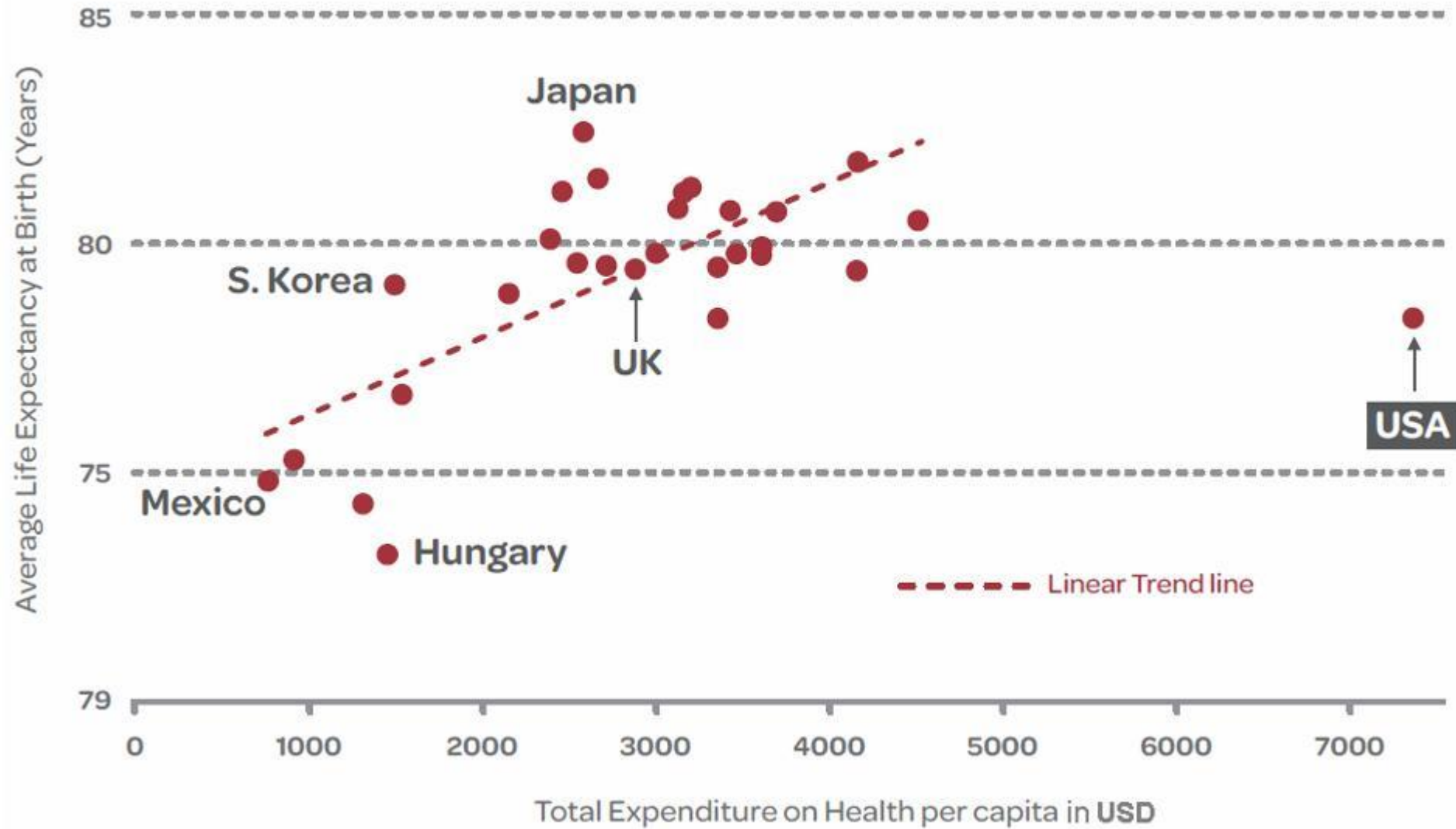
<http://www.ncpa.org/pub/ba731>

Medical Cost Inflation Has Outpaced Overall Inflation for Many Years

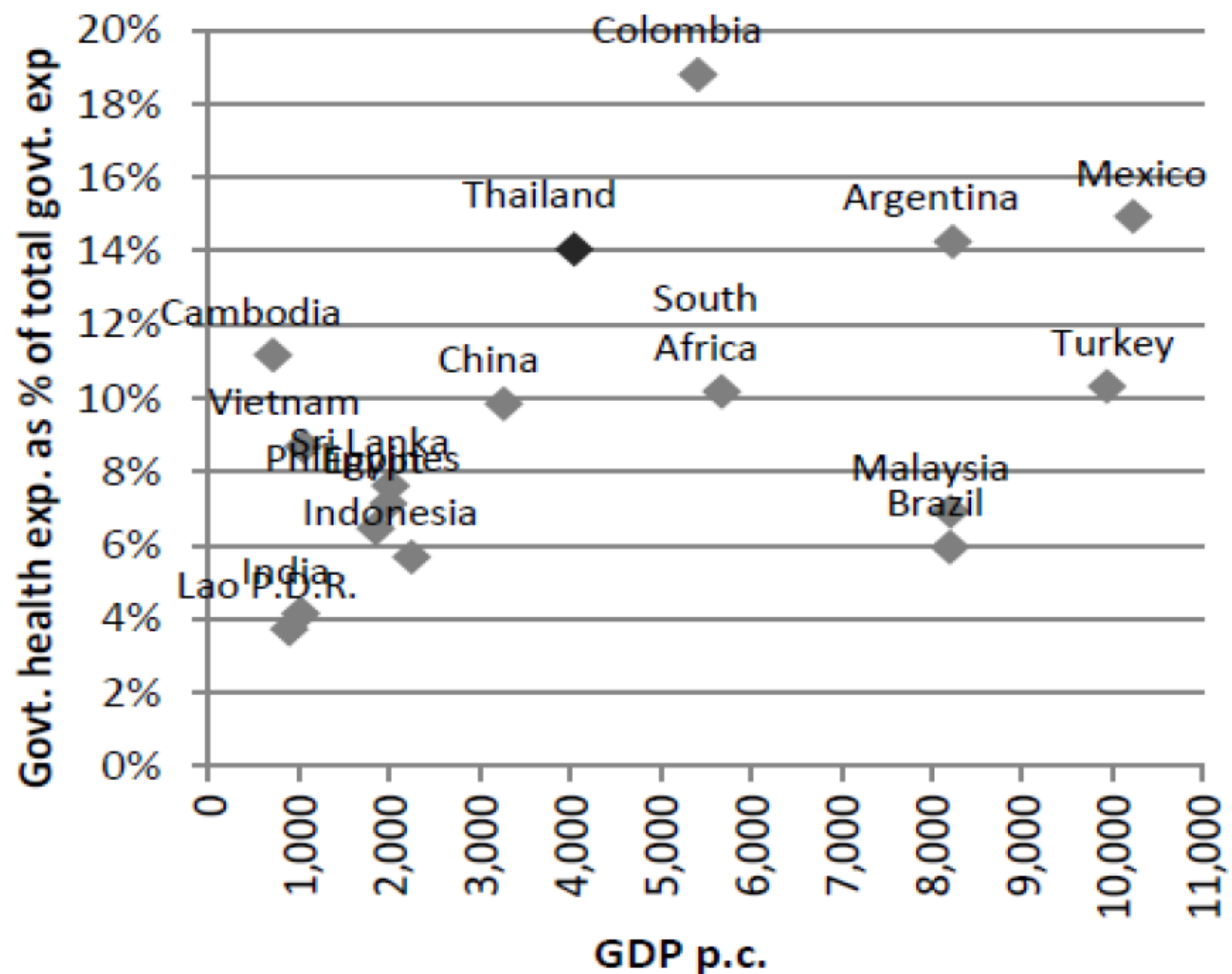


Source: Department of Labor (Bureau of Labor Statistics); not seasonally adjusted
<http://www.bls.gov/news.release/pdf/cpi.pdf>

Healthcare Spending per capita vs. Average Life Expectancy Among OECD Countries

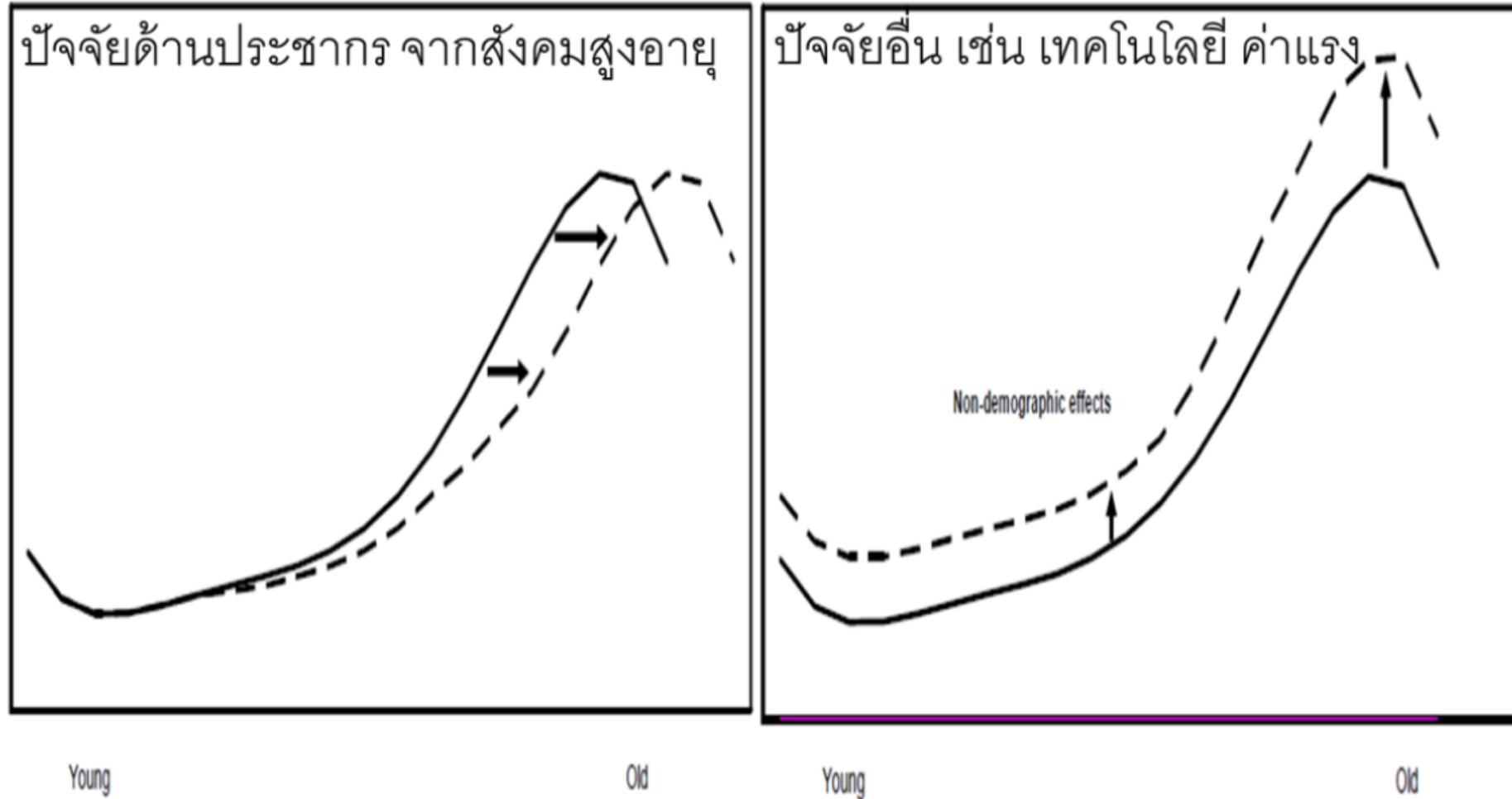


Source: OECD and World Bank



ที่มา: (World Bank, 2012)

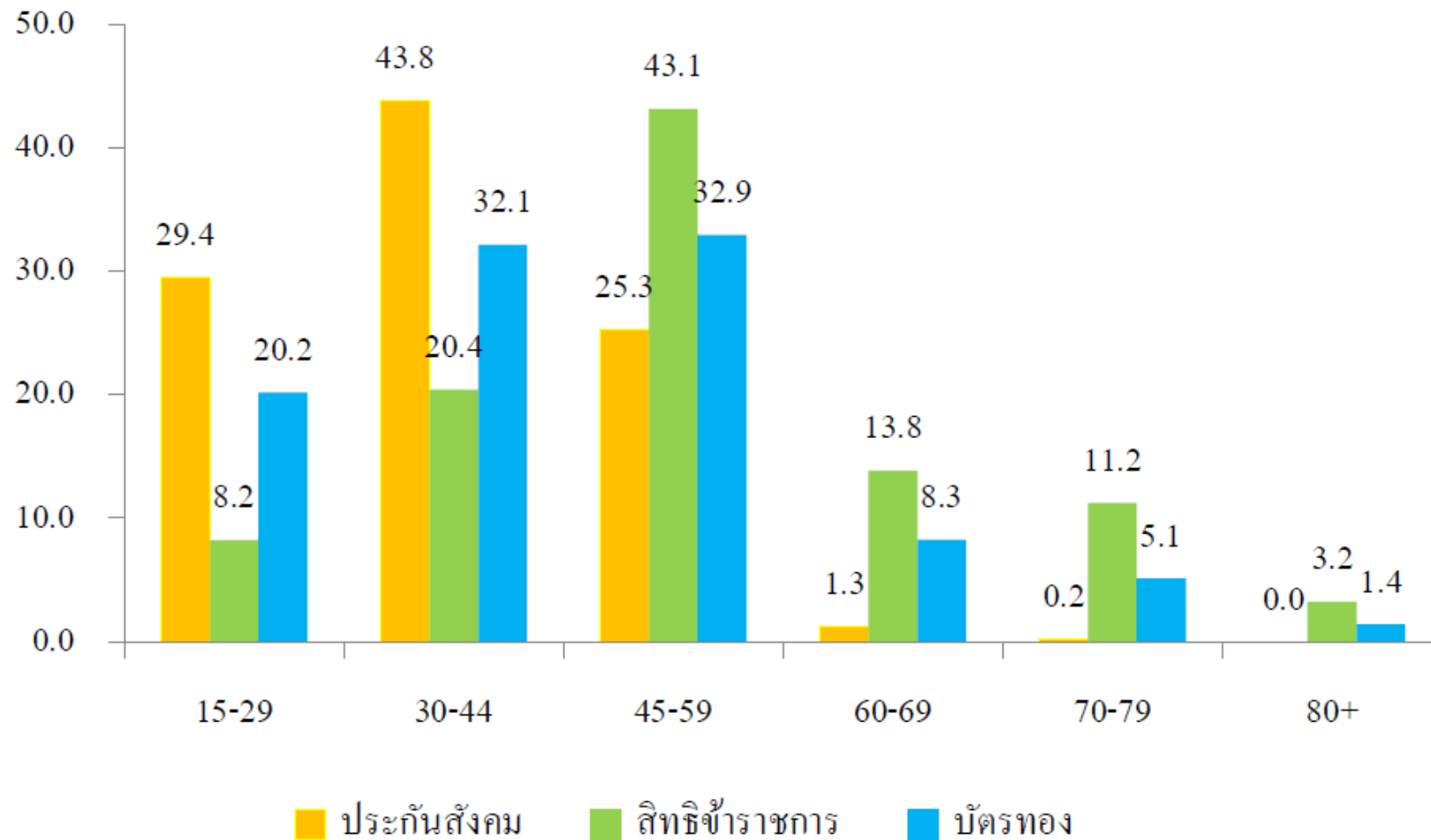
รูปที่ 6 รูปแบบค่าใช้จ่ายสุขภาพตามปัจจัยด้านประชากร กลุ่มสังคมสูงอายุ และปัจจัยอื่น เช่น ค่าแรง



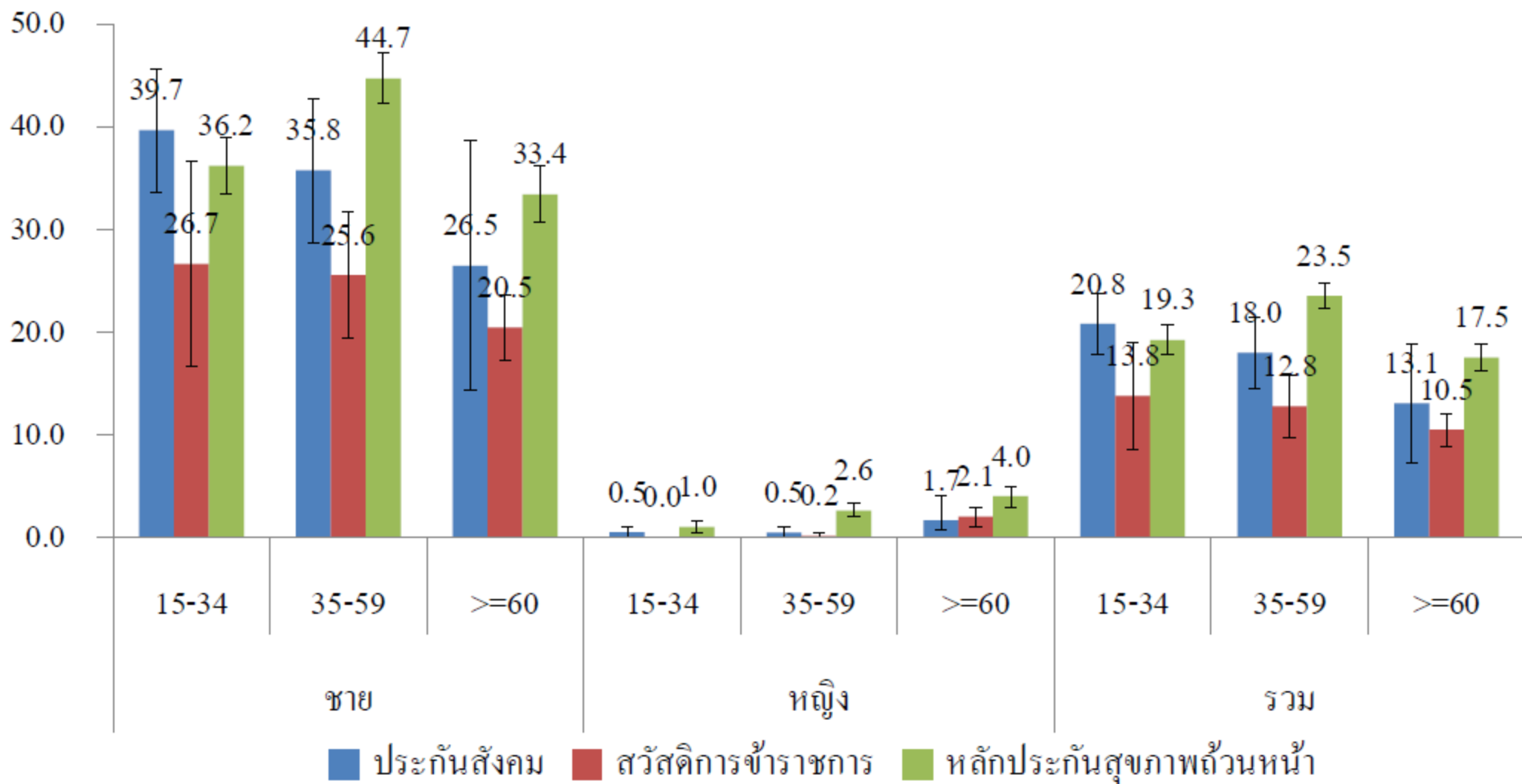
Source: (OECD, 2006)

ผลการสำรวจสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพคนไทย

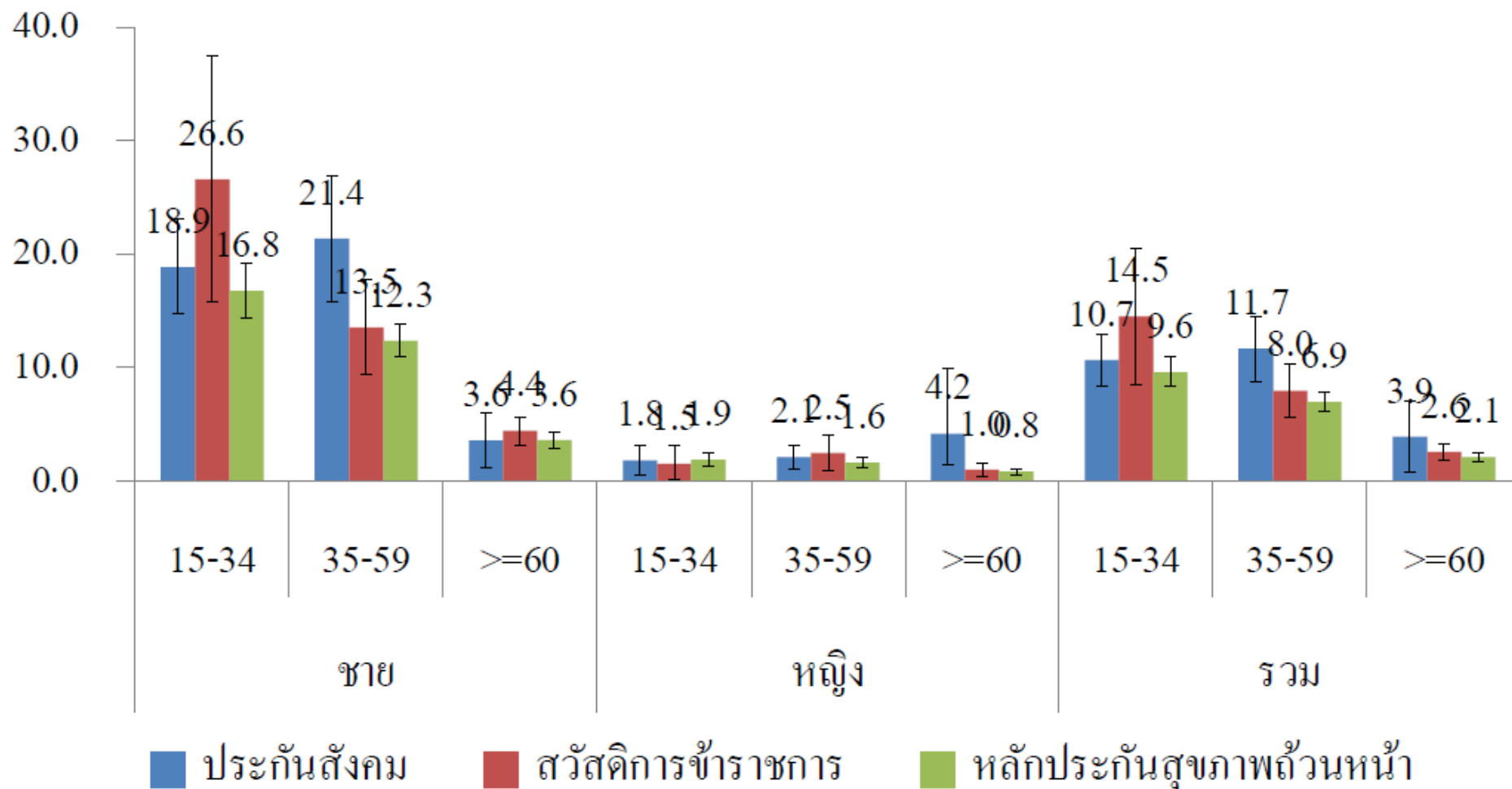
ร้อยละของสิทธิและสวัสดิการสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ NHES IV



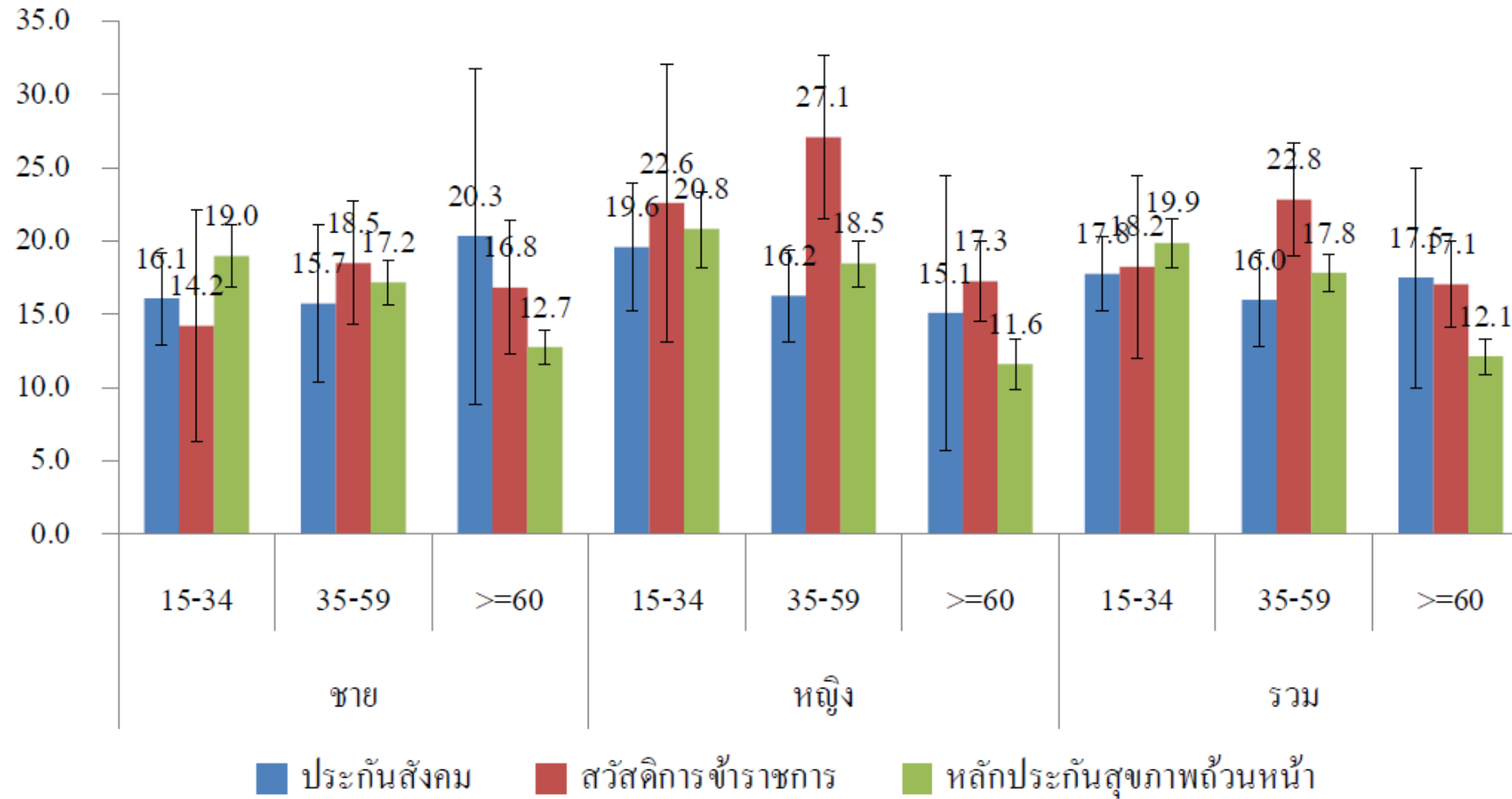
การดูบบุหรี่



ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงปานกลาง

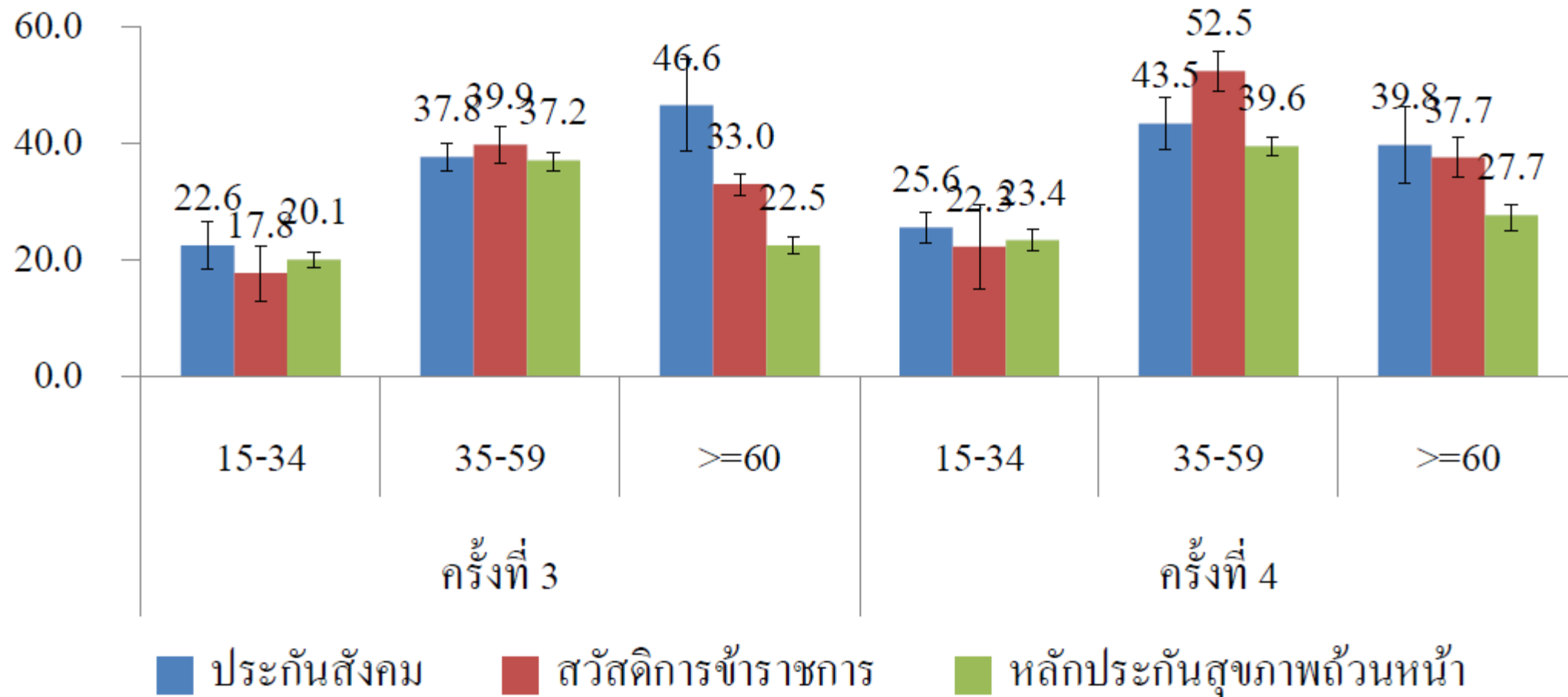


การกินผักและผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ



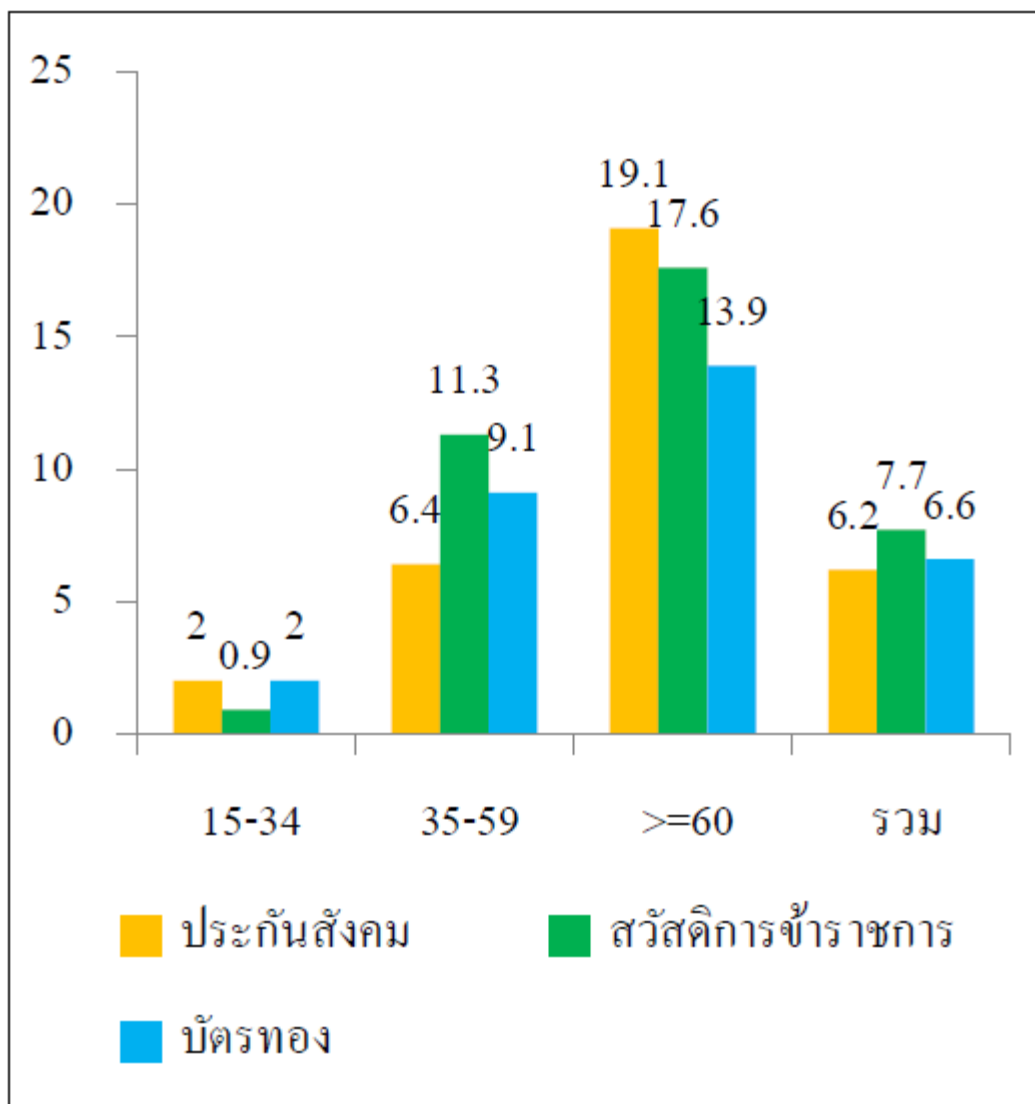
ภาวะอ้วน

รวม

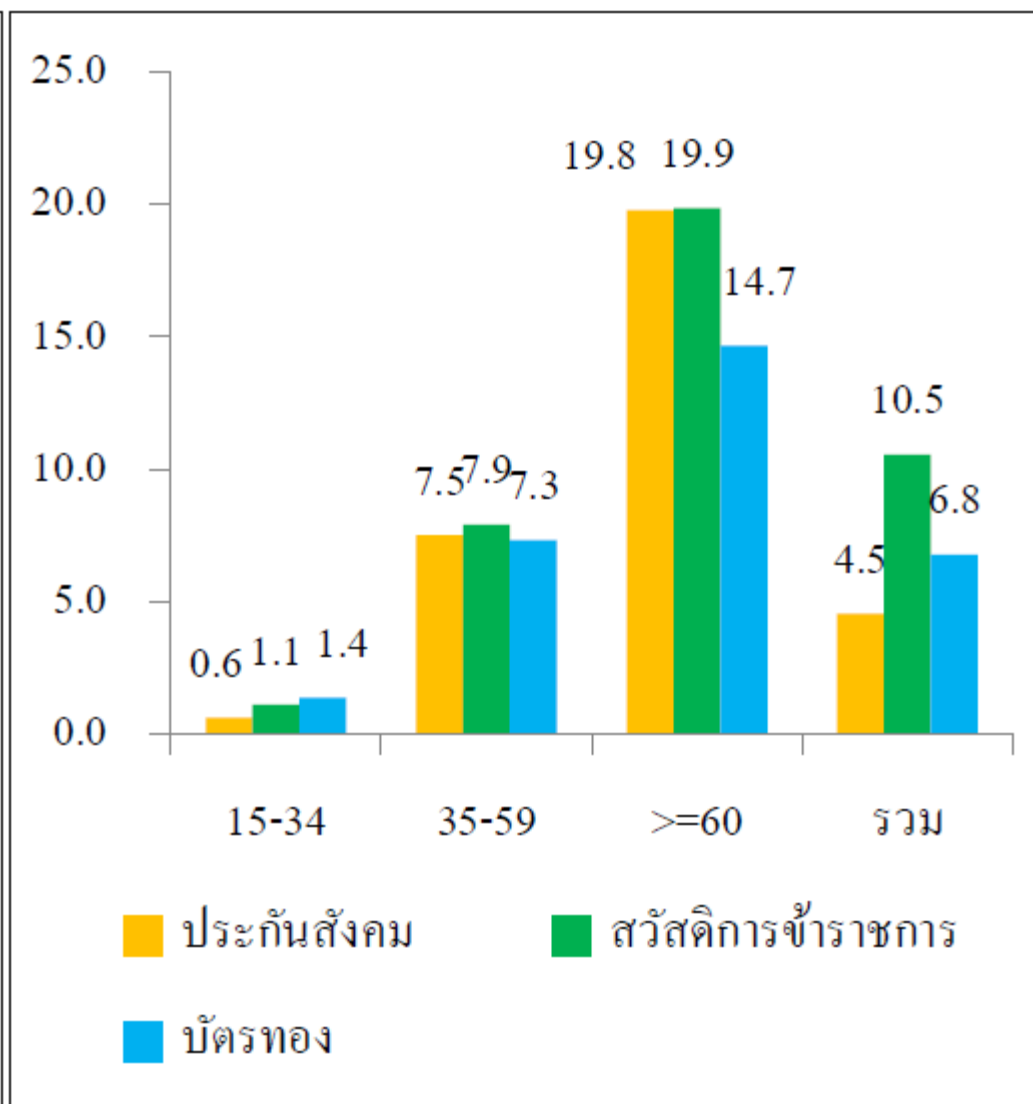


ความชุกเบาหวาน จำแนกตามอายุ และสิทธิการรักษา

ครั้งที่ 3



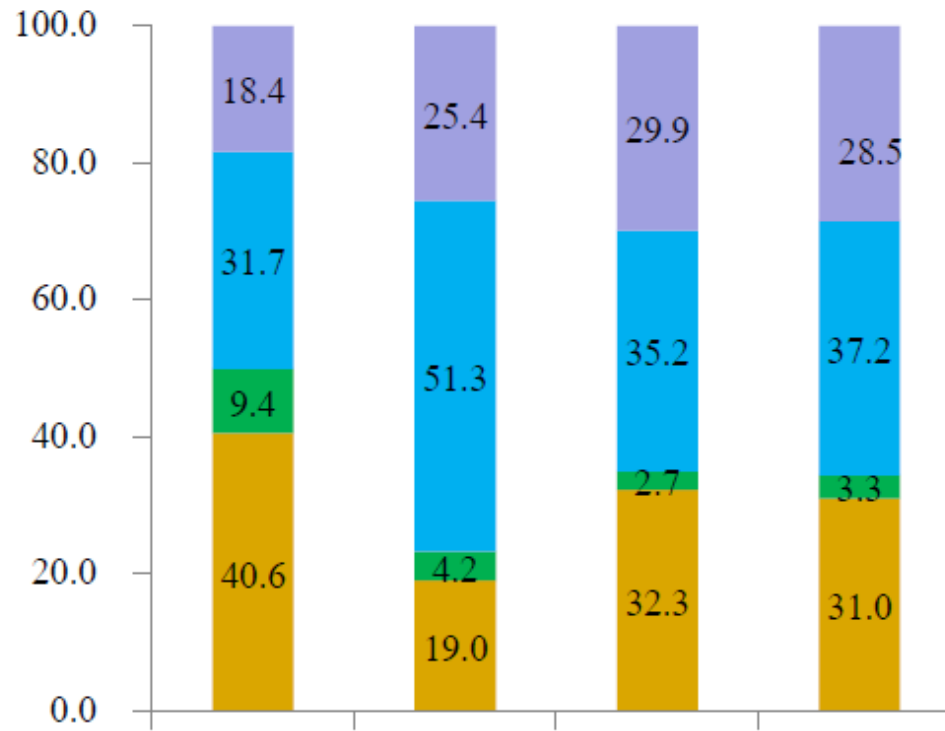
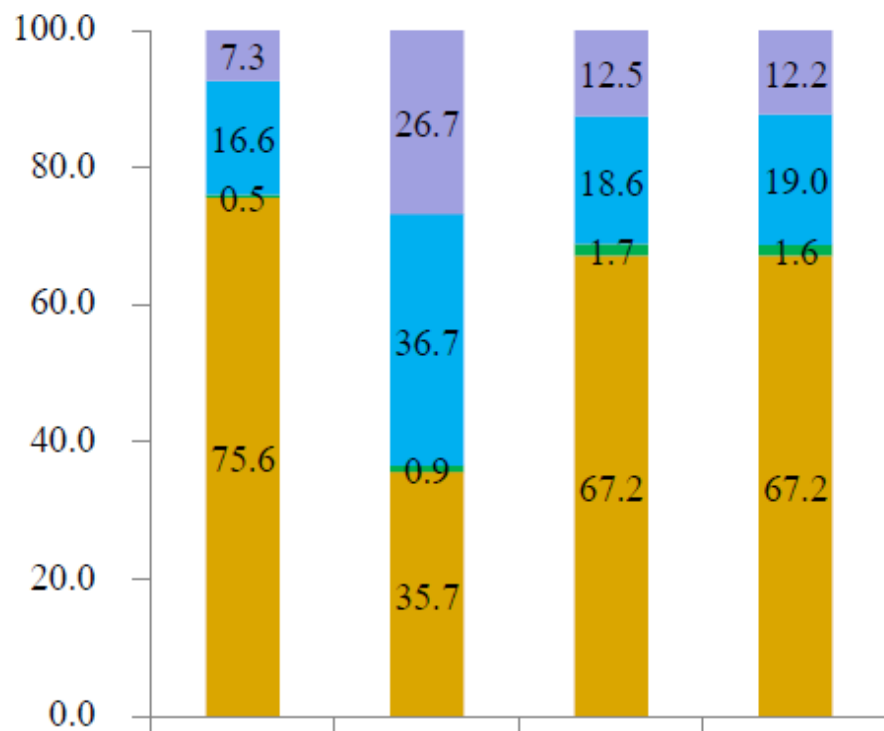
ครั้งที่ 4



ครั้งที่ 3

การวินิจฉัยและการรักษาเบาหวาน

ครั้งที่ 4



- รักษาและควบคุมได้
- รักษาและควบคุมไม่ได้
- ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา
- ไม่ได้รับการวินิจฉัย

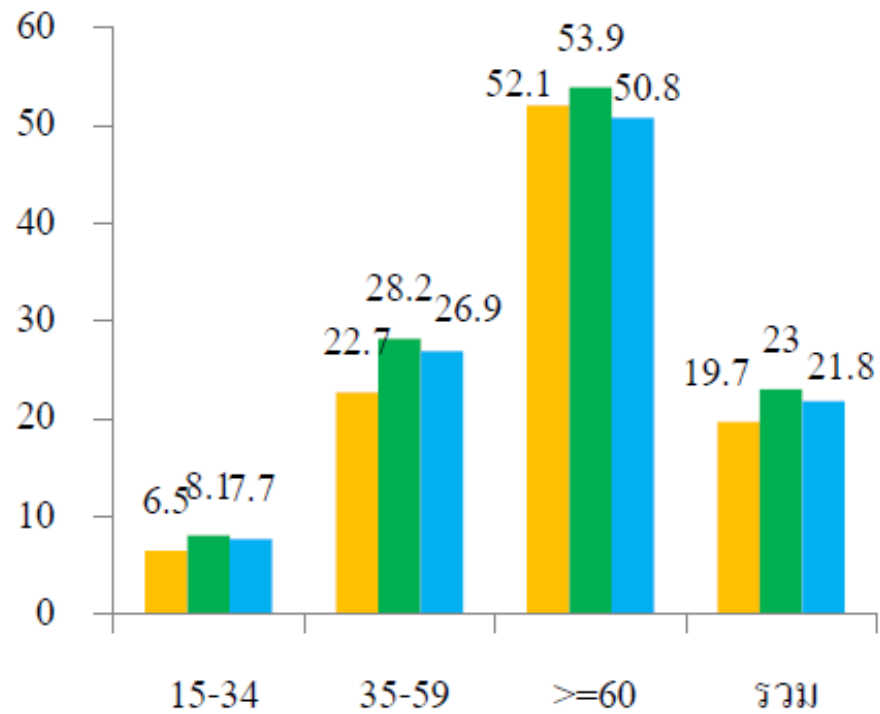
- รักษาและควบคุมได้
- รักษาและควบคุมไม่ได้
- ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา
- ไม่ได้รับการวินิจฉัย

ควบคุมได้ คือ คุมน้ำตาลได้ที่ **126 mg/dl**

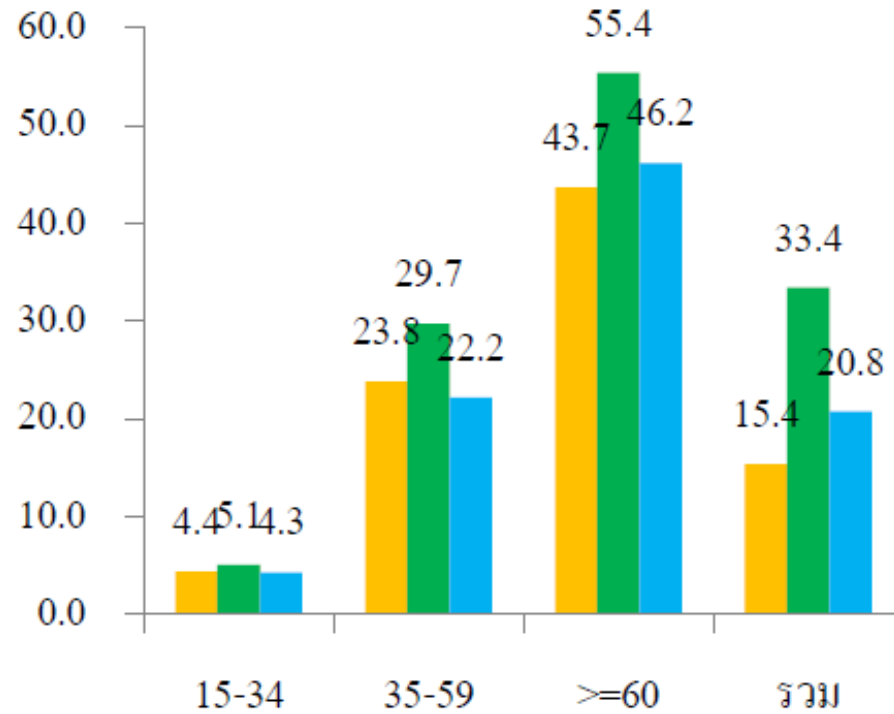


ความชุกBPสูง จำแนกตามอายุ และสิทธิการรักษา

ครั้งที่ 3



ครั้งที่ 4



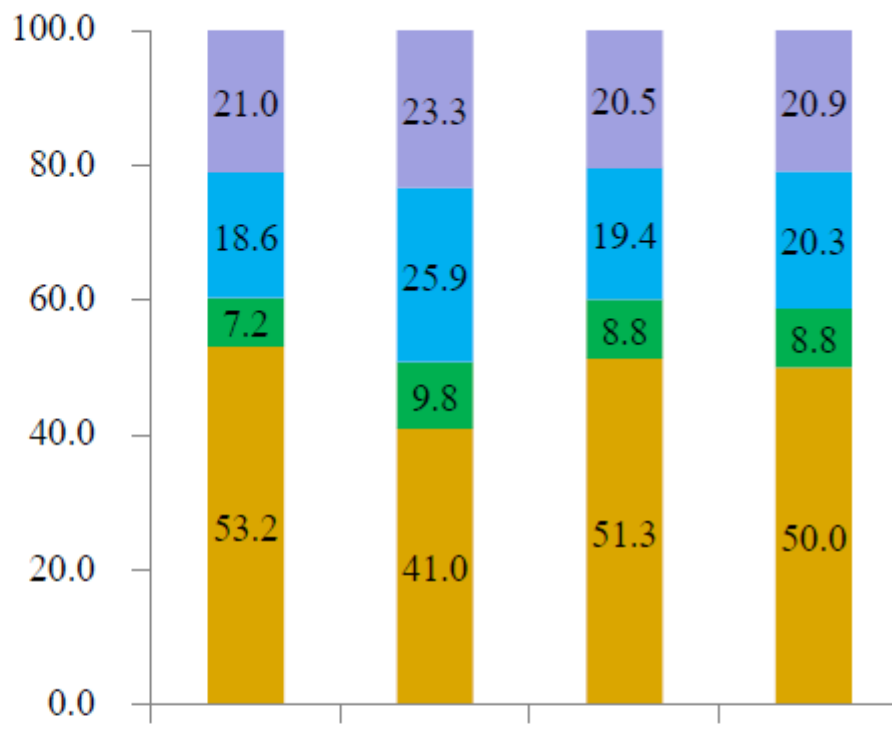
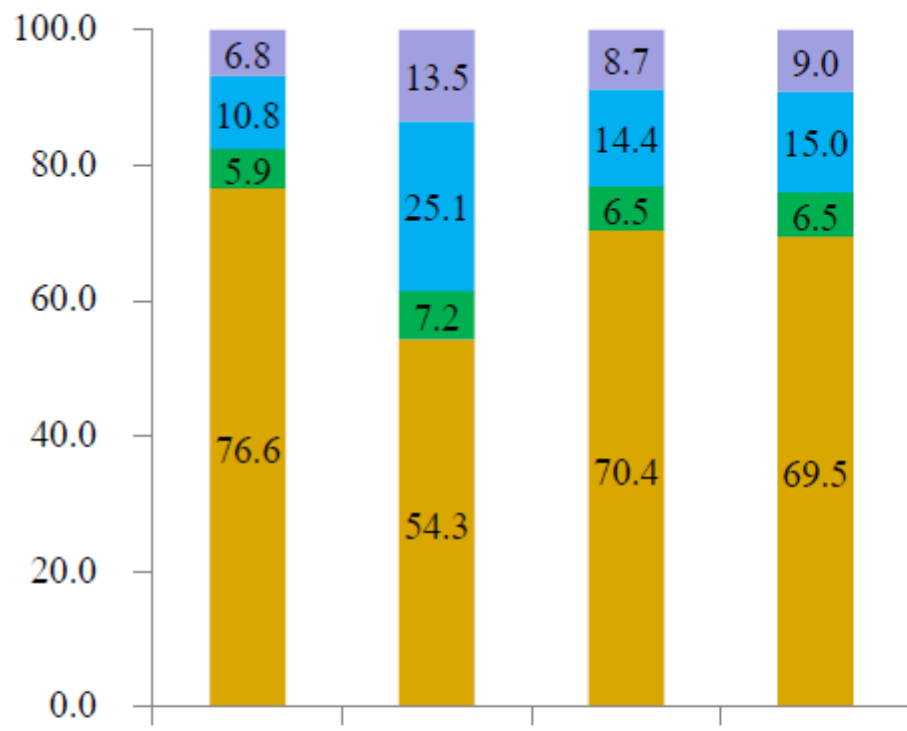
■ ประกันสังคม ■ สวัสดิการข้าราชการ
■ บัตรทอง

■ ประกันสังคม ■ สวัสดิการข้าราชการ
■ บัตรทอง

ครั้งที่ 3

การวินิจฉัยและการรักษา BP

ครั้งที่ 4



ประกันสังคม

บริการสาธารณสุข

บัตรทอง

รวม

ประกันสังคม

บริการสาธารณสุข

บัตรทอง

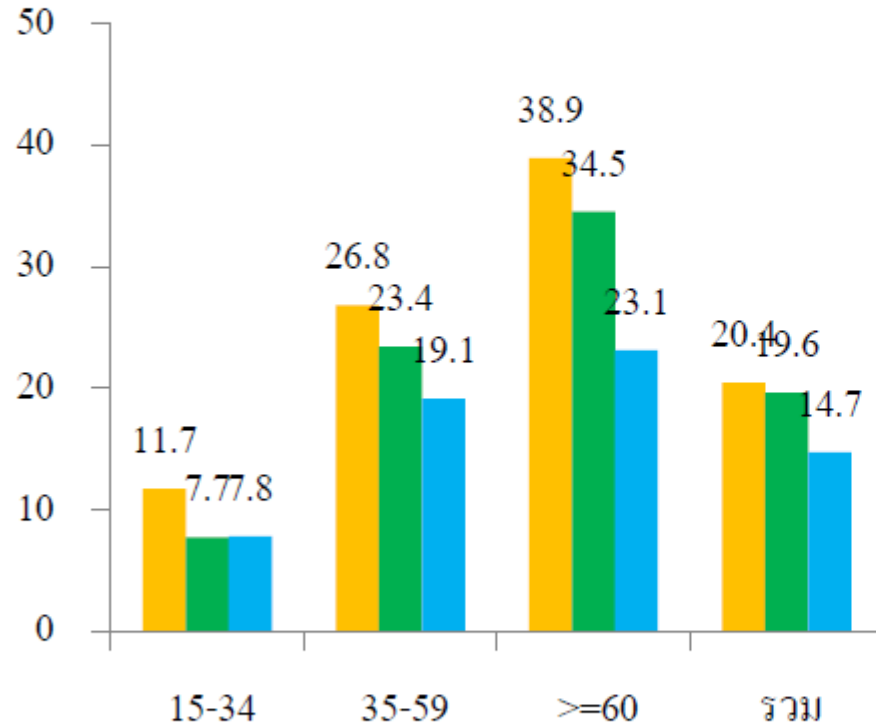
รวม

- รักษาและควบคุมได้
- รักษาและควบคุมไม่ได้
- ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา
- ไม่ได้รับการวินิจฉัย

- รักษาและควบคุมได้
- รักษาและควบคุมไม่ได้
- ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา
- ไม่ได้รับการวินิจฉัย

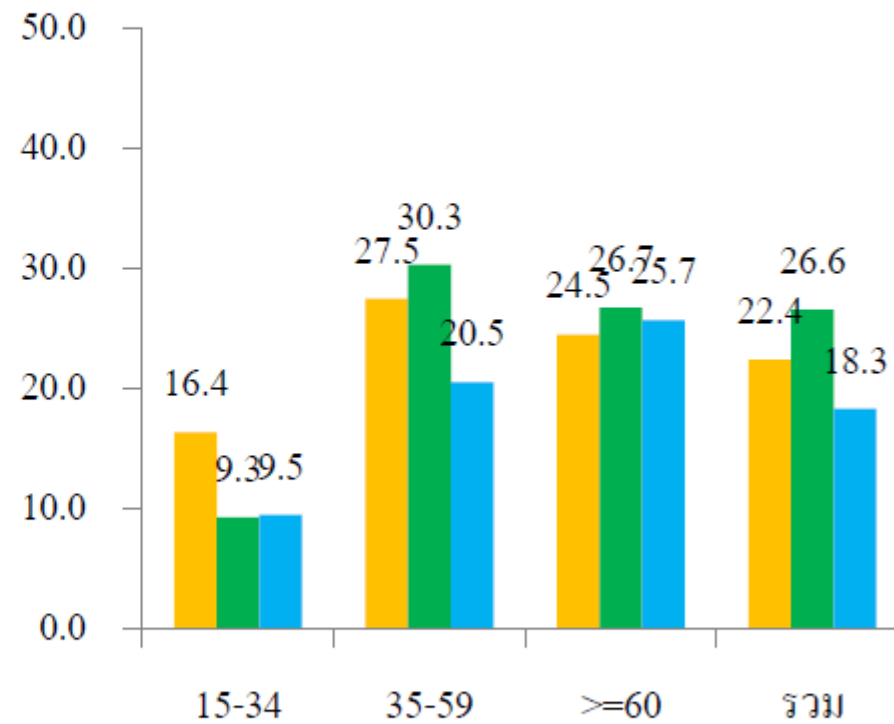
ความชุกไขมันในเลือดสูง (TC \geq 240 mg/dl)

ครั้งที่ 3



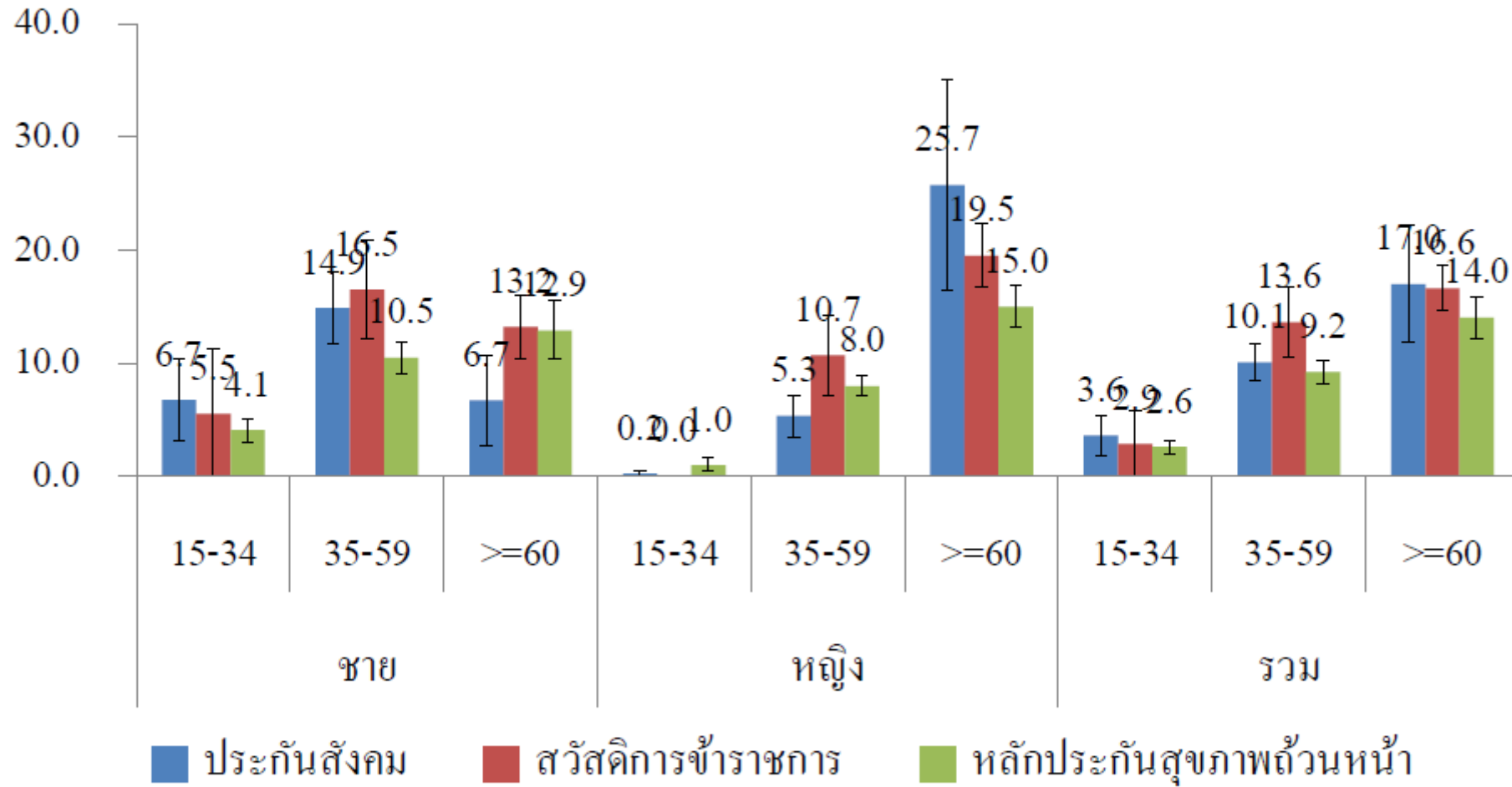
■ ประกันสังคม ■ สวัสดิการข้าราชการ
■ บัตรทอง

ครั้งที่ 4



■ ประกันสังคม ■ สวัสดิการข้าราชการ ■ บัตรทอง

ปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างร่วมกัน



ปัจจัยเสี่ยง คือ เบาหวาน ความดันสูง อ้วน $TC \geq 240$ และสูบบุหรี่

แนวโน้มนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาเพื่อวิเคราะห์แนวโน้มรายจ่าย ด้านสวัสดิการสังคมของภาคสาธารณะ เมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

สัดส่วนประชากรในระบบประกันสุขภาพหลักที่จัดโดยรัฐ พ.ศ. 2554

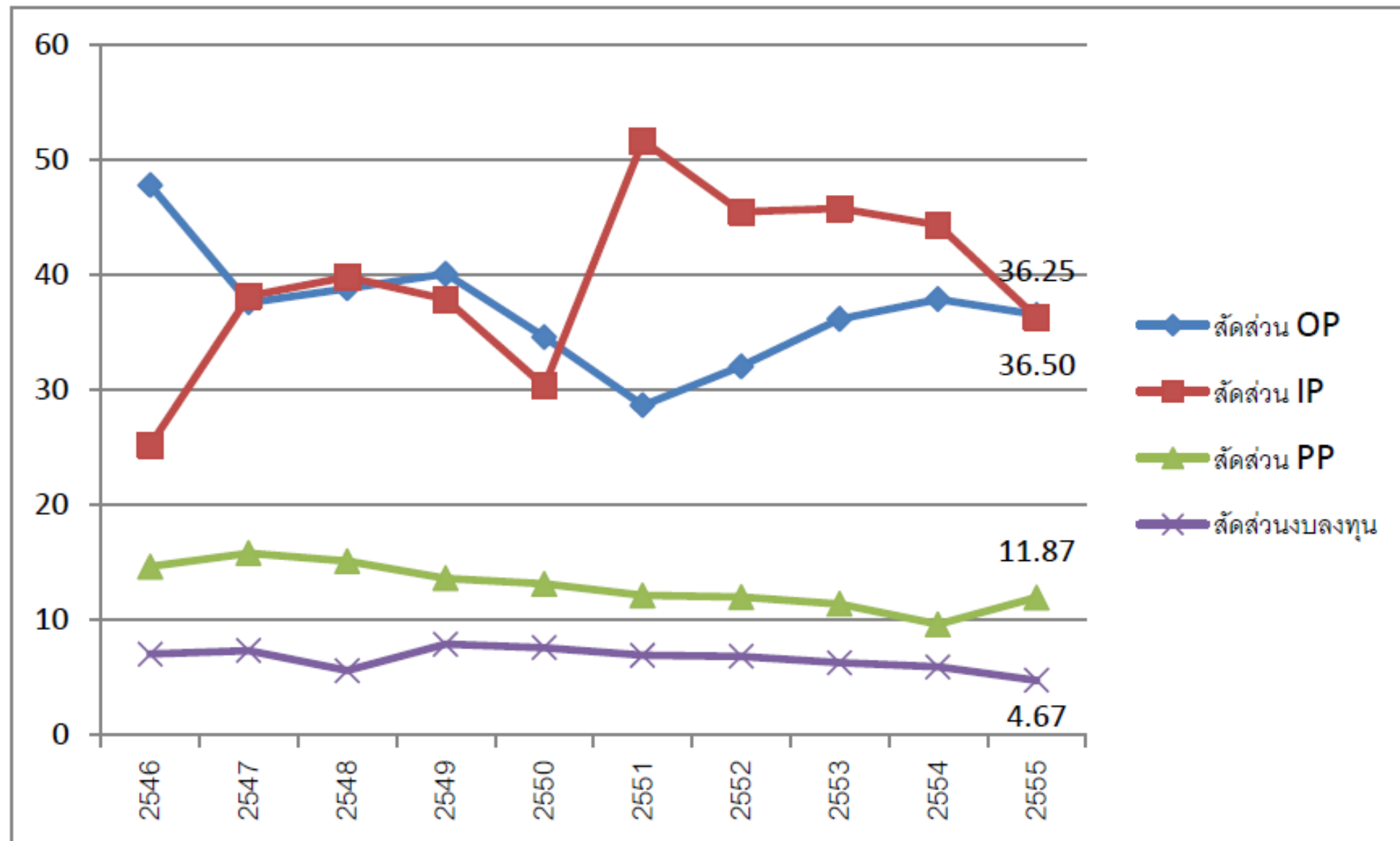
หน่วย: ร้อยละ

ประเภทของระบบประกันสุขภาพ	สัดส่วนประชากร
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	6.3
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	0.9
ระบบประกันสังคม	14.7
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	78.0
รวม	100.0

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม
เอกสารงบประมาณ รายจ่ายประจำปี และคำนวณ โดยนักผู้วิจัย

สัดส่วนของงบดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ต่ออัตราเหมาจ่ายรายหัว

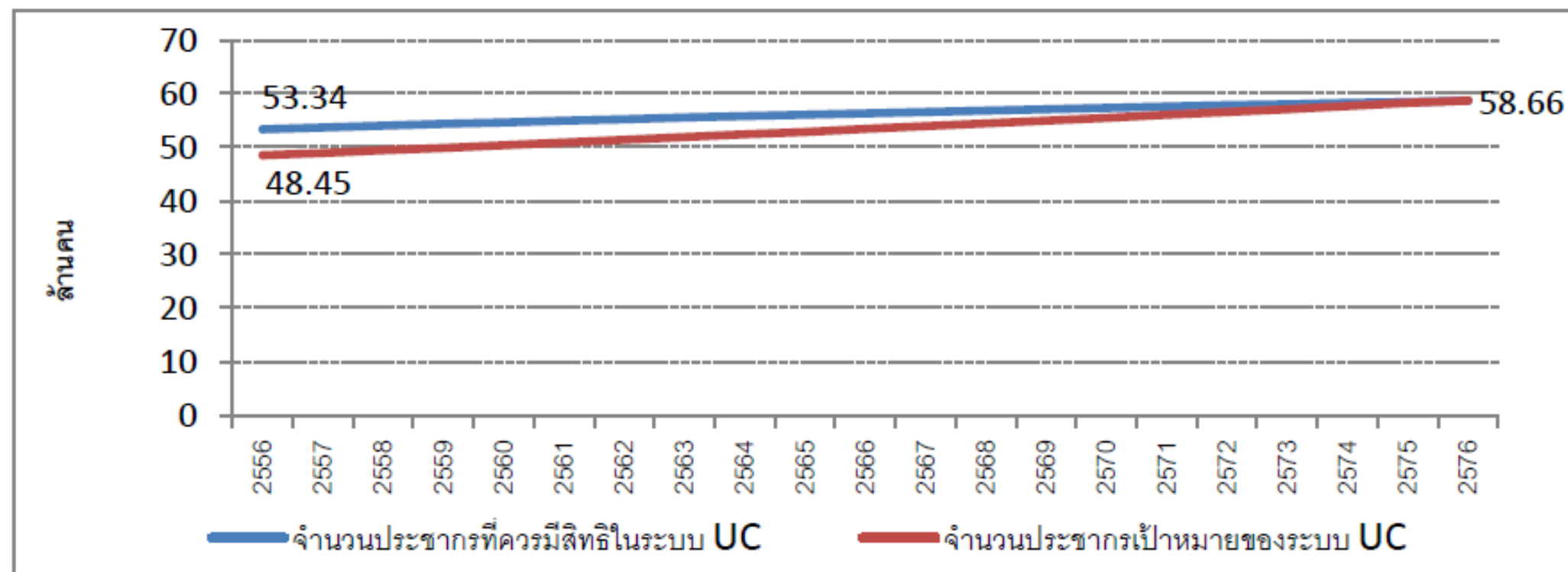
หน่วย : ร้อยละ



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จำนวนประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หน่วย : ล้านคน

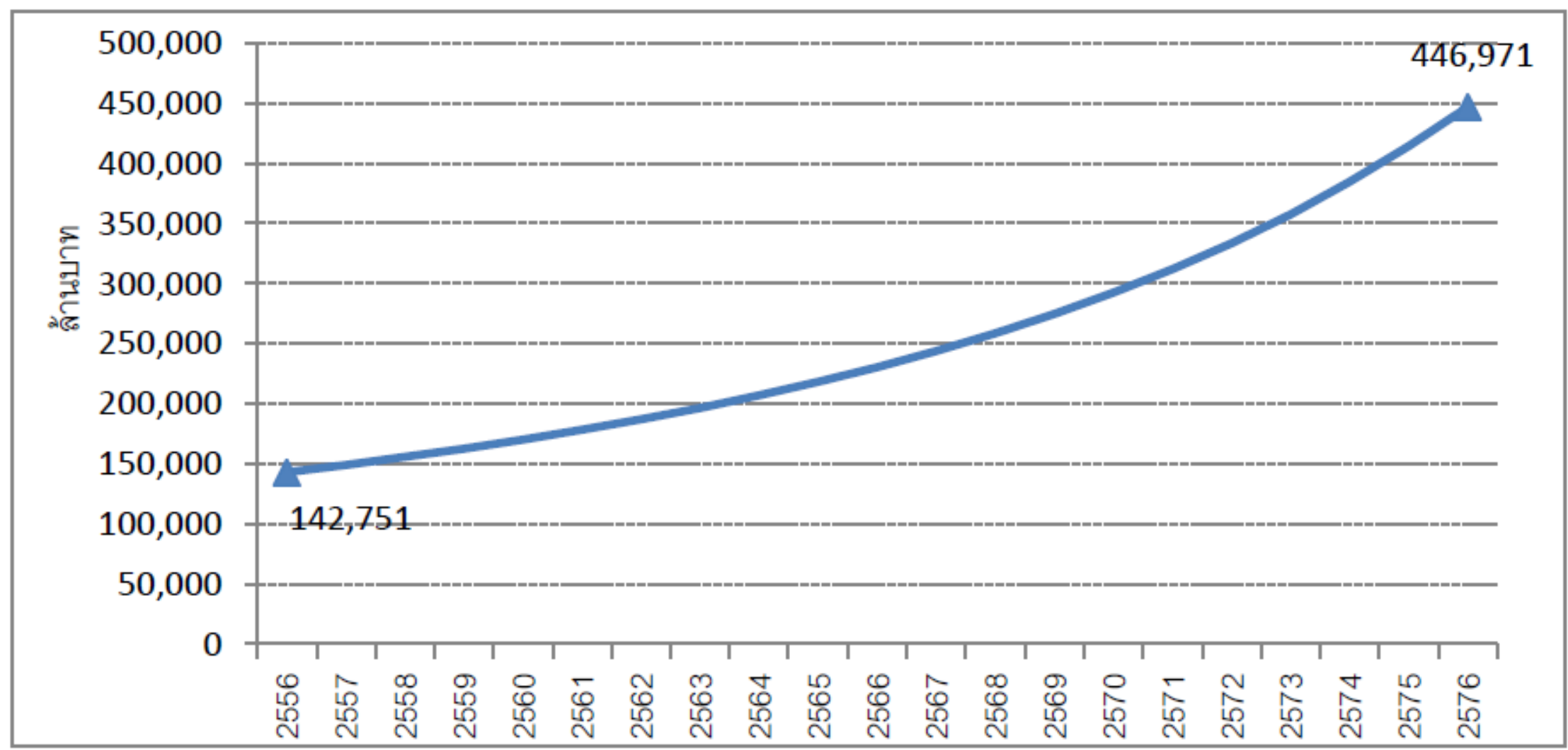


ที่มา: ประมาณการ โดยนักวิจัย

¹⁵ ตัวอย่างเช่น ในปี 2556 จำนวนประชากรเป้าหมายของระบบ UC เท่ากับ 48.45 ล้านคน ในขณะที่จำนวนประชากรที่ควรได้รับสิทธิในระบบ UC เท่ากับ 53.82 ล้านคน

ประมาณการภาระทางการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

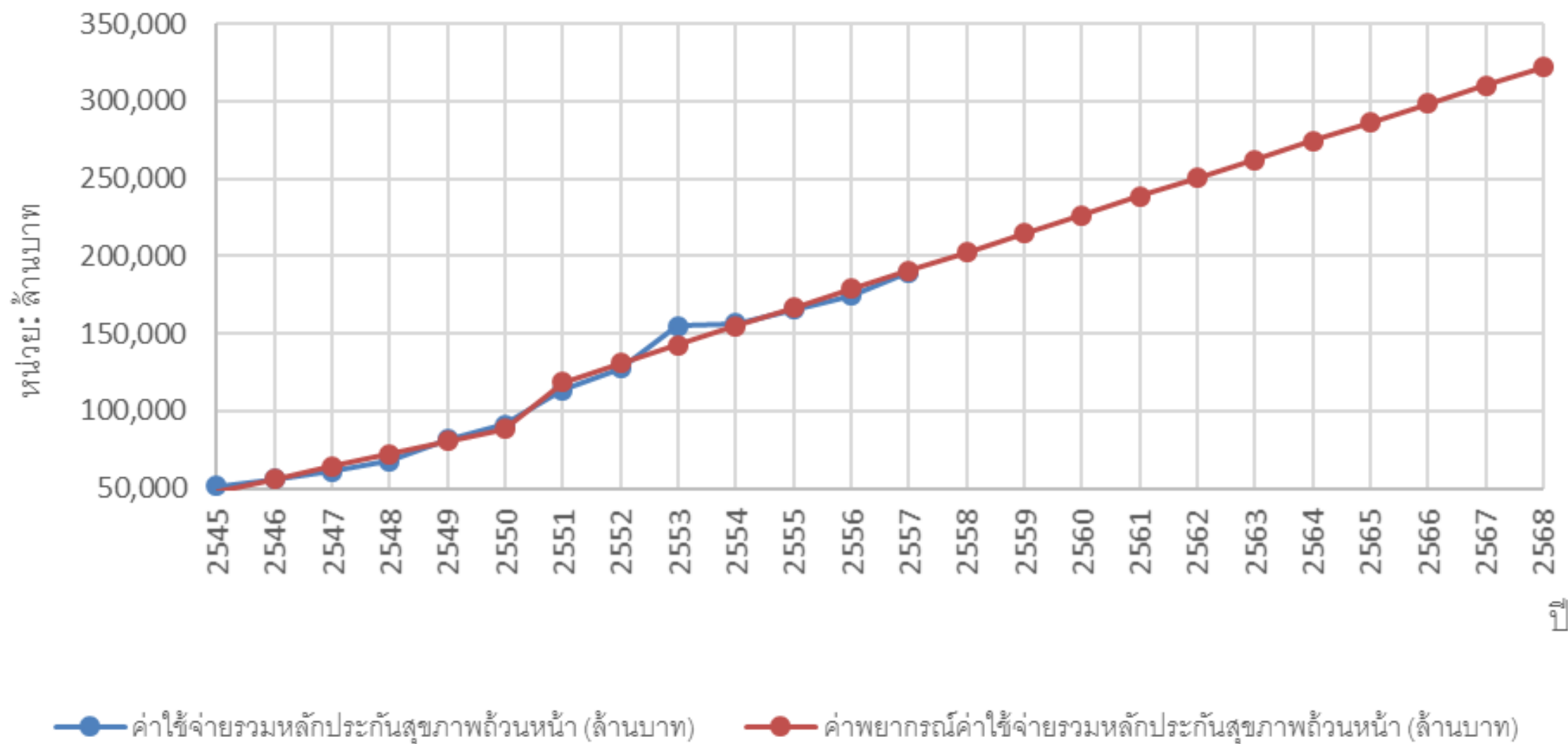
หน่วย : ล้านบาท



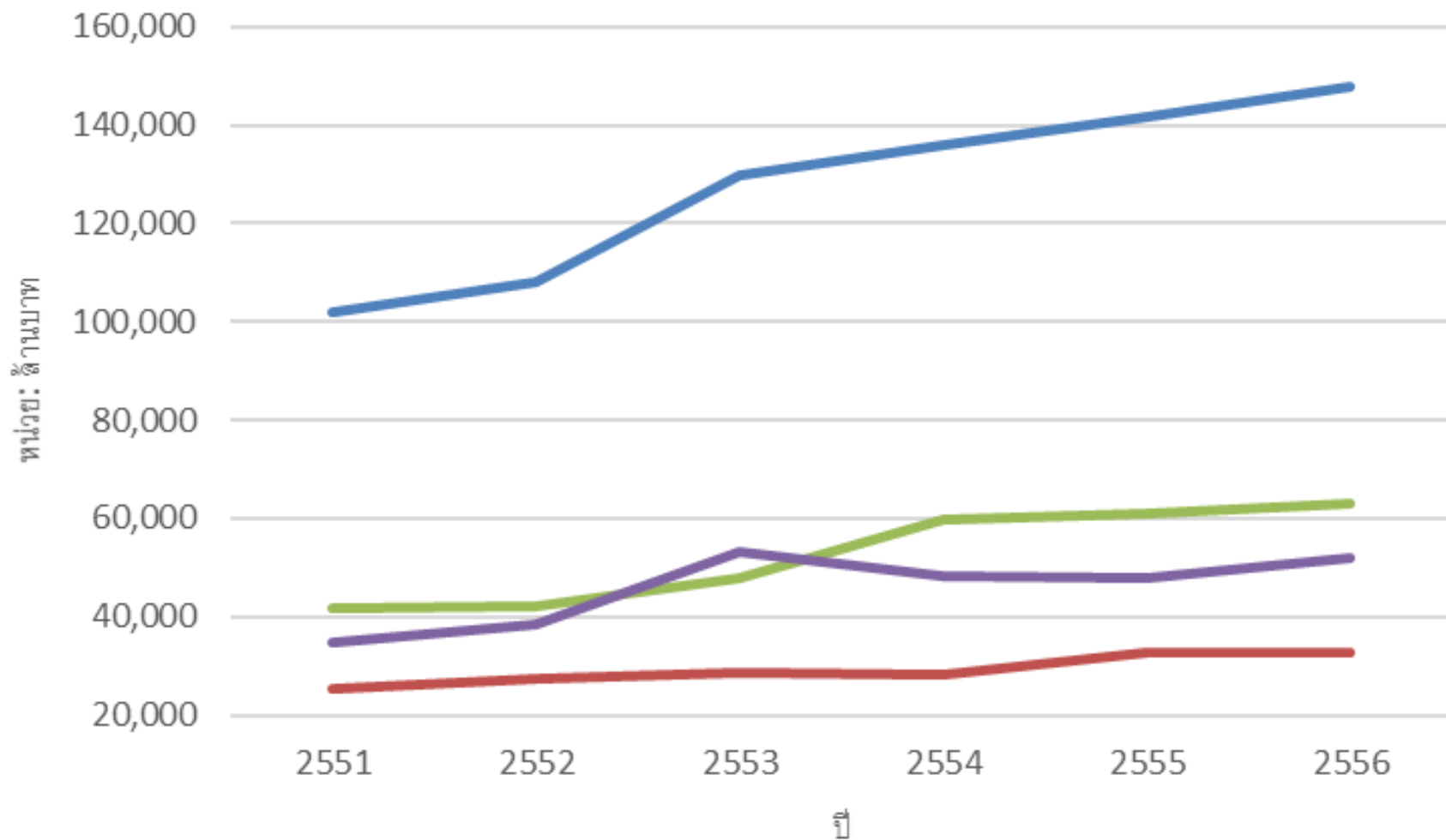
ที่มา: ประมาณการ โดยนักวิจัย

พยากรณ์ค่าใช้จ่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

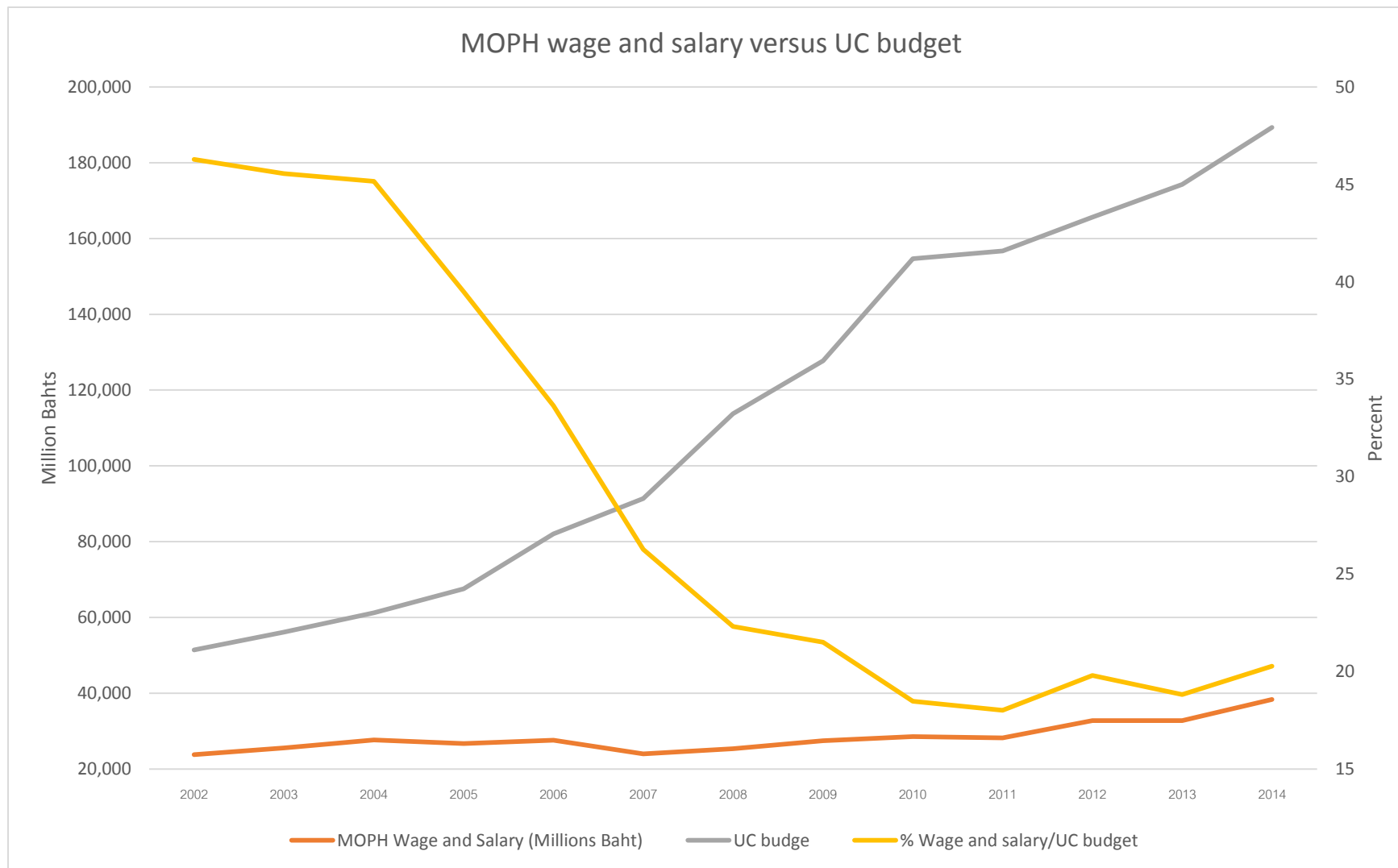
(บวกกลับจำนวนเงินที่โรงพยาบาลสร ขาดทุนแต่ละปีและค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสร)



การจัดสรรงบประมาณของสปสช



- งบประมาณรวมที่สปสช ได้รับ
- ค่าตอบแทนบุคลากร สปสช
- เงินที่รพ. สปสช เรียกเก็บได้จากสปสช
- งบประมาณที่ สปสช บริหารเอง



- Voluntary resignation increases tremendously right after UC populist policy.
- Doctor turnover rate = 30%!!!!

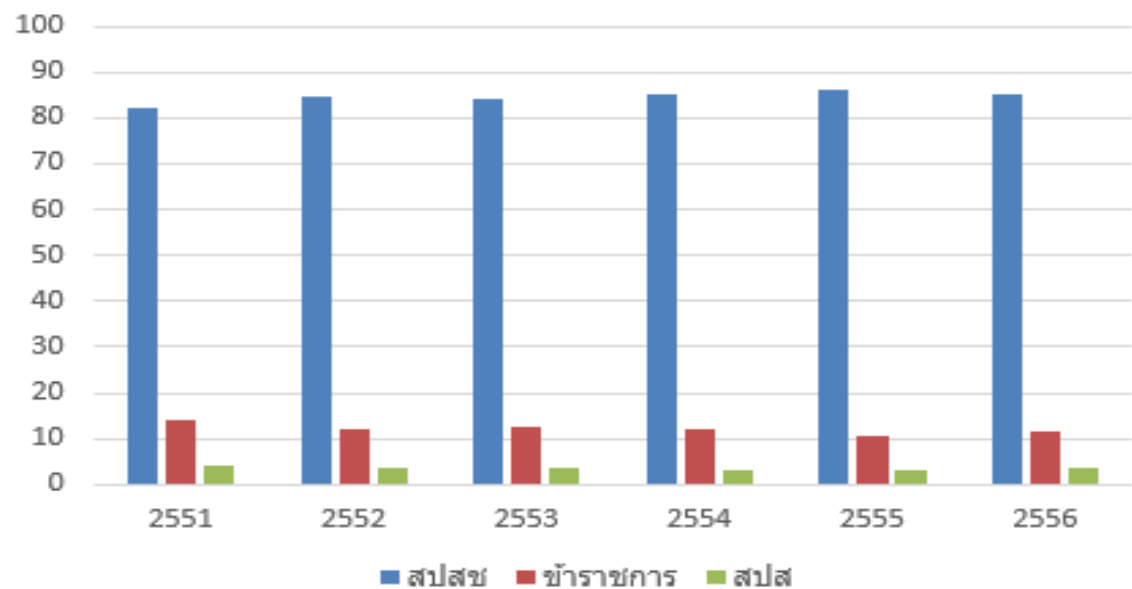
ตารางที่ 1 ค่าบริการที่เรียกเก็บไม่ได้

ค่าบริการที่เรียกเก็บไม่ได้						
กองทุนหลักประกัน	2551	2552	2553	2554	2555	2556
สุขภาพถ้วนหน้า						
1.รพช	3,280.39	-3,350.82	-5,036.75	-4,009.75	-4,714.07	-4,595.84
2.รพท	-7,143.87	-9,914.47	-10,756.92	-8,996.80	-10,253.51	-11,310.59
3.รพศ	-7,891.55	-6,361.61	-9,272.52	-7,672.22	-9,155.75	-10,591.64
รวม	-11,755.02	-19,626.90	-25,066.20	-20,678.77	-24,123.33	-26,498.07
กองทุนข้าราชการ						
1.รพช	-16.45	152.43	-91.38	156.07	-34.07	-1.08
2.รพท	-27.28	676.98	-359.80	227.47	-34.56	-45.71
3.รพศ	-6.96	175.90	48.75	289.61	5.56	9.74
รวม	-50.69	1,005.30	-402.43	673.15	-63.07	-37.05
กองทุนประกันสังคม						
1.รพช	34.32	8.15	-62.45	-86.17	-93.27	-186.75
2.รพท	11.84	-197.22	-37.50	-141.97	-209.67	-231.38
3.รพศ	-66.71	-143.25	-273.03	-287.58	-123.02	-570.57
รวม	-20.54	-332.33	-372.98	-515.71	-425.96	-988.70

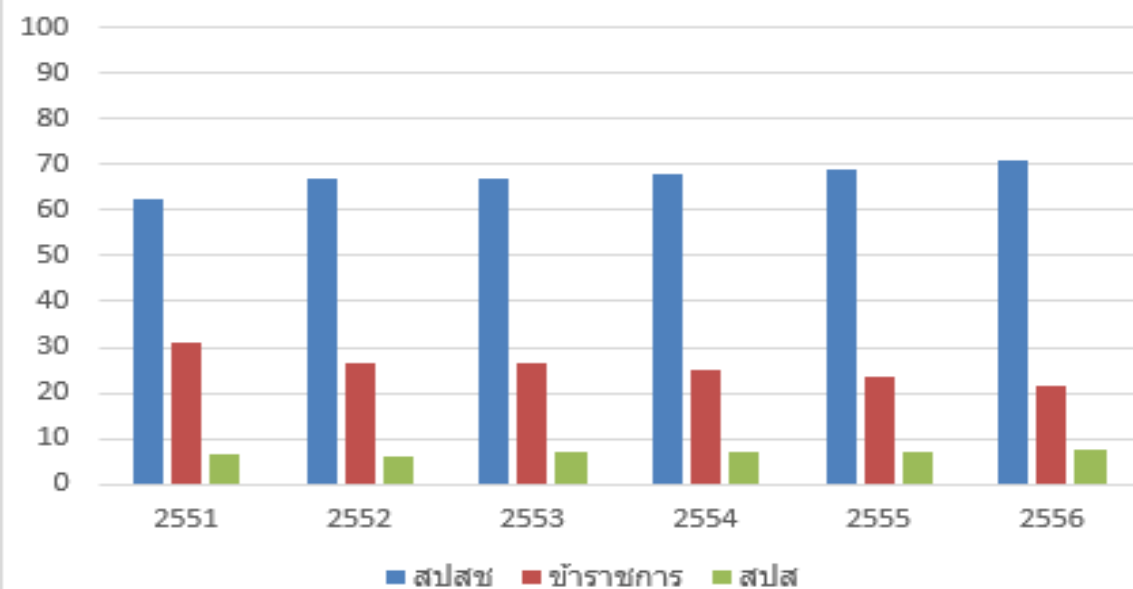
หน่วย: ล้านบาท

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

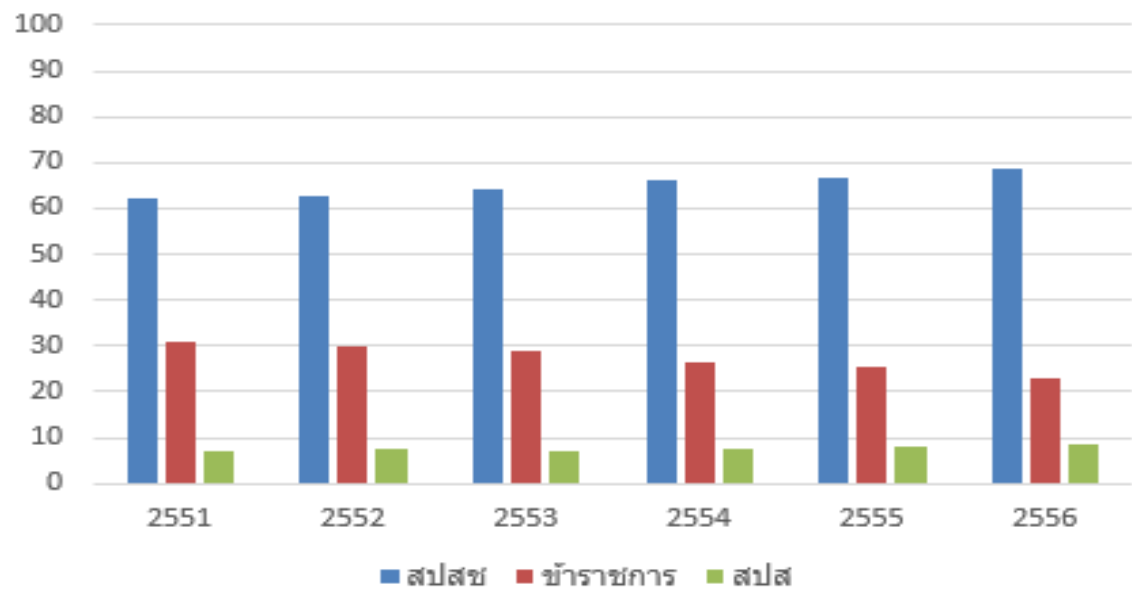
ร้อยละของค่าบริการที่เรียกเก็บของ รพช



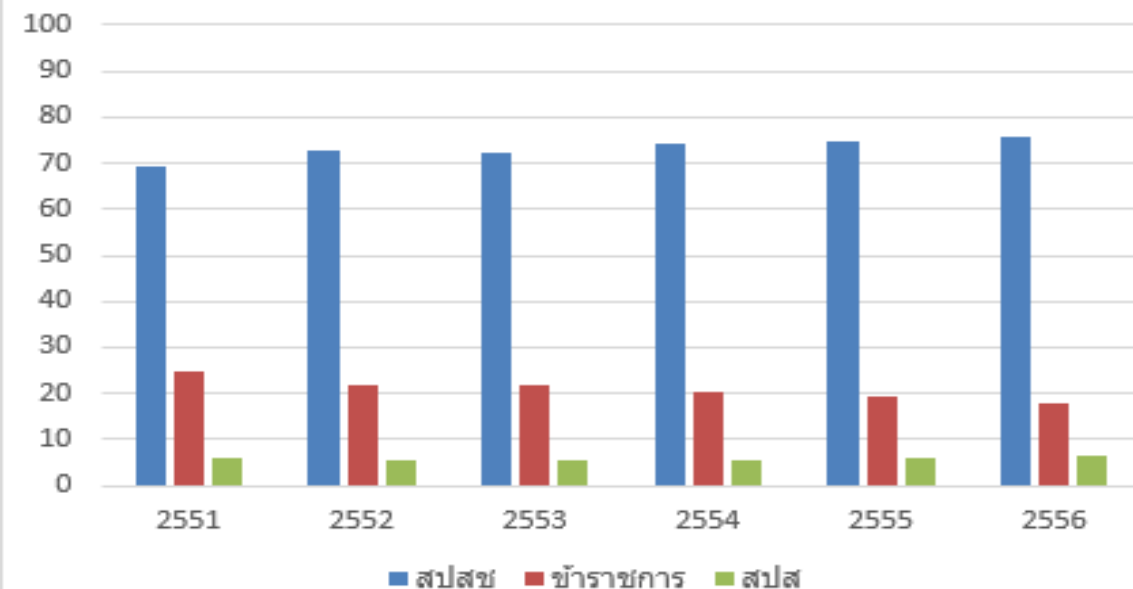
ร้อยละของค่าบริการที่เรียกเก็บของ รพท



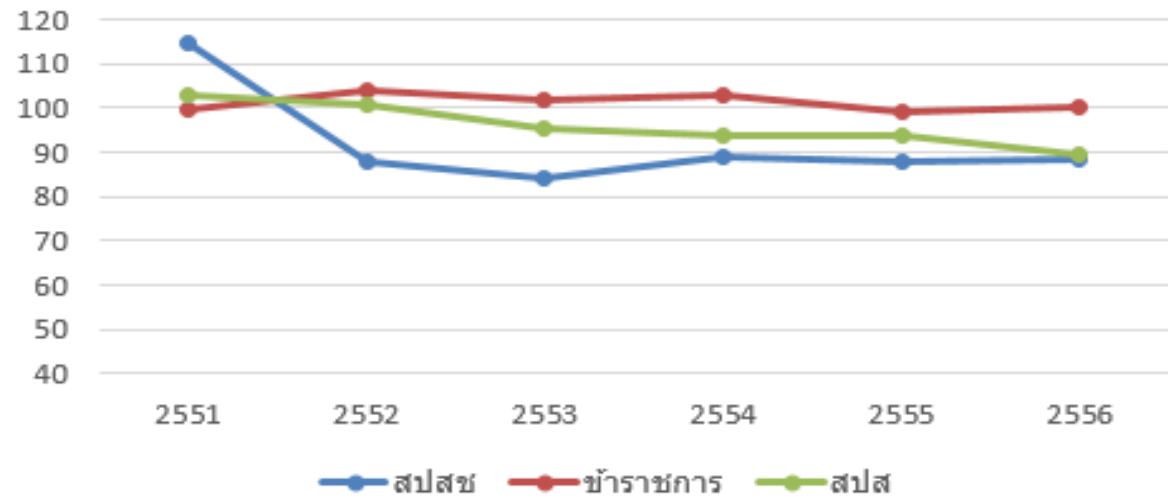
ร้อยละของค่าบริการที่เรียกเก็บของ รพศ



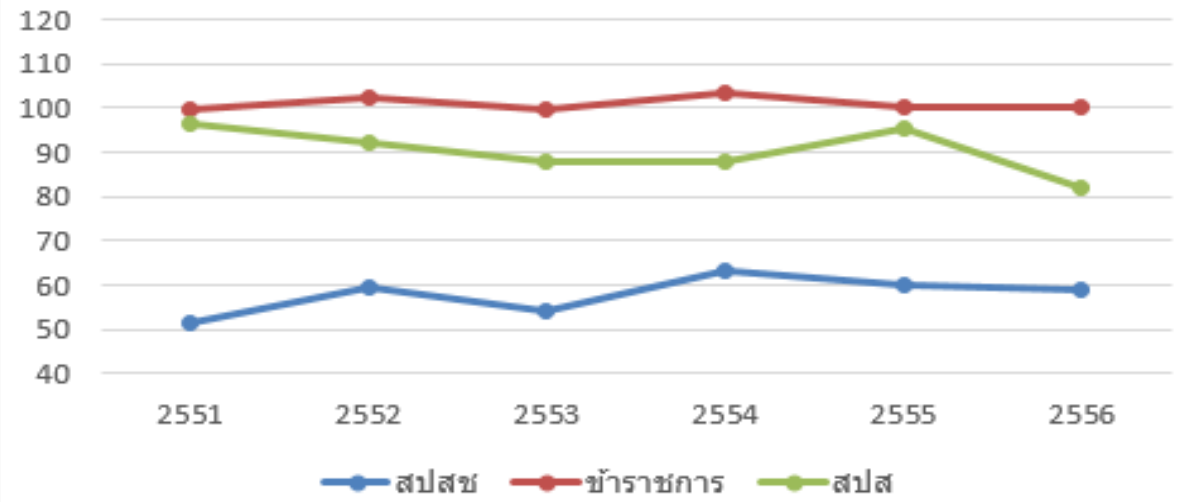
ร้อยละของค่าบริการที่เรียกเก็บของรพ ทุกประเภท



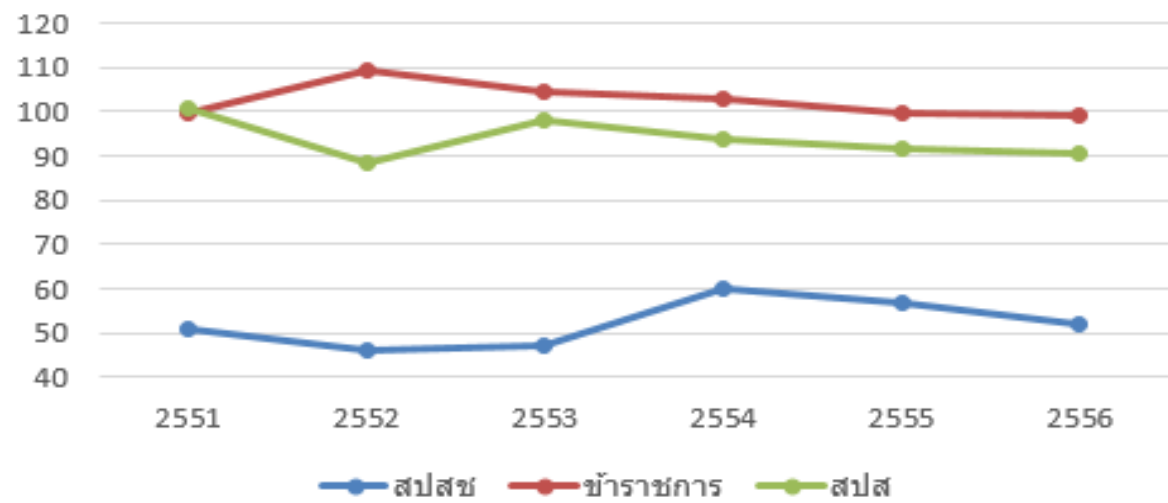
ร้อยละของค่าบริการที่เรียกเก็บได้
ของโรงพยาบาลชุมชน



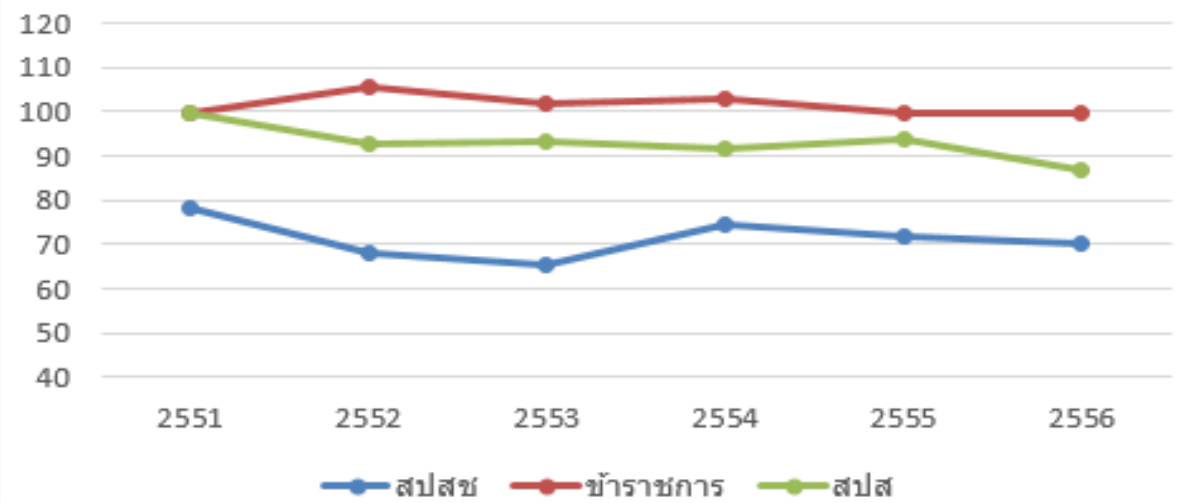
ร้อยละของค่าบริการที่เรียกเก็บได้
ของโรงพยาบาลศูนย์



ร้อยละของค่าบริการที่เรียกเก็บได้
ของโรงพยาบาลทั่วไป



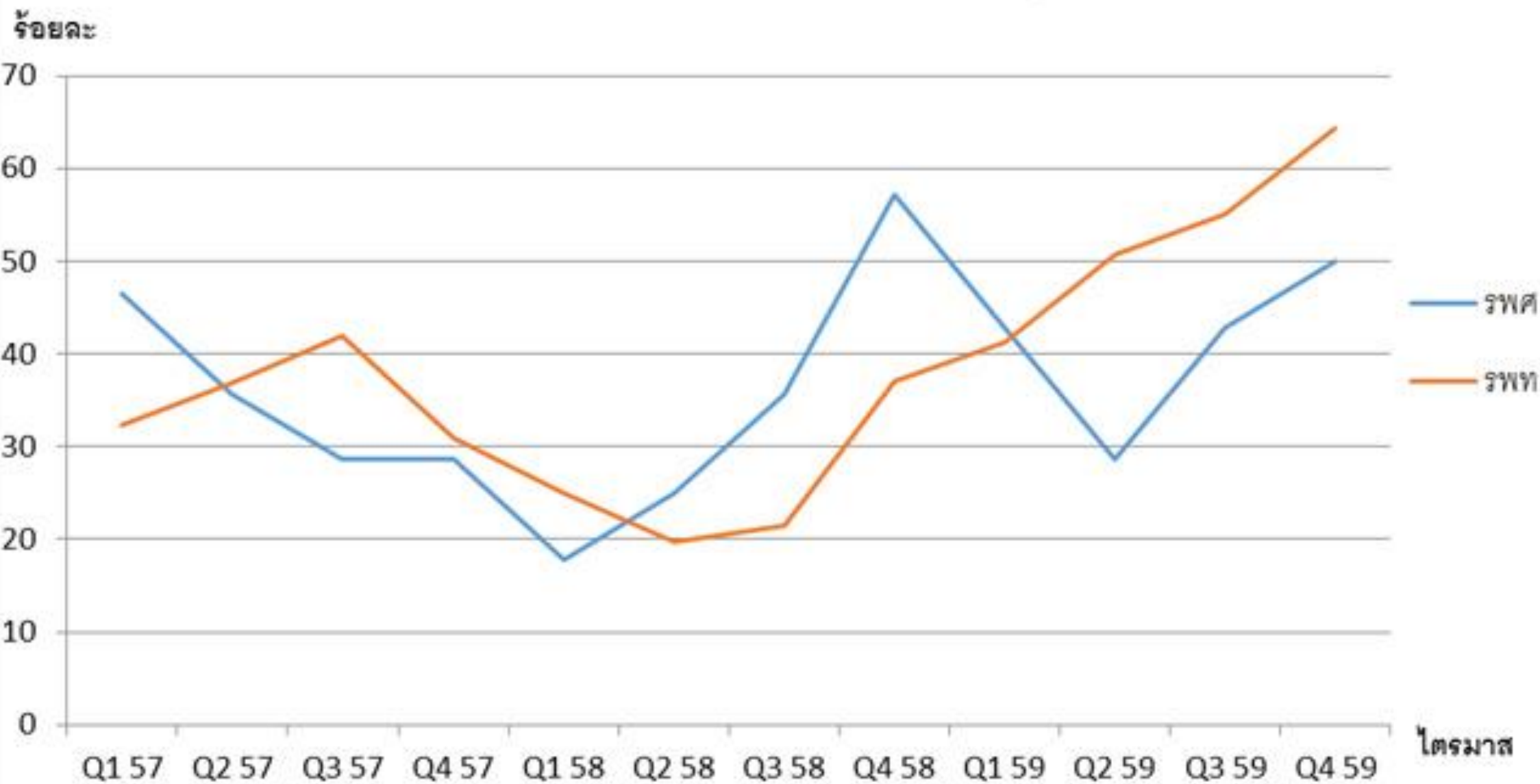
ร้อยละของค่าบริการที่เรียกเก็บได้
ของโรงพยาบาลทุกประเภท



งบกำไรขาดทุนของ โรงพยาบาลศร ปี 2556	ล้านบาท			ร้อยละ		
	รวม	UC	Non-UC	รวม	UC	Non-UC
ค่าบริการที่เรียกเก็บทั้งหมด	129,662.22	89,545.98	40,116.24	100.00	100.00	100.00
หนี้สูญจากการให้บริการ	27,523.82	26,498.07	1,025.75	21.23	29.59	2.56
ค่าบริการที่เรียกเก็บได้จริง	102,138.41	63,047.91	39,090.49	78.77	70.41	97.44
ต้นทุนดำเนินงาน	112,308.15	77,561.09	34,747.06	86.62	86.62	86.62
ต้นทุนค่าจ้างเงินเดือน	52,338.40	36,145.40	16,193.00	40.37	40.37	40.37
ต้นทุนรวม (รวมค่าจ้างเงินเดือน)	192,170.37	140,204.56	51,965.81	148.21	156.57	129.54
ต้นทุนรวม (ไม่รวมค่าจ้างเงินเดือน)	139,831.97	104,059.16	35,772.81	107.84	116.21	89.17
กำไร/ขาดทุน (รวมค่าจ้างเงินเดือน)	-62,508.15	-50,658.58	-11,849.56	-48.21	-56.57	-29.54
กำไร/ขาดทุน (ไม่รวมค่าจ้างเงินเดือน)	-10,169.75	-14,513.18	4,343.43	-7.84	-16.21	10.83



ร้อยละของโรงพยาบาลที่ขาดทุน

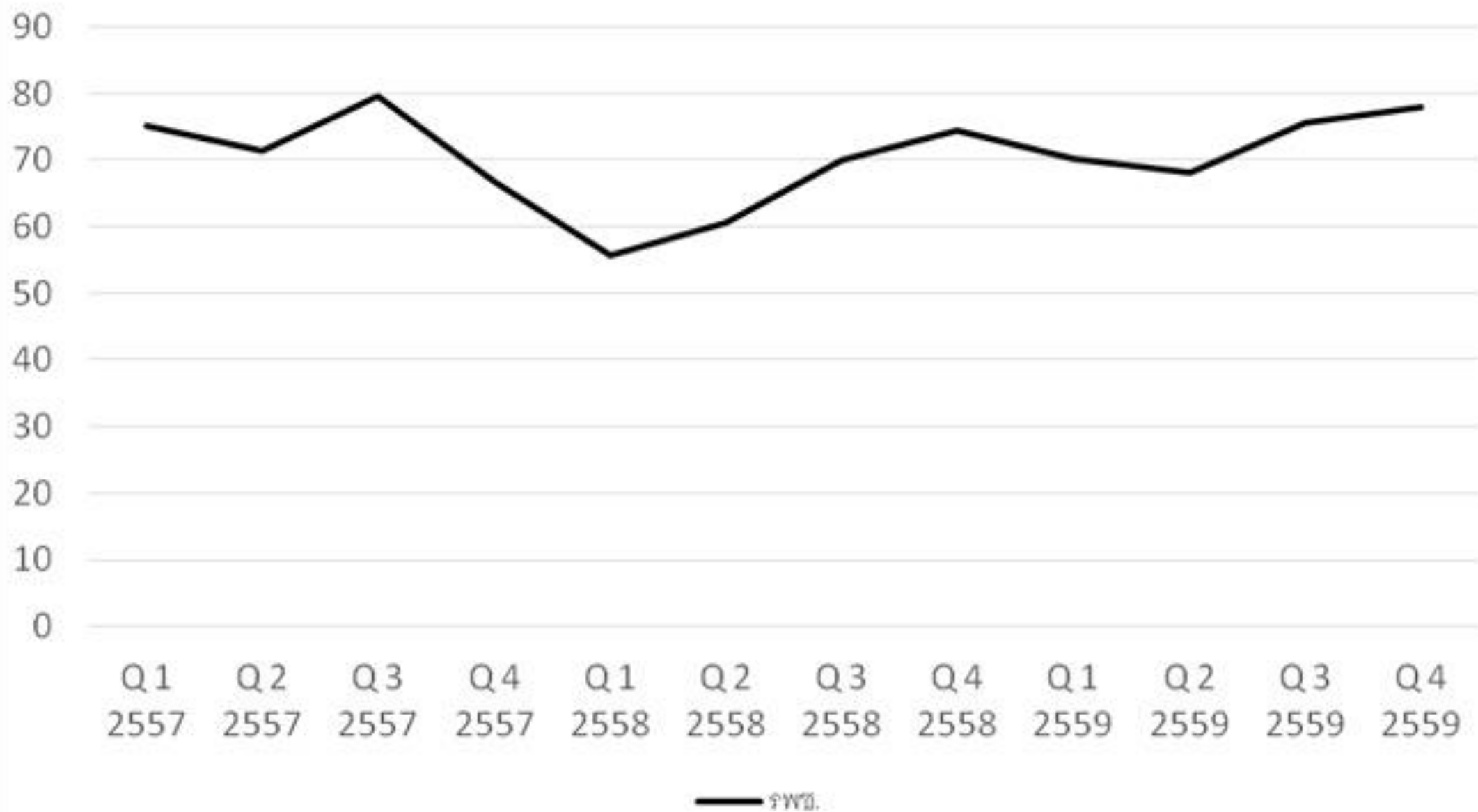


ร้อยละของโรงพยาบาลที่เงินบำรุงติดลบ

ร้อยละ



ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาทางการเงิน



ชั่วโมงการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

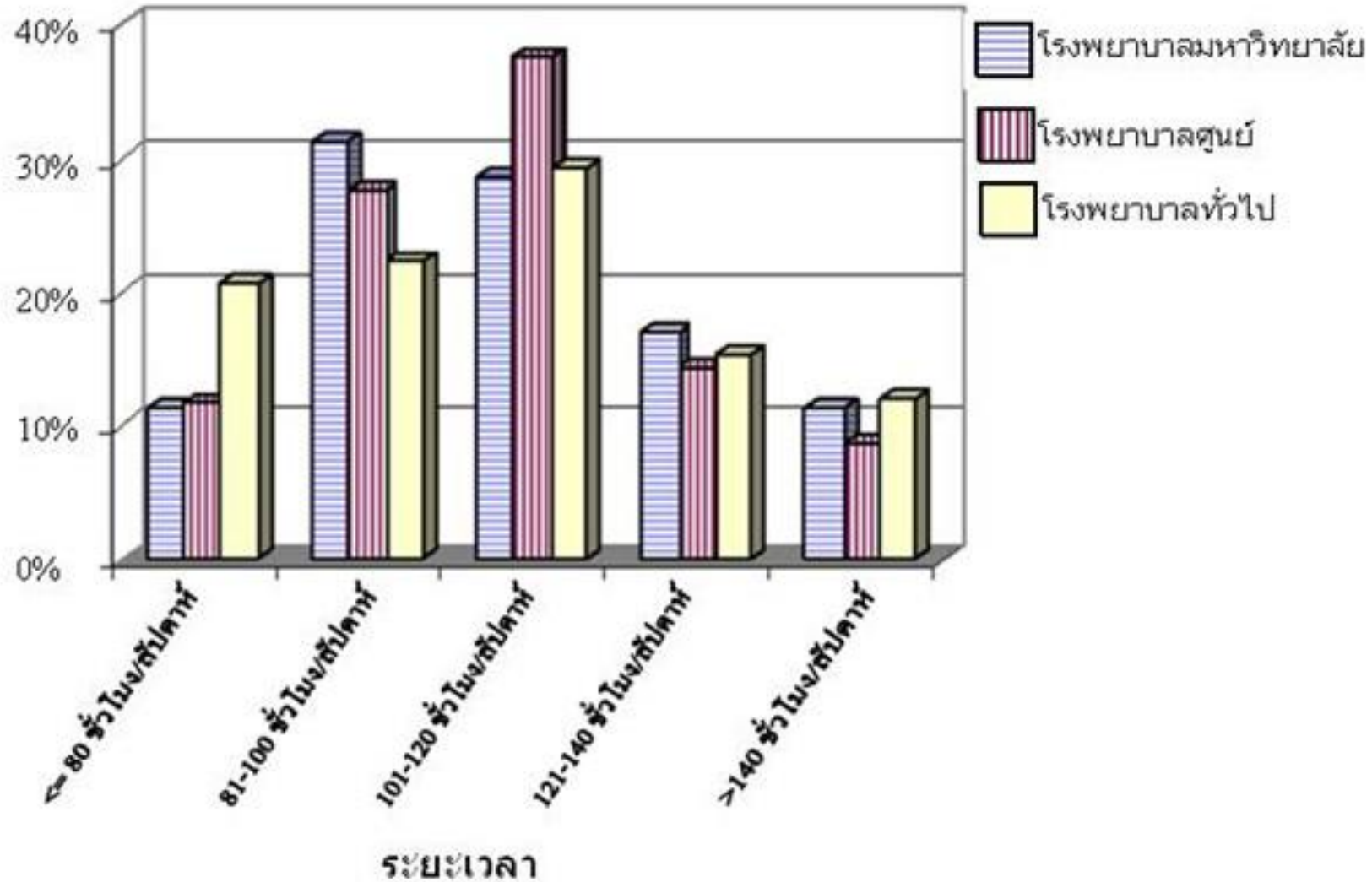
ตารางที่ 2 เวลาที่แพทย์ใช้ในการตรวจผู้ป่วยนอกจำแนกระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

เวลาที่ใช้ในการตรวจ (นาที)	จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจ (ร้อยละ)	
	โรงพยาบาลชุมชน*	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป**
1	393 (29)	298 (18)
2	364 (26)	451 (27)
3	228 (16)	330 (20)
4	109 (8)	193 (11)
5	111 (8)	166 (10)
6 - 10	121 (9)	204 (12)
> 10	62 (4)	45 (2)
ค่าเฉลี่ย	3.86 ± 6.74	3.59 ± 3.72
พิสัย	1 - 40	1 - 85

*1,388 ครั้ง / แพทย์ 25 คน

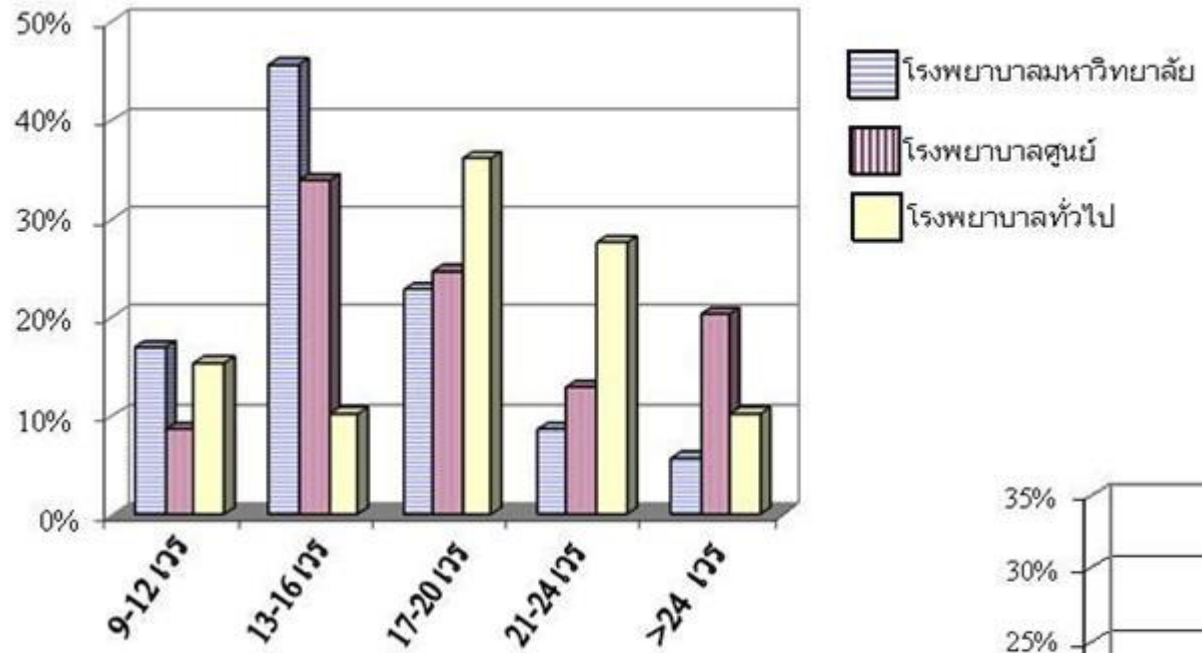
**1,687 ครั้ง / แพทย์ 36 คน

ชั่วโมงการทำงาน

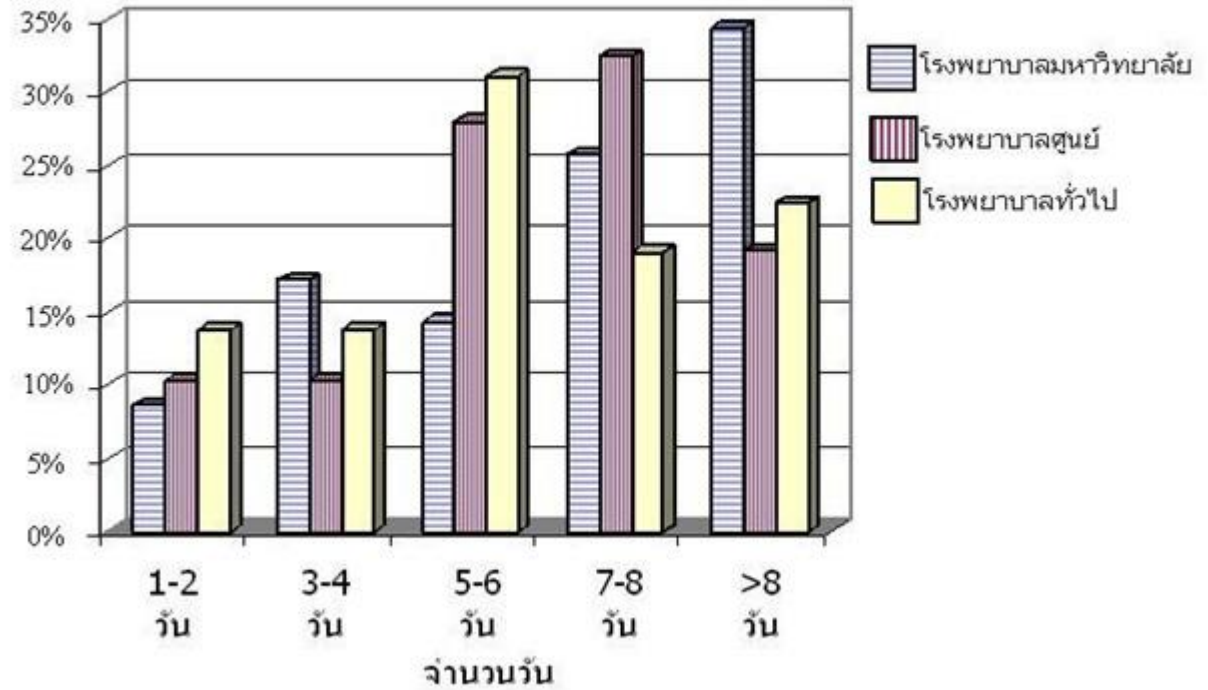


ชั่วโมงการทำงานของแพทย์เพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข เผยแพร่ใน Srinagarind Medical Journal (http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=1691)

จำนวนเวรต่อเดือน



วันว่างที่ไม่ต้องอยู่เวรต่อเดือน



The Relationship between Nurse Work Schedules, Sleep Duration, and Drowsy Driving

Linda D. Scott, PhD, RN¹; Wei-Ting Hwang, PhD²; Ann E. Rogers, PhD, RN, FAAN³; Tami Nysse, MSN, RN⁴; Grace E. Dean, PhD, RN⁵; David F. Dinges, PhD³

¹Kirkhof College of Nursing, Grand Valley State University, Grand Rapids, MI; ²Department of Biostatistics and Epidemiology, Center for Clinical Epidemiology and Biostatistics and ³Center for Sleep and Respiratory Neurobiology School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia; ⁴Spectrum Health, Grand Rapids, MI; ⁵University of Buffalo, Buffalo, NY

Study Objectives: Recent studies have shown that extended shifts worked by hospital staff nurses are associated with significantly higher risk of errors, yet little information is available about the ability to remain alert during the nurses' commutes following the completion of an extended work shift. The purpose of this study is to describe the prevalence of drowsy driving episodes and the relationship between drowsy driving and nurse work hours, alertness on duty, working at night, and sleep duration.

Participants: Data were collected from 2 national random samples of registered nurses (n = 895).

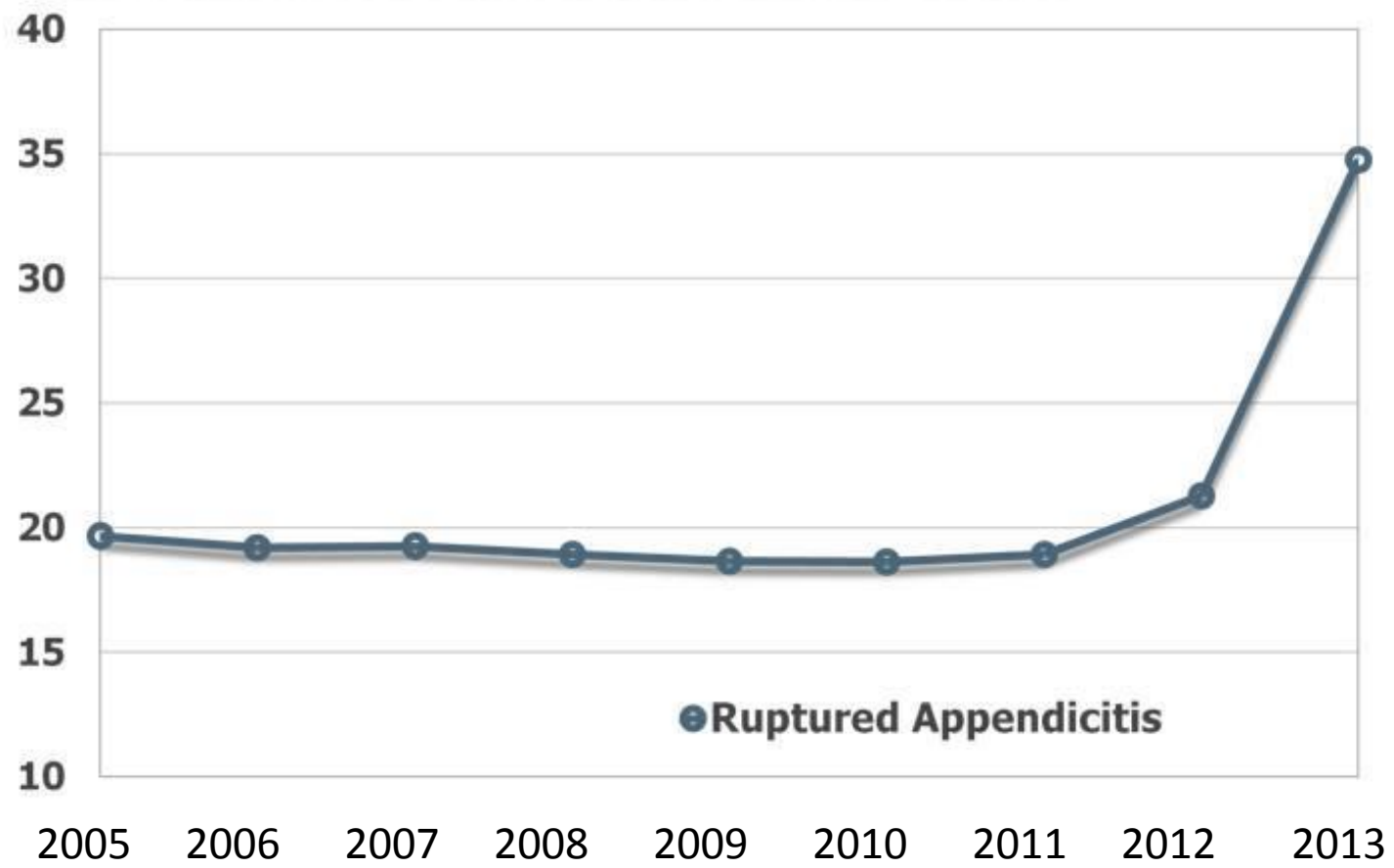
Measurements and Results: Full-time hospital staff nurses (n = 895) completed logbooks on a daily basis for 4 weeks providing information concerning work hours, sleep duration, drowsy and sleep episodes at work, and drowsy driving occurrences. Almost 600 of the nurses (596/895) reported at least 1 episode of drowsy driving, and 30 nurses reported

experiencing drowsy driving following every shift worked. Shorter sleep durations, working at night, and difficulties remaining awake at work significantly increased the likelihood of drowsy driving episodes.

Conclusions: Given the large numbers of nurses who reported struggling to stay awake when driving home from work and the frequency with which nurses reported drowsy driving, greater attention should be paid to increasing nurse awareness of the risks and to implementing strategies to prevent drowsy driving episodes to ensure public safety. Without mitigation, fatigued nurses will continue to put the public and themselves at risk.

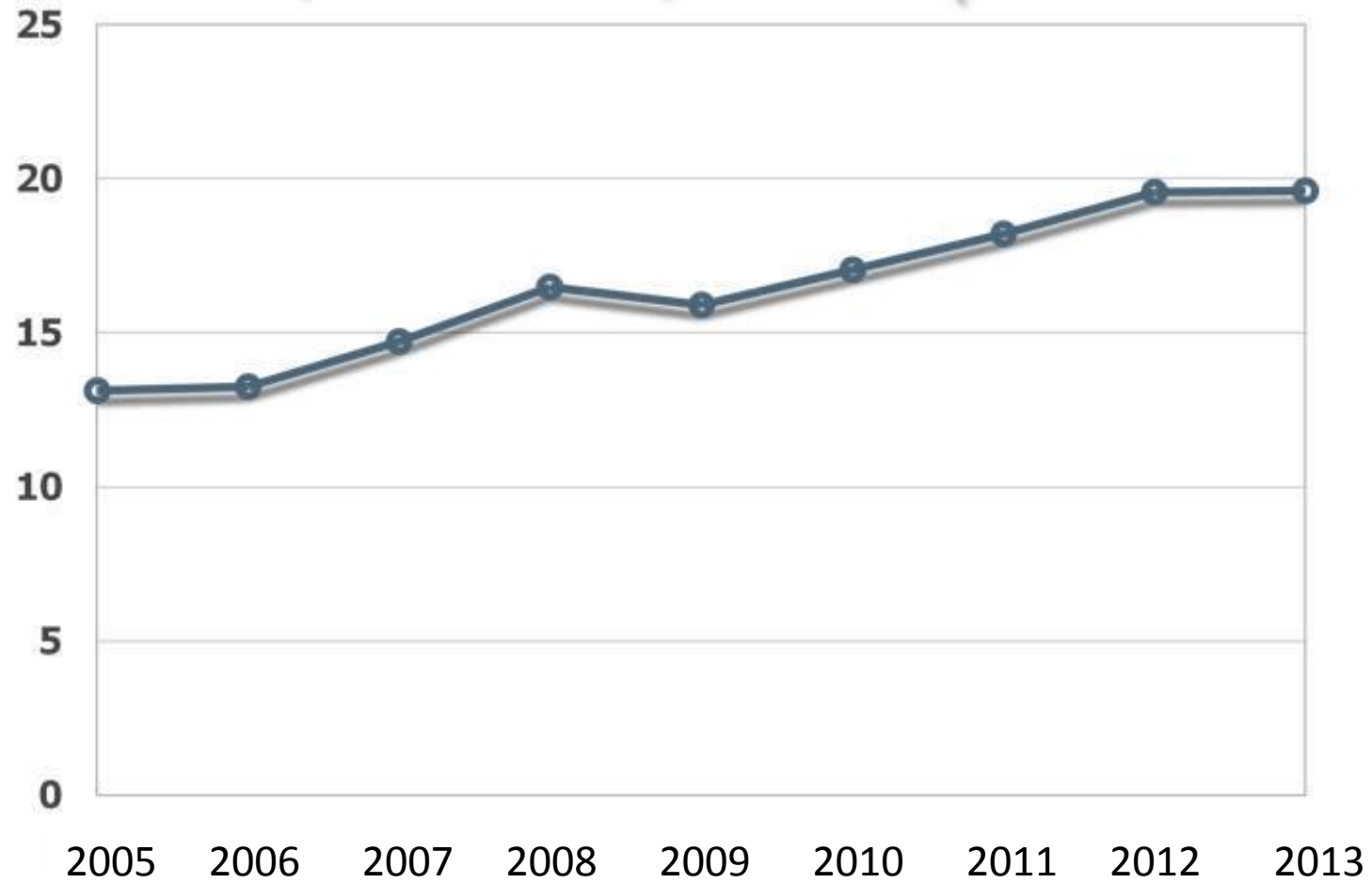
Keywords: Nurse work schedules, sleep duration, drowsy driving, motor vehicle crashes, staff nurse work hours

Citation: Scott LD; Hwang WT; Rogers AE; Nysse T; Dean GE; Dinges DF. The relationship between nurse work schedules, sleep duration, and drowsy driving. *SLEEP* 2007;30(12):1801-1807.



Source: UC annual report

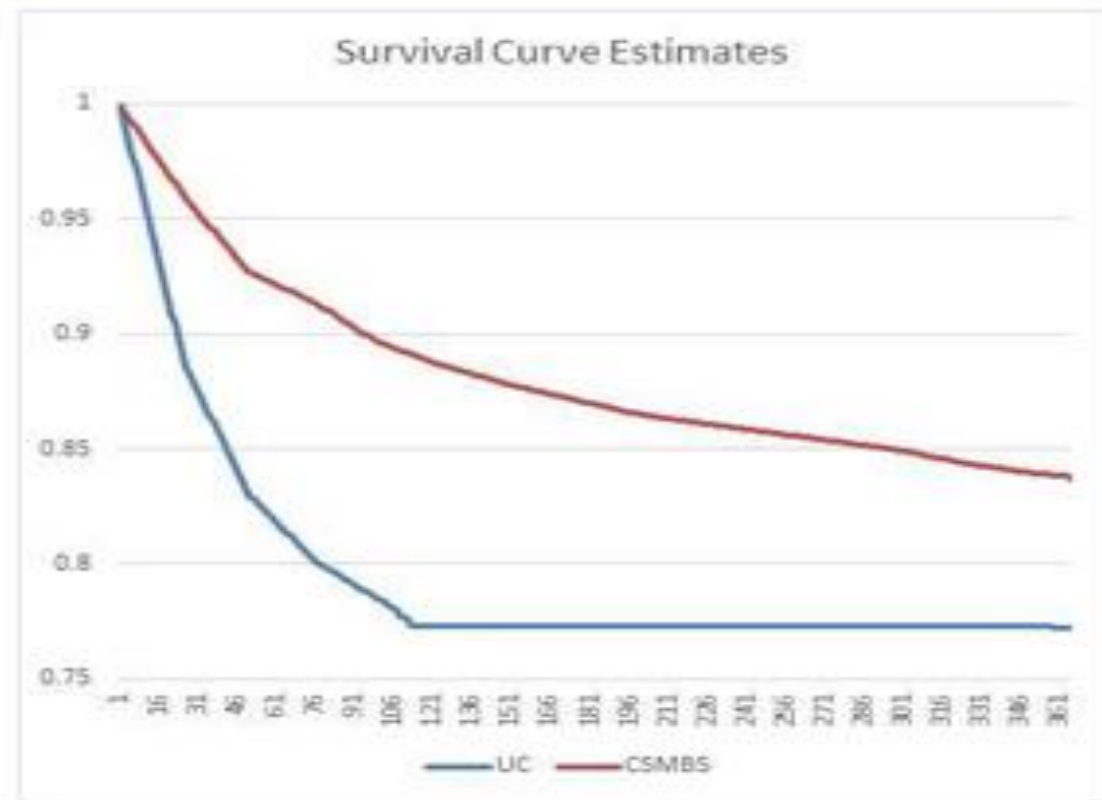
BIRTH ASPHYXIA PER 100,000 NEW BORN BABY!



Source: UC annual report

เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นและเพื่อรักษาชีวิตผู้ใช้สิทธิบัตรทอง

- ข้อมูลของรายงานของทีดีอาร์ไอ บ่งชี้ว่าผู้ใช้บัตรทองจะตายมาก ตายเร็วกว่าผู้ใช้สิทธิข้าราชการ ถ้าตายภายใน ๓ เดือน
- เบาหวาน ๓๐% ความดัน หัวใจขาดเลือด มะเร็ง ๗๐% โรคทั่วไป ๒๐%
- รายงานของทีดีอาร์ไอไม่ได้บอกว่า ตายมากกว่าเพราะอะไร



TDRI

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

ค้นหา

บทความที่เกี่ยวข้อง

ป้ายคำ

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ



รายงานฉบับสมบูรณ์

การศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพ และความเป็นธรรมทางสุขภาพ

การศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ [ฉบับปรับปรุง]

ตีพิมพ์

2015-08

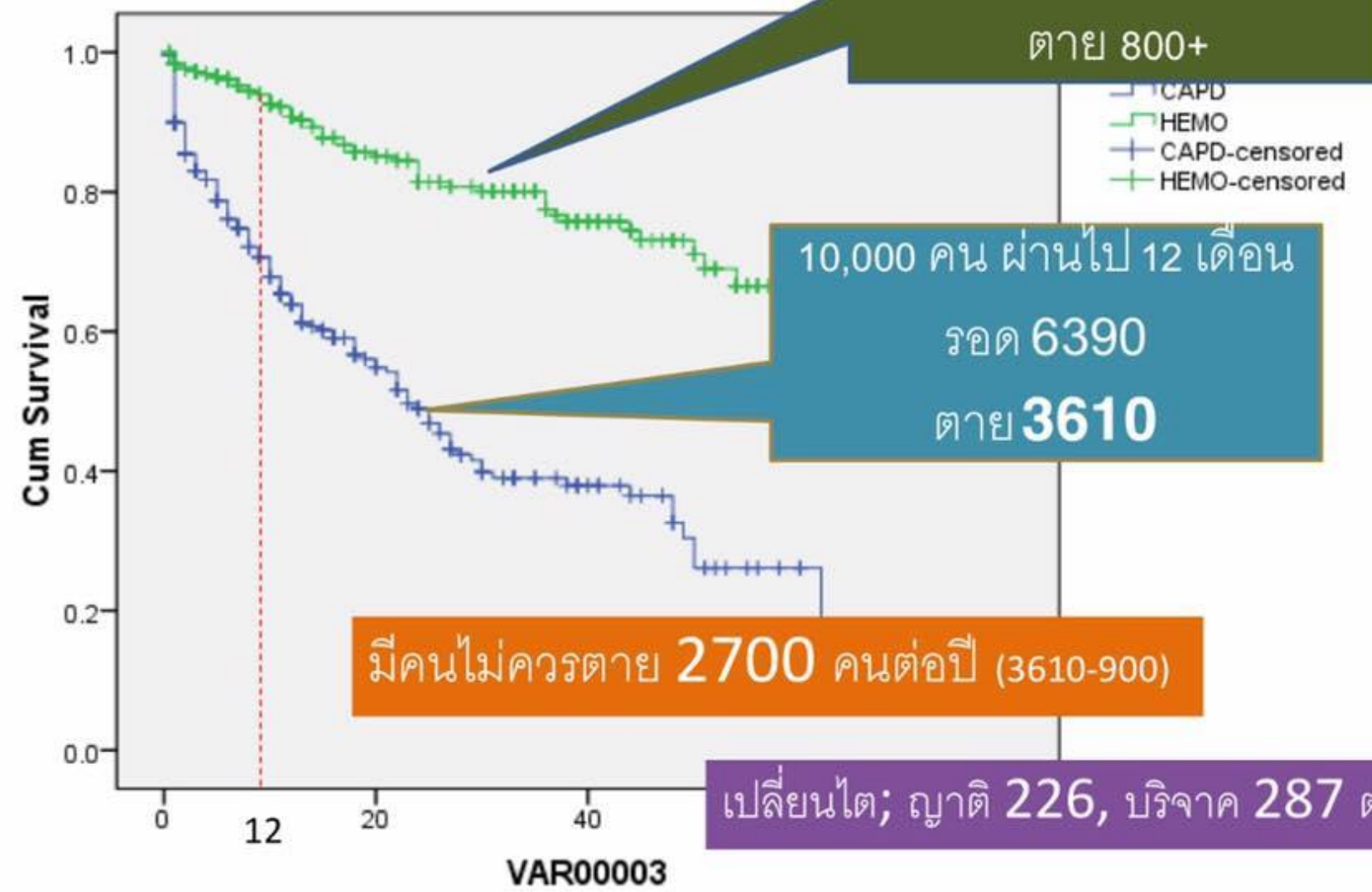
ผู้เขียน

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, ตรีนุช ไทชนนต์วิจิตร, ศิวาพร ฟองทอง, พัชรี บำรุงธรรม, ยศ วัชรคุปต์, รัต นกรัตน์ญ์ โรจนานุกุลพงศ์, ชยดล ล้อมทอง, พัชราภรณ์ โคตรนารินทร์, พลัสส์ พัจณา

เมื่อใช้เงินหลวงเท่าๆกัน

ตั้งต้นจากผู้ป่วยหมื่นคนต่อปี realistic number

Survival Functions



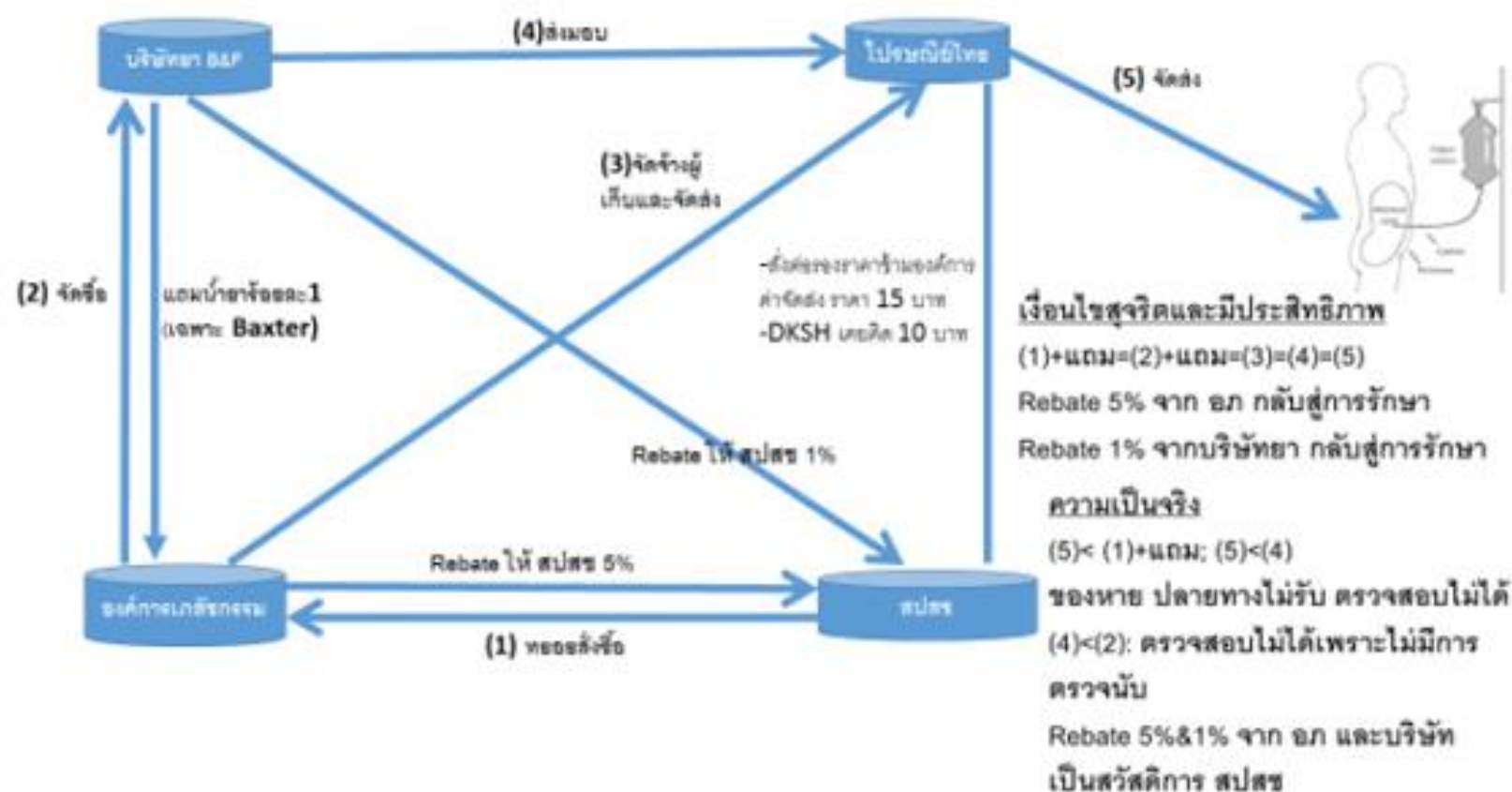
10,000 คน ผ่านไป 12 เดือน
รอด 9100
ตาย 800+

10,000 คน ผ่านไป 12 เดือน
รอด 6390
ตาย **3610**

มีคนไม่ควรตาย **2700** คนต่อปี (3610-900)

เปลี่ยนไต; ญาติ 226, บริจาค 287 ต่อปี

	CAPD-FIRST	HD
ค่าน้ำยาล้างไต	$30 \text{ วัน} * 4 \text{ ถุง} * 150 = 18,000 \text{ บาท}$	-
ค่าAntibiotics รายเดือน	3,000 บาท	-
ค่าฟอกเลือด		1,500 บาท * 4 สัปดาห์ * 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ = 12,000-18,000 บาท
โอกาสติดเชื้อ Peritonitis+Sepsis	สูงอย่างมาก + DRG จากการติดเชื้อ	ต่ำอย่างมาก
Mortality Rate	สูงอย่างมาก	ต่ำอย่างมาก



$$(1) + \text{แอม} = (2) + \text{แอม} = (3) = (4) = (5)$$

จำนวนที่ สปสช สั่งซื้อ + จำนวนแอมที่ได้รับ
 = จำนวนที่ อภ สั่งซื้อจาก Baxter และ FMC + จำนวนแอมที่ได้รับ
 = จำนวนที่ อภ จัดจ้างไปรษณีย์ไทยในการจัดเก็บและจัดส่งน้ำยาล้างไตให้ผู้ป่วย
 = จำนวนที่ Baxter และ FMC ส่งมอบน้ำยาล้างไตให้ไปรษณีย์ไทย
 = จำนวนที่ผู้ป่วยได้รับมอบจากไปรษณีย์ไทย

รูปที่ 2 กระบวนการบริหารจัดการจัดซื้อและจัดส่งน้ำยาล้างไตในโครงการ CAPD-First ของ สปสช

แนวโน้มของประกันสังคม

Agenda

SSO/ILO Workshop on Results of Actuarial Valuation of Social Security Fund (SSF)

30 November 2015, 9.00 – 16.30

The Sukosol Hotel, Bangkok, Thailand

Time	Topic/ Content	Resource person
09.00 - 09.30	Registration	
09.30 – 09.50	Presentation: An introduction to technical cooperation between ILO and member countries in the area of Social Security, Asia and Pacific Region	Mr. Nuno Cunha, Senior Social Protection Specialist
09.50 – 10.30	Presentation: Results of Actuarial Valuation of Social Security Fund (SSF)	Mr. Hiroshi Yamabana, Senior Actuary

Actuarial valuation of Social Security Fund (SSF) Thailand



International
Labour
Organization

Hiroshi Yamabana

ILO Financial, Actuarial and Statistics Services Branch

(ILO SOC/PFACTS)

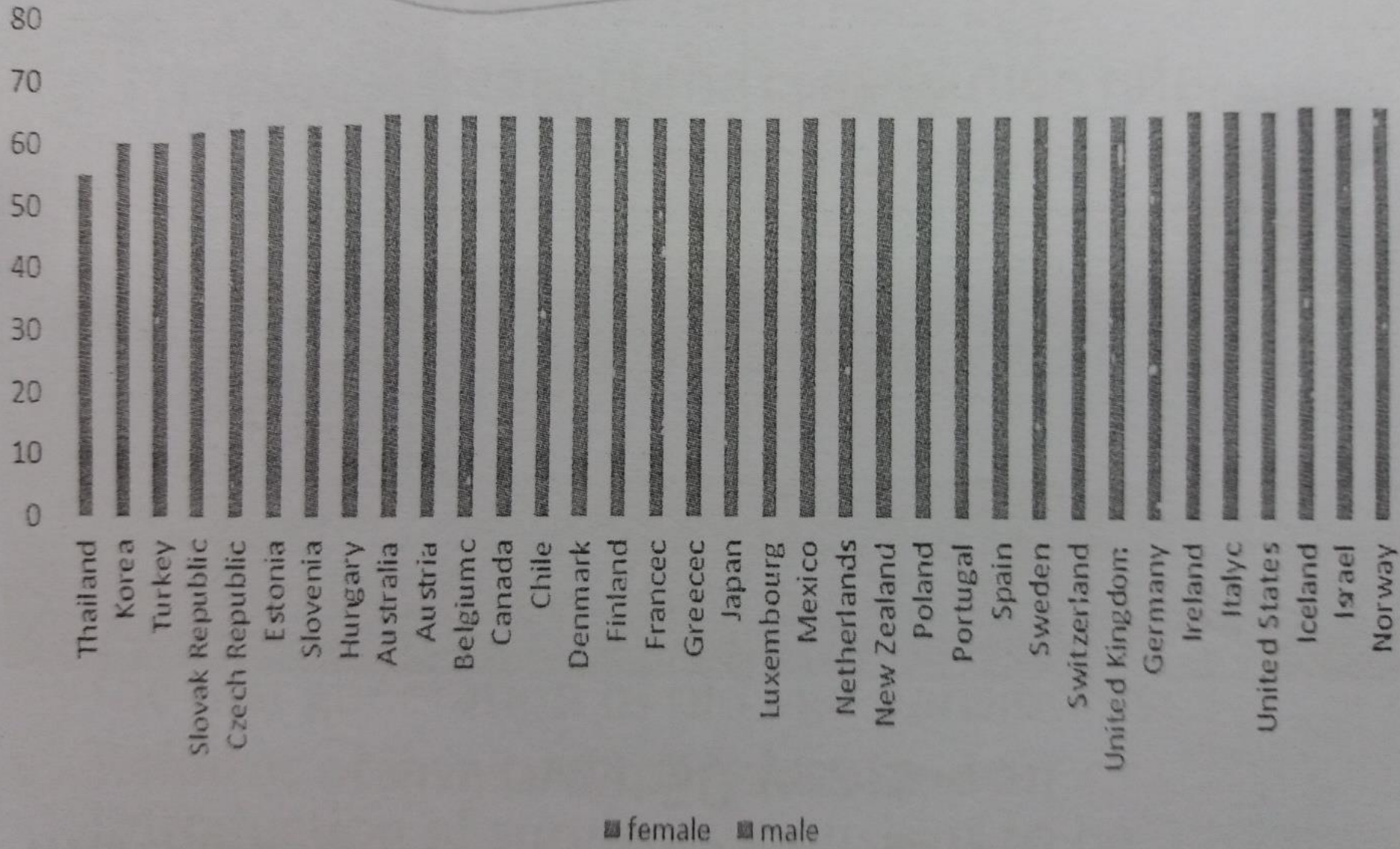
email: yamabana@ilo.org

Georges Langis

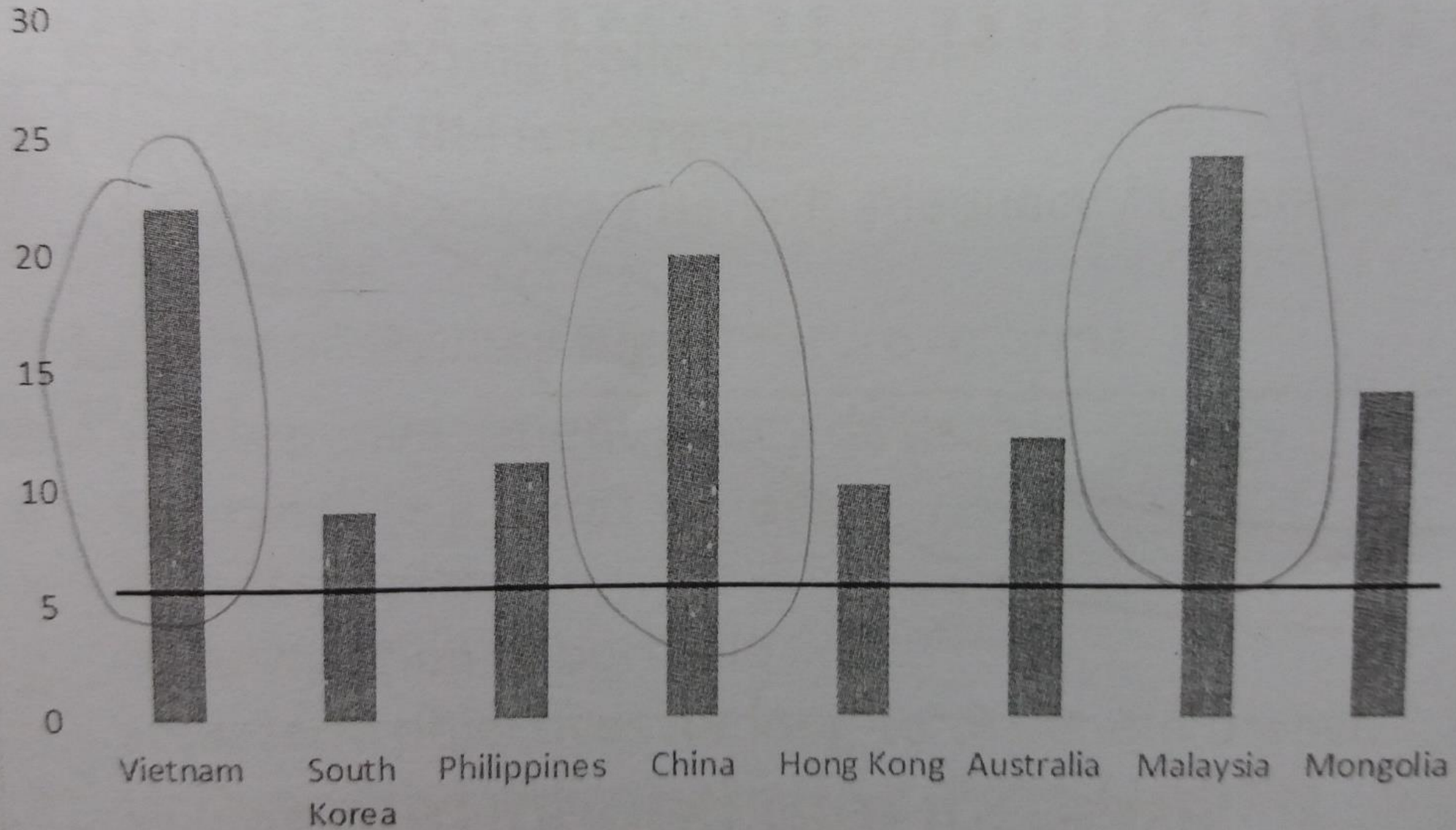
ILO consulting actuary

email: geolan2006@yahoo.ca

Pensionable age in OECD countries

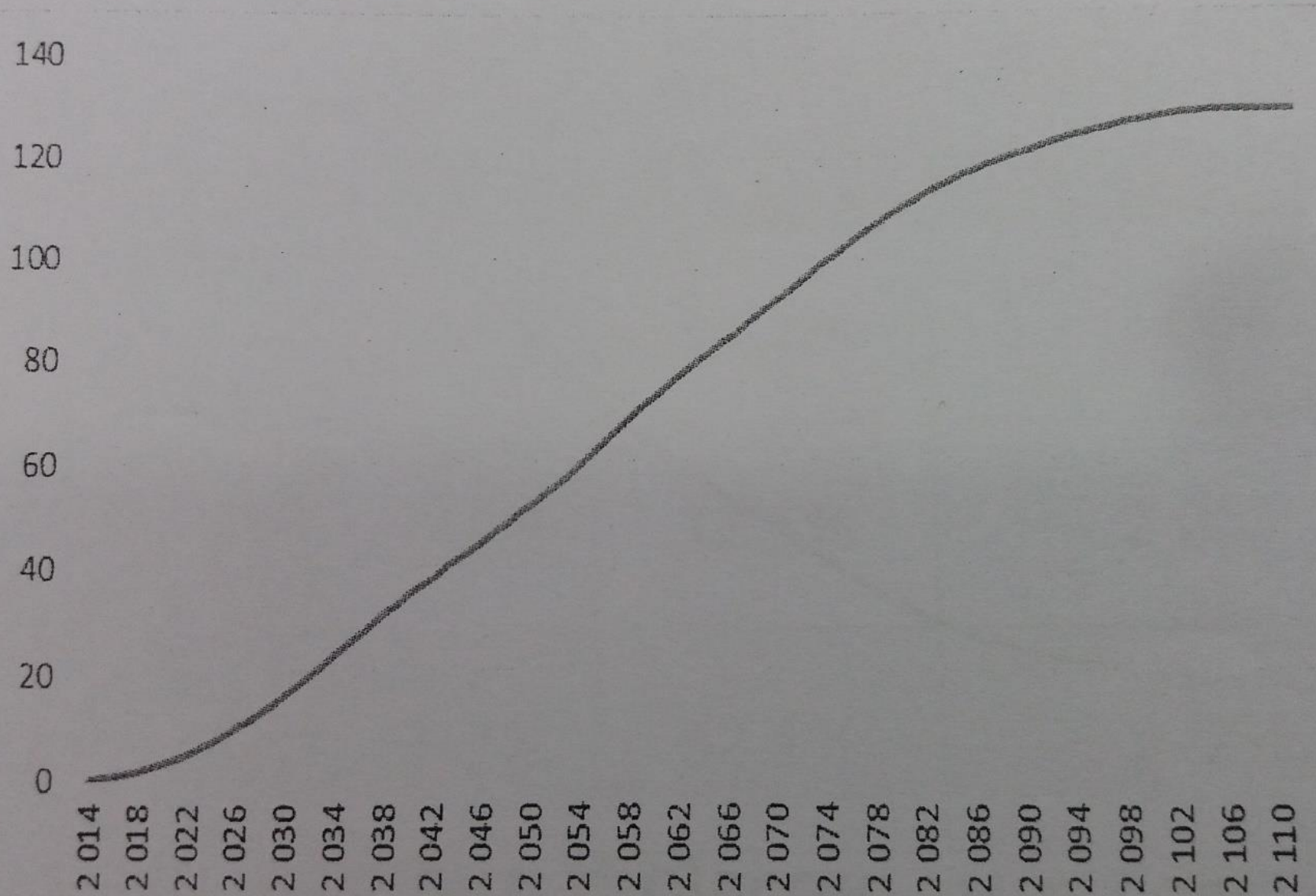


Contribution rates of selected Asian Countries

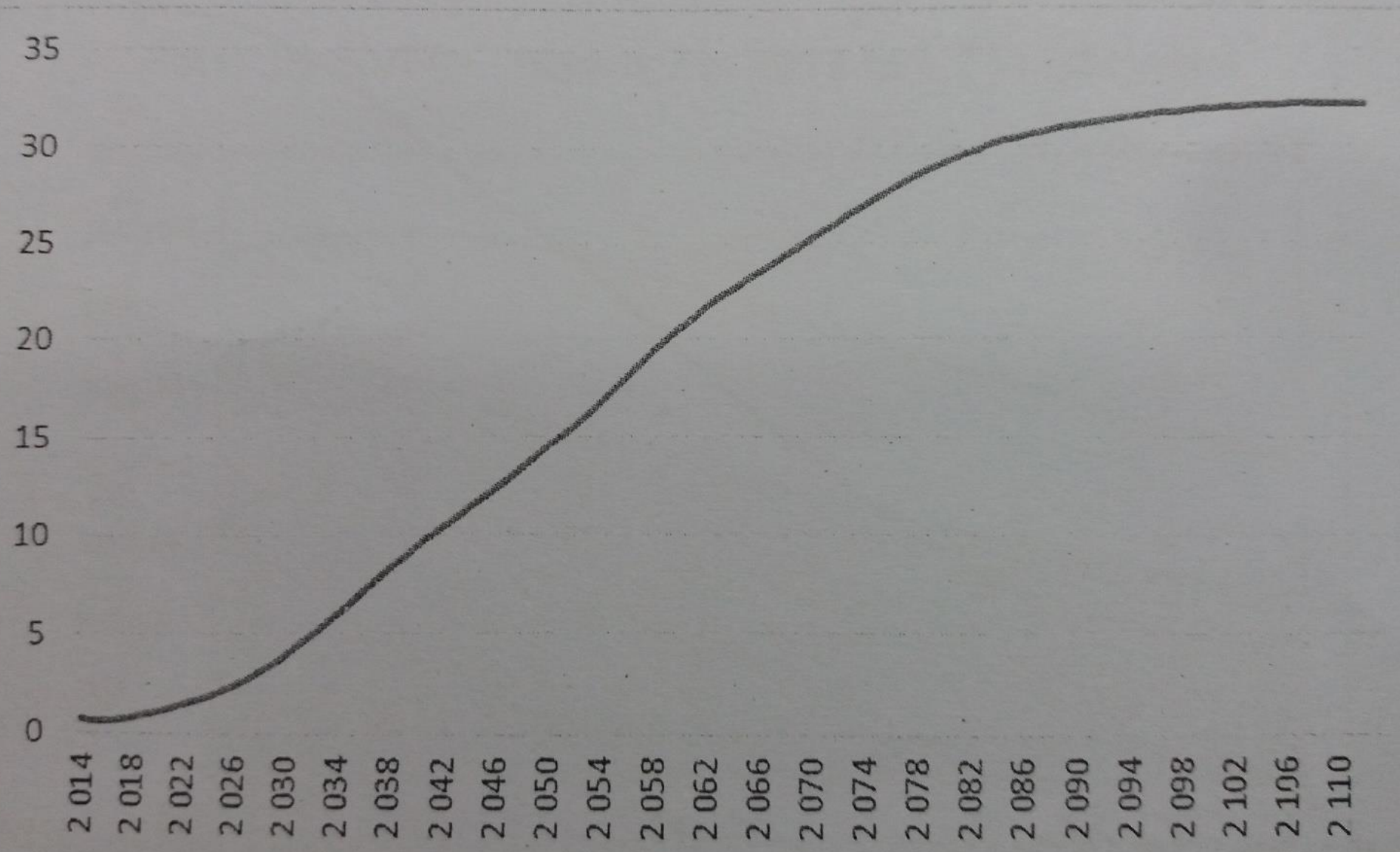


Thailand

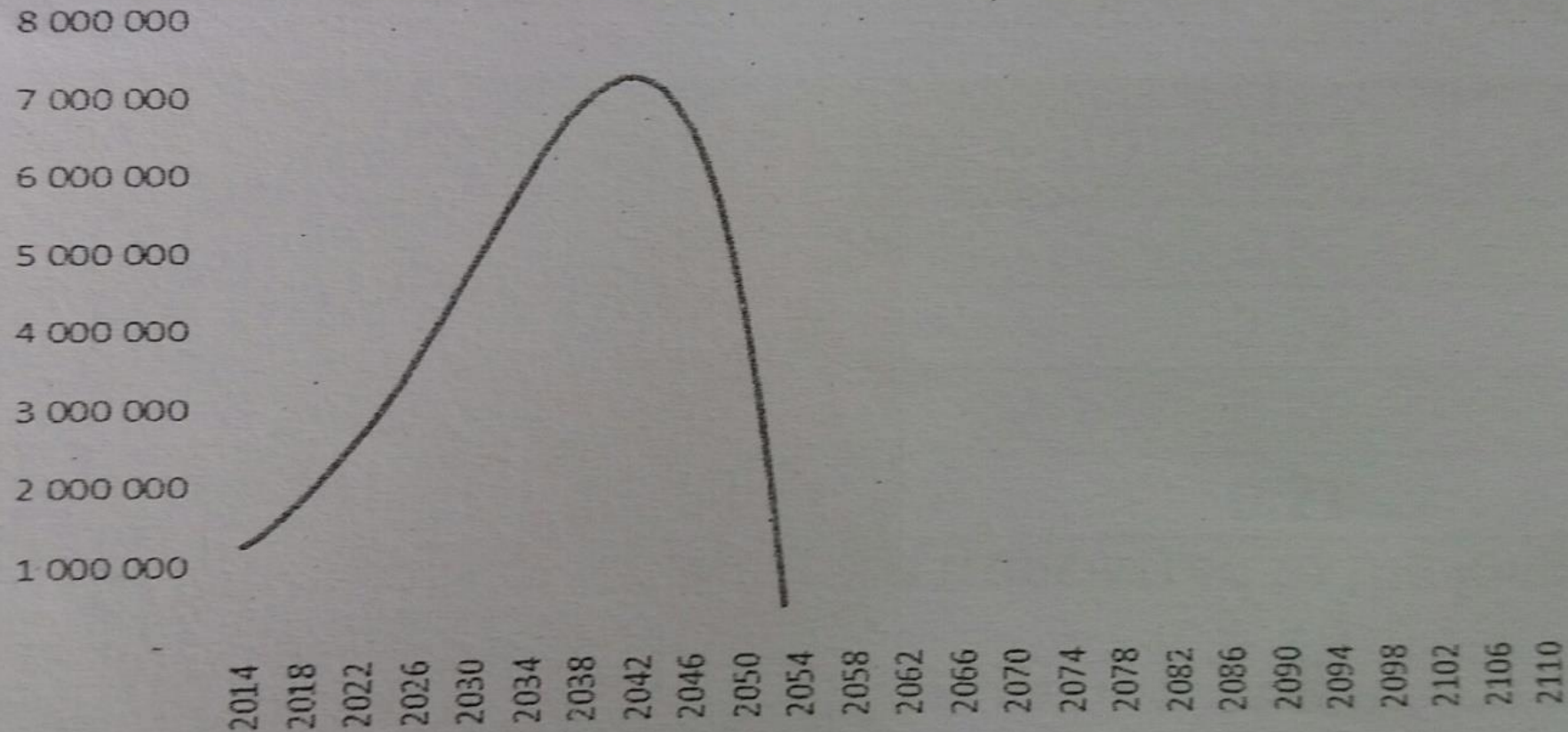
Old-age pensions: projected demographic ratio



Old-age pensions: projected PAYG cost rate



Old-age pension: Development of reserves



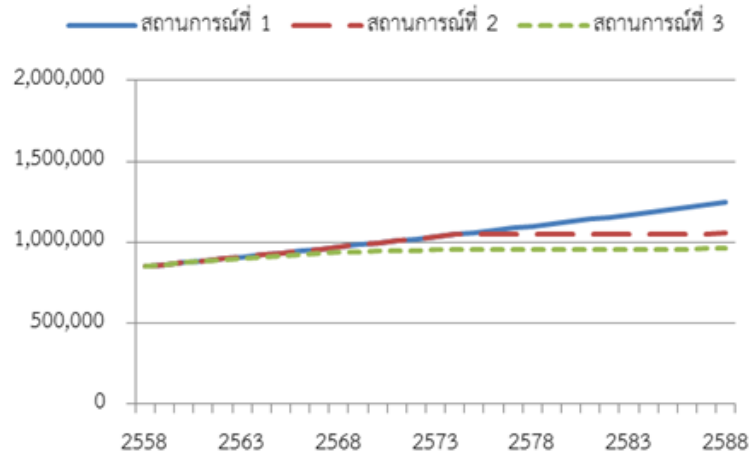
- Simulation with a contribution rate of 6.4%
- Reserve exhausted in 2054
- The contribution rate would need to be increased to 16.8% in 2054

แนวโน้มของสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการและผู้มีสิทธิ

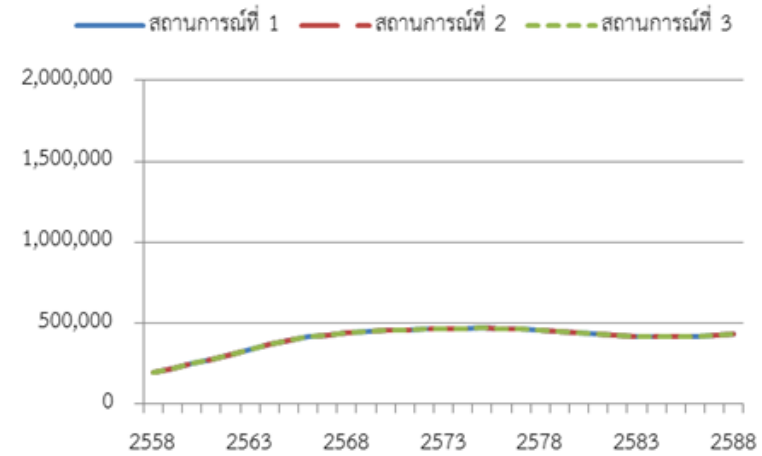
ผลการฉายภาพประชากร

จำนวนข้าราชการผู้มีสิทธิ

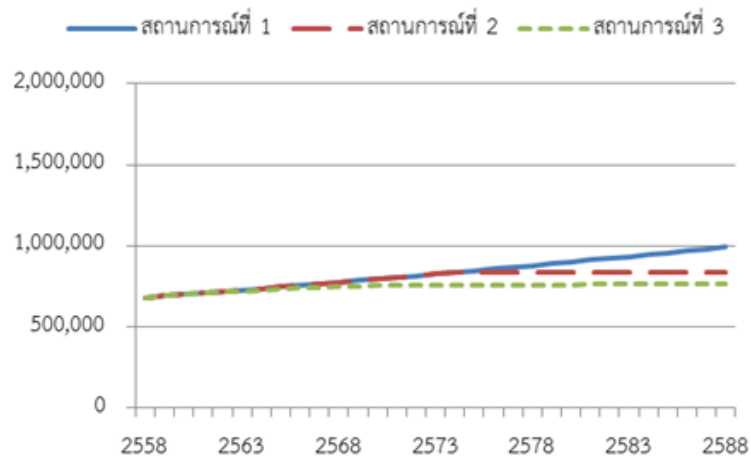
จำนวนข้าราชการและลูกจ้างประจำ - ชาย



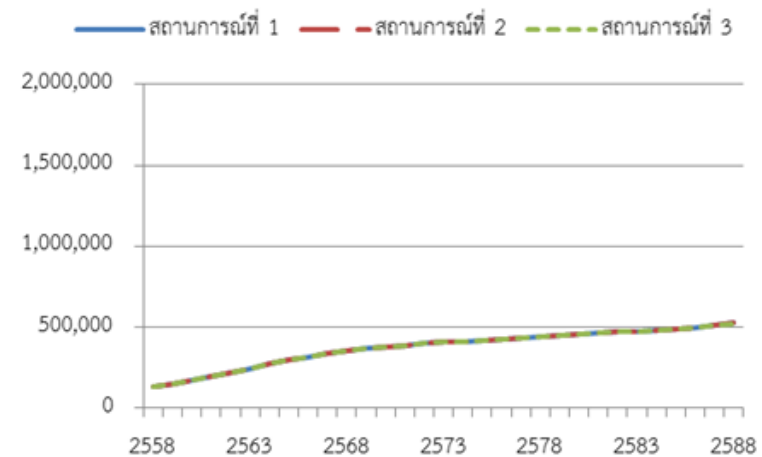
จำนวนข้าราชการบำนาญ - ชาย



จำนวนข้าราชการและลูกจ้างประจำ - หญิง



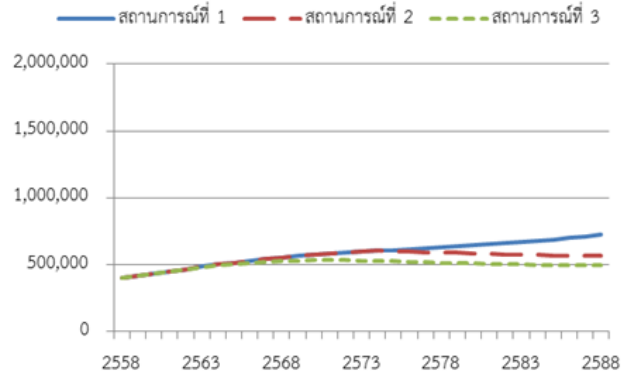
จำนวนข้าราชการบำนาญ - หญิง



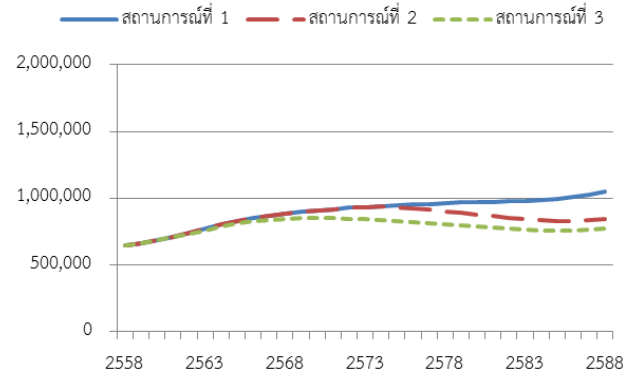
ผลการฉายภาพประชากร

จำนวนผู้อาศัยสุทธิ

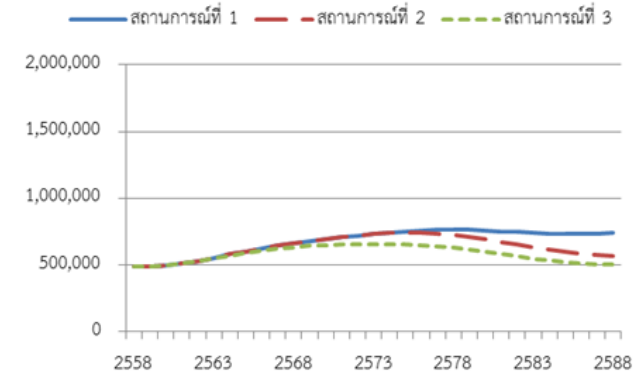
จำนวนสามเมีของข้าราชการผู้มีสิทธิ



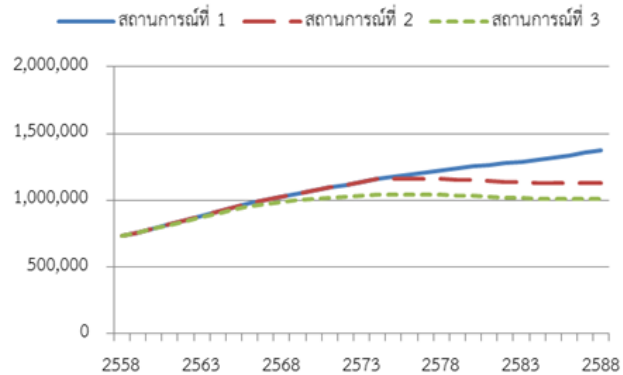
จำนวนบิดาของข้าราชการผู้มีสิทธิ



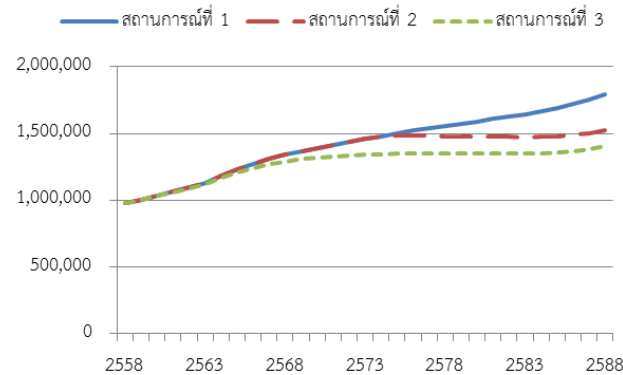
จำนวนบุตรของข้าราชการผู้มีสิทธิ



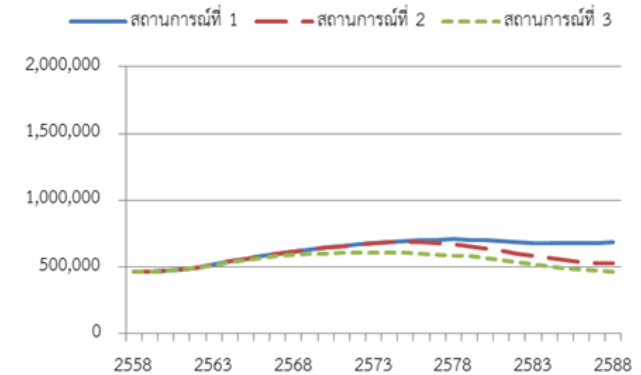
จำนวนภรรยาของข้าราชการผู้มีสิทธิ



จำนวนมารดาของข้าราชการผู้มีสิทธิ



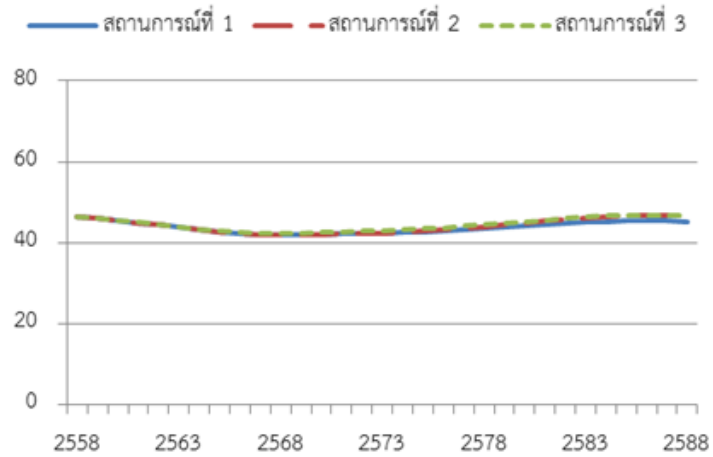
จำนวนธิดาของข้าราชการผู้มีสิทธิ



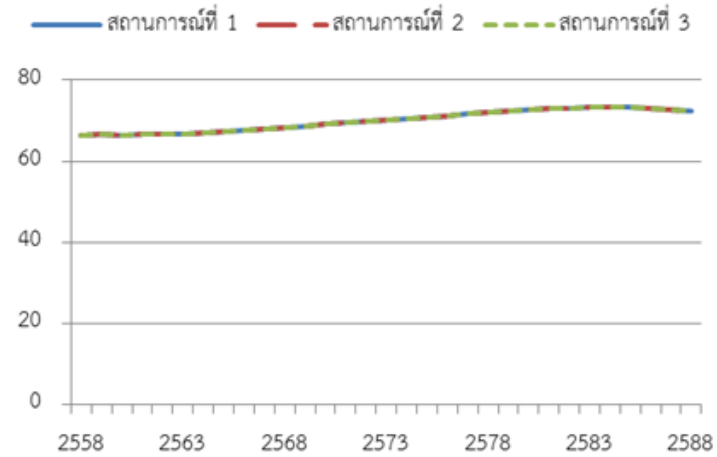
ผลการฉายภาพประชากร

อายุเฉลี่ยข้าราชการผู้มีสิทธิ

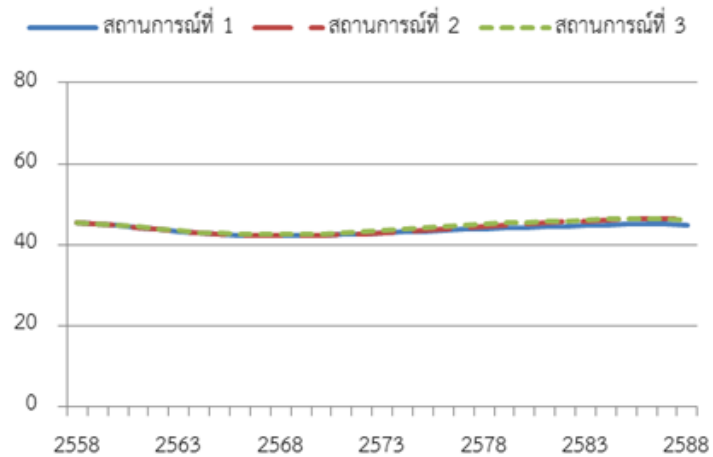
อายุเฉลี่ยข้าราชการและลูกจ้างประจำ - ชาย



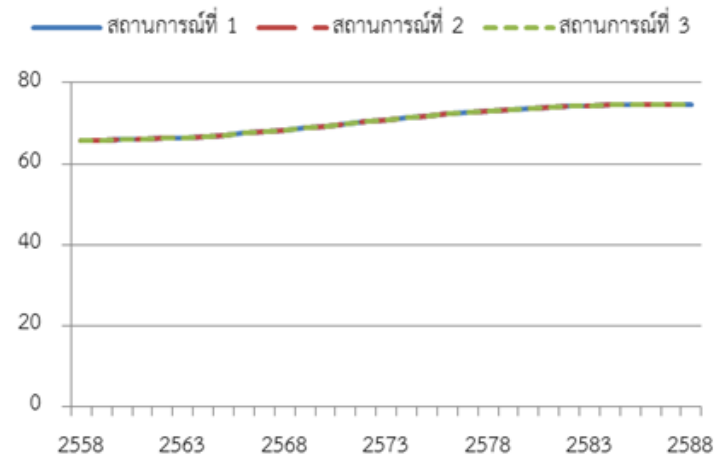
อายุเฉลี่ยข้าราชการบำนาญ - ชาย



อายุเฉลี่ยข้าราชการและลูกจ้างประจำ - หญิง



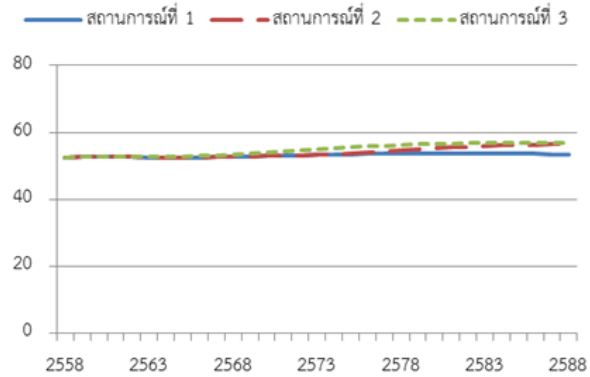
อายุเฉลี่ยข้าราชการบำนาญ - หญิง



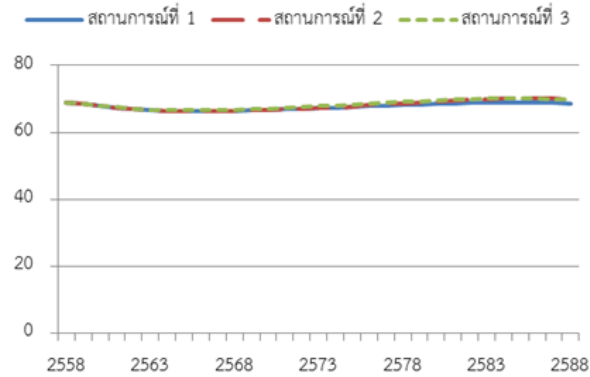
ผลการฉายภาพประชากร

อายุเฉลี่ยผู้อาศัยสิทธิ

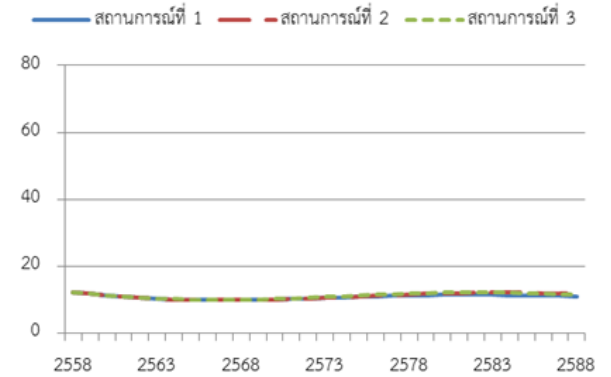
อายุเฉลี่ยสามีมังขารของข้าราชการผู้มีสิทธิ



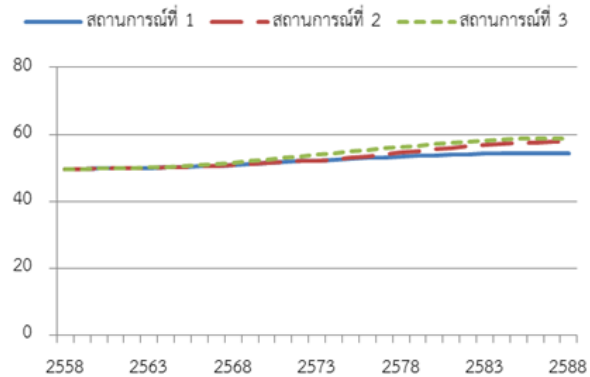
อายุเฉลี่ยบิดาของข้าราชการผู้มีสิทธิ



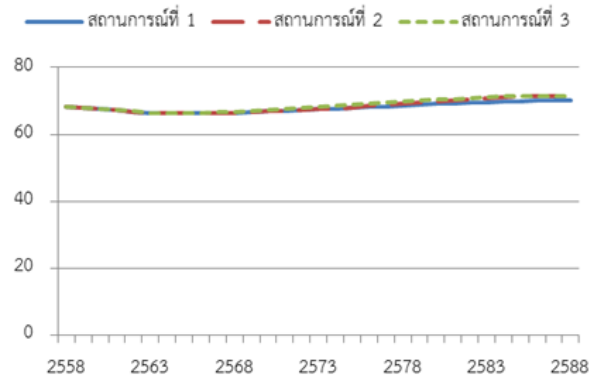
อายุเฉลี่ยบุตรของข้าราชการผู้มีสิทธิ



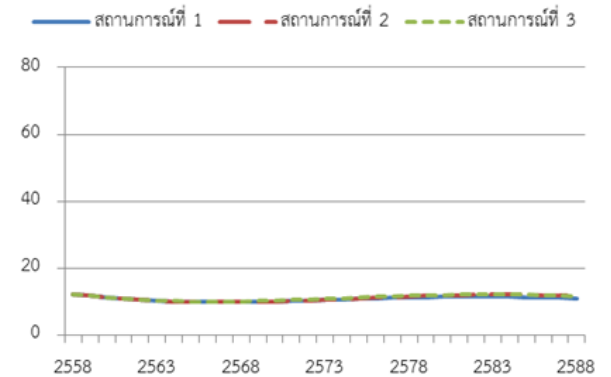
อายุเฉลี่ยภรรยาของข้าราชการผู้มีสิทธิ



อายุเฉลี่ยมารดาของข้าราชการผู้มีสิทธิ



อายุเฉลี่ยธิดาของข้าราชการผู้มีสิทธิ



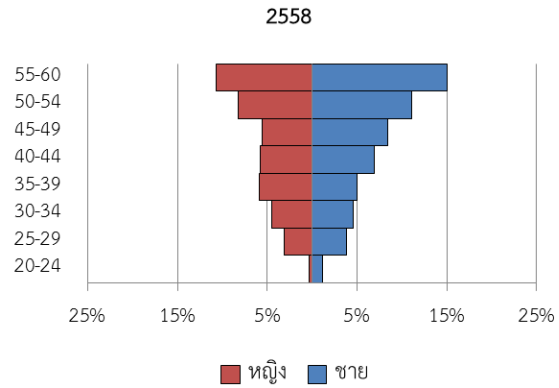
ผลการฉายภาพประชากร

	ปี 2558	ปี 2588		
		สถานการณ์ 1	สถานการณ์ 2	สถานการณ์ 3
จำนวนข้าราชการ และลูกจ้างประจำ	1,522,000	2,239,000	1,894,000	1,724,000
จำนวนข้าราชการบำนาญ	324,000	960,000	959,000	954,000
จำนวนคู่สมรส	1,133,000	2,010,000	1,698,000	1,505,000
จำนวนบิดามารดา	1,623,000	2,842,000	2,363,000	2,173,000
จำนวนบุตรธิดา	947,000	1,432,000	1,094,000	969,000
อายุเฉลี่ยข้าราชการ และลูกจ้างประจำ	45.78	45.61	46.54	46.50
อายุเฉลี่ยข้าราชการบำนาญ	66.08	73.34	73.34	73.40
อายุเฉลี่ยคู่สมรส	49.05	53.84	56.12	56.85
อายุเฉลี่ยบิดามารดา	68.70	70.35	70.58	70.68
อายุเฉลี่ยบุตรธิดา	12.21	11.14	11.60	11.80

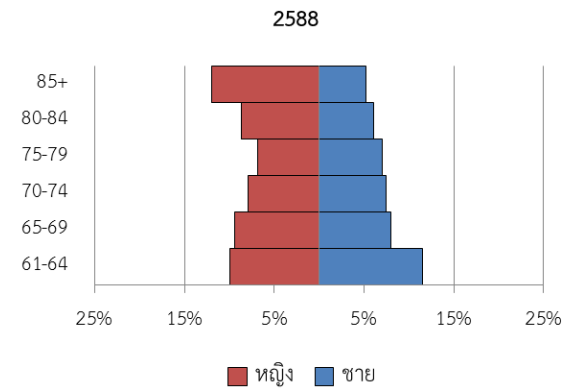
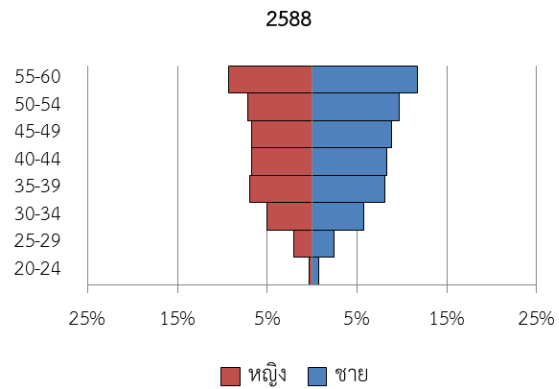
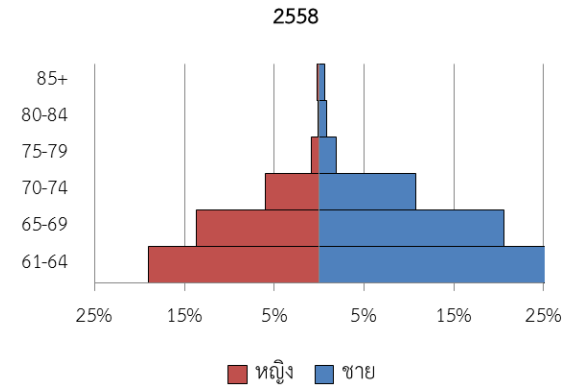
ผลการฉายภาพประชากร

โครงสร้างทางอายุของข้าราชการผู้มีสิทธิ

ข้าราชการและลูกจ้างประจำ

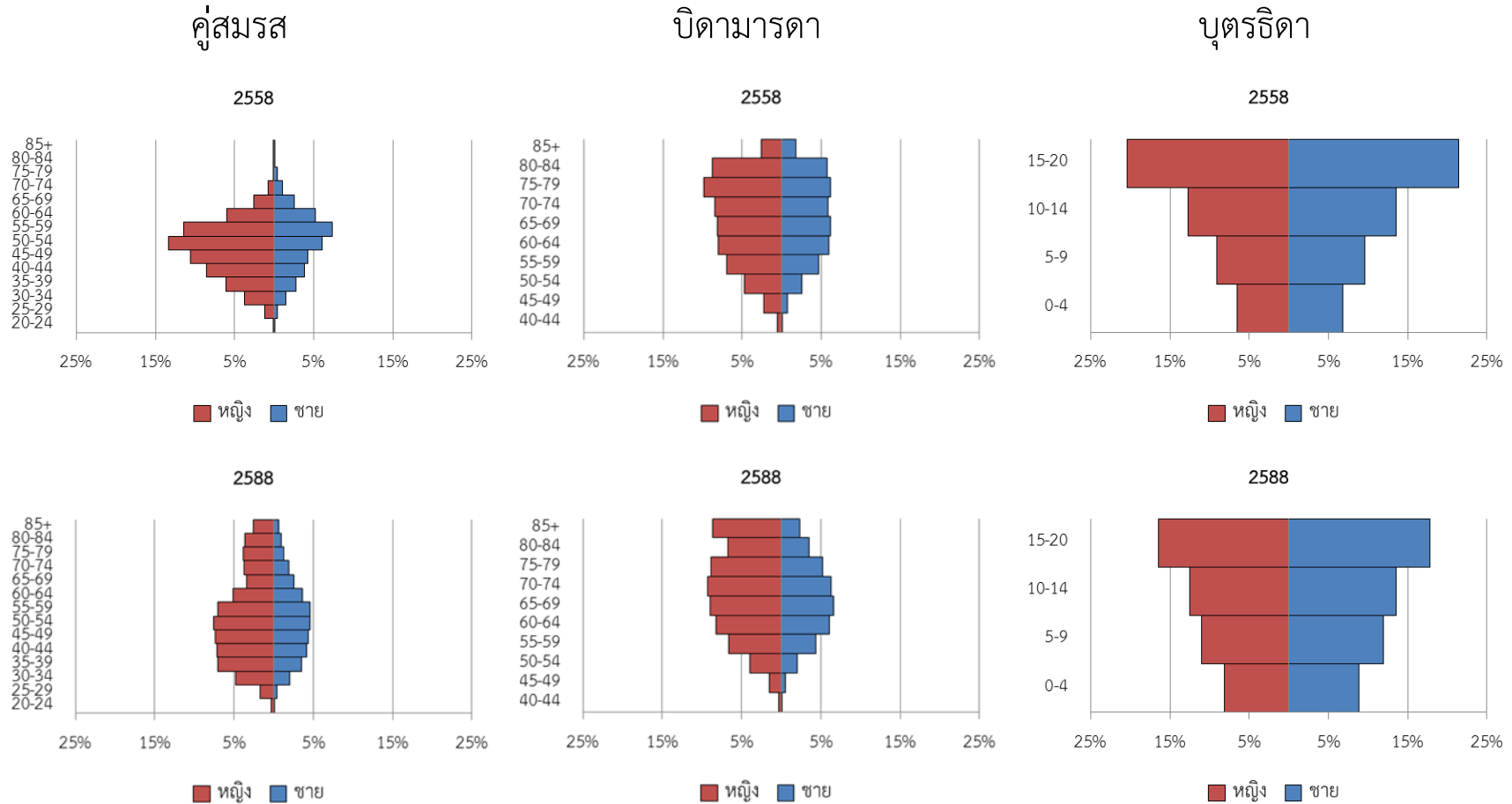


ข้าราชการบำนาญ



ผลการฉายภาพประชากร

โครงสร้างทางอายุของผู้อาศัยสิทธิ

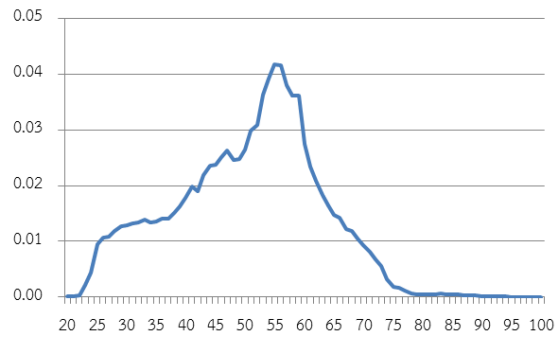


ผลการฉายภาพประชากร

การแจกแจงอายุของข้าราชการผู้มีสิทธิ - ชาย

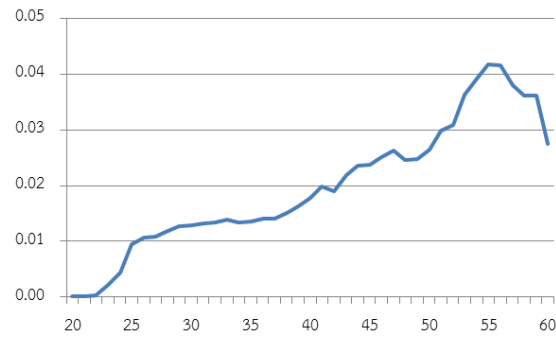
ข้าราชการผู้มีสิทธิ

2558



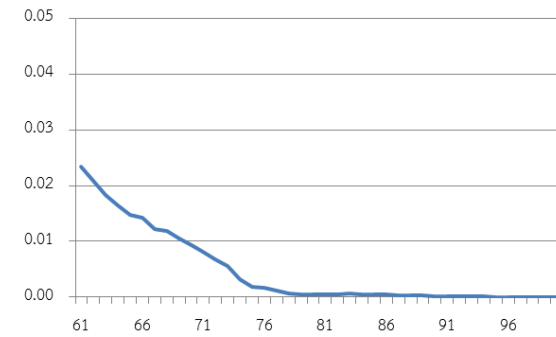
ข้าราชการและลูกจ้างประจำ

2558

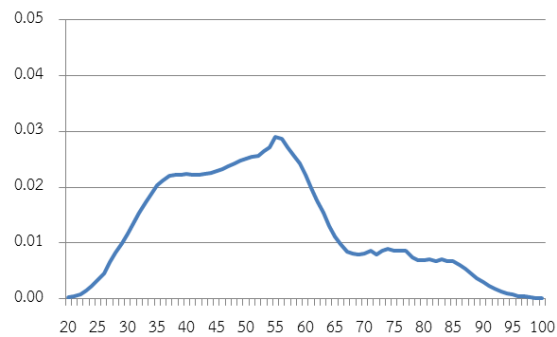


ข้าราชการบำนาญ

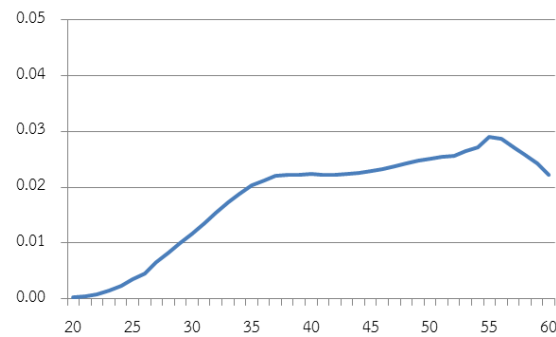
2558



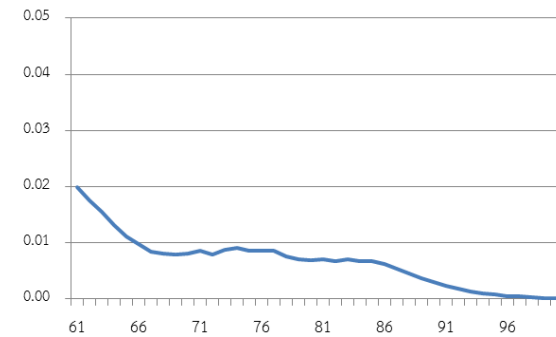
2588



2588



2588

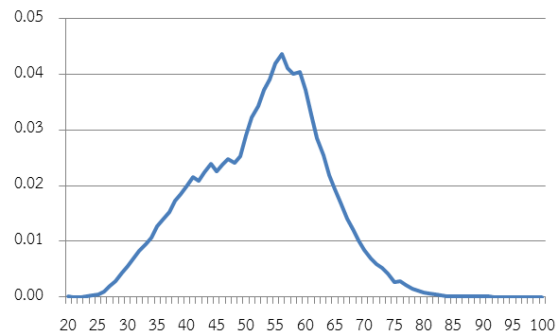


ผลการฉายภาพประชากร

การแจกแจงอายุของผู้อาศัยสิทธิ - ชาย

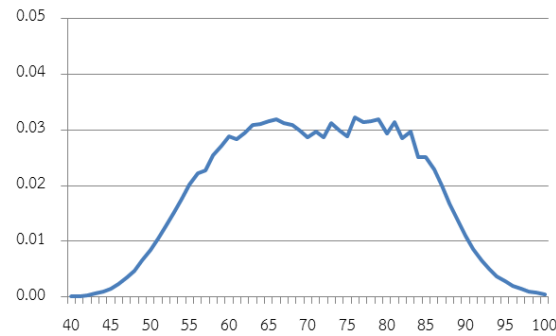
สามี

2558



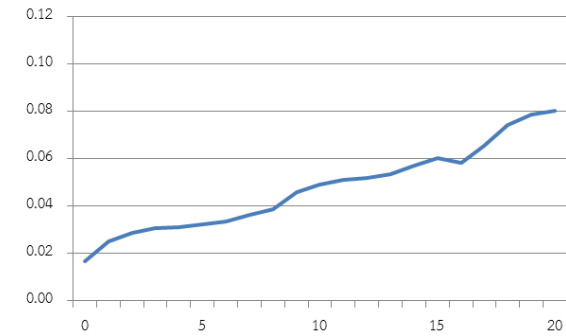
บิดา

2558

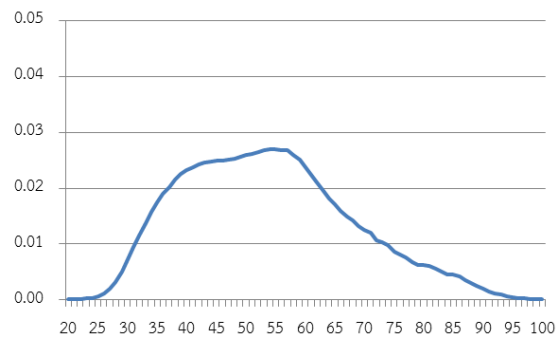


บุตร

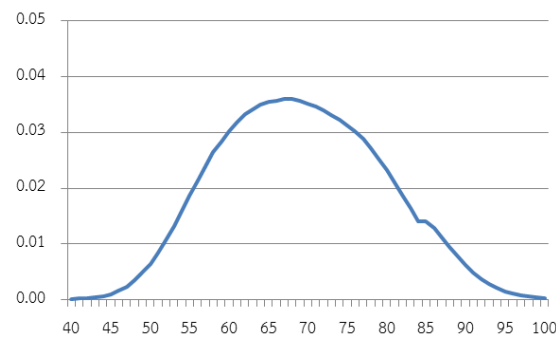
2558



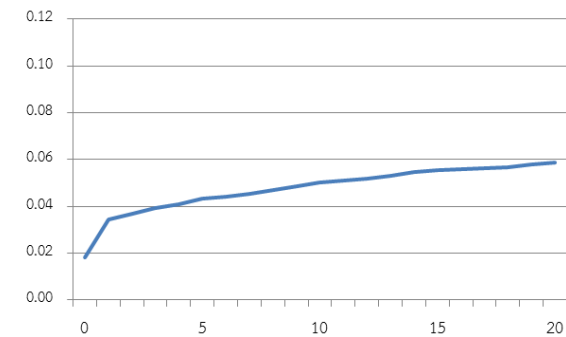
2588



2588



2588

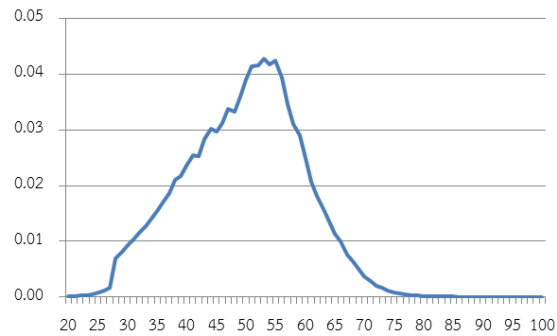


ผลการฉายภาพประชากร

การแจกแจงอายุของผู้อาศัยสิทธิ - หญิง

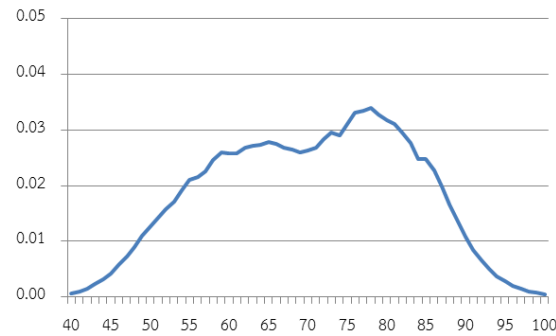
ภรรยา

2558



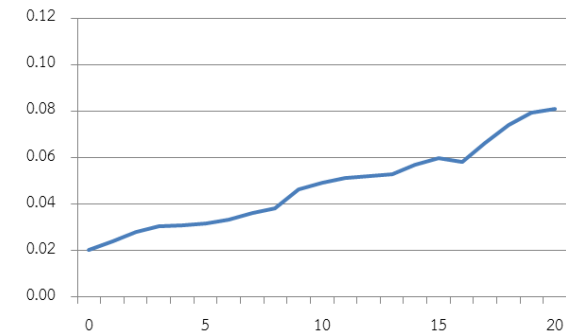
มารดา

2558

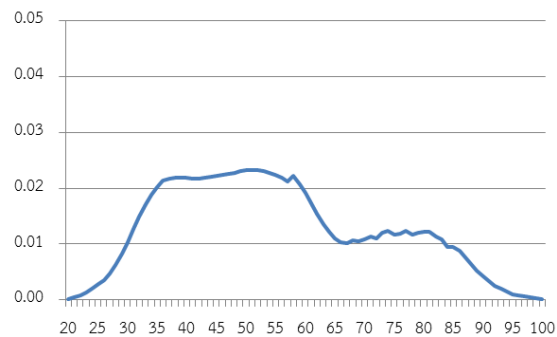


ธิดา

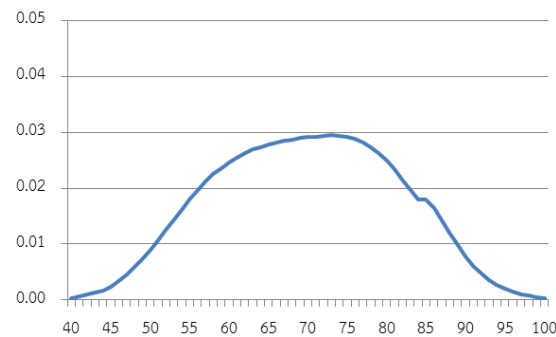
2558



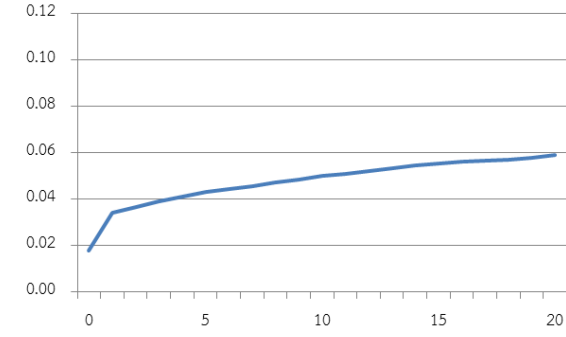
2588



2588



2588



ผลการฉายภาพประชากร

อัตราส่วนภาวะพึ่งพิง (Dependency ratio) อัตราส่วนภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์ (Pure dependency ratio) และอัตราส่วนระหว่างจำนวนประชากรต่อจำนวนข้าราชการไทย

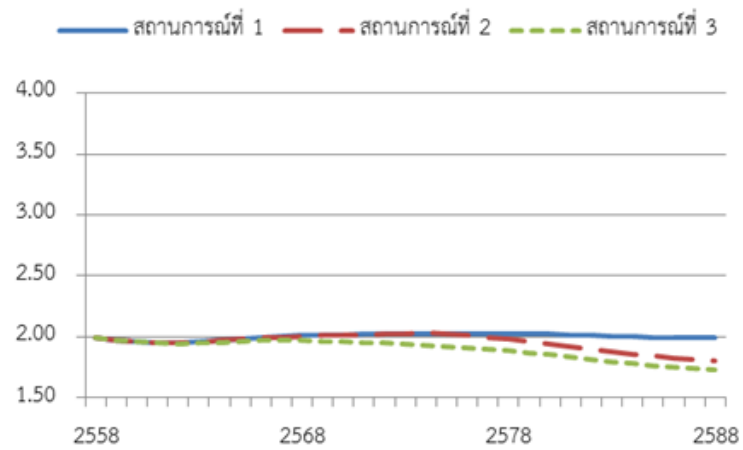
$$\text{อัตราส่วนภาวะพึ่งพิง} = \frac{\text{จำนวนรวมผู้อาศัยสิทธิ}}{\text{จำนวนรวมข้าราชการผู้มีสิทธิ}}$$

$$\text{อัตราส่วนภาวะพึ่งพิงสมบูรณ์} = \frac{\text{จำนวนข้าราชการบำนาญ} + \text{จำนวนผู้อาศัยสิทธิ}}{\text{จำนวนข้าราชการและลูกจ้างประจำ}}$$

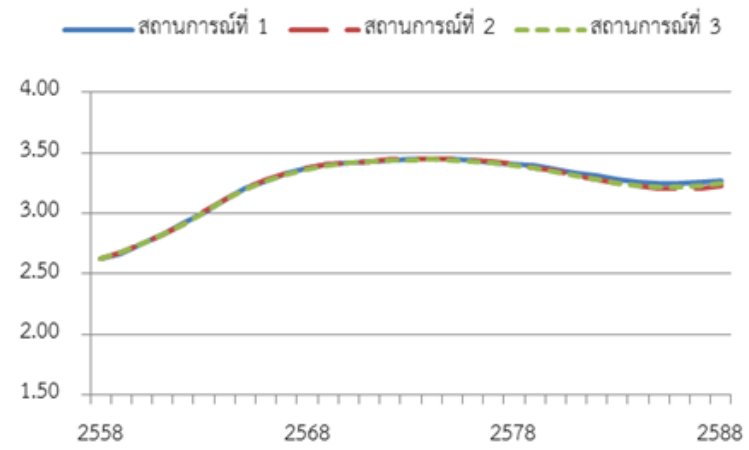
$$\text{อัตราส่วนจำนวนประชากรต่อข้าราชการ} = \frac{\text{จำนวนประชากรไทยในประเทศ}}{\text{จำนวนข้าราชการและลูกจ้างประจำ}}$$

ผลการฉายภาพประชากร

อัตราส่วนภาวะพึ่งพิง

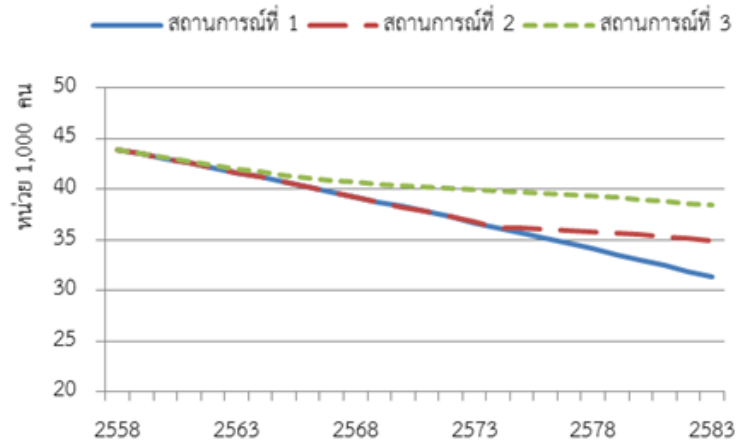


อัตราส่วนภาวะพึ่งพิงอย่างสมบูรณ์

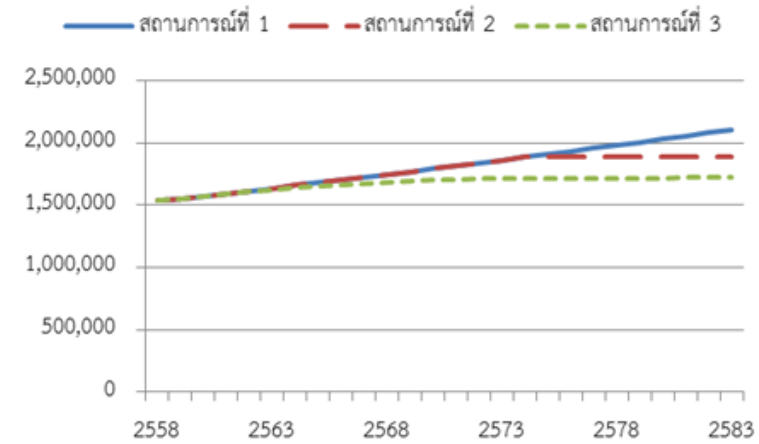


ผลการฉายภาพประชากร

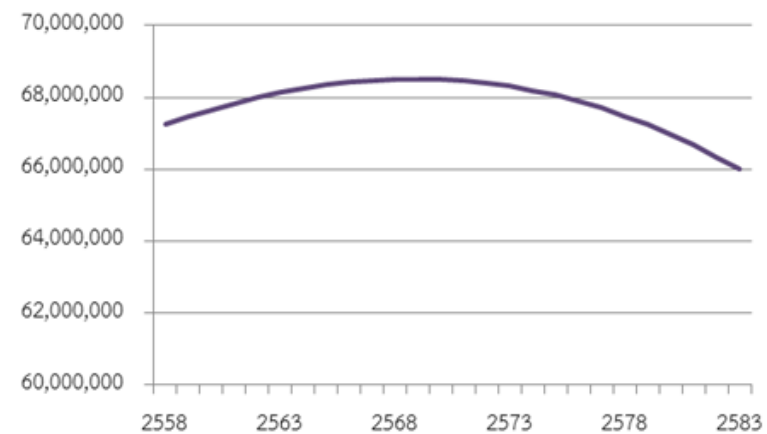
อัตราส่วนประชากรไทยต่อจำนวนข้าราชการ



จำนวนข้าราชการและลูกจ้างประจำ



จำนวนประชากรไทย





ศูนย์บริการวิชาการ
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
NIDA CONSULTING CENTER

NATIONAL INSTITUTE OF DEVELOPMENT ADMINISTRATION



GSAS

Graduate School of Applied Statistics

สังคมข้าราชการสูงอายุ ผลจากการฉายภาพประชากรข้าราชการไทยใน 30 ปีข้างหน้า

อาจารย์ ดร. อานนท์ ศักดิ์วรวิชญ์

รองศาสตราจารย์ ดร. เดือนเพ็ญ ธีรวรรณวิวัฒน์

วศิน แก้วชาญคำ

دنۇپل تونغقآ

คณะสถิติประยุกต์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

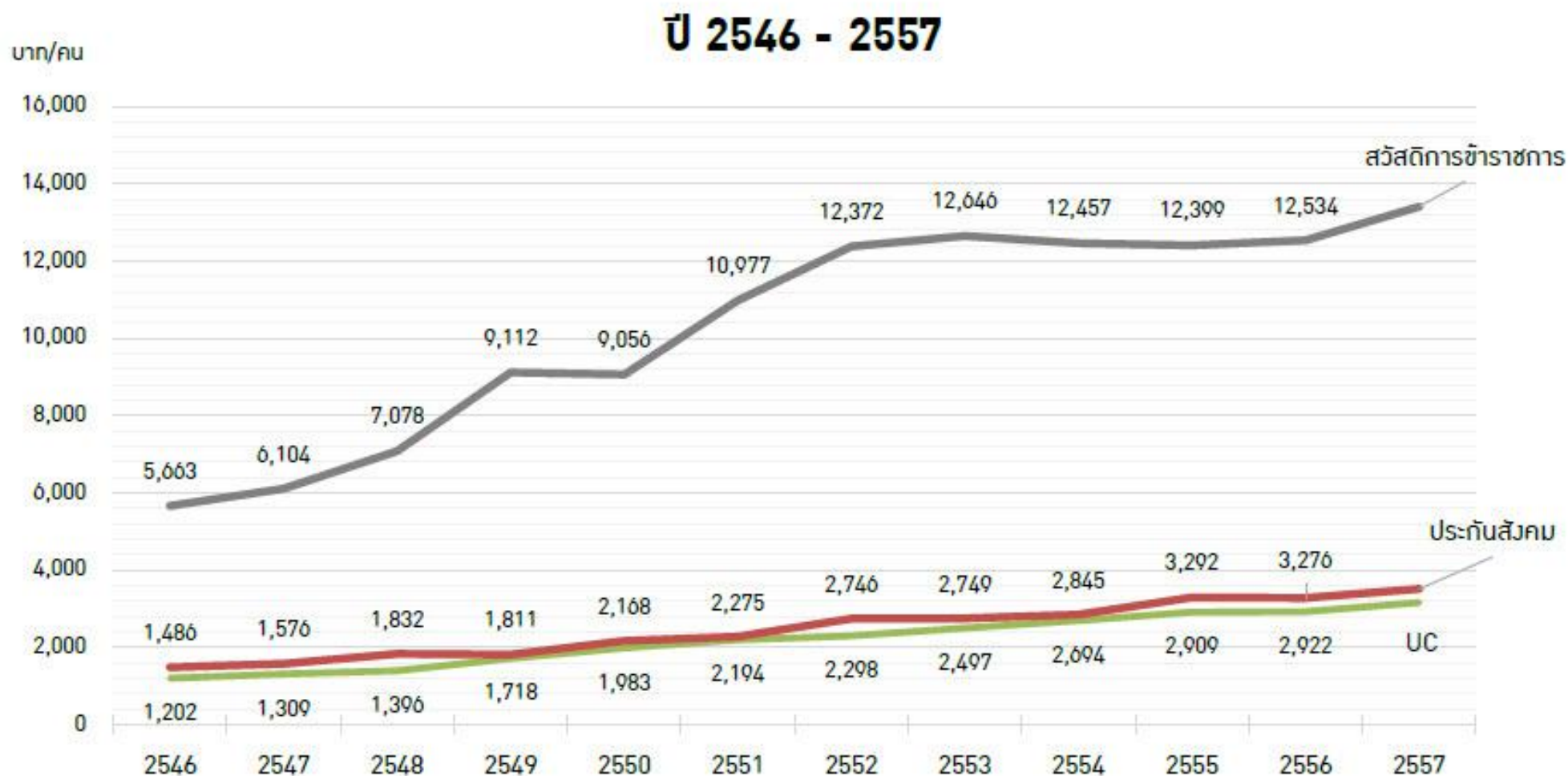
ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

สรุปผลการวิจัย

- ข้าราชการบำนาญมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันถึง 3 เท่าใน 30 ปี
- กลุ่มข้าราชการที่ยังรับราชการส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่มีอายุมาก และกลุ่มข้าราชการบำนาญมีส่วนผู้สูงอายุตอนปลายเพิ่มขึ้น
- บิตามารดาของข้าราชการก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน คิดเป็น 1.5 เท่าใน 30 ปี
- ข้าราชการใหม่ที่เข้ารับราชการมีอายุเฉลี่ยประมาณ 30 ปี ถือว่ามีอายุที่ค่อนข้างสูง เป็นเหตุให้ระบบราชการเป็นสังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว
- สัดส่วนผู้อาศัยสิทธิและข้าราชการบำนาญโดยเฉลี่ย 3 คน ต่อข้าราชการ 1 คน
- เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรในประเทศ ขนาดของระบบราชการไทยมีขนาดโตขึ้น แต่ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการอายุมาก

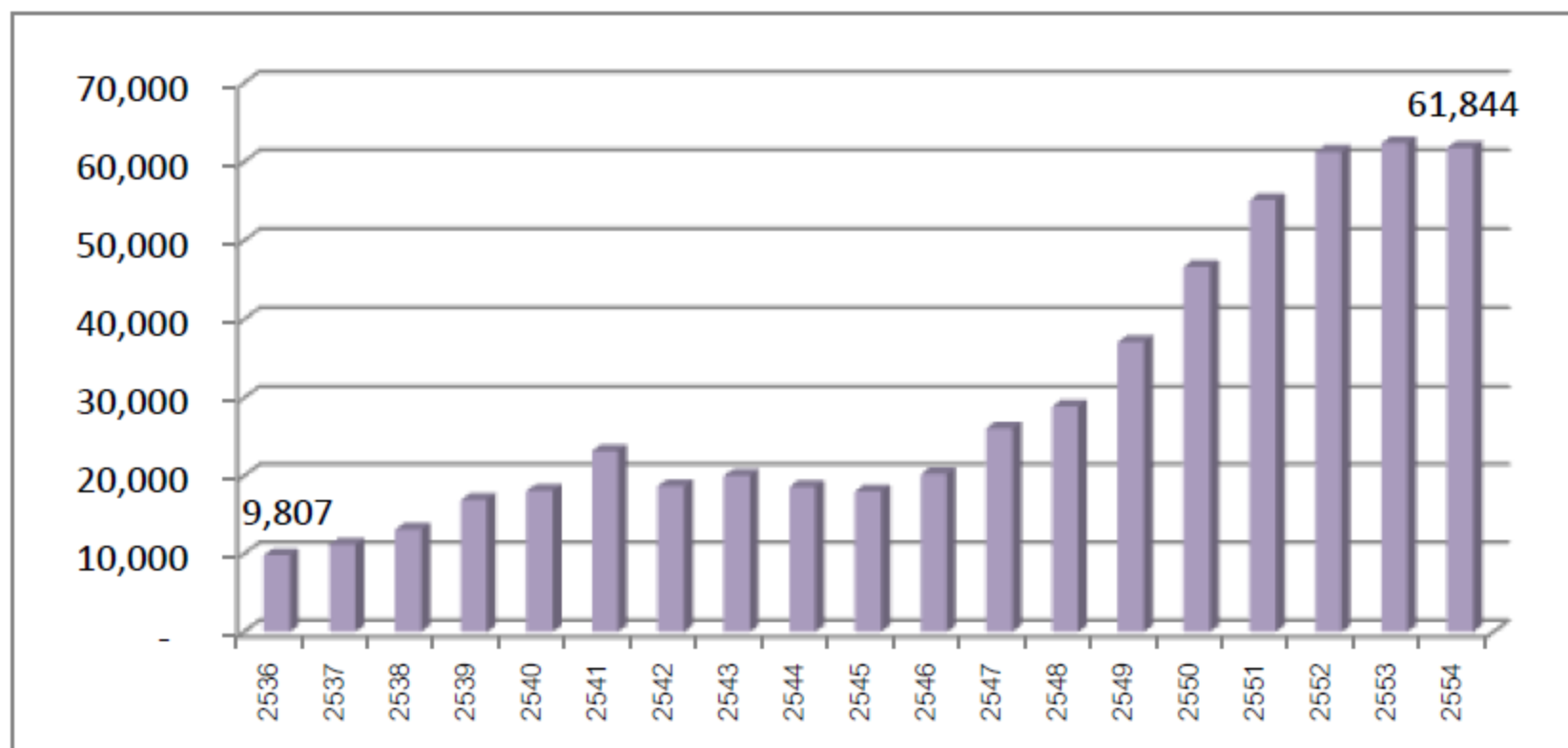
ข้อเสนอแนะ

- ตั้งสำรองเงินที่ใช้การจ่ายค่าบำนาญและบำเหน็จให้เพียงพอ
- นโยบายการขยายอายุราชการเพื่อเพิ่มกำลังพลภาครัฐและลดค่าใช้จ่ายส่วนบำนาญและบำเหน็จ
- ตั้งสำรองเงินค่ารักษาพยาบาลให้เพียงพอ ซึ่งต้องนำผลจากการฉายภาพประชากรไปใช้ในการวิจัยต่อไป โดยใช้หลักประเมินมูลค่าด้วยคณิตศาสตร์ประกันภัย (Actuarial valuation)
- เพิ่มความสามารถในการดึงดูดบุคคลที่มีอายุน้อยให้เข้ามารับราชการ และรักษาบุคคลเหล่านั้นให้ทำงานราชการต่อไปให้ได้
- ศึกษาและใช้เทคโนโลยีตลอดจนระบบสารสนเทศในระบบราชการเพื่อลดจำนวนข้าราชการลงแต่เพิ่มศักยภาพให้มากขึ้น



รายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประจำปีงบประมาณ 2536-2554

ล้านบาท



หมายเหตุ: 1. รายจ่ายประเภทค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลเริ่มปรากฏอยู่เอกสารงบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 โดยก่อนปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษายาบาลจะรวมอยู่ในเงินช่วยเหลือข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐ

2. รายจ่ายสวัสดิการรักษายาบาลนี้ได้รวมรายจ่ายจากเงินคงคลังเข้าไปด้วย

ที่มา: งบประมาณ โดยสังเขปและกรมบัญชีกลาง

อัตราการขยายตัวของ CSMBS และอัตราการขยายตัวของงบประมาณรายจ่ายแยกตามช่วงเวลา

ปีงบประมาณ	อัตราการขยายตัวของ งบประมาณรายจ่าย (ร้อยละ)	อัตราการขยายตัวของรายจ่าย CSMBS (ร้อยละ)
2536-2545	8.8	8.8
2546-2551	8.6	20.7
2551-2554	10.28	4.03

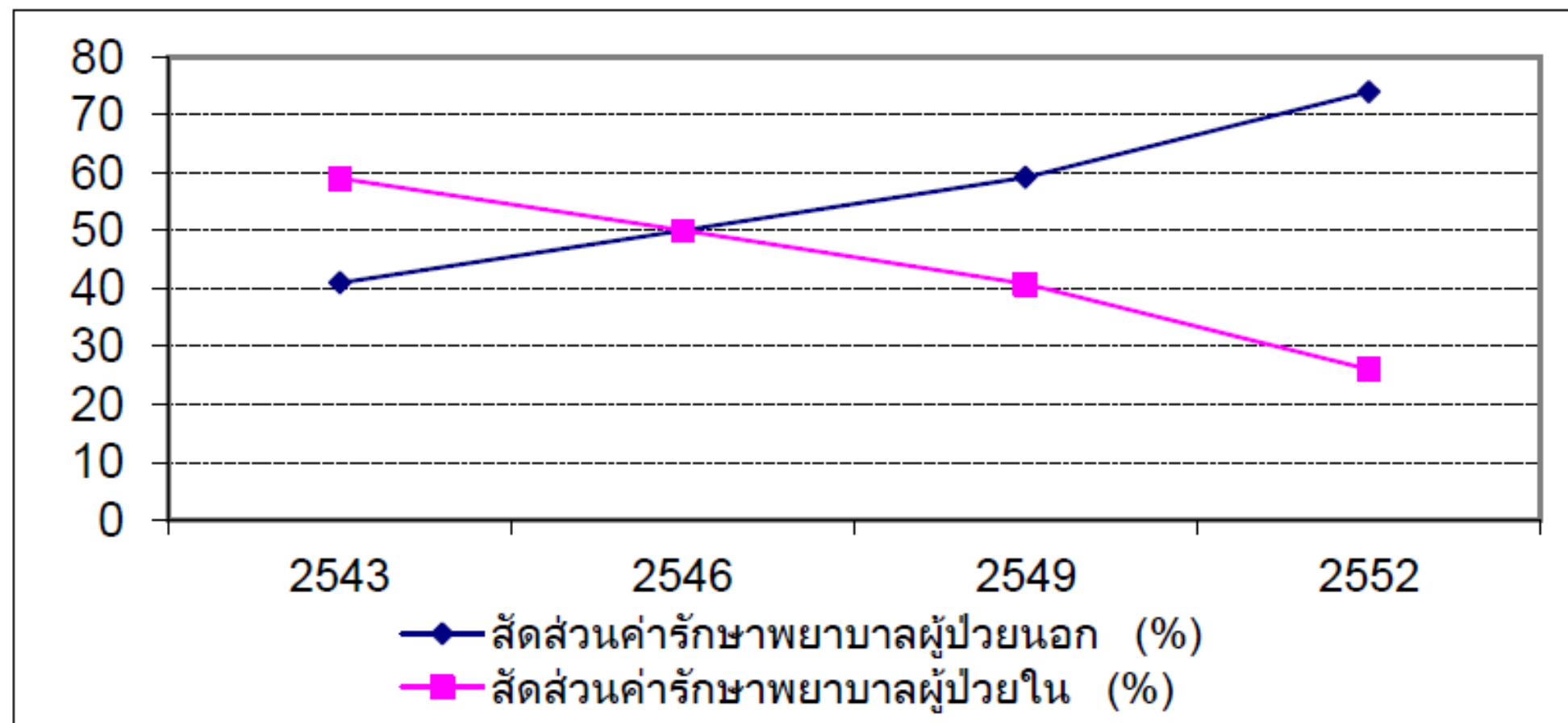
ที่มา: จากการคำนวณของผู้วิจัย

ปีงบประมาณ	งบประมาณที่ ได้รับการจัดสรร (ล้านบาท)	การใช้จ่ายจาก เงินคงคลัง (ล้านบาท)	รายจ่าย CSMBS ทั้งหมด (ล้านบาท)	สัดส่วนของเงินคง คลังต่อรายจ่าย CSMBS ทั้งหมด (ร้อยละ)
2541	18,500	4,700	23,200	0.25
2542	15,500	3,200	18,700	0.21
2543	16,000	4,000	20,000	0.25
2544	18,500	82	18,582	0.00
2545	18,000	0	18,000	0.00
2546	18,000	2,220	20,220	0.12
2547	17,000	9,100	26,100	0.54
2548	18,000	10,864	28,864	0.60
2549	20,000	17,140	37,140	0.86
2550	30,000	16,724	46,724	0.56
2551	38,700	16,423	55,123	0.42
2552	48,600	12,672	61,272	0.26
2553	48,500	13,898	62,398	0.29
2554	62,000	0	61,844	0.00

ที่มา: งบประมาณ โดยสังเขป และกรมบัญชีกลาง

สัดส่วนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเทียบกับค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดในระบบ CSMBS

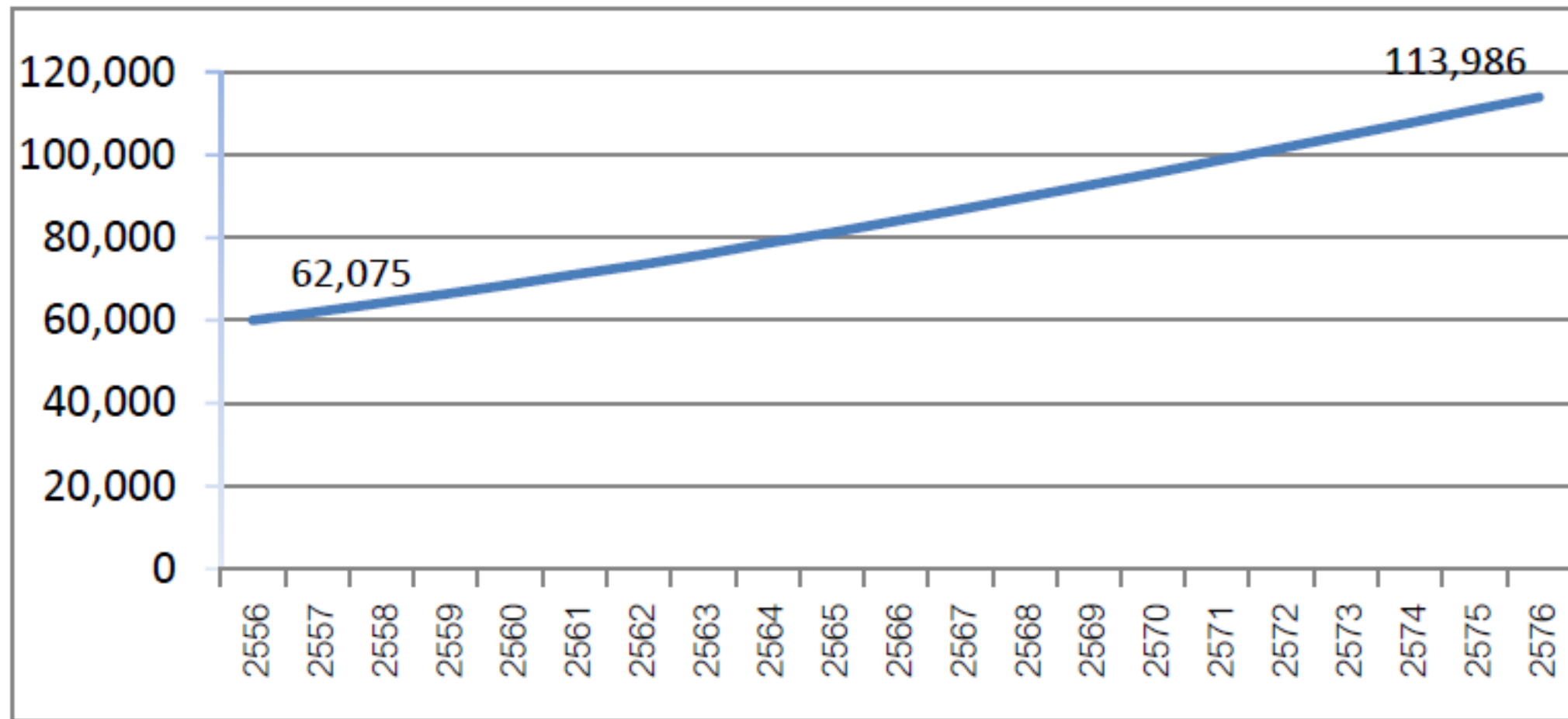
หน่วย: ร้อยละ



ที่มา: กรมบัญชีกลาง

ประมาณการภาระทางการคลังของระบบ CSMBS

ล้านบาท



ที่มา: จำนวน โดยนักวิจัย

แนวคิดโอนสิทธิ รักษาพยาบาล ชรก. ให้บริษัทประกันดูแล



■ เหตุผล

- เพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร
- ควบคุมค่าเบี้ยประกันได้
(ไม่เกิน 7 หมื่นล้านบาท/ปี)
- ทำสัญญาทุก 3-5 ปี
- ลดการรั่วไหลของเงิน

■ ค่ารักษาพยาบาล ชรก. หน่วย : หมื่นล้านบาท

ตลาดสูงถึง



■ ขั้นตอน

- **ธ.ค. 59** บ.ประกันเสนอ
รายละเอียด ให้ ก.ค.ตั้ง
- **ก.พ. 60** บ.ประกันขอ
คำตอบก่อนเริ่มดำเนินการ
วางระบบ
- คาดว่าจะเริ่มใช้ช่วง
ธ.ค. 60 หรือ
ต้นปีงบประมาณปี 61

■ เหตุผลคัดค้าน

- บ.ประกันจะหักค่าบริการจัดการ
40% ทำให้งบประมาณลดลง
- สวัสดิการค่ารักษาจะลดลง
- รพ.รัฐทั่วประเทศได้รับผลกระทบ

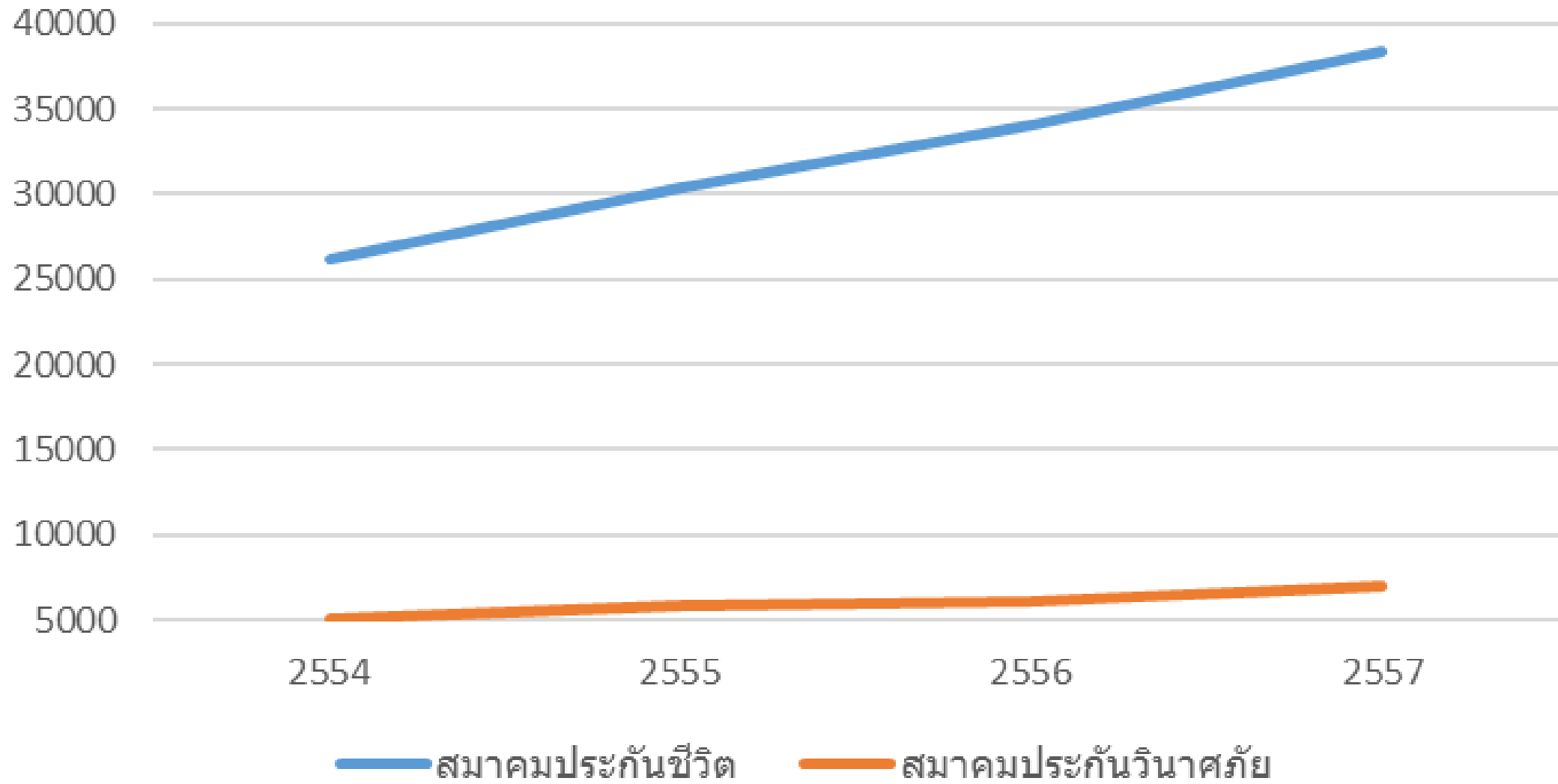
แนวโน้มของบัตรเงิน (Copayment)

สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพที่จ่ายโดยผู้ใช้บริการ (Out-of-pocket payment) ต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด



ที่มา: WWW.GAPMINDER.ORG

เบี้ยประกันสุขภาพ (ล้านบาท)

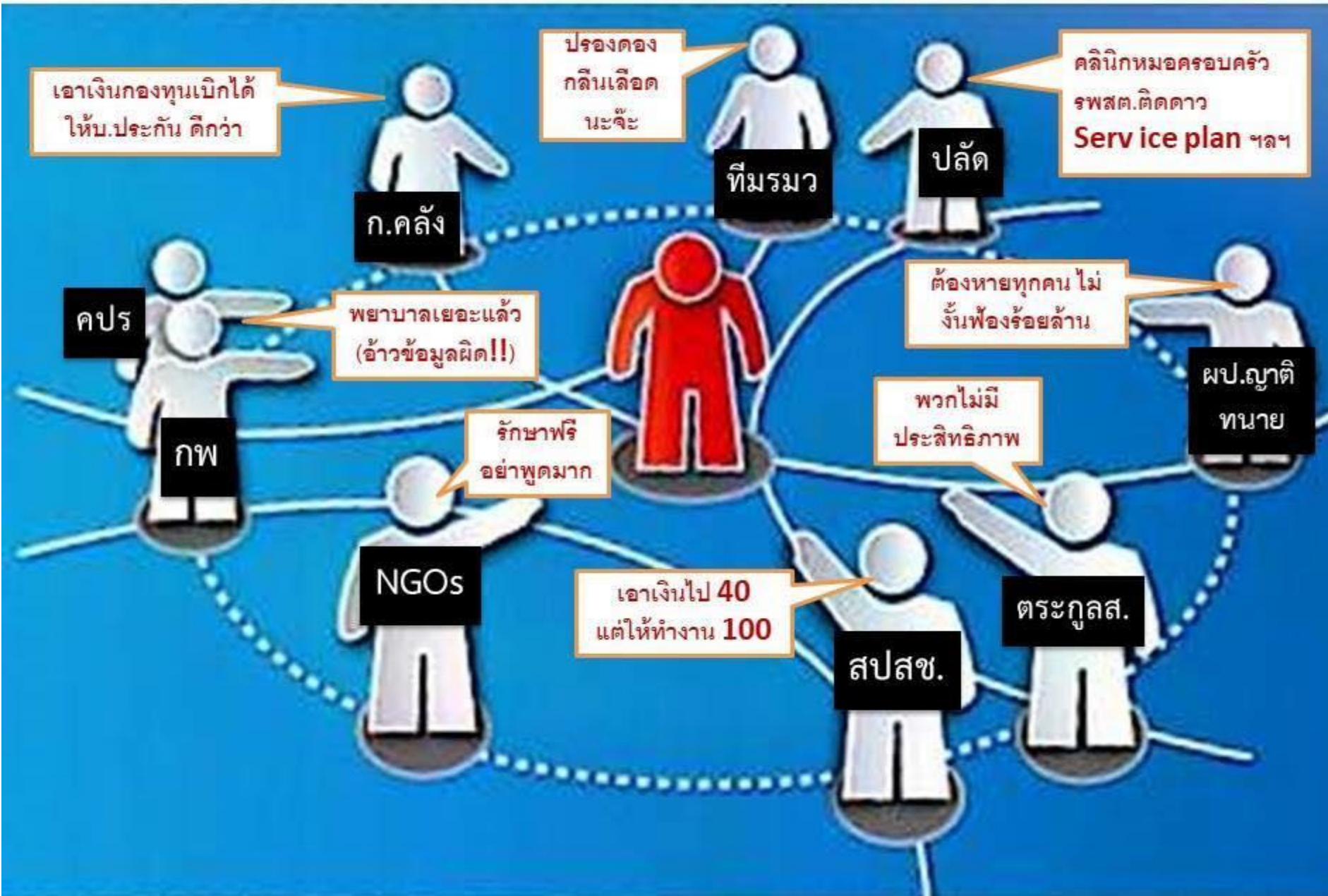


ที่มา คปภ

We have to increase Hospital Revenue

1. UC-
2. SS-
3. CSMBS-
4. Walk-in
5. Insurance company
6. Company, Industry, State Enterprise, Government agent
7. โครงการพิเศษต่างๆ ของ กองทุน
8. อปท
9. Foreigners/Immigrant Labours
10. Special medical packages
11. Special health products
12. Donation เกจิอาจารย์
13. Other business

กระทรวงสาธารณสุข M.O.N.G. (มอง) 4.0





พยาบาลไทย ทำอะไรได้บ้าง?



ดร.กฤษดา แสงดี หัวหน้าโครงการ TNCs กล่าวว่า จากการเก็บข้อมูลพยาบาลวิชาชีพ ทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่าง 18,765 คน มีปัญหาความเครียดจากการทำงานสูงถึงร้อยละ 45.5 เนื่องจากลักษณะการทำงานในลักษณะเวรผลัด ต่อเนื่องเป็นเวลานานมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน โดย 1 ใน 3 มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ และพบว่าร้อยละ 8-10 เคยใช้ยานอนหลับ ซึ่งมีผลกระทบต่อ การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และยังมีความเครียดจากการทำงานหนัก มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการทำงาน อาทิ ถูกเข็ม ฉีดยา ของมีคม โรคกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เป็นต้น

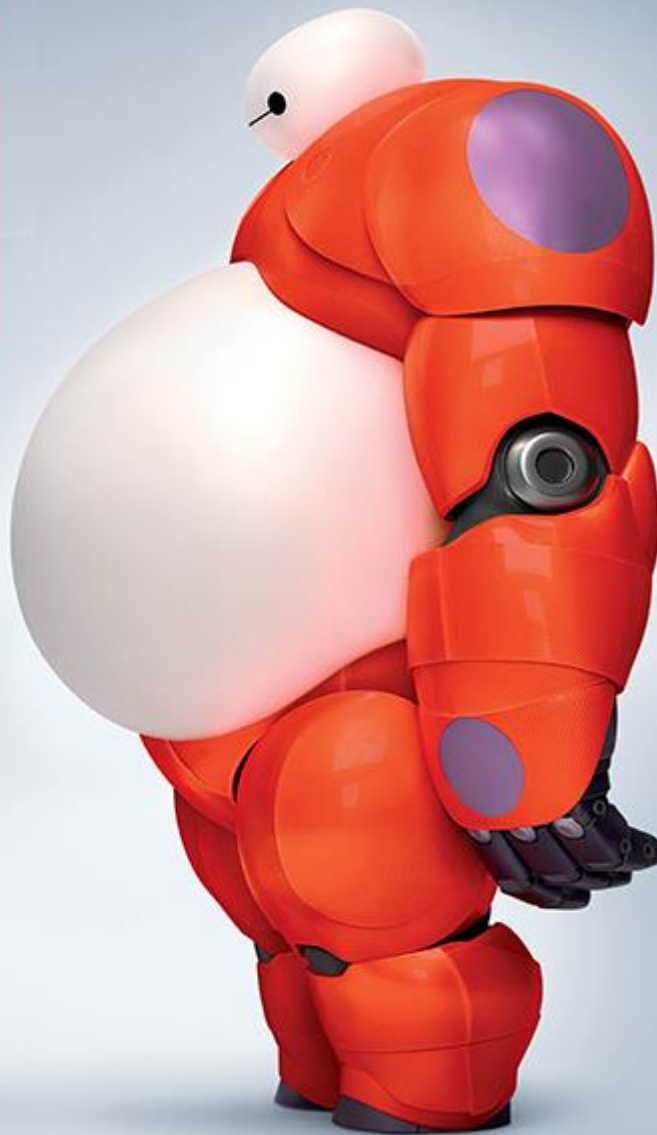
ร้อยละ 48.3 มีปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ เช่น ปวดหลัง นอกจากนี้ ยังเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ความดันสูง ติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี วัณโรคและโรคปอด และในปี 2557 มีพยาบาลเสียชีวิต 1,305 ราย ร้อยละ 39.2 ของพยาบาลที่เสียชีวิต มาจาก มะเร็ง แบ่งเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 22.9 และมะเร็งรังไข่ มดลูก ปากมดลูก เยื่อบุโพรงมดลูก ร้อยละ 18.4 ซึ่งนอกจากความเสี่ยง ของ การเกิดโรคต่างๆ ทางด้านร่างกายแล้ว พยาบาลยังมีปัญหาด้านจิตใจด้วย โดยพยาบาลมากกว่าครึ่งระบุว่า ตนเองไม่สุข สบายจากอาการปวด และร้อยละ 38.3 ยอมรับว่า ตนเองวิตกกังวล และมีภาวะ ซึมเศร้า" ดร.กฤษดา กล่าว

หัวหน้าโครงการ **TNCs** กล่าวอีกว่า ดัชนีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล อยู่ในระดับต่ำกว่าผู้หญิงที่ประกอบอาชีพอื่นๆ พบว่า พยาบาลไทยอยู่ในระดับ 0.75 ซึ่งต่ำกว่าผู้หญิงไทยที่ประกอบอาชีพอื่นๆ ที่มีดัชนีอยู่ที่ 0.95 รวมถึงต่ำกว่าในประเทศ อังกฤษที่อยู่ที่ 0.85 และประเทศสวีเดน ที่อยู่ที่ 0.83 พยาบาลอายุน้อยมีคุณภาพชีวิตสุขภาพต่ำกว่าระดับอาวุโส ซึ่งสัมพันธ์กับ ความมั่นคงในการทำงาน ส่งผลให้ลาออกหรือเปลี่ยนอาชีพ เฉลี่ยอายุการทำงานในวิชาชีพเพียง 22.5 ปี

นอกจากนี้ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พยาบาลไทยประมาณ 1 ใน 5 เคยประสบความรุนแรงจากการทำงาน และตั้งใจที่จะออกจากงาน ภายใน 1-2 ปี หรือมากกว่า 2 ปี มากกว่าพยาบาลที่ไม่เคยประสบความรุนแรงจากการทำงาน

Disney

BIG HERO 6



DEC 4 FROM THE CREATORS OF WRECK-IT RALPH AND FROZEN





1. ระบบแขนกล เสริฟอาหาร, หยิบสิ่งของ รวมถึงไหว้และโบกมือ
2. สามารถทำการโทรออก บันทึกรายชื่อผู้ที่ต้องการติดต่อ
3. DinsowSpond เรียกให้โทรกลับเพื่อเรียกแพทย์หรือลูกหลาน
4. Real Time monitoring เชื่อมต่อกับ Smartphone, NB ผ่าน internet
5. ติดตั้งอุปกรณ์เช็ค Vital signs วัดไข้ ตรวจลมหายใจ ความชื้น ฝ้าดูการหลับ ตรวจจุดกดทับ และวัดคลื่นหัวใจ



Nurse Practitioners: 205,000

solutions to strengthening
health care for America

Nurse Practitioners are leading the charge – providing high quality, personalized health care that patients want and America needs.

National NP Week
November 8-14, 2015



ADVANCED DEGREES
NATIONAL BOARD CERTIFICATION

PRIMARY CARE &
SPECIALTY CARE PROVIDERS

ORDER, PERFORM &
INTERPRET DIAGNOSTIC TESTS

PRESCRIBE MEDICATIONS &
OTHER TREATMENTS

THE RISE

of the

NURSE PRACTITIONER

What is the history of this particular career? What does a Nurse Practitioner do? How has demand changed over the years? What are the benefits of becoming a Nurse Practitioner?

HISTORY

When and why Nurse Practitioners got their start.



1965

First Nurse Practitioner program started at the University of Colorado

- Created to help meet the growing demand for basic pediatric care



1973

65 NP programs have been created

1977

Nurse Practitioner Certification developed by the American Nurses Association¹



demand for basic pediatric care

1973

65 NP programs
have been created

PROFILE

How many are out there? What do they do and where do they work?

Average work week:



44.2 HOURS



79.7%

of their time providing patient
care and charting patient care
information

Highest of all nursing fields



9%

of men in the nursing
field are NPs²



88% have a graduate degree in nursing

NURSE PRACTITIONERS

NPs are the providers of choice for millions of Americans. NPs evaluate patients, diagnose, write prescriptions and bring a comprehensive perspective to health care.

NP: Your Partner in Health **With a track record of quality health care delivery for nearly half a century...** **and a growing need for health care providers, especially in primary care...** **Nurse Practitioners are a clear solution for patient-centered, accessible health care.**

PRIMARY CARE FOCUS

NPs are choosing primary care more than physicians and physician assistants. In 2012, more than 80% of NPs were prepared in primary care programs, while only 14.6% of physicians entered a primary care residency.

MORE THAN **80%** PREPARED IN PRIMARY CARE



PRACTICE IN AT LEAST ONE PRIMARY CARE SETTING



An increase in the overall population, aging baby boomers, and the newly insured under the Affordable Care Act will bring **millions** more into the health care system.

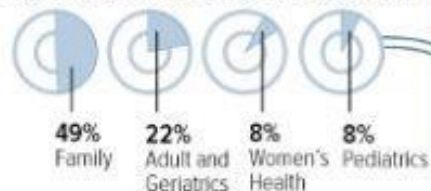
70% OF NPs SEE 3 OR MORE PATIENTS PER HOUR

INCREASING IN NUMBER

The number of nurse practitioners is expected to rise dramatically by 2025:



AREA OF PRIMARY CARE PREPARATION



NPs AT A GLANCE

Over **4 decades** of improving patient access and quality care

Over **900 million** patient visits in 2012

Prescribe medications in all **50 states** and D.C.

REQUIREMENTS FOR PRACTICE

- State NP Licensure/Registration
- National Board Certification
- Graduate Nursing Education
- Registered Nurse License
- Bachelor's Degree in Nursing

6+ YEARS OF ACADEMIC AND CLINICAL PREPARATION

NPs BY THE NUMBERS

- 74%** accept Medicare
- 68%** accept Medicaid
- 83%** accept Private Insurance
- 71%** accept Uninsured

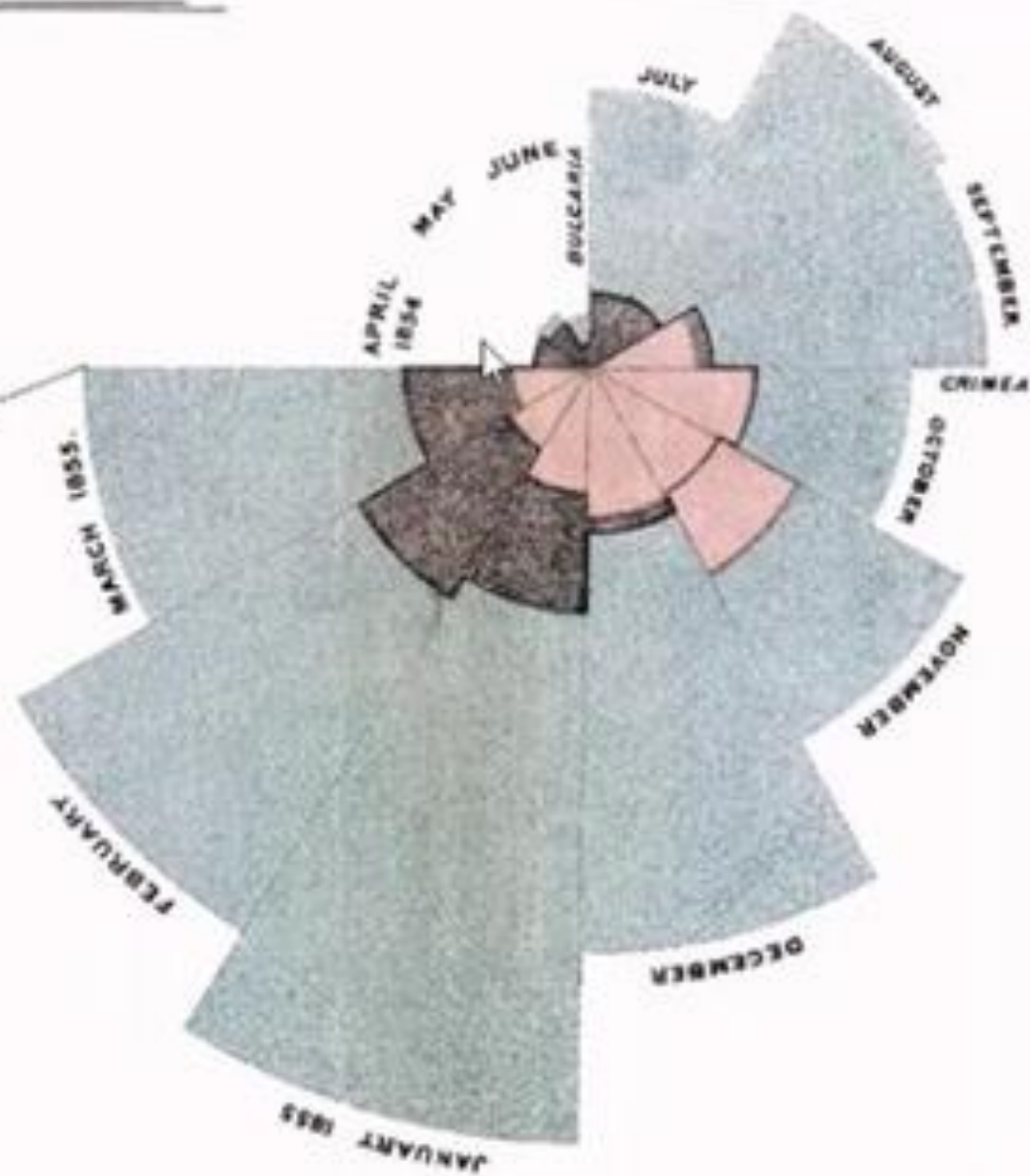
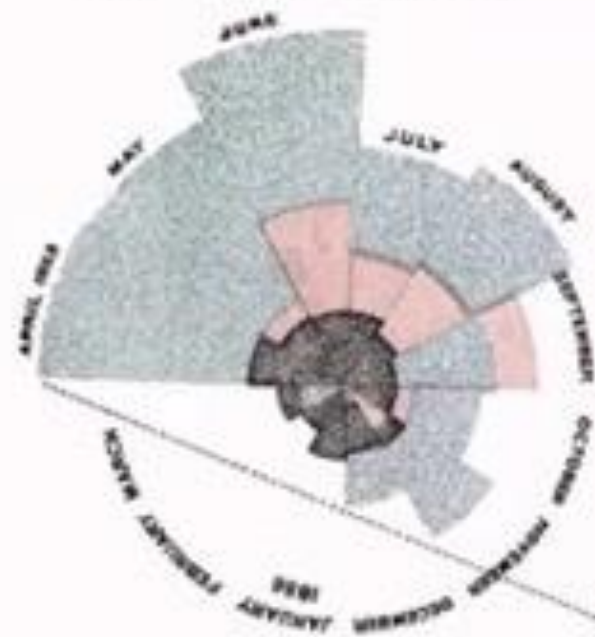
PRESCRIPTION FOR THE FUTURE

2 out of 3 patients support legislation for greater access to NP services

DIAGRAM OF THE CAUSES OF MORTALITY IN THE ARMY IN THE EAST.

2.
APRIL 1855 to MARCH 1856.

1.
APRIL 1854 to MARCH 1855.



The Areas of the blue, red, & black wedges are each measured from the centre as the common vertex.

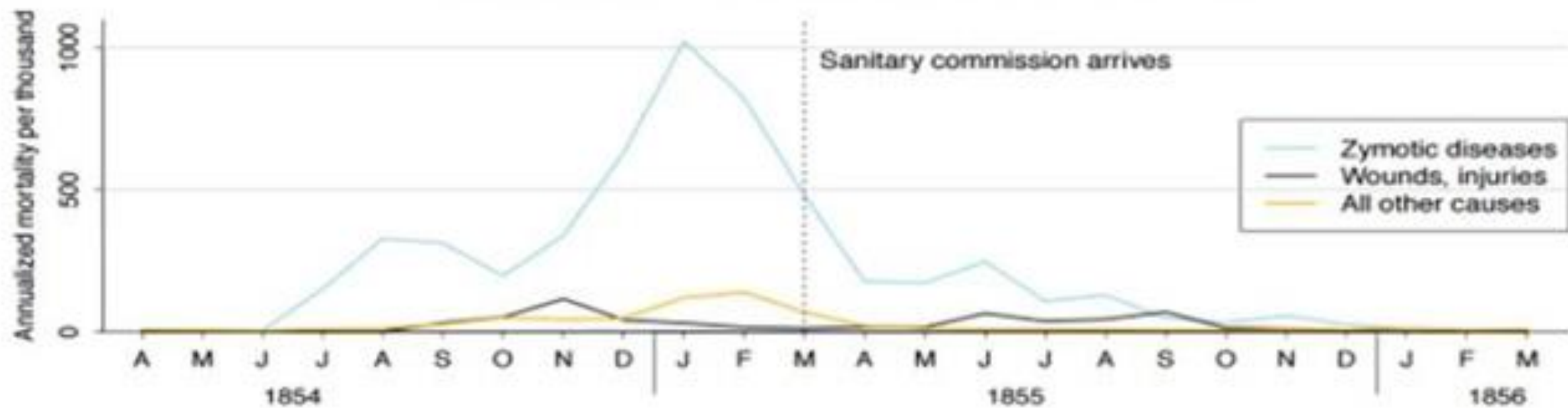
The blue wedges measured from the centre of the circle represent area for area the deaths from Preventable or Mitigable Zymotic diseases, the red wedges measured from the centre the deaths from wounds, & the black wedges measured from the centre the deaths from all other causes.

The black line across the red triangle, in Nov^r 1854 marks the boundary of the deaths from all other causes during the month.

In October 1854, & April 1855, the black area coincides with the red, in January & February 1855, the blue coincides with the black.

The entire area may be compared by following the blue, the red & the black lines inclusive then.

Mortality rates in the Crimean War from April 1854 to March 1856



พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ทรงเห็นความสำคัญของวิชาชีพพยาบาลมาก เคยมีครั้งหนึ่ง คุณหมอมคนหนึ่งเกิดความสงสัยว่าทำไม “ในหลวง” จึงทรงให้พยาบาลทำให้พระองค์ท่านทุกอย่าง ไม่ว่าจะจัดพระโอสถเม็ด พระโอสถฉีด ทำไมไม่ให้หมอมทำ ในหลวงท่านก็ทรงตอบว่า เพราะเป็นหน้าที่ของพยาบาล แล้วหมอมจึงได้ถามพระองค์ต่อว่า ทำไมพระองค์จึงทรงไว้พระทัยกับพยาบาลนัก พระองค์จึงมีพระราชกระแสว่า “ก็เพราะพยาบาลเป็นคนเลี้ยงเรามา”

ขอให้กำลังใจพยาบาลทุกคนที่เสียสละทำหน้าที่อย่างอดทน ตามรอยพระบาทพระราชมารดาแห่งการพยาบาลไทย สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี