

ร่าง บันทึกเจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552

หมวด 9

การสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

นิยามศัพท์

ข้อ ในธรรมนูญนี้

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ หมายความว่า การสร้างความรู้จากการปฏิบัติ การจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมความรู้และประสบการณ์ การศึกษาวิจัย การสังเคราะห์ความรู้และข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและระบบสุขภาพ

เจตนารมณ์เพื่อแสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพ สามารถสร้างได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ หลายวิธี รัฐมีหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการอันหลากหลายนั้น

ความรู้ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการสร้างความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ ศาสตร์ความรู้พื้นฐานทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านการพิสูจน์จนเป็นความรู้สากล ความรู้จากการศึกษาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข ความรู้จากการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่มีการจัดเก็บรวบรวม ความรู้ที่ได้จากการสังสมประสบการณ์ ทั้งนี้ สามารถแบ่งความรู้ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ที่ เป็นความรู้ที่มาจากศาสตร์ความรู้ที่ผ่านการพิสูจน์ หรือจากการศึกษาวิจัย จนสามารถใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้ และความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) ที่ เป็นความรู้ที่อยู่กับตัวบุคคล จากการสังสมประสบการณ์ โดยองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ครอบคลุมรวมถึง ตัวบุคคลผู้มีความรู้ ตัวความรู้ และการจัดการความรู้ เพื่อการรวบรวม แลกเปลี่ยน เผยแพร่ และแปลงความรู้ไปสู่การใช้ประโยชน์

หลักการ

ข้อ 76 ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพ รัฐมีหน้าที่สนับสนุนการสร้างความรู้บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ให้เพียงพอ และเปิดโอกาสให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง

เจตนารมณ์ เพื่อยืนยันหลักการสิทธิและเสรีภาพในการศึกษา สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 49 วรรค 3 ที่กำหนดให้รัฐต้องให้การส่งเสริมที่เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนไทย ได้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ความรู้ด้านสุขภาพถือได้ว่าเป็นความรู้ด้านหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อการนำไปสู่สุขภาวะ

เมื่อพิจารณาจากระดับการเรียนรู้ในระดับคิดเป็น ประชาชนไทยมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำเพียงร้อยละ 58.7 (ปี 2546) และมีความเหลื่อมล้ำอย่างชัดเจนระหว่างเขตเมืองและชนบท จึงมีความจำเป็นที่รัฐต้องให้การสนับสนุนในภาพรวม เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ และความสามารถในการคิดเพื่อให้ประชาชนสามารถเท่าทันต่อข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆ ที่มีอยู่เป็นจำนวนมากในปัจจุบัน และรวมถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพด้วย

ตาราง อัตราการเรียนรู้ของคนไทย (ร้อยละ) พ.ศ. 2535-2546

ภาคและพื้นที่	2535	2540	2542	2544	2546
เขตเมือง	57.1	61.7	65.4	67.5	70.0
เขตชนบท	36.5	42.2	46.9	49.4	52.9
ภาค					
กลาง	41.0	49.4	52.1	52.4	58.6
เหนือ	36.2	40.7	43.5	46.6	49.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	39.6	45.0	51.0	54.8	56.5
ใต้	43.6	48.5	53.8	56.3	58.7
กรุงเทพ	61.6	66.8	72.1	73.1	75.7
ประเทศ	42.3	48.5	53.0	55.3	58.7

ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากร (รอบ 3) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ อ้างใน การสาธารณสุขไทย 2544 -2647

หมายเหตุ: อัตราการเรียนรู้คือ ระดับการอ่านออกเขียนได้และการคิดคำนวณในเบื้องต้นนี้จะทำให้สามารถปรับใช้ทักษะดังกล่าวในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน ซึ่งโดยปกติคนต้องได้รับการศึกษาอย่างน้อย 5-6ปี ในระบบโรงเรียนหรือเทียบเท่า

และโดยการที่ “ความรู้” เกิดขึ้นในหลายลักษณะทั้งความรู้ชัดแจ้งและความรู้ฝังลึก และโดยที่ความรู้ไม่หยุดนิ่ง โดยเฉพาะความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ มีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ความรู้บางเรื่องต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทำให้เกิดความรู้ใหม่ๆ และสรุปประเด็นให้ง่ายสำหรับประชาชนทั่วไป จึงต้องอาศัยการสร้าง/รวบรวม/เผยแพร่ความรู้จากภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดการกระจายความรู้ที่กว้างขวาง

ข้อ 77 นโยบายของรัฐต้องพัฒนาจากฐานความรู้ที่รอบด้าน เพียงพอ เชื่อถือได้ โดยสามารถเปิดเผยที่มาของแหล่งความรู้นั้น

เจตนารมณ์เพื่อให้การตัดสินใจในการกำหนดนโยบายต่าง ๆ ของรัฐ มีพื้นฐานจากหลักวิชาการ โดยใช้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการที่เป็นที่ยอมรับทั่วไป

ข้อ 78 การสร้าง การจัดการ การสื่อสาร และการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ต้องคำนึงถึงประโยชน์สาธารณะ สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของประเทศ เพื่อมุ่งสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้

เจตนารมณ์สำหรับการลงทุนของรัฐ เพื่อการสร้างความรู้ การจัดการ การสื่อสาร และการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ จะต้องทำให้เกิดความรู้ที่สามารถนำมาใช้เพื่อการแก้ไขปัญหาของประเทศ และในการสร้าง การสื่อสาร และเผยแพร่ความรู้ ต้องมีเป้าหมายสำคัญที่จะมุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

ข้อมูลการลงทุนด้านงานวิจัยของประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2529 (ค.ศ. 1986) ในรายงาน The Commission on Health Research and Development ประเมินว่าประเทศไทยมีการลงทุนด้านงานวิจัยทางสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยด้านคลินิก (Clinical research) ประมาณร้อยละ 50 รองลงมาคืองานวิจัยด้านการแพทย์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Biomedical / Laboratory) ประมาณร้อยละ 35 ที่เหลือร้อยละ 15 เป็นงานวิจัยด้านสาธารณสุข โดยการลงทุนด้านวิจัยทางสุขภาพของไทย เป็นการลงทุนจากแหล่งทุนภายในประเทศประมาณร้อยละ 50 อีกร้อยละ 50 เป็นการลงทุนจากต่างประเทศ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 7.8 ล้าน USD หรือคิดเป็นเงินไทยประมาณ 250 ล้านบาทในอัตราแลกเปลี่ยนปัจจุบัน แต่การวิจัยระบบวิจัยสุขภาพของประเทศพบว่าปัญหาสำคัญของการวิจัยในปัจจุบันคือ งานวิจัยส่วนใหญ่ไม่เชื่อมโยงกับโจทย์ที่สำคัญเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประเทศหรือการนำไปใช้ประโยชน์ งานวิจัยมักเกิดจากความอยากรู้/อยากทำงานของนักวิชาการ/นักวิจัยเอง (ริเริ่มมากจากผู้ปฏิบัติงานเป็นหลัก) รวมไปถึงการขาดการ

เจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๘_สิทธิการค้นคว้าวิจัย

ประสานงานเพื่อกำหนดทิศทางการวิจัย แม้มีทิศทางการวิจัยหรือลำดับความสำคัญของงานวิจัยไว้แล้วแต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง

เป้าหมาย

ข้อ 79 รัฐและภาคส่วนต่าง ๆ มีการลงทุนและมีบทบาทในการสร้าง การจัดการ การสื่อสาร และการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่อยู่บนฐานความรู้อย่างกว้างขวางและครอบคลุมในทุกระดับ

เจตนารมณ์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างความรู้ การจัดการ การสื่อสารและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ และการใช้และนำความรู้ที่มีอยู่เพื่อสร้างความเข้มแข็งของสังคมและชุมชน และพัฒนาให้เกิดสุขภาวะในทุกระดับ

มาตรการ

ข้อ 80 ให้รัฐจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพ ทั้งการวิจัยระบบสุขภาพและการวิจัยในสาขาต่าง ๆ ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ในเป็นสัดส่วนใกล้เคียงกับงบประมาณการวิจัยด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากล

เจตนารมณ์เพื่อให้มีงบประมาณเพียงพอสำหรับสร้างความรู้ด้านสุขภาพผ่านงานวิจัย

การเงินการคลังสำหรับงานวิจัย ควรจะมีกองทุนสำหรับงานวิจัยที่มีความมั่นคง และมีการจัดสรรเงินได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งควรมีกลไกในการติดตามการใช้จ่ายเงิน และกระบวนการในการทบทวน ตรวจสอบที่มีความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ โดยการจัดสรรเงินควรจะต้องสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ (vision) และลำดับความสำคัญของงานวิจัยที่ได้มีการตกลงร่วมกัน (scientific priorities) จากกลไกในระดับชาติ ที่มีหน้าที่กำหนดประเด็นในงานวิจัยทางสุขภาพที่มีความสำคัญ

มีการประมาณการจาก Global Forum for Health Research ว่าปัญหาสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนาซึ่งคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 90 ของปัญหาสุขภาพทั่วโลก ได้รับการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการวิจัยเพียงไม่ถึงร้อยละ 10 ของทรัพยากรสำหรับงานวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพทั่วโลก

The Commission on Health Research for Development ได้เสนอแนะว่า สำหรับประเทศกำลังพัฒนา ควรจะมีการลงทุนในงานวิจัยด้านสุขภาพ อย่างน้อยร้อยละ 2 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด เพื่อการทำงานวิจัยและการพัฒนาศักยภาพในงานวิจัย โดยให้ความเห็นว่าการลงทุนสำหรับงานวิจัย เป็นการลงทุนที่คุ้มค่า และส่งผลมากที่สุด ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

การลงทุนของประเทศพัฒนาแล้วในปีพ.ศ. 2529 มีการประเมินว่ามีการลงทุนในงานวิจัยสุขภาพประมาณร้อยละ 0.7 ถึงร้อยละ 2.7 ของรายจ่ายสุขภาพ หรือคิดเป็นร้อยละ 0.05 ถึงร้อยละ 0.22 ของ GDP ซึ่งหากต้องการการสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอสำหรับการพัฒนาและใช้ประโยชน์สำหรับประเทศแล้ว ประเทศไทยจำเป็นต้องเพิ่มการลงทุนสำหรับการวิจัยด้านสุขภาพ

ข้อ 81 ให้รัฐส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมให้กลุ่มองค์กรในพื้นที่ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการสร้างการจัดการ และการเผยแพร่ความรู้

ข้อ 82 ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคประชาชนมีความสามารถสร้าง จัดการความรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดช่องทางการเรียนรู้และการสื่อสารที่เหมาะสมและหลากหลายในชุมชน

เจตนารมณ์เพื่อสนับสนุนการสร้างความรู้ การจัดการ การสื่อสาร และใช้ความรู้ในชุมชนให้ทั่วถึง และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนและภาคประชาชน

ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอยู่ในเขตชนบท องค์กรส่วนราชการที่มีความใกล้ชิดเข้าถึง และรู้ถึงความต้องการของชุมชนที่สุดคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้น จึงมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนชุมชน/ปัจเจก ให้ได้เรียนรู้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังที่พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้ทุกส่วนราชการถ่ายโอนภารกิจ ทรัพยากร และบุคลากรไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ทำให้ท้องถิ่นได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น และจะต้องมีบทบาทสำคัญในการให้บริการ สนับสนุนงานบริการสังคม และสนับสนุนกิจกรรมภาคประชาชนเพิ่มมากขึ้น

ข้อ 83 ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน มีส่วนร่วมลงทุนในการสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

เจตนารมณ์เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และจัดการความรู้ ทั้งความรู้ฝังลึก และความรู้ชัดแจ้ง การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

ในส่วนของการรู้ฝังลึกส่วนใหญ่เป็นความรู้ในตัวบุคคล ซึ่งชุมชนและภาคประชาชนจะมีบทบาทอย่างยิ่งในการรวบรวมสังเคราะห์ประสบการณ์จากภายในตัวบุคคล และนำมาให้เกิดการใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง

ในส่วนของการสร้างความรู้อย่างเป็นระบบ ข้อมูลการลงทุนด้านงานวิจัยของประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2529 (ค.ศ. 1986) ในรายงาน The Commission on Health Research and Development ประเมินว่าประเทศไทยการลงทุนด้านงานวิจัยทางสุขภาพ เป็นการลงทุนจากแหล่งทุนภายในประเทศประมาณร้อยละ 50 อีกร้อยละ 50 เป็นการลงทุนจากต่างประเทศ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 7.8 ล้าน

หากคำนวณจากรายจ่ายสุขภาพในปีพ.ศ. 2548 เป็นเงิน 434,000 ล้านบาท งบประมาณด้านงานวิจัยสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข 3,600 บาท ในปีพ.ศ. 2548 จะคิดเป็นร้อยละ 0.8 ของรายจ่ายสุขภาพ โดยในปีพ.ศ. 2550 งบวิจัยน่าจะคิดเป็นประมาณร้อยละ 1.4 ของรายจ่ายสุขภาพ จากงบวิจัย 6,400 ล้านบาท แต่งบวิจัยดังกล่าว เป็นเพียงในส่วนหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ยังไม่ได้รวมงบวิจัยด้านสุขภาพของหน่วยงานอื่น และจากต่างประเทศ และหากพิจารณาสัดส่วนของการลงทุนการวิจัยจากภาคเอกชน ในต่างประเทศมีการลงทุนด้านการวิจัยอย่างมากในอุตสาหกรรมยา และเครื่องมือแพทย์ (biopharmaceutical industry and medical devices companies) แต่สำหรับในประเทศไทยเองบทบาทภาคส่วนอื่น ทั้งภาคองค์กรสาธารณะไม่แสวงหากำไร และภาคเอกชน มีบทบาทน้อยมากในการลงทุนเพื่อการวิจัย

ข้อ 84 ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนการลงทุนและการพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายการสร้างจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับ

เจตนารมณ์ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการสร้าง/พัฒนานักวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการสร้าง จัดการ การสื่อสารและเผยแพร่ความรู้ให้เพียงพอกับการทำงานสร้างความรู้ อย่างเป็นระบบจากงานวิจัย และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อขยายความรู้ที่สร้างขึ้นให้เชื่อมโยงกว้างขวางออกไป

การผลิตและการดำรงไว้ซึ่งทรัพยากรด้านกำลังคน และด้านกายภาพ มีความสำคัญต่อ งานวิจัยสุขภาพ โดยควรจะมีการพัฒนาศักยภาพของระบบ โดยการนำนักวิจัยหน้าใหม่และ สถาบันใหม่ๆ เข้าสู่ระบบวิจัยสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยที่มีอยู่ให้สามารถผลิต สังคม และใช้งานวิจัยได้ดีขึ้น การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัย การจัดการโครงสร้าง ความก้าวหน้าทางวิชาชีพที่สามารถดึงดูดและดำรงไว้ซึ่งนักวิจัยที่มีคุณภาพ ระบบการจัดการ งานวิจัยที่มีประสิทธิภาพ ความเพียงพอของงบประมาณในการทำงานวิจัย รวมทั้งโอกาสในการ นำเสนอผลงานวิจัย และการเข้าถึงผลงานวิจัย โดยปัจจัยทั้งหมดนี้ จะมีส่วนช่วยในการดำรงไว้ซึ่ง นักวิจัยที่มีคุณภาพในระบบ และป้องกันปัญหาสมองไหลได้ในระดับหนึ่ง

ปัญหาสมองไหล ในงานวิจัยด้านสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะการเคลื่อนย้าย ของนักวิจัยจากประเทศกำลังพัฒนาไปยังประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ประเด็นสมองไหล ยังเป็น ประเด็นถกเถียงอยู่ว่า ทำให้ประเทศกำลังพัฒนา เสียประโยชน์หรือได้ประโยชน์ เนื่องจากการที่ นักวิจัยไปทำงานยังประเทศพัฒนาแล้ว อาจจะช่วยให้เกิดการสร้างเครือข่าย การสนับสนุน ช่วยเหลือทางวิชาการและทรัพยากร ในการพัฒนางานวิจัยในประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังมี ประเด็นสมองไหลที่เกิดขึ้นภายในประเทศ (Internal brain drain) ซึ่งไหลจากภาคงานวิจัย ไปยัง ภาคอื่นๆ ทั้งนี้การสร้างโครงสร้างภาคงานวิจัย การสร้างสถาบันวิจัยที่มีศักยภาพในการดึงดูด นักวิจัย การสร้างโครงสร้างและเส้นทางทางวิชาชีพที่เหมาะสม มีความสำคัญอย่างมากในการ ดำรงไว้และขยายเครือข่ายของนักวิจัยในระดับประเทศ

จำนวนนักวิจัยด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาในปีพ.ศ. 2529 มีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ 1.3 คนต่อล้านประชากร ถึง 62 คนต่อล้านประชากร จากการศึกษาเฉพาะกรณี โดยบาง ประเทศงานวิจัยทางสุขภาพส่วนใหญ่มีการดำเนินงานในมหาวิทยาลัยทั้งรัฐและเอกชน และมี เพียงร้อยละ 12.5 ที่ดำเนินงานโดยหน่วยงานรัฐบาล (ฟิลิปปินส์) ในขณะที่บางประเทศ งานวิจัย ส่วนใหญ่ดำเนินงานโดยหน่วยงานรัฐบาล (เม็กซิโก มีงานวิจัยร้อยละ 75 ที่ดำเนินงานโดย หน่วยงานของรัฐบาล) ดังนั้นปัญหาด้านบุคลากรในการทำงานวิจัย นอกจากจะเป็นปัญหาด้าน จำนวนของนักวิจัยแล้ว ยังมีปัญหาในเรื่องของการกระจายในแต่ละภาคส่วนอีกด้วย การมีนักวิจัย ที่ทำงานภายใต้หน่วยงานของรัฐบาลและมหาวิทยาลัยของรัฐ น่าจะมีความสำคัญต่อการผลิตผล งานวิจัยด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ

การแก้ไขปัญหาดังกล่าว ลำพังการผลิตนักวิจัยให้เพิ่มขึ้นอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอ ที่จะ สามารถดำรงรักษานักวิจัยที่ผลิตขึ้น ให้สามารถอยู่ในระบบและทำงานได้อย่างยั่งยืน การปรับ สภาพการทำงานที่เอื้อต่อการทำงานวิจัยและการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย การสนับสนุนทางอาชีพ ให้มีเส้นทางของวิชาชีพที่ชัดเจน การสร้างความเข้มแข็งของสถาบันวิจัย การปรับสภาพแวดล้อม ในระดับนโยบาย และระบบสนับสนุนต่างๆในระดับมหภาค ก็มีความสำคัญเช่นกัน นอกจากนั้น

เจตนารมณ์ประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๕ _สิทธิกันต์ ชุณสูตรวิวัฒน์

การปรับค่านิยม วัฒนธรรมการใช้ผลงานวิจัย รวมทั้งการปรับให้การทำงานวิจัยมีความคล่องตัว และเป็นอิสระ จะทำให้การผลิตผลงานวิจัยมีประสิทธิภาพและมีความเป็นกลางมากขึ้นด้วย

ข้อ 85 ให้รัฐต้องสร้างระบบตรวจสอบ กลั่นกรอง และติดตามการสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

เจตนารมณ์เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่รอบด้าน และเพียงพอสำหรับการตัดสินใจของตนเอง

ด้วยความก้าวหน้าด้านการบริการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันเป็นไปอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการให้ความรู้/เผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อสาธารณะมักมีลักษณะเป็นในด้านบวกเพียงด้านเดียว หรือนำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดความต้องการในบริการและเทคโนโลยี และสร้างความคาดหวังแบบผิดๆ แก่ผู้บริโภคและผู้รับบริการ

ตัวอย่างของการกระตุ้นการบริโภคด้านสุขภาพที่เห็นได้ชัดเจนมากที่สุดคือ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ข้อมูลพบบ้างประมาณเพื่อการโฆษณาของผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ในช่วงปี 2546 – 2549 มีการลงทุนกว่า 1,000 ล้านบาท ตัวอย่างจากผลิตภัณฑ์รังนก 2 ยี่ห้อ ใช้งบประมาณรวมกันประมาณ 200 ล้านบาทต่อปี ผลิตภัณฑ์ชุปไก่ 2-3 ยี่ห้อ ใช้งบประมาณ 150 ล้านบาทต่อปี และการโฆษณามักจะเกินจริงและหลอกลวง ทำให้เข้าใจผิดต่อผลิตภัณฑ์ แม้มีประกาศคำเตือนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แต่ยังไม่มีความมาตรการที่จะทำให้ผู้บริโภคได้รับทราบได้อย่างทั่วถึง

การนำเสนอความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างไม่รอบด้าน เช่น การนำเสนอการรักษาโรคหัวใจด้วยเซลล์ต้นกำเนิด โดยใช้ข้อความโฆษณา “ในปัจจุบันมีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell) เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ... โดยทั่วไปแล้วผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ที่มีความปลอดภัยสูง และได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจมาก”¹ การนำเสนอข้อมูลแก่ประชาชนในลักษณะนี้ มีแนวโน้มที่จะทำให้ประชาชนเข้าใจได้ว่าการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวได้ผลดีและปลอดภัย ในขณะที่ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มีคำตอบให้แก่ประชาชนสำหรับการใช้เซลล์ต้นกำเนิดกับโรคหัวใจว่า “ยัง (ใช้) เฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด... เป็นโครงการวิจัยในโรงพยาบาลรัฐบาล เช่น ศิริราช รามาธิบดี ยังไม่ได้เปิดบริการทั่วไป”

¹ http://www.bangkokhealth.com/sitesearch_detail.asp?Number=9637

ซึ่งการโฆษณาเกินจริง ให้ข้อมูลไม่รอบด้าน ดังกล่าว มีอยู่เป็นจำนวนมากในสังคมไทย รัฐจึงต้องสนับสนุนให้เกิดการตรวจสอบข้อมูลในลักษณะต่างๆ และโดยกลุ่มบุคคลต่าง ๆ และโดยเฉพาะการสนับสนุนให้เกิด self regulation ของกลุ่มวิชาชีพ เพื่อให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้อง หรือถ่วงดุลซึ่งกันและกัน

ข้อ 86 ให้รัฐกำหนดมาตรการและจัดสรรงบประมาณเพื่อให้สื่อมวลชนทุกรูปแบบจัดสรรเวลาหรือพื้นที่ เพื่อการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างพอเพียง โดยมีความเหมาะสมทั้งด้านช่วงเวลา คุณภาพเนื้อหา และการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย

เจตนารมณ์เพื่อให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกเผยแพร่ในช่องทางที่เหมาะสมอย่างรอบด้าน และเพียงพอ สำหรับการตัดสินใจของตนเอง

เป็นการย้ำมาตรการที่รัฐได้ดำเนินการอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวกับเด็กและเยาวชนที่ดำเนินการอยู่ ให้ขยายครอบคลุมมากขึ้น

ข้อ 87 ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำหนดทิศทางและนโยบาย การสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอในการพัฒนาระบบสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามดูแลและประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการสนับสนุนเครือข่ายองค์กรวิจัยด้านสุขภาพ ทั้งนี้ อาจพัฒนากลไกที่มีอยู่แล้วเช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือจัดให้มีกลไกใหม่ตามความเหมาะสม

เจตนารมณ์ เพื่อสร้างกลไกสำคัญระดับประเทศในการกำหนดเป้าหมายและกำหนดลำดับสำคัญของงานวิจัย เพื่อให้งานวิจัยที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับการวางแผนพัฒนาสุขภาพของประเทศ และได้รับการจัดการความรู้ที่เหมาะสม รวมถึงการสื่อสารและเผยแพร่ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบวิจัยด้านสุขภาพ

จากการศึกษากระบวนการวิจัยของประเทศ ได้สรุปปัญหาของระบบวิจัยว่าเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบวิจัยโดยรวมที่ขาดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์และการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงเป็นปัญหาการขาดระบบจูงใจและมาตรการส่งเสริมการวิจัยและใช้ประโยชน์การวิจัย ซึ่งในภาคการวิจัยด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน แม้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบการวิจัยในระดับประเทศอยู่หลายหน่วยงาน เช่น สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังไม่มีการเชื่อมโยงและกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การวิจัยภาคสุขภาพที่ชัดเจน เพื่อให้เกิดการทำงาน/ส่งเสริมการวิจัยเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน

กลไกในระดับประเทศดังกล่าว ควรมีบทบาท ดังนี้

- การกำหนดและการเชื่อมต่อวิสัยทัศน์สำหรับงานวิจัยทางสุขภาพ ในระดับชาติ (Identification and articulation of a vision for a national Health research system)
- การกำหนดลำดับความสำคัญของงานวิจัยทางสุขภาพ และการประสานให้เกิดการดำเนินงานตามที่กำหนด (Identification of appropriate health research priorities and coordination of adherence) รวมทั้งการดึงทรัพยากรจากองค์กรระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ในการสนับสนุนงานวิจัยที่มีความสำคัญ
- การกำหนดและกำกับมาตรฐานด้านจริยธรรมสำหรับงานวิจัยสุขภาพและความร่วมมือด้านงานวิจัยสุขภาพ (Setting and monitoring of ethical standards for health research and research partnerships) โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ เช่น งานวิจัยทางพันธุกรรม (genomics) และเทคโนโลยีชีวภาพ (biotechnology) รวมทั้งการกำกับให้ผลงานวิจัย เป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม และดูแลมาตรฐานด้านลิขสิทธิ์
- การกำกับติดตามและประเมินผลระบบวิจัยทางสุขภาพ (Monitoring and evaluation of the Health research system) โดยเน้นไปที่ผลของการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการพัฒนานโยบาย และปรับปรุงแผนงานโครงการ และการสร้างเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพ รวมทั้งการประเมินผลตอบแทนจากการลงทุนในงานวิจัยในทางเศรษฐศาสตร์ และประสิทธิภาพในระบบวิจัยสุขภาพ

ร่าง บันทึกเจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552

หมวด 10

การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

นิยามศัพท์

ข้อ ในธรรมนูญนี้

การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หมายความว่า การนำข้อมูลด้านสุขภาพที่หน่วยงานต่าง ๆ จัดทำขึ้น มาเผยแพร่และสื่อสารกับผู้ใช้งานในรูปแบบและช่องทางต่างๆ รวมทั้งสามารถเข้าถึงได้โดยสาธารณะ

เจตนารมณ์เพื่อให้เกิดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างกว้างขวาง

โดยข้อมูลด้านสุขภาพจะหมายถึง ข้อมูลที่มาจากการจัดเก็บอย่างเป็นระบบด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การบันทึกข้อมูลในระบบสถิติประชากร ข้อมูลผู้มารับบริการในสถานพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคหรือภาวะสุขภาพต่างๆ เป็นต้น โดยประเด็นของข้อมูลข่าวสารสุขภาพ จะครอบคลุมข้อมูลสถานะหรือผลลัพธ์สุขภาพ ข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งรวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ข้อมูลด้านทรัพยากรสุขภาพและบริการสุขภาพ

หลักการ

ข้อ 88 การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ต้องมีความเป็นกลาง เป็นธรรม และรอบด้าน ผ่านช่องทางที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถรับรู้และนำไปประกอบการตัดสินใจปรับพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดี โดยเน้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้โดยง่าย

เจตนารมณ์เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่รอบด้าน เข้าใจได้ และเพียงพอสำหรับการตัดสินใจ

ข้อมูลข่าวสารสุขภาพควรจะถูกใช้ในหลายระดับ ซึ่งมีความหลากหลายในเชิงวิชาการและพื้นฐานอาชีพ ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านภาษาและวิธีการสื่อสาร โดยการเชื่อมโยงระหว่างความต้องการด้านข้อมูล (Demand) และการให้บริการด้านข้อมูล (Supply) ควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดการเชื่อมโยงกัน ผ่านกลไกระดับองค์กรและแรงจูงใจในการใช้ข้อมูล หรือวัฒนธรรมการใช้

ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (Culture of evidence-based decision making) ซึ่งมีตัวอย่างคือ การเชื่อมโยงข้อมูลกับการจัดสรรทรัพยากร (Resource allocation) และการวางแผนที่ถูกขับเคลื่อนโดยตัวชี้วัดสุขภาพ (Indicator-driven planning)

นอกจากการจัดรูปแบบของข้อมูล สำหรับการสื่อสารและเผยแพร่ไปสู่ผู้ใช้กลุ่มต่างๆแล้ว การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการวิเคราะห์ข้อมูล ก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยการใช้ข้อมูลในระดับพื้นที่ ผู้ซึ่งเป็นผู้จัดเก็บข้อมูล ก็จำเป็นต้องมีศักยภาพในการใช้ข้อมูลเพื่อการให้บริการและวางแผนในระดับพื้นที่ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ผู้ใช้ ยังมีความหลากหลาย แตกต่างไปตามบทบาทหน้าที่ เช่น ผู้ให้บริการ ผู้บริหารจัดการแผนงานโครงการ (Program manager) องค์กรวิชาชีพ นักสถิติ นักวิจัย รวมทั้ง ประชาสังคม และประชาชนทั่วไป ซึ่งจำเป็นต้องมีการทำความเข้าใจในความต้องการด้านข้อมูลของผู้ใช้เหล่านี้ และรูปแบบในการสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้แต่ละกลุ่ม

ในด้านการเผยแพร่ข้อมูล องค์การอนามัยโลก ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEARO) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบข้อมูลภูมิภาค โดยยุทธศาสตร์ที่ 9 คือการพัฒนาการตลาดของผลผลิตด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Effective Marketing of HIS products) ซึ่งมีมาตรการ ดังนี้⁷

1. ศึกษาความต้องการและประเมินสถานการณ์ด้านการเผยแพร่ หรือการตลาดผลผลิตด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
2. เพิ่มความตระหนักของผู้ใช้ข้อมูลทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ในการใช้ผลผลิตด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
3. จัดทำรายงานสุขภาพแบบบูรณาการที่ต่อเนื่อง โดยครอบคลุมตัวชี้วัดสุขภาพที่สำคัญ
4. เพิ่มคุณภาพและเนื้อหาของรายงานสุขภาพและสื่อสิ่งพิมพ์ด้านข้อมูลสุขภาพ
5. เพิ่มชนิด รูปแบบ ความครอบคลุม และความถี่ ในการเผยแพร่ผลผลิตด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพไปยังผู้รับกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่ประชาชนทั่วไป จนถึงผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย รัฐบาล และชุมชนระดับนานาชาติ
6. พัฒนาและบำรุงรักษาการตลาดของการเผยแพร่ผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต

แสดงให้เห็นว่าระดับนานาชาติและระดับภูมิภาค ให้ความสำคัญกับการพัฒนาการเผยแพร่สื่อสารข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โดยการพัฒนาผลผลิตด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ใช้

เป้าหมาย

ข้อ 89 ประชาชนได้รับการคุ้มครอง เพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเพียงพอ

เจตนารมณ์ เพื่อประกันความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนได้รับว่ารัฐจะจัดให้เกิดระบบตรวจสอบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างครบถ้วน

ข้อ 90 มีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ดี มีเครือข่ายครอบคลุมทั่วประเทศ และเชื่อมประสานกับนานาชาติได้

เจตนารมณ์ เพื่อให้เกิดเครือข่ายระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการตัดสินใจสำหรับการวางแผนดำเนินการด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลสุขภาพเพื่อการเตือนภัยปัจจัยคุกคามสุขภาพ จำเป็นต้องเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับนานาชาติ

มาตรการ

ข้อ 91 ให้รัฐพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และกลไกการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวังโรคเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ

ข้อ 92 ให้รัฐจัดให้มีกลไกตรวจสอบกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารเพื่อการเตือนภัย การคุ้มครองประชาชนและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชน

เจตนารมณ์เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย และระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนระบบการป้องกันการระบาด และปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพอื่นๆ ที่เหมาะสม

รัฐบาลจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจกำหนดนโยบายให้ถูกต้อง -- ข้อมูล (Data) เมื่อถูกนำมารวบรวม เรียบเรียง จัดการ และวิเคราะห์ จะแปรสภาพเป็นข่าวสาร (Information) ซึ่งมีคุณค่ามากกว่าข้อมูล ในเชิงประโยชน์เพื่อการจัดการระบบสุขภาพ โดยข่าวสารจะกลายเป็นหลักฐาน (Evidence) ที่ใช้สำหรับการตัดสินใจ การสังเคราะห์หลักฐานเหล่านี้ จะมีพลังมากขึ้นเมื่อมีการนำเสนอ เผยแพร่และสื่อสาร ในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีหน้าที่ตัดสินใจ

ขั้นตอนของการแปรสภาพจากหลักฐาน ไปเป็นความรู้ (Knowledge) ซึ่งถ้าหากถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจ ก็เกิดผลกระทบต่อสุขภาพหรือระบบสุขภาพ ซึ่งปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบันคือ การมีข้อมูลมาก (Data-rich) แต่มีข่าวสารน้อย (Information-poor) ดังนั้นลำดับการพัฒนาให้มีข้อมูลที่มีคุณภาพแต่เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ แต่การแปรสภาพข้อมูลดิบให้เป็นข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ก็เป็นประโยชน์อย่างมากด้วย

หากข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ถูกจำแนกและรวบรวมไว้ในคลังข้อมูล ก็จะสามารถทำการสังเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลกับแหล่งข้อมูลอื่นๆ และสามารถวิเคราะห์ไปสู่สถิติที่มีความละเอียดและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น รวมทั้งสามารถนำมาใช้ในเชิงเปรียบเทียบ ญุณแจสำคัญคือการบูรณาการ การสังเคราะห์ การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูล จากแหล่งข้อมูลหลายๆ แหล่ง การประเมินความสอดคล้องกันของข้อมูล การระบุความเป็นไปได้ของความลำเอียงในข้อมูล (Biases) และสรุปสถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพจากข้อมูลที่มี จะเป็นประโยชน์ต่อการใช้อข้อมูลได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ปราศจากอคติ

รูปแบบในการนำเสนอข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย อาจจะมีหลายรูปแบบเช่น กระดานข้อมูล (dashboard) รายงาน หรือรายงานการเตือนภัย ประเด็นสำคัญคือเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในการสร้างความสนใจหรือความตระหนักต่อปัญหาและแนวทางการแก้ไข ปัญหา สำหรับผู้กำหนดนโยบาย นอกจากนี้ การตีความ การแปลผลข้อมูล ทางเลือกของการแก้ไข ปัญหา การสร้างฉากทัศน์ (Scenario) ก็มีความสำคัญต่อการใช้อข้อมูลเพื่อการตัดสินใจเช่นกัน นอกจากนี้ ข้อมูลข่าวสารควรจะถูกเผยแพร่ในรูปแบบและช่องทางอื่นๆ ด้วย เช่น การประชุม วิชาการ วารสารวิชาการ และสื่อมวลชน

ข้อ 93 ให้รัฐสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและภาคส่วนอื่น ๆ ให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและกำกับดูแลเพื่อให้เกิดการเผยแพร่และการสื่อสารตลอดจนสนับสนุนการใช้อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เหมาะสม

เจตนารมณ์เพื่อให้ภาคส่วนต่างๆ มีบทบาทในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องรอบด้านแก่ประชาชน

ข้อ 94 ให้รัฐจัดตั้งกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำหนดทิศทางและนโยบายการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามดูแลและประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

เจตนารมณ์เพื่อสร้างกลไกในการกำหนดนโยบาย และจัดการระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานในรับผิดชอบอย่างชัดเจน

ในการจัดการด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นระบบสนับสนุนเพื่อการจัดเก็บข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย

1. การประสานงานและการนำในระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health Information System Coordination and Leadership)
2. นโยบายด้านระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health Information System Policies)
3. การเงินการคลังและกำลังคนด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System Financial and Human Resources)
4. โครงสร้างพื้นฐานด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System Infrastructure)

ในการบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีองค์การบริหารจัดการเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบ โดยหน่วยงานดังกล่าวควรทำหน้าที่ในการออกแบบระบบ การจัดเก็บข้อมูล การส่งต่อข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำรายงาน และการเผยแพร่ข้อมูล โดยการมีกลไกคณะกรรมการระดับชาติ ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ จะช่วยในการชี้ทิศทางการพัฒนาและบำรุงรักษาระบบ ซึ่งควรประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานด้านสถิติ หน่วยงานวิชาการ องค์การเอกชนที่ไม่แสวงกำไร และองค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยการสร้างกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงาน และเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ด้านสถิติในระดับประเทศ และยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาของประเทศ

แผนยุทธศาสตร์ด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีความจำเป็นต่อการประสานงานระหว่างหน่วยงาน โดยช่วยกำหนดทิศทางการลงทุนด้านระบบข้อมูล ประกอบด้วยเงื่อนไขระยะเวลาและงบประมาณ ทั้งแผนระยะสั้น (1-2 ปี) ระยะปานกลาง (3-9 ปี) และระยะยาว (10 ปีขึ้นไป) โดยแผนยุทธศาสตร์ควรจะระบุการดำรงรักษา การพัฒนา และการประสานงาน สำหรับระบบข้อมูลหลักๆ ได้แก่ ระบบสถิติชีพ การสำรวจครัวเรือน ระบบข้อมูลจากสถานพยาบาล ระบบรายงานและการตอบสนองต่อปัจจัยเสี่ยงและอุบัติภัย รวมทั้งการระดมทรัพยากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สำหรับการบูรณาการระบบข้อมูลทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการยกร่างแผนยุทธศาสตร์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพไว้แล้วระดับหนึ่ง แต่ยังไม่เผยแพร่อย่างกว้างขวาง

ร่าง บันทึกเจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552

หมวด 11

การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

โดยที่กำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นทรัพยากรสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยเอื้อต่อการนำประชาชนไปสู่สุขภาพที่ดีที่ปัจจัยต่างๆ ของสังคมเชื่อมโยงกันอย่างสมดุล ประชาชนจึงต้องได้รับประกันว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขในระบบสุขภาพต้องได้รับการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ มีการกระจายกำลังคนอย่างเท่าเทียม เป็นบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างเป็นธรรม ภายใต้การบริหารจัดการของรัฐควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดการ เพื่อให้ประชาชนสามารถกำหนดความต้องการของบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนท้องถิ่น จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพไว้ในธรรมนูญนี้

นิยาม

บุคลากรด้านสาธารณสุข หมายความว่า ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ที่มีกฎหมายระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ

ในการกำหนดสาระสำคัญของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ เป็นไปตามความในมาตรา 47(11) เรื่องการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ขอบเขตของบุคลากรด้านสาธารณสุข ตามความหมายของธรรมนูญสุขภาพฉบับนี้ จึงกำหนดให้สอดคล้องกับคำนิยามในมาตรา 3 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดให้

“บุคลากรด้านสาธารณสุข หมายความว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ”

ขอบเขตของบุคลากรด้านสาธารณสุข

การตีความนิยามบุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นที่ถกเถียงกันอย่างกว้างขวาง โดยในประเด็นสำคัญคือ การมีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ

โดยการตีความทางแคบ “บุคลากรด้านสาธารณสุข” จะหมายความเฉพาะถึงบุคคลที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้งในสาขาวิชาชีพหลักและสาขาวิชาชีพเกี่ยวเนื่องที่ทำงานสนับสนุนสายวิชาชีพหลัก โดยมีกฎหมาย ระเบียบ และข้อกำหนด ที่เป็นคำสั่งหรือเอกสารทางราชการ

รองรับที่ชัดเจน ซึ่งในความหมายเชิงแคบนี้จะไม่ครอบคลุมผู้ให้บริการสุขภาพในลักษณะอื่น เช่น หมอพื้นบ้าน ซึ่งยังไม่มีกฎหมายที่ชัดเจน

ในการยกร่างธรรมนูญ มีข้อเสนอให้ใช้ คำว่า “บุคลากรด้านสุขภาพ” ที่มีความหมายกว้างขวางกว่าบุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นการขยายขอบเขตหรือมิติด้านกำลังคนให้กินความกว้างขวางออกไป โดยให้หมายรวมถึง

“บุคคลหรือกลุ่มคนที่รวมตัวกัน ที่มีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งบุคลากรในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งอยู่ในภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน”

แต่ยังคงให้มุ่งเน้นเฉพาะบุคลากรที่ให้บริการในเรื่องสุขภาพเป็นหลักเท่านั้น ไม่รวมบุคลากรอื่นๆ ที่ให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์

สำหรับการตีความในทางกว้างประเด็น “บุคลากรด้านสาธารณสุข” กำหนดในนิยาม ตาม มาตรา 3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อ้างตามเจตนารมณ์ของผู้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

ธรรมนูญสุขภาพฉบับนี้ จึงมิได้กำหนดนิยามของบุคลากรสาธารณสุขขึ้นใหม่ และให้ใช้ถ้อยคำตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้น

หลักการ

ข้อ 95 บุคลากรด้านสาธารณสุข รวมทั้งกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพ เป็นกำลังคนที่สำคัญในการขับเคลื่อนสังคมสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

เจตนารมณ์ เพื่อยืนยันว่าบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพทุกภาคส่วนมีความสำคัญในการสร้างสุขภาพของประชาชนและสังคม และเป็นกำลังสำคัญในการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

กระบวนการในการทำงานด้านสุขภาพในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงจากการมองแบบแยกส่วน เป็นการมองแบบองค์รวม มองสุขภาพแบบเชื่อมโยงกับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม ความหมายของสุขภาพสะท้อนถึงคุณค่า ความเชื่อ ความรู้ และการปฏิบัติตัวของคนในสังคม ซึ่งสะท้อนในมาตรา 3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้สุขภาพ หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล การให้บริการสุขภาพ จึงไม่สามารถฝากไว้จำกัดอยู่เฉพาะแต่ในมือของบุคลากรด้าน

เจตนารมณ์ประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๑๑_สิทธิภาคี ชุมสภวิวัฒน์

สาธารณสุข (ด้วยการตีความทางแคบ) เท่านั้น แต่ต้องอาศัยบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ถือว่า
ทุนทางสังคมด้วย

ในบริบทของบุคลากรด้านสาธารณสุข จะต้องมีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติที่
เข้าใจถึงการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) อันจะหมายถึงการดูแลแบบตระหนัก รับรู้ และ
วินิจฉัยปัญหาสุขภาพซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของร่างกาย จิตใจ และปัญญา ให้ความสำคัญกับ
ความเป็นมนุษย์ พร้อมไปกับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพของบุคคล บุคคลในบริบทของ
ครอบครัว และครอบครัวในบริบทของชุมชน ต้องดูแลอย่างผสมผสาน เชื่อมโยงบริการต่างๆ เข้า
ด้วยกันเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ครอบคลุมทุกด้านตามความจำเป็น มีความสามารถในการ
เชื่อมโยงประสานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก เพื่อสร้างความร่วมมือในการพัฒนา
บริการที่เน้นทางสังคมด้วย บุคลากรด้านสาธารณสุขในชุมชนจึงเป็นบุคคลสำคัญในการรับรู้
สภาพปัญหาและสร้างสรรค์กิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและความ
เข้มแข็งของชุมชน ในการดูแลตนเอง

ข้อ 96 รัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผน การผลิต การพัฒนา และการกระจาย
บุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ และควบคุมมิให้
เป็นไปตามกลไกตลาดเป็นหลัก

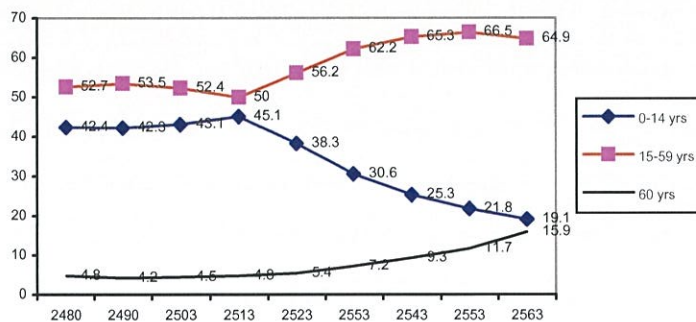
เจตนารมณ์ เพื่อยืนยันในหลักการว่ารัฐต้องมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการ
กำลังคนของระบบสาธารณสุขของชาติ โดยคำนึงถึงความต้องการของประเทศเป็นสำคัญ

รัฐมีหน้าที่เป็นองค์กรหลักที่จะบริหารจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับตาม
หลักการในมาตรา 80 ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 กำหนดให้เป็นหน้าที่
ของรัฐในการจัดและส่งเสริมบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ และบุคลากร
ด้านสาธารณสุขเป็นองค์กรประกอบสำคัญที่จะทำให้เกิดบริการในลักษณะดังกล่าว

ปัจจัยหลายด้านที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อกำลังคนในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจาก
ความต้องการบริการที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด หรือต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน
ตัวอย่างเช่น

- (1) การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ที่สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ประชากร
กลุ่มอื่นมีแนวโน้มลดลง และอัตราส่วนในการพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น
(ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญและการคาดการณ์ พ.ศ. 2480 – 2563

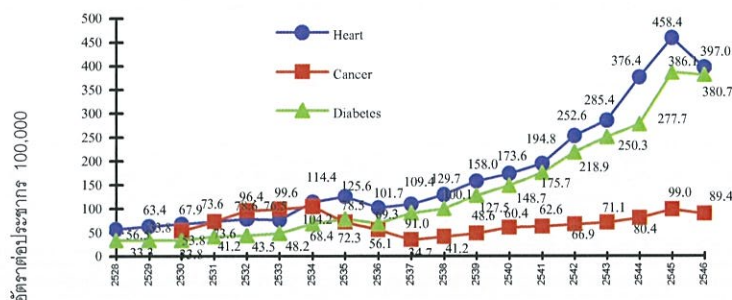


ที่มา: พ.ศ. 2480 - 2533 ได้จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
พ.ศ. 2543 - 2563 ได้จาก จิระพันธ์ กัลลประวัติ, การปรับการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย
พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2541

- (2) ระบาดวิทยาของโรค ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ พฤติกรรมการใช้บริการ เช่น แนวโน้มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของคนไทย ได้แก่ หัวใจ มะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม (ภาพที่ 2)

ภาพที่ 2 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจ

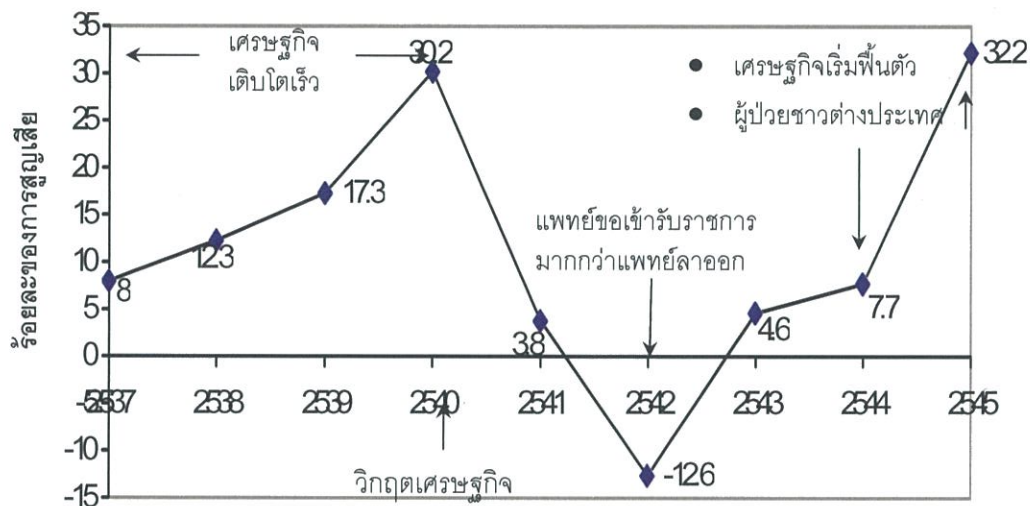
โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2546



ที่มา: รายงานผู้ป่วยใน สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ: ความชุกของโรคมะเร็ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 แสดงเฉพาะมะเร็งตับ ปอด มดลูกและเต้านม เท่านั้น

- (3) นโยบายของรัฐเองหลายประการ เช่น นโยบายหลักประกันสุขภาพที่เน้นการเข้าถึงบริการ นโยบายเปิดเสรีทางการค้าและบริการ การส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 3 จำนวนและอัตราการสูญเสียแพทย์สุทธิเพื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2537-2545



ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การจัดการด้านกำลังคนของรัฐจึงต้องให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพของระบบ มุ่งตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มากกว่าการพัฒนาที่มุ่งเชิงเศรษฐกิจและการค้าเป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ที่บริการสุขภาพจะต้องไม่เป็นไปเพื่อการแสวงหากำไรทางการค้า

เป้าหมาย

ข้อ 97 บุคลากรด้านสาธารณสุข รวมทั้งกำลังคนอื่นๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพ มีคุณภาพ มีจริยธรรม มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม มีปริมาณที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

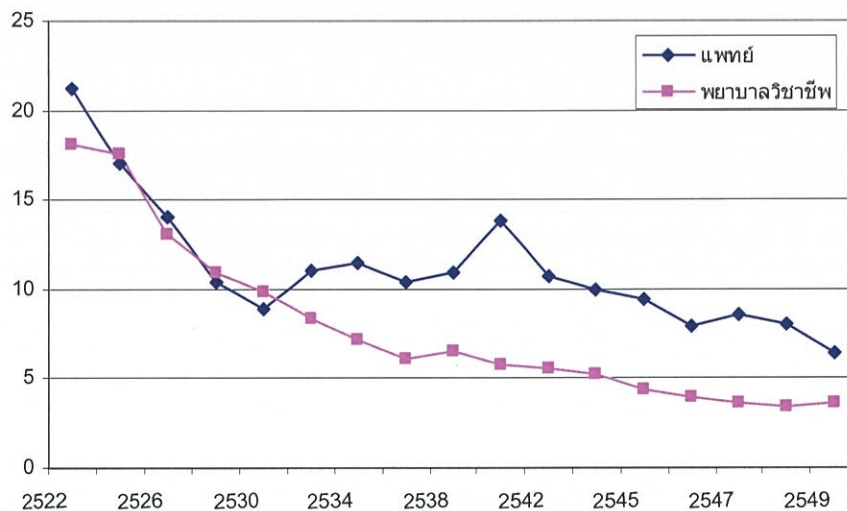
เจตนารมณ์ เพื่อกำหนดเป้าหมายทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในการจัดการผลิตอย่างเพียงพอและการกระจายสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เหมาะสม อีกทั้งกำหนดคุณสมบัติพึงประสงค์ของบุคลากรด้านสาธารณสุข จะต้องเป็นผู้มีจริยธรรม มีจิตสำนึกต่อสังคม

การกำหนดเป้าหมายเพื่อการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. เป้าหมายในเชิงการผลิตและการกระจาย

จากการวางแผน ผลิต และพัฒนากำลังคนในระยะยาวที่ผ่านมา และมีความร่วมมือทั้งจากภาคผู้ผลิตและผู้ใช้ ทำให้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุขลดความรุนแรงลงได้ระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีปัญหาด้านความไม่สมดุลของการกระจายอย่างชัดเจน จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าความขาดแคลนแพทย์ในชนบทยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ความหนาแน่นของแพทย์และพยาบาลในกรุงเทพฯ สูงกว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประมาณ 8 และ 3 เท่าตามลำดับ โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งไม่มีแพทย์ประจำ แพทย์ลาออกจากภาครัฐไหลเข้าสู่ภาคเอกชน เป็นต้น

สัดส่วน ระหว่าง แพทย์ และ พยาบาลวิชาชีพ ต่อ ประชากร ของ
ตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 – พ.ศ. 2543



ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ซึ่งโดยหลักการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐในการจัดและส่งเสริมบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงมีประสิทธิภาพ รัฐจึงมีหน้าที่สำคัญที่จะต้องเป็นผู้บริหารดูแลบริหารจัดการด้านบุคลากรด้านสาธารณสุขควบคู่ไปด้วย

การกำหนดเป้าหมาย โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่ขาดแคลน ต้องให้สอดคล้องและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศ ทั้งภาคบริการและภาคการศึกษา โดยการจัดทำแผนบุคลากรที่ครอบคลุมทั้งด้านการผลิต (Supply side) และด้านความต้องการ (Demand side) รวมไปถึงการดูแลรักษาให้บุคลากรเหล่านั้นสามารถทำงานในระบบได้อย่างมีความสุข ในทางปฏิบัติ การกำหนดเป้าหมายจะต้องมีความเป็นธรรม คำนึงถึงความต้องการและมีความเฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกันในระดับพื้นที่

ในขณะเดียวกันการวางแผนบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทางที่มีจำนวนจำกัดและมีต้นทุนในการผลิตที่สูง จำเป็นต้องมีการวางแผนและการจัดการด้านการกระจายที่แตกต่างจากบุคลากรทั่วไป เช่น การจัดการบุคลากรร่วมกันในลักษณะเขต ร่วมไปกับการวางระบบบริการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

2. เป้าหมายเชิงความรู้ความสามารถ (competency) และเชิงคุณภาพ

เป้าหมายสำคัญเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัย โดยคุณสมบัติของบุคลากรด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

- เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการให้บริการด้านสุขภาพเป็นอย่างดี มีการพัฒนาทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ
- สามารถทำงานร่วมกันอย่างเป็นทีม ในลักษณะสหสาขาวิชาต่างๆ ด้านสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานของกันและกัน ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีบทบาทแตกต่างกัน
- เข้าใจในบริบท และยอมรับความแตกต่างเชิงวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่
- ทำงานด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) หรือปัจจุบันองค์การอนามัยโลกให้ใช้คำว่า บริการสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People Center Health Care)

ข้อ 98 บุคลากรด้านสาธารณสุขมีการทำงาน เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในลักษณะที่เป็นสหวิชาชีพ รวมทั้งเชื่อมโยงสอดประสานอย่างใกล้ชิดกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพด้วย

เจตนารมณ์ของเพื่อกำหนดแนวทางการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขในสาขาต่างๆควรมีการทำงานเชื่อมโยง สอดประสานอย่างเป็นสหวิชาชีพ ในอันที่จะให้การ

บริการสาธารณสุข มีลักษณะเป็นองค์รวม และให้บุคลากรด้านสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ ได้รับการสนับสนุนให้บริการด้านสุขภาพ

จากการสำรวจบุคลากรในพื้นที่ระดับปฐมภูมิ พบว่า บุคลากรที่เป็นกำลังสำคัญในพื้นที่ คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ที่ให้บริการ ในปัจจุบันเริ่มมีพยาบาล วิชาชีพและทันตภิบาลไปอยู่ในสถานีนานาขนาดใหญ่อาจมีแพทย์ประจำหรือหมุนเวียนไปให้บริการในบางพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ในเขตชุมชน ประกอบกับความรู้ความชำนาญของแต่ละวิชาชีพแตกต่างกัน และแนวทาง/รูปแบบการให้บริการในอนาคตอาจจะแตกต่างกันไปด้วยการวางแผนพัฒนาบุคลากรในอนาคตจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการผสมผสานทักษะหรือการทำงานทดแทนกันได้บางส่วน (skill mix)

มาตรการ

ข้อ 99 ให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ดูแลทิศทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้ง ประสาน กำกับ ติดตาม ประเมินผลระบบกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพพึงประสงค์

เจตนารมณ์เพื่อวางกลไกสำหรับการผลักดันและประสานเชิงนโยบาย เชื่อมโยงให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ ภาครัฐและภาคเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ ได้ทำงานร่วมกัน เพื่อการกำหนดวิสัยทัศน์ และเข้ามามีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในกระบวนการวางแผน การควบคุม และประเมินผล เพื่อให้ระบบกำลังคนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของประเทศเป็นหลัก

ในช่วงปี พ.ศ. 2524-2537 ได้มีมติคณะรัฐมนตรี ให้มี “คณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” ขึ้น โดยความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้กำลังคนด้านสุขภาพ และมี “ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข” เป็นเลขานุการกิจ เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2538-2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ได้ร่วมกันจัดทำโครงการวิจัยด้านการคาดการณ์กำลังคนในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ทำให้เกิดองค์ความรู้ในการคาดการณ์กำลังคนและมีเครือข่ายนักวิชาการ และ ต่อมาได้มีการดำเนินกิจกรรมในด้านการเผยแพร่องค์ความรู้ในระดับนานาชาติ ได้แก่ มีการจัดทำวารสารวิชาการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resources for

Health Development) ในปี พ.ศ. 2540 และจัดให้มีการจัดสัมมนาเพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่กลุ่มนักวิชาการ ซึ่งกิจกรรมทั้งหลายเหล่านี้เป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์การสร้างบุคลากรที่เกี่ยวข้องทางด้านกำลังคนและกระตุ้นให้บุคลากรหลายฝ่ายได้ตระหนักถึงความสำคัญของการกำลังคน และเพื่อสร้างกลไกเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้และการผลักดันนโยบาย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการขาดกลไกที่เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ในการประสานงาน ติดตามและประเมินผล จึงทำให้การดำเนินงานด้านนี้ขาดความต่อเนื่อง

เนื่องจากการกำลังคนด้านสุขภาพมีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ รัฐและเอกชน สถาบันการศึกษา องค์กรวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เป็นต้น ดังนั้นมีความจำเป็นต้องมีกลไกอิสระที่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานเชื่อมโยงทุกภาคส่วนเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ พร้อมกับจัดเวทีสำหรับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในกระบวนการวางแผน การควบคุมและประเมินผล เพื่อให้ระบบกำลังคนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และได้เสนอจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้น ซึ่งหนึ่งในบทบาทที่สำคัญนั้นคือการส่งเสริมสนับสนุนให้มีกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาการกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นคณะกรรมการประจำ ทำหน้าที่เป็นกลไกติดตามประเมินและคาดการณ์สถานการณ์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ และพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ที่จำเป็นในการแก้ปัญหาการกำลังคน และคณะกรรมการฯ นี้ จะเป็นกลไกประจำภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ

ในปัจจุบันคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพไว้ให้มีฐานะเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษา ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านนโยบาย และแนวทางยุทธศาสตร์การกำลังคนด้านสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นกลไกติดตามประเมินและคาดการณ์สถานการณ์เกี่ยวกับกำลังคนด้านสุขภาพ และพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ที่จำเป็นในการแก้ปัญหาการกำลังคน และคณะกรรมการฯ นี้ จะเป็นกลไกประจำภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อมีการประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งหากปรับโครงสร้างคณะกรรมการชุดนี้ และให้มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการวางแผน กำหนดยุทธศาสตร์ และประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ จะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบทำหน้าที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อ 100 ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนระบบการผลิตที่ให้บุคคลจากชุมชนท้องถิ่นต่าง ๆ ให้มีโอกาสเข้าศึกษาและพัฒนาเพื่อกลับไปปฏิบัติหน้าที่เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขในท้องถิ่นของตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างใกล้ชิด

เจตนารมณ์ เพื่อยืนยันหลักการโดยวางมาตรการในพัฒนาบุคคลในพื้นที่ให้เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพ และเป็นผู้ให้บริการสุขภาพในพื้นที่ โดยกระบวนการคัดเลือกบุคคลจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น

สาเหตุหนึ่งของปัญหาการกระจายบุคลากรที่ไม่เหมาะสม คือ ระบบสาธารณสุขไม่สามารถอัตรบุคลากรเหล่านั้นให้ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่องได้ ในปัจจุบันมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการผลิตที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ โดยใช้กลวิธี การคัดเลือกจากชุมชน การจัดการเรียนการสอนใกล้บ้านและเน้นชุมชน และหลังจากสำเร็จการศึกษาได้กลับไปปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งพบว่ากลวิธีนี้สามารถเพิ่มบุคลากรในชุมชนได้และอัตราการคงอยู่สูง

ข้อ 101 ให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรวิชาชีพ และภาคส่วนต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการให้บุคลากรด้านสาธารณสุขแสดงบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนกำลังคนด้านอื่น ๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพ ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่และมีส่วนร่วมในการทำงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกันอย่างจริงจัง

เจตนารมณ์ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรในวิชาชีพและเปิดพื้นที่ปฏิบัติงานให้กับบุคลากรอื่นในสายสุขภาพโดยได้รับการปฏิบัติอย่างให้เกียรติและคำนึงถึงศักดิ์ศรี ไม่ว่าจะเป็นแพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข รวมไปถึงอาสาสมัครภาคประชาชนอื่นๆ ได้เข้ามามีบทบาทเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ในลักษณะต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาวะของประชาชน ชุมชน และระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต

ข้อ 102 ให้รัฐสนับสนุนให้บุคลากรด้านสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ให้เป็นองค์กรวิชาชีพที่มีกฎหมายเฉพาะรองรับ และสนับสนุนให้มีกระบวนการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างองค์กรวิชาชีพและเปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในการทำงานขององค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

เจตนารมณ์ เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในสาขาต่างๆ ได้มีการรวมกลุ่มเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ พัฒนามาตรฐานการทำงาน ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงาน ติดตามและตรวจสอบการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมของสมาชิก อีกทั้งเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบอย่างเหมาะสม

(ร่าง)

บันทึกเจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552

หมวด 12

การเงินการคลังด้านสุขภาพ

เจตนารมณ์

ด้วยระบบสุขภาพของทุกประเทศในทั่วโลก ต่างประสบกับสภาพปัญหาและความท้าทายด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ เนื่องมาจากแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข ทั้งจากการค้นพบยาและวิธีการรักษาสมัยใหม่ รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง ประกอบกับความคาดหวังและอายุขัยเฉลี่ยของประชาชนที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการด้านสุขภาพและทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่ค่อนข้างจำกัด ปัจจุบันดังกล่าวทำให้เกิดอุปสรรคต่อทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา จำเป็นต้องดำเนินการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศตนเอง อย่างไรก็ตาม แนวทางในการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านระบบสาธารณสุข ภาระโรค โครงสร้างประชากร และสถานการณ์ด้านการเงินการคลังโดยรวมของแต่ละประเทศ

ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการจัดการทางการเงินในระบบสาธารณสุขซึ่งส่งผลต่อการผลิต การจัดหาทรัพยากร การวิจัย การจัดระบบบริการสาธารณสุข และการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนและชุมชน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า และเนื่องจาก “ระบบบริการสาธารณสุข” เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพโดยรวม และจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ดังนั้น การพิจารณาระบบการเงินการคลังของระบบบริการสาธารณสุข จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญเป็นลำดับต้น

นิยามศัพท์

ข้อ 3 ในธรรมนูญนี้

“ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ” หมายความว่า การจัดการทางการเงินการคลัง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและหลักประกันการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างถ้วนหน้า และอย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการเงินการคลัง หมายถึงกระบวนการให้ทุนสนับสนุนแก่ระบบใดๆ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญหลัก 3 ประการคือ

- 1) การเก็บรวบรวมเงิน (revenue collection) มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อจัดหาเงินและทรัพยากรสำหรับสนับสนุนระบบสุขภาพ (ในที่นี้จำกัดที่ระบบบริการสาธารณสุข) ให้เพียงพอและมีความยั่งยืน (sustainability) โดยจำเป็นต้องพิจารณาว่าแหล่งการคลังสุขภาพควรมาจากที่ใดและจะจัดเก็บอย่างไร เช่น ภาษีทั่วไป ภาษีเฉพาะ การเก็บเงินสมทบหรือเบี้ยประกันเพื่อการประกันสุขภาพ หรือการเก็บเงิน ณ จุดใช้บริการ ทั้งนี้แหล่งเงินแต่ละประเภทมีผลต่อความเป็นธรรมในการจ่ายเพื่อระบบบริการสาธารณสุขของประชาชนที่แตกต่างกัน โดยการจ่ายค่าบริการ ณ จุดใช้บริการเป็นแหล่งการเงินการคลังที่มีความเป็นธรรมน้อยที่สุด ในขณะที่การจ่ายล่วงหน้าทุกระบบจะมีความเป็นธรรมในการจ่ายมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากบริการสาธารณสุขที่จำเป็นถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของการดำรงชีวิต เชกเช่นเดียวกับการศึกษา ดังนั้นในการจ่ายเพื่อระบบบริการสาธารณสุขควรยึดหลักการสำคัญคือ การจ่ายเงินเพื่อระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปตามความสามารถในการจ่ายของประชาชน (health care should be financed according to ability to pay)
- 2) การรวมเงินเป็นกองทุน (pooling) และการจัดสรรเงิน (resource allocation) มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อกระจายความเสี่ยงของภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและเจือจางรายได้ระหว่างบุคคลและกลุ่มคน รวมทั้งเป็นการแยกบทบาทหน้าที่ระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ (purchaser-provider split) ทั้งนี้การรวมเงินเพื่อกระจายความเสี่ยงดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้เฉพาะในระบบการจ่ายล่วงหน้า (pre-payment) เท่านั้น เช่น ระบบภาษีทั่วไป หรือการจ่ายเงินสมทบในระบบประกันสังคม หรือเบี้ยประกันสุขภาพ ทั้งนี้ความสามารถของการกระจายความเสี่ยงและเจือจางรายได้ ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น อัตราก้าวหน้าของการจ่าย ขนาดของกองทุน รวมถึงการมีกลไกในการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนในกรณีที่มีหลายกองทุน ทั้งนี้กองทุนที่มีขนาดใหญ่ย่อมสามารถกระจายความเสี่ยงและเจือจางรายได้ระหว่างบุคคลดีกว่ากองทุนที่มีขนาดเล็ก

สำหรับการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการสาธารณสุขออกจากกัน (purchaser-provider split) จะช่วยป้องกันสถานการณ์การมีผลประโยชน์และบทบาทที่ขัดแย้งกันระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ เช่น บทบาทของผู้ซื้อบริการที่ต้องทำหน้าที่แทนประชาชนในการจัดซื้อบริการและควบคุมคุณภาพบริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับ ในขณะที่บทบาทของผู้ให้บริการจะมีบทบาทหลักในการให้บริการสาธารณสุขที่ปลอดภัย มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและเป็นประโยชน์กับประชาชน

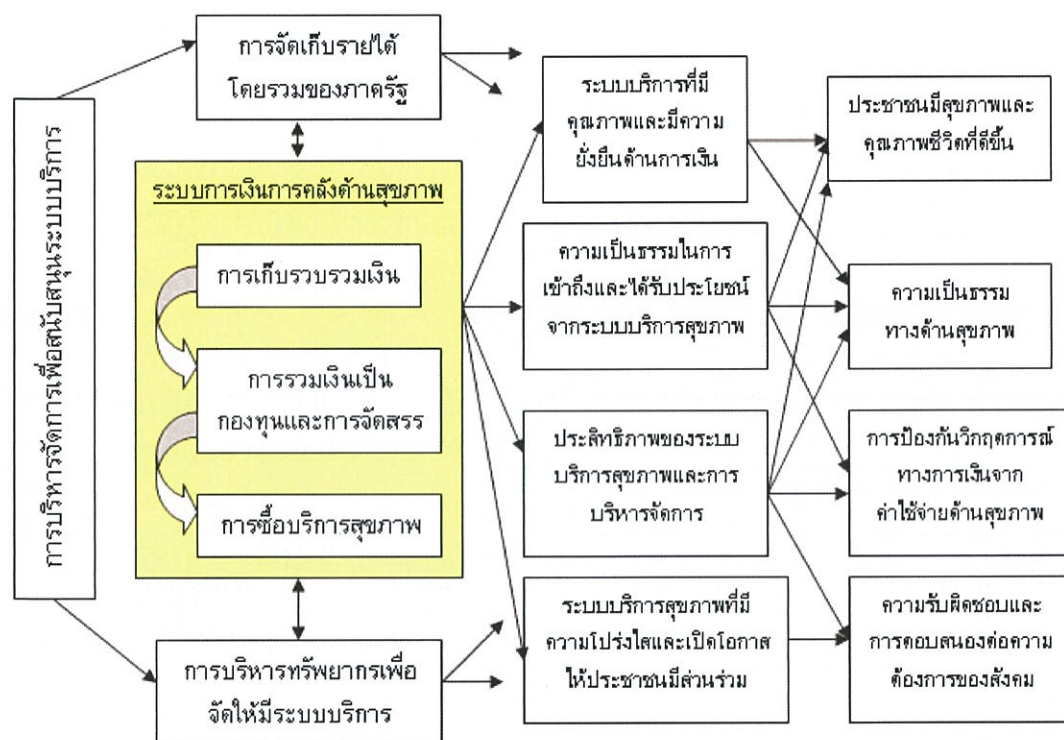
- 3) การซื้อบริการ (purchasing) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้เมื่อมีความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยบริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับต้องมีคุณภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพและคาดหวังของประชาชน ขณะเดียวกัน วิธีการซื้อบริการและจ่ายเงินควรสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและสนับสนุนให้เกิดประสิทธิภาพทั้งในเชิงการผลิตและการจัดสรร ทั้งนี้วิธีการซื้อบริการ ขอบเขตและประเภทของบริการสาธารณสุขที่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ และประเภทของผู้ให้บริการ (รัฐหรือเอกชน) จะมีผลกระทบต่อ ผลผลิตของการให้บริการ วิธีการกระจายทรัพยากร ประสิทธิภาพของระบบ และเป้าหมายผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีของประชาชน

ทั้งนี้ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งในระบบบริการสาธารณสุข ดังนั้นเป้าหมายของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ จึงต้องสอดคล้องกับเป้าหมายในระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม กล่าวคือ

- 1) เพื่อป้องกันวิกฤตการณ์ทางการเงินของครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เนื่องจากการเจ็บป่วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาวะที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ล่วงหน้า และรัฐมีบทบาทที่สำคัญในการปกป้องและแก้ไขความเดือดร้อนของประชาชนในประเทศ
- 2) เพื่อสนับสนุนให้เกิดความเป็นธรรมและภราดรภาพ (solidarity) เกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยประชาชนที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจนซึ่งมีความสามารถในการจ่าย (ability to pay) ที่น้อยกว่าควรแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพน้อยกว่าคนที่มีเศรษฐกิจดีกว่า และประชาชนที่มีสุขภาพแข็งแรงกว่าควรช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วยหรือมีสุขภาพอ่อนแอกว่าในสังคม ตามหลักการ “ดีช่วยป่วย รวยช่วยจน”
- 3) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงและการได้รับประโยชน์จากระบบบริการสาธารณสุขโดยปราศจากอคติทางชาติพันธุ์ ถิ่นฐานที่อยู่อาศัย หรือสถานะทางเศรษฐกิจสังคม
- 4) เพื่อให้เกิดความเพียงพอและยั่งยืนของทรัพยากรสุขภาพที่ใช้ในการผลิต การจัดหาและการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร

- 5) เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพและการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งระบบการบริหารจัดการ (administration)
- 6) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคประชาสังคม รวมทั้งสนับสนุนให้มีระบบการตรวจสอบ สร้างความโปร่งใสในการบริหารจัดการและการจัดบริการของระบบบริการสาธารณสุข

แผนภาพที่ 1 ภาพความสัมพันธ์ระหว่างระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพกับระบบบริการสาธารณสุข และเป้าหมายโดยรวม



“การเงินการคลังรวมหมู่” หมายความว่า การเงินการคลังที่ประชาชนร่วมจ่ายเงินตามสัดส่วนความสามารถในการจ่าย ตามหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข โดยนำเงินที่เก็บล่วงหน้ามาใช้จ่ายร่วมกัน เพื่อจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตสำหรับทุกคน

เจตนารมณ์ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจ่ายเพื่อระบบบริการสาธารณสุข และอำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นของประชาชนทุกคน ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพควรเป็นระบบการจ่ายเงินล่วงหน้า (Prepayment system) ภายใต้การจัดการของภาครัฐ โดยจัดเก็บในอัตราก้าวหน้า (อัตราจ่ายเพิ่มขึ้นตามรายได้ที่เพิ่มขึ้น) และมีกองทุนในลักษณะกองทุน เพื่อให้มีการกระจายภาระเสี่ยงด้านการเงิน และเจือจางรายได้ระหว่างคนรวยและคนจน ระหว่างคนที่มีสุขภาพดีและคนป่วย กล่าวคือ

จำนวนเงินที่คนรวยและผู้ที่มีสุขภาพดีจ่ายต้องมากกว่าจำนวนที่จำเป็นต้องใช้สำหรับตนเอง และมีเหลือไป
แจกจ่ายสำหรับคนจนหรือคนป่วย

หลักการ

ข้อ 104 การเงินการคลังด้านสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ภาคบังคับต้องไม่ดำเนินการเพื่อบังคับให้ประชาชนต้องจ่ายค่าใช้บริการ

เจตนารมณ์ การบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับ
เป้าหมายในระบบสาธารณสุขโดยรวม กล่าวคือ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและหลักประกันสุขภาพอย่าง
ถ้วนหน้าภายใต้การจัดสรรทรัพยากรสุขภาพอย่างเพียงพอ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้และยั่งยืน เพื่อ
นำไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่มีความเป็นธรรมและมีมาตรฐานในการเฉลี่ยภาระค่าใช้จ่ายด้าน
สุขภาพ ประชาชนมีความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากระบบสุขภาพโดยปราศจากอคติ
ทางชาติพันธุ์ ถิ่นฐานที่อยู่อาศัย หรือสถานะทางเศรษฐกิจสังคม โดยเฉพาะระบบการคลังรวมหมู่ภาคบังคับ
ต้องมุ่งเน้นที่ผลประโยชน์ประชาชนเป็นที่ตั้ง ไม่ควรให้ภาคธุรกิจมาหาผลประโยชน์จากระบบดังกล่าว

เป้าหมาย

ข้อ 105 การเงินการคลังรวมหมู่สำหรับบริการสาธารณสุขได้รับการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมาย
ในปี 2563 ดังนี้

- (1) ลดสัดส่วนรายจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประเทศที่มาจากครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการ
จากร้อยละ 36 ของรายจ่ายรวมของประเทศในปี 2548 เป็นไม่เกินร้อยละ 20
- (2) ลดจำนวนครัวเรือนที่ประสบปัญหาวิกฤตด้านเศรษฐกิจจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์
จากร้อยละ 2 ของครัวเรือนทั้งหมดในปี 2549 เป็นไม่เกินร้อยละ 1
- (3) มีความเป็นธรรมในการได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณสุขที่รัฐสนับสนุน
- (4) อัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นไม่มากกว่าอัตราการเพิ่มของ
ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ
- (5) ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ภาคบังคับดำเนินการถูกต้องตามหลักการไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์
เชิงธุรกิจ

รัฐต้องมีบทบาทในการจัดให้ประชาชนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่าง
ถ้วนหน้า เพื่อป้องกันครัวเรือนจากผลกระทบด้านสุขภาพอันสืบเนื่องจากการไม่ได้รับบริการ หรือ

วิกฤตการณ์ทางการเงินจากภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตลอดจนต้องลดความเหลื่อมล้ำด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากระบบสุขภาพ

สถานการณ์การคลังระบบสาธารณสุขไทย

จากการทบทวนสถานการณ์ด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพในประเทศไทยพบว่า

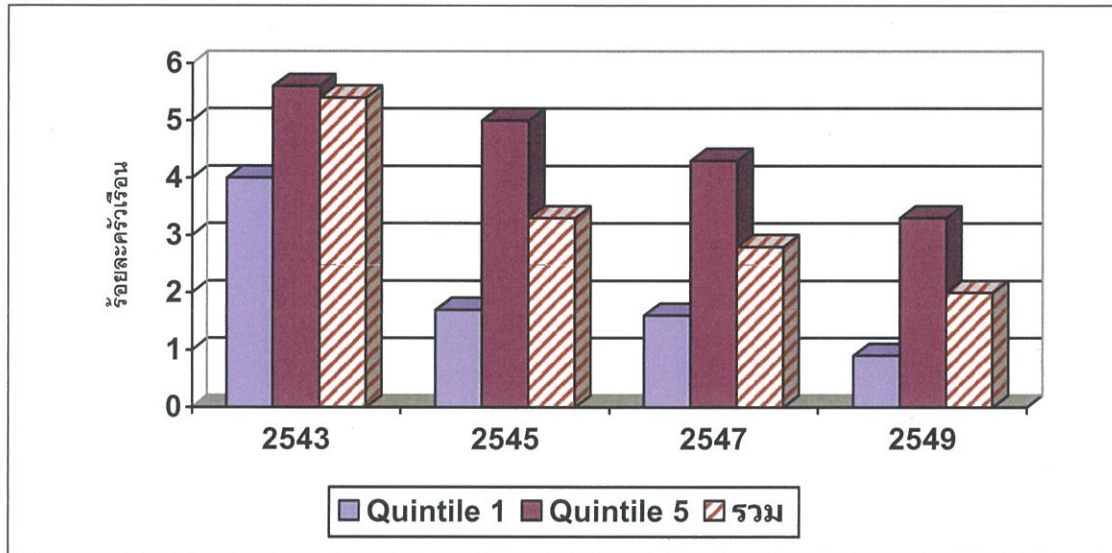
1. **การมีหลักประกันสุขภาพของประชากรไทย** ในเชิงหลักการภายหลังจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2544 ประชาชนไทยทุกคนควรต้องถูกครอบคลุมด้วยหลักประกันสุขภาพของภาครัฐอย่างน้อยประเภทใดประเภทหนึ่งจาก 3 ระบบหลักคือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติพบว่า ในปีงบประมาณ 2550 มีประชากรประมาณร้อยละ 5 ที่ยังไม่ถูกครอบคลุมด้วยหลักประกันสุขภาพของภาครัฐเนื่องจากขาดหลักฐานทางราชการ ไม่มีที่อยู่อาศัยที่เป็นหลักแหล่ง และบางส่วนขาดความเข้าใจในความสำคัญของการมีหลักประกันสุขภาพ

2. **ความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพของระบบสุขภาพไทย** มีแนวโน้มที่ดีขึ้นเมื่อวัดโดยร้อยละของครัวเรือนในกลุ่มเศรษฐกิจต่างๆ ที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ ครัวเรือนซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดภาวะวิกฤตด้านการเงินของครัวเรือน ภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า ร้อยละของครัวเรือนที่มีรายจ่ายเกินเกณฑ์ดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2543 เหลือเพียงร้อยละ 2 ในปี พ.ศ. 2549 ขณะเดียวกันความยากจนจากการจ่ายค่ารักษายาบาลของคนไทยได้ลดลงหลังมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัดส่วนของครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (poverty line) ซึ่งเป็นผลมาจากการควักกระเป๋าจ่ายเงินเองในการรักษายาบาลลดลง จากร้อยละ 2.1 ในปี พ.ศ. 2543 ก่อนมีระบบหลักประกันสุขภาพ มาเหลือเพียงร้อยละ 0.5 ในปีพ.ศ. 2549 หลังมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า^{1 2}

¹ Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: result from national household surveys in Thailand. WHO Bulletin.2007; 85(8): 600-6

² Prakongsri P.,Limwattomonas S, Tangcharornsatien V The study impact of the universal coverage Policy: lessons from Thailand. Advance in Health Economics,2009

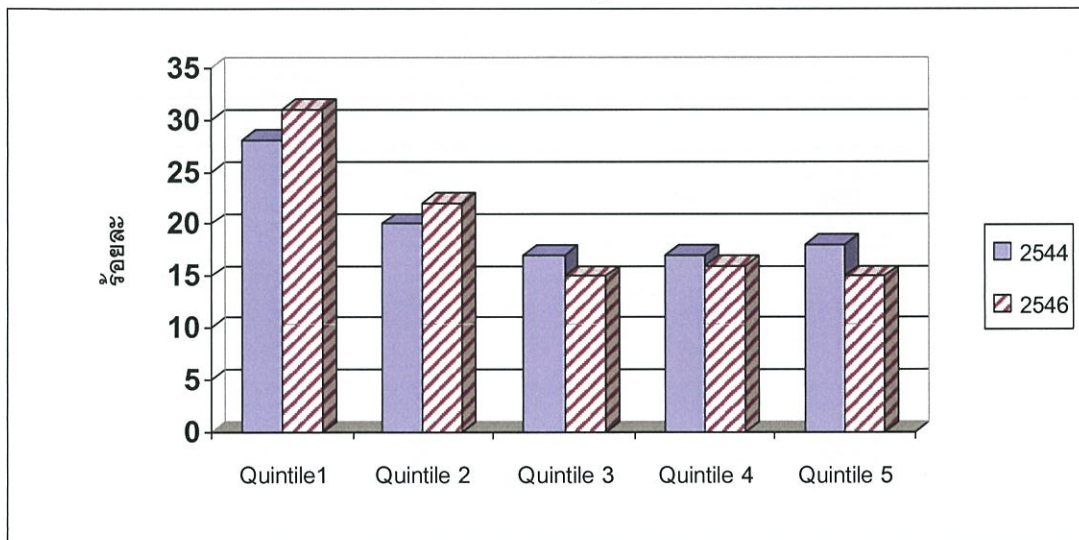
แผนภาพที่ 2 ร้อยละของครัวเรือนที่มีรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลเกินกว่าร้อยละ 10 ของรายได้ครัวเรือน จำแนกตามชั้นรายได้ พ.ศ. 2543 - 2549



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543 – 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

3. ความเป็นธรรมในการอุดหนุนงบประมาณของภาครัฐ ภายหลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การกระจายของการอุดหนุนงบประมาณของภาครัฐไปสู่กลุ่มคนจนมากขึ้น กล่าวคือ ในปี 2544 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีการดำเนินนโยบายดังกล่าว งบประมาณภาครัฐร้อยละ 28 และ 20 ถูกใช้โดยประชาชน 20 % แรกที่อยู่ในชั้นรายได้ที่จนที่สุด (quintile 1) และประชาชนกลุ่ม 20% ที่สองที่ยากจน (quintile 2) และเพิ่มเป็นร้อยละ 31 และ 22 ตามลำดับหลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2546 บ่งชี้ว่าคนจนใช้ประโยชน์จากนโยบายดังกล่าวมากกว่าคนรวย (Pro poor policy) ทั้งนี้ ปัจจัยที่นโยบายดังกล่าวเอื้อต่อคนจน น่าจะมาจากการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มคนจนมากกว่าคนรวย โดยเฉพาะที่สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านคือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่มีคนรวยบางส่วนไม่ใช้สิทธิหลักประกันดังกล่าวเมื่อไปใช้บริการ อาจด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ค่ารักษาพยาบาลไม่สูงมากนัก สามารถจ่ายเองได้ ไม่มั่นใจในคุณภาพบริการ หรือต้นทุนเสียโอกาสในการไปใช้บริการสูง ฯลฯ

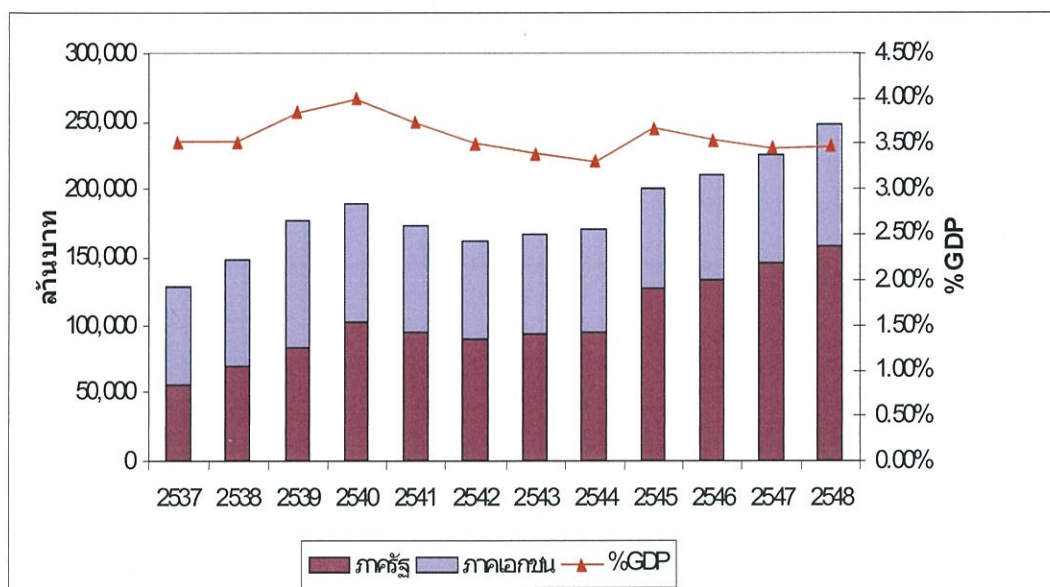
แผนภาพที่ 3 การกระจายการสนับสนุนงบประมาณรัฐตามชั้นรายได้ของประชาชน 2544 และ 2546



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543 – 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

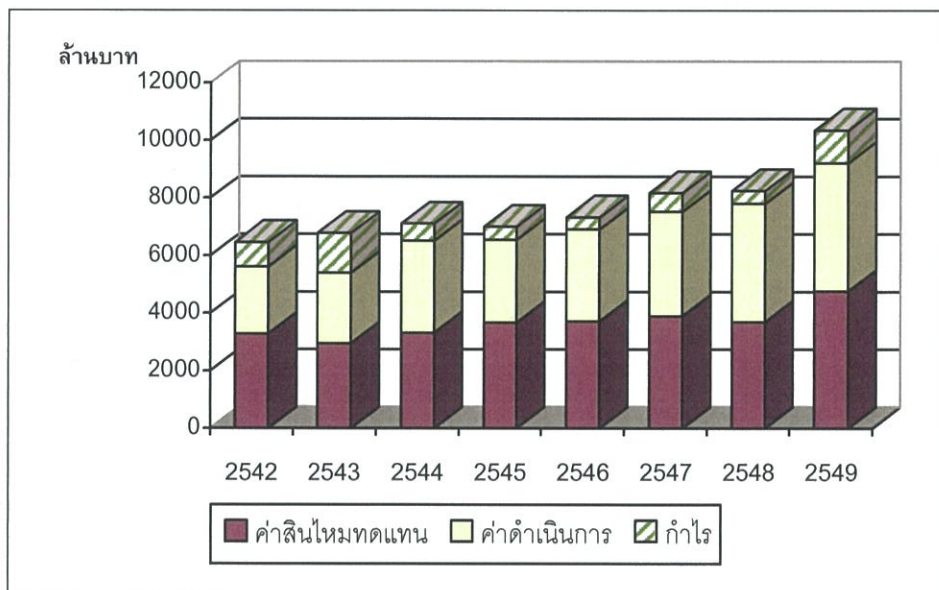
4. ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ภายหลังการมีนโยบายดังกล่าวพบว่าภาระรายจ่ายภาครัฐเพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาระรายจ่ายครัวเรือนลดลง สัดส่วนรายจ่ายของครัวเรือนลดลงจากร้อยละ 55 ในปี พ.ศ. 2537 เหลือร้อยละ 43 ในปี พ.ศ. 2544 และเหลือร้อยละ 36 ในปี 2548 ในขณะที่รายจ่ายสุขภาพในภาพรวมของประเทศเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศพบว่าค่อนข้างคงที่ อยู่ที่ประมาณ 3.5% ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว บ่งชี้ว่าอัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพในช่วงที่ผ่านมาไม่ได้สูงไปกว่าการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

แผนภาพที่ 4 รายจ่ายสุขภาพประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2548



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 – 2548 สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

5. ระบบการคลังรวมหมู่ที่บริหารจัดการโดยภาคเอกชน การประกันภัยสำหรับผู้ประสบภัย
จากรถตาม พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พบว่า ประสิทธิภาพของการ
คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถค่อนข้างต่ำ มีการใช้สิทธิเพื่อการรักษาพยาบาลตามพรบ. นี้น้อย บางรายแบกรับ
ค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง บางรายไปใช้สิทธิในระบบประกันสุขภาพหลักที่ตนมีอยู่ ด้านค่าใช้จ่ายในการ
บริหารจัดการของบริษัทประกันวินาศภัยพบว่าอยู่ในระดับสูง ข้อมูลผลประกอบการระหว่างปี 2542 –
2549 พบว่า ค่าสินไหมทดแทนที่บริษัทจ่ายให้แก่ประชาชนคิดเป็นร้อยละ 43-51 ของเบี้ยประกันภัยที่ถือ
เป็นรายได้ และมีค่าใช้จ่ายเพื่อให้ได้มาซึ่งเบี้ยประกันและการจัดการรวมถึงกำไรสูงถึงร้อยละ 43 - 52 โดย
เป็นกำไรของบริษัทเฉลี่ยร้อยละ 9.5 โดยมีกำไรสะสม 4,902 ล้านบาทในช่วงระยะเวลาดังกล่าว³
แผนภูมิที่ 5 ผลการดำเนินงานธุรกิจประกันวินาศภัย 2540 – 2549

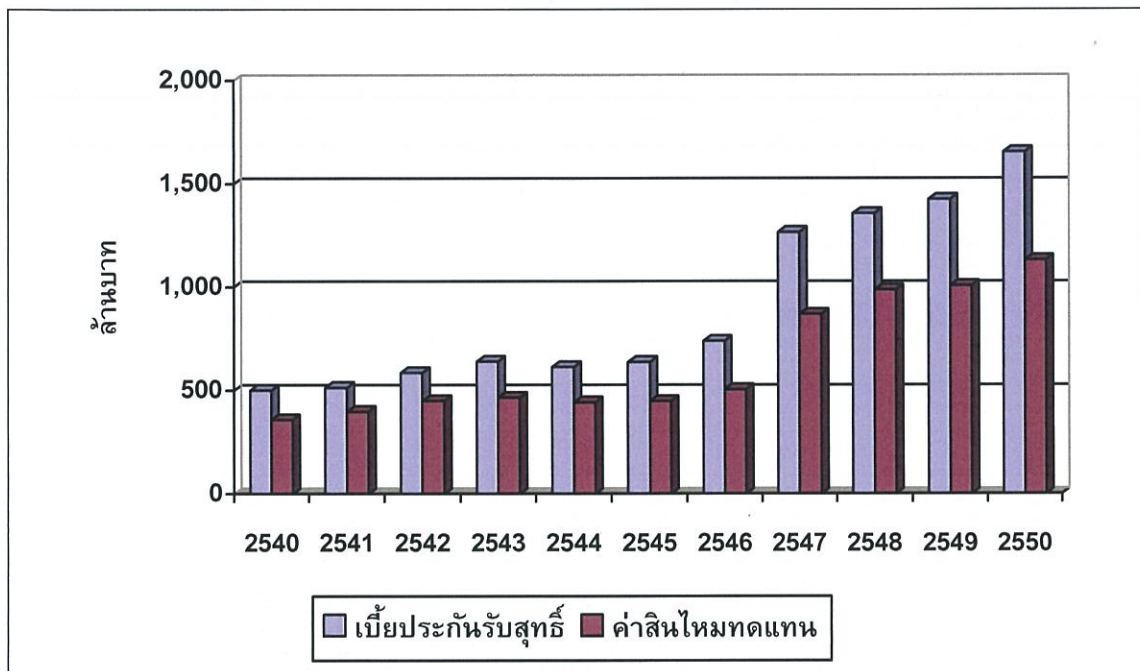


ที่มา : กรมการประกันภัย http://www.oic.or.th/stat_data/thai-version/Stat_of_NonLife_Yearly.htm ณ
วันที่ 23 ธ.ค. 2550

สำหรับประกันสุขภาพภาคสมัครใจของบริษัทประกันสุขภาพเอกชนนั้น ในแต่ละปีมีวงเงินเบี้ย
รับประกันสุทธิไม่ถึงปีละสองพันล้านบาท ทั้งนี้มีการก้าวกระโดดของเบี้ยรับประกันสุทธิในปี 2547 และมี
แนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ สำหรับอัตราการจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้นคิดเป็นเฉลี่ยร้อยละ 72 ของเบี้ย
ประกันที่รับในช่วงระหว่างปี 2540 – 2550 ที่เหลือเป็นค่าบริหารจัดการ

³ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ, โครงการประเมินการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ, 2551

แผนภาพที่ 6 รายรับสุทธิและค่าสินไหมทดแทน ธุรกิจการประกันสุขภาพภาคสมัครใจ 2540 - 2550



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

<http://www.oic.or.th/th/statistics/yearly.php> ข้อมูล ณ วันที่ 21 สิงหาคม 2552

มาตรการ

ข้อ 106 ให้รัฐจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่มาจากแหล่งเงินซึ่งมีการจัดเก็บในอัตราก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น รวมถึงเพิ่มการจัดเก็บภาษีจากบริการสาธารณสุขที่เน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจและสินค้าที่ทำลายสุขภาพ และจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่ภาคบังคับให้เป็นไปตามหลักการไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

เจตนารมณ์ เพื่อให้ระบบการคลังบริการสาธารณสุขมีความเป็นธรรมมากขึ้น สอดคล้องกับเป้าหมายในระบบบริการสาธารณสุข ขณะเดียวกันก็ให้มีแหล่งเงินที่เพียงพอและยั่งยืนในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน

สถานการณ์ความเป็นธรรมการคลังระบบบริการสาธารณสุขไทย

จากการศึกษาของ O' Donnell และคณะในปี 2548 พบว่า ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีแหล่งเงินสำหรับการจัดบริการสุขภาพมาจากระบบการคลังรวมหมู่เป็นส่วนใหญ่ และมีร้อยละ 37 ที่มาจากการจ่ายของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการ ทั้งนี้แหล่งเงินที่มาจากภาษีรายได้หรือภาษีทางตรงมีการจัดเก็บแบบอัตราก้าวหน้าที่สุด รองลงมาคือ ภาษีทางอ้อม ซึ่งมีความก้าวหน้ามากกว่าอัตราก้าวหน้าของระบบ

ประกันสังคมเสียอีก เนื่องจากระบบประกันสังคมจัดเก็บเงินสมทบในอัตราคงที่ตามสัดส่วนของรายได้ (ร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน) และมีเพดานการจ่าย ณ ที่รายได้ 15,000 บาท ทั้งนี้อัตราและเพดานดังกล่าวกำหนดมาตั้งแต่เริ่มระบบกองทุนประกันสังคม ในปี พ.ศ. 2533 และไม่เคยปรับเปลี่ยนเลย ทั้งนี้แหล่งเงินจากระบบประกันสุขภาพเอกชนมีความก้าวหน้าน้อยที่สุดและน้อยกว่าการจ่ายเมื่อไปใช้บริการ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ส่วนแบ่งการคลังระบบสาธารณสุขไทยและสัมประสิทธิ์การกระจายภาระการจ่าย พ.ศ. 2545

แหล่งการคลัง	ส่วนแบ่ง (%)	สัมประสิทธิ์การกระจายภาระการจ่าย (Concentration index; CI)
ภาษีรายได้	18.68	0.9057
ภาษีทางอ้อม	31.55	0.5776
ประกันสังคม	5.82	0.5760
ประกันเอกชน	6.68	0.3995
จ่าย ณ จุดให้บริการ	37.27	0.4864
รวม	100	0.5929

ที่มา: O' Donnell et al, (2005) who pay for health care in Asia? Equitap project working paper.

หมายเหตุ ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (Concentration index) ค่าค่าสัมประสิทธิ์ของการกระจายภาระการจ่ายสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุข มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 ค่าบวกหมายถึง คนรวยแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในสัดส่วนที่มากกว่าคนจน ในขณะที่ค่าลบบ่งชี้ว่าคนจนแบกรับภาระมากกว่าคนรวย

สำหรับการจัดเก็บภาษีสินค้าที่ทำลายสุขภาพนั้น มีการนำรายได้จากการจัดเก็บภาษีสุรา และ บุหรี่ร้อยละ 2 มาสนับสนุนกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ทั้งนี้กิจกรรมในการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ เน้นไปที่เรื่อง สุขภาพประชาชน (Population health) ปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social determinants of health) และการเสริมพลังความเข้มแข็งของ กลไกชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น

ข้อ 107 ให้รัฐขยายระบบการเงินการคลังรวมหมู่ให้ครอบคลุมประชาชนที่มีภูมิฉันทาหารในประเทศ รวมถึงกลุ่มแรงงานต่างด้าว เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างถ้วนหน้า รวมทั้งจำกัดการใช้มาตรการร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการสาธารณสุขเฉพาะ เพื่อป้องกันการให้บริการมากเกินไปโดยไม่ใช่ว่าหาเงินเพิ่มเติมแก่ระบบ หากมีการใช้มาตรการร่วมจ่ายต้องมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองคนจนและผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพ ให้ได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม

เจตนารมณ์ บริการสาธารณสุขบางอย่างเป็นบริการด้านคุณธรรม กล่าวคือหากไม่ได้รับการอาจถึงกับเสียชีวิตหรือพิการ บริการสาธารณสุขบางอย่างมีผลกระทบต่อสังคมภายนอก (externalities)

เช่น การได้รับการรักษาพยาบาลหรือบริการป้องกันโรคในกรณีเจ็บป่วยจากโรคติดต่อนั้น ผู้ที่ได้รับประโยชน์จากบริการที่จัดให้มีได้จำกัดอยู่เพียงกลุ่มผู้ให้บริการ แต่ประชาชนกลุ่มอื่นๆและสังคมโดยรวมได้รับประโยชน์นั้นไปด้วยจากการลดความเสี่ยงจากการป่วยด้วยโรคต่างๆ ดังนั้นบริการสาธารณสุขที่จำเป็นจึงถือเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญต่อการดำรงชีวิต และการมีสุขภาพที่ดีเป็นต้นทุนมนุษย์ที่สำคัญ ในการเอื้อให้เข้าถึงโอกาสต่างๆในสังคม เจกเช่นเดียวกับการศึกษา รัฐธรรมนูญไทยกำหนดให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน นานาชาติเองก็ให้การรับรองว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เป็นสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง

สถานการณ์การได้รับหลักประกันสุขภาพในกลุ่มคนไร้รัฐและแรงงานต่างด้าว

- 1) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 กำหนดให้ “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้” อย่างไรก็ตามการตีความโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้บุคคลที่ได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ต้องมีสัญชาติไทยเท่านั้น
- 2) การตีความดังกล่าว มีผลให้ ผู้ที่มีภูมิลำเนาถาวรในประเทศไทยแต่มีได้รับสัญชาติไทยรวมถึงกลุ่มคน “ไร้รัฐไร้สัญชาติ” ไม่ได้รับการคุ้มครอง ทั้งนี้ประเทศไทยมีชนกลุ่มน้อยอยู่จำนวน 19 กลุ่ม มีประชากรรวมกันประมาณห้าแสนกว่าคน จำแนกได้เป็นสามกลุ่มใหญ่⁴ คือ กลุ่มที่รอพิสูจน์สัญชาติไทย (ส่วนใหญ่เป็นชาวเขา) กลุ่มที่รอการให้สัญชาติไทย และกลุ่มที่หลบภัยทางการเมือง ทั้งนี้ในอดีตกลุ่มบุคคลดังกล่าวเคยได้รับการช่วยเหลือโดยระบบสวัสดิการรักษายาบาลผู้มีรายได้และผู้ที่ยังคงควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) แต่เมื่อประเทศไทยประกาศให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน กลับทำให้คนกลุ่มนี้ถูกกีดกันออกจากระบบการคุ้มครองซึ่งเคยได้รับในอดีต คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ยากจนไม่สามารถจ่ายค่ารักษายาบาลเองได้ทั้งหมด จึงเป็นภาระของสถานพยาบาลหลายแห่งที่ต้องให้การลดหย่อนหรือยกเว้นการเก็บค่ารักษายาบาล ในบางจังหวัด เช่น ระนอง มีการขายบัตรประกันสุขภาพให้กับคนกลุ่มนี้ด้วยหลักมนุษยธรรม แต่ก็ประสบกับปัญหาการขาดทุนเนื่องจากคนที่ซื้อบัตรส่วนใหญ่เป็นคนที่มีโรคประจำตัว⁵
- 3) แรงงานต่างด้าวในประเทศไทยส่วนใหญ่ไม่ได้มีการขึ้นทะเบียนและไม่มีหลักประกันสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ มีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่าระบบเศรษฐกิจของไทยต้องพึ่งพิงแรงงานต่างด้าว

⁴ กฤตยา อาชวนิจกุล และ ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ) ประชากรของประเทศไทย ณ พ.ศ. 2548 กรุงเทพฯ, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548

⁵ Srithamrongsawat, S., Wisessang, R., and Ratjaroengkajorn, S. Financing Healthcare for Migrants: A case study from Thailand. Bangkok, International Organization of Migration and World Health Organization, 2009

โดยเฉพาะในบริการที่คนไทยไม่นิยมทำกัน และผลิตภาพเชิงเศรษฐกิจของคนกลุ่มนี้คาดว่า มีถึงร้อยละ 6.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ⁶ ซึ่งบทบาทของแรงงานต่างด้าวต่อระบบ เศรษฐกิจท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวมากยิ่งมีสูงขึ้น การจัดให้คนกลุ่มนี้ได้รับการขึ้น ทะเบียนทั้งหมดและมีหลักประกันสุขภาพจึงมีความจำเป็นทั้งต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ ของประเทศ สุขภาพของแรงงานต่างด้าวเอง รวมถึงลดภาระด้านการเงินของโรงพยาบาลที่ ให้บริการแก่ประชากรกลุ่มนี้ ดังที่โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก มีภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่ สามารถเรียกเก็บได้จากแรงงานข้ามชาติที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน สูงถึง 44 ล้านบาทในปี 2549⁷

- 4) สำหรับแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและมีหลักประกันสุขภาพ พบว่า มีการใช้ บริการเพิ่มขึ้น แต่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกยังต่ำกว่าของแรงงานไทยมาก ส่วนใหญ่คน กลุ่มนี้รักษาตนเองด้วยการซื้อยากินเองเมื่อเจ็บป่วย ภาษาและวัฒนธรรมยังคงเป็นสิ่งที่กีดกั้น การใช้บริการ ในขณะที่การใช้บริการผู้ป่วยในใกล้เคียงกับแรงงานไทยในระบบประกันสังคม แสดงว่าเมื่อเจ็บป่วยหนักคนกลุ่มนี้ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นไม่ต่างจากแรงงานไทยมากนัก⁸

การกำหนดส่วนร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการ วัตถุประสงค์ของการกำหนดส่วนร่วมจ่ายในระบบ หลักประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่กำหนดเพื่อป้องกันการให้บริการเกินจำเป็นของประชาชน ประเทศที่จัด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนส่วนใหญ่มีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายในรูปแบบต่างๆ⁹ เช่น ส่วน ร่วมจ่ายค่ายา ค่าแพทย์ ค่าอนรักษัตวในโรงพยาบาล ค่ารถพยาบาล เป็นต้น ทั้งนี้การคิดส่วนร่วมจ่ายค่า ยาอาจคิด ต่อใบสั่งยา ต่อรายการยา เป็นสัดส่วนของค่ายา เป็นต้น อย่างไรก็ตามในทุกประเทศล้วนมี มาตรการในการยกเว้นการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายสำหรับประชาชนบางกลุ่ม เช่น เด็ก คนตกงาน ผู้สูงอายุ ผู้มี โรคเรื้อรัง ฯลฯ รวมถึงการกำหนดเพดานการร่วมจ่ายเพื่อไม่ให้เป็นการกับประชาชนมากเกินไป มี ข้อสังเกตคือ อัตราการใช้บริการของประชาชนในประเทศพัฒนาแล้วที่จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น สูงกว่าอัตราการใช้บริการของประชาชนในประเทศไทยมาก ซึ่งน่าจะไม่น่าจะมีปัญหาเรื่องการใช้บริการเกิน จำเป็น ในทางกลับกันยังน่าจะมีปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการบางอย่างสำหรับประชาชนบางกลุ่ม ดังนั้นหาก เราจะกำหนดส่วนร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการควรจำกัดเฉพาะกรณีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีการใช้บริการ เกินจำเป็น และหากจำเป็นต้องใช้รัฐต้องมีหลักเกณฑ์และมีวิธีการที่มีประสิทธิผลในการยกเว้นค่า

⁶ Martin , P. (2007) *The Contribution of Migrant Workers to Thailand: Towards Policy Development*. International Labour Organization (ILO), Bangkok, Thailand

⁷ จุติมาศ สุกใส, สถานการณ์การดำเนินการของโรงพยาบาล เพื่อการเข้าถึงสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก” สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้ สัญชาติ, 2551

⁸ Nadia Jemai, Sarah Thomson and Elias Mossialos (2004). An overview of cost sharing for health services in European Union. Euro Observer 6(3).

รักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยยากไร้และด้อยโอกาส รวมถึงผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น

ข้อ 108 ให้รัฐเพิ่มการลงทุนในการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยให้มีอัตราการเพิ่มไม่ต่ำกว่าอัตราเพิ่มด้านการรักษาพยาบาล สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เช่น ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ การบริการพักฟื้นระยะยาว การฟื้นฟูสมรรถภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ รวมถึงพิจารณาใช้มาตรการภาษีสำหรับลดการบริโภคสินค้าที่ทำลายสุขภาพ

เจตนารมณ์

1) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรของระบบสาธารณสุข กล่าวคือ ให้เน้นจัดสรรทรัพยากรไปยังบริการที่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพสูง และสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ รวมถึงมีการกำหนดสัดส่วนวงเงินงบประมาณที่ชัดเจนสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นใหม่ตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย ขณะเดียวกันภาระโรคของประเทศไทยก็ได้เปลี่ยนจากโรคติดต่อเฉียบพลันมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บซึ่งมักมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่หากไม่เสียชีวิต เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นระบบบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการพัฒนาเพื่อรองรับความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไป เช่น การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการต่อเนื่องรอบด้าน บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บริการกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพ ฯลฯ เป็นต้น ตลอดจนมีการส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

3) เพื่อเพิ่มการลงทุนด้านการวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งพัฒนาระบบสาธารณสุขให้บรรลุเป้าประสงค์เชิงนโยบายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้าน ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และการตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคม

4) เพื่อควบคุมการบริโภคสินค้าที่ทำลายสุขภาพ

สถานการณ์

1. การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

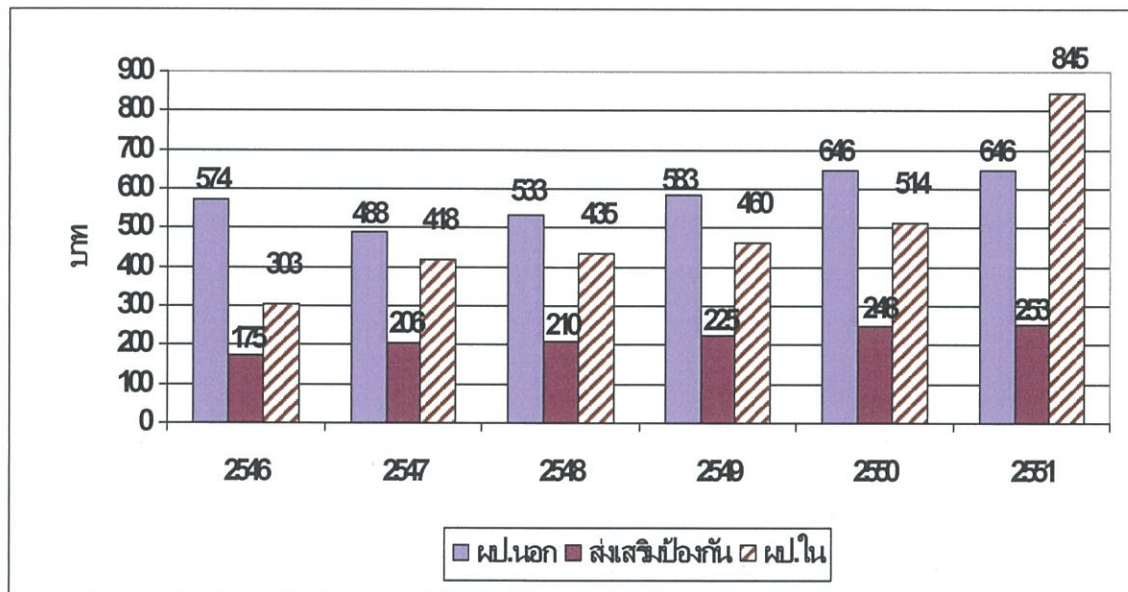
ข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี 2537-2548⁹ พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการสาธารณสุขในประเทศไทยยังค่อนข้างต่ำเมื่อ

⁹ สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2537 – พ.ศ. 2548 นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข 2550

เปรียบเทียบกับรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล กล่าวคือ รายจ่ายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการสาธารณสุข ใช้ไปเพียงร้อยละ 8 - 9 ระหว่างปี 2543 - 2545¹⁰ และจากข้อมูลล่าสุดในปี 2548 พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดได้เพิ่มขึ้นจาก 1.7 แสนล้านบาทในปี 2544 เป็น 2.48 แสนล้านบาท ในปี 2548 แต่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนี้กลับมุ่งเน้นไปที่การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนสัดส่วนของรายจ่ายด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคลบยิ่งลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2544 เหลือเพียงร้อยละ 4.8¹¹ เท่านั้น อย่างไรก็ตามก็มิได้หมายความว่า ข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ไม่ได้รวมรายจ่ายของ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และมีข้อจำกัดด้านความคุ้มครองของข้อมูลรายจ่ายของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

เมื่อพิจารณางบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า งบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจาก 175 บาทต่อประชากรในปี 2546 เป็น 210 บาทในปี 2548 และ 253 บาทต่อประชากรในปี 2551 หรือคิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 8 ต่อปีในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งเมื่อเทียบกับการเพิ่มของงบประมาณด้านการรักษาพยาบาล จะเห็นว่าเพิ่มในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับการเพิ่มของงบประมาณผู้ป่วยใน ซึ่งมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 25 ต่อปีในช่วงเดียวกัน งบรักษาพยาบาลโดยรวมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปีในช่วงเดียวกัน

แผนภาพที่ 7 งบประมาณรายหัวระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 - 2551



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

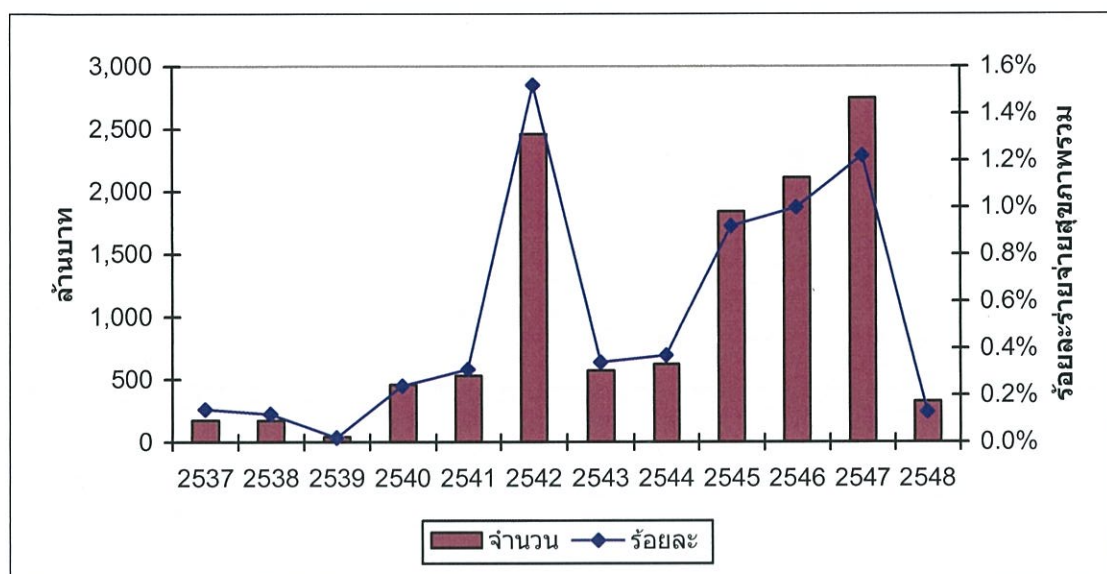
¹⁰ ไสภิตา ขวัญกุล และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2549) การคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย วารสารวิชาการสาธารณสุข 15: 201-14

¹¹ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) : ชุดที่หนึ่ง สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทยและการจัดลำดับความสำคัญการควบคุมและป้องกันโรค, 2551

2. รายจ่ายเพื่อสนับสนุนการวิจัยระบบสาธารณสุข

ประเทศไทยลงทุนในการจ่ายเพื่อการวิจัยด้านสุขภาพในระดับต่ำ ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2537 – 2548 พบว่า รายจ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในวงเงินไม่เกินพันล้านบาท/ปี มีเพียงบางปีเท่านั้นที่รายจ่ายเพื่อการวิจัยสูงกว่าพันล้านบาท สัดส่วนเมื่อเทียบกับรายจ่ายสุขภาพโดยรวมคิดเป็นเพียงร้อยละต่ำกว่า 1 ถึง 1.5 เท่านั้น

แผนภาพที่ 8 รายจ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาสุขภาพ พ.ศ. 2537 – 2548 (ราคาปีปัจจุบัน)



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2548

3. รายจ่ายสินค้าที่ทำลายสุขภาพ

ครัวเรือนยังคงมีรายจ่ายสำหรับสินค้าที่ทำลายสุขภาพ เช่น เหล้าและบุหรี่ ในสัดส่วนสูงในทุกชั้นรายได้ โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้รายจ่ายค่าบุหรี่ยังไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนักและสูงกว่ารายจ่ายค่ารักษาพยาบาลประมาณ 1-2 เท่า ในขณะที่รายจ่ายค่าแอลกอฮอล์นั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่าค่ารักษาพยาบาลประมาณ 4-6 เท่า

ตารางที่ 2 รายจ่ายครัวเรือนด้าน บุหรี่ แอลกอฮอล์ และบริการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545 – 2549

ชั้นรายได้ Income Quintiles	บุหรี่ (บาท/เดือน)			แอลกอฮอล์ (บาท/เดือน)			บริการรักษาพยาบาล (บาท/เดือน)		
	2545	2547	2549	2545	2547	2549	2545	2547	2549
Q1	43	43	52	172	237	303	47	50	47
Q2	65	52	65	258	301	390	55	52	60
Q3	90	86	152	323	430	433	70	70	93
Q4	301	301	303	430	645	650	100	110	120
Q5	452	353	433	731	860	867	200	250	205
จำนวนครัวเรือน (ล้าน)	7.5	7.7	7.8	4.0	4.7	6.2	10.9	11.3	11.0

ที่มา: การสำรวจเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2545, 2547, และ 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ทั้งนี้การใช้มาตรการจัดเก็บภาษีสินค้าที่ทำลายสุขภาพควรได้รับการสนับสนุน เพื่อลดอุปสงค์ต่อสินค้าทำลายสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มคนจน ขณะเดียวกันก็นำรายได้ส่วนนี้ไปใช้ในการลงทุนในด้านการส่งเสริมป้องกันโรคสำหรับโรคและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคที่มีความสำคัญในประเทศไทย ดังตัวอย่างกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งปัจจุบันเป็นแหล่งการคลังสุขภาพที่สำคัญอีกแหล่งหนึ่งสำหรับการรณรงค์และประสานความร่วมมือของกลุ่มเครือข่ายต่างๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย

ข้อ 109 ให้รัฐพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง สำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ โดยใช้การเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิดที่กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนไว้ล่วงหน้า เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เช่น การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวหรือตามรายโรค และมีการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการ

เจตนารมณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณของ 3 กองทุนในระบบประกันสุขภาพ โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพควรใช้วิธีการจ่ายเงินที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และควรหลีกเลี่ยงการเงินแบบปลายเปิดที่ไม่สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการควบคุมค่าใช้จ่าย รวมไปถึงการปรับปรุงประสิทธิภาพและการพัฒนาคุณภาพบริการ

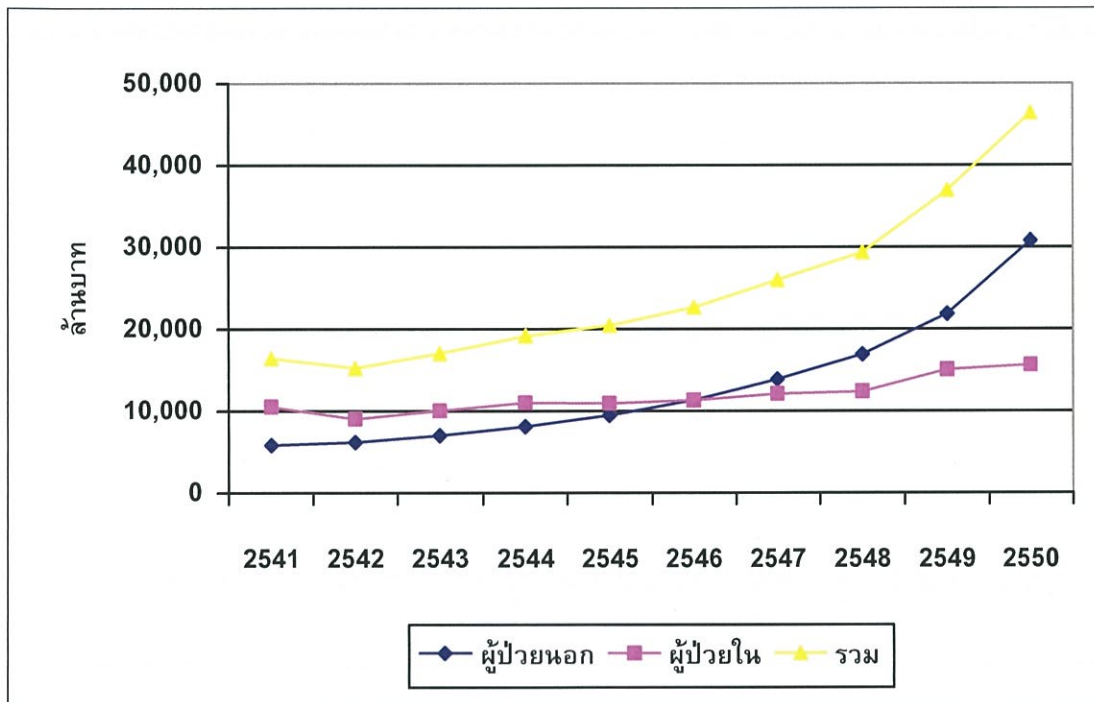
สถานการณ์ค่าใช้จ่ายระบบประกันสุขภาพสามกองทุน

ประเทศไทยมีกองทุนหลักประกันสุขภาพหลัก สามกองทุน ครอบคลุมประชากรกว่าร้อยละ 95 กล่าวคือ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรร้อยละ 75 กองทุนประกันสังคม ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 16 และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 9 ทั้งนี้สองกองทุนแรกอาศัยรูปแบบวิธีการจ่ายเงินแบบปลายปิด กล่าวคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวกรณีผู้ป่วยนอก และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวมสำหรับบริการผู้ป่วยใน กองทุนประกันสังคมเลือกจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งบริการผู้ป่วยนอกและใน ในขณะที่กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นจ่ายแบบปลายเปิดคือ ตามปริมาณบริการสำหรับผู้ป่วยนอก และจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

ข้อมูลค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และเพิ่มในอัตรามากกว่าร้อยละสิบต่อปีมาตลอดระหว่างปี 2543 - 2548 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25 ต่อปีระหว่างปี 2549 - 2550 ทั้งนี้ก่อนปี 2546 รายจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกต่ำกว่าบริการผู้ป่วยใน แต่หลังปี 2546 เป็นต้นมารายจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกเริ่มสูงกว่าบริการผู้ป่วยในและเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงมาก ร้อยละ 20-29 ระหว่างปี 2546 - 2549 และเพิ่มสูงถึงร้อยละ 41 ในปี 2550 สาเหตุที่ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในช่วงหลังส่วนหนึ่งมาจากกระบวนการเบิกจ่ายตรง (แผนภาพที่ 9) ส่วนรายจ่ายในกองทุน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกองทุนประกันสังคม นั้น พบว่าอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายสามารถควบคุมได้ดีกว่า โดยอัตราการเพิ่มต่ำกว่าร้อยละ 10 ต่อปี

แผนภาพที่ 9 รายจ่ายระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พ.ศ. 2541 – 2550 (ราคาปีปัจจุบัน)

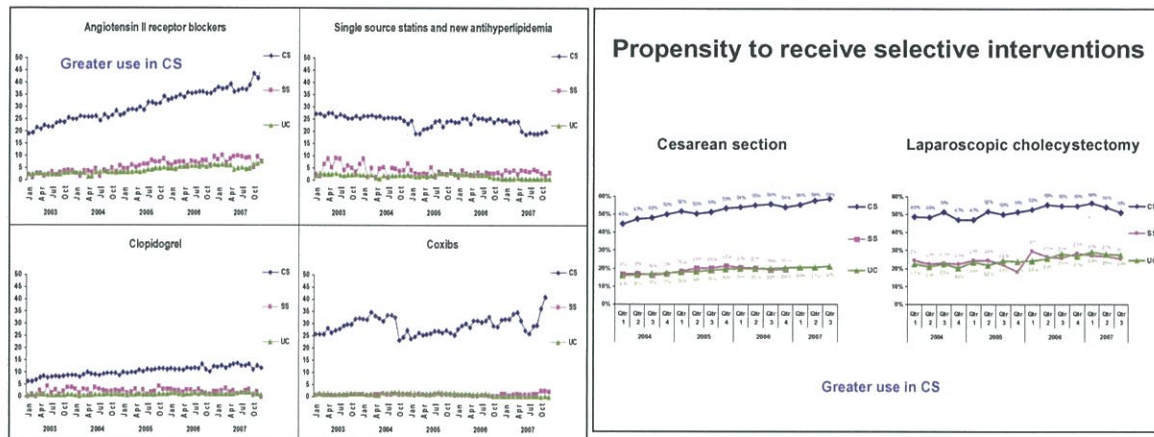


ที่มา: กรมบัญชีกลาง

วิธีและอัตราการจ่ายที่ต่างกันของสามกองทุนนั้นนอกจากมีผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแล้วยังมีผลต่อการเลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่ประชาชนภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ โดยพบว่า ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลัก (non-ED drugs) ยาต้นแบบ (original drugs) ยาที่มีราคาแพง และหัตถการบางอย่างที่สูงกว่ากลุ่มประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (แผนภาพที่ 10) อย่างไรก็ตามก็ดียังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการแสดงถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการรักษาผู้ป่วยในสามกองทุนว่ามีผลแตกต่างกันเพียงใด¹²

¹² Limwatananon, C., Limwatananon, S., Pannarunothai, S., and Tangcharoensathien, V. (2009) Analysis of practice variations due to payment methods across health insurance schemes. Paper presented at Country Development Partnership in Health workshop 30 April – 2 May 2009, Siam City hotel, Bangkok.

แผนภาพที่ 10 แสดงโอกาสในการได้รับยาหรือบริการจำเพาะที่มีราคาแพงจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล ปี 2547 - 2550



ทั้งนี้ทิศทางการพัฒนาวิธีการจ่ายของระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการควรมุ่งไปสู่ระบบการจ่ายแบบปลายปิด ขณะเดียวกันก็ต้องมีการประสานระหว่างสามกองทุนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำอันเนื่องจากวิธีและอัตราการจ่ายระหว่างสามกองทุน เพื่อให้ประชาชนไม่ถูกเลือกปฏิบัติในการให้บริการ

ข้อ 110 ให้รัฐส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้มีระบบการติดตามประเมินผล และการตรวจสอบเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล

เจตนารมณ์ เพื่อส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนและประชาชนมีบทบาทร่วมในการจัดการด้านสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยเป็นการลงทุนร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ การที่ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของชุมชน จะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา สอดคล้องกับสภาพปัญหาของชุมชน รวมถึงก่อให้เกิดธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ

สถานการณ์

- 1) ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันแนวโน้มภาระโรคอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่เรายังคงมีปัญหอันเนื่องมาจากโรคติดต่อเฉียบพลันโดยเฉพาะโรคเอดส์ ทั้งนี้หากพิจารณาถึงสาเหตุและปัจจัยของปัญหาสุขภาพดังกล่าวจะเป็นว่า ส่วนใหญ่เกิดจากเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สั่งสมมานาน วิธีการดำรงชีวิต และสภาพแวดล้อมที่ทำงานและที่อยู่อาศัย ซึ่งในการแก้ไขปัจจัยต่างๆข้างต้นนั้นมีความซับซ้อนเกินกว่าที่ระบบสาธารณสุขจะจัดการตามลำพังได้ ต้องอาศัยทุกภาคส่วนและชุมชน

เข้ามามีบทบาทร่วมในการจัดการ เช่น การจัดการกับปัญหาเรื่อง อุบัติเหตุ การบริโภคเหล้า บุหรี่ พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การใช้สารเคมีในการประกอบอาชีพ รวมถึง พฤติกรรมทางเพศ ฯลฯ

- 2) ในหลายพื้นที่ที่ชุมชนเข้มแข็ง มีการระดมทุนของชุมชนมาร่วมในการจัดการกับปัญหาของ ชุมชนในรูปแบบกองทุนสัจจะออมทรัพย์ เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ที่ท่าโสม จ.ตราด ตำบลน้ำขาว อ.จะนะ จังหวัดสงขลา กองทุนสวัสดิการชุมชน เช่น ที่อำเภอดอกคำใต้ จ. พะเยา รวมถึงบางแห่งมีการระดมทุนเพื่อมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขใน ชุมชน เช่น กองทุนโรงพยาบาลตำบล ตำบลศรีฐาน อ.ป่าติ้ว จ.ยโสธร หรือที่อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นต้น
- 3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยจัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชนให้กับ พื้นที่ที่องค์การปกครองท้องถิ่นมี ความพร้อมและยินดีสมทบเงินตามสัดส่วนที่กำหนด และให้มีการบริหารจัดการในรูป คณะกรรมการบริหารกองทุนซึ่งมีตัวแทนจากทั้งภาค ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ภาคตัวแทนชุมชน โดยคาดว่าจะเพิ่มประสิทธิผลของการจัดบริการด้านการสร้างเสริม สุขภาพป้องกันโรคในชุมชนได้ดีขึ้น เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสใน ชุมชน เช่น ผู้พิการ ผู้มีภาวะทุพพลภาพ ทั้งนี้มีท้องถิ่นเข้าร่วมในปี พ.ศ. 2549 – 2550 จำนวน 888 แห่ง และเพิ่มเป็น 2,689 แห่งในปีงบประมาณ 2551
- 4) ทั้งนี้บทบาทของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล รวมถึงกองทุนชุมชนอื่นที่มี อาจ พัฒนาการไปเป็นกองทุนดูแลเรื่องสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมถึงการจัดการระบบ บริการสาธารณสุขในชุมชน เช่น กองทุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การจัดการรับส่ง ผู้ป่วยฉุกเฉิน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการด้านสังคม เช่น การดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะทุพพลภาพ รวมถึงระบบสวัสดิการชุมชน ฯลฯ อาทิเช่น

- กองทุนสวัสดิการตำบลบ้านน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ซึ่งพัฒนามาจากกลุ่ม สัจจะออมทรัพย์แบบพัฒนาคุณธรรมครบวงจรชีวิต โดยมีครูชบ ยอดแก้ว แกนนำชุมชน เป็นผู้ริเริ่มให้สมาชิกได้ออมเงินวันละ 1 บาทเพื่อนำไปเป็นค่าใช้จ่ายกองทุนสำหรับการ สร้างสวัสดิการให้แก่สมาชิก โดยการบริหารกองทุนจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ (1) ร้อย ละ 20 ตั้งไว้เป็นกองทุนสำรอง (2) ร้อยละ 30 เป็นกองทุนสำหรับกู้ยืมเพื่อให้สมาชิก นำไปลงทุนในธุรกิจที่ไม่เอาเปรียบสังคม และ (3) ร้อยละ 50 เป็นกองทุนเพื่อการจ่าย สวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกโดยครอบคลุม 9 เรื่อง ได้แก่ การเกิด แก่ เจ็บ ตาย การ ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส การให้สวัสดิการเงินกู้ สวัสดิการคนทำงาน และสวัสดิการเมื่อ

เสียชีวิต ซึ่งรูปแบบกองทุนนี้ปัจจุบันมีผู้นำไปปฏิบัติและประยุกต์ใช้ในพื้นที่ต่างๆ อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ¹³

- กองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร เป็นกองทุนที่เกิดจากการคิดสร้างและสานฝันด้วยความร่วมมือร่วมใจของประชาชนทุกคนในตำบลศรีฐานที่อยากมีโรงพยาบาลในตำบล เพื่อลดความยากลำบากและลดภาระในการเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ จนสามารถผลักดันให้เกิดสถานีนอนามัยในตำบลศรีฐาน จุดเริ่มต้นของกองทุนนี้จึงมาจากการระดมทุนชาวบ้านในรูปของ “ผ้าป่า” เพื่อนำเงินมาปรับปรุงโครงสร้างตลอดจนเพิ่มขีดความสามารถของสถานีนอนามัยให้สามารถให้บริการแก่ชาวบ้านได้อย่างเพียงพอและมีระบบส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลป่าต้วได้อย่างรวดเร็ว จนกระทั่งกลายเป็นโรงพยาบาลศรีฐานในปัจจุบัน เงินที่เหลือจากการใช้จ่ายในการปรับปรุงและพัฒนาดังกล่าว ผนวกกับงบประมาณที่องค์กรบริหารส่วนตำบลสมทบในเวลาต่อมา พร้อมกับเงินที่ได้รับจากการบริจาค และเงินร่วมลงขันจากชาวบ้านคนละ 24 บาทต่อปี จึงทำให้เกิดเป็นกองทุนสุขภาพตำบลศรีฐาน ซึ่งรายได้ของกองทุนจะถูกนำไปใช้จ่ายในด้านการจัดการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยมีโรงพยาบาลศรีฐานเป็นกลไก/เครื่องมือในการดำเนินงานให้การดูแลประชาชนเมื่อเจ็บป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ให้การส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกัน/ควบคุมโรค รวมไปถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีประชาชนผู้เป็นเจ้าของสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพของตนเอง¹⁴

ข้อ 111 ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติ ทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ติดตามประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลัง ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ

เจตนารมณ์ เพื่อให้มีระบบ/ กลไกในระดับชาติ ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบการคลังด้านสุขภาพของประเทศ วางแผนการพัฒนาระบบการคลังด้านสุขภาพของประเทศ รวมถึงมีกลไกในการติดตามประเมินผลที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่าง finance, output, outcome ได้ รวมถึงการสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการคลังสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

¹³ วณีย์ ปิ่นประทีป, โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชนและระหว่างกองทุนของภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล และกองทุนสุขภาพชุมชน พื้นที่นำร่อง 7 พื้นที่, 2550

¹⁴ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 1 ปี 24 บาท สร้างสุขภาพ ชุมชนศรีฐาน, 2550

สถานการณ์

กองทุนหลักประกันสุขภาพแต่ละระบบเป็นอิสระต่อกัน ทั้งนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติบริหารซึ่งมีตัวแทนจากทุกภาคส่วน ในขณะที่ระบบประกันสังคมมีคณะกรรมการประกันสังคมที่เป็นตัวแทนจากรัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้าง กำกับภายใต้กฎหมายของตนเอง ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการบริหารแบบการเบิกจ่ายงบประมาณตามภารกิจของกรมบัญชีการ นอกจากนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพสามแห่งหลักที่กล่าวข้างต้นยังมีกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆที่มีบทบาทในการจัดบริการและจัดการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามในภาพรวมของประเทศ ยังขาดการวางแผนด้านการคลังสุขภาพในภาพรวม รวมถึงขาดระบบข้อมูลที่มีความต่อเนื่องครอบคลุม เพื่อใช้ในการวางแผนและติดตามประเมินผล ประสิทธิภาพของระบบทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลการเงินการคลังด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการวางแผนระยะปานกลางและระยะยาว (medium and long-term plan) และเพื่อป้องกันความยั่งยืนทางการเงินการคลังสุขภาพเมื่อมีการพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์หรือการกำหนดอัตราเงินสมทบ (contribution) ของระบบประกันสุขภาพหรือการร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ โดยระบบข้อมูลดังกล่าวควรมีความน่าเชื่อถือเหมาะสม ทันสมัย และพร้อมใช้งานเพื่อการวางแผนและติดตามประเมินสถานการณ์การคลังของระบบบริการสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศ

ทั้งนี้กลไกดังกล่าวควรเป็นกลไกเฉพาะที่จัดตั้งขึ้นในระดับประเทศ เพื่อทำหน้าที่

- (1) วิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลังสุขภาพของประเทศอย่างสม่ำเสมอ
- (2) จัดทำแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพ ระยะปานกลาง และระยะยาว
- (3) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ตลอดจนจัดให้มีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง โดยมีงบประมาณสนับสนุนทั้งจากส่วนกลางและท้องถิ่น

(4) กำหนดให้มีการใช้ข้อมูลการคลังด้านสุขภาพ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์การประกันสุขภาพ 3 ระบบ รวมทั้งหน่วยงานย่อยในระดับภาคและระดับจังหวัด ได้นำข้อมูลไปใช้ในการจัดทำแผน สอดคล้องกับแผนการเงินการคลังสุขภาพในระยะปานกลาง และระยะยาวของประเทศ

(5) เผยแพร่ นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการเงินการคลังไปยังผู้บริหารในระดับนโยบาย ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการคลัง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายเล็งเห็นความสำคัญของระบบข้อมูล และนำไปใช้ประกอบการกำหนดทิศทางและนโยบายการเงินการคลังสุขภาพในระดับต่างๆ

เจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ หมวด ๑๒_คร.นพ.ตั้มฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

