



สังเคราะห์สถานการณ์
ระบบสุขภาพ

สัปดาห์สถานการณ์ระบบสุขภาพ

เลขมาตรฐานสากล	๙๗๘-๙๗๔-๒๙๙-๒๑๑-๘
พิมพ์ครั้งที่ ๑	พฤศจิกายน ๒๕๕๖
จำนวนพิมพ์	๑,๐๐๐ เล่ม
ที่ปรึกษา	นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล
ผู้เขียน	ผศ.ดร.จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา ภาณุ.ดร.ทิพิชา โพชยานนท์ ภาณุ.ดร.วลัยพร พัทธนฤมล
ประสานงานวิชาการ	สุภาวดี นุชรินทร์
ศิลปกรรม	วัฒนสินธุ์ สุวรรตนานนท์
พิมพ์ที่	บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด
จัดพิมพ์และเผยแพร่	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ชั้น ๔ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข ๖ ถ.ติวานนท์ ๑๔ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๒๐๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๒ ๙๒๐๑ www.hsri.or.th , www.facebook.com/hsrithailand

ภายใต้โครงการศึกษาและทบทวนความรู้จากกระบวนการขับเคลื่อนใช้ประโยชน์ธรรมนูญ
ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ โดยความร่วมมือและสนับสนุนของ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ เป็นธรรมนูญฯ ฉบับแรกของประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ผ่านกระบวนการยกร่างที่มุ่งใช้องค์ความรู้ทางวิชาการทั้งจากการทบทวนสถานการณ์ของระบบสุขภาพในระบบย่อยต่าง ๆ รวมถึงความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการร่างสาระเนื้อหาในธรรมนูญฯ ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ได้กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ทบทวนธรรมนูญฯ อย่างน้อยทุกห้าปี โดยการทบทวนสาระของธรรมนูญฯ ในครั้งแรกนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ร่วมกันจัดทำโครงการศึกษาและทบทวนความรู้จากกระบวนการขับเคลื่อน ใช้ประโยชน์ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ โดยมีนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางโครงการฯ ซึ่งประกอบด้วยโครงการศึกษาย่อย ๆ อีก ๑๐ โครงการ ทั้งนี้ มี ๘ โครงการย่อยที่เป็นการทบทวนสถานการณ์ระบบสุขภาพรายหมวด ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ โดยได้นักวิจัยจากสหสาขาวิชา จำนวน ๘ ทีม ศึกษาทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ของแต่ละระบบในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมาเพื่อประเมินสถานการณ์โอกาส ภัยคุกคามในระบบสุขภาพรายหมวด ตั้งแต่หมวด ๔ ถึง หมวด ๑๒ โดยนำสาระสำคัญของหมวด ๑ ถึง หมวด ๓ ที่เป็นปรัชญา แนวคิดหลัก ลักษณะพึงประสงค์ของระบบสุขภาพมาใช้ในการวิเคราะห์ร่วมด้วย

หลังจากการศึกษาทั้ง ๘ เรื่องย่อยเสร็จสมบูรณ์ คณะกรรมการกำกับทิศทางโครงการฯ จึงมอบหมายให้มีทีมสังเคราะห์กลางทำหน้าที่ประมวลข้อมูลจากผลการศึกษาย่อย วิเคราะห์สังเคราะห์สถานการณ์และบริบทโดยรวมที่มีผลต่อระบบสุขภาพ รวมทั้งทบทวนแนวโน้มใหม่ๆ ของระบบสุขภาพในอนาคต เพื่อให้ง่ายต่อการใช้ประโยชน์ และสามารถนำมาใช้คาดการณ์เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงมากยิ่งขึ้น

สวรส. และ สช. หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือสังเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพเล่มนี้ และงานศึกษาทบทวนสถานการณ์ระบบสุขภาพรายหมวดตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง ๘ เรื่อง ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้จาก คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส.และองค์กรเครือข่าย <http://kb.hsri.or.th> จะเป็นส่วนหนึ่งขององค์ความรู้เพื่อใช้ประกอบในกระบวนการยกร่างธรรมนูญฯ ฉบับต่อไป

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
พฤษภาคม ๒๕๕๖

สารบัญ

บทที่ ๑	ความเป็นมาและความจำเป็นในการทบทวนสถานการณ์ระบบสุขภาพ	๗
บทที่ ๒	กรอบแนวคิดในการทบทวนสถานการณ์ระบบสุขภาพ เพื่อใช้ในการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ	๑๕
บทที่ ๓	บริบทโดยรวมที่มีผลต่อระบบสุขภาพ และแนวโน้มของระบบสุขภาพไทยในอนาคต	๑๙
บทที่ ๔	สถานการณ์ระบบสุขภาพรายหมวด การเปลี่ยนแปลง โอกาสและภัยคุกคาม	๓๑
บทที่ ๕	ข้อเสนอแนะที่มีต่อการปรับปรุงเนื้อหาในธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป	๖๑
ภาคผนวก	เปรียบเทียบการประเมินสถานการณ์ระบบสุขภาพ ปี ๒๕๕๑ กับปี ๒๕๕๖	๖๗
เอกสารอ้างอิง		๗๓

บทที่ ๑

ความเป็นมา
และความจำเป็น
ในการทบทวนสถานการณ์
ระบบสุขภาพ





เมื่อเริ่มกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในปี ๒๕๕๓ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.) ในฐานะหน่วยเลขานุการของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ได้รับการกิจหลักในการดูแลการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทของระบบสุขภาพของชาติ โดยใช้ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา มองเรื่องสุขภาพกว้างออกไปจากมิติทางการแพทย์ไปจนถึงเรื่องสุขภาวะ (Well being) ร่าง พ.ร.บ.ทั้งฉบับนี้ จึงถูกเรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพคนไทย” หมายถึง ในกฎหมายมีสาระที่แสดงภาพพึงประสงค์ของระบบสุขภาพแต่ละระบบไว้ในร่างกฎหมายด้วย

คำสำคัญที่เป็นการเสนอปฏิรูปกระบวนการทัศน์ของระบบสุขภาพครั้งใหญ่นี้ คือ

“สุขภาพ” หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล^๑ สุขภาพจึงไม่ใช่การพิจารณาแต่ภาวะอาการแสดงทางกาย หรือทางจิต แต่ขยายความหมายไปถึงอาการของสังคม และปัญญา^๒ คือ มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่พอเพียง มีจิตใจเบิกบาน มีปัญญาดี ไม่เครียด ไม่ถูกบีบคั้น ครอบครัวยั่งยืน สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคม

^๑ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

^๒ สุขภาพทางปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐)

เป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำความดี จิตใจเปี่ยมสุข มีศาสนาธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเอื้อเฟื้อ เห็นแก่ตัวน้อย สุขภาพเป็นผลรวมของปัจจัยและผลจากสิ่งต่าง ๆ^๓

“ระบบสุขภาพ” หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไม่จำกัดเพียงระบบสาธารณสุข เพราะทุกระบบต่างมีความสัมพันธ์ มีผลกระทบและเป็นเหตุเป็นผลแก่กัน การวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพ จึงต้องคำนึงถึง ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of Health) ที่มีหลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม วิถีชีวิต และอื่น ๆ ด้วย

ทั้งนี้ ในร่างกฎหมายสุขภาพ ได้เสนอภาพพึงประสงค์ของ ๘ ระบบย่อยไว้ในหมวด ๖ ว่าด้วย แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ได้แก่

- **การสร้างเสริมสุขภาพ** มีความหมายครอบคลุมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะของบุคคล การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน รวมไปถึงการดูแลเอาใจใส่ต่อนโยบายสาธารณะที่กระทบต่อสุขภาพด้วย
- **การป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ** มีความหมายครอบคลุมกว้างกว่าเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ
- **การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ** จะต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ ใช้เงินอย่างคุ้มค่าและมีความเป็นธรรมสำหรับประชาชนทุกคนเมื่อยามจำเป็นต้องพึ่งพาใช้บริการ
- **ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ** มุ่งส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาแบบหมอพื้นบ้าน แพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นอื่นๆ เพื่อร่วมกันดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม
- **การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ** มุ่งสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชนควบคู่ไปกับการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของภาครัฐเพื่อปกป้องคุ้มครองประชาชนตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

^๓ เอกสารทบทวนสาระของบทบัญญัติจาก ร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพ ฉบับเสนอรัฐบาล ๒๔ กันยายน ๒๕๔๕



- องค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มุ่งให้เป็นระบบสมองที่สร้างความรู้ที่เพียงพอ กระจายความรู้อย่างทั่วถึงเพื่อการสร้างสุขภาวะของทุกคนและสังคม
- บุคลากรด้านสาธารณสุข
- การเงินการคลังเพื่อการบริหารสาธารณสุข เป็นการวางหลักการและมาตรการต่างๆ โดยหวังเป็นปัจจัยหนุนระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพ เน้นความเป็นธรรม มุ่งให้เกิดการใช้จ่ายเงินอย่างคุ้มค่าบนหลักการของการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขหรือร่วมทุกข์ร่วมสุขของผู้คนในสังคม เพื่อประโยชน์ของการอยู่ร่วมกันอย่างอยู่ดีมีสุข

อย่างไรก็ตาม เมื่อผ่านกระบวนการทางนิติบัญญัติ ได้มีข้อเสนอว่า การตรึงภาพที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพให้หนึ่งไว้ในกฎหมายระดับพระราชบัญญัตินั้นไม่น่าจะเหมาะสม เพราะระบบสุขภาพย่อมเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับระบบและบริบทในมิติอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็น สภาวะสังคม เศรษฐกิจ นโยบาย สิ่งแวดล้อม รวมถึงการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพเองก็มีความเป็นพลวัต ดังนั้น ภาพที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพจึงควรอยู่ในสถานะที่ปรับปรุงได้ง่าย เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จึงเป็นสาเหตุให้เนื้อหาความในร่างกฎหมายถูกยกออกมาเขียนบัญญัติเป็น “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ”

เมื่อกฎหมายสุขภาพประกาศใช้ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญภายใต้บทบัญญัติตามมาตรา ๔๖ - ๔๘ ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่ตามมาตรา ๒๕ (๑) จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นกรอบ และแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ และต้องทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยทุกห้าปี เพื่อให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ ทั้งนี้ตามมาตรา ๔๖ ได้กำหนดสาระสำคัญที่ต้องมีในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อย ๑๒ ระบบย่อย ได้แก่

- (๑) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
- (๒) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
- (๓) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
- (๔) การสร้างเสริมสุขภาพ
- (๕) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- (๖) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

- (๗) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ
- (๘) การคุ้มครองผู้บริโภค
- (๙) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- (๑๐) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- (๑๑) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
- (๑๒) การเงินการคลังด้านสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นธรรมนูญฯ ฉบับแรกที่มีการเริ่มกระบวนการยกร่างตั้งแต่ปลายปี ๒๕๕๐ โดยมุ่งใช้องค์ความรู้ทางวิชาการทั้งจากการทบทวนสถานการณ์ของระบบสุขภาพ และความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกประเทศเป็นข้อมูลในการยกร่างสาระเนื้อหา และจัดกระบวนการรับฟังความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะภาคประชาชน หน่วยงานรัฐและภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ กว่า ๒๐,๐๐๐ คน ซึ่งนับแต่ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๕๒ มีการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ในหลายสถานะ เช่น การยกร่างแผนระดับชาติ และแผนระดับหน่วยงานหลัก จะคำนึงถึงการมีทิศทางและสาระที่สอดคล้องและไม่ขัดแย้งกับธรรมนูญสุขภาพฯ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ บางหน่วยงานกล่าวอ้างอิงถึงธรรมนูญสุขภาพฯ ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๒๕๕๕-๒๕๕๙) และแผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (๒๕๕๔-๒๕๕๘) หรือสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สป.) ใช้ธรรมนูญสุขภาพฯ อ้างอิงในการจัดทำความเห็นและข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีในเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงโดยธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่” และ “การเป็นศูนย์กลางแพทย์นานาชาติด้านบริการรักษาพยาบาล” รวมถึงมีกระบวนการทำงานร่วมของหน่วยงานเกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงหลักเกณฑ์การส่งเสริมการลงทุนในธุรกิจบริการสุขภาพที่จะเอื้อประโยชน์ต่อสาธารณะและไม่ขัดแย้งกับธรรมนูญฯ นอกจากนี้ยังมีการขับเคลื่อนและใช้ประโยชน์ธรรมนูญสุขภาพฯ ในระดับพื้นที่อีกกว่า ๔๐ แห่ง หลังจากธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ฉบับแรกเกิดขึ้นที่ตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

ในระยะเวลาเดียวกัน ระบบสุขภาพก็มีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวที่สำคัญหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายอันสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล ที่ก่อเกิด



สถานบริการที่เรียกว่า “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.)” ขึ้นทั่วประเทศ ขณะที่การเกิดขึ้นของประชาคมอาเซียนถูกหยิบยกมาอ้างอิงเพื่อสนับสนุนหลากหลายนโยบาย เช่น นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติหรือเมดิเคลฮับ รวมถึงเกิดความพยายามมุ่งพัฒนาความเป็นเลิศของสถานพยาบาลของโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง โดยกล่าวอ้างถึงประโยชน์จากการได้พัฒนาความรู้และเทคโนโลยีขั้นสูง ขณะที่หลายฝ่ายก็กังวลกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับระบบสุขภาพ เช่น การไหลออกของบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐทั้งแพทย์ พยาบาลและอื่น ๆ ไปสู่ภาคเอกชน การปลุกฝังค่านิยมและทัศนคติของแพทย์รุ่นใหม่ในการทำงานเพื่อประโยชน์ตนมากกว่าประโยชน์สาธารณะ การก่อเกิดปัญหาการกระจุกตัวของแพทย์ในเขตเมืองและมีความขาดแคลนของแพทย์ในชนบท การเกิดขึ้นของแนวคิดปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข การปรับบทบาทและปฏิสัมพันธ์ของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เกิดความตื่นตัวและต้องการเข้าร่วมการจัดการหรือพัฒนาระบบสุขภาพขององค์กรภาคประชาชน โดยเฉพาะเมื่อเกิดนโยบายสาธารณะที่อาจมีผลกระทบสูง เช่น การเจรจาการค้าระหว่างประเทศ หรือโครงการพัฒนาขนาดใหญ่ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ บทบาทของเครื่องมือใหม่ในพระราชบัญญัติสุขภาพอีกชิ้นหนึ่งคือ “การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” ที่แม้จะไม่มีผลในการอนุมัติ/อนุญาต แต่ก็ส่งผลให้ประชาชนที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบจากโครงการตระหนักถึงสิทธิบนผืนแผ่นดินและทรัพยากร จึงเรียนรู้ที่จะสร้างชุดข้อมูลความรู้ที่สะท้อนทุนอันมีค่าของชุมชน รวมถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เพื่อเจรจาต่อรองกับภาครัฐและเอกชนผู้ดำเนินโครงการที่อาจยังตอบโต้ภัยและข้อสงสัยของประชาชนไม่ได้ชัดเจน ในขณะเดียวกัน การจัดการลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น สุรา บุหรี่ ก็ได้ขยับจากการจัดการผ่านกิจกรรมรณรงค์ให้เกิดการลด ละ เลิก ไปสู่การต่อสู้ทางนโยบายกับอิทธิพลของบริษัททุนทั้งในและนอกประเทศที่ดูเข้มแข็งขึ้นเรื่อย ๆ

บริบทของโลก ภูมิภาคและประเทศในเรื่องระบบสุขภาพ และระบบที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งแนวคิด นโยบาย จนถึงองค์ความรู้ สภาวะของโรค เทคโนโลยีที่มีการพัฒนา รวมถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องอันอาจส่งผลต่อการอภิบาลระบบสุขภาพในภาพรวม หรือการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ล้วนเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องค้นหา เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญให้กระบวนการปรับปรุงธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่จะครบวงจรรอบการปรับปรุงอย่างน้อยทุกห้าปีในปี ๒๕๕๗ นี้เป็นไปอย่างสอดคล้องและเท่าทันสถานการณ์ เพราะธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเสมือนภาพอนาคตจึงต้องเริ่มต้นด้วยการทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมา สถานการณ์ปัจจุบัน และแนวโน้มอนาคตของระบบสุขภาพรายประเด็น

ตามสาระสำคัญในมาตรา ๔๗ (๔) ถึง (๑๒) ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยนำเอาสาระสำคัญด้านปรัชญา แนวคิดหลัก เป้าหมายของระบบสุขภาพ คุณลักษณะที่พึงประสงค์ รวมถึงการจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพตามมาตรา ๔๗ (๑) ถึง (๓) ซึ่งเป็นหลักการกลางของธรรมนูญฯ มาพิจารณาบริบทที่เปลี่ยนแปลงในลักษณะตัดขวาง (Cut across) ภาพรวมด้วย ทั้งนี้การทบทวนสถานการณ์ระบบสุขภาพจะให้ความสำคัญกับภาพการณที่เกิดขึ้นและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มของระบบสุขภาพโดยอาจเชื่อมโยงกับสาระสำคัญของธรรมนูญฯ ในแต่ละหมวดอยู่บ้าง เพื่อให้การปรับปรุงธรรมนูญฯ ไม่ต้องเริ่มต้นนับหนึ่งใหม่ทั้งหมด แต่ทั้งนี้การทบทวนสถานการณ์นี้ไม่ใช่การประเมินผลจากการมีและใช้ธรรมนูญฯ ในแต่ละหมวดแต่อย่างใด



บทที่ ๒

กรอบแนวคิดในการทบทวน
สถานการณ์ระบบสุขภาพ
เพื่อการทบทวนธรรมนูญ
ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

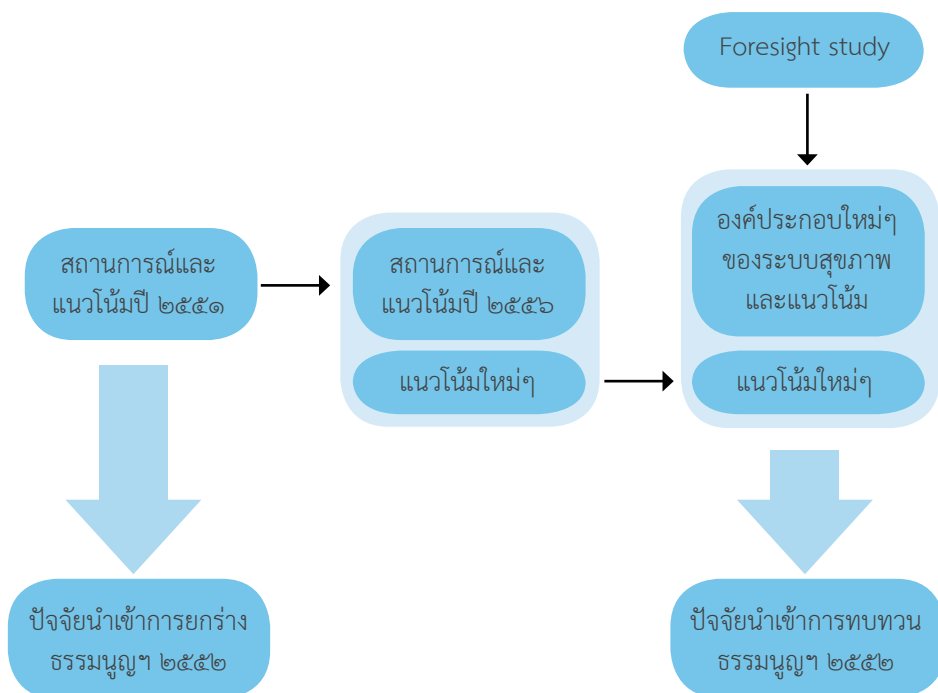




ในการยกร่างธรรมนูญว่าระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ นั้น ได้มีการทบทวนสถานการณ์ระบบสุขภาพในระบบย่อยต่างๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา และในการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ ได้จัดให้มีการทบทวนสถานการณ์ขึ้นอีกครั้ง โดยได้มีการนำข้อมูลเดิมมอบให้กับผู้ทบทวนเพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงบวกกับการทบทวนแนวโน้มใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะ ๕ ปีที่ผ่านมา เพื่อนำมาใช้คาดการณ์เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งแนวโน้มใหม่ ๆ นี้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงมากยิ่งขึ้น

ขณะเดียวกัน ก็ได้มีการทำการศึกษาภาพอนาคต (Foresight study) เพื่อศึกษาดูแนวโน้มภาพรวมของระบบสุขภาพ ที่จะสะท้อนองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่ขาดหายไป (จากระบบย่อย ๘ ระบบ) นี่เป็นการทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และเป็นการทำให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

แผนภูมิที่ ๑ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา



บทที่ ๓

บริบทโดยรวมที่มีผล
ต่อระบบสุขภาพและแนวโน้ม
ของระบบสุขภาพไทย
ในอนาคต





การทบทวนสถานการณ์และแนวโน้มในแต่ละระบบ ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการทบทวนสถานการณ์โดยรวม ซึ่งเป็นส่วนที่มีผลต่อระบบสุขภาพ ในภาพรวมได้ข้อสรุปดังนี้

๑. บริบทโดยรวมที่มีผลต่อระบบสุขภาพ

๑.๑ การเมืองและกฎหมาย

การเมืองในประเทศไทยยังคงอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ยังมีความขัดแย้งทางการเมือง และแนวความคิดที่แตกต่างจะยังคงอยู่ โดยที่ผ่านมามีความพยายามเผยแพร่แนวความคิดที่แตกต่างกันมากผ่านสื่อเฉพาะเพื่อเคลื่อนไหวแนวคิดทางการเมืองอย่างต่อเนื่อง ผู้กำหนดนโยบายของประเทศจะเป็นคนรุ่นใหม่มากขึ้น แต่ความไม่แน่นอนทางการเมืองสูงในการกำหนดนโยบายภาครัฐ โดยเฉพาะการเมืองในระดับประเทศ ในขณะที่การเมืองระดับท้องถิ่นมีบทบาทมากขึ้น อย่างไรก็ตาม วิกฤตการณ์ปัญหาความขัดแย้งในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังมีอยู่ต่อเนื่อง บริบทสำคัญในทางการเมืองคือ สังคมไทยซึ่งเปลี่ยนแปลงไปเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น (Democratization) เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและแนวคิดทางการเมืองการปกครองไปเป็นสังคมของ “พลเมือง (citizen)” หรือประชาชนเป็นสมาชิกของ “ประชาสังคม (civil society)” ที่มีความตระหนักในสิทธิและหน้าที่ของตนในการมีส่วนร่วมทางการเมืองมากขึ้น สมาชิกในสังคมมีพลัง และมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ รวมทั้งนโยบาย

สาธารณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น^๔ บทบาทการเมืองภาคประชาชนจึงสูงขึ้น เกิดการรวมกลุ่มเฉพาะกิจและแสดงความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ที่สามารถทำได้ง่ายขึ้น โดยผ่านสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์

๑.๒ เศรษฐกิจ

ภูมิภาคเอเชียจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อยๆ ในระบบเศรษฐกิจไทย การเติบโตของประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มประเทศอินโดจีน จะเป็นแรงช่วยกระตุ้นให้ไทยมีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง ส่วนการคลังสาธารณะและงบประมาณภาครัฐจะเพิ่มขึ้น แต่สัดส่วนลดลง เนื่องจากธุรกิจสามารถย้ายไปฐานที่ภาษีต่ำกว่าได้ง่าย ในภาพรวมประเทศไทยยังมีความเสี่ยงต่อการติดกับดักการเป็นประเทศรายได้ปานกลาง (Middle Income Trap) ไม่เกิดการพัฒนาศักยภาพคนและระบบเศรษฐกิจให้ก้าวต่อไปเป็นประเทศที่มีรายได้สูงได้ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจได้ เนื่องจากขาดการพัฒนาาระบบและความสามารถในการแข่งขัน การค้าขายข้ามพรมแดนมีบทบาทมากขึ้น เมืองชายแดนจะโตขึ้นมาก รวมทั้งมีพื้นที่เป็นแหล่งศูนย์กลางการกระจายสินค้า (Logistics Hub) การเปิดเสรีภาคบริการมากขึ้น^๕ ที่สำคัญในทางสุขภาพ ได้แก่ การประกาศนโยบายขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นเลิศในผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลในภูมิภาคเอเชียของรัฐบาล โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์) ได้ประกาศให้นโยบาย Medical Hub เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข “สนับสนุนนโยบายการเสริมสร้างรายได้สุขภาพของประเทศทั้งด้านยา สมุนไพรไทย อาหาร สินค้าพื้นเมือง รวมถึงการเป็นศูนย์กลางสุขภาพ โดยไม่ให้เกิดผลกระทบทางลบต่อระบบบริการภาครัฐ”

ทั้งนี้ การเติบโตทางเศรษฐกิจ กระแสสังคมแบบทุนนิยมและพฤติกรรมของคนในยุคโลกาภิวัตน์ การพึ่งพิงเทคโนโลยีในชีวิตความเป็นอยู่รวมไปถึงการผลิตทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม การเปิดเขตการค้าเสรี การเปิดเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘

^๔ บวรศม สิริะพันธ์ และคณะ. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุขและควบคุมคุณภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

^๕ ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย. ๒๕๕๕. บริบทและสถานการณ์มหภาคที่เปลี่ยนไปและความท้าทายต่อระบบสุขภาพ ในเอกสารปฏิรูปสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ก้าวสู่การวิจัยระบบสุขภาพในทศวรรษที่ ๓



และการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศจะส่งผลให้เกิดความไม่มีเอกภาพในการกำหนดนโยบายสุขภาพของรัฐบาล เพราะประเด็นสุขภาพอาจได้รับความสนใจน้อยกว่าเมื่อเทียบกับประเด็นทางเศรษฐกิจ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าสู่ประเทศได้ง่ายขึ้น นำมาซึ่งการพึ่งพิงด้านงบประมาณในระบบสุขภาพ ทั้งด้านบริการ การป้องกันและควบคุมโรคด้วย^๖

๑.๓ สังคม

ในช่วงเวลาประมาณ ๒๐ ปีที่ผ่านมา สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) อย่างรวดเร็ว มีการคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. ๒๕๗๓ ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุถึงประมาณ ๑ ใน ๔ ของจำนวนประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากอัตราส่วนประมาณ ๑ ใน ๑๐ ของจำนวนประชากรทั้งหมดใน พ.ศ. ๒๕๕๐ การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุของสังคมไทย จะทำให้ประเทศไทยมีสัดส่วนของบุคคลที่ไม่อยู่ในตลาดแรงงานต่อผู้ที่อยู่ในตลาดแรงงาน (Dependency ratio) สูงขึ้น เกิดภาระในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ (Non-Communicable Chronic Diseases) มีความต้องการการลงทุนเพื่อสร้างและพัฒนาทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรสุขภาพด้านอื่นๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญในอีกมิติหนึ่งคือ^๗ การพัฒนาสู่ความเป็นเมืองมากขึ้น (Urbanization) ซึ่งเป็นแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงที่พบเหมือนกันทั่วประเทศจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในระยะเวลา ๑๐ ปี ประเทศไทยมีประชากรในเขตเทศบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๑ เป็น ๔๔ ในปี ๒๕๕๓ และประชากรนอกเขตเทศบาลลดลงเหลือร้อยละ ๕๖ จากร้อยละ ๖๘ ในปี ๒๕๔๓ จึงมีแนวโน้มว่าในทศวรรษถัดไป ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยจะอาศัยอยู่ในเมืองหรือเขตเทศบาลมากกว่าเขตชนบทอย่างที่เคยเป็นมา นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร การขยายตัวของเมือง และการย้ายถิ่นเข้าเมืองแล้ว การลดจำนวนของคนจนในประเทศหรือการเพิ่มจำนวนของชนชั้นกลางในสังคมดังพิจารณาได้จากจำนวนที่ลดลงของประชากรที่อาศัยอยู่ใต้เส้นความยากจน

^๖ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และ กุมภการ สมมิตร. ๒๕๕๖. การวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ และแนวโน้มในอนาคต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

^๗ บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ. อ้างแล้ว.

(people living below the poverty line) ทำให้ประชาชนมีโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตแบบคนเมืองและวิถีชีวิตแบบตะวันตกเพิ่มมากขึ้น มีแนวโน้มความต้องการบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อวิถีชีวิตแบบคนเมือง (urban lifestyle) เช่น ต้องการเข้าถึงการรับบริการจากแพทย์เฉพาะทางได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

การเติบโตทางเศรษฐกิจที่เร่งกระตุ้นการบริโภค บันทอนโครงสร้างและศักยภาพของสังคมพึ่งตนเองในชนบท เกิดภาวะการแก่งแย่งแข่งขันสูงเพื่อสร้างรายได้ มีผลต่อการขยายความเหลื่อมล้ำในสังคม ขาดความมั่นคงทางสังคม (Social security) เกิดปัญหาสังคมต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาเยาวชน ยาเสพติด ความรุนแรง และอาชญากรรม นำไปสู่สภาพแวดล้อมที่ประชากรเริ่มมีคุณภาพชีวิตที่อ่อนแอลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง ระบบคุณธรรม จริยธรรมและค่านิยมในสังคมเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง ชีวิตความเป็นอยู่ในเมืองมีแต่ความแออัด เร่งรีบ และขาดสมดุล เช่น บริโภคมาก แต่เคลื่อนไหวออกแรงน้อย (Sedentary life style) ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดสูง การสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากขึ้น มีโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตแบบคนเมืองมากขึ้น เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็มมากเกินไป ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนั้น ความหลากหลายของประชากรในเขตเมือง เช่น การเพิ่มขึ้นของประชากรแฝง นักเดินทางข้ามชาติ ทำให้เกิดปัจจัยกำหนดสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละกลุ่มประชากร รวมถึงความเสี่ยงของการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข

๑.๔ เทคโนโลยี

เทคโนโลยีการสื่อสารเคลื่อนที่ พัฒนาและมีการขยายความครอบคลุมต่อเมืองประชาชนมีวิถีชีวิตที่ใช้อุปกรณ์พกพาเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะโทรศัพท์มือถือแบบ Smart phone มีเครื่องมือเครื่องใช้รุ่นใหม่ ๆ ที่ราคาถูกลง และประกอบไปด้วยอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เครื่องมือเหล่านี้สามารถเชื่อมโยงกับอินเทอร์เน็ตทุกที่ตลอดเวลา มีการเติบโตของเทคโนโลยีและสื่อสังคมเพื่อตอบสนองต่อความสนใจเฉพาะกลุ่มมากขึ้น เทคโนโลยีเหล่านี้ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป นอกจากจะใช้เทคโนโลยีเพื่อรับสารแล้ว ยังเอื้อต่อการเข้าถึงสารต่าง ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายสังคมและโลกออนไลน์ได้ง่ายขึ้น ส่งผลในเรื่องของความเป็นอยู่ วิธีการบริโภค การรับรู้ รวมถึงความปลอดภัยในชีวิต หากมองในระบบสุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศมีศักยภาพในการนำมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารของกลุ่มผู้ป่วยเพื่อดูแลกันเองในกลุ่มผู้ป่วยชุมชนเดียวกันหรือการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือกันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะร่วมกัน



(Self-help group) ในลักษณะชุมชนเสมือนจริง (Virtual community) รวมทั้งมีศักยภาพในการใช้งานเพื่อเสริมการจัดบริการสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสารทางไกล เช่น การติดต่อสื่อสารทางไกลระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพ และการติดต่อระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพด้วยกัน (Tele-medicine) การส่งข้อมูลด้านสุขภาพทางไกลผ่านทางอินเทอร์เน็ต การรับปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล เป็นต้น ส่วนเทคโนโลยีเกี่ยวกับอาหารจากการติดต่อทางพันธุกรรมมีบทบาทมากขึ้น เพื่อหนการเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศ เพิ่มสารอาหาร ฯลฯ^๔

อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย แม้จะมีแนวโน้มรับเอาเทคโนโลยีใหม่มาใช้ได้ค่อนข้างเร็ว แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการจัดการระบบโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อการนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาพัฒนาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะในเชิงระบบที่ต้องการการจัดการร่วมกัน และยังอาจมีผลต่อความเหลื่อมล้ำในสังคมเนื่องจากความแตกต่างในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

๑.๕ สิ่งแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศของโลก (Climate changes) และภาวะโลกร้อน ทำให้มีความแปรปรวนของสภาพอากาศมากขึ้น มีความเสี่ยงต่อภัยธรรมชาติที่รุนแรง และพบได้ถี่ขึ้น ส่งผลกระทบต่อความเสียหายที่สูงขึ้นตามมา โดยเฉพาะหากไม่ได้มีการเตรียมระบบป้องกันและจัดการ สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปของโลกทำให้มีโรคใหม่ๆ เกิดขึ้นกับทั้งคน พืช และสัตว์ นำไปสู่การพัฒนาและใช้ยาหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ กับพืชและสัตว์ที่นำมาเป็นอาหาร รวมทั้งการใช้สารเคมีมากขึ้น ซึ่งยาและเทคโนโลยีดังกล่าวอาจส่งผลกระทบด้านสุขภาพต่อผู้บริโภค เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะที่มากเกินไปจนความจำเป็น ทำให้โรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญ และมีความรุนแรงขึ้น ขณะที่การค้นพบสารชนิดใหม่ที่มีคุณสมบัติเป็นยาปฏิชีวนะต้องใช้เวลา นานขึ้นและการลงทุนมากขึ้น และยังกังวลว่าจะยังไม่มียาปฏิชีวนะชนิดใหม่ใช้ในระยะเวลาอันใกล้ นอกจากนั้นภัยธรรมชาติ เช่น คลื่นความร้อน น้ำท่วม พายุ ภาวะแห้งแล้ง แผ่นดินไหว ไฟป่า ดินถล่ม สึนามิ อุทกภัยตก จะเกิดบ่อยขึ้นและรุนแรงขึ้น ดังนั้น แนวโน้มความเปลี่ยนแปลงในสภาพภูมิอากาศ ทำให้ระบบสุขภาพมีความจำเป็นต้องปรับตัว โดยเฉพาะการเตรียมการรับผลกระทบทางสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว รวมถึงการเตรียมตัวรับการเกิดภัยธรรมชาติ

^๔ ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย อ้างแล้ว

และสาธารณภัยต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมีการเพิ่มขึ้นของความต้องการพลังงานและราคาพลังงานที่สูงขึ้น รวมถึงความจำเป็นในการจัดสรรทรัพยากรน้ำ เพื่อการบริโภคและอุปโภคอย่างเหมาะสม

นอกจากนั้น จากการคมนาคมขนส่งที่ทันสมัยและระบบเศรษฐกิจแบบเปิดทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรอย่างไร้พรมแดน ทำให้มีโอกาสที่โรคติดต่อจะแพร่ระบาดไปยังส่วนต่าง ๆ ของโลกได้ง่ายขึ้น กลุ่มแรงงานข้ามชาติจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดโรคต่าง ๆ ได้มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น เนื่องจากไม่ได้รับบริการสาธารณสุขและสาธารณสุขพื้นฐานอย่างเพียงพอ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดต่อ และขาดพฤติกรรมด้านสุขอนามัยที่ช่วยป้องกันโรค ส่วนโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน มีแนวโน้มซับซ้อน มีความรุนแรงและควบคุมได้ยากขึ้น ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างสนับสนุนให้เกิดโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนง่ายขึ้น เช่น วิวัฒนาการของเชื้อก่อโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การปนเปื้อนของแหล่งน้ำ การอพยพย้ายถิ่น

อย่างไรก็ตาม พบว่าประชาชนเริ่มมีความตระหนัก ตื่นตัวในเรื่องของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ การขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากภายนอกประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ ยังเป็นแรงกดดันเชิงบวกต่อการดำเนินงานของหน่วยงานภายในประเทศด้วย

๒. แนวโน้มระบบสุขภาพในอนาคต

ในช่วงที่ผ่านมา ระบบสุขภาพในระดับโลก ภูมิภาค และประเทศมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สภาพแวดล้อมเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพของประชาชน เช่น ปัญหาสุขภาพ ความต้องการบริการสุขภาพ การจัดการและกำหนดนโยบายระบบสุขภาพ ในหลายทิศทางและหลายมิติ จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมจากต่างประเทศ^๔ พบว่า ที่ผ่านมามีความพยายามทำนายการเปลี่ยนแปลงของโลกในอนาคตอยู่หลาย

^๔ World Economic Forum. (๒๐๑๓) Global Risks ๒๐๑๓. Eighth Edition.



สำนัก เช่น การทำนายอนาคตใน ๒๕ ปีข้างหน้าของหนังสือพิมพ์ The Guardian จากสหราชอาณาจักร การฉายภาพอนาคตสำหรับปี ๒๕๙๓ โดย World Business Council for Sustainable Development การพยากรณ์อนาคตโดยกลุ่ม future agenda ๒๐๒๐ การคาดการณ์เทคโนโลยีสุขภาพในอนาคต ๓๐ ปีข้างหน้า โดย กลุ่ม Envision Technology และการมองภาพอนาคตประเทศไทย โดยสถาบันคลังสมองของชาติ ร่วมกับ APEC Center for Technology Foresight

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีประเด็นน่าสนใจที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงบริบทที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ เช่น ความเสี่ยงในการเกิดข้อขัดแย้งทางการเมืองระหว่างสองประเทศหลัก คือ สหรัฐอเมริกาและจีน การขาดแคลนและการแย่งชิงพลังงานที่จะมีราคาแพงขึ้น เทคโนโลยีนาโนจะมีบทบาททำให้คอมพิวเตอร์ราคาถูกลงและแพร่หลายไปทั่วในรูปแบบต่าง ๆ การมีอาหารที่อาศัยกระบวนการตัดต่อพันธุกรรมเพื่อให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาพอากาศและสิ่งแวดล้อม การมีวัคซีนใหม่ ๆ เพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงบริการสุขภาพที่เน้นเรื่องการให้การศึกษา และการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายด้านสุขภาพ นอกจากนี้พบว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงหลักในระดับโลก เช่น การเติบโตของประชากร การเพิ่มขนาดของเมือง ทำให้มีการบริโภคมากขึ้น สังคมจะมีแรงจูงใจในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากขาดการบริหารจัดการที่เพียงพอ สภาพแวดล้อมและระบบนิเวศจะเสื่อมทรามลงภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย ได้มีการคาดการณ์อนาคตโดยสถาบันคลังสมองของชาติ ร่วมกับ APEC Center for Technology Foresight จัดทำภาพอนาคตของประเทศในปี ๒๕๖๓ โดยมีผลที่เป็นไปได้ ๓ กลุ่ม ได้แก่ “น้ำพริกปลาหู” “ต้มยำกุ้งน้ำโขง” และ “เกาเหลาไม่ออก” โดยทั้งสามฉากทัศน์นำเสนอภาพอนาคตที่มีความแตกต่างอย่างมาก ได้แก่ ๑) ภาพเกาเหลาไม่ออก มองภาพประเทศที่มีแต่ความขัดแย้ง ทั้งระหว่างกลุ่มที่มีความคิดเห็นแตกต่างทางการเมือง รวมถึงในพื้นที่ภาคใต้ มีความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตน้อยลง รวมถึงการลงทุนในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ลดน้อยลง ๒) ภาพน้ำพริกปลาหู เห็นความสมานฉันท์ของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ อยู่ด้วยกันอย่างสงบ ภายใต้เศรษฐกิจพอเพียงที่เน้นการบริโภคภายในประเทศ ๓) ภาพต้มยำกุ้งน้ำโขง มองประเทศไทยที่มีความเชื่อมโยงกับประเทศอื่น ๆ โดยเฉพาะในเขตลุ่มแม่น้ำโขงอย่างมากทั้งในการค้า เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม

ทั้งนี้ การพิจารณาแนวโน้มของระบบสุขภาพในอนาคต ต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ ในประเทศไทยด้วย ซึ่งผลการศึกษาของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพและจากข้อมูล Global Risk ๒๐๑๓ ในการประชุม World Economic Forum พบว่ามีปัจจัยสำคัญที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพใน ๒๐ ปีข้างหน้า^{๑๐} เช่น

- **มีแนวโน้มปัญหาการจัดการน้ำเพื่อการบริโภคและการใช้** คาดว่าความต้องการน้ำสำหรับประเทศไทยจะเพิ่มเป็น ๒ เท่าในปี ๒๕๗๒ เมื่อเทียบกับปัจจุบัน ความต้องการน้ำในภาคเกษตร อุตสาหกรรมและครัวเรือนมากขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาภัยแล้ง อุทกภัยรุนแรง แหล่งน้ำเสื่อมโทรม ทำให้เกิดการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ โรคระบาด และมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น
- **การปฏิรูปครั้งใหญ่** เหตุการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองจะนำไปสู่การปฏิรูปของโครงสร้างการเมืองและกฎหมาย ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายและทิศทางระบบสุขภาพ
- **ภัยธรรมชาติ** เช่น คลื่นความร้อน น้ำท่วม พายุ ภาวะแห้งแล้ง แผ่นดินไหว ไฟป่า ดินถล่ม สึนามิ อุกกาบาตตก จะเกิดบ่อยขึ้นและรุนแรงขึ้น ทำให้ระบบสุขภาพต้องเตรียมความพร้อมในการรับมือกับอุบัติภัยที่จะเกิดขึ้น
- **การทุจริตทวีความรุนแรงมากขึ้น** วิธีการและรูปแบบการทุจริตคอร์ปชั่นจะหลากหลาย การตรวจสอบและเฝ้าระวังจะทำได้ยากขึ้น จึงต้องการระบอบภิบาล (governance) การตรวจสอบ และบทลงโทษทั้งทางสังคมและกฎหมายที่เข้มข้น รวมถึงระบบยุติธรรมที่โปร่งใสและทันการ
- **แบคทีเรียดื้อยา** การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปจนความจำเป็นทำให้โรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาปฏิชีวนะเป็นปัญหาสำคัญและมีความรุนแรงขึ้น ในขณะที่การค้นพบสารชนิดใหม่ที่มีคุณสมบัติเป็นยาปฏิชีวนะต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น และการลงทุนมากขึ้น รวมทั้งมีความกังวลว่าจะยังไม่มียาปฏิชีวนะชนิดใหม่ใช้ในระยะอันใกล้
- **การคมนาคมในพื้นที่ชนบททางไกลมีความสะดวกยิ่งขึ้น** ทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์มีความสะดวกรวดเร็วขึ้น มีการพัฒนาเส้นทางคมนาคมขนส่งโดยเฉพาะเส้นทางในพื้นที่ชนบททางไกลให้มีสภาพที่ดี สามารถเดินทางได้สะดวก

^{๑๐} โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. ๒๕๕๖. การวิจัยเพื่อการจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัยด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.



รวดเร็วและปลอดภัยขึ้น ทำให้ชาวบ้านสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้มากขึ้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยหนักสามารถทำได้สะดวกขึ้น

- **แรงงานต่างประเทศ** การย้ายถิ่นของชาวต่างชาติเข้ามาทำงานในไทย โดยไม่มีหลักประกันสุขภาพติดตัวมาด้วย ทำให้ภาครัฐต้องสร้างหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมให้กับแรงงานเหล่านี้ รวมถึงการเฝ้าระวัง ส่งเสริม และป้องกันโรคที่อาจเกิดขึ้นจากแรงงานต่างชาติ และการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของแรงงานต่างชาติ
- **รัฐบาลจะมีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)** มากขึ้น อปท. จำเป็นต้องพัฒนาให้มีความพร้อมในการรองรับการกระจายอำนาจที่จะเกิดขึ้นตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกในการบริหารจัดการตามความต้องการของประชาชนอย่างเหมาะสม เนื่องจากชุมชนท้องถิ่นจะเรียกร้องการมีส่วนร่วมในการบริหาร การตัดสินใจ การตรวจสอบโครงการและนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อพื้นที่มากขึ้น
- **โครงสร้างประชากร** จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กลดลง ส่งผลต่อโครงสร้างรายได้และรายจ่ายของภาครัฐ หมายถึง รายได้ในการจัดเก็บภาษีของวัยแรงงานน้อยลง ขณะที่ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งรวมถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต
- **ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์** คนไทยกลุ่มต่างๆ ยังคงมีความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ เนื่องจากสิทธิในระบบประกันสุขภาพและฐานะทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน รวมถึงการกระจายของเครื่องมือในสถานพยาบาลที่ไม่ทั่วถึง

จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำภาพอนาคตระบบสุขภาพของคนไทยในทศวรรษหน้า^{๑๑} เพื่อระดมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ในการจัดทำภาพอนาคตระบบ

^{๑๑} การประชุมวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๖ จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ ณ โรงแรมรามา การ์ดेंส์

สุขภาพไทย บนฐานข้อมูลการศึกษาแนวโน้มและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย^{๑๒} โดยผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่า **ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อเชิงบวกต่อระบบสุขภาพ** ได้แก่ การคมนาคมทั้งในประเทศและต่างประเทศสะดวกมากขึ้น หลายชุมชนจัดการตนเองได้มากขึ้น มีการพัฒนาระบบการขนส่งเพื่อตอบสนองต่อคนทุกกลุ่มมากขึ้น ส่วน**ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อเชิงลบต่อระบบสุขภาพ** ได้แก่ ภัยธรรมชาติ โรคอุบัติใหม่ วิธีการและรูปแบบการทุจริตคอร์รัปชันจะหลากหลายการตรวจสอบและเฝ้าระวังจะทำได้ยากขึ้น จากข้อมูลดังกล่าวนำมาสู่การระดมความคิดเห็นในการประชุมเชิงปฏิบัติการ จากผู้กำหนดนโยบายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคประชาสังคม นักวิชาการ นักวิจัย และผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมได้ระบุประเด็นปัจจัยและสาเหตุของภาพอนาคต รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพ ตลอดจนแนวทางการป้องกันเพื่อลดผลกระทบนั้น

ภาพอนาคตของระบบสุขภาพไทยที่ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็น มีความเป็นไปได้ ทั้งระบบสุขภาพจะดีขึ้นและแย่ลง โดยอีก ๑๐ ปีข้างหน้าระบบสุขภาพจะดีขึ้นหรือจะมีความเข้มแข็งบนฐานพลังร่วมกันของสังคม ซึ่งต้องการระบบการบริหารจัดการที่ดีและโปร่งใส รวมทั้งมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้ประชาชนได้ตัดสินใจมากขึ้น เพื่อให้เกิดภาพอนาคตของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ แต่มีบางประเด็นที่อาจคำนึงถึงปัจจัยที่จะก่อผลกระทบเชิงลบ เช่น ภัยธรรมชาติ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยภาพนั้นอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่สถานการณ์ทางการเมืองอยู่ในสภาพที่ดี ประชาชนเข้มแข็งและมีส่วนร่วม ตลอดจนมีความสามารถในการรับรู้และการเลือกนักรบการเมืองที่มีคุณภาพในการบริหารประเทศให้ไปในทางที่ดี และไวต่อการรับมือจากการเปลี่ยนแปลงจากบริบทภายนอกประเทศ

ส่วนระบบสุขภาพของคนไทยอาจแย่ลง หากมีการใช้อำนาจโดยมิชอบ และบางเรื่องกฎหมายบังคับใช้ไม่ได้ ตลอดจนขาดการเตรียมกลยุทธ์และยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสุขภาพที่รอบคอบ สำหรับภาพอนาคตอันไม่พึงประสงค์ที่เป็นไปได้โดยการตั้งสมมติฐานว่าสถานการณ์ต่าง ๆ จะทำให้สุขภาพคนไทยแย่ลง มีภาพแนวโน้มความเป็นไปได้ เช่น ภายใต้วิกฤติการเมืองที่ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในเมือง การปกครอง การบริหารประเทศแบบ

^{๑๒} สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ. ๒๕๕๖. การวิเคราะห์และจัดทำภาพอนาคตระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.



รวมศูนย์ จะส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจในปัญหาของแต่ละพื้นที่ นำไปสู่ความล้มเหลวในการแก้ปัญหา ในขณะที่เดียวกัน ภาคประชาชนจะอ่อนแอลง เนื่องจากไม่มีสิทธิในการดูแลตัวเอง ไร้ความสามารถในการแก้ปัญหาในระดับท้องถิ่น นำไปสู่ความอ่อนแอของสังคม ความไม่มีสิทธิในการเข้าถึงทรัพยากร เช่น ที่ดินทำกิน และแหล่งน้ำ รวมถึงการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานของรัฐที่สำคัญ เช่น การศึกษา บริการสุขภาพ จากปัญหาดังกล่าว จะนำไปสู่ปัญหาสังคมที่เปราะบาง ได้แก่ ปัญหาช่องว่าง ความเหลื่อมล้ำทางสังคม จะนำไปสู่การแบ่งแยกกลุ่มชนชั้น เกิดความรุนแรงในสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ผลของวิกฤติการณ์เมืองที่มีการบริหารประเทศอย่างไม่เป็นธรรม จะส่งผลให้รัฐไม่สามารถจัดการและแก้ปัญหาที่ประเทศเผชิญอยู่ได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่รัฐบาลจะต้องมีความเข้มแข็งในการรับมือกับภัยธรรมชาติอย่างทันทั่วทั้งที่ การลดความเสียหายที่อาจเกิดกับภาคอุตสาหกรรมและภาคการเกษตร การปรับตัวของภาคเกษตรต่อฤดูกาลที่เปลี่ยนแปลงและไม่สามารถให้ผลผลิตทางการเกษตรได้อย่างที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดโรคระบาดหรือโรคติดต่ออุบัติใหม่ รัฐมีแนวโน้มที่อาจมีความสามารถไม่เพียงพอในการเฝ้าระวังการเกิดโรคและไม่สามารถควบคุมพื้นที่ที่มีการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รัฐอาจไม่มีมาตรการกฏระเบียบ มาตรฐานสำหรับรับมือในการควบคุมดูแลความปลอดภัยให้แก่ประชากรในประเทศไทย เช่น มาตรการควบคุมการนำเข้าสินค้าปลอดภัย อาหารปลอดภัย การควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคติดต่อ ซึ่งอาจแพร่ข้ามระหว่างประเทศ ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในอีก ๑๐ ปีข้างหน้าได้

ดังนั้นการทำความเข้าใจในแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพอนาคต และปัจจัยที่มีผลกระทบเหล่านี้ อาจมีส่วนช่วยกำหนดแนวทางการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไปได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจริงได้มากยิ่งขึ้น

บทที่ ๔

สถานการณ์ระบบสุขภาพ
รายหมวด การเปลี่ยนแปลง
โอกาสและภัยคุกคาม





พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดตามมาตรา ๒๕ (๑)

ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้เป็นทิศทาง เป้าหมายหรือมาตรการร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นธรรมนูญฉบับแรก ประกอบด้วย ๑๒ หมวด ๑๑๑ ข้อ โดยหมวด ๑ กล่าวถึงปรัชญาและแนวคิดของระบบสุขภาพว่า สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและระบบความมั่นคงของประเทศ หมวด ๒ ย้ำเรื่องลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพว่าระบบสุขภาพจะต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้และปัญญา หมวด ๓ กล่าวถึงการจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพที่ต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย และครอบคลุมการจัดการปัจจัยทุกด้านที่กระทบสุขภาพ ส่วนหมวดที่ ๔ ถึง ๑๒ เป็นประเด็นเฉพาะด้านหรือเป็นระบบสุขภาพย่อย ซึ่งการวางแผนจะจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับต่อไป จำเป็นต้องรับรู้ถึงสถานการณ์ระบบสุขภาพย่อยในอดีตที่ผ่านมาและปัจจุบัน รวมถึงการเปลี่ยนแปลง โอกาสและภัยคุกคามที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๔.๑ สถานการณ์ระบบสร้างเสริมสุขภาพ

หมวด ๔ การสร้างเสริมสุขภาพ ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้ความหมายของคำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ” หมายถึง การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย จิต ปัญญาและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ทั้งนี้หลักการของระบบการสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญฯ กำหนดว่า ต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาพะอย่างป็นองครวมทั่วทั้งสังคม มุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย ความพิการ และการตายที่ไม่สมควร และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ” โดยมีการดำเนินงานในทุกะดับอย่างครบวงจร ตั้งแต่กรรมมารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีกรอบยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับกิจกรรมในกฎบัตรอตตาวา

ในทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงสำคัญในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ เริ่มที่การปรับเปลี่ยนแนวคิดจากความหมายของคำว่า “ส่งเสริมสุขภาพ” สู่ “สร้างเสริมสุขภาพ” จากการศึกษาของศิริวรรณ พิทยังสุภะ^{๑๓} พบว่า คำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ” เริ่มใช้ครั้งแรกใน ๒๕๔๑ ในขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จากเดิมใช้คำว่า “ส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งมาจากคำว่า “Health Promotion” เหมือนกันและยังใช้อยู่ในกระทรวงสาธารณสุข จนปี ๒๕๕๔ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพจากกิจกรรมส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลและชุมชน ให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนและชุมชน รวมทั้ง การพัฒนาหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งความหมายนี้สอดคล้องกับ กรอบแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพระดับสากล และทำให้นิยามของการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของไทยมีความหมายไปในทิศทางเดียวกัน ประเทศไทยให้คุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นเป้าหมายและทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพ ดังเห็นได้จาก ๑) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่กำหนดให้รัฐ “ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพ

^{๑๓} ศิริวรรณ พิทยังสุภะ และ กุมภากร สมมิตร. ๒๕๕๖. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ และแนวนโน้มนในอนาคด. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.



ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน” ๒) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น ใน มาตรา ๕ “บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม...” ๓) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่จัดตั้งขึ้นในปี ๒๕๔๔ เพื่อเป็นแหล่งการคลังสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ จึงเป็นหัวใจสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนสุขภาพนอกภาครัฐ สาธารณสุข และได้รับการยอมรับว่าเป็นนวัตกรรมทางการเงินการคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และ ๔) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๔๗ ที่กำหนดให้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ เป็นแหล่งการคลังให้กับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข คู่กับ สสส.

เมื่อทบทวนสถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมาพบว่า

- ระดับอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี (U5MR) โดยรวมของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ค่าที่ประมาณโดย Inter-agency Group for Child Mortality Estimation ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีอัตราการตายเท่ากับ ๑๔ ต่อจำนวนการเกิดมีชีพพันคน
- อัตราการฆ่าตัวตาย ไม่ลดลง อยู่ที่ประมาณ ๖ คนต่อแสนประชากร หรือมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ ๓,๖๑๒ คนต่อปี วิจัยงานเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงสุด ภาคเหนือของไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุดอยู่ที่จังหวัดนราธิวาส
- อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร มีแนวโน้มลดลง อยู่ที่ประมาณ ๑๗ คนต่อแสนประชากร
- อัตราการดื่มสุราของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปทรงตัว ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ อยู่ที่ร้อยละ ๓๑.๕
- อัตราการสูบบุหรี่ ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลงมาตลอด แต่เริ่มทรงตัวในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ อยู่ที่ร้อยละ ๒๑

- อัตราการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีกิจกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายไม่เพียงพอและมีอัตราที่ลดลง จากร้อยละ ๒๒.๕ ในปี ๒๕๔๗ เป็นร้อยละ ๑๘.๕ ในปี ๒๕๕๒
- ความเสี่ยงจากการบริโภค วัดจากภาวะอ้วน, การใช้ยาเกินความจำเป็น, และ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้น
- ภัยเสี่ยงทางสังคม (หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ความรุนแรง และการพนัน) ปัญหาชัดเจน ขึ้น
- ระบบสร้างเสริมสุขภาพ เริ่มสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของเด็ก ผู้หญิง คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาส และกลุ่มคนที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพแต่อาจจะยังไม่พอเพียง
- กลไกการเปิดเผยข้อมูลของรัฐ กรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและ วิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบและจัดหาข้อมูลให้ นั้น ยังไม่มี ประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีเพียงบางประเด็นเท่านั้นที่มี ยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนระดับชาติ เช่น ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ยุทธศาสตร์คนไทยไร้พุง ยุทธศาสตร์การพัฒนางานสุขภาพจิต แม้ว่าจะมีแผนยุทธศาสตร์ในบางเรื่องแล้ว พบว่าส่วนหนึ่ง ยังมีการปฏิบัติที่ยังไม่เป็นเอกภาพและยังไม่เกิดผลต่อเนื่องเท่าที่ควร อาจเป็นไปได้ว่า รัฐซึ่งมี บทบาทหลักในการระดมทรัพยากรและทุนทางสังคม ยังไม่สามารถแสดงบทบาทเชิงรุกในการ แก้ปัญหาได้เต็มที่ อันเนื่องจากหลายเหตุปัจจัย เช่น การขาดเสถียรภาพทางการเมือง การขาด นโยบายด้านสุขภาพเชิงรุกที่ต่อเนื่อง รวมทั้งปัญหาการประสานนโยบายทั้งภายในและภายนอก กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์ปัจจุบันขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า แม้จะเสริมหนุนกัน ไปทิศทางเดียวกัน แต่ระบบอภิบาลแยกส่วน กระทรวงสาธารณสุข กำหนด บทบาทตนเองใหม่ให้มีหน้าที่หลักในการอภิบาลระบบ เพิ่มจากเดิมที่เน้นเป็นผู้ให้บริการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กำหนดบทบาทในการประสานงาน ร่วมมือกับภาคีและการเสริมศักยภาพภาคีในการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปช.) ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณให้กับบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ส่วน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีบทบาทในด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม แต่ทุกองค์กรมีความเป็นอิสระ มีกรรมการนโยบายหรือ กรรมการบริหารที่มาจากหลายภาคส่วน แต่แยกคณะกัน อาศัยอำนาจกฎหมายคนละฉบับ



ในภาพรวมพบว่า เริ่มมีกลไกเชื่อมประสานหน่วยงานระดับนโยบาย ๔ หน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุข สสส. สปสช. สช. แต่ไม่พบกลไกการเชื่อมงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับจังหวัด ไม่มีแผนพัฒนากำลังคนด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับประเทศ และการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพไม่ครอบคลุมทั้งระบบ เนื่องจากงานสร้างเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่มีความหลากหลายมาก และสามารถดึงศักยภาพของทุนเดิมทางสังคมของพื้นที่มาสร้างเสริมสุขภาพได้มาก และมีนวัตกรรมที่หลากหลาย นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานสนับสนุนวิชาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้กับหน่วยปฏิบัติระดับชาติ และรายประเด็น เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส) ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) เป็นต้น มหาวิทยาลัยในภูมิภาคสามารถเป็นแหล่งวิชาการให้กับหน่วยปฏิบัติระดับพื้นที่ได้ แต่การจัดการยังไม่เป็นระบบทั่วประเทศ ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มกระจายอำนาจในการจัดการสร้างเสริมสุขภาพไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น และ สปสช.ก็เน้นการดำเนินงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

๔.๒ สถานการณ์ระบบป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

หมวด ๕ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้ความหมายของคำว่า “การป้องกันโรค” ว่าเป็นการกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคและการป้องกันไม่ให้เป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วย หรือเป็นโรคแล้ว สามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ระดับ คือ การป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วย การป้องกันโรคในระยะที่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้ว การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพเมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว ส่วนคำว่า “การควบคุมโรค” หมายถึง การควบคุมโรคระบาด โรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ รวมทั้งโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมและอาหาร และโรคอื่นๆ ที่สามารถลดความสูญเสียสุขภาพ ชีวิตและทรัพยากรได้หากมีการตรวจพบแต่เนิ่นๆ ในขณะที่คำว่า “การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” หมายความว่า การจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี ภัยธรรมชาติ รวมทั้งระบบต่าง ๆ ในสังคมเพื่อควบคุมปัจจัยดังกล่าว ให้มีผลเสียต่อสุขภาพน้อยที่สุด

สถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (กลุ่มผู้สูงอายุที่มากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป เท่ากับ ๑๑.๕% ของประชากรทั้งหมด) กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตมากที่สุดต่อปี โดยสาเหตุการตายและการเกิดภาระโรคที่พบมากที่สุดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต ทั้งนี้เป็นเพราะปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่มีผลเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไม่ติดต่อนั้นเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและพฤติกรรมของผู้คน การควบคุมและป้องกันโรคทำได้ยากเพราะต้องใช้มาตรการที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว โรคติดต่อซึ่งเคยเป็นปัญหาสำคัญในอดีตมีบทบาทลดลงเมื่อเทียบกับโรคไม่ติดต่อ แต่ความซับซ้อนและความรุนแรงกลับเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มคนเฉพาะหรือตามพื้นที่ เช่น โรคเอดส์ รวมทั้งการกลับมาระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นระยะ การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในปัจจุบันแม้ภาครัฐจะมีประสบการณ์และมีโครงสร้างรองรับอย่างเป็นระบบ แต่ยังพบข้อจำกัดเรื่องของการให้ความรู้ประชาชน ความไม่ชัดเจนในนโยบายและแนวทางของผู้บริหาร กลุ่มการบาดเจ็บ เป็นกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากรถยังคงเป็นภาระต่อประเทศชาติ ทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องของสิ่งแวดล้อม มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศและระบบนิเวศในวงกว้างตลอด ๑๐ ปีที่ผ่านมา ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มากขึ้น โดยเฉพาะมลพิษ และสารเคมี กำลังกลายเป็นสารก่อโรคมัยใหม่ (Modern Hazard) แทนที่กลุ่มเชื้อโรค หน่วยงานระดับพื้นที่โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดการแก้ปัญหา แต่มีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรและงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วทันต่อสถานการณ์ได้ การบังคับใช้กฎหมายเป็นอีกข้อจำกัดหนึ่งที่ต้องได้รับการปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในอนาคต

ประเทศไทยมีโอกาสหลายด้านในการรับมือกับปัญหาที่มากขึ้น เริ่มจากการมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติทั้งแบบบูรณาการและแบบเฉพาะประเด็นรองรับการขับเคลื่อนเรื่องการควบคุมและป้องกันโรค ซึ่งมีความสอดคล้องกับเอกสารนโยบายที่สำคัญของประเทศฉบับต่างๆ โดยเฉพาะรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ๒๕๕๐ การทำงานแบบบูรณาการของหน่วยงานต่างๆ มีมากขึ้น การกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ภูมิภาคเริ่มเห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสามารถในการดูแลประชาชนในภาพรวมดีขึ้น ประชาชนมีความตระหนักในเรื่องของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น และเริ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อส่วนรวม นอกจากโอกาสจากปัจจัยภายในประเทศแล้ว การขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพ



จากภายนอกประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ ยังเป็นแรงกดดันเชิงบวกต่อการดำเนินงานของหน่วยงานภายในประเทศด้วย

ภัยคุกคามที่ต้องให้ความสำคัญ คือ กระแสสังคมทุนนิยมและพฤติกรรมของคนในยุคโลกาภิวัตน์ การพึ่งพิงเทคโนโลยีในชีวิตความเป็นอยู่ รวมไปถึงการผลิตทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม การเปิดเขตการค้าเสรีที่มากขึ้นทั้งประชาคมเสรีอาเซียน และ FTA ส่งผลให้เกิดความไม่เสมอภาคในเรื่องนโยบายสุขภาพของรัฐบาล เพราะได้รับความสนใจน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการรักษาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ทั้งที่ระบบราชการเป็นโครงสร้างหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ปัญหากลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าสู่ประเทศได้ง่ายขึ้นในอนาคต นำมาซึ่งการพึ่งพิงด้านงบประมาณในการป้องกันและควบคุมโรค

ความท้าทายที่อาจช่วยเพิ่มโอกาสในการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้แก่การนำหลักการ **“Health in all policy”** ไปปฏิบัติให้เป็นจริง โดยการสร้างหลักฐานทางวิชาการเพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามกับการเจ็บป่วย การสร้างเวทีให้ระดับปฏิบัติการกับระดับผู้บริหารได้ทำงานร่วมกัน โดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแก้ไขปัญหที่อาจเป็นข้อจำกัดในการดำเนินงานภายใต้กรอบแผนยุทธศาสตร์ที่วางไว้ การสร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักให้เกิดขึ้นกับประชาชนและชุมชนในเรื่องปัจจัยคุกคามสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ภายใต้บริบทของสังคม **“พึ่งตนเองได้”** น่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ช่วยสร้างความยั่งยืนให้เกิดขึ้นกับระบบการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศไทยได้

ธรรมนูญสุขภาพฯ ในภาพรวม มีความไม่ชัดเจนเรื่องของวัตถุประสงค์ในการจัดทำและการนำไปใช้ประโยชน์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแสดงถึงความไม่เป็นที่รู้จักของธรรมนูญฯ ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนในความจำเป็นของการมีธรรมนูญสุขภาพฯ รวมถึงวิธีการนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปอ้างอิงในการปฏิบัติงานจริง^{๓๔} ทั้งนี้อาจด้วยข้อจำกัดของระเบียบวิธีวิจัย

^{๓๔} ฐิติกร โตโพธิ์ไทย และคณะ. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์ระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ที่ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะเจาะจงและเน้นการสัมภาษณ์บุคคลากรในภาครัฐ แต่เข้าไม่ถึงชุมชนที่มีการจัดทำธรรมนูญพื้นที่

อย่างไรก็ตาม เนื้อหาโดยรวมสามารถใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสุขภาพในลักษณะเครื่องมือเชิงเดี่ยวได้ และเป็นเครื่องมือของ “รัฐ” เท่านั้น เนื่องจากมีความสอดคล้องกับเอกสารนโยบายที่สำคัญอื่นๆ ของประเทศ เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ๒๕๕๐ และเนื้อหาส่วนมาตรการที่เขียนไว้ในหมวด ๕ ทั้งหมด ๘ ข้อ มีความครอบคลุมการนำไปใช้กับกลไกทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระดับชุมชน แต่ส่วนใหญ่เน้นไปในเชิงกลไกระดับชาติ ในประเด็นเรื่องขอบเขตความหมายของคำสำคัญ พบว่ามีความแตกต่างกับการให้คำนิยามของหน่วยงานอื่น ๆ เช่น คำว่าโรค ที่ไม่ได้ระบุประเภทไว้เหมือนกับขององค์การอนามัยโลก คำว่าปัจจัยคุกคามสุขภาพที่ไม่มีการระบุคำนิยามไว้โดยตรง แต่อนุมานได้ว่าเป็นปัจจัยเชิงลบจากภายนอกและมีกรอบของการนิยามที่ใกล้เคียงกับส่วนหนึ่งของปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinant of Health) แต่ครอบคลุมเฉพาะปัจจัยเชิงลบ ดังนั้น จากเนื้อหาและองค์ประกอบของธรรมนูญฯ หมวดที่ ๕ อาจทำให้เกิดการตีความในลักษณะแยกส่วนระหว่างการป้องกันกับการส่งเสริมสุขภาพ และมีความครอบคลุมปัญหาสุขภาพได้ชัดเจนเพียงบางด้าน

ลักษณะการเขียน มาตราต่าง ๆ ในธรรมนูญฯ มีความเหมาะสมหากหน่วยงานจะนำไปอ้างอิงในการจัดทำแผนการปฏิบัติงานในระดับต่างๆ แต่อาจไม่มีผลผลักดันให้เกิดการบังคับใช้แผนการดำเนินงานที่เขียนไว้แล้วให้เกิดผลเป็นรูปธรรม ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงธรรมนูญที่สำคัญสรุปได้ว่า ควรเน้นการสร้างความร่วมมือร่วมใจให้เกิดกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคหน่วยงานและภาคประชาชนตั้งแต่กระบวนการร่างธรรมนูญฯ การประชาสัมพันธ์ให้ธรรมนูญฯ เป็นที่รู้จักและเป็นที่ยอมรับในฐานะกรอบหรือแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ในส่วนของเนื้อหาธรรมนูญฯ เห็นควรให้การวางเป้าหมาย และมาตรการต่างๆ ตั้งอยู่บนฉันทกัตติ์ของสังคมในอนาคต โดยมีเงื่อนไขตามบริบทของประเทศเป็นหลัก และเลือกใช้รูปแบบการสื่อสารเป็นเชิงบวกเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานมากขึ้น



๔.๓ สถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๖ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ กล่าวถึงหลักการสำคัญไว้ว่า ระบบบริการสาธารณสุขต้องมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และราคาไม่แพง มุ่งเน้นสนับสนุนและลงทุนในบริการและเทคโนโลยีที่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพสูง การบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐควรสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก โดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

จากการศึกษาของ บวรศม สิริพันธ์และคณะ^{๓๕} ที่ได้ทบทวนสถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขและควบคุมคุณภาพในทศวรรษที่ผ่านมา เสนอข้อค้นพบว่า การเปลี่ยนแปลงของระบบการจัดบริการสาธารณสุขภาครัฐซึ่งเป็นบริการหลักของระบบ เป็นการเปลี่ยนแปลงโดยใช้กลไกภายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก ส่วนการจัดบริการให้แก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและการจัดการให้ผู้ใช้สิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีโครงสร้างและรูปแบบที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก การเปลี่ยนแปลงแนวคิดสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพ คือเปลี่ยนจากแนวคิดการจัดบริการสาธารณสุขเป็นสวัสดิการประชาชนผู้ด้อยโอกาส มาเป็นการใช้กลไกตลาดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการ โดยการจัดความสัมพันธ์กับหน่วยบริการเป็นลักษณะของข้อตกลง ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ทำข้อตกลงกับหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข นับว่าเป็นช่วงเวลาทีนโยบายทางการคลังสุขภาพของ สปสช. มีอิทธิพลอย่างสูงต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพของบริการสาธารณสุขภาครัฐ

ในด้านคุณภาพ พบว่า มีการสำรวจความพึงพอใจของระบบบริการสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า

^{๓๕} บวรศม สิริพันธ์ อัครินทร์ นิมมานนิตย์ และดาริน จตุรภัทรพร. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐยังได้รับความเชื่อมั่นจากคนไทย^{๑๖} โดยบริการสุขภาพได้รับความเชื่อมั่นมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนั้น สปสช. ได้สำรวจความพึงพอใจต่อระบบบริการของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก็พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยในปี ๒๕๕๕ มีคะแนนความพึงพอใจ เฉลี่ย ๘.๒๙ คะแนน (จากคะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน) แม้ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ดีขึ้นหลังมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังมีความแตกต่างในการเข้าถึงบริการระหว่างพื้นที่ รวมถึงการกระจายตัวของแพทย์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์และทรัพยากรทางการแพทย์ที่ยังคงไม่เท่าเทียมกันในแต่ละภูมิภาค

ส่วนการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสาธารณสุขภาคเอกชนพบว่า ประเทศไทยมีทรัพยากรสุขภาพจำนวนมากอยู่ในภาคเอกชน เช่น โรงพยาบาลเอกชน ๓๒๑ แห่ง โดยมีโรงพยาบาลเอกชนที่ระดมทุนอยู่ในตลาดหลักทรัพย์ รวม ๑๔ บริษัท มีร้านขายยา ๑๗,๖๗๑ แห่ง มีคลินิกเวชกรรมเอกชน ๑๗,๑๘๗ แห่ง เช่น คลินิกแพทย์ คลินิกทันตแพทย์ คลินิกเสริมความงาม และคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก^{๑๗} มีข้อมูลว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แม้ว่าจำนวนคลินิกเอกชนที่ร่วมเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาและเครือข่ายบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีจำนวนมากขึ้น แต่จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมกลับมีจำนวนลดลง

การแข่งขันที่สูงขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน มีการปรับตัวเพื่อบริหารต้นทุนและเพิ่มรายได้มากขึ้น มีแนวโน้มการสร้างเครือข่ายโดยการรวมกลุ่มและการควบรวมกิจการ และขยายตลาดไปยังหัวเมืองมากขึ้น โดยเฉพาะเมืองใหญ่ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเติบโตมากขึ้นจากการค้าขายตามแนวชายแดน นอกจากนั้น ระบบบริการสาธารณสุขภาคเอกชนยังมุ่งสร้างจุดเด่นเพื่อขยายตลาดให้กว้างกว่า โดยเฉพาะกลุ่มผู้อาศัยในพื้นที่ใกล้เคียง เช่น การประชาสัมพันธ์และทำการตลาดในผู้ป่วยต่างชาติ นักท่องเที่ยว

^{๑๖} สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๕๕. การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๕.

^{๑๗} รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ.๒๕๕๑ - ๒๕๕๓ อังโน บวรศม และคณะ



ข้ามชาติ และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ทั้งนี้ โรงพยาบาลเอกชนยังมุ่งจัดบริการตอบสนองความต้องการของสังคม ที่ต้องการการดูแลสุขภาพที่มากกว่าการรักษาโรค เช่น ธุรกิจสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเสริมความงาม คลินิกโรคผิวหนังและศัลยกรรมตกแต่ง เกิดการเชื่อมโยงระหว่างธุรกิจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งจะมีความสำคัญมากขึ้นในอนาคต

อย่างไรก็ตาม การขยายตัวของบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ทำให้เกิดความกังวลถึงแนวโน้มปัญหาสมองไหลของบุคลากรสุขภาพจากสถานพยาบาลภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การย้ายของบุคลากรสุขภาพที่ทำงานในชนบทไปสู่เขตเมือง และบุคลากรสุขภาพที่เคยทำงานในระดับปฐมภูมิไปทำงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งอาจทำให้การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภาครัฐอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ เป็นไปได้ยากมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสาธารณสุขอีกภาคส่วนที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงในภาคประชาชน สืบเนื่องจากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศ และการเข้าถึงอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ ประชาชนส่วนหนึ่งจึงเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ (Social network media) รวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศอื่นๆ ได้มากขึ้น การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารของกลุ่มผู้ป่วยเพื่อดูแลกันเองในกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนเดียวกัน หรือการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือกันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันหรือมีลักษณะร่วมกัน (Self-help group) จนเกิดลักษณะชุมชนเสมือนจริง (Virtual community) รวมทั้งมีศักยภาพในการใช้งานเพื่อเสริมการจัดบริการสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ โดยการติดต่อสื่อสารทางไกล เช่น การติดต่อสื่อสารทางไกลระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการสุขภาพ และการติดต่อระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพด้วยกัน (Telemedicine) การส่งข้อมูลด้านสุขภาพทางไกลผ่านทางอินเทอร์เน็ต การรับปรึกษาด้านสุขภาพทางไกล เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้เริ่มพัฒนาโปรแกรมบนโทรศัพท์มือถือให้ผู้ป่วยและประชาชนบางส่วนเริ่มใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศในลักษณะดังกล่าวแล้ว

ในด้านอุปสงค์ของระบบบริการสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์ในระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ ๑) การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ

ซึ่งจะทำให้สัดส่วนของบุคคลที่ไม่อยู่ในตลาดแรงงานต่อผู้ที่อยู่ในตลาดแรงงานสูงขึ้น เกิดภาระในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ (Non-Communicable Chronic Diseases) และมีความต้องการการลงทุนเพื่อสร้างและพัฒนาทรัพยากรบุคคลและสุขภาพเพื่อดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ๒) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการพัฒนาประเทศให้มีความเป็นเมืองมากขึ้น (Urbanization) ซึ่งทำให้มีอุบัติการณ์ของโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตแบบคนเมืองเพิ่มมากขึ้น มีความต้องการบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อวิถีชีวิตคนเมืองมากขึ้น เช่น ความต้องการเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุขจากแพทย์เฉพาะทางตลอด ๒๔ ชั่วโมง รวมถึงความหลากหลายของประชากรในเขตเมือง เช่น การเพิ่มขึ้นของประชากรแฝงที่อยู่ในเขตชนบทแต่มาทำงานในเขตเมือง และนักท่องเที่ยวข้ามชาติ ๓) การเปลี่ยนแปลงของแนวคิดทางการเมืองการปกครองไปเป็นสังคมของ “พลเมือง” (citizen) ที่มีพลัง มีความตระหนักในสิทธิและหน้าที่ของตนในการมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพมากขึ้น รวมถึงร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แตกต่างจากในอดีตซึ่งประชาชนจำนวนมากใช้บริการสุขภาพที่จัดให้จากภาครัฐในรูปแบบสังคมสงเคราะห์ ประชาชนกลุ่มต่างๆ มีแนวโน้มที่จะออกมาเรียกร้องเรื่องคุณภาพของระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ต้องการระบบการตรวจสอบ ความโปร่งใส และความรับผิดชอบต่อผลงานของบริการสุขภาพ (Transparency and Accountability System) มากขึ้น รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะมีการฟ้องร้องต่อกระบวนการยุติธรรมมากขึ้น หากมีกรณีเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical errors) ขึ้น เป็นต้น



๔.๔ สถานการณ์การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๗ การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ครอบคลุมบนพื้นฐานหลักการ ๔ ข้อ ได้แก่ ๑) มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อและศาสนา นำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ๒) ให้การ ส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ ๓) ให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่าง ๆ อย่างเท่าเทียม เพื่อการ ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ๔) ใช้ปัญญา ความรู้ ความมีเหตุผล ในการพัฒนาวิชาการ และองค์ความรู้จากฐานเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า มีประสิทธิผล และ ปลอดภัย

จากการศึกษาของเสาวณีย์ กุลสมบุรณ์และคณะ^{๑๘} มีข้อค้นพบว่า หมวดนี้มีทั้งจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม ดังนี้

จุดแข็ง

๑. ฐานการขับเคลื่อนการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ ทางเลือก ได้มีการก่อรูปกลไกการทำงานโดยคณะกรรมการฯ และคณะอนุกรรม- การฯ โดยจัดทำเครื่องมือในการขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๐ ถือได้ว่าเป็นการสร้าง รมนโยบายเพื่อการทำงาน

^{๑๘} เสาวณีย์ กุลสมบุรณ์. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์การส่งเสริมการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตาม ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

๒. การทำงานการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ในระบบงานของราชการช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา หลายภาคีได้ให้ความสนใจสนับสนุนทั้ง ด้านงบประมาณ มีกฎหมายที่เกิดขึ้นมาเฉพาะ มีกองทุนที่สนับสนุน หน่วยวิชาการ ได้มีการพัฒนาวิธีวิทยาที่สอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การวิจัยไ้บ้าน ของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
๓. ฐานในภาคระบบบริการ ได้รับการขยายตัวครอบคลุมทั้งระดับบริการตติยภูมิ หุตติยภูมิ และปฐมภูมิ รวมทั้งการตื่นตัวในการรวมกลุ่มกันฟื้นฟูการทำงานในระดับ ชุมชน ในรูปแบบของกลุ่มหรือชมรม
๔. ระบบการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและ การแพทย์ทางเลือก มีความสำเร็จเกิดขึ้นทั้งจากแผนงานโครงการวิจัย การพัฒนา ควบคู่กับการปฏิบัติในระบบบริการ การเปิดสถาบันการเรียนการสอน สถาบันการ ศึกษา การพัฒนางานในภาคองค์กรพัฒนาเอกชน หลายกรณีเป็นต้นแบบของการ ทำงาน

จุดอ่อน

๑. ขาดกลไกในการจัดการความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ
๒. ศักยภาพในการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ยังมีอยู่อย่างจำกัด การวิจัยในระดับ ทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทยยังมีน้อย และวิธีวิทยาของการวิจัยแบบวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ทำให้การค้นคว้าศึกษาความจริงจากองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญามีอุปสรรค เช่น ด้านการแพทย์พื้นบ้าน
๓. ประชาชนผู้บริโภคหรือผู้ใช้การแพทย์ทางเลือกมุ่งแสวงหาเทคนิคสำเร็จรูป หรือ ผลผลิตพร้อมบริโภค ซึ่งเป็นการขยายตัวของวัฒนธรรมการบริโภคมากกว่าเป็นการ สร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่ดีในสังคม



โอกาส

๑. กระแสความตื่นตัวในเรื่องสุขภาพ
๒. สภาวะสุขภาพของสังคมอันเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีปัจจัยซับซ้อน ทำให้มีการแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพ
๓. การตื่นตัวของชุมชนท้องถิ่น ควบคู่กับกระแสการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

ภัยคุกคาม

๑. การเสื่อมโทรมของระบบนิเวศที่คุกคามต่อความหลากหลายทางชีวภาพ อันเป็นแหล่งสมุนไพรของชุมชน
๒. การพัฒนาเทคโนโลยีชีวภาพที่ได้เข้าหาสืบค้นภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งทำการวิจัยเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า โดยเข้าไปวิจัยความรู้จากหมอพื้นบ้าน หลายกรณีไม่คำนึงถึงผลตอบแทนภูมิปัญญา

มีข้อเสนอแนะ ๒ ประการ ตามความเร่งด่วน คือ

(ก) การพัฒนาระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของชุมชน การคุ้มครองความหลากหลายทางชีวภาพมีความสำคัญต่อประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะชุมชนท้องถิ่น ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เช่น พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ พ.ร.บ. คุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. ๒๕๔๒ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทางสากลที่มีผลกระทบต่อการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า การเจรจาจัดทำเขตการค้าเสรี (FTA) ดังนั้นประเทศไทยต้องริบเร่งในการพัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองภูมิปัญญา การปรับแก้กฎหมายด้านสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดต่อการคุ้มครอง การปฏิเณรการขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรไปยังสิ่งที่มีชีวิตทุกชนิด การปรับปรุงกฎหมายเฉพาะ (SUI GENERIS) และการกำหนดกรอบประเด็นและจุดยืนของประเทศไทยต่อการเจรจาจัดทำเขตการค้าเสรี

(ข) การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทยสุขภาพวิถีไท ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งเป็นแผนแม่บท ฉบับที่ ๒ ให้มีพลลังการเปลี่ยนแปลงอย่างมี

ทิศทางและเป็นระบบ จากการทบทวนสถานการณ์การส่งเสริมการใช้ การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง ๕ ด้าน คือ ๑) การสร้างและจัดการความรู้ ๒) การพัฒนาระบบสุขภาพ ๓) การพัฒนากำลังคน ๔) การพัฒนาไทยและสมุนไพร และ ๕) การคุ้มครองภูมิปัญญาฯ มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง โดยมีการปฏิบัติตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน เชิงปริมาณในทุกด้าน แต่ยังไม่มีการจัดการให้แต่ละหน่วย ได้จัดทำข้อตกลงร่วมในการพัฒนางานให้เสริมพลังกันและกัน ให้บรรลุเป้าหมายสำคัญของแต่ละยุทธศาสตร์ รวมถึงการประสานระบบจัดสรรงบประมาณในแหล่งทุนแต่ละที่ในเชิงรูปธรรม ซึ่งภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาควิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม รวมถึงฝ่ายการเมืองที่ตัดสินใจในระดับนโยบาย จำเป็นต้องให้การสนับสนุน การส่งเสริม การขับเคลื่อน การดำเนินงานตามมติสมัชชาที่ได้อำนาจกำหนดไว้ในเวทีสมัชชาและข้อตกลงร่วมของภาคีเครือข่ายข้างต้น ให้เกิดผลในเชิงประจักษ์

๔.๕ สถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้กำหนดเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคไว้ในหมวด ๘ โดยมีหลักการว่า ระบบคุ้มครองผู้บริโภคต้องเป็นไปเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค โดยมุ่งเน้นในเรื่องการสร้างการเรียนรู้เพื่อเสริมศักยภาพของผู้บริโภค การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วน การจัดให้มีกลไกในการเฝ้าระวัง ติดตาม และตรวจสอบสินค้าและบริการ รวมถึงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภคและเครือข่าย

ในช่วง ๓๐-๔๐ ปีที่ผ่านมา การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นสิ่งที่สหประชาชาติและประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกให้ความสำคัญมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการจัดทำ “แนวปฏิบัติว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภคขององค์การสหประชาชาติ”^{๑๙} ที่มีเนื้อหาระบุถึงการที่รัฐบาลจะต้องให้ความสำคัญกับ

^{๑๙} United Nations Guidelines for Consumer Protection (๑๙๘๕, as expanded in ๑๙๙๙)



การจัดตั้ง การรวมกลุ่มขององค์กรผู้บริโภค รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้บริโภคในการเสนอแนะ ประเด็นต่าง ๆ ต่อรัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐ ทั้งนี้ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคที่มักจะขาด ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสินค้าหรือบริการที่จำหน่ายในท้องตลาด หรืออาจไม่ได้รับความเป็นธรรม ในการซื้อสินค้าหรือบริการจากผู้ประกอบการที่ขาดความรับผิดชอบ

จากการศึกษาของไพศาล ลิมสิตย^{๒๐} พบว่า ประเทศไทยมีกฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้อง กับการคุ้มครองผู้บริโภคในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านบริการสาธารณสุขหรือบริการสุขภาพ ด้าน ผลิตรักษาสุขภาพ ด้านการบริโภคสินค้าและบริการทั่วไป ด้านที่เกี่ยวกับกิจกรรมเชิงพาณิชย์ และด้านวิธีปฏิบัติหรือวิธีพิจารณาความชั้นศาล โดยหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับ ประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในประเทศนั้นมีอยู่หลากหลาย ตั้งแต่หน่วยงานรัฐด้าน นโยบายและกฎหมาย ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถาบัน วิชาการ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาสังคม สภาวิชาชีพ และองค์กรสนับสนุนอื่นๆ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษานี้ของชะอรสิน สุขศรีวงศ์ และคณะ^{๒๑} พบว่าสถานการณ์การคุ้มครอง ผู้บริโภคของประเทศไทยในปัจจุบันนั้น ผู้บริโภคยังคงมีความเสี่ยงสูงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ และบริการที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ และบริการสาธารณสุข อันเนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน การถูกสร้างค่านิยมที่ผิด การบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ ปนเปื้อน การบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่ได้คุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ความเสี่ยงจากความบกพร่องของผู้ให้บริการ หรือความเสี่ยงจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการ ใช้ผลิตภัณฑ์และบริการ และยังพบอีกว่ามีประเด็นเรื่องความเป็นธรรมในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพที่จำเป็นอีกด้วย เช่น ปัญหาการเข้าถึงยาบางชนิดที่มีราคาแพง การเข้าไม่ถึง ยาจำเป็นหรือยากำพร้า ปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนบางกลุ่ม หรือปัญหา การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกล เป็นต้น

^{๒๐} ไพศาล ลิมสิตย. ๒๕๕๖. การศึกษาทบทวนสถานการณ์ระบบคุ้มครองผู้บริโภคตามรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

^{๒๑} ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ และคณะ. ๒๕๕๕. การทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ที่ผ่านมาหลายองค์กรได้ตระหนักถึงประเด็นความเสี่ยงของผู้บริโภคในการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการที่ไม่เหมาะสม และปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์และบริการเหล่านี้ ดังจะเห็นได้จากความพยายามขององค์กรต่าง ๆ ในการพัฒนากฎหมาย นโยบาย และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น ๑) การมียุทธศาสตร์เรื่องการเข้าถึงยาระบุไว้ในนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. ๒๕๕๕ และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ๒) การพัฒนาเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย โดยมีคณะทำงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาและยุติการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม ซึ่งเป็นกลไกตั้งขึ้นมาเป็นการเฉพาะ อยู่ภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา ๓) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาโฆษณาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่น เคเบิลทีวี โทรศัพท์ดาวเทียม และอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) เป็นหลักในการประสานการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๔) การมีมติคณะรัฐมนตรีที่เห็นชอบต่อยุทธศาสตร์เรื่องมาตรการ ทำให้สังคมไทยไร้แร่ใยหิน ซึ่งเป็นมติสืบเนื่องจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากพบว่าแร่ใยหินทุกชนิดเป็นสารก่อมะเร็งและควรยกเลิกการใช้ได้ในผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่ที่ใช้ในประเทศไทย ๕) การมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องมาตรการจัดการน้ำมันทอดซ้ำเสื่อมสภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมืออย่างบูรณาการจากหน่วยงานต่างๆ เนื่องจากน้ำมันเสื่อมสภาพมีสารก่อมะเร็งปนอยู่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภคได้ ๖) ความพยายามในการผลักดันกฎหมายคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม พบว่าหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคภาครัฐมีข้อจำกัดหลายประการในการปฏิบัติงานและขาดการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ ทำให้ปัจจุบันไม่สามารถคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร หรือแม้แต่นโยบายรัฐบาลชุดปัจจุบันของนายกรัฐมนตรี (นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร) ก็ไม่ได้ระบุถึงการส่งเสริมบทบาทขององค์กรหรือกลุ่มผู้บริโภคที่ชัดเจน และไม่ได้กล่าวถึงการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๖๑ วรรค ๒ แต่อย่างใด นอกจากนี้ มีแนวโน้มว่าในอนาคตจะมีปัจจัยภายนอกอื่นที่มีผลกระทบต่อเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้วย เช่น ปัจจัยเรื่องข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ (Free Trade Agreement, FTA) ที่อาจส่งผลดีหลายด้าน แต่ก็อาจส่งผลกระทบด้านลบได้เช่นกัน เช่น เรื่องของยา ได้แก่



การยึดอายุสิทธิบัตรยาต้นแบบและเงื่อนไขต่างๆ ที่อาจไม่เอื้อต่อการวิจัยและพัฒนายาชื่อสามัญ และการเข้าถึงยาของประชาชนในประเทศไทย สำหรับผลกระทบอื่นที่พึงตระหนัก เช่น ความมั่นใจด้านคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่นำเข้าจากประเทศคู่ค้า ผลกระทบจาก FTA ต่อการเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคในประเทศไทย และผลกระทบจากการเปิดเสรีด้านการบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการลงทุนในธุรกิจบริการและการเคลื่อนย้ายกำลังคนด้านสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนในประเทศไทยได้ เป็นต้น รวมถึงยังมีปัจจัยเรื่องความก้าวหน้าของการสื่อสารและเทคโนโลยีต่างๆ ในอนาคตที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคทั้งด้านบวกและลบอีกด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นได้ทั้งโอกาสและภัยคุกคามต่อเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคที่จำเป็นต้องมีการวางแผนเพื่อให้เกิดการทำงานเชิงรุกสำหรับการพัฒนาให้เกิดมาตรการคุ้มครองผู้บริโภคที่เหมาะสมในประเทศต่อไป

๔.๖ สถานการณ์ระบบการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้

หลักการของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ในหมวด ๙ การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ กำหนดว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ รัฐมีหน้าที่สนับสนุนการสร้างความรู้บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง โดยนโยบายสาธารณะต้องพัฒนาจากฐานความรู้ที่รอบด้าน เพียงพอ เชื่อถือได้ เปิดเผยที่มาแหล่งความรู้ได้ ส่วนหมวด ๑๐ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กำหนดหลักการสำคัญว่า การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการสื่อสารด้านสุขภาพ ต้องมีความเป็นกลาง เป็นธรรม ผ่านช่องทางที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจรับพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่สุขภาพะ โดยเน้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงการใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพโดยง่าย จากการศึกษาของธีระวรรณารัตน์^{๒๒} พบว่า การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ และการเผยแพร่ข้อมูล

^{๒๒} ธีระ วรรณารัตน์. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์การสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ข่าวสารด้านสุขภาพนั้น มีความใกล้ชิดและเชื่อมโยงกันอย่างยิ่ง จนยากที่จะแยกจากกัน การประมวลสถานการณ์ของระบบการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ จึงเป็นข้อมูลที่สอดคล้อง เชื่อมโยงกัน ดังนี้

จากการศึกษาสถานการณ์การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพที่จะมีผลกระทบต่อสาระของธรรมนูญฯ ได้แก่ การกระจายขององค์ความรู้ด้านสุขภาพ ความสอดคล้องของประเด็นสำคัญด้านสุขภาพของประเทศ และความสอดคล้องต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ พบว่า

๑) สถานการณ์การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

- นักวิชาการ นักวิจัย และบุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยงานการศึกษาและหน่วยงานวิชาการยังคงได้รับการยอมรับว่าเป็นภาคส่วนหลักในการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพในสังคมไทย ถึงแม้ว่าภาคเอกชนจะเริ่มมีบทบาทเพิ่มขึ้นกว่าในอดีต แต่สัดส่วนเชิงปริมาณยังน้อยกว่าภาครัฐ แต่กระบวนการสร้างองค์ความรู้ในแต่ละหน่วยงานมักจะเป็นไปในลักษณะต่างคนต่างทำ ขึ้นอยู่กับโครงสร้างพื้นฐานและความสนใจเฉพาะ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่ทำการสร้างองค์ความรู้เป็นไปในลักษณะแข่งขันและต่างคนต่างทำ แม้ว่าจะมีกลไกบางอย่างที่เป็นเวทีร่วมเพื่อแลกเปลี่ยนหรือร่วมวางแผน แนวทางการดำเนินงานร่วมกัน แต่ก็มักพบปัญหาความไว้วางใจระหว่างกัน ความจำกัดของทรัพยากร และระเบียบของหน่วยงานที่ยึดติดกับผลผลิตเชิงแข่งขัน เช่น สิทธิบัตร จำนวนสิ่งตีพิมพ์ เป็นต้น
- ชนิดขององค์ความรู้ด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา จำแนกตามระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก พบว่า การศึกษาวิจัยด้านสุขภาพเน้นหนักไปทางด้านการรักษาและเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาโรค ระบบการให้บริการสุขภาพ รวมถึงด้านระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ ในขณะที่การศึกษาด้านกำลังคน ด้านการเงินการคลังสุขภาพ และด้านการอภิบาลระบบสุขภาพยังมีจำนวนน้อยมาก ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญมากคือ กำลังคนด้านการวิจัยแต่ละแขนงที่มีไม่เท่ากันและไม่เพียงพอ ซึ่งมีส่วนมาจากความสัมพันธ์ของสาระในแต่ละแขนงต่อความก้าวหน้าในวิชาชีพ และงบประมาณวิจัยที่มีเพื่อสนับสนุนแต่ละแขนงที่แตกต่างกันอย่างมาก โดยส่วนใหญ่งบประมาณที่ได้รับมักกระจายไปสู่การสร้างงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาและ



เทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบข้อมูลสารสนเทศ ในขณะที่งบประมาณด้านการวิจัยด้านการพัฒนากำลังคน การเงินการคลัง และการอภิบาลระบบ และภาวะผู้นำนั้นน้อยมาก

- ผลการประเมินสถานการณ์การสร้างองค์ความรู้ที่มีการสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้อง เห็นว่าสถานการณ์ระบบการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพของหน่วยงานการศึกษาและหน่วยงานวิชาการด้านสุขภาพ ยังมีข้อสงสัยด้านการอภิบาลระบบวิจัยที่ดี ทั้งในเรื่องความโปร่งใส การมีส่วนร่วม การตรวจสอบได้ การตอบสนองต่อปัญหา ประสิทธิภาพ ความครอบคลุมและความเป็นธรรม ซึ่งมีปัจจัยที่ผู้เกี่ยวข้องเห็นว่าควรให้ความสำคัญ ได้แก่

(๑) ข้อจำกัดด้านทรัพยากร

(๒) การขาดกลไกจัดการระบบวิจัยสุขภาพที่เป็นกลาง เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย ควรมีการจัดกระบวนการสร้างและเรียงลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัย ควรมีระบบติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงานวิจัยที่เข้มแข็ง ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

(๓) ผู้นำของแต่ละหน่วยงานภายใต้ระบบสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสายสุขภาพที่สังกัดงานวิชาการ อาจไม่มีทักษะในการจัดการระบบวิจัย

๒) สถานการณ์การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

- ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในปัจจุบันได้รับการยอมรับว่ามีมากมาย ประปนกันทั้งข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง คนส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในปัจจุบัน และหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความเห็นในประเด็นนี้เน้นว่าอยากให้ทั้งองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมาจากการศึกษาวิจัยที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของสังคมอย่างแท้จริง
- ประชากรที่มีการศึกษาน้อยหรืออยู่ในชนบท มีพฤติกรรมการบริโภคข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแบบตั้งรับ เนื่องจากมีทางเลือกในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารน้อยกว่า จึงเป็นจุดอ่อนให้ภาคธุรกิจที่มีพลังและทักษะในการเผยแพร่หรือ

สื่อสาร ทั้งด้านจำนวนและประสิทธิภาพมากกว่าภาครัฐ ได้เปรียบในการส่งสาร และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคและชี้นำแนวโน้มการบริโภคด้านต่าง ๆ ได้ ในขณะที่ประชากรที่อยู่ในเมืองหรือมีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคข้อมูลข่าวสารเชิงรุก เข้าถึงข้อมูลข่าวสารจำนวนมาก เกิดภาวะไม่ทราบว่าเป็นเรื่องใดจริง เรื่องใดเท็จ กลายเป็นจุดเปราะบางที่ทำให้อารมณ์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจบริโภคได้

- ช่องทางเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่น่าจะเข้าถึงประชาชนได้มากที่สุดคือ โทรศัพท์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และทางอินเทอร์เน็ต ตามลำดับ
- บทบาทสื่อสิ่งพิมพ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคด้านต่าง ๆ ของประชาชนลดลงในรอบ ๕ ปี มีแนวโน้มจำนวนขึ้นของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เผยแพร่ทางสื่อสิ่งพิมพ์สาธารณะลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีสัดส่วนของแหล่งข่าวภาครัฐมากกว่าภาคเอกชนเล็กน้อย และเป็นข้อมูลข่าวสารในประเทศมากกว่าต่างประเทศถึง ๗ เท่า โดยมีการผันการสื่อสารจากสื่อสิ่งพิมพ์ไปยังช่องทางอื่น ๆ เช่น โทรศัพท์ และสื่อออนไลน์ต่างๆ เป็นต้น
- เว็บไซต์ของหน่วยงานด้านสุขภาพชั้นนำของประเทศยังมีประสิทธิภาพในการเผยแพร่และมีศักยภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลน้อยกว่าเว็บไซต์ของสื่อมวลชนระดับแนวหน้าอย่างมาก เว็บไซต์หน่วยงานด้านสุขภาพที่มีสถิติด้านการเข้าถึงสูง ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แต่ย่ำต่ำกว่าเว็บไซต์สื่อมวลชนระดับแนวหน้าหลายเท่า ดังนั้นหน่วยงานด้านสุขภาพควรพิจารณาการวางแผนลงทุนเพื่อพัฒนาเว็บไซต์ด้านสุขภาพในลักษณะความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพกับสื่อมวลชนมากขึ้น
- ระบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทั้งจากหน่วยงานการศึกษา หน่วยงานวิชาการด้านสุขภาพ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภาคส่วนเอกชน หรือธุรกิจ ได้รับการสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้องว่า มีปัญหาในการดำเนินงานด้านการอภิบาลระบบเผยแพร่ข้อมูล ได้แก่ ความโปร่งใส การมีส่วนร่วม การตรวจสอบได้ การตอบสนองต่อปัญหา ประสิทธิภาพ ความครอบคลุมและความเป็นธรรม และการเข้ากับกรอบระเบียบตัวบทกฎหมาย



๔.๗ สถานการณ์ระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศไทย

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในระบบ บุคลากรด้านสาธารณสุข^{๒๓} มีความสำคัญ เชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น ระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงมีความสำคัญยิ่งต่อการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ

ตามหลักการของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ในหมวด ๑๑ การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข กำหนดไว้ว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขและกำลังคนด้านสุขภาพ^{๒๔} อื่น ๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพถือเป็นกำลังคนสำคัญในการขับเคลื่อนสังคมให้เกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยรัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผนการผลิต การพัฒนา และการกระจายบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ โดยควบคุมมิให้เป็นไปตามกลไกตลาดเป็นหลัก ซึ่งเป้าหมายการสร้างและพัฒนาบุคลากรตามธรรมนูญฯ หมวดนี้ไม่ได้มุ่งเฉพาะบุคลากรด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่หมายรวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ ด้วย

การศึกษาของปิยะ หาญวรวงศ์ชัย^{๒๕} พบว่า ปัจจุบันระบบการผลิตบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในหลายสถาบันเป็นการผลิตตามหลักสูตรที่ไม่ได้เน้นให้ผู้จบการศึกษาไปปฏิบัติงานได้ในระบบสุขภาพจริงได้ในทันที รูปแบบการศึกษาส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการเรียนการสอนในห้องเรียน เน้นการท่องจำ โดยอาจไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศและพื้นที่ที่จะไป

^{๒๓} นิยามของ “บุคลากรด้านสาธารณสุข” ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมายความว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ

^{๒๔} นิยามของ “กำลังคนด้านสุขภาพ” ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมายความว่า บุคคลหรือกลุ่มคนที่มามีบทบาทในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก อาสาสมัครด้านสุขภาพต่างๆ แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนบุคคลต่างๆ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

^{๒๕} ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์ระบบการสร้าง พัฒนา และจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุขตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปฏิบัติงาน ในหลายสถาบันไม่ได้มีการฝึกทักษะที่สำคัญของบุคลากรสุขภาพทั้งในเรื่องของการสื่อสาร การเป็นผู้นำองค์กร สังคมและชุมชน การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของวิชาชีพและบุคลากรในสาขาต่าง ๆ และขาดความเข้าใจในเรื่องระบบสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยเฉพาะการขาดความเข้าใจและการให้ความสำคัญต่อบทบาทของประชาชนในระบบสุขภาพไทยในอนาคต

นอกจากนี้ จากการศึกษาสถานการณ์ในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา พบว่า แม้จำนวนการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขภาพรวมของประเทศใน ๔ สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ในสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีภาครัฐเป็นกำลังผลิตหลัก แต่จำนวนการผลิตยังคงไม่เพียงพอต่อการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ โดยจากการคาดการณ์ความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขในช่วงปี ๒๕๕๐ เป็นต้นมา พบว่า ประเทศไทยยังมีความขาดแคลนบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีจุดเด่นสำคัญที่การมีบุคลากรสนับสนุนที่เป็นอาสาสมัครมาช่วยเหลือกิจกรรมด้านสุขภาพของรัฐในระดับท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเป็นกำลังสำคัญทั้งในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรค และเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างระบบบริการสุขภาพกับชุมชนท้องถิ่น

ในด้านการกระจายบุคลากรด้านสาธารณสุขนั้น ปัจจุบันพบว่า มีการกระจายที่ดีขึ้นในระดับหนึ่งแล้ว เห็นได้จากอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาพรวมทั้งประเทศมีแนวโน้มดีขึ้นจาก ๑ : ๓,๒๗๗ คนในปี ๒๕๔๔ เป็น ๑ : ๒,๘๙๓ คนในปี ๒๕๕๓ และอัตราส่วนพยาบาลต่อประชากร จาก ๑ : ๗๙๔ คนในปี ๒๕๔๔ เป็น ๑ : ๕๓๑ คนในปี ๒๕๕๓ อย่างไรก็ตาม พบว่าการกระจายตัวยังคงมีการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง ในขณะที่สถานบริการในพื้นที่ห่างไกลหรือกึ่งนดาร์ยังมีปัญหาการกระจายและขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพ ส่งผลต่อความเป็นธรรมในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน

นอกจากปัญหาการกระจายและขาดแคลนบุคลากรในภูมิภาคและพื้นที่กึ่งนดาร์แล้วยังพบปัญหาการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพออกจากระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีปัญหาการลาออกจากราชการสูงมาก มีสาเหตุมาจากการขาดแคลนพยาบาลในภาคเอกชนและภาครัฐอื่น ร่วมกับการจ้างงานในรูปแบบลูกจ้างชั่วคราวที่ไม่ได้รับสิทธิและสวัสดิการเหมือนข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข โดย



ขณะนี้การให้บริการในภาคเอกชนนั้น หลายแห่งมีความต้องการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นจากการเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการต่างชาติ

แม้ว่า ประเทศไทยได้มีแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ โดยมีกลไกในการขับเคลื่อนระดับประเทศ คือ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ และได้มีการนำหลายมาตรการมาใช้เพื่อเพิ่มการผลิต การกระจาย และการดำรงรักษาบุคลากรไว้ในภาครัฐ เช่น การบังคับใช้ทุน การขยายการผลิตแพทย์ที่มีการดำเนินการโดยผ่านโครงการต่าง ๆ หลายโครงการ ได้แก่ โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท โครงการผลิตแพทย์เพื่อ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ โครงการผลิตแพทย์ตามแผนการลงทุนเสริมสร้างโครงสร้างสาธารณสุขแห่งชาติ โครงการผลิตแพทย์ตามโครงการผลิตและพัฒนาศัลยกรรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง ๒๕๕๕ รวมถึงการเพิ่มค่าตอบแทน แต่พบว่าประเทศไทยยังไม่มีการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างเป็นระบบ ไม่มีการประเมินคุณภาพของบุคลากรในภาพรวมอย่างเป็นระบบ ไม่มีระบบการวางแผนและกำหนดนโยบายเรื่องบุคลากรที่เน้นลงไปในระยะยาวของทักษะ (skill mix) ที่เหมาะสม ซึ่งไม่ใช่การพิจารณาแค่จำนวนบุคลากรรวม และยังขาดระบบจัดการข้อมูลสารสนเทศด้านบุคลากรในภาครัฐ รวมถึงระบบอภีการระบบบุคลากร (health workforce governance) ที่มีประสิทธิภาพในทุกกระดับ ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมการกระจายและการจัดการบุคลากรอย่างเหมาะสม ทำให้บุคลากรเหล่านี้อยู่ปฏิบัติงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของประเทศและทำงานอย่างมีความสุข ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือความท้าทายของประเทศในการเตรียมความพร้อมทั้งระบบต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและกำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้

๔.๘ สถานการณ์ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพในประเทศไทย

หมวด ๑๒ การเงินการคลังด้านสุขภาพ ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้ความหมายของคำว่า “ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ” หมายถึง การจัดการทางการเงินการคลัง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและหลักประกันเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้าและอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนคำว่า “การเงินการคลังรวมหมู่” หมายถึง การเงินการคลังที่ประชาชนร่วมจ่ายเงินตามสัดส่วนความสามารถในการจ่าย ตามหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข โดยนำเงินที่เก็บล่วงหน้ามาใช้จ่ายร่วมกัน เพื่อจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็น

ต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตสำหรับทุกคน ส่วนกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกนั้น การเงินการคลังระบบสุขภาพถือเป็นกลไกหนึ่งในการจัดการหลักประกันสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเสมอภาคโดยไม่มีข้อขัดขวางด้านการเงิน และต้องปกป้องครัวเรือนจากการประสบภาวะล้มละลายทางการเงินภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกระเป๋าของครัวเรือน (household out-of-pocket) การบรรลุเป้าหมายนี้ต้องมีการจัดการให้ระบบการเงินการคลังสุขภาพทำหน้าที่ใน ๓ ด้าน ได้แก่ (๑) การรวบรวมเงินจากแหล่งเงินต่างๆ (resource mobilization) ซึ่งควรต้องเป็นระบบการจ่ายล่วงหน้า โดยลดการจ่ายจากกระเป๋าของครัวเรือนให้มากที่สุด (๒) การรวมเงิน (pooling) ควรต้องเป็นการคลังรวมหมู่ โดยรวมเงินที่มากพอ ซึ่งจะเป็นการกระจายความเสี่ยง (risk sharing) และ เป็นการส่งเสริมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม (social solidarity) และ (๓) การกระจายเงินไปยังผู้ให้บริการสุขภาพ (allocation to healthcare providers) ควรต้องเป็นการใช้เงินอย่างชาญฉลาด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและทำให้ระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพสูงสุด

ธรรมนูญสุขภาพฯ กำหนดเป้าหมายด้านการคลังสุขภาพไว้ในข้อ ๑๐๕ ว่า ระบบการเงินการคลังรวมหมู่สำหรับการบริการสาธารณสุขต้องได้รับการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายในปี ๒๕๖๓ ทั้งสิ้น ๕ ประเด็น พบว่าระบบการเงินการคลังสุขภาพไทยสามารถบรรลุเป้าหมายได้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทำได้ก่อนระยะเวลาที่กำหนดไว้ สรุปได้ดังนี้

๑. ลดสัดส่วนรายจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประเทศที่มาจากครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการจากร้อยละ ๓๖ ของรายจ่ายรวมของประเทศในปี ๒๕๔๘ เป็นไม่เกินร้อยละ ๒๐ ผลลัพธ์การเงินการคลังระบบสุขภาพ พบว่า รายจ่ายจากครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ ๑๔ ของรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓
๒. ลดจำนวนครัวเรือนที่ประสบปัญหาวิกฤตด้านเศรษฐกิจจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์จากร้อยละ ๒ ของครัวเรือนทั้งหมดในปี ๒๕๔๘ เป็นไม่เกินร้อยละ ๑ ผลลัพธ์การเงินการคลังระบบสุขภาพ พบว่า มีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือมีอุบัติการณ์ในกลุ่มคนยากจนลดลงเป็นร้อยละ ๒.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ แต่ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ไม่เกินร้อยละ ๑ ของครัวเรือนทั้งหมด
๓. มีความเป็นธรรมในการได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณสุขที่รัฐสนับสนุน ผลลัพธ์การเงินการคลังระบบสุขภาพ พบว่า การเงินการคลังระบบสุขภาพไทยเป็น pro-poor financing ทำให้เกิดความเป็นธรรมในการใช้บริการตรวจผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่รัฐสนับสนุน คนยากจนเข้าถึงและใช้บริการมากกว่าคนร่ำรวย



๔. อัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นไม่มากกว่าอัตราการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ผลลัพธ์การเงินการคลังระบบสุขภาพ พบว่า เป็นไปตามเป้าหมาย
๕. ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ภาคบังคับดำเนินการถูกต้องตามหลักการไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ ผลลัพธ์การเงินการคลังระบบสุขภาพ พบว่า หน่วยงานของรัฐเป็นผู้บริหารกองทุนประกันสุขภาพ

ประเด็นที่ต้องกำหนดเป้าหมายเพิ่มเติมให้ชัดเจน คือ การมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะบทบาทของเอกชนในการทำหน้าที่หน่วยจ่ายแทน (Financing agencies) และ หน่วยบริการสุขภาพ ที่ต้องมีกลไกการอภิบาลและกำกับดูแล โดยเน้นเรื่องความเป็นธรรม ร่วมกับการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบโดยรวม

ธรรมนูญสุขภาพฯ มีการกำหนดมาตรการจำนวน ๖ มาตรการสำหรับดำเนินการทางการคลังสุขภาพ พบว่า หน่วยงานที่ดำเนินการส่วนใหญ่ ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ขององค์กรตนเอง หรือตามที่ได้รับนโยบายจากรัฐบาลหรือรัฐมนตรี มากกว่าการใช้ประโยชน์จากธรรมนูญสุขภาพฯ ยกเว้นการดำเนินการตามมาตรการข้อ ๑๑๑ ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ซึ่งก็คือสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพแห่งชาติ (สพคส.) ซึ่งปัจจุบันได้ถูกยกเลิกไปแล้ว เนื่องจากคณะรัฐมนตรีได้มีมติยกเลิกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพแห่งชาติ จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อคิดเห็นว่า มาตรการต่าง ๆ ในธรรมนูญสุขภาพส่วนใหญ่ เป็นนามธรรม ไม่ชัดเจน ปฏิบัติยาก โดยมีข้อเสนอแนะว่าควรเป็นรูปธรรมมากขึ้น^{๒๖}

^{๒๖} ถาวร สกุลพาณิชย์. ๒๕๕๖ การทบทวนสถานการณ์ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มาตรการหลายข้อมีการดำเนินการไปบ้างแล้ว แต่ยังไม่ชัดเจนถึงผลได้ เช่น การขยายระบบการเงินการคลังรวมหมู่ให้ครอบคลุมประชาชนที่มีภูมิลำเนาถาวรในประเทศ รวมถึงกลุ่มแรงงานต่างด้าว การจัดตั้งกองทุนสุขภาพของชุมชน การเพิ่มการลงทุนในการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยให้มีอัตราการเพิ่มไม่ต่ำกว่าอัตราเพิ่มด้านการรักษาพยาบาล สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ การพัฒนากลไกการจ่ายรายโรค และการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการ รวมถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน แต่อย่างไรก็ตาม มีหลายมาตรการที่สำคัญ แต่ยังไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจัง เช่น การจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่มาจากแหล่งเงินซึ่งมีการจัดเก็บในอัตราก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น รวมถึงเพิ่มการจัดเก็บภาษีจากการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจและสินค้าที่ทำลายสุขภาพ การบริการพักผ่อนระยะยาว การฟื้นฟูสมรรถภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ รวมถึงพิจารณาใช้มาตรการภาษีสำหรับลดการบริโภคสินค้าที่ทำลายสุขภาพ

ความท้าทายในเรื่องประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของไทยคือ จะต้องเพิ่มการลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคให้ได้ และควรจะต้องมีระบบกำกับติดตามการใช้และให้บริการของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน รวมถึงมีการอภิบาลระบบที่ทำให้เกิดความร่วมมือกันในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐและเอกชน เพื่อไม่ให้สิทธิประโยชน์มีความทับซ้อนเนื่องจากประเทศจำเป็นต้องเตรียมพร้อมเรื่องการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และโอกาสเกิดโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำจากการเคลื่อนย้ายแรงงานที่เสรีมากขึ้นจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในอนาคตอันใกล้ รวมถึงการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับผลกระทบจากนโยบายรัฐบาลเรื่องโครงการเงินกู้ต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อการคลังของประเทศอีกด้วย ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจได้ว่าอัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศจะเพิ่มขึ้นไม่มากไปกว่าอัตราการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ตามเป้าหมายเดิมที่กำหนดไว้



บทที่ ๕

ข้อเสนอแนะที่มีต่อ
การปรับปรุงเนื้อหาในธรรมนูญ
ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับต่อไป





การนำเสนอสถานการณ์ระบบสุขภาพรายหมวด เพื่อการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ เทียบกับการนำเสนอสถานการณ์ระบบสุขภาพ เมื่อตอนจัดทำ ร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๑) มีข้อสังเกตดังนี้

๑. เป็นการนำเสนอสถานการณ์ของระบบมากกว่าการนำเสนอสถานการณ์ของเหตุการณ์ เช่น ในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้เข้าใจระบบและผู้เล่นทั้งหมด และในหมวดพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทย/แพทย์พื้นบ้าน/แพทย์ทางเลือกอื่น ซึ่งเสนอควบคู่ไปกับระบบประกันสุขภาพ ที่ทำให้เห็นช่องทางการพัฒนามากยิ่งขึ้น
๒. เป็นการนำเสนอให้เห็นถึงการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา และองค์กรผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ในหมวดพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทย/แพทย์พื้นบ้าน/แพทย์ทางเลือกอื่น
๓. การนำเสนอโดยอิงกรอบของธรรมนูญฯ เป็นหลัก เช่น ในหมวดการคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้การมองสถานการณ์ถูกจำกัดโดยกรอบของธรรมนูญฯ
๔. การนำเสนอสถานการณ์ใหม่/ประเด็นที่นำเสนอใหม่ในแต่ละหมวด (ดังตารางที่ ๑)

ตารางที่ ๑ สถานการณ์และประเด็นที่น่าสนใจในแต่ละหมวด

หมวด	สถานการณ์ใหม่/ประเด็นที่น่าสนใจ
การสร้างเสริมสุขภาพ	บริบทที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๖ และประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน การอภิบาลระบบสร้างเสริมสุขภาพ
การป้องกันโรค	การวิเคราะห์แผนงาน โครงการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการมาเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และแนวคิด health in all policy
การบริการสาธารณสุข	การกล่าวถึงการแพทย์เชิงพาณิชย์มีมากขึ้น เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ภาครัฐ เริ่มสร้างทางเลือกการให้บริการพิเศษแบบเอกชน ประเด็นเรื่องคุณภาพบริการ
พัฒนามิปัญญาท้องถิ่นฯ	แพทย์แผนไทยกับระบบหลักประกันสุขภาพ โรงพยาบาลแพทย์แผนไทย ต้นแบบ การมีสถานที่ผลิตยาแผนโบราณที่ได้รับมาตรฐาน GMP
การคุ้มครองผู้บริโภค	การโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งรัฐขาดเครื่องมือในการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ผลกระทบของการเจรจาการค้าโดยเฉพาะเรื่องสิทธิบัตร ศักยภาพหน่วยงานรัฐและองค์กรผู้บริโภค
การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ	กล่าวถึงการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพเน้นหนักไปทางด้านการรักษาและเทคโนโลยีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาโรค ระบบการให้บริการสุขภาพ รวมถึงด้านระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ
การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	สถานการณ์การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้จากการสำรวจพบข้อมูลที่ได้รับมีมากมาย มีทั้งข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง พฤติกรรมของประชาชนส่วนใหญ่เป็นแบบตั้งรับ ประสิทธิภาพการสื่อสารภาครัฐน้อยกว่าเอกชน ระบบโดยรวมขาดธรรมาภิบาล
การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข	มีการกล่าวถึงบุคลากร paramedic และบุคลากรระดับต่ำกว่าปริญญาตรี อสม. และบุคลากรรูปแบบใหม่ๆ ให้รองรับความต้องการบริการสุขภาพที่หลากหลาย บุคลากรมีการเรียนต่อเฉพาะทางมากขึ้น ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข อาจลดลงได้ด้วยการปรับปรุงระบบค่าตอบแทน
การเงินการคลังด้านสุขภาพ	การนำเสนอหมวดรายจ่ายอื่นๆ นอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาล เช่น รายจ่ายด้านการป้องกันและบริการสาธารณะ ซึ่ง อปท. มีบทบาทอย่างมาก รายจ่ายโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นมาก เนื่องจาก P4P ทำให้โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากขาดทุน มีแนวคิดเรื่องสิทธิประโยชน์พื้นฐานและส่วนเพิ่มเติม ประสิทธิภาพการประสานงานระหว่าง ๓ กองทุนดีขึ้น เพราะนายกรัฐมนตรีมาเป็นประธาน แต่ก็ยังเป็นกลไกที่ไม่เป็นทางการ ประสิทธิภาพสถานพยาบาลปทุมมูมิยังอยู่ในระดับต่ำ



จากผลการศึกษาการคาดการณ์ (foresight) แนวโน้มระบบสุขภาพไทยในอนาคต ส่วนใหญ่คาดการณ์แนวโน้มสอดคล้องกันที่ผู้วิจัยแต่ละหมวดได้คาดการณ์ไว้ เช่น

- การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการรวมเป็น AEC มีสภาพความเป็นเมืองสูงขึ้น สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ
- การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี ประชาชนมีวิถีชีวิตที่ใช้อุปกรณ์พกพามากขึ้น
- การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศโลก ภัยธรรมชาติและการคมนาคมขนส่งที่ทันสมัย

ส่วนที่ไม่ได้มีการกล่าวถึงและเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพในอนาคต ได้แก่

- ปัญหาการจัดการน้ำเพื่อการบริโภคและการใช้
- การทุจริตทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น
- การปฏิรูปครั้งใหญ่ของโครงสร้างทางการเมืองและกฎหมาย
- ปัญหาโรคติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาปฏิชีวนะ
- รัฐบาลกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มขึ้น

ปัจจัยหรือบริบทต่าง ๆ เหล่านี้ น่าที่จะได้ทบทวนในแต่ละหมวดอีกครั้ง เมื่อมีการทบทวนธรรมนูญฯ กันอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะต่อการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒

๑. เห็นควรเพิ่มเติมประเด็น “การอภิบาลระบบสุขภาพ” เนื่องจากช่วยมองเห็นความสัมพันธ์ของกลไกต่าง ๆ ในระดับโครงสร้างการนำ กรณีนำนเสนอ สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพเป็นตัวอย่างที่ดี และสะท้อนปัญหาการแยกส่วน แต่ก็เป็นกรอภิบาลในระบบสร้างเสริมสุขภาพ และในข้อเสนอของหมวดการสร้าง และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ และหมวดการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน ขณะเดียวกันการคาดการณ์ระบบสุขภาพในอนาคต ก็เพิ่มเติมดังกล่าวไว้ในกระบวนการด้วย
๒. ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ การนำเสนอส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมถึง “ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinant of health)” น่าที่จะขยายเนื้อหาไปให้ถึง หรืออาจแยกออกมาเป็นประเด็นใหม่ รวมถึงเรื่อง health in all policy ด้วย

๓. ประเด็นการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ มีประเด็นเรื่องการแพทย์ พานิชย์ที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ปัญหาเรื่องคุณภาพบริการ (ทุกมิติ) ขณะเดียวกัน มี “บริการสุขภาพระยะยาว (long term care)” สำหรับผู้สูงอายุและ “บริการ ระยะสุดท้าย (terminal care)” ที่มีได้กล่าวถึงอย่างเป็นรูปธรรม ขณะที่มีความ สำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งจำนวนประชากรเป้าหมายและค่าใช้จ่าย
๔. จุดแข็งของการขับเคลื่อนภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยคือ การผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่ง ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็เป็นการขับเคลื่อนในลักษณะไม่ เท่าเทียมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ขาดการพัฒนากลไกการคัดกรองการแพทย์ ทางเลือกอื่น และขาดการมองระยะยาวต่อผลกระทบของระบบเมื่อประเทศไทย ก้าวสู่ประชาคมอาเซียน
๕. ควรพิจารณารวมหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ และหมวด การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน เพื่อให้ความเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน ตามบริบทจริงในสังคม
๖. หมวดการผลิตและการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข นอกเหนือจากบุคลากรระดับ วิชาชีพแล้ว ต้องให้ความสำคัญกับกลุ่ม paramedic อสม. และบุคลากรรูปแบบ ใหม่ ๆ มากขึ้น เพื่อให้สามารถรองรับความต้องการบริการสุขภาพที่หลากหลาย มากยิ่งขึ้น
๗. หมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับการคลังเพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการคลังที่มาจากท้องถิ่น

นอกจากนี้ในแต่ละหมวดยังได้ให้ข้อเสนอแนะต่อธรรมนูญฯ ซึ่งมีประโยชน์อย่างมาก และควรนำมาพิจารณาในภาพรวมอีกด้วย

๑. การไม่รู้จักและไม่ทราบความสำคัญของการมี “ธรรมนูญฯ”
๒. ควรให้ความชัดเจนกับความหมายของคำว่า “รัฐ” และควรให้บทบาทกับภาคส่วน ต่างๆ มากขึ้นแทนที่จะเป็นบทบาทของภาครัฐเป็นหลัก
๓. ธรรมนูญฯ เขียนในลักษณะเครื่องมือเชิงเดี่ยวระดับชาติ เจตนาให้ครอบคลุมทุก ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ทำให้ต้องเขียนในภาพกว้าง ไม่ลงรายละเอียดเฉพาะประเด็น ทำให้ต้องมีการตีความในแต่ละประเด็นก่อนนำไปใช้



๔. ธรรมนูญฯ ต้องไม่ตั้งมาจากสภาพปัญหา (ซึ่งเป็นอดีต) แต่ต้องตั้งใหม่ด้วยฉันทศน์ของสังคมไทยในอีก ๕ ปีข้างหน้า ต้องกำหนดให้ชัดเจนว่า กำลังเคลื่อนไปสู่อะไร
๕. ข้อความในธรรมนูญฯ เป็นอุดมคติมาก นำไปปฏิบัติยาก

[illegible]

ตารางที่ ๒ การเปรียบเทียบการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพ ปี ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๖

การวิเคราะห์สถานการณ์ปี ๒๕๕๑	การวิเคราะห์สถานการณ์ปี ๒๕๕๖
การสร้างเสริมสุขภาพ นำเสนอผลของการพัฒนาประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสุขภาพของคนไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลกระทบด้านสุขภาพมีทั้งโรคทางกาย (เน้นการวิเคราะห์ตามภาระโรค) จิตใจและสติปัญญา และสังคม หลังจากนั้นเสนอแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพโดยการเปลี่ยนแนวคิดจากการสร้าง “ความมั่งคั่ง” มาเป็น “อยู่ดีมีสุข” โดยการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งบนแนวคิด “เศรษฐกิจพอเพียง” มีแผนชุมชนเป็นเครื่องมือสำคัญ การพัฒนาสถาบันครอบครัวโดยการให้ความรู้และสร้างหลักประกันคุ้มครองทางสังคม และเครือข่ายเพื่อพัฒนา	การสร้างเสริมสุขภาพ นำเสนอความหมายของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” และสถานการณ์ของระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่เสริมหนุนไปในทิศทางเดียวกัน แต่ระบบการอภิบาลแยกส่วน สถานการณ์ผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักๆ พบการเข้าถึงบริการดีขึ้นเรื่อยๆ แต่การควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ทำได้ค่อนข้างทรงตัว การบริโภคเกินความจำเป็น รวมทั้งการบริโภคน้ำตาล บริโภคที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การปฏิรูป กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๔-๒๕๕๖ และประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ๒๕๕๘
การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ นำเสนอปัจจัยคุกคามสุขภาพคนไทยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งด้านสังคม (วิถีชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรม) ด้านกายภาพ (รวม climate change กับภัยพิบัติต่างๆ) และสถานการณ์โรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม รวมถึง โรคอุบัติใหม่ด้วย พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการแก้ไขโดยเฉพาะการใช้ HIA การให้บทบาทกับหน่วยราชการทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภาคประชาชน	การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ นำเสนอภาพประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น สถานการณ์โรคที่สำคัญ ทั้งโรคติดต่อ (โรคเอดส์, โรคติดต่ออุบัติใหม่ ฯลฯ) และโรคไม่ติดต่อ (โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ, โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง, โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง) อุบัติเหตุ โรคจากการปนเปื้อนของสารต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมและอาหาร พร้อมทั้งวิเคราะห์สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง (พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม) แนวโน้ม และวิเคราะห์แผนงาน โครงการต่างๆ ที่ได้ดำเนินการผ่านมา พร้อมทั้งวิเคราะห์ธรรมนูญในหัวข้อที่เกี่ยวข้องพร้อมข้อเสนอแนะ รวมถึงเรื่อง Health in all policy

การวิเคราะห์สถานการณ์ปี ๒๕๕๑	การวิเคราะห์สถานการณ์ปี ๒๕๕๖
การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ นำเสนอหลักการว่าด้วยการเข้าถึงบริการ คุณภาพ บริการและการควบคุมค่าใช้จ่าย ต่างเหนียวรั้งซึ่งกัน และกัน ทรัพยากรสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ที่มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับประเทศที่มีระดับการพัฒนา เศรษฐกิจพอๆ กัน จำนวนเตียง รพ.ที่มีมากที่สุด ใน กระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชนมีจำนวนเตียงลดลง หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ๒๕๔๐ การใช้บริการเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในหลังมีนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ขณะที่งบประมาณมีจำกัดส่งผล กระทบต่อคุณภาพบริการ และการพัฒนาศักยภาพ การให้บริการขณะที่ประเทศไทยยังมีนโยบายอีกมาก ที่กระทบต่อระบบบริการภาครัฐ เช่น นโยบาย medical hub, การดูแลแรงงานข้ามชาติ, การขึ้นสูตร พลาสติกโดยแพทย์ ฯลฯ มีข้อเสนอให้ระมัดระวังใน การใช้กลไกทางการเงินเป็นตัวขับเคลื่อนเมื่อมี ทรัพยากรจำกัด	การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ นำเสนอการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขยังมีบทบาทสำคัญใน ขนบท ขณะที่ในเมือง ๒-๓ ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยภาครัฐเริ่มสร้างทางเลือกการให้บริการ พิเศษแบบเอกชน ภาคเอกชนขยายตัวอย่างรวดเร็ว มี แนวโน้มการสร้างเครือข่ายโดยการรวมกลุ่มและควบ รวมกิจการ ขยายไปตลาดหัวเมืองมากขึ้น รองรับผู้ป่วย ต่างชาติ ด้านอุปสงค์ พบประชากรผู้สูงอายุ ประชากร เขตเมือง และชนชั้นกลางเพิ่มขึ้น ส่งผลให้แบบแผนการ ใช้บริการเปลี่ยนไป เริ่มมีปัญหาการฟ้องร้องมากขึ้น นอกจากนี้ได้กล่าวถึงนิยาม “คุณภาพบริการ” ที่มี หลากหลายระดับ และการวัดกลไกในการพัฒนา คุณภาพบริการ โดยมีสถาบันรับรองคุณภาพสถาน พยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นกลไกสำคัญ นอกนั้น เป็นการวิเคราะห์ธรรมเนียมที่เกี่ยวข้องถึงจุดแข็งจุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม พร้อมข้อเสนอเชิงนโยบาย
พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/ทางเลือกอื่น นำเสนอผลกระทบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ที่ต้องพึ่งพาความรู้เทคโนโลยี ยาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศ แต่ในช่วงสาม ทศวรรษที่ผ่านมา ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะได้ รับการยอมรับมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะการแพทย์ แผนไทยและสมุนไพร แต่ก็เป็นการพัฒนาเข้ากับการ แพทย์แผนปัจจุบัน มากกว่าการแยกเป็นอิสระ การ แพทย์ทางเลือกมีเฉพาะการแพทย์แผนจีนที่ได้รับการ ยอมรับ นอกนั้นเป็นส่วนที่สถานพยาบาลนำมาใช้ (เมื่อเกิดความนิยม) เพื่อผลในการเพิ่มรายได้เป็นหลัก ส่วนการแพทย์พื้นบ้านลดทอนบทบาทไปเรื่อยๆ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายกรณีแพทย์แผนไทย เห็นควร สนับสนุนการพัฒนากำลังคนทั้งในและนอกภาครัฐ สนับสนุนยาสมุนไพรให้เข้าอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พัฒนาการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแพทย์แผนไทย พร้อม ทั้งการคุ้มครองภูมิปัญญา	พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย/พื้นบ้าน/ทางเลือกอื่น นำเสนอความก้าวหน้าของการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะในส่วนที่ผนวกกับระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า โดยได้รับงบประมาณจัดสรร ๗.๒๐ บาทต่อ ประชากร (จากเดิม ๐.๕๐ บาทประชากร) และการ จัดสรรงบประมาณให้ท้องถิ่นในรูปกองทุนหลัก ประกันสุขภาพ ทำให้มีการจัดบริการอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐ (แพทย์แผนไทยถือเป็นบุคลากรสายอาชีพตามเกณฑ์ของ กพ.) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ขึ้นอีก ๑๔ แห่ง สามารถเพิ่มยาสมุนไพรและยาไทย เป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็น ๗๑ รายการ (จาก ๑๙ รายการ) แต่มีสถานที่ผลิตยาแผนโบราณที่ได้รับ มาตรฐาน GMP เพียง ๓.๖๓% มี พรบ.คุ้มครองและ ส่งเสริมภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย และ พรบ.การ แพทย์แผนไทย ประกาศใช้ปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๖ ส่วนการแพทย์พื้นบ้าน/ทางเลือกมีความก้าวหน้า ที่ จำกัด

การวิเคราะห์สถานการณ์ปี ๒๕๕๑	การวิเคราะห์สถานการณ์ปี ๒๕๕๖
การคุ้มครองผู้บริโภค นำเสนอผลของการพัฒนาเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม ทำให้มีสินค้าและการบริโภคสินค้ามากขึ้นเรื่อยๆ แต่เรื่องร้องเรียนมาที่กลไกของรัฐกลับลดลง แสดงว่าหน่วยงานของรัฐให้ความสำคัญกับนโยบายการคุ้มครองเพิ่มขึ้น มีกลไกและเครื่องมือทางกฎหมายเพิ่มขึ้น (พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค ๒๕๕๑ และ พ.ร.บ.ความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสินค้าที่ไม่ปลอดภัย ๒๕๕๑) เครือข่ายองค์กรภาคเอกชนที่ทำงานด้านการคุ้มครองสิทธิเพิ่มขึ้น จากนั้นได้วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อนำมาพัฒนาข้อเสนอที่มีต่อธรรมนุญา โดยอ้างอิง ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่นำเสนอในปี พ.ศ.๒๕๔๕	การคุ้มครองผู้บริโภค นำเสนอสถานการณ์ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ตามเนื้อหาสาระของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ (แม้ว่าจะพบการวิเคราะห์โดยแยกเป็นหน่วยงานต่างๆ เป็นระบบ) พบประเด็นส่วนใหญ่ในธรรมนูญฯ ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากไม่มีการกำหนดประเด็นเฉพาะเจาะจง และไม่มีกำหนดเจ้าภาพชัดเจน มีประเด็นที่ทำทายเป็น การโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งรัฐขาดเครื่องมือในการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขเชิงพาณิชย์ ผลกระทบจากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศโดยเฉพาะเรื่องสิทธิบัตรยา การประสานงานและศักยภาพหน่วยงานรัฐ และการสนับสนุนองค์กรผู้บริโภค ซึ่งควรนำไปใช้ในการปรับปรุงธรรมนูญฯ ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ นำเสนอองค์ประกอบของระบบวิจัยสุขภาพและปัญหาซึ่งพบปัญหาการแยกส่วนและการกระจายของงานวิจัย ทุนวิจัยมีเป็นจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด (๒% ของรายจ่ายด้านสุขภาพ) งานวิจัยถูกนำไปใช้น้อยเพราะขาดกลไกเชื่อมโยงระหว่างผู้ใช้และผู้ทำวิจัย มีข้อเสนอให้จัดตั้ง“สภาวิจัยสุขภาพแห่งชาติ” เป็นองค์กรนำ เงินทุนวิจัยมีจำนวนค่อนข้าง เพียงพอ แต่ที่สำคัญคือ การสร้างนักวิจัยให้เพียงพอและมีระบบงานที่สนับสนุน	การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ นำเสนอว่า หน่วยงานการศึกษาและหน่วยงานของรัฐยังเป็นหน่วยงานหลักในการสร้างองค์ความรู้สุขภาพในสังคมไทย แต่ยังคงดำเนินการในลักษณะต่างคนต่างทำ โดยเน้นหนักไปในด้านการรักษาพยาบาลและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ระบบการให้บริการสุขภาพ รวมถึงระบบข้อมูลสารสนเทศ ขณะที่ด้านกำลังคน ด้านการเงินการคลัง และด้านการอภิบาลระบบมีน้อย ระบบวิจัยสุขภาพถูกพิจารณาว่ามีปัญหาด้านธรรมาภิบาล

การวิเคราะห์สถานการณ์ปี ๒๕๕๑	การวิเคราะห์สถานการณ์ปี ๒๕๕๖
การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ นำเสนอานิยาม ความหมายของระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ระบบสนับสนุนการจัดการระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการเผยแพร่ข้อมูลตามเงื่อนไข พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ และพ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.๒๕๕๐	การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ นำเสนอสถานการณ์การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่าข้อมูลที่ได้รับ มีมากมาย มีทั้งข้อมูลที่ต้องและไม่ถูกต้อง พฤติกรรมของประชาชนส่วนใหญ่เป็นแบบตั้งรับ โดยพบว่าโทรทัศน์เป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนได้ดีที่สุด การเผยแพร่ข้อมูลสารด้านสุขภาพผ่านสื่อสาธารณะในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง โดยมีสัดส่วนภาครัฐมากกว่าเอกชนเล็กน้อย ขณะที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพในการเข้าถึง (พิจารณาจาก website) ภาครัฐน้อยกว่าสื่อมวลชน (ที่เป็นภาคเอกชน) อย่างมาก ระบบโดยรวมขาดธรรมาภิบาล มีข้อเสนอให้รวมการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเข้าด้วยกัน
การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข นำเสนอผลของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ ทำให้ภาคเอกชนเติบโตขึ้น ทำให้เกิดภาวะสมองไหลมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อประเทศมีนโยบาย medical hub ขณะที่นโยบายหลักประกันสุขภาพที่เพิ่มการใช้บริการของประชาชน มีการฟ้องร้องมากขึ้น ทำให้ความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาล นอกจากความขาดแคลนในภาพรวม ยังพบปัญหาการกระจาย ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการวางแผนกำลังคนที่เป็นแบบรวมศูนย์ที่ส่วนกลางและวางแผนแยกเฉพาะวิชาชีพ ทำให้ไม่มี task shift จากวิชาชีพหนึ่งไปยังวิชาชีพอื่นๆ ขาดการเชื่อมโยงระหว่างการวางแผนและการผลิตขาดความรู้ที่ใช้ในการสนับสนุนแผนพัฒนากำลังคน นอกจากนั้นก็มีปัญหาความไม่เหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานและระบบสนับสนุน	การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข นำเสนอสถานการณ์การผลิตในภาพรวมทุกวิชาชีพมีเพิ่มขึ้น โดยภาครัฐเป็นกำลังผลิตหลัก แต่ภาคเอกชนมีบทบาทมากขึ้น และมีแนวโน้มศึกษาต่อเฉพาะทางมากขึ้นนอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้ผลิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีและอบรม อสม.อีกด้วย แม้การผลิตเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่พอกับความต้องการ และมีปัญหาด้านการกระจาย ปัญหาสมองไหลจากกระทรวงสาธารณสุขยังมีสูง แต่อาจลดลงหากมีการปรับระบบค่าตอบแทน ยังต้องการจัดการอย่างเป็นระบบ ทั้งกลไกในส่วนกลางและในระดับพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการกระจายและการจัดการบุคลากรอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพบุคลากรด้วยระบบพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาประชาชนและกลุ่มบุคลากรที่มีวิชาชีพ และบุคลากรสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ ให้รองรับความต้องการบริการสุขภาพที่หลากหลายมากขึ้นในอนาคต

การวิเคราะห์สถานการณ์ปี ๒๕๕๑	การวิเคราะห์สถานการณ์ปี ๒๕๕๖
การเงินการคลังด้านสุขภาพ นำเสนอานิยามของการเงินการคลังระบบสุขภาพว่ามีใช้จำกัดเฉพาะการบริการส่วนบุคคล แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายการบริการส่วนบุคคลค่อนข้างสูง จึงมักให้ความสำคัญ โดยพบว่ารายจ่ายบริการสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด โดยเฉพาะรายจ่ายดำเนินการ สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับความสามารถในการจ่ายของประเทศไม่ได้เพิ่มมากนัก แสดงว่าการเพิ่มหรือลดรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นไปตามภาวะเศรษฐกิจ พบว่าภาครัฐจ่ายเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเป็นการจ่ายตามระบบประกันสุขภาพ และค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่ารักษาพยาบาล ทางด้านสัมฤทธิ์ผลพบว่า ระบบการเงินการคลังทำให้เกิดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ปกป้องครัวเรือนจากการล้มละลายได้มากขึ้น กลุ่มคนจนได้รับประโยชน์จากการขยายการคลังสุขภาพมากที่สุด แต่สำหรับการใช้บริการเฉพาะหลายชนิดยังพบความไม่เท่าเทียมกันอยู่ ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนที่ยืนยันประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากร อาจมีปัญหาประสิทธิภาพการบริหารจัดการโดยรวมในระยะต่อไป ต้องเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพระบบเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็ต้องลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพเพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบให้มากขึ้น	การเงินการคลังด้านสุขภาพ นำเสนอแนวคิดการเงินการคลังระบบบริการสุขภาพ พร้อมทั้งระบุว่าระบบบริการสุขภาพเป็นบริการที่ใช้ต้นทุนค่าแรงสูง และค่าใช้จ่ายในการพัฒนาบุคลากรถือเป็นงบลงทุน กล่าวถึงเศรษฐกิจของประเทศที่ได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจโลกความขัดแย้งทางการเมือง และภัยพิบัติ แต่อัตราเติบโตของรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชนสูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยรายจ่ายภาครัฐมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น รายจ่ายด้านการป้องกันโรคและบริการสาธารณะในชุมชน เพิ่มจากร้อยละ ๖ เป็นร้อยละ ๑๑ ในปี ๒๕๕๓ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มมากที่สุด รายจ่ายเพื่อการลงทุนเพิ่มขึ้นบ้าง ขณะที่รายจ่ายด้านการบริหารจัดการลดลง ระบบประกันสุขภาพมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นทั้ง ๓ ระบบ เพราะระบบการเบิกจ่ายตรง (สวัสดิการข้าราชการ) ปรับเพิ่มสิทธิประโยชน์ (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) นอกจากนี้ยังมีปัญหาค่าแรงที่เพิ่มจาก P4P ทำให้ โรงพยาบาลชุมชน จำนวนมากขาดทุน ด้านสัมฤทธิ์ผล พบว่าประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพและมีผลลัพธ์ดีขึ้น ความเป็นธรรมระหว่างระบบประกันสุขภาพต่างๆ ดีขึ้น มีแนวคิดเรื่องสิทธิประโยชน์พื้นฐานและส่วนเสริมสำหรับประกันสังคมและข้าราชการด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการ มีการประสานงานระหว่าง ๓ กองทุนดีขึ้น โดยนายกรัฐมนตรียังเป็นประธาน ด้านประสิทธิภาพองค์กรไม่มีข้อมูลกองทุนพบประสิทธิภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิยังอยู่ในระดับต่ำ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีประสิทธิภาพทางเทคนิคสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป นอกจากนั้นมีการวิเคราะห์แนวโน้มและข้อเสนอการปรับปรุงธรรมาภิบาล

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๒. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒. กรุงเทพฯ :
เจเอสการพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๒. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐. กรุงเทพฯ :
เจเอสการพิมพ์.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ และ กุมภการ สมมิตร. ๒๕๕๖. การวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบันของระบบสร้าง
เสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ และแนวโน้มในอนาคต.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จิตติกร โตโพธิ์ไทย และคณะ. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์ระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

บวรศม สิริะพันธ์ อัครินทร์ นิมมานนิตย์ และดาริน จตุรภัทรพร. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์ระบบบริการ
สาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เสาวนีย์ กุลสมบุรณ์ และคณะ. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์การส่งเสริมการใช้และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น
ด้านสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ไพศาล ลิ้มสถิตย์. ๒๕๕๖. การศึกษาทบทวนสถานการณ์ระบบคุ้มครองผู้บริโภคตามธรรมนูญว่าด้วยระบบ
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ธีระ วรณารัตน์. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์การสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปิยะ หาญรวงศ์ชัย และวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์ระบบการสร้าง พัฒนา และ
จัดการบุคลากรด้านสาธารณสุขตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.

ถาวร สกุกาณิชย์. ๒๕๕๖. การทบทวนสถานการณ์ระบบการเงินการคลังตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๕๒. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปิยะ หาญรวงศ์ชัย. ๒๕๕๕. บริบทและสถานการณ์มหภาคที่เปลี่ยนไปและความท้าทายต่อระบบสุขภาพ
ในเอกสารปฏิรูปสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ก้าวสู่การวิจัยระบบสุขภาพในทศวรรษที่ ๓. สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. ๒๕๕๖. การวิจัยเพื่อการจัดลำดับความสำคัญของงานวิจัย
ด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ. ๒๕๕๖. การวิเคราะห์และจัดทำ
ภาพอนาคตระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ๒๕๕๕. การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับ
ความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๕.

ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ และคณะ. ๒๕๕๕. การทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ไพศาล ลิ้มสถิตย์. ๒๕๕๐. สังเคราะห์ความรู้ธรรมเนียมว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ : มิติทางกฎหมาย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์. ๒๕๕๐. การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศเพื่อเป็นองค์ความรู้ในการกำหนดกระบวนการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ๒๕๕๐. การสังเคราะห์ความรู้เพื่อสนับสนุนการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ : การคุ้มครองผู้บริโภคตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันสุขภาพวิถีไทย. ๒๕๕๑. การทบทวนสถานการณ์เพื่อนำสู่การร่างธรรมนูญสุขภาพมาตรา ๔๗ (๗) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ยุวดี วงษ์กระจ่าง และคณะ. ๒๕๕๑. โครงการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อสนับสนุนการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามที่คุกคามสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สมฤทธิ ศรีธำรงสวัสดิ์. ๒๕๕๑. สถานการณ์การคลังระบบสุขภาพไทย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการยกร่างฯ มาตรา ๔๗ (๔)(๕)(๖)(๑๒) วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๑ ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์.

ชาญวิทย์ พระเทพ. ๒๕๕๑. สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพไทย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการยกร่างฯ มาตรา ๔๗ (๔)(๕)(๖)(๑๒) วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๑ ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์.

พินิจ ฟ่ำอำนวยผล. ๒๕๕๑. สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการยกร่างฯ มาตรา ๔๗ (๔)(๕)(๖)(๑๒) วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๑ ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์.

พินิจ ฟ่ำอำนวยผล. ๒๕๕๑. เอกสารวิชาการประกอบการจัดทำธรรมนูญ การสร้างและเผยแพร่ความรู้สุขภาพ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการยกร่างฯ มาตรา ๔๗ (๔)(๕)(๖)(๑๒) วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๑ ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์.

คณะทำงานวิชาการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. ๒๕๕๑. การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการยกร่างฯ มาตรา ๔๗ (๔)(๕)(๖)(๑๒) วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๑ ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์.

เพ็ญแข ลาภยั้ง. ๒๕๕๒. การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด หลักการ และยุทธศาสตร์ : ข้อเสนอในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

- World Health Organization. 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
- World Health Organization. 2004. World report on knowledge for better health: Strengthening health systems. Geneva.
- World Health Organization. 2008. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Geneva.
- World Health Organization. 2009. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva.
- World Bank. 2013. World Development Report 1993: Investing in health. Oxford: Oxford University Press.
- World Economic Forum. 2013. Global Risks 2013. Eighth Edition.



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ชั้น ๔ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข ๖ ถ.วิภาวดี ๑๔ ถ.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๖๓๒ ๔๒๐๐ โทรสาร ๐ ๒๖๓๒ ๔๒๐๑ www.hsri.or.th

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