



คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ
ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ

“สรุปการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ”

สารบัญ
วาระการปฏิรูปที่สำคัญเร่งด่วน (๒๗ วาระ) ในปี ๒๕๖๐
ของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ
เรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพ”

	หน้า
๑. การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ	๑
๒. การจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศ ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.).....	๓
๓. การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ : ประเด็นการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกินเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพ	๕
๔. การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ พร้อมร่างพระราชบัญญัติสมุนไพร พ.ศ. และร่างพระราชบัญญัติคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ฉบับที่ ..) พ.ศ.	๘
๕. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล	๑๐
๖. การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ.....	๑๔
๗. การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ.....	๑๘
๘. การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน : สิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ.....	๒๐

๑. การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

แนวคิด

โดยที่ระบบสุขภาพในปัจจุบัน มีการขยายขอบเขตที่กว้างขวางกว่าการบริการรักษาพยาบาล โดยครอบคลุมไปถึงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการควบคุมดูแลกิจการและปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์รวมของระบบสุขภาพที่ไม่จำกัดเฉพาะการรักษาพยาบาลดังกล่าวแล้ว ปัญหาสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันยังมีผลสืบเนื่องมาจากสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม จากกรณีโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมผู้สูงอายุ พฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งปัญหาจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นมลพิษ ทั้งจากภาคอุตสาหกรรมและภาคการเกษตรที่ก่อให้เกิดปัญหาสารเคมีตกค้าง และปนเปื้อนในอาหารจากกระบวนการปลูกและการผลิต อันเป็นปัจจัยสำคัญในการก่อให้เกิดโรคและทวีความรุนแรงมากขึ้น รวมถึงปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ นอกจากนี้ระบบฐานข้อมูลและระบบสารสนเทศในระบบสุขภาพขาดการบูรณาการร่วมกัน ประชาชนขาดความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งนโยบายของรัฐยังไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน ทั้งนี้ แม้ว่าปัจจุบันระบบสาธารณสุขของไทยมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก และมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง มีหน่วยงานด้านสุขภาพหลายหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานที่ให้บริการสาธารณสุขที่มีในราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาคเอกชน แต่ด้วยการที่มีหน่วยงานดำเนินงานในระบบสาธารณสุขหลายหน่วยงาน แต่ละหน่วยงานมีอิสระต่อกัน จึงทำให้การดำเนินงานในระบบขาดความเป็นเอกภาพ มีความซ้ำซ้อนและสิ้นเปลือง ตลอดจนมีการใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม ทำให้การดำเนินงานในระบบสุขภาพขาดประสิทธิภาพและยังเกิดความเหลื่อมล้ำ โดยพบว่าอัตราการเกิดโรคและการตายยังเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ดีของประชาชนในภาพรวม

การบูรณาการการดำเนินงานในระบบสุขภาพของประเทศ จึงควรมีคณะกรรมการที่เป็นกลไกกลาง เพื่อกำหนดทิศทางและนโยบายด้านระบบสุขภาพของประเทศให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีเอกภาพ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ โดยให้มีการกำกับดูแล ตรวจสอบการดำเนินงานในระบบสุขภาพ มีการประสาน กำกับ การจัดระบบบริการ การจัดการทรัพยากร การลงทุน ตลอดจนแผนงานบริการของหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ให้เกิดความทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำ มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ความคืบหน้า

๑. ที่ประชุม สปท. ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๙ ได้พิจารณาให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๙ และได้นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานรวม ๓ ฝ่าย ครั้งที่ ๑๒/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๙

๒. นายกรัฐมนตรีเห็นชอบ และส่งให้คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ ๔ ดำเนินการต่อไป

๓. การดำเนินการร่วมกันระหว่างสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศกับสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ได้ร่วมกับคณะอนุกรรมการเพื่อการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ในคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ จัดทำรายงานผลการศึกษา เรื่อง การจัดทำร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ซึ่งที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบ รายงานการศึกษาเรื่องดังกล่าว ในคราวประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๖๐ วันพฤหัสบดีที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๐

๔. ในคราวประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ ๔ (ด้านสาธารณสุข) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ได้มีมติมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ให้แล้วเสร็จต่อไป

ปัญหา/อุปสรรคในการขับเคลื่อน

ร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. อยู่ระหว่างการดำเนินการของ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีประเด็นที่ต้องพิจารณาอีกหลายประเด็น เช่น โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของ คณะกรรมการฯ ตลอดจนสภาพบังคับต่อหน่วยงานด้านสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งการรับฟังความคิดเห็น ของประชาชน ตามมาตรา ๗๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนเร่งด่วนภายใน ๑ ปี (สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม)

กระทรวงสาธารณสุขควรระดมความคิดเห็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพทั้งภาค ให้บริการ ภาคการเงินการคลัง ภาคประชาชนผู้รับบริการ ตลอดจนภาควิชาการเพื่อให้ได้ข้อสรุปและจัดทำ ร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวให้แล้วเสร็จเพื่อไปสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติโดยเร็ว เพื่อมีผลบังคับใช้ ภายใน ๑ ปี ต่อไป

๒. การจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.)

แนวคิด

ปัจจุบันพบว่าการบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศการเบิกจ่ายและการบริการสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลไม่สามารถบูรณาการกันได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลบริการสุขภาพกันได้ ข้อมูลไม่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างที่ควรจะเป็น ปัจจุบันพยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต้องใช้เวลากว่าหนึ่งในสามของเวลาทำงานมาจัดการกับรายงานและข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลการเบิกจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพทั้งสามระบบซึ่งแตกต่างกัน แทนที่จะใช้เวลาเหล่านั้นไปใช้กับการดูแลรักษาผู้ป่วย การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศที่มีความหลากหลายไม่ใช่มาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นภาระให้กับสถานพยาบาลเป็นอย่างมาก

ปัจจุบันธุรกรรมของระบบการเบิกจ่ายจากการให้บริการสุขภาพของประชากรไทย ผ่านสวัสดิการข้าราชการพยาบาลข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการพยาบาลข้าราชการส่วนท้องถิ่นรวมกันครอบคลุมประชากรไทยร้อยละ ๙๙.๐ เป็นการให้บริการสำหรับผู้ป่วยในจำนวน ๗.๑๘ ล้านครั้ง (ประมาณร้อยละ ๗๐ ของการให้บริการ) และสำหรับผู้ป่วยนอกจำนวน ๒๑๕.๓ ล้านครั้ง (ประมาณร้อยละ ๕๗.๑ ของการให้บริการ) ธุรกรรมเหล่านี้มีการบริหารจัดการแยกส่วนกันตามแต่ละกองทุนประกันสุขภาพจะกำหนด มีรูปแบบของข้อมูลที่แตกต่างกัน ไม่ใช่มาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้จะทำให้ไม่สามารถบูรณาการข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารมีข้อมูลที่ครบถ้วน เพื่อใช้ในการวางแผน บริหารจัดการทรัพยากร และวางนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพที่ต่างกันได้แล้ว ยังเป็นภาระให้กับสถานพยาบาลทุกระดับ ต้องทำงานซ้ำซ้อนในการส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ความคืบหน้า

๑. ที่ประชุม สปท. ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๙ ได้พิจารณาให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๕๙ และได้นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานรวม ๓ ฝ่าย ครั้งที่ ๑๒/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๕๙

๒. นายกรัฐมนตรีเห็นชอบ และส่งให้คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ ๔

๓. รมต.สธ. ตั้งคณะทำงานจัดทำแผนการจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.) ซึ่งมี นพ.ชาติรี บานชื่น ที่ปรึกษา รมต. สธ. เป็นประธาน รมต.สธ.เห็นชอบตามแผนงานที่คณะทำงานเสนอคือ

(๑) ให้ยกเลิคมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๖ ที่เห็นชอบให้สปสช. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่าย และระบบข้อมูลบริการสุขภาพ (National Clearing House) โดยให้ถ่ายโอนการทำหน้าที่ดังกล่าวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) มาเป็นสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

(๒) ให้ สวรส. จัดตั้ง สมสส. เป็นส่วนงานอยู่ภายใต้ สวรส. ดำเนินการเป็นหน่วยงานกลางในการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสุขภาพ

(๓) มีการถ่ายโอนงานการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลบริการสุขภาพ จาก สปสช. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ไปยัง สวรส. ภายในระยะเวลา ๒ ปี หลังจากมีมติคณะรัฐมนตรี

(๔) เมื่อมีความพร้อมหน่วยงานดังกล่าวจะพัฒนาไปเป็นหน่วยงานในกำกับของรัฐต่อไป

ปัญหา/อุปสรรคในการขับเคลื่อน

สมสส. ยังไม่สามารถปฏิบัติงานในฐานะหน่วยงานกลางที่จะจัดดำเนินการเรื่องข้อมูลสุขภาพของทุกกองทุนสุขภาพได้ เนื่องจากยังมีมติ ครม. เมื่อวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๖ ให้อำนาจ สปสช. ดำเนินการอยู่

ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนเร่งด่วนภายใน ๑ ปี (สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม)

กระทรวงสาธารณสุขควรเสนอให้ ครม. ยกเลิกมติเมื่อวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๕๖ และมอบหมายภารกิจดังกล่าวแก่ สมสส. แทนต่อไป

๓. การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ : ประเด็นการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกินเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพ

แนวคิด

น้ำตาล เป็นส่วนประกอบของอาหารที่หากบริโภคมากเกินไปจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ฟันผุ โรคอ้วน เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น องค์การอนามัยโลกจึงได้มีคำแนะนำว่าบุคคลไม่ควรบริโภค น้ำตาลเกิน ๕๐ กรัม/วัน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากน้ำตาล เช่น โรคอ้วน เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือด หรือควรบริโภคในปริมาณไม่เกิน ๒๕ กรัม/วัน เพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยง จากข้อมูลใน พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่าคนไทยบริโภคน้ำตาล ๑๐๐ กรัม/คน/วัน

เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล (Sugar sweetened beverages: SSBs) ถูกจัดว่าเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสม เพราะเพิ่มปริมาณน้ำตาลในเลือดอย่างรวดเร็ว ให้พลังงานแก่ร่างกายจำนวนมาก แต่ไม่ให้อาหารที่จำเป็นอื่น ๆ หรือให้น้อยมาก ในแง่ของการก่อโรคนั้น มีหลักฐานทางวิชาการที่ชี้ชัดว่าการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นประจำเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน รวมถึงโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งหลายประเทศทั่วโลกได้มีมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น การห้ามการจำหน่ายในโรงเรียน การควบคุมการโฆษณาที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก และการจัดเก็บภาษี

คนไทยนิยมบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลพบว่าภายในเวลา ๕ ปี จาก พ.ศ. ๒๕๔๖ - ๒๕๕๒ มีการบริโภคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๓๑.๖ ซึ่งคาดประมาณว่าใน พ.ศ. ๒๕๕๒ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลของคนไทยจัดอยู่ในอันดับ ๙ จาก ๕๒ ประเทศที่ทำการสำรวจ รองจากสหรัฐอเมริกา เม็กซิโก ตุรกี จีน เยอรมัน บราซิล อิตาลี และสเปน จากความนิยมบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลดังกล่าว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนไทยบริโภคน้ำตาลมากเกินจำเป็น โดยเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสำเร็จรูปที่มีจำหน่ายในประเทศไทยมีปริมาณน้ำตาลสูงมาก โดยอยู่ในช่วง ๙-๑๙ กรัม/๑๐๐ มิลลิลิตร ในขณะที่ค่าที่เหมาะสมคือเครื่องดื่มไม่ควรมีน้ำตาลมากกว่า ๖ กรัม/๑๐๐ มิลลิลิตร เพราะจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้คือการเพิ่มสูงขึ้นของอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็ง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเป็นโรคเหล่านี้ก็คือโรคอ้วนและการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ในประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับต้น ๆ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล

มาตรการราคาและภาษีเป็นอีกหนึ่งมาตรการที่องค์การอนามัยโลกระบุว่าได้ผลดีในการในการจัดการปัญหาสุขภาพและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความคุ้มค่าประสิทธิภาพ มีต้นทุนต่ำ และสามารถขยายผลได้ ผู้เชี่ยวชาญจากทั่วโลกจึงมีแนวคิดที่จะจัดเก็บภาษีอาหารเพื่อจัดการกับปัญหาโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งผลจากการรวบรวมข้อมูลจากประเทศต่างๆ ทั่วโลกพบว่าการจัดเก็บภาษีอาหารส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมกรรมการบริโภคซึ่งคาดว่าจะส่งผลลดการเกิดโรคอ้วนและโรคเบาหวานได้ วิธีการที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดในการจัดเก็บภาษีอาหาร คือการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เนื่องจากมีเหตุผลทางโภชนาการที่เพียงพอสำหรับจัดทำหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจัดเก็บภาษีและง่ายต่อการจัดเก็บ และในขณะนี้หลายประเทศที่จัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ยกตัวอย่างเช่น ประเทศฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ฟิจิ เม็กซิโก เปรู โปแลนด์ ฟิลิปปินส์ เกาหลี อินเดีย อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น อิตาลี ฮังการี นอร์เวย์ และบางรัฐของสหรัฐอเมริกาโดยการเก็บภาษี

มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มรายได้ให้รัฐ พ่วงด้วยเหตุผลทางสุขภาพ ซึ่งมีบางส่วนใช้ปริมาณน้ำตาลเป็นเกณฑ์การจัดเก็บ

การจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลจึงเป็นอีกหนึ่งมาตรการที่ควรมีการดำเนินการเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ซึ่งมาตรการดังกล่าว นอกจากจะมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ยังสามารถเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมหากมีการจัดสรรสำหรับการดำเนินการเพื่อประโยชน์ของสาธารณชน

ข้อเสนอการปฏิรูป

๑. กำหนดมาตรการทางภาษีเป็น Good Buy Intervention ในการควบคุมป้องกัน NCDs โดยจากการศึกษาพบว่าหากจัดเก็บภาษีอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ ของราคาขายปลีก จะมีผลในเชิงสุขภาพ และบรรเทาพฤติกรรมบริโภคลงได้

๒. มาตรการเพิ่มเติม กำหนดให้แสดงปริมาณน้ำตาลพร้อมค่าเตือนในฉลากหน้าบรรจุภัณฑ์ และจัดทำมาตรการสื่อสารทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ คณะรัฐมนตรีจะต้องให้ความเห็นชอบในหลักการของการปรับปรุงแก้ไขนิยามเครื่องดื่มภายใต้ร่างพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายสรรพสามิต พ.ศ. ให้ครอบคลุมรายการเครื่องดื่มนอกไปจากน้ำตาล เช่น ชา กาแฟ นมปรุงแต่ง นมเปรี้ยว เครื่องดื่มเกลือแร่ที่มีน้ำตาลมากกว่า ๖ กรัมต่อ ๑๐๐ มิลลิลิตร

ให้จัดเก็บภาษีสรรพสามิตในผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่ครอบคลุมเครื่องดื่มตามความเข้มข้นของน้ำตาลคือ มากกว่า ๖ - ๑๐ กรัม/๑๐๐ มิลลิลิตร และมากกว่า ๑๐ กรัม/๑๐๐ มิลลิลิตร โดยจัดเก็บภาษีในอัตราที่ทำให้ราคาเครื่องดื่มเพิ่มสูงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของราคาขายปลีก

ความคืบหน้า

- ที่ประชุมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ได้พิจารณาให้ความเห็นชอบ เมื่อวันอังคารที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๙ และได้นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานรวม ๓ ฝ่าย ครั้งที่ ๑๘/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๕๙

- นายกรัฐมนตรีเห็นชอบแล้ว ส่งให้คณะกรรมการขับเคลื่อนฯ คณะที่ ๒ (รองฯ สมคิด) /คณะ ๓ (รองฯ วิษณุ) /คณะ ๕ (รองฯ ประวิตร) /มท. /ทส./ รวมทั้งผ่านการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ วาระ ๓ ซึ่งมีการขอแปรญัตติ จากอัตราส่วนของน้ำตาลที่กำหนดไว้จาก ไม่เกินร้อยละ ๖ เป็นไม่เกินร้อยละ ๑๐

นอกจากนี้จะได้มีการเชิญผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มาเข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาในประเด็นเกี่ยวกับฉลากสินค้าเพื่อประชาชนจะได้ทราบและเข้าใจถึงปริมาณน้ำตาลที่บริโภคต่อวัน

- กระทรวงการคลังรายงานว่าได้จัดตั้งคณะทำงานศึกษาแนวทางการลดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีความหวาน ซึ่งได้มีการพิจารณาข้อเท็จจริงในภาพรวมอุตสาหกรรมอ้อยและน้ำตาลทราย อุตสาหกรรมเครื่องดื่มไทย มาตรการภาษี และมาตรการที่มีใช้ภาษี เปรียบเทียบกรณีศึกษาจากต่างประเทศ รวมถึงผลกระทบในเรื่องดังกล่าว ซึ่งได้ข้อสรุปในการนำมาตรการที่มีใช้ภาษีมาใช้ควบคู่กับมาตรการภาษีโดยให้เริ่มมาตรการที่มีใช้ภาษีก่อน ได้แก่ ปรับสูตรผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม กระจายและจำหน่ายสินค้าให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย จัดทำฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ มาตรการทางการตลาดที่รับผิดชอบต่อสังคม และการให้ความรู้ เพื่อให้ภาคเอกชนมีระยะเวลาในการปรับตัว ๒ - ๕ ปี ก่อนที่มาตรการภาษี จะบังคับใช้ ทั้งนี้ มีความเห็นร่วมกันในการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มตามเกณฑ์ปริมาณน้ำตาลในอัตราก้าวหน้า (Progressive Rate)

กล่าวคือ ยังมีปริมาณน้ำตาลสูงก็จะจัดเก็บภาษีในอัตราที่สูงขึ้นไปตามลำดับ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้แก่ผู้ประกอบการในการปรับลดปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม ขณะนี้ อยู่ระหว่างการพิจารณารายละเอียดในการจัดเก็บภาษีสรรพสามิต อย่างไรก็ตาม สหประชาชาติ สมาคมอุตสาหกรรมเครื่องดื่มไทย ไม่เห็นด้วยและจะไม่เข้าร่วมดำเนินมาตรการที่มีใช้ภาษีเนื่องจากระยะเวลาดำเนินการไม่เพียงพอ

ล่าสุดกระทรวงการคลังรับเรื่องภาษีเครื่องดื่มน้ำตาลที่เกินกว่ามาตรฐานสุขภาพไว้ในโครงการปฏิรูปที่ดำเนินการได้ทันที (Quick win) ข้อมูลจากการเข้าประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนและเร่งรัดการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล (กขร) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ วันศุกร์ที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐

ปัญหา/อุปสรรคในการขับเคลื่อน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนอกจากกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่เห็นความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพว่าจะส่งผลถึงเศรษฐกิจของชาติอย่างไร จึงลังเลที่จะตัดสินใจ โดยเฉพาะเมื่อกลุ่มอุตสาหกรรมเครื่องดื่ม ซึ่งมีทุนทรัพย์มหาศาลไม่เห็นด้วย

ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนเร่งด่วนภายใน ๑ ปี (สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม)

ควรดำเนินการในมาตรการอื่น ๆ นอกจากเรื่องภาษี ซึ่งมาตรการเหล่านี้ ถ้ามีประสิทธิภาพจะทำให้ประชาชนได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพของการได้รับน้ำตาลเกินมาตรฐานต่อวัน ซึ่งมาตรการที่สำคัญที่ควรดำเนินการเร่งด่วนภายในปี ๒๕๖๐ นี้คือ

๑. กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เร่งดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน (Health Literacy)

๒. สื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสื่อดิจิทัล และฟรีทีวี ควรให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และความเชื่อมโยงของโรคเรื้อรังต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการบริโภคน้ำตาล

๓. คณะกรรมการอาหารและยา ควรเร่งรัดให้สินค้าเครื่องดื่มทุกชนิดมีฉลากผลิตภัณฑ์ที่ระบุส่วนผสม โดยเฉพาะน้ำตาลในเครื่องดื่มอย่างชัดเจนที่ขนาดของรายการ และภาษาที่ใช้ (ควรออกเป็น form มาตรฐาน)

๔. ควรมีกฎหมายห้ามโฆษณาชวนเชื่อ หรือชิงรางวัลต่าง ๆ ของเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเพื่อกระตุ้นการบริโภค

๔. การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ
พร้อมร่างพระราชบัญญัติสมุนไพร พ.ศ. และ
ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ฉบับที่ ..) พ.ศ.

แนวคิด

สร้างความมั่นคงและการพึ่งตนเองให้กับระบบการแพทย์ไทย โดยพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่มีมาตรฐานและให้มีการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยให้เป็นมรดกของชาติ โดยการปฏิรูประบบการบริการการแพทย์แผนไทยให้มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐาน ควบคู่กับแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นบริการหลักในการบริการระดับปฐมภูมิ และการปฏิรูปการคุ้มครองภูมิปัญญาไทยเพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นมรดกไทยและมรดกโลก

สร้างความมั่งคั่งให้กับเศรษฐกิจไทยด้วยสมุนไพรไทยตามแนวทางเศรษฐกิจสร้างสรรค์ โดยการปฏิรูประบบการวิจัย พัฒนา การอุตสาหกรรม และการตลาด ยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร และพัฒนาองค์ความรู้จากภูมิปัญญาไทยและยาจากสมุนไพรสู่ตลาดโลก

สร้างความยั่งยืนโดยปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านการแพทย์แผนไทยและระบบยาจากสมุนไพร โดยการปฏิรูปโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการด้านการแพทย์แผนไทย การปฏิรูปการจัดการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย การปฏิรูปการพัฒนากำลังคน และการปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ

ความคืบหน้า

- | | |
|-----------------|--|
| ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๙ | นำเสนอที่ประชุมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ซึ่งเป็นรายงานเรื่องแรกที่มีมติเห็นชอบด้วยเสียงเป็นเอกฉันท์ จำนวน ๑๖๔ เสียง |
| ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๕๙ | ผ่านความเห็นชอบที่ประชุมคณะกรรมการประสานงาน ๓ ฝ่าย และส่งคณะรัฐมนตรีพิจารณา |
| ๔ ตุลาคม ๒๕๕๙ | คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ (๒๕๖๐ - ๒๕๖๔) ดังกล่าว และให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการทบทวนและปรับปรุงแก้กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร |
| ๔ มกราคม ๒๕๖๐ | กระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอ ร่างพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. คณะรัฐมนตรีเห็นชอบในหลักการ และส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาตรวจร่าง |
| ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐ | กระทรวงสาธารณสุข เสนอคณะกรรมการขับเคลื่อนและเร่งรัดการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล เสนอเรื่อง การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ เป็นโครงการปฏิรูปดำเนินการได้ทันที (Quick Win) |
| ๒๐ เมษายน ๒๕๖๐ | กำหนดจะพิจารณา ร่างพระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. แล้วเสร็จสำหรับ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ฉบับที่ ..) พ.ศ. กระทรวงสาธารณสุขกำลังพิจารณาร่างดังกล่าว |

ปัญหา/อุปสรรคในการขับเคลื่อน

๑. แพทย์แผนไทยมีที่มาหลากหลายและหลายประเภท การจะทำให้เป็นมาตรฐาน และประชาชนเชื่อมั่น ยอมรับ เป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ ปัจจุบันมีการโฆษณาชวนเชื่อ แอบแฝงอยู่มาก

๒. การคุ้มครองและถ่ายทอดภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ในหมู่การแพทย์พื้นบ้านดั้งเดิม เป็นเรื่องที่ต้องเร่งดำเนินการ เนื่องจากหมอพื้นบ้านที่มีความรู้ความสามารถสูงต่างก็มีอายุมาก ความรู้ต่าง ๆ อาจสูญหายไปหาก ไม่สามารถจัดระบบการถ่ายทอดและบันทึกภูมิปัญญาไว้ได้ทัน

๓. เรื่องการพัฒนาสมุนไพรของประเทศ จะต้องพัฒนาทั้งวงจรตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ มีผู้เกี่ยวข้องมากและหลากหลายสาขาวิชาชีพ ดังนั้นการประสานงานหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องให้เกิดความร่วมมือและเป็นเจ้าของร่วมกัน เป็นเรื่องที่หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องตระหนักและเร่งผลักดันให้เกิดขึ้นไม่เช่นนั้น การพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์จะเป็นไปได้ยาก

๔. หน่วยงานราชการส่วนใหญ่ยังเน้นการควบคุมมากกว่าการส่งเสริมอย่างจริงจัง

ข้อเสนอในการขับเคลื่อนด่วนภายใน ๑ ปี

๑. ให้ปรับบทบาทของกรมการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจนในการทำหน้าที่เป็นหน่วยงานประสานบูรณาการการขับเคลื่อนกับองค์กรและหน่วยงานในภาคีเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ (๒๕๖๐-๒๕๖๔) อย่างจริงจัง และพัฒนาสมุนไพรตามแนวเศรษฐกิจสร้างสรรค์

๒. ให้นำแนวทางขององค์การอนามัยโลกมาแก้ไขปัญหาการพัฒนาการแพทย์ดั้งเดิม ๓ ข้อ ดังนี้

๒.๑ สร้างและจัดการฐานความรู้ด้านการแพทย์ดั้งเดิมที่สะท้อนบทบาทและศักยภาพของการแพทย์ดั้งเดิมและนำมาใช้ผสมผสานในระบบบริการสุขภาพ (Integrative medicine)

๒.๒ เน้นการประกันคุณภาพ ความปลอดภัย การใช้ที่เหมาะสม ประสิทธิภาพ ของการแพทย์ดั้งเดิม และยาสมุนไพร โดยการควบคุม กำกับผลิตภัณฑ์ การประกอบวิชาชีพ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผ่านการศึกษา การเรียน การสอน การเพิ่มพูนทักษะ การบริการ และการบำบัดรักษา

๒.๓ ส่งเสริมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการบูรณาการการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมผสมผสานเข้าไปใช้ในการให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะการบริการในระดับปฐมภูมิ และการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการคำนึงถึงศักยภาพการปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมในการตัดสินใจเลือกการแพทย์ดั้งเดิมและการผสมผสาน เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

๕. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล

แนวคิด

ปัญหาและความสำคัญ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นความทุกข์ ความเดือดร้อนของประชาชน ที่จะมีโอกาสเกิดขึ้นกับทุกคน เป็นความสูญเสียที่มีมูลค่ามหาศาล ทั้งที่สามารถจะป้องกันและลดการสูญเสียได้ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เป็นผู้ป่วยกะทันหันที่มีอาการคุกคามต่อชีวิต และความพิการของร่างกาย เป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องให้ความช่วยเหลือ เป้าหมายที่สำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การช่วยชีวิตและการรักษาชีวิตให้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ เพื่อสามารถลดความสูญเสียชีวิตพิการ รวมทั้งลดอุบัติเหตุการดำเนินการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้ ให้เหลือน้อยที่สุด

ประเทศไทย ประสบปัญหาด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมาก จากข้อมูลที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับสองของโลก เฉลี่ยมีอัตราการเสียชีวิต ๔๐ - ๖๐ คนต่อวัน บาดเจ็บหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง ๓๐๐ คนต่อวัน และในจำนวนนี้ต้องกลายเป็นผู้พิการทุพพลภาพ ๑๕ คนต่อวัน นำความสูญเสียเป็นมูลค่าในมิติทางเศรษฐกิจประมาณ ๕ แสนล้านบาทต่อปี (ปี ๒๕๕๗)

ข้อมูลใบมรณบัตรพบว่ามีผู้เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณปีละ ๖๐,๐๐๐ คน (เสียชีวิตอยู่ที่บ้าน และระหว่างนำส่งโรงพยาบาล) ถ้ามีระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล ที่ทั่วถึง และ ทันต่อเวลา จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินได้อีกประมาณ ๒๐ เปอร์เซ็นต์ คิดเป็นจำนวนปีละประมาณ ๑๒,๐๐๐ คน และหากมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ทั่วถึงและทันเวลา เช่น ในประเทศญี่ปุ่น จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถึง ๕๐ เปอร์เซ็นต์ คิดเป็นจำนวนปีละประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน

ปัญหาของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ

๑. การรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ขาดการเข้าถึงของประชาชน ขาดประสิทธิภาพ ขาดความเป็นมาตรฐานสากล ขาดระบบการติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานฉุกเฉิน
๒. ประชาชนยังขาดความรู้และความเข้าใจ ในเรื่องภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่มีทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
๓. การปฏิบัติการของหน่วยกู้ชีพ ยังมีไม่ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ
๔. การรักษาที่ห้องฉุกเฉินและในโรงพยาบาล ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยจากการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยฉุกเฉินมีมากขึ้น และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ
๕. การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่สามารถลดความสูญเสียของประเทศในระยะยาวได้

สรุปข้อเสนอแนะ

เพื่อการปฏิรูปจากคณะกรรมการด้านสาธารณสุข สภาปฏิรูปแห่งชาติ และ คณะกรรมการด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ดังนี้

๑. เสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินแห่งชาติ เร่งดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จ
๒. เสนอ ให้กระทรวงศึกษาธิการให้ความสำคัญต่อวิชาการปฐมพยาบาล และการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (First Aid & Resuscitation) โดยมุ่งเน้นให้ได้คุณภาพและมาตรฐานที่ทำให้นักเรียนรู้อย่างจริงจัง และจดจำไปใช้ตลอดไป

๓. เสนอให้คณะรัฐมนตรีมีมติ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด รวมถึงกรุงเทพมหานคร สามารถเป็นผู้ดำเนินงาน และ บริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เมื่อมีความพร้อมตาม แผนการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด และ เสนอให้กระทรวงมหาดไทยออกระเบียบให้องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ดังกล่าว

๔. เสนอกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล ให้ทุกโรงพยาบาลใน ระดับจังหวัดจะต้องกำหนดให้มีหน่วยบริหารพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Trauma and Emergency Administrative Unit)

๕. เสนอกระทรวงสาธารณสุขคุ้มครองสิทธิการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ณ สถานพยาบาลทุกแห่ง โดยให้เป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ความคืบหน้า

คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติหลักการเกี่ยวกับการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินแห่งชาติ และเลขหมาย โทรศัพท์ฉุกเฉินเบอร์เดียว (หนังสือ จาก สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติ หมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๙)

วันที่ ๒๐ ก.ย. ๒๕๕๙ คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ ๕) ส่งร่างแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติ องค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการ โทรคมนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยได้กำหนดบทบัญญัติให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินแห่งชาติ และ ให้ กสทช เป็น ผู้จัดเลขหมายโทรศัพท์ฉุกเฉินแห่งชาติ ให้คณะรัฐมนตรี อยู่ระหว่างการดำเนินการ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินดิจิทัล เพื่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติการ ฉุกเฉินภายใต้ระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๖๖๙ มี Application (EMS๑669) สำหรับการแจ้งเหตุโดยสามารถ ระบุพิกัด จุดเกิดเหตุ ข้อมูลสุขภาพ ระบุตัวบุคคลตามทะเบียนราษฎร์ โดยใช้การพิมพ์ลายพิมพ์นิ้วมือ ณ จุดเกิดเหตุ เชื่อมข้อมูลหลายหน่วยงาน รถพยาบาลสามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุเร็ว ประชาชนเข้าถึง สารสนเทศในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้เร็ว ระบบ телеเมดิซีนและกล้อง ติดตามรถพยาบาล สอดคล้อง นโยบายดิจิทัลไอโคโนมีของรัฐบาล

กรรมาธิการด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศร่วมประชุมวิชาการ การแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง “การแพทย์ฉุกเฉินดิจิทัลสู่การ พัฒนานครอัจฉริยะ” โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑ - ๓ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมตักศิลา จังหวัดมหาสารคาม ได้เสนอต่อที่ประชุมว่า สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศได้เสนอการขับเคลื่อน เรื่องการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินแห่งชาติผ่าน คณะรัฐมนตรี เรื่องการให้ความรู้ประชาชนในเรื่อง การเจ็บป่วยฉุกเฉิน การแจ้งเหตุฉุกเฉินและการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยเริ่มที่โรงเรียน และ เรื่องให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาท ในการดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล

กรรมาธิการด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ร่วมประชุม กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายภาคประชาชน ผู้แทนจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมแพทย์ทหารเรือ ผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมทางหลวงชนบท ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนจากสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษา พัฒนาหลักสูตรสำหรับนักเรียนชั้นประถมต้น ประถมปลาย ชั้นมัธยมต้น และมัธยมปลาย ในหัวข้อความปลอดภัยทางถนน ทางน้ำ การเอาตัวรอดเมื่อเกิดเพลิงไหม้ แผ่นดินไหว การปฐมพยาบาลและกู้ชีพเบื้องต้น เพื่อบรรจุไว้ในหลักสูตรการศึกษา และ สถาบันการแพทย์

ฉุกเฉินแห่งชาติได้ร่วมลงนามความร่วมมือ (MOU) กับกระทรวงศึกษาธิการเพื่อการพัฒนาและบรรจุหลักสูตรการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับนักเรียน

วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๙ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ กรมการศึกษาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ร่วมกับสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน จัดประชุมการตรวจสอบกับการดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ณ โรงแรมเอเชียแอร์พอร์ต จังหวัดปทุมธานี เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีผู้เข้าร่วมจาก สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ทั่วประเทศ และส่วนกลาง จำนวน ๒๐๐ คน

วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ กรมการศึกษาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ได้จัดตั้งและประชุมคณะทำงานพัฒนาการดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกัน ๔ ฝ่าย คือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และ สำนักงานกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๐ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ กรมการศึกษาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ได้เข้าร่วมชี้แจงต่อคณะอนุกรรมการเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณะ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทำหน้าที่เสนอให้คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกประกาศ ให้ อปท.ดำเนินการทางการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลางและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จัดทำ โครงการ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด ทั้งโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน โดยไม่ต้องสำรองจ่ายใน ระยะ ๗๒ ชั่วโมงแรก โดยมีศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และออกประกาศ มีผลประกาศใช้

ปัญหา/อุปสรรคในการขับเคลื่อน

กฎระเบียบต่างๆ ของกระทรวงมหาดไทย ต้องมีการตีความใน มาตรา ๑๖ (๑๙) และมาตรา ๑๗ (๑๙) ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ที่กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจและหน้าที่ ในการจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง เรื่องการรักษาพยาบาล รวมถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความเข้าใจถูกต้องในการบริหารจัดการด้านงบประมาณ การจัดหาทรัพยากร ทั้งรพพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ฉุกเฉิน และอุปกรณ์สื่อสารสารสนเทศ รวมถึงการจัดการฝึกอบรมบุคลากร การจัดซื้อจัดจ้างทรัพยากรต่างๆ และค่าตอบแทนที่เกี่ยวข้อง เช่น การอยู่เวรปฏิบัติการณ์ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนเร่งด่วนภายใน ๑ ปี

๑. จัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินแห่งชาติเพราะเป็นจุดเริ่มต้นที่มีความสำคัญที่สุดของกระบวนการ การช่วยชีวิตหรือรักษาชีวิต ที่นำไปสู่การช่วยเหลือของหน่วยปฏิบัติการทุกหน่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันต่อเวลา ครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศ และเกิดการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ

๒. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด รวมถึงกรุงเทพมหานคร เป็นผู้ดำเนินงาน และบริหารจัดการ การแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลเมื่อมีความพร้อมตามแผนการพัฒนาการแพทย์

ฉุกเฉินของจังหวัด และให้กระทรวงมหาดไทยออกระเบียบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ดังกล่าว

๓. ให้กระทรวงศึกษาธิการให้ความสำคัญต่อวิชาการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ (First Aid & Resuscitation) โดยมุ่งเน้นให้ได้คุณภาพและมาตรฐานที่ทำให้นักเรียนรู้จริง ทำได้จริง และจดจำได้จนนำไปใช้ได้ตลอดไป

๖. การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

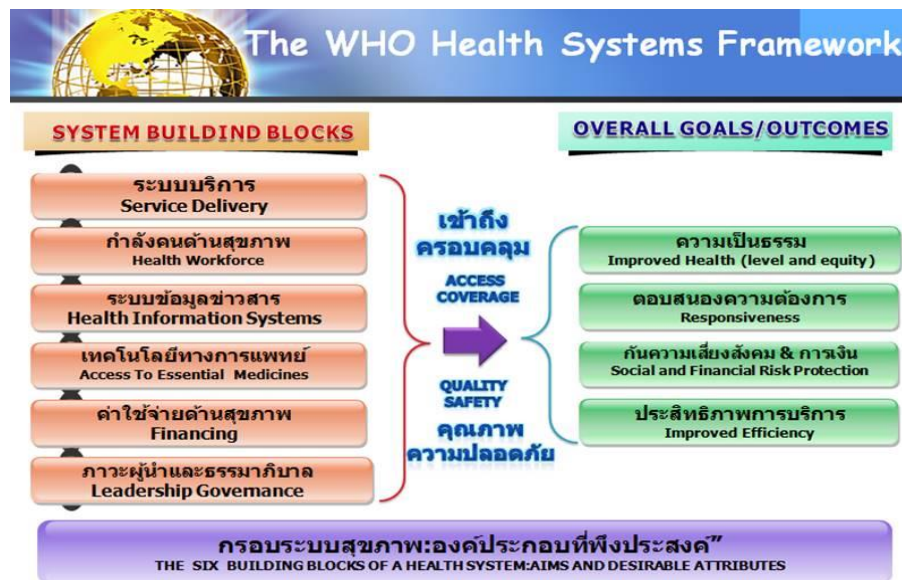
แนวคิด

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ ในหมวด ๑๖ การปฏิรูปประเทศ มาตรา ๒๕๘ ช. ด้านอื่น ๆ ได้กำหนดให้ (๔) ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

บริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ และสามารถดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งช่วยเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการบริการสุขภาพของประชาชน ชุมชนและท้องถิ่น ฉะนั้นระบบบริการปฐมภูมิ จึงเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

ปัจจุบันการบริหารจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ทั้งประเทศอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยบริการ

ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยมีหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสิ้น ๑๐,๘๕๖ แห่ง เป็นสังกัดของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน โดยอยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๙,๗๕๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๐ ในการจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ ได้นำกรอบแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (๖ Building Blocks Model) มาเป็นแนวทาง ซึ่งมี ๖ องค์ประกอบ คือ ๑) การให้บริการสุขภาพ ๒) บุคลากรสุขภาพ ๓) สารสนเทศสุขภาพ ๔) ผลลัพธ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยี ๕) การเงินการคลังสุขภาพ และ ๖) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ดังแผนภูมิ



ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบบริการปฐมภูมิตามกรอบ ๖ องค์ประกอบดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

๑) **ด้านระบบบริการ** การบริหารจัดการเป็นลักษณะแยกส่วนภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลแม่ข่าย และตามความพร้อมของทรัพยากรที่มีและงบประมาณที่ได้รับจัดสรร

๒) **ด้านการเงิน การคลัง** หน่วยบริการปฐมภูมิไม่อยู่ในฐานะสามารถรับงบประมาณเป็นของตนเองโดยตรง ได้รับจัดสรรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เงินที่ได้รับไม่เพียงพอและไม่แน่นอนขึ้นกับข้อมูลที่บันทึกและ

สถานะการเงินของโรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนี้ปัญหาหลักจากรูปแบบการบริหารเงินสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของแต่ละกองทุน ที่มีความหลากหลาย ขาดประสิทธิภาพ การจัดสรรงบประมาณแยกส่วน (Fragmented) และมีเงินค้างท่อในบางหน่วยเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนมาก จนถึงปัจจุบันพบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีค้างอยู่ในบัญชีกว่า ๗,๐๐๐ ล้านบาท โดยที่ผ่านมาได้เกิดการทวงคืนของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ถึงหลักเกณฑ์การใช้จ่ายเงินกองทุนท้องถิ่นต้องยึดตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย จึงเป็นที่มาให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยตั้งคณะทำงานร่วม ๔ ฝ่าย เพื่อแก้ปัญหากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น

๓) ด้านกำลังคน ปัญหาที่พบคือการจัดสรรบุคลากรไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น การขาดขวัญกำลังใจ ทั้งด้านความก้าวหน้า และค่าตอบแทนสนับสนุนของเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ เช่นพยาบาลวิชาชีพ หรือแม้แต่การผลิตบุคลากรก็จะเน้นเฉพาะแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

๔) ด้านอภีการระบบ การบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิ เป็นลักษณะรวมศูนย์จากส่วนกลาง หน่วยงานภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ การมีส่วนร่วมจากพื้นที่ทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานและภาคประชาชนยังมีไม่มาก รวมทั้งการตรวจสอบ

๕) ด้านระบบข้อมูล นอกจากภารกิจดูแลสุขภาพประชาชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีภารกิจเพิ่มจำนวนมากในการบันทึกและรายงานข้อมูลด้านสุขภาพทั้งในส่วนที่ใช้วางแผน และส่วนรายงานให้กับหน่วยงานส่วนกลาง เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมวิชาการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) รวมทั้งการรายงานข้อมูลตามเกณฑ์เพื่อให้ได้รับการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖) ด้านยาและเทคโนโลยี หน่วยบริการปฐมภูมิยังต้องพึ่งพาและขอสนับสนุนยา เวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นหลัก

เพื่อให้มีทิศทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นเอกภาพ บูรณาการทุกภาคส่วนในการพัฒนาสุขภาพระดับบุคคลและสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในรูปแบบการจัดบริการร่วมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประกอบกับในสถานการณ์ที่เศรษฐกิจของโลกมีความผันผวน ส่งผลต่อเศรษฐกิจฐานการเงินการคลังของประเทศสั้นคลอน ไม่มั่นคง มีอย่างจำกัด และมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ จึงเล็งเห็นความสำคัญและความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำข้อเสนอ “การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ” เพื่อประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุมโดยเฉพาะด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งมีส่วนร่วมบริหารและตรวจสอบงบประมาณ และออกแบบระบบสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง

ความคืบหน้า

๑. ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ที่ประชุมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ครั้งที่ ๕๖/๒๕๕๙ ได้พิจารณาและเห็นชอบรายงานแผนการปฏิรูป เรื่อง “การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ” และให้คณะกรรมการนำรายงานไปปรับปรุงก่อนเสนอรายงานพร้อมความเห็นและข้อเสนอแนะของสมาชิก สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาต่อไป

๒. ๑๑ มกราคม ๒๕๖๐ ที่ประชุม คณะกรรมการประสานงาน รวม ๓ ฝ่ายได้พิจารณารายงานและมิมติให้นำเรียนพลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย รองนายกรัฐมนตรี ในฐานะที่กำกับการบริหารราชการ

กระทรวงสาธารณสุข และนายสมคิด จาตุศรีพิทักษ์ รองนายกรัฐมนตรีในฐานะที่กำกับการบริหารราชการ กระทรวงการคลัง แทนนายกรัฐมนตรี และให้เจ้าหน้าที่ติดตามขับเคลื่อนแผนการปฏิรูป (Reform) ของกระทรวงสาธารณสุข และให้รายงานผลการดำเนินงานในเรื่องนี้ให้ประธานกรรมการฯ ได้รับทราบทุก ๑ เดือน

๓. ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ คณะกรรมการขับเคลื่อนฯ ครั้งที่ ๔ โดยพลเรือเอก อนุพงษ์ พิพัฒน์ นายกรัฐมนตรี เป็นประธานประชุม มีมติเห็นชอบการจัดทำร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (พ.ศ. ๒๕๖๐ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๙) เพื่อรองรับกับ (ร่าง) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐

๔. กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำ (ร่าง) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙) รองรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐

ปัญหา/อุปสรรคในการขับเคลื่อน

หน่วยงานหลักที่ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีแนวทาง และแนวคิดที่ต่างไปจากข้อเสนอของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ

ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนเร่งด่วนภายใน ๑ ปี

(สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม)

การขับเคลื่อน “การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ” เร่งด่วน เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม สรุปดังนี้

๑. จัดบริการรวมกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็น กลุ่มบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ดูแลประชาชนร่วมกัน Cluster ละประมาณ ๑ - ๓ หมื่นคน และใช้ทรัพยากรร่วมกันในแต่ละ Cluster

๒. จัดสรรเงินหมวดสร้างเสริมสุขภาพ ให้กลุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเงินก้อน (Lump sum) ตามหัวประชากร ภายใต้ข้อตกลงกับคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (District health Board)

๓. ปรับแก้หลักเกณฑ์การจัดสรรเงินหมวดสร้างเสริมสุขภาพ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดย

๑) ไม่แยกเป็นหมวดย่อย(fragmented)

๒) ทบทวนและยกเลิกกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ด้วยมีประเด็นที่ยังไม่มีกฎหมายรองรับ

๓) ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ขอให้รัฐบาลอนุมัตินำเงินค้ำท้อจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นมาสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ

๔) ปรับหลักเกณฑ์ให้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถรับงบประมาณเป็นของตนเองโดยตรง

๕) จัดทำแผนกำลังคน ในระยะกลางและระยะยาว โดยให้ความสำคัญกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทันตสาธารณสุข แพทย์แผนไทย และวางแผนผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตามที่รัฐธรรมนูญกำหนด สำหรับช่วงเปลี่ยนผ่านให้หมุนเวียนและบริหารบุคลากรทุกสาขาในกลุ่มบริการปฐมภูมิ โดยให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีอยู่ตามบริบทแต่ละพื้นที่ เป็นหัวหน้ากลุ่มบริการปฐมภูมิไปพลางก่อน

๖) บริหารแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน ผ่านคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ ปรับโครงสร้างจัดบริการสุขภาพ ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของหน่วยงาน ตามลำดับ ดังนี้ คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและภัยสุขภาพจังหวัด คณะกรรมการสุขภาพเขต และคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

๓) บริหารจัดการด้านยาและเทคโนโลยีในกลุ่มบริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาล เป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกันในแต่ละ Cluster และแลกเปลี่ยน เรียนรู้ภายใต้การสนับสนุนของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในเครือข่ายมาเป็นพี่เลี้ยง และควบคุมด้านมาตรฐานบริการ

๔) ทบทวนและพัฒนา ระบบรายงานข้อมูล ไม่ซ้ำซ้อนกัน เฉพาะที่จำเป็น ไม่เป็นภาระแก่หน่วยบริการ ยกเลิกการกำหนดเกณฑ์จัดสรรเงินจากกองทุนมาเป็นแรงจูงใจในการรายงานข้อมูลเพื่อได้รับเงินจัดสรรจากกองทุน

๕) ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาช่วยในการจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ เพื่อลดภาระงาน

“การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ” สามารถดำเนินการ ได้พร้อมกันทั่วประเทศภายใน ปี ๒๕๖๑ โดยไม่ต้องจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพิ่มแต่อย่างใด หากหน่วยงานที่รับผิดชอบ ปรับแก้กฎ ระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับในส่วนที่เกี่ยวข้องบางประการ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพด้านส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้น อย่างเป็นรูปธรรม

๗. การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ

แนวคิด

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ ได้กำหนดไว้ใน มาตรา ๕๕ ว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด” ดังนั้น การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ จึงเป็นนโยบายเร่งด่วนในการผลักดันให้การทำงานเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการสร้างพลเมืองไทยให้เป็นพลเมืองที่มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับพันธกิจของรัฐธรรมนูญ

ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือ การพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ โดยการสร้างเสริมให้ **ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)** ซึ่งตรงกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า “การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก ดังนั้น เพื่อการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศไทยให้เท่าเทียมกับนานาชาติอารยประเทศ จึงมีความจำเป็นในการบูรณาการและให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ควบคู่กับการปฏิรูประบบการสื่อสารด้านสุขภาพของประเทศไทย ให้เอื้อต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเพื่อให้ประเทศไทยมีทิศทางดำเนินงานอย่างชัดเจนมีความเป็นเอกภาพ จึงจำเป็นต้องกำหนดให้มี **“นโยบายการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ”** และผลักดันยุทธศาสตร์ในการปฏิรูปเพื่อให้เกิดสังคมแห่งความรู้ด้านสุขภาพขึ้นในประเทศไทยที่สำคัญ อาทิ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน และชุมชนแห่งความรู้ด้านสุขภาพ โดยกำหนดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพประสานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมร่วมดำเนินการ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ประชาชนไทยทุกหมู่เหล่าและทุกกลุ่มอายุมีสุขภาพะสมบูรณ์ในทุกมิติลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องจากการเจ็บป่วยและการตายได้ในอันดับต่อไป

ความคืบหน้า

- ที่ประชุมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ครั้งที่ ๕๘ เมื่อวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ พิจารณาให้ความเห็นชอบ และได้นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานร่วม ๓ ฝ่าย ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๐

- คณะกรรมการประสานงานร่วม ๓ ฝ่าย มีมติเห็นชอบ และส่งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กขป. ๔ รองนายกรัฐมนตรี (พล.ร.อ. ณรงค์ฯ, พล.อ.อ. ประจินฯ) นำกราบเรียนนายกรัฐมนตรีได้รับทราบ

- กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ ๒๐ ปีของกระทรวงฯ และอยู่ในวาระปฏิรูปเร่งด่วน (Quick win) ของกระทรวงฯ ด้วย (จากรายงานการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนและเร่งรัดการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล (กขร) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐ วันศุกร์ที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐)
- กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลอำเภอหลายแห่ง

ปัญหา/อุปสรรคในการขับเคลื่อน

ยังไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติขึ้น รวมทั้งยังไม่มีกำหนดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นวาระแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนเร่งด่วนภายใน ๑ ปี (สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม)

เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเกิดโรคของประชาชน จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่มีผลต่อทั้งสุขภาพของประชาชนและเศรษฐกิจของชาติ การดำเนินการในเรื่องนี้ จะต้องให้ครอบคลุมประชาชนอย่างกว้างขวางต่อเนื่องและมีคุณภาพ ดังนั้น ต้องการความร่วมมือจากหลายหน่วยงานที่สำคัญโดยเฉพาะกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงดิจิทัลฯ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น **การจัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ และการกำหนดเรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นวาระแห่งชาติ** จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่สามารถดำเนินการได้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ นี้ โดยไม่จำเป็นต้องมีกฎหมายรองรับแต่เป็นความร่วมมือของหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำโดยมีนโยบายรัฐเป็นหลัก

๘. การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของประชาชน : สิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ

แนวคิด

สิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ

ปัจจุบันโครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย ๓ ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะของประชากรที่ระบบคุ้มครองอยู่ สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ในการรักษายาบาล ความสามารถในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี ซึ่งความแตกต่างเหล่านี้นำมาซึ่งปัญหาหลายประการ เช่น ความซ้ำซ้อนของสิทธิในการรักษายาบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม และก่อให้เกิดความแตกต่างในการรักษายาบาล อันเนื่องมาจากความแตกต่างในอัตราเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อถึงคุณภาพของบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพอันเป็นผลจากการรักษายาบาลด้วย

การศึกษาวิจัย ติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากผู้ป่วยสามกองทุนสุขภาพ แต่ภายใต้การบริหารจัดการการจ่ายค่ารักษาจากหน่วยงานเดียว คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใต้ต้นนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ” ก็ยังแสดงความแตกต่างของผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างผู้ป่วยสามกองทุน ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่า เกิดเนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงบริการแตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังเสนอแนะให้ตรวจสอบวิธีการรักษายาบาล ซึ่งอาจมีความแตกต่างเป็นระหว่างสถานพยาบาลได้

ความแตกต่างผลลัพธ์ทางสุขภาพนี้ แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำ และไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการแก้ไข โดยกำหนดรูปแบบการอภิบาลระบบ โดยเฉพาะการเงินการคลังที่ดี โปร่งใส ตรวจสอบได้ เอื้ออำนวยให้ระบบสามารถสร้างบริการที่มีสุขภาพ และในประชาชนทุกกลุ่มได้รับบริการอย่างเสมอภาค เป็นธรรม โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ด้านการรักษายาบาลที่แตกต่างกันระหว่างทั้งสามกองทุน เช่น ในเรื่องของยาและหัตถการบางอย่าง อาจนำมาซึ่งคุณภาพของบริการซึ่งแตกต่างกันส่งผลถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จึงควรมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่สถานะทางสุขภาพของประชาชนไทยตามเพศ และกลุ่มอายุต่าง ๆ โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกองทุนใด ๆ เพราะเป็นสิทธิที่ควรจะมีของคนไทยทุกคน

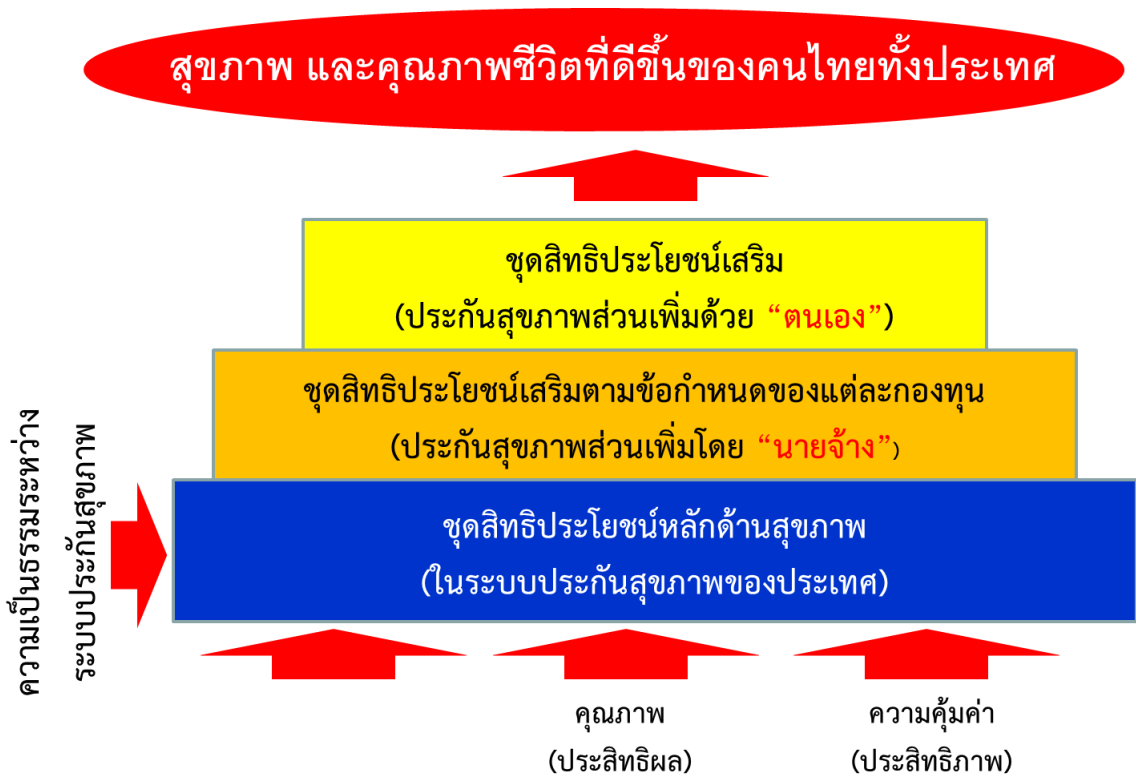
จากสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพตามที่ได้เสนอมา ข้อเสนอแนะเบื้องต้น คือ การลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ ด้วยการจัดการชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ (Core health benefit package) ระหว่างหลักประกันสุขภาพของรัฐ และมีสิทธิประโยชน์เสริมตามความต้องการของกองทุนและประชาชน

ชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านขอบเขตของชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพ (Basic health package) ซึ่งต้นทุนการจัดบริการไม่สูงนัก เช่น การดูแลก่อนคลอด การให้ภูมิคุ้มกันโรค กับชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพขั้นคร้วเรือนล้มละลาย (Catastrophic package) ซึ่งครอบคลุมบริการที่มีต้นทุนสูง เช่น การรักษาโรคมะเร็ง การรักษาทดแทนไตวายเรื้อรัง รวมถึงการปลูกถ่ายไต เป็นต้น

บริการที่จัดให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานและชุดสิทธิประโยชน์ขั้นคร้วเรือนล้มละลายต้องเป็นบริการที่ผ่านการพิสูจน์ว่าคุ้มทุนตามวิธีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (Economic evaluation) และต้องพิจารณาความสามารถในการจ่ายของประเทศด้วย (Country affordability) อย่างไรก็ตาม

ผู้เชี่ยวชาญด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพยังให้เพิ่มสำคัญของมิติความเป็นธรรมทางสุขภาพไว้ใน การพิจารณาด้วย เพราะบริการที่คุ้มค่า (หรือมีประสิทธิภาพสูง) นั้นอาจเป็นประโยชน์น้อยต่อกลุ่มคนจน หรือกลุ่มด้อยโอกาส เนื่องจากไม่มีโอกาสได้รับบริการเหล่านั้น

สำหรับชุดสิทธิประโยชน์เสริม จะเป็นชุดสิทธิประโยชน์จากการรับบริการทางด้านสาธารณสุข ซึ่งหน่วยงานผู้รับประกันอาจกำหนดสิทธิประโยชน์ใด ๆ เพิ่มเติมจากชุดสิทธิประโยชน์หลักได้



นิยามเชิงปฏิบัติการของชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ หมายถึง สิทธิประโยชน์กลางที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพของรัฐ ทั้ง ๓ กองทุนมีกลไกการพิจารณาร่วมกันและเห็นพ้องว่าเป็นสิทธิ ประโยชน์ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายของแต่ละหลักประกันสุขภาพจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ภายใต้ แนวคิด ความคุ้มค่า ความเป็นธรรม และความสามารถในการจ่ายของกองทุน ส่วนที่แต่ละกองทุน กำหนดไว้ไม่เป็นอย่างเดียวกันให้เรียกว่า ชุดสิทธิประโยชน์เสริมด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ คือ การตรากฎหมายให้ เป็นกรอบปฏิบัติการร่วมกัน ตั้งแต่การตกลงแนวคิด หลักการ และนิยามเชิงปฏิบัติการ บทบัญญัติให้ตั้งคณะ กรรมการฯ เพื่อจัดทำกลุ่มสิทธิประโยชน์หลักเป็นหลายกลุ่ม เช่น สิทธิประโยชน์หลักของเด็ก สิทธิประโยชน์ หลักการแพทย์ฉุกเฉิน ฯลฯ ในแต่ละกลุ่มสิทธิประโยชน์หลัก ระบุรายการที่ไม่คุ้มครองหรือรายการที่ คุ้มครอง (กรณีที้อย่างใดอย่างหนึ่งมีรายการไม่มากนัก) และให้พิจารณาการจัดการทั้ง ๔ มิติ ได้แก่ การรับ และส่งมอบบริการ (Service delivery) การจัดหา/การใช้จ่ายเงิน (Financing/payment method) ระบบ ข้อมูลเพื่อบริหารฯ (Management information system) การกำกับคุณภาพ/คุ้มครองสิทธิฯ (Quality of service and patient’s rights monitoring)

ทางเลือกในการออกกฎหมาย

การดำเนินการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์หลักนั้น มีทางเลือกในการดำเนินการสามรูปแบบ ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจทางการเมือง ดังนี้ คือ

๑. เป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายอภีการระบบบริการสุขภาพในภาพรวม เช่น ร่างพระราชบัญญัติ คณะกรรมการนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ. ข้อดี คือ การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักสามารถ กำหนดให้สอดคล้องกับการอภีการระบบในเรื่องอื่น แต่การดำเนินการออกกฎหมายอภีการระบบบริการ สุขภาพต้องใช้เวลาในการดำเนินการ เนื่องจากมีเนื้อหาที่ต้องกำหนด และมีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก หรือ

๒. ออกกฎหมายเฉพาะเรื่องการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ ในกรณีที่ต้องการให้เกิดสิทธิประโยชน์ หลักโดยเร็ว อาจจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัติเฉพาะเรื่องการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งต้องมีการเขียนยึด โยงกับการอภีการระบบอื่น ๆ รวมทั้งการแก้ไขในอนาคตเมื่อมีการตรากฎหมายอภีการระบบบริการสุขภาพ ในภาพรวมขึ้นมา หรือ

๓. ออกเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี

ความคืบหน้า

- ที่ประชุมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ครั้งที่ ๖๑/๒๕๕๙ เมื่อวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๕๙ พิจารณาให้ความเห็นชอบ

- สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ได้รับเรื่องเมื่อวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๙ ส่งกระทรวงสาธารณสุข กขป. ๔ รองนายกรัฐมนตรี (พลเรือเอก ณะรณงค์) กราบเรียนนายกรัฐมนตรี เพื่อทราบ

- เมื่อวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๐ คณะอนุกรรมการได้พิจารณาศึกษาทบทวนความก้าวหน้าของ การปฏิรูประบบสาธารณสุข ในด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีการเชิญบุคคลหรือหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องมานำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุม ดังนี้

๑. ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล
๒. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือผู้แทน
๓. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน
๔. เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน
๕. อธิบดีกรมบัญชีกลาง หรือผู้แทน
๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือผู้แทน
๗. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช หรือผู้แทน
๘. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หรือผู้แทน
๙. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หรือผู้แทน
๑๐. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี หรือผู้แทน
๑๑. ประธานชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือผู้แทน

ผลการประชุม ที่ประชุมได้รับทราบและเห็นด้วยกับคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบ สาธารณสุข ด้านการคลังสุขภาพและระบบหลักประกันสุขภาพ ในคณะกรรมการจัดทำแนวทางการพัฒนา ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล เป็นประธาน โดยเฉพาะการเสนอให้ปฏิรูปให้สิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ ของประชาชนไทยให้เท่าเทียมกันทุกกองทุน และมีสิทธิประโยชน์เสริมจากกองทุนหรือแม้แต่ประชาชนเองเพิ่มเติมเข้ามา

ปัญหา/อุปสรรคในการขับเคลื่อน

ถ้าจะดำเนินการในเรื่องนี้จำเป็นต้องแก้ไขกฎหมายหลายฉบับที่สำคัญ คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพฯ พระราชบัญญัติประกันสังคมฯ ฯลฯ

เนื่องจากการกำหนดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ ได้บรรจุไว้ในมาตรา ๑๑ ของร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ดังนั้น ถ้าพระราชบัญญัตินี้มีอุปสรรคหรือล่าช้าก็จะทำให้การดำเนินการเพื่อได้มาซึ่งสิทธิประโยชน์หลักของประชาชนไทยล่าช้าไปด้วย รวมทั้งเรื่องของสิทธิประโยชน์เสริม

ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนเร่งด่วนภายใน ๑ ปี (สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เพื่อให้เกิดผลเป็นรูปธรรม)

๑. ควรเร่งดำเนินการให้มีการพิจารณาเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. โดยเร็ว เพื่อสามารถดำเนินการให้มีการพัฒนาสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพของประชาชนไทย (โดยอยู่ในหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ)

๒. เร่งดำเนินการจัดทำพระราชบัญญัติสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพของประชาชนไทยโดยเร็ว


๓. ดำเนินการให้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ (สปสช.) มีประสิทธิภาพในการบังคับใช้มากยิ่งขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนที่มีความพร้อมได้มีส่วนร่วมในสิทธิประโยชน์เสริม นอกเหนือไปจากสิทธิประโยชน์หลักที่ได้รับอย่างเสมอหน้ากัน เพื่อแก้ไขความเหลื่อมล้ำ โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การประกันสุขภาพ หรือการมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Cost - Sharing)

การปฏิรูประบบ

สุขภาพ

คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

ปัญหาของระบบสุขภาพ

- ผู้รับบริการ : โครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย
- ปัญหาสุขภาพ : โรคไร้เชื้อเรื้อรัง (Non - communicable Diseases), มะเร็ง, โรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม, อุบัติเหตุ ฯลฯ
- ปัจจัยเสี่ยงต่อโรค : พฤติกรรมการกิน, การสูบบุหรี่, การดื่มเหล้า ฯลฯ ยังไม่ลดลง
- ประชาชนขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องต่อเนื่อง
- ทรัพยากร  } ไม่เพียงพอ และการกระจายไม่เหมาะสม
 - บุคลากร
 - เวชภัณฑ์
 - อาคารสถานที่
- หน่วยงานบริการสุขภาพ : หลากสังกัด ซับซ้อน
 - ↓
 - เอกภาพ ↓ ประสิทธิภาพ ↓

ปัญหาของระบบสุขภาพ

- บริการสุขภาพยังมีปัญหาทั้งด้านคุณภาพ และประสิทธิภาพ

- การเข้าถึงบริการสุขภาพ ← เหลื่อมล้ำ
แอด
ไม่เป็นธรรม

- นโยบาย/ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ → ขาด ← เอกภาพ
การประสานงาน
การกำกับติดตาม

- งบประมาณด้านสุขภาพ → แยกส่วน , ซ้ำซ้อน



ขาดประสิทธิภาพ , ไม่เพียงพอ



ความขัดแย้ง

ปัญหาของระบบสุขภาพ

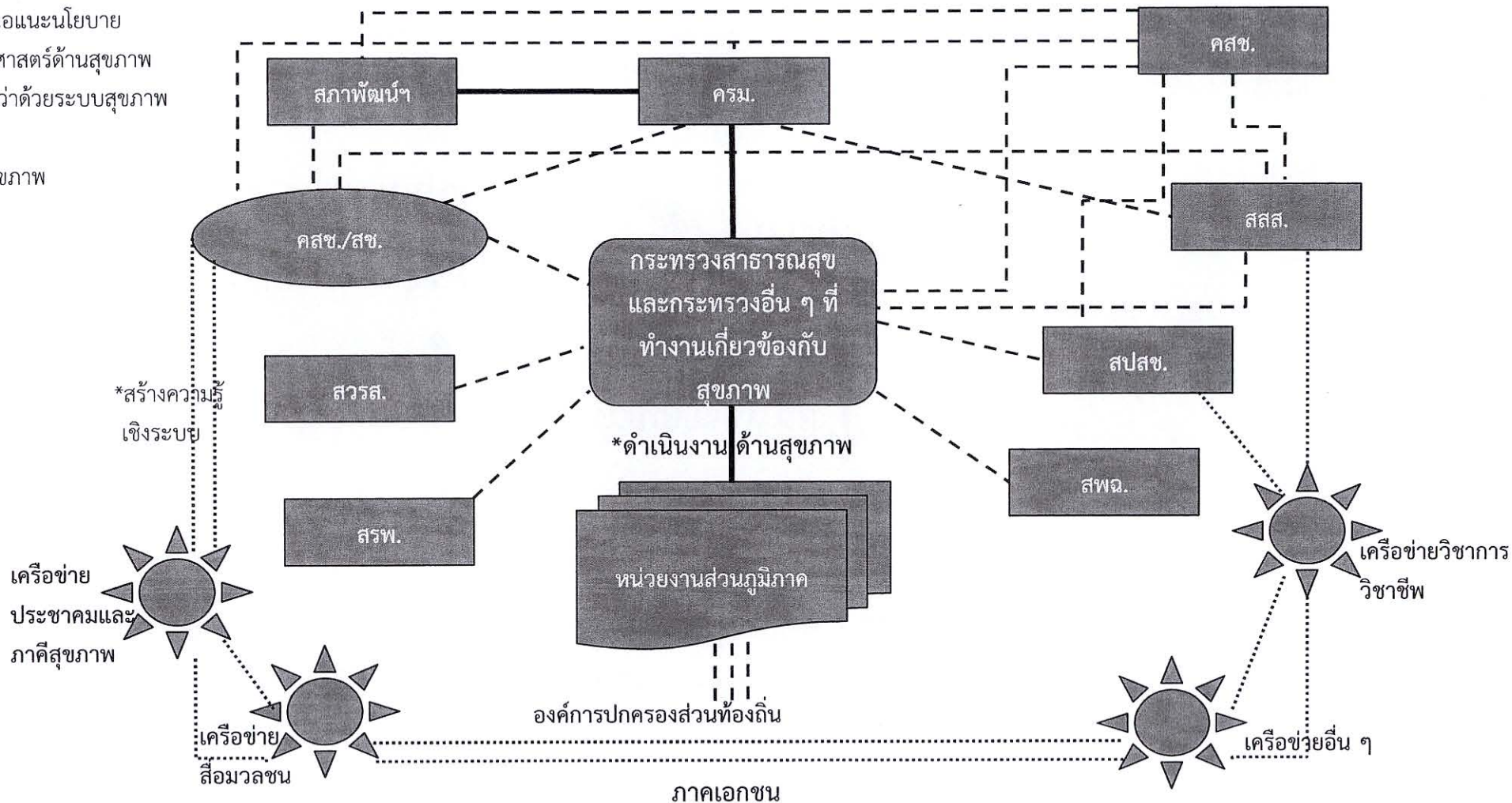
- กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ มีการแยกส่วนกัน จึงเกิดความแตกต่างทั้งการบริหารจัดการ และ สิทธิประโยชน์



- ขาดระบบฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และเป็นกลาง

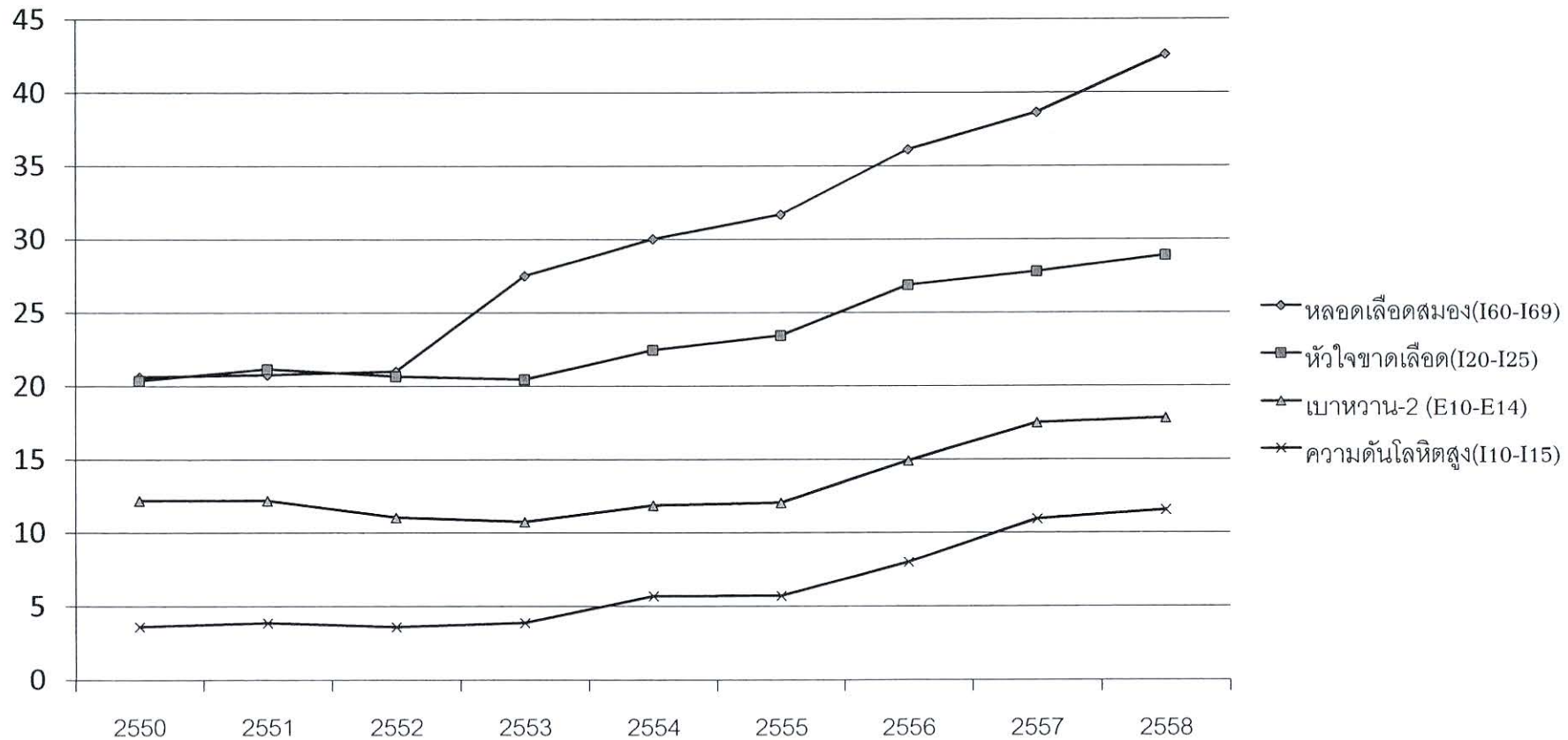
ความเชื่อมโยงของกลไกต่าง ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ

- *ให้ข้อเสนอแนะนโยบาย และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแห่งชาติ
- *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
- *สมัชชาสุขภาพ



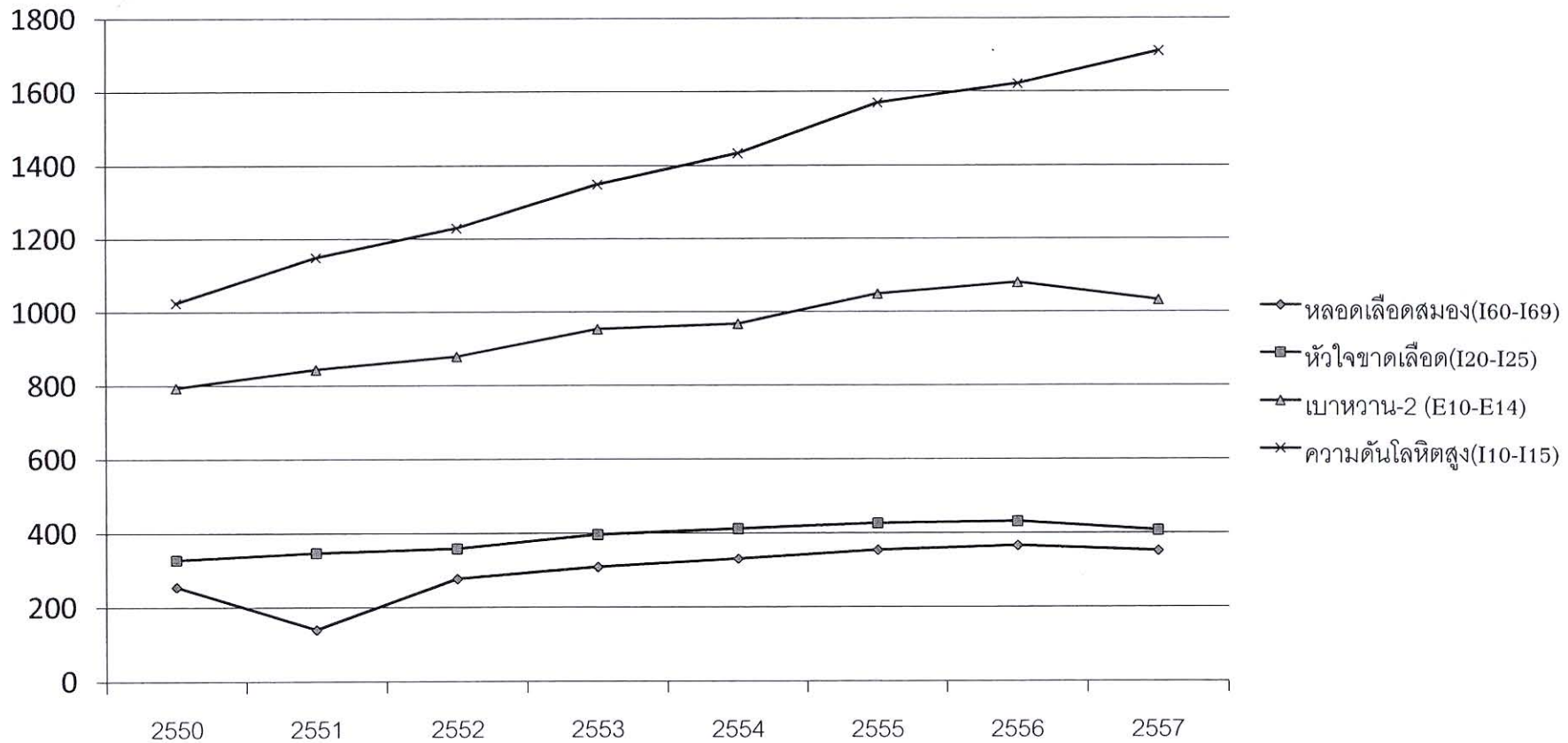
ผลกระทบด้านสุขภาพของ
ประชาชน

อัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (ต่อประชากรแสนคน) ปี พ.ศ.2550-2558



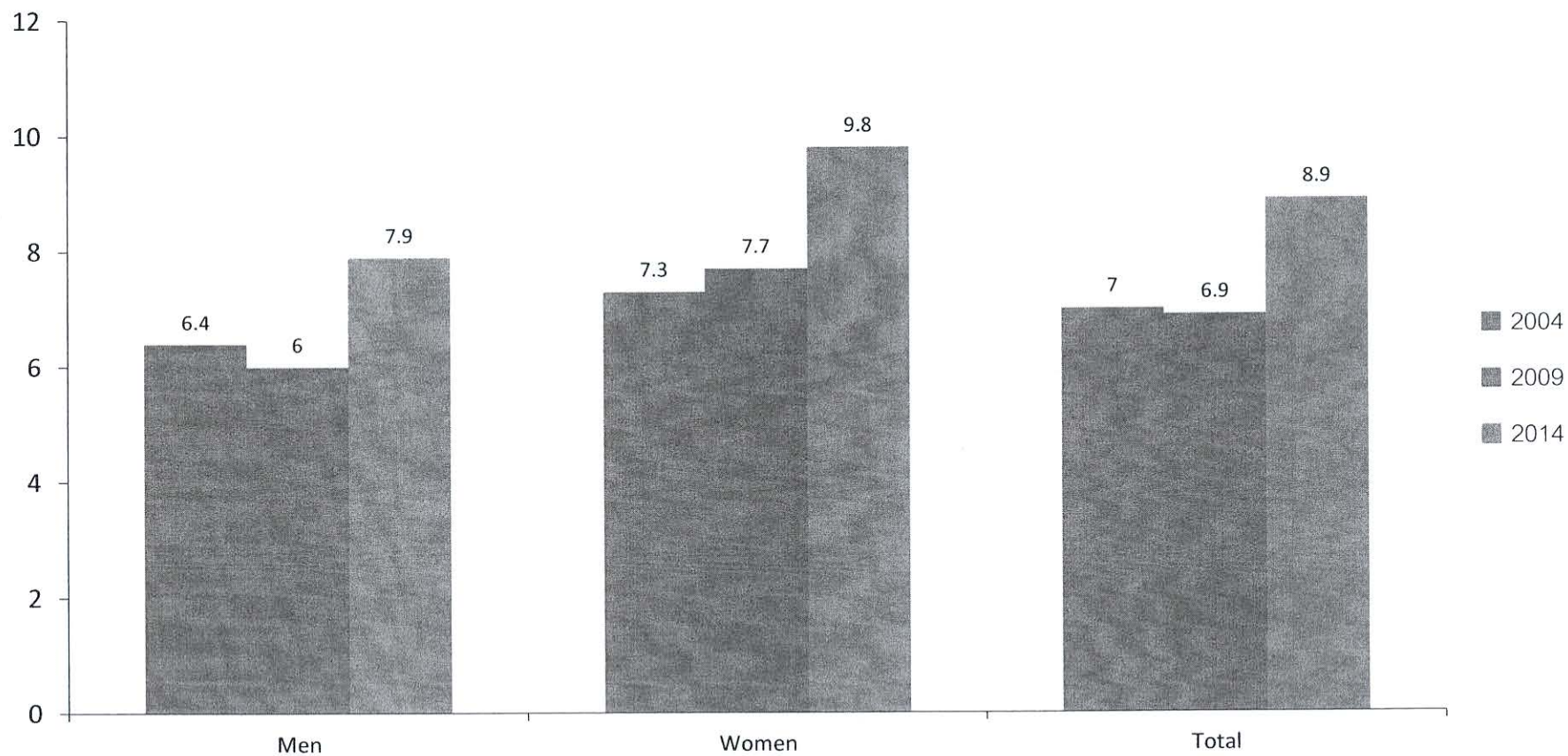
แหล่งข้อมูล: ข้อมูลมรณบัตร สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อัตราผู้ป่วยในโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ (ต่อประชากรแสนคน) ปี พ.ศ.2550-2557



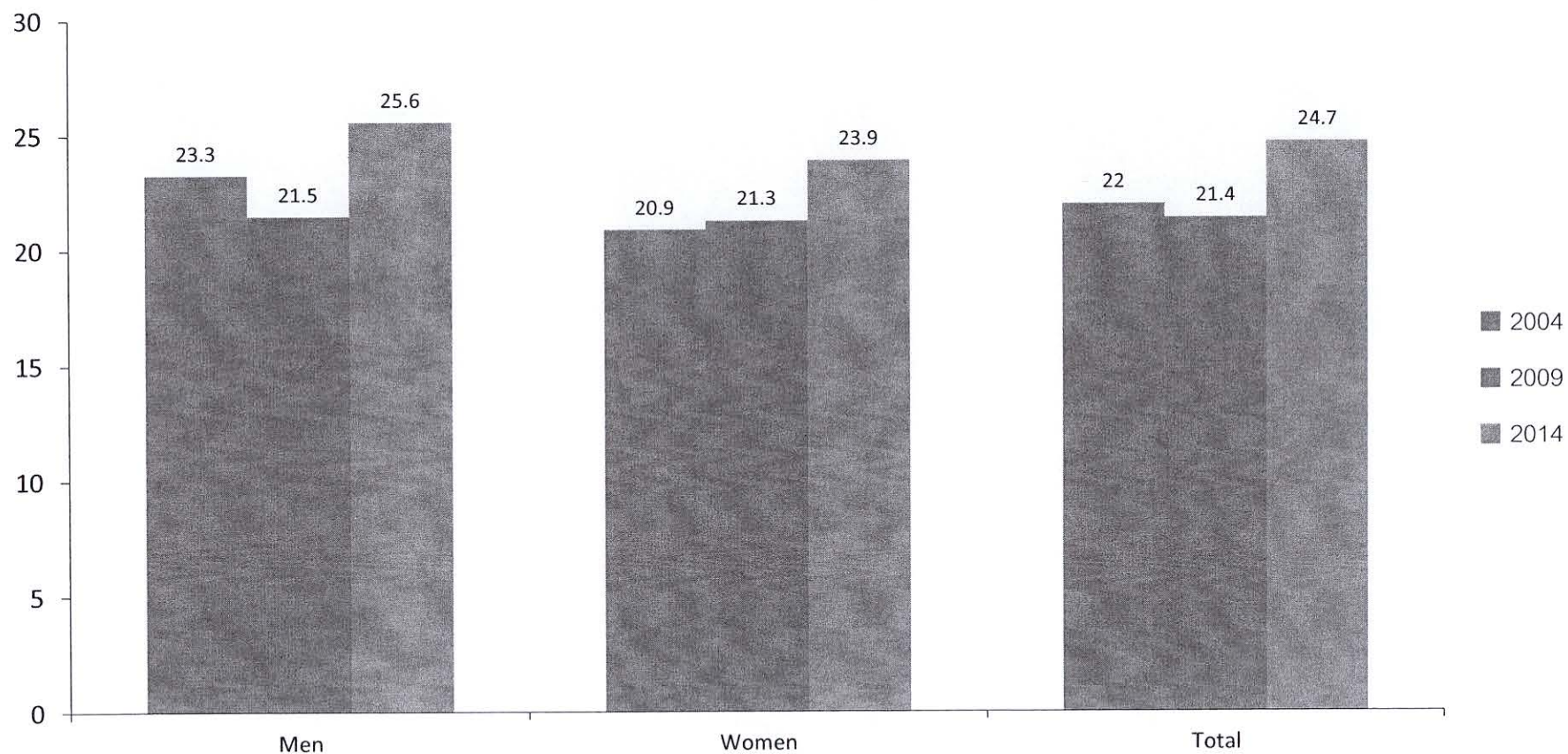
แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสถิติการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว

Prevalence of Diabetes in Thai Population aged ≥ 15 yrs., NHES III-V, 2004, 2009, 2014



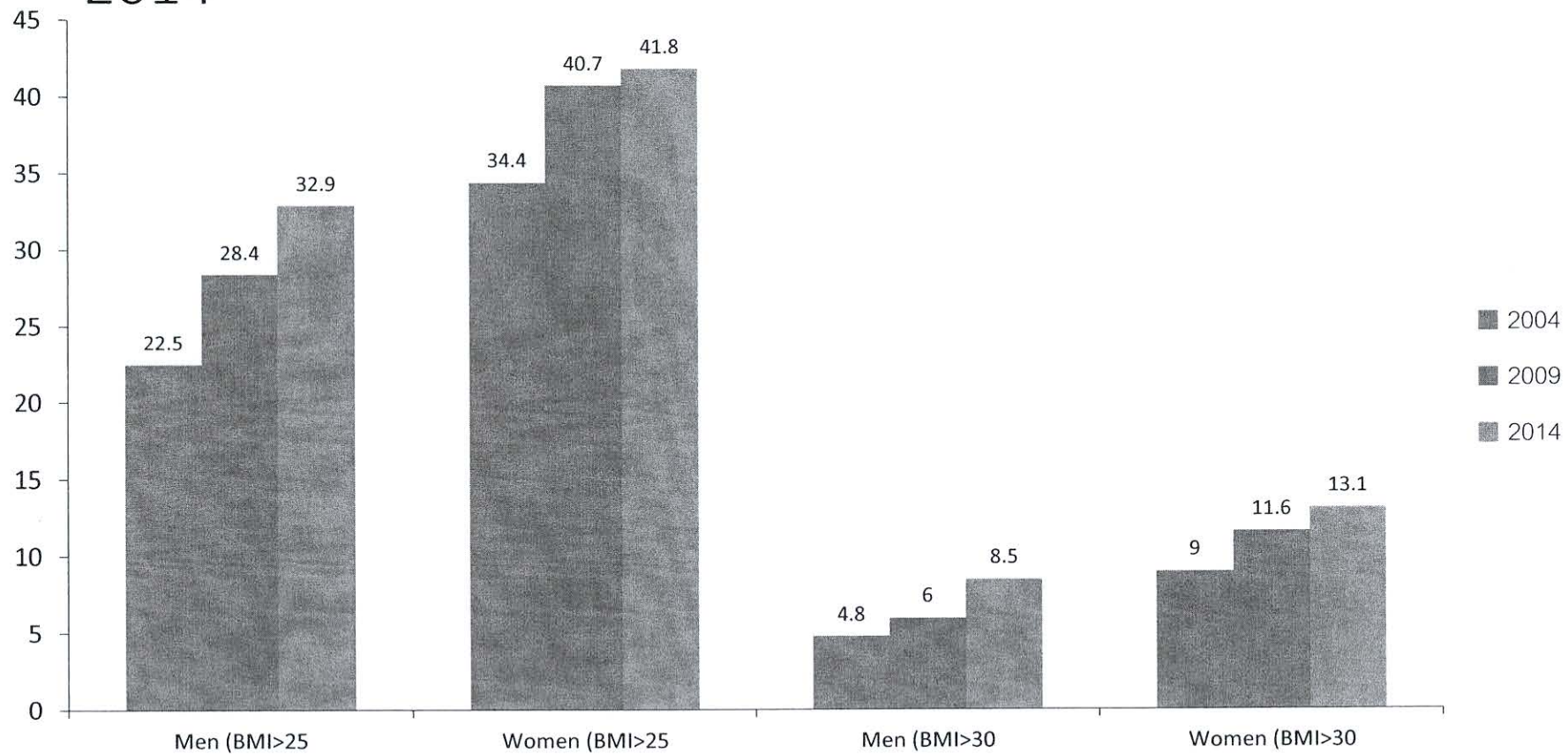
แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3, 4 และ 5

Prevalence of Hypertension in Thai population aged ≥ 15 yrs., NHES III-V, 2004, 2009, 2014



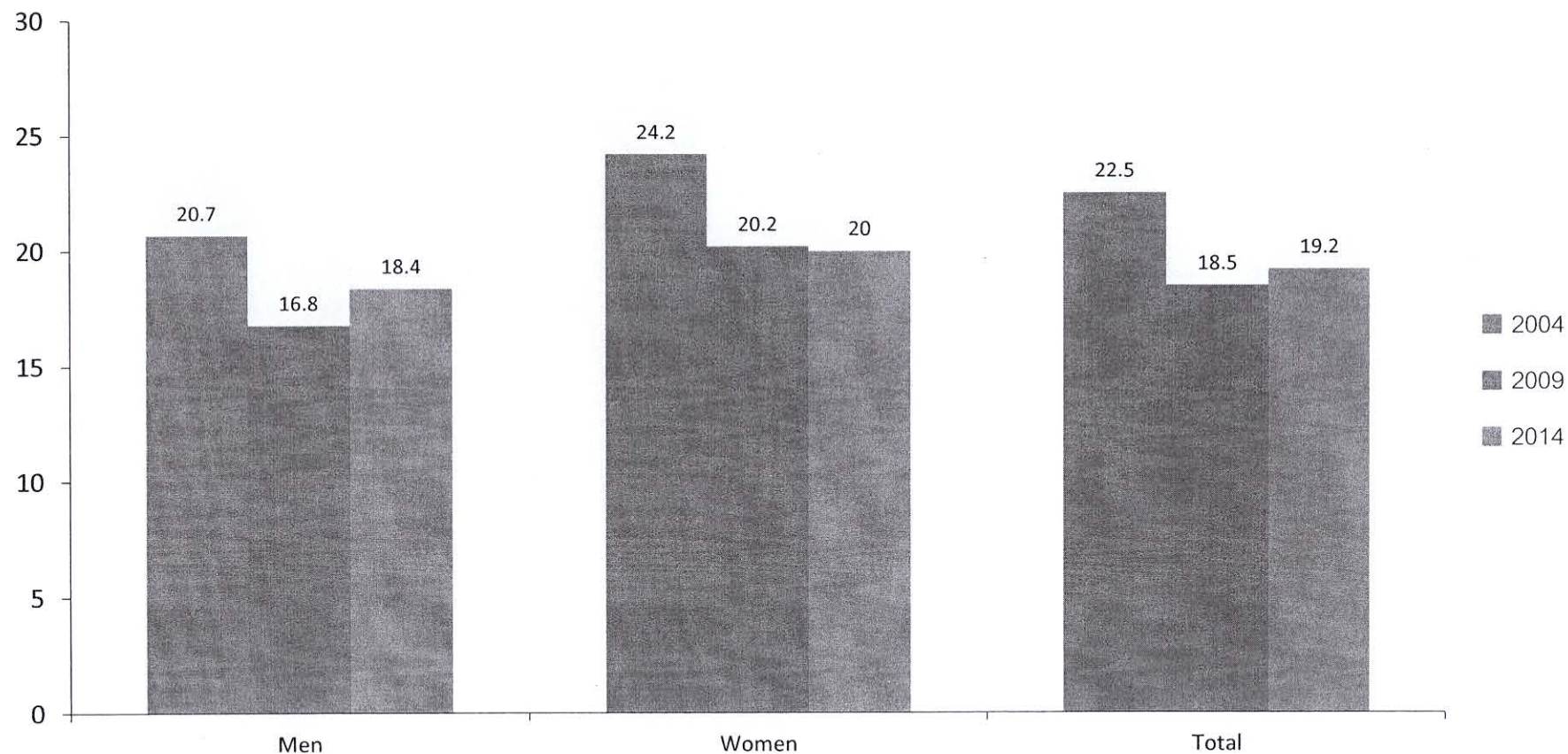
แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3, 4 และ 5

Prevalence of Obesity (BMI \geq 25, \geq 30 kg/m²) in NHES III-IV, 2004 - 2014



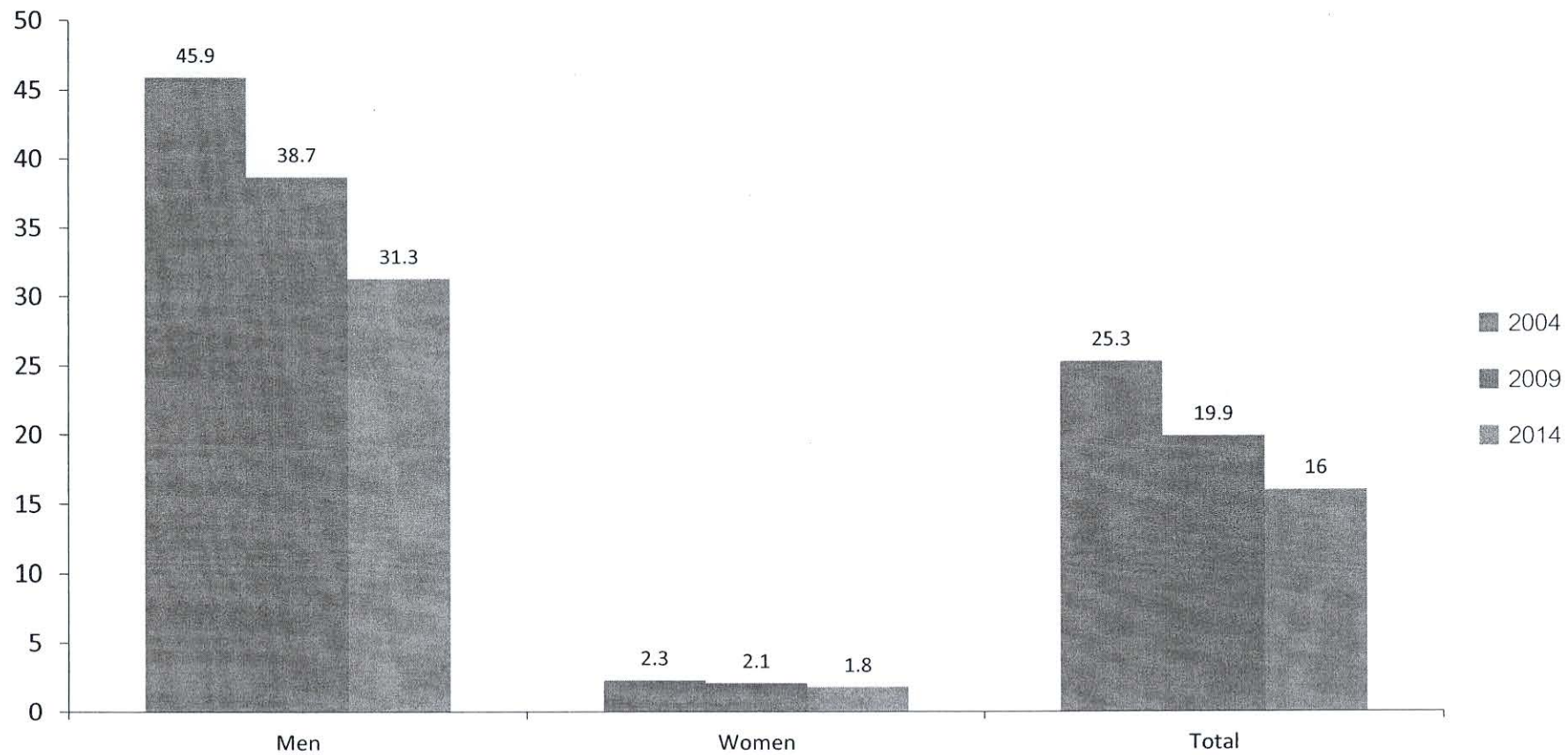
แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3, 4 และ 5

%Physical Inactivity in Thai population, aged ≥ 15 years by sex , 2004 - 2014



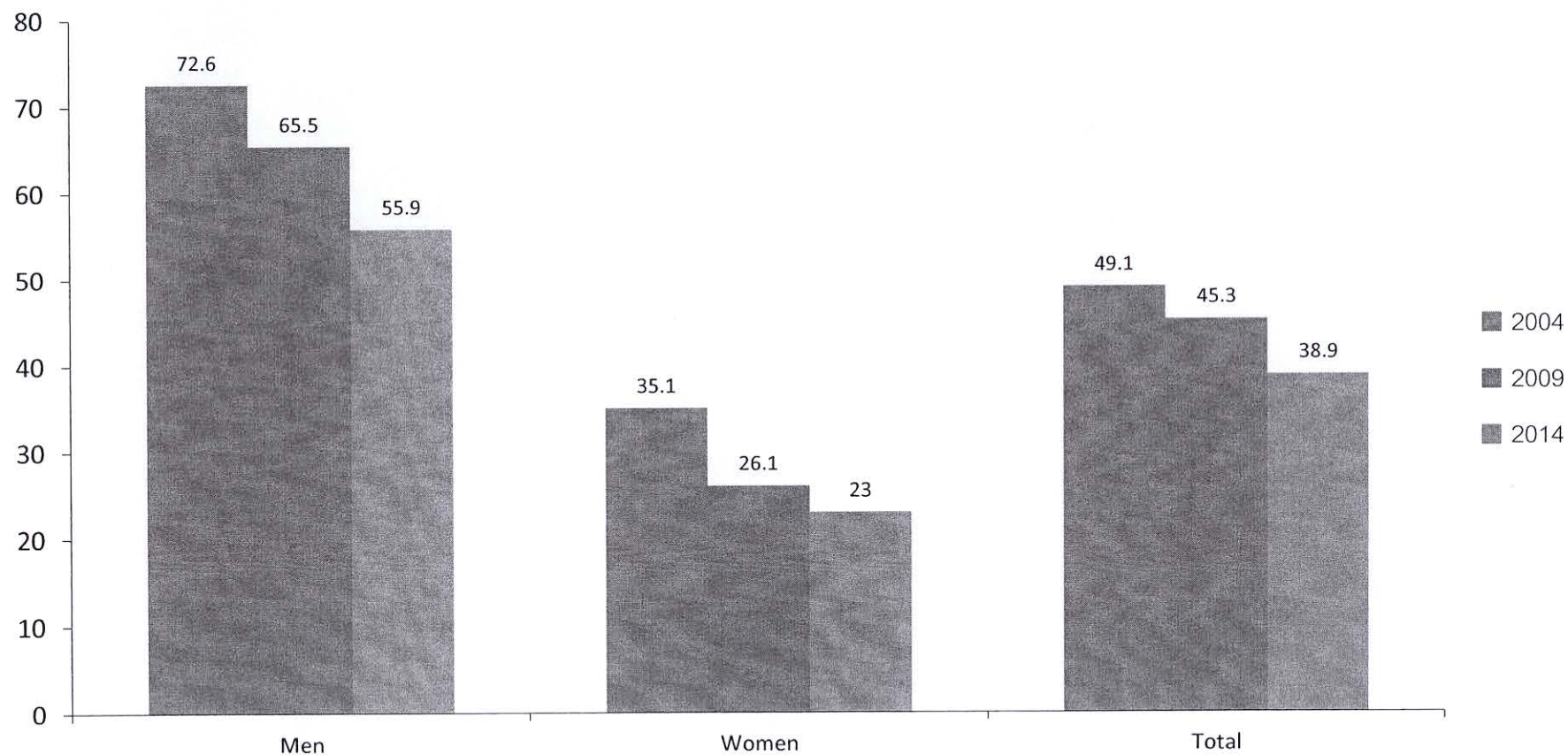
แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3, 4 และ 5

Prevalence of Regular Smokers, NHES III-IV, 2004 - 2014



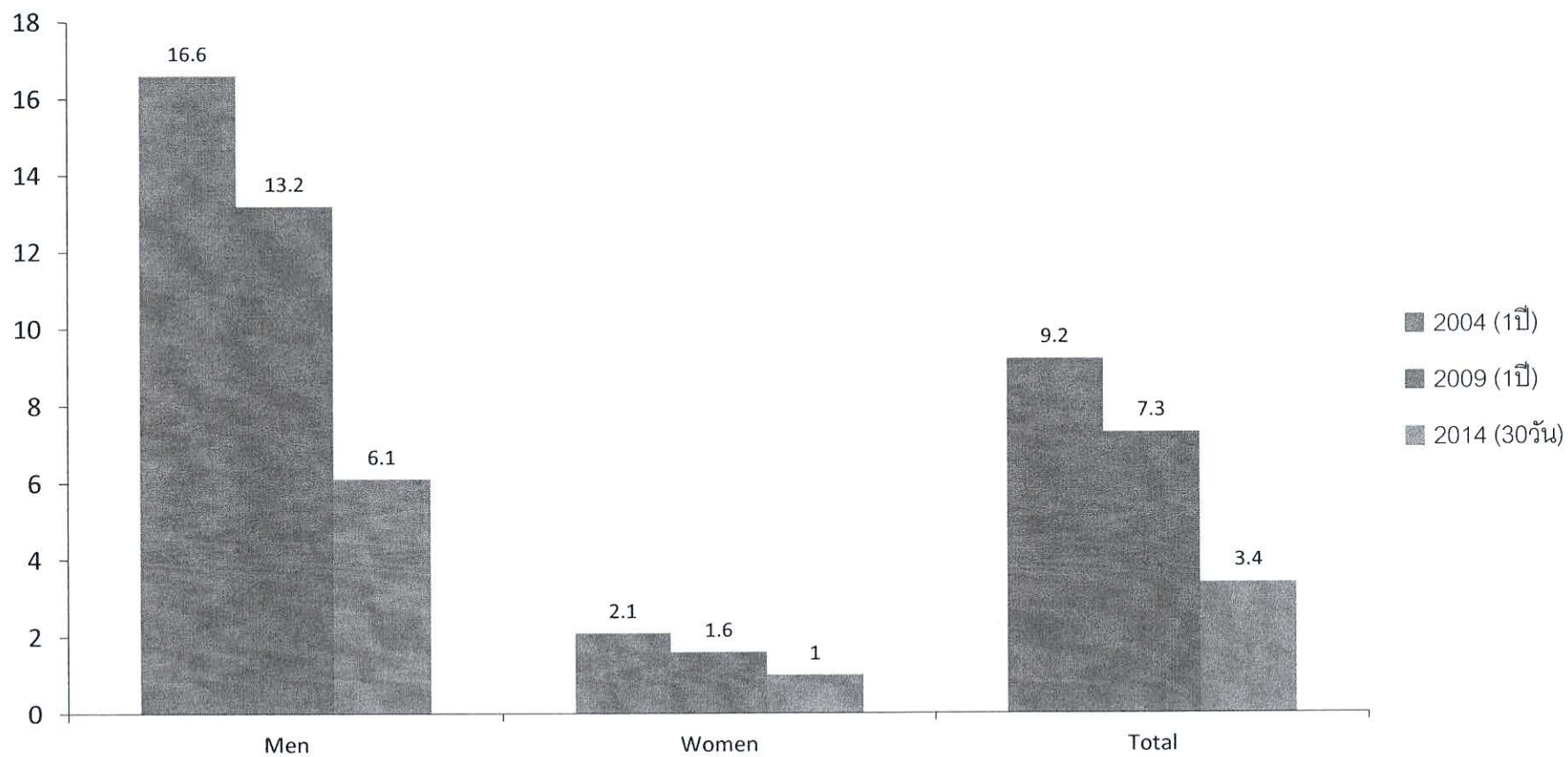
แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3, 4 และ 5

ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา จำแนกตามเพศอายุ, NHES III-IV, 2004 - 2014



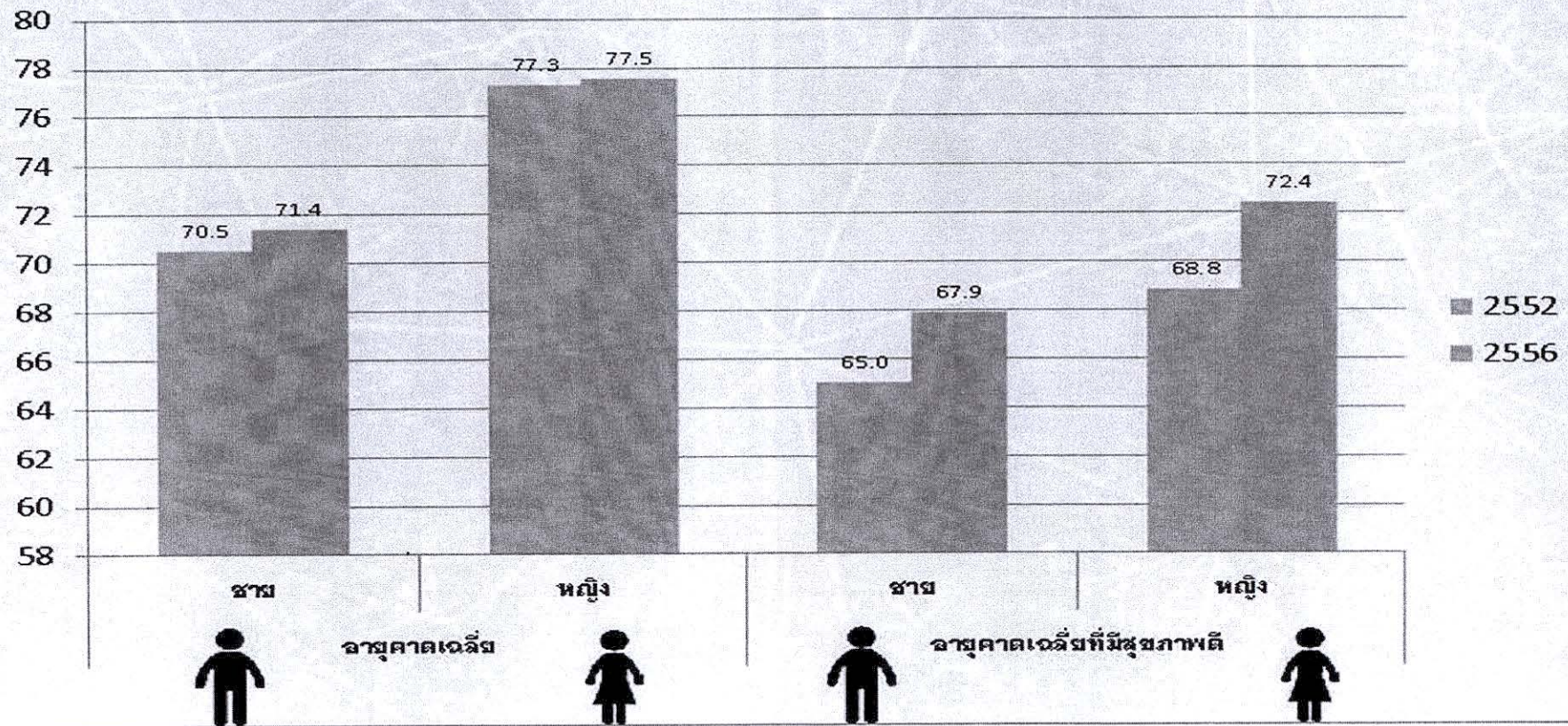
แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3, 4 และ 5

ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไปต่อวัน (ได้รับแอลกอฮอล์ ≥ 41 gm/d ในผู้ชายและ ≥ 21 gm/d ในผู้หญิง), NHES III-IV, 2004 - 2014



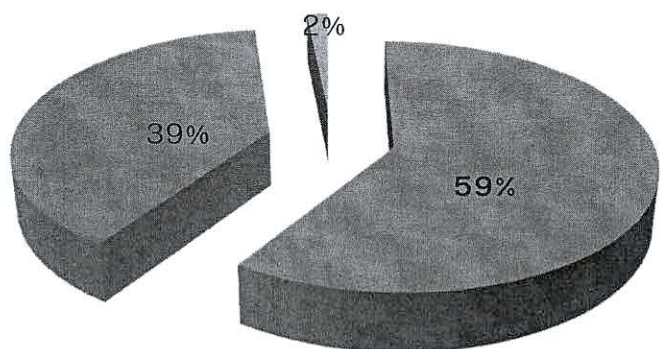
แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3, 4 และ 5

อายุคาดเฉลี่ยและอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (LE&HALE) :ปี



ผลประเมิน ความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) คนไทย

ผลประเมินHLของคนไทยปี2557



■ ระดับไม่ดี (<60%)

■ พอใช้ (60-79%)

■ ดีมาก (≥ 80%)

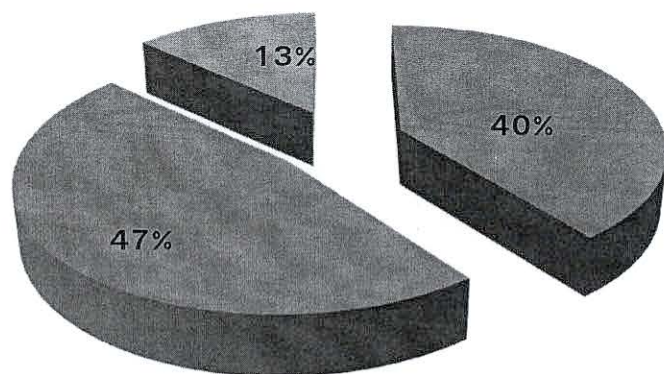


องค์ประกอบที่มีปัญหา

➤ การสื่อสารกับผู้อื่น

➤ การเข้าถึงข้อมูล

ผลประเมินHL พื้นที่ดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯปี 2558



■ ระดับ ไม่ดี(<60%)

■ ระดับ พอใช้(60-79%)

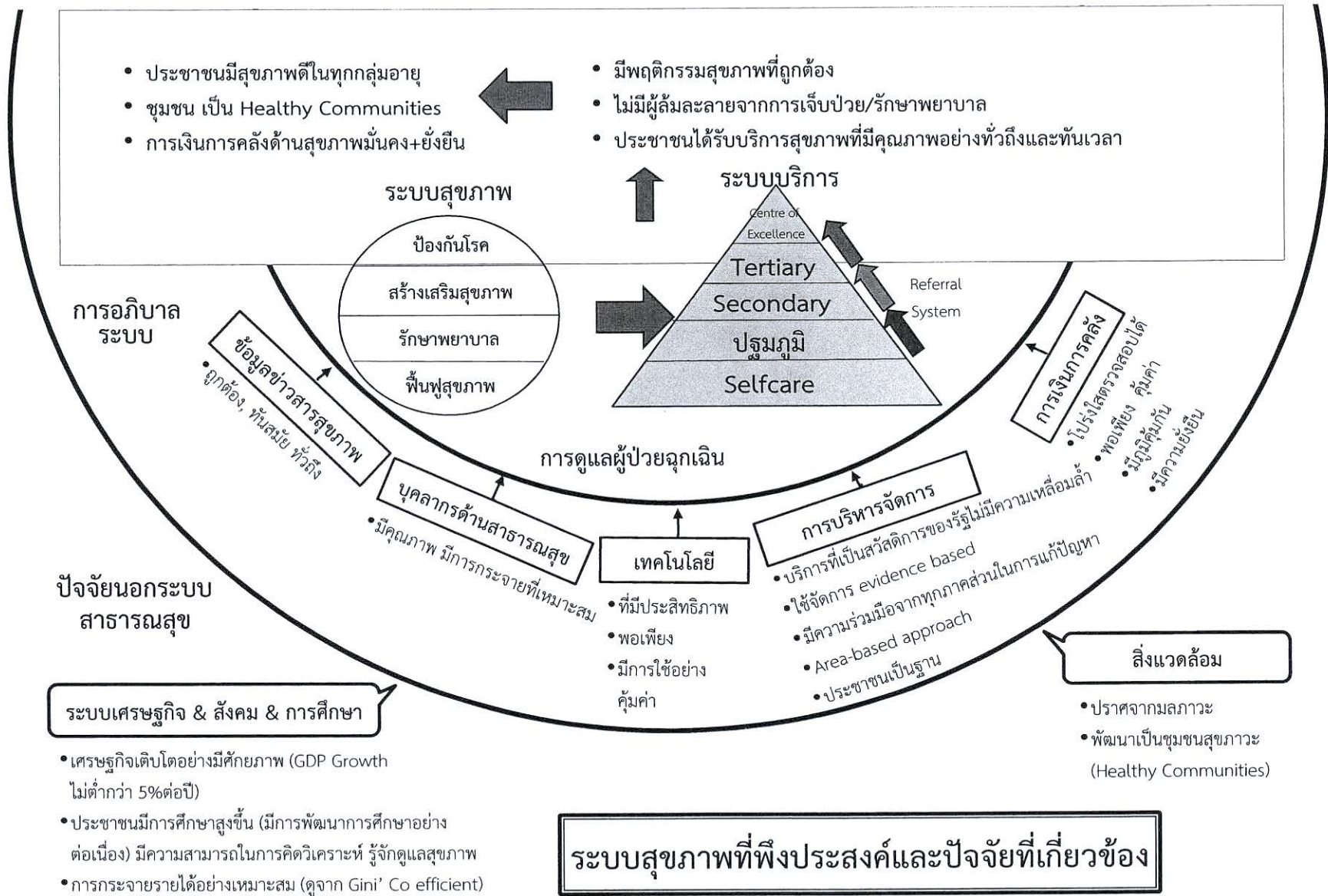
■ ระดับ ดีมาก(≥80%)

ปัญหาด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพ

Projected Fiscal Burden from Social Protection System in Thailand

ปี	ข้าราชการ	หลักประกัน สุขภาพ แห่งชาติ	ประกัน สังคม	ภาครัฐอื่น	ครัวเรือน	ต่างประเทศ	เอกชนอื่น	รวม (THB)	%GDP
2555	61,828	140,609	36,469	107,153	54,546	1,657	50,104	452,366	3.7%
2556	55,864	142,247	37,078	117,762	55,383	1,866	55,708	465,907	3.6%
2557	58,990	156,144	39,526	129,420	56,448	2,102	61,938	504,568	3.8%
2558	62,503	173,655	42,330	142,234	57,740	2,368	68,864	549,694	4.0%
2559	66,475	186,726	45,326	156,316	59,261	2,667	76,565	593,336	4.1%
2560	71,109	200,821	48,549	171,792	61,010	3,004	85,128	641,413	4.3%
2561	76,093	218,007	51,992	188,800	62,987	3,384	94,648	695,910	4.4%
2562	81,405	238,047	55,597	207,492	65,192	3,812	105,232	756,777	4.6%
2563	87,488	259,934	59,467	228,035	67,624	4,294	117,001	823,842	4.7%
2564	93,943	276,165	63,556	250,611	70,285	4,836	130,085	889,481	4.8%
2565	100,768	293,558	67,755	275,423	73,174	5,448	144,632	960,758	5.0%

Source : Taworn Sakulpanich (HISRO)



การปฏิรูประบบสุขภาพ

สภาพัฒนาการแห่งชาติ (สปช.)

วาระปฏิรูปที่ 22 : ระบบบริการสาธารณสุข (บริการปฐมภูมิ / การแพทย์ฉุกเฉิน / แพทย์แผนไทย)

วาระปฏิรูปที่ 23 : ระบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

วาระปฏิรูปที่ 24 : ระบบการบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ

- ระบบบริหารจัดการ < อภิบาลระบบในทุกระดับ (ประเทศ, พื้นที่)
ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

- ระบบการเงินการคลัง

- ระบบประกันสุขภาพ และสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ
- การเติมเงินเข้าสู่ระบบ : กลไกความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน/การประกันสุขภาพคนต่างด้าว

วาระปฏิรูปอื่นๆ :

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- การแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว 112
- การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ
- การควบคุมโฆษณาอาหารในรายการโทรทัศน์เด็กและเยาวชน , ฉลากอาหาร



สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.)

สรุปการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ประเด็นการปฏิรูปที่ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการประสานงานรวม ๓ ฝ่าย (ครม. สนช. สปท.) เรียบร้อยแล้ว

- ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ทั่วทั้งวงที่
- ประชาชนได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพทุกครอบครัว
- ระบบสุขภาพมีความมั่นคงจากการใช้ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย
- สร้างรายได้ให้เกษตรกรและประเทศชาติ

- ลดความเหลื่อมล้ำ
- ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง
- ระบบสุขภาพมีความมั่นคง
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยง เชื่อมถือได้ โปร่งใส
- ลดภาระของเจ้าหน้าที่ ทำให้มีเวลาให้บริการประชาชนมากขึ้น

- ระบบการบริการปฐมภูมิ
- ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน : การจัดการก่อนถึง รพ.
- การแพทย์แผนไทยและระบบยาสมุนไพรแห่งชาติ
- พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและร่าง พรบ.ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

- การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ : ชุดสิทธิประโยชน์หลักของประชาชน
- การเพิ่มเงินเข้าสู่ระบบ : ภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง
- ประสิทธิภาพด้านการเงิน : สำนักงานมาตรฐานและการจัดการข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.)
- พรฎ.จัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.)

- นโยบาย Health in all Policies
- ป้องกันโรค : ภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
- ปรับแก้ประมวลกฎหมายสรรพสามิต

- การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board)
- Regional Health Board
- Provincial Health and Disease Prevention Board
- District Health Board
- พรบ.จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

- ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ
- ประชาชนสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ
- อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ลดลง
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศลดลง

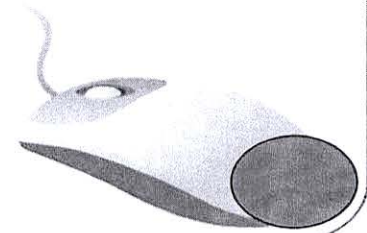
- นโยบายสุขภาพของประเทศได้รับการบูรณาการไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพสูง
- ประชาชนในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน
- กระจายอำนาจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในด้านสุขภาพทุกระดับ



การเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กับการปฏิรูปประเทศ



นำเสนอโดย ดร. กอบศักดิ์ ภูตระกูล
และ ดร. บัณฑูร เศรษฐศิโรตม์



การจัดลำดับความสำคัญวาระการปฏิรูป

วาระการปฏิรูปที่สำคัญและเร่งด่วน (27 ด้าน) ในปี 2560

"กลไกภาครัฐ"

- ปฏิรูปงบประมาณ/การคลัง
- ปฏิรูปกระบวนการยุติธรรม
- ปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น: การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น/การบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

- ปฏิรูปกลไกภาครัฐเพื่อเสริมสร้างธรรมาภิบาล
- การปฏิรูปโครงสร้างองค์กรภาครัฐ การจัดการความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น

"เครื่องมือพัฒนารัฐานราก"

- การเงินฐานราก
- วิชาธุรกิจเพื่อสังคม
- ธนาคารที่ดิน

"เศรษฐกิจอนาคต"

- การท่องเที่ยวที่ยั่งยืน
- เศรษฐกิจสร้างสรรค์
- เศรษฐกิจชีวภาพ
- เศรษฐกิจดิจิทัล

"คน"

- ปฏิรูปการศึกษา
- ปฏิรูปแรงงาน
- ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
- การเตรียมการผู้สูงอายุ
- การพัฒนาการกีฬา
- การเสริมสร้างวัฒนธรรมทางการเมืองในระบอบประชาธิปไตย
- ปฏิรูปการสื่อสารมวลชน

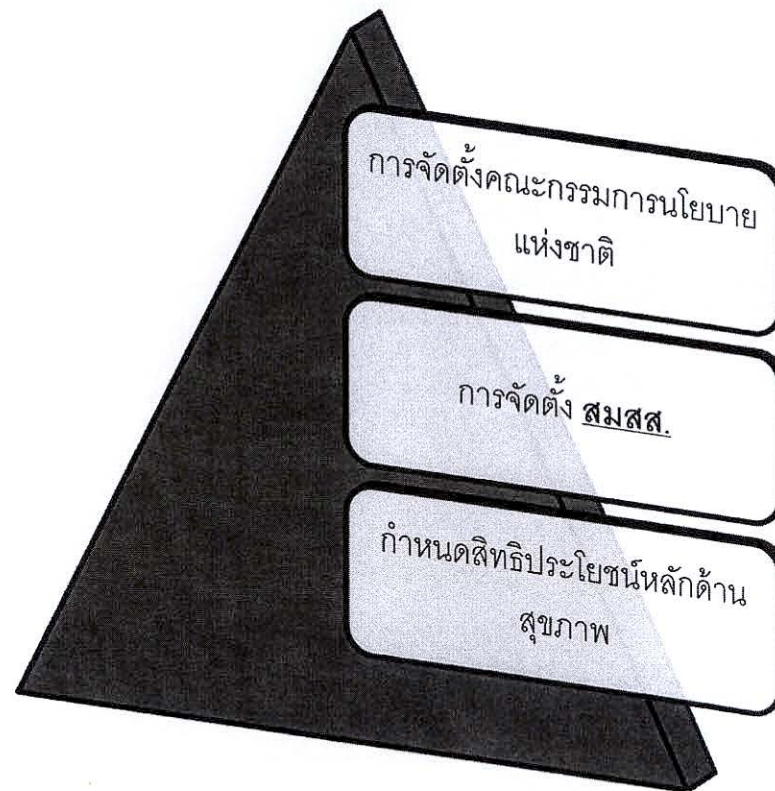
"โครงสร้างพื้นฐาน"

- ทวีพยากรณ์น้ำ
- การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ
- มั่งเมือง
- พลังงาน
- การปรับเปลี่ยนสภาพภูมิอากาศ
- การจัดการพื้นที่รกร้างทางวัฒนธรรมของชาติ

- ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

- โดจิลติกส์

การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ



การประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนและเร่งรัดการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล
ครั้งที่ 1/2560 วันศุกร์ที่ 24 มีนาคม 2560

กระทรวงสาธารณสุข

ประเภท	ข้อเสนอ
ประเภทที่ 1 ประเด็น/โครงการปฏิรูปที่มีผลกระทบสูง (High Impact)	*1. การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (PCC) *2. การเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันโรค คุ่มครองผู้บริโภคร (PP&P) *3. การสร้างการรับรู้การสื่อสารด้านสุขภาพ 4. การเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์ (Wellness & Medical Hub)
ประเภทที่ 2 ประเด็น/โครงการปฏิรูปที่มีผลกระทบสูงและต้องเสนอเข้าสู่ คกก. ป.ย.ป.	*1. การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ *2. การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ : สิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ
ประเภทที่ 3 ประเด็น/โครงการปฏิรูปที่ดำเนินการได้ทันที (Quick Win)	**1. การใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ (UCEP) 2. การทำโรงพยาบาลให้เป็น Digital Health เพื่อเชื่อมต่อกับผู้ป่วยและ โรงพยาบาลตั้งแต่ต้นทางถึงปลายทาง (PHRs) 3. Smart Citizen *4. การปฏิรูปการแพทย์แผนไทย และระบบยาสมุนไพร

*การปฏิรูปที่สอดคล้องกับข้อเสนอของ สปท.

** ข้อเสนอของ สปท. คือ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล