



รายงาน

ของ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สภาปฏิรูปแห่งชาติ

วาระที่ ๒๒ ระบบบริการสาธารณสุข

๑. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

วาระที่ ๒๓ ระบบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคใหม่ๆ

๒. การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค
และภัยคุกคามสุขภาพ

วาระที่ ๒๔ ระบบการคลังด้านสุขภาพ

๓. การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ

๔. การปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข

สำนักกรรมการ ๓

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ



รายงาน

ของ

คณะกรรมการการปฏิรูประบบสาธารณสุข
สถาปนาทั่วประเทศ

กรอบความคิดรวบยอด

ของการปฏิรูประบบสาธารณสุข
เรื่อง

๑. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
๒. การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ
๓. การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
๔. การปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการปฏิรูประบบสาธารณสุข

สำนักกรรมการ ๓

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสถาปนาทั่วประเทศ

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

เรื่อง ขอส่งรายงานกรอบความคิดรวบยอดการปฏิรูประบบสาธารณสุข

กราบเรียน ประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายงานกรอบความคิดรวบยอดการปฏิรูประบบสาธารณสุข จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๕๗ วันอังคารที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ได้
ลงมติตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗
ข้อ ๘๐ วรรคสาม (๔) คณะกรรมการคณบดีประกอบด้วย

๑. นางพรพันธุ์ บุญรัตน์	ประธานกรรมการ
๒. พลเอก ชูศิลป์ คุณาไทย	รองประธานกรรมการ
๓. นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	รองประธานกรรมการ
๔. นายวิทยา กุลสมบูรณ์	รองประธานกรรมการ
๕. นายสุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ	รองประธานกรรมการ
๖. นายประเสริฐ ศัลย์วิวรรธน์	เลขาธิการคณะกรรมการ
๗. นายชัยพร ทองประเสริฐ	โฆษกกรรมการ
๘. นายบุญถิ่น มั่นเกษวิทย์	โฆษกกรรมการ
๙. นางประภาศรี สุนันทบุตร	โฆษกกรรมการ
๑๐. นาวาอากาศเอก ไพศาล จันทระพิทักษ์	โฆษกกรรมการ
๑๑. นายไกรราศ แก้วดี	ที่ปรึกษากรรมการ
๑๒. พลอากาศเอก ขวัญชัย เอี่ยมรักษา	ที่ปรึกษากรรมการ
๑๓. นายเฉลิมพล ประทีปะวงษ์	ที่ปรึกษากรรมการ
๑๔. พลเรือเอก ชาญชัย เจริญสุวรรณ	ที่ปรึกษากรรมการ
๑๕. นายชิงชัย หาญเจนลักษณ์	ที่ปรึกษากรรมการ
๑๖. นายเดชฤทธิ์ ปัญจะมูล	ที่ปรึกษากรรมการ
๑๗. นายนิพนธ์ คำพา	ที่ปรึกษากรรมการ
๑๘. พลเอก วรวิทย์ พรรณสมัย	ที่ปรึกษากรรมการ
๑๙. นายวิบูลย์ คูศิริณ	ที่ปรึกษากรรมการ
๒๐. นายศุภชัย ยาวะประภา	กรรมการ
๒๑. นางสาวสุภัทรา นาคะผิว	กรรมการ

บัดนี้ คณะกรรมการได้ดำเนินการจัดทำรายงานกรอบความคิดรวบยอด จำนวน ๑ เล่ม ตามมติ การประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ครั้งที่ ๑๖ วันพุธที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ เสร็จแล้ว ประกอบด้วย

๑. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
๒. การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ
๓. การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
๔. การปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอมติที่ประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติพิจารณา ต่อไป

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง

(ลงชื่อ) พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์

(นางพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์)

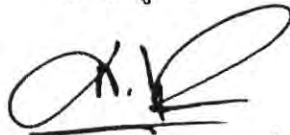
ประธานกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข

สำนักกรรมการ ๓

โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๒๕๙๗ - ๘

โทรสาร ๐ ๒๒๔๔ ๒๕๙๘

สำเนาถูกต้อง



(นายสาธิต ประเสริฐศักดิ์)

ผู้อำนวยการสำนักกรรมการ ๓

สุภาวดี /ร่าง
เพรียว /พิมพ์
สุภาวดี /ทาน

สารบัญ

	หน้า
รายงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สภาปฏิรูปแห่งชาติ พิจารณาศึกษาเรื่อง การปฏิรูประบบสาธารณสุข (สุขภาพ) (ระยะที่ ๑ ระดับหลักการและสาระสำคัญ).....	๑
๑. หลักการและเหตุผล	๑
๒. ผลการพิจารณาศึกษา	๓
๒.๑ วิธีการศึกษา	๓
๒.๒ วัตถุประสงค์.....	๕
๒.๓ กรอบความคิดรวบยอด หลักการและสาระสำคัญ.....	๕
๒.๔ ประเด็นการปฏิรูปและกระบวนการปฏิรูป.....	๗
ภาคผนวก	๑๑
เรื่องที่ ๑ (ร่าง) “การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ”	๑๓
เรื่องที่ ๒ (ร่าง) “การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และ ภัยคุกคามสุขภาพ”	๒๙
เรื่องที่ ๓ (ร่าง) “การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ”	๗๓
เรื่องที่ ๔ (ร่าง) “การปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ”	๙๑

รายงาน
คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ
พิจารณาศึกษาเรื่อง
การปฏิรูประบบสาธารณสุข (สุขภาพ)
(ระยะที่ ๑ ระดับหลักการและสาระสำคัญ)

๑. หลักการและเหตุผล

“สุขภาพ” ในความหมายขององค์การอนามัยโลก มิได้หมายถึงเพียงภาวะปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงภาวะสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตและทางสังคมด้วย ซึ่งประเทศไทยได้นำความหมาย “สุขภาพ” ในมิติที่กว้างขึ้นนี้มาใช้ตั้งแต่ยุคแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพ ในราวปี ๒๕๔๑ และมีบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ว่า สุขภาพ หมายความว่าภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ขณะเดียวกันก็เป็นที่ยอมรับว่า สุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนด้วย ซึ่งไม่เพียงแต่หมายถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังหมายรวมถึงสิทธิที่ครอบคลุมไปถึงการมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะด้วย เช่น การมีน้ำดื่มสะอาด อาหารเพียงพอ ปลอดภัย มีสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน บ้านและชุมชนที่ดี ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้อง และความเท่าเทียมทางเพศด้วยสุขภาพจึงเป็นเสมือนความยุติธรรมทางสังคม สุขภาพดีจึงเป็นผลรวมของปัจจัยและผลจากสิ่งต่าง ๆ ทั้งการมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีพที่พอเพียง มีจิตใจเบิกบาน มีปัญหาไม่เครียด ไม่ถูกบีบบังคับ ครอบครัวอบอุ่น สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำความดี จิตใจเปี่ยมสุข มีศาสนธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเอื้อเฟื้อ

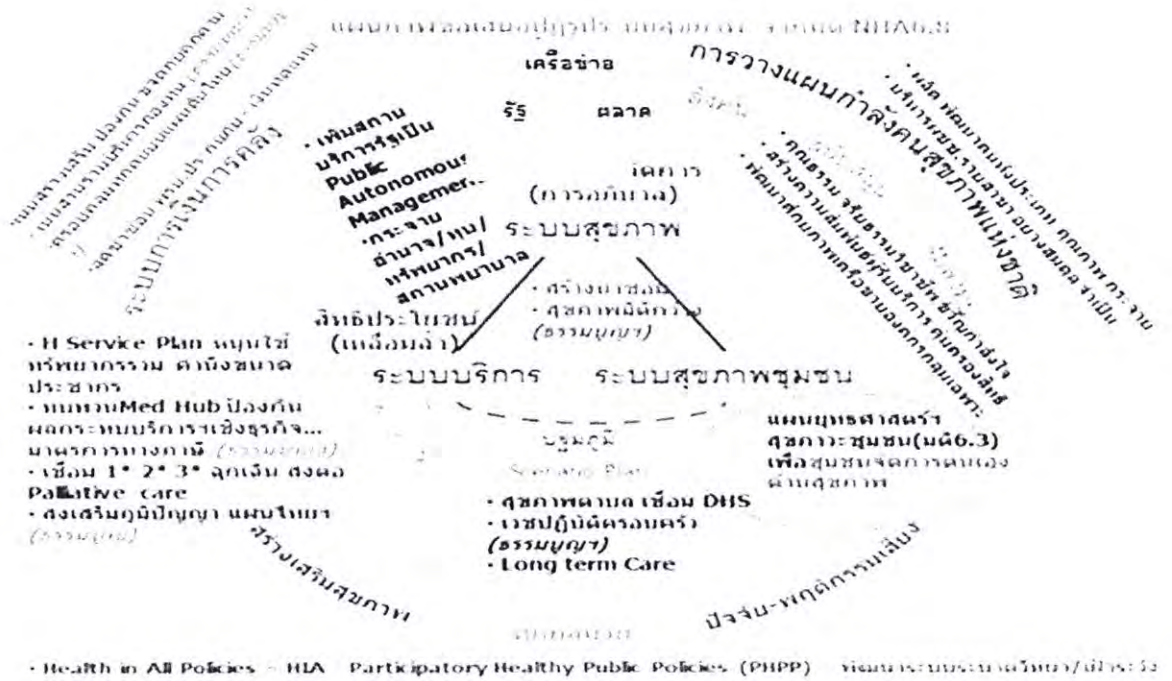
โดยความหมายของสุขภาพข้างต้น ระบบสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศด้วย เป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัดเพียงระบบบริการสาธารณสุขธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ระบุว่าระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม โดยการพัฒนาระบบสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความหลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่น ๆ ด้วย และจะต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน และการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้และปัญญา

ในการปฏิรูประบบสุขภาพยุคแรกประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวสำคัญหลายประการ ตั้งแต่การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้คนไทยเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกิดการทดลองกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยการถ่ายโอนสถานีนอนมัยไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เปลี่ยนสถานีนอนมัยทั่วประเทศ เป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)” เกิดการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่กลายเป็นแหล่งสนับสนุนการเคลื่อนไหวด้านการสร้างเสริมสุขภาพของทุกภาคส่วน รวมถึงเกิดการเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนในสังคมในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy: PHPPP) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

อย่างไรก็ตามประเทศไทยกำลังเผชิญกับสภาพการณ์ที่มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งโครงสร้างประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ ปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพ และภาวะโรคของประชาชนที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรังมากขึ้น ทั้งการเกิดภัยธรรมชาติ ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ ของคนกลุ่มต่าง ๆ

ปัจจุบันแม้ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ และผู้ใช้บริการได้มากขึ้น หากแต่การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งครอบคลุมมากยิ่งขึ้นนั้นก็เป็นเรื่องสำคัญยิ่ง ซึ่งการบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ยังมีปัญหาด้านการบริหารจัดการในการประสานส่งต่อผู้ป่วย สถานบริการในชนบทยังคงประสบปัญหาเรื้อรังจากการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ของไทยส่วนใหญ่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน

ฉะนั้นทิศทางของระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องเพิ่มความหลากหลาย เน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยตระหนักในสุขภาพของตนเอง ลดปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ สร้างเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะการมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ การบูรณาการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดเอกภาพ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยบริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน ลดการรวมศูนย์การอภิบาลระบบสุขภาพโดยรัฐ (Governance by State) กระจายอำนาจ ทุน และทรัพยากร ให้ชุมชนท้องถิ่นทำหน้าที่ อภิบาลระบบสุขภาพด้วยตนเอง ตามข้อเสนอปฏิรูประบบสุขภาพ จากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ วาระที่ ๖.๘ การปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย เมื่อวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๗



แผนภาพที่ ๑ ข้อเสนอปฏิรูประบบสุขภาพ จากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖

แผนภาพข้อเสนอปฏิรูประบบสุขภาพในภาพกว้างจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พัฒนาการของกระบวนการสมัชชาปฏิรูประบบสุขภาพมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ มีความเห็นร่วมกันในการปฏิรูประบบสุขภาพว่า สุขภาพมีมิติกว้างกว่าการบริการสุขภาพ มุ่งเน้นระบบสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” ครอบคลุมทั้งการแก้ไขหรือตรากฎหมายใหม่ มาตรการ เครื่องมือบริหารจัดการ ให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) โดยเชื่อมโยงเรื่องระบบสุขภาพในการบริหารจัดการหรือการอภิบาล ระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน ทั้งระบบสุขภาพชุมชนในระดับตำบล และระบบบริการสุขภาพผสมผสานในระดับอำเภอ (District Health System) การเชื่อมโยงบริการไร้รอยต่อ Health Service Plan มีการแบ่งปันทำงานร่วมกันและบูรณาการภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น เข้าด้วยกัน มุ่งเน้นสร้างเสริม ป้องกัน ขจัดภัยคุกคาม เน้นการมีส่วนร่วมการบริหารกองทุน ครอบคลุมทุกคนบนแผ่นดินไทย และการวางแผนกำลังคนสุขภาพแห่งชาติ พัฒนาคุณธรรม จริยธรรมวิชาชีพ ขวัญกำลังใจ สร้างความสัมพันธ์ผู้รับบริการ คู่ปกครองสิทธิ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรกลุ่มเฉพาะ

๒. ผลการพิจารณาศึกษา

๒.๑ วิธีการศึกษา

ตามที่ประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๕๗ วันอังคารที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ได้ลงมติตั้งคณะกรรมการการศึกษาปฏิรูประบบสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๘๐ วรรคสาม(๙) โดยกำหนดให้อำนาจหน้าที่ศึกษา วิเคราะห์ จัดทำแนวทางและข้อเสนอแนะ เพื่อการปฏิรูปด้านระบบสาธารณสุขให้สัมฤทธิ์ผล รวมทั้ง มีอำนาจหน้าที่อื่นตามที่สภาปฏิรูปแห่งชาติมอบหมาย นั้น

ต่อมาคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้มีการระดมความคิดเห็น และพิจารณา ศึกษาปัญหาต่าง ๆ ด้านสุขภาพมาได้ระดับหนึ่งแล้ว ซึ่งคณะกรรมการฯ พบว่า การปฏิรูประบบสุขภาพ จะต้องมีความเชื่อมโยงทั้งระบบ โดยมีการพิจารณาจากสถานการณ์ระบบสุขภาพของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพควรเน้นประชาชนเป็นฐาน และเชื่อมโยงกันทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ แต่จะมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง ของเครือข่ายบริการ ที่จะเกิดจากความดูแลสุขภาพชุมชน ด้วยการบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคคล ชุมชน และหน่วยงานในท้องถิ่นให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง เพื่อให้ระบบสุขภาพของประเทศไม่ตกอยู่ในสภาวะการล้มละลายทางการเงิน โดยมีการหาแหล่งเงิน สนับสนุนด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจของประเทศ

นอกจากนี้ การปฏิรูประบบสาธารณสุขจะเน้นสร้างนำซ่อม และมุ่งเน้นพัฒนาของระบบ บริการ เช่น การวางแผนพัฒนากำลังคน การเสริมสร้างสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นต้น และการมีระบบการเงินการคลังที่ดี และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันของ ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ และระบบการส่งต่อผู้ป่วย

อีกทั้ง การสื่อสารและระบบสั่งการกรณีฉุกเฉิน การมีนโยบายที่คำนึงถึงสุขภาพของ ประชาชน ชุมชน และสังคมไทยโดยรวม โดยมีกลไกในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการพัฒนาไปสู่เมือง สุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนและส่งเสริม รักษา และอนุรักษ์ภูมิปัญญาของประเทศ โดยเฉพาะการแพทย์ แผนไทยและสมุนไพรไทย

จากการพิจารณาศึกษาดังกล่าวข้างต้นของคณะกรรมการฯ จึงนำมาสู่การจัดตั้งคณะอนุ กรรมการฯ ในคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ๔ คณะ ดังนี้

๑. คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
๒. คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ
๓. คณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณะ
๔. คณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย

คณะอนุกรรมการและคณะทำงานแต่ละคณะที่จัดตั้งขึ้น ได้ทำการพิจารณาศึกษาเพื่อการ ปฏิรูประบบสุขภาพ ตามกรอบที่คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้ทำการพิจารณาศึกษาไว้ จำนวน ๔ เรื่อง คือ ๑) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ๒) การปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ ๓) การปฏิรูปนโยบายสาธารณะ และ ๔) การปฏิรูปการแพทย์แผนไทย

ทั้งนี้ จากการสัมมนาของสภาปฏิรูปแห่งชาติ “ประชุมเชิงปฏิบัติการวิสัยทัศน์ประเทศไทย (Vision Workshop)” เมื่อวันที่ ๑๙ - ๒๐ มกราคม ๒๕๕๘ ผลการสัมมนาได้กำหนดวาระการปฏิรูป ประเทศไทยออกเป็น ๓๖ วาระ และกำหนดให้คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ซึ่งเป็น คณะกรรมการที่รับผิดชอบหลักพิจารณาศึกษาใน ๓ วาระ ได้แก่ วาระที่ ๒๒ การปฏิรูประบบบริการ สาธารณสุข วาระที่ ๒๓ การปฏิรูประบบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคใหม่ และวาระที่ ๒๔ การ ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

จากการประชุมของคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ครั้งที่ ๑๓ เมื่อวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๕๘ และครั้งที่ ๑๔ เมื่อวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ได้มีมติแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการปฏิรูป

ระบบการเงินด้านสุขภาพ และคณะทำงานปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพ พิจารณาศึกษาและเสนอแนะการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ และปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานได้นำเสนอกรอบแนวคิดเบื้องต้นและข้อเสนอการปฏิรูปต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการ ได้จัดสัมมนาเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เมื่อวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ โดยมีคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ คณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณสุข คณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ ปฏิรูปคณะทำงานการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพ คณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส คณะกรรมการปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น คณะกรรมการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) องค์กรภาคประชาชนและภาคประชาสังคมให้ข้อเสนอแนะและความเห็นต่อข้อเสนอการปฏิรูปฯ และคณะกรรมการได้นำข้อความเห็นและข้อเสนอแนะเสนอดังกล่าว มาปรับเป็นกรอบแนวคิดการปฏิรูประบบสาธารณสุข จำนวน ๔ เรื่อง ได้แก่

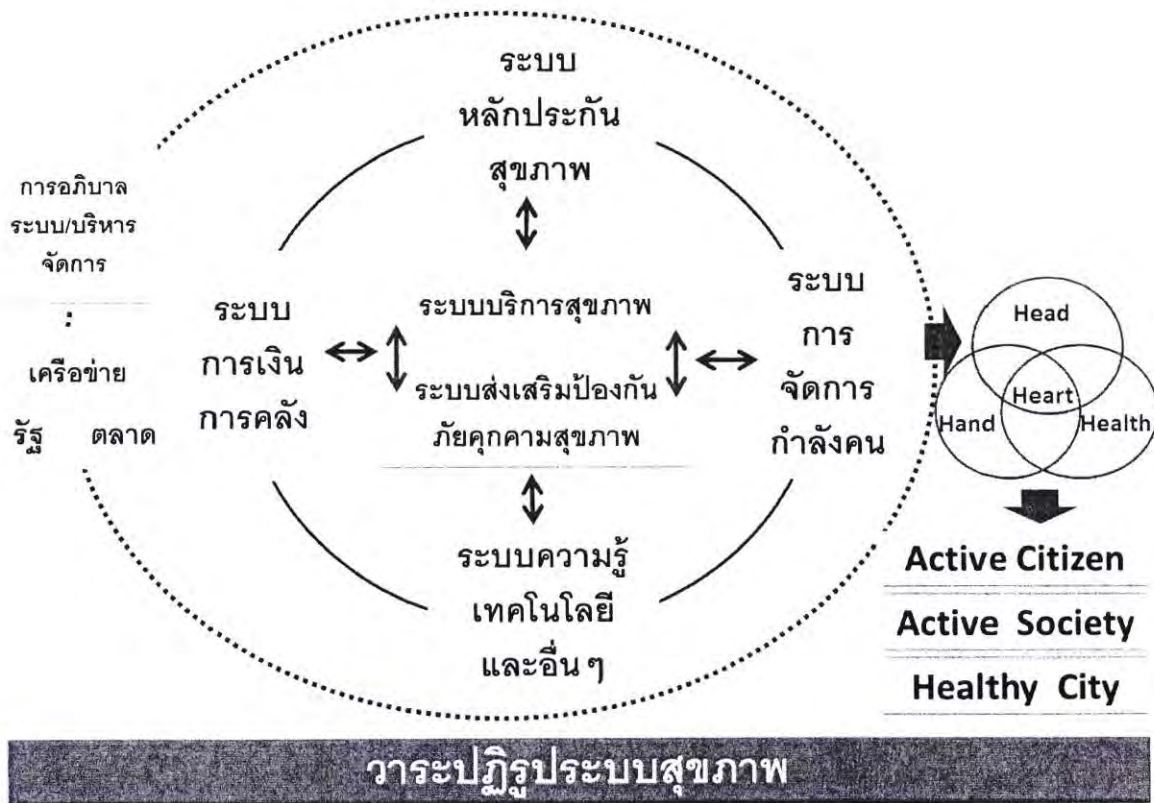
๑. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
๒. การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ
๓. การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
๔. การปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ

๒.๒ วัตถุประสงค์

ให้ได้ข้อเสนอการปฏิรูประบบและกลไกที่ทำให้การบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีคุณภาพทั่วถึง เพียงพอและยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมของการบริหารจัดการการเงินการคลัง สร้างระบบรองรับการจัดการภัยคุกคามสุขภาพ และประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

๒.๓ กรอบความคิดรวบยอด หลักการและสาระสำคัญ

จากกรอบภาพใหญ่ของการปฏิรูประบบสุขภาพระดับประเทศ นำมากำหนดเป็นทิศทางการออกแบบความคิดรวบยอด (Conceptual Design) วาระการปฏิรูประบบสุขภาพ ตามแผนภาพที่ ๒



แผนภาพที่ ๒ วาระปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพ มุ่งหวังให้ประชาชนตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพต้องเชื่อมโยงสัมพันธ์กับระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมภัยคุกคามสุขภาพ การบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องประกอบด้วย ระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความเสมอภาค เท่าเทียม ประชาชนได้รับการคุ้มครองสิทธิ ระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพและระบบการจัดการกำลังคนที่เกิดประสิทธิผลสูงสุด ทั้งนี้ระบบความรู้ เทคโนโลยี และอื่น ๆ ต้องเป็นฐานพลังสำคัญ องค์กรประกอบดังกล่าว ต้องดำเนินการอยู่ภายใต้กลไกการอภิบาล/บริหารจัดการระบบสุขภาพ ที่เน้นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างภาครัฐ องค์กรสาธารณะต่าง ๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกัน

แก้ปัญหา โดยต้องมีความสมดุล ระหว่างการอภิบาลโดยรัฐ ตลาด และเครือข่าย เป็นฐานเครื่องมือสำคัญ^๑ ซึ่งระบบดังกล่าวจะมีการติดตามประเมินผล ครอบคลุมถึงการกำกับ ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุน ประสานเชื่อมโยงทุกระบบย่อยเข้าด้วยกัน

จากวิสัยทัศน์ประเทศไทย มุ่งเน้นการสร้างคนไทยยุคใหม่ที่สมบูรณ์ กล่าวคือเป็นผู้ที่มี จริยธรรม(Heart) เป็นพื้นฐานการดำเนินชีวิต มีปัญญา(Head) มีทักษะ(Hand) และมีสุขภาพที่ดี(Health) เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่มุ่งผลให้คนที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตและทางสังคม อันเป็นจุดมุ่งหมาย สูงสุดของการมีสุขภาพะ เป็นพลเมืองตื่นรู้(Active Citizen) ต่อสุขภาพ มีสำนึกความเป็นพลเมือง^๒ มี จิตสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสังคมสุขภาพที่รับผิดชอบสาธารณะร่วมกัน พร้อมก้าวเข้าสู่เมืองสุขภาพ (Healthy City) อย่างยั่งยืน

๒.๔ ประเด็นการปฏิรูปและกระบวนการปฏิรูป

การดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ คณะกรรมการได้พิจารณานำผลการพิจารณาการศึกษา ของคณะอนุกรรมการแต่ละคณะที่เป็นไปตามขอบเขตเนื้อหาวาระการปฏิรูปข้างต้น มาจัดทำกรอบ หลักการปฏิรูป ข้อเสนอแนะ หัวข้อเรื่องจำเป็นที่ต้องปฏิรูปตามประเด็นและกระบวนการที่ชัดเจน ดังต่อไปนี้

๑. กรอบแนวทางการปฏิรูปสำหรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

(๑) เน้นการปฏิรูปสุขภาพปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งระบบ สุขภาพชุมชนในระดับตำบล และระบบบริการสุขภาพผสมผสานในระดับอำเภอ (District Health System) ส่งเสริมเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่ ครอบคลุมทั้งกาย จิต ปัญญาและสังคม รวมทั้งการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care)

(๒) จัดให้มีการวางแผนระบบบริการสุขภาพของประเทศให้มีความเสมอภาคในด้าน มาตรฐาน ครอบคลุมบริการทุกระดับ ได้แก่ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ระบบบริการแพทย์เฉพาะทาง

^๑ การอภิบาล หมายถึง “ปฏิสัมพันธ์กันของภาครัฐ องค์กรสาธารณะต่าง ๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม เพื่อ ร่วมกันแก้ปัญหา ความท้าทายต่าง ๆ ในสังคม และสร้างสรรค์โอกาสใหม่ ๆ ” (เพื่อให้เกิดสุขภาพะ”) จำแนกเป็น

๑) การอภิบาลโดยรัฐ (Governance by State) คือการปกครอง/ดูแลระบบ/บริหารจัดการโดยกลไกของรัฐ จากรัฐบาล ผ่านส่วนราชการลงไปยังประชาชน ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบตัวแทน(Representative Democracy) โดยใช้ “พลังอำนาจรัฐ” (กฎหมายและงบประมาณ) เป็นเครื่องมือสำคัญ

๒) การอภิบาลโดยตลาด (Governance by Market) คือการดูแลระบบ/บริหารจัดการโดยกลไกตลาดเป็นหลัก เป็นการอภิบาลระบบที่มองเห็นโครงสร้างและกลไกไม่ชัดเจนเหมือนการอภิบาลแบบแรก มีส่วนสัมพันธ์กับกระแสโลกาภิวัตน์และทุนนิยมเสรีอย่างมาก โดยใช้ “พลังอำนาจทุน” (เงินและการจัดการทางธุรกิจ) เป็นเครื่องมือสำคัญ

๓) การอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by Network) คือการปกครอง/ดูแลระบบ/บริหารจัดการด้วยการทำงานเชื่อมโยงถักทอกันเป็นเครือข่ายหลายมิติ มีผู้เล่นหลายภาคส่วน มีความสนใจและผลประโยชน์ที่แตกต่าง มีค่านิยมร่วม หลักการร่วม เป้าหมายร่วม/ทำงานร่วม/ทรัพยากรร่วมเป็นเรื่อง ๆ ไปต้องอาศัยการพูดคุยเจรจาต่อรอง/ถกเถียงเป็นหลัก ไม่มีอำนาจบังคับ ไม่ขึ้นตรงต่อกัน การอภิบาลระบบแบบนี้ เป็นไป ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม หรือประชาธิปไตยแบบถกเถียง (Participatory/Deliberative Democracy)ใช้ “พลังอำนาจทางสังคม” (Social Power) หรือพลังแห่งความร่วมมือและเจตนาธรรมร่วมของสังคม เป็นเครื่องมือสำคัญ

^๒ สำนึกพลเมือง คือ การที่ประชาชนมีอิสรภาพสามารถพึ่งตนเองได้ เห็นคนเท่าเทียมกัน ยอมรับความแตกต่าง และเคารพสิทธิของผู้อื่น มีรับผิดชอบต่อสังคม ชุมชนร่วมกัน ตระหนักในระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการส่งต่อและส่งกลับ เพื่อรองรับความต้องการบริการสุขภาพที่ยู่งยาก สลับซับซ้อนที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

(๓) กระจายหน้าที่การให้บริการสู่ท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชนในรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ มีคณะกรรมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ (Local Health Board) เพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งในภาครัฐและเอกชน ในการดำเนินการดังกล่าว ควรคำนึงถึงขนาดของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่เหมาะสม

(๔) ปฏิรูปให้มีการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ภูมิปัญญาท้องถิ่น/ชาวบ้าน ด้านสุขภาพ ในการบริการสุขภาพให้เข้มแข็ง มีคุณภาพและแพร่หลายอย่างมีประสิทธิภาพ

(๕) ให้ความสำคัญกับระบบสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ ระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการเงินการคลัง ระบบการจัดการความรู้ ระบบการสื่อสารด้านสุขภาพ ระบบการผลิตบุคลากรและการกระจายที่เหมาะสม รวมทั้งระบบการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กร/ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่

๒. กรอบแนวทางการปฏิรูปสำหรับการปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

(๑) ส่งเสริมการใช้หลักการที่ในทุกภาคส่วนคำนึงถึงการกำหนดนโยบายที่ห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies Approach: HiAP) โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นตามกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process : PHPPP) มาแปลงสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผล ในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

(๒) สร้างกลไกและระบบการบริหารจัดการระดับพื้นที่ที่มีบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ โดยปรับให้ส่วนกลางมีบทบาทในทางนโยบาย มาตรฐาน และจัดระบบงบประมาณสนับสนุนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและควบคุมโรคและจัดการภัยคุกคามสุขภาพทุกระดับอย่างยั่งยืน

(๓) กำหนดนโยบายการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ไปสู่ชุมชนท้องถิ่น โดยให้ความสำคัญกับความสามารถในการจัดการตนเองได้ ใช้พื้นที่เป็นที่ตั้ง สร้างการมีส่วนร่วมและสนับสนุนจากภาคีหุ้นส่วน (Collective Leadership and Partnership)

(๔) พัฒนาระบบงานที่สนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ ระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบเฝ้าระวังสุขภาพ ระบบการเงินการคลัง ระบบการจัดการความรู้ การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม รวมทั้งการประกันคุณภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อการพัฒนาโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

๓. กรอบแนวทางการปฏิรูปสำหรับการปฏิรูประบบบริหารจัดการ (อภิบาลระบบ) ด้านสุขภาพ

(๑) สร้างระบบและกลไกบูรณาการการกำกับทิศทางและให้คำแนะนำในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับชาติ ในลักษณะ National Health Board ซึ่งไม่ใช่กลไกอำนาจสั่งการ แต่เป็นกลไกที่สร้างพื้นที่การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสำคัญในระบบสุขภาพ (Governance by Network) โดยเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการอภิบาลระบบโดยรัฐ (Governance by State) และเชื่อมกับการอภิบาล

ระบบโดยตลาด (Governance by Market) รวมทั้งภาควิชาการ/วิชาชีพ ประชาสังคมและเอกชนที่จะติดตามระบบสุขภาพในภาพรวมให้เป็นไปในทิศทางร่วมของประเทศที่กำหนดขึ้นร่วมกัน

(๒) สร้างกลไก ธรรมนูญ มาตรฐาน ตรวจสอบ กำกับ ความโปร่งใส และประสิทธิภาพการใช้งบประมาณและทรัพยากรด้านสุขภาพ อย่างยั่งยืน

(๓) แยกบทบาทและโครงสร้างของ Player ในระบบสุขภาพให้ชัดเจน Regulator-Purchaser-Provider-Customer-Supporter

(๔) ปฏิรูปการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพอย่างครบถ้วน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งด้านประเภท ปริมาณ คุณภาพ การผลิต การกระจาย และการจ้างงาน

๔. กรอบแนวทางการปฏิรูปสำหรับการปฏิรูปการเงินด้านสุขภาพ

(๑) ปรับการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพและการเงินการคลังด้านสุขภาพของกองทุนสุขภาพต่าง ๆ เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในการอภิบาลระบบให้มากขึ้น เพื่อดูแลภาพรวมและความยั่งยืนทางการคลัง

(๒) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับชาติ (National Information Clearing House) และพัฒนากลไกกลางของระบบข้อมูลข่าวสาร การควบคุมค่าใช้จ่าย

(๓) วางกลไกเพิ่มเงินเข้าสู่ระบบ อาทิ การลงทุนด้านเทคโนโลยี เช่น วัคซีน ยา แพทย์แผนไทย อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ควรมีนโยบายระดับชาติที่รัฐร่วมพัฒนา ผลิต และใช้กระจายสู่ประเทศเพื่อนบ้าน

(๔) กระจายอำนาจ ทุน และทรัพยากร ให้ชุมชนท้องถิ่นอย่างเพียงพอ เพื่อทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ

ทั้งนี้แนวทางการปฏิรูปดังกล่าวจะเป็นกรอบที่ใช้ในการบูรณาการร่วมกัน โดยเฉพาะการทำงานร่วมกันกับคณะกรรมการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส คณะกรรมการปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น คณะกรรมการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค คณะกรรมการปฏิรูปทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เพื่อร่วมวิเคราะห์ ให้ข้อเสนอแนะ และจัดทำรายละเอียด วิธีและกระบวนการ (Process & Organization Design) ที่จะดำเนินการปฏิรูปในระยะต่อไป โดยมีรายละเอียดอธิบายจำแนกเป็นรายเรื่องในภาคผนวกต่อไป

ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

ภาคผนวก

เรื่องที่ ๑
“การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ”

เรื่องที่ ๑

“การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ”

๑. ประเด็นการศึกษา

ศึกษาแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เน้นการปฏิรูปสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง กระจายหน้าที่การให้บริการสู่ท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชน โดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพของระบบที่มีคุณภาพ ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น เกิดความเป็นธรรมและตอบสนองต่อผู้รับบริการ สามารถลดช่องว่างและเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ โดยสร้างและพัฒนาผู้ให้บริการ ทีม และสถานบริการ ทำให้สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน สร้างปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะตามความจำเป็นทางสุขภาพของแต่ละพื้นที่ และควบคุมกำกับและประเมินสถานะสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ พร้อมทั้งดำเนินการตามความจำเป็นและความจำเป็น ซึ่งการควบคุมกำกับและประเมินสถานะทางการเงินในภาพรวมของระบบบริการและของแต่ละสถานบริการ พร้อมทั้งร่วมแก้ปัญหาในกรณีที่มีปัญหาของสถานะทางการเงินทั้งรายสถานบริการ และในภาพรวมของระบบบริการ

๒. วิธีการพิจารณาศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

๑. คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ทำหน้าที่รวบรวม ดำเนินงาน และยกร่างข้อเสนอเรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

๒. คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ได้ทำการทบทวนเอกสาร และรวบรวมข้อเสนอแนะจากหน่วยงานและเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เสนอต่อคณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข

๓. เชิญบุคคลจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน บุคคล ที่เกี่ยวข้องและได้ดำเนินการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพปฐมภูมินำเสนอต่อคณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระหว่างวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๗ ถึง วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

- วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ แนวทางในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในอนาคต โดย รองศาสตราจารย์ลือชัย ศรีเงินยวง

- วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๘ แนวทางในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดย นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

- วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๘ ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน (Health Information for Self Care) โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ มูลนิธิหมอชาวบ้าน และนายศิวโรฒ จิตนิยม ประธานสถาบันการเงินชุมชนตำบลหนองสาหร่าย/ประธาน อสม. จังหวัดกาญจนบุรี

- วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๘ ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน (Health Information for Self Care) โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการ

กิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ และผู้ประสานงานศูนย์คุ้มครองสิทธิเพื่อผู้บริโภค

- วันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๕๘ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยนายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มังจิตร รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข ตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข นายประสิทธิ์ชัย กัลยาสนธิ สาธารณสุขอำเภอปางดะ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตัวแทนพื้นที่ระดับอำเภอ นางเพ็ญศรี มากผาสุก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตัวแทนพื้นที่ระดับชุมชน และนายมนทล มานิตย์ ผู้บริหารมิตรไมตรีคลินิก ตัวแทนภาคเอกชน

๔. เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนระดับเขต การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกับตัวแทนระดับเขตทั้ง ๑๒ เขต และภาคีที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) สถาบันพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เพื่อรับฟังความคิดเห็นและนำมาพัฒนาข้อเสนอและแนวทางปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เมื่อวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

๕. เข้าร่วมการประชุมวาระการปฏิรูปที่สำคัญและแนวทางการบริหารจัดการของสภาปฏิรูปแห่งชาติที่นำเสนอโดยคณะกรรมการวิสามัญจัดทำวิสัยทัศน์และออกแบบอนาคตประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลมาปรับกรอบแนวคิดและสาระสำคัญ

๖. มีการจัดทำ Cross Cutting เรื่อง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกับคณะกรรมการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเชิญ ประธานกรรมการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค ประธานกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก สตรีผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ร่วมให้ความคิดเห็นและเสนอแนะ เมื่อวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

๗. ยกร่างกรอบแนวคิดเบื้องต้น เสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

๘. นำเสนอกรอบแนวคิดเบื้องต้นและข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในการสัมมนาของคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยมีคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ คณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณะ คณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ คณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส คณะกรรมการปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น คณะกรรมการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค ภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) องค์กรภาคประชาชนและภาคประชาสังคมให้ข้อเสนอแนะและความเห็นต่อข้อเสนอการปฏิรูปฯ ดังกล่าว

๓. สรุปผลการพิจารณาศึกษา

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ที่มีพื้นที่เป็นฐาน มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งการแก้ปัญหาสุขภาพ การพัฒนาบริการ และการเพิ่มสมรรถนะด้านการบริหารจัดการที่มีความแตกต่างและหลากหลาย เน้นการกระจายอำนาจเพื่อให้ท้องถิ่นและชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของชุมชน โดยการปรับโครงสร้างรองรับการบริหารจัดการ เพื่อให้ท้องถิ่นและชุมชนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุข เพื่อตอบสนองผู้รับบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และยั่งยืน อีกทั้งเสริมสร้างให้ประชาชนได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง (Self care) ควบคู่ไป เป็นการลดการรับบริการและสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพ “สร้างนำซ่อม”

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลตนเองและชุมชน จัดเป็นโครงสร้างหนึ่งของความสำเร็จ โดยสามารถจัดทำแผนสุขภาพชุมชน เพื่อชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาพ วางระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ระยะเวลา ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ในระบบการเงินการคลังนั้นต้องสร้างความเป็นธรรม เน้นกระจายอำนาจ ทุน ทรัพยากร สถานพยาบาล ควบคู่ไปกับการวางแผนเรื่องกำลังคนที่มีอัตราการผลิตเพื่อพัฒนาคนทั้งประเทศ เน้นคุณภาพและสามารถกระจายได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะเป็นทางออกลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ

ฉะนั้น การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นฐานสำคัญในการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน และเชื่อมต่อบริการต่าง ๆ โดยไม่มีรอยต่อ (seamless service) นั้นต้องดำเนินการภายใต้การสร้างคุณธรรม จริยธรรมวิชาชีพ ขวัญกำลังใจ และความสัมพันธ์ผู้รับบริการ คู่มครองสิทธิควบคู่กันไปด้วย ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดระบบประสิทธิภาพอย่างมั่นคง

๔. ข้อเสนอแนะทางการปฏิรูปและแนวทางการดำเนินการที่นำเสนอสภาพัฒนาการแห่งชาติพิจารณา

แนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้นจะเน้นระบบสุขภาพพื้นที่^๑ สาธารณสุขมูลฐาน^๒ และบริการปฐมภูมิ^๓ ซึ่งมีจุดเริ่มต้นของการให้ความสำคัญที่ต่างกัน แต่มีพัฒนาการที่เชื่อมโยงและส่งเสริมซึ่งกันและกัน บนพื้นฐานของการมีคุณลักษณะร่วมคือ การมีองค์ประกอบที่ “ใกล้ชิดประชาชน” และการมีองค์ประกอบที่ “เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน”

ความใกล้ชิดประชาชนของ สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน สถานบริการต่างๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รัฐบาลท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ ที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพอำเภอหรือระบบสุขภาพพื้นที่ ทำให้สามารถสัมผัส รับรู้ และเข้าถึงสภาพปัญหา ตลอดจนศักยภาพที่มีของทั้งระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประชาชนกลุ่มต่างๆ ส่งผลให้มีศักยภาพของการเป็นตัวของตัวเอง พึ่งพาตนเอง และพึ่งตนเองขององค์ประกอบต่างๆ เหล่านั้นที่มีอยู่ ภายในระบบ (Self-contained segment)^๔ กอปรกับศักยภาพดังกล่าวสามารถรองรับ เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสมดุล (ไม่เพียงแค่อ้อยตาม)^๕ กับการขับเคลื่อนตามแนวนโยบายหรือกิจกรรมที่ต่อเนื่องทั้งจากส่วนกลาง เขต หรือจังหวัด และปัจจัยต่างๆ จากภายนอก บนพื้นฐานของการตอบสนองตามความจำเป็นด้านสุขภาพ ตามความจำเป็นของแต่ละบริบท ทำให้ระบบสุขภาพอำเภอหรือระบบสุขภาพพื้นที่ มีคุณลักษณะของการเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัว (Complex and Adaptive System) ตามคุณลักษณะของ “การ

^๑ ระบบสุขภาพอำเภอหรือระบบสุขภาพพื้นที่: District Health System or Local Health System is more or less a “Self-contained segment”... (Harare Declaration: WHO ๑๙๗๘) การประกาศความสำคัญของ “ระบบสุขภาพอำเภอ” อยู่บนพื้นฐานของการส่งเสริมกระบวนการ Primary Health Care (สาธารณสุขมูลฐาน) โดยให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในอำเภอ ทั้งนี้ในเขตเมืองซึ่งมักมีประชากรและทรัพยากรอยู่ในพื้นที่ของเขตเมืองอย่างหนาแน่น บางครั้งเรียกกระบวนการในลักษณะนี้ว่า “ระบบสุขภาพพื้นที่” เช่น เขตพื้นที่ต่างๆ ใน กทม เขตเทศบาลของอำเภอเมืองของจังหวัดต่างๆ เขตเทศบาลขนาดใหญ่ เขตเทศบาลพัฒนา เป็นต้น โดยมี “บริการปฐมภูมิ และ ระบบบริการปฐมภูมิ” เป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ หรือระบบสุขภาพพื้นที่

^๒ สาธารณสุขมูลฐาน: Primary Health Care: “Health for All” (Alma Alta Declaration: WHO ๑๙๗๘) and “All for Health” (World Health Report ๒๐๐๘: Primary Health Care Now More Than Ever) ให้ความสำคัญกับทุกองค์ประกอบที่มีความสำคัญ (Essential elements) และมีความสัมพันธ์ต่อสภาวะสุขภาพ (Interconnectedness) ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน-และในภาพรวมของทั้งระบบ

^๓ บริการปฐมภูมิ: Health care ที่อยู่ในระบบบริการ ถูกจำแนก เป็น ๑^๐, ๒^๐, ๓^๐ Care เป็นครั้งแรกในปี ๑๙๒๐ (Dowson report: ๑๙๒๐) โดยองค์ประกอบสำคัญของบริการปฐมภูมิ (๑^๐ Care) ประกอบด้วย 1) การให้บริการและให้การดูแลเป็นที่แรก (First contact) ตามความเชี่ยวชาญของการ “ไม่เลือกปัญหาสุขภาพ” โดยเชื่อมโยงกับ ๒^๐ และ ๓^๐ Care ทั้งในฐานะผู้ส่งต่อและผู้รับกลับ ๒) การให้บริการและการให้การดูแลที่บ้านและในชุมชน และ ๓) การให้บริการและการให้การดูแลที่เชื่อมโยงกับการดูแลตนเอง (Self Care) ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน

^๔ ระบบสุขภาพอำเภอ มีองค์ประกอบต่างๆ ครอบคลุมในตัวระบบเองมากกว่า ระบบสุขภาพตำบล และมีความใกล้ชิดประชาชนมากกว่า ระบบสุขภาพในระดับเขตหรือในระดับจังหวัด

^๕ ปฏิสัมพันธ์ที่สมดุล (ไม่เพียงแค่อ้อยตาม) มีพื้นฐานมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความสมดุลระหว่าง การรับรู้และรองรับเพื่อการขับเคลื่อนตามแนวนโยบาย (กระบวนการจากบนลงล่าง: Top-down process) กับ ความใกล้ชิดที่สามารถรับรู้ถึงศักยภาพ-ความพร้อม-ความต้องการ-และความจำเป็นของพื้นที่ (กระบวนการจากล่างขึ้นบน: Bottom-up process)

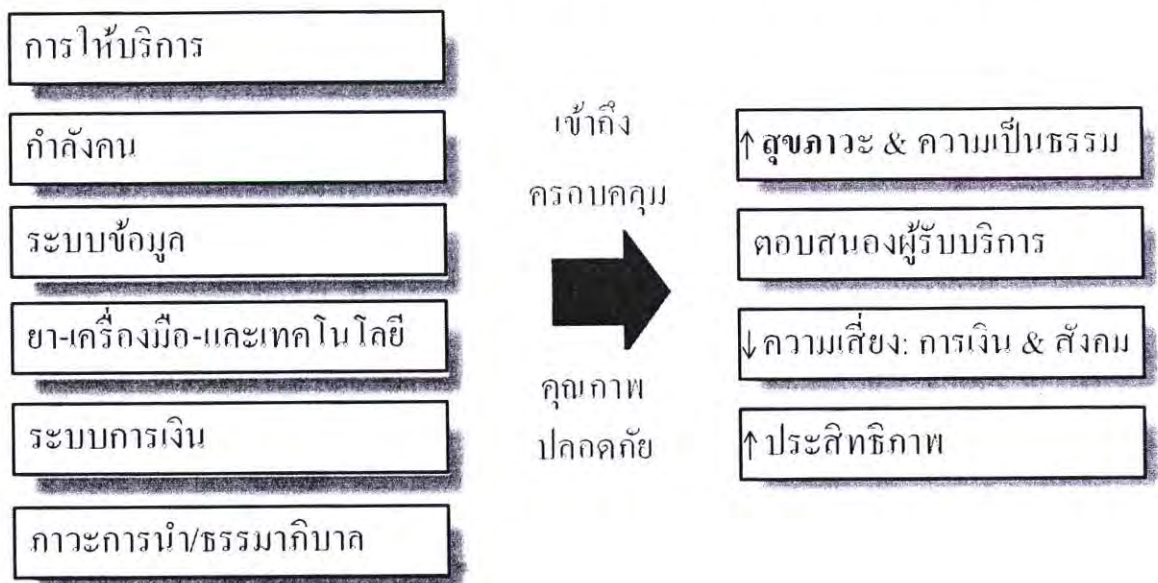
มีชีวิต^๖” กล่าวคือ มีความมุ่งมั่น ปรับตัว ซ่อมแซม เชื่อมต่อ สร้างเสริมสร้างใหม่ และสร้างสมดุลในความหลากหลาย

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงครอบคลุม ๖ ประเด็นหลัก คือ การให้บริการ การวางแผนกำลังคน ระบบข้อมูล ยา เครื่องมือ และเทคโนโลยี ระบบการเงิน และภาวะการนำหรือธรรมาภิบาล โดยที่องค์ประกอบที่เป็นฐานสำคัญที่ทำให้ระบบบริการมีความเข้มแข็งมี ๖ ประการ หรือ “Six Building Blocks” (แผนภาพที่ ๑)

THE WHO HEALTH SYSTEM FRAMEWORK

องค์ประกอบ 6 ประการ (6 Building Blocks)

เป้าหมายและผลลัพธ์



แผนภาพที่ ๑ ฐานสำคัญของระบบบริการ ๖ ประการ (Six Building Blocks)

องค์ประกอบทั้ง ๖ ประการมีความเชื่อมโยง มีปฏิสัมพันธ์และมีการพัฒนาไปด้วยกัน ในลักษณะที่เรียกว่าเป็นปฏิกิริยาลูกโซ่ (Chain reactions) ทั้งนี้บทเรียนจากประสบการณ์ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action researches) ของการพัฒนาบริการใกล้บ้าน บริการปฐมภูมิ เวชปฏิบัติครอบครัว และสาธารณสุขมูลฐาน ในบริบทของระบบบริการสุขภาพพื้นที่หรือระบบบริการสุขภาพอำเภอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากร (Low resource settings)^{๗,๘} รวมถึงประเทศไทย^๙

^๖ Systems Thinking (WHO ๒๐๐๙): Systems Thinking for health system strengthening

^๗ World Health Report (WHO ๒๐๐๗): Strengthening Health Systems to improve Health

Outcomes: Everybody's Business

^๘ World Health Report (WHO ๒๐๐๘): Primary Health Care: now more than ever

^๙ Monitoring the Building Blocks of Health Systems (WHO ๒๐๑๐): Monitoring the Building Block of Health Systems: a handbook of indicators and their measurement strategies

พบว่า “ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ” ซึ่งอยู่ในองค์ประกอบของ “ภาวะการนำ/ธรรมาภิบาล” และ “กำลังคนเพื่อสุขภาพ” คือเงื่อนไขที่เป็นช่องว่างสำคัญ ที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทั้งสมรรถนะของบุคลากร ทีมตลอดจนวัฒนธรรมการทำงานและการให้บริการ เพื่อให้ปฏิกิริยาถูกใจเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานของการทำให้มีการเข้าถึงบริการ-บริการที่มีสามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่ภายในระบบ-เป็นบริการที่มีคุณภาพ และเป็นบริการที่มีความปลอดภัย ส่งผลที่เกิดเป็นผลลัพธ์ตามเป้าหมายซึ่งประกอบด้วย สุขภาวะ ความเป็นธรรม การตอบสนอง^{๑๐} ปกป้องความเสี่ยงทางการเงิน และทางสังคมและประสิทธิภาพ

เป้าหมายและผลลัพธ์พึงประสงค์ของการเชื่อมโยงและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชน จากการปฏิรูประบบบริการ บนพื้นฐานของการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับบริการปฐมภูมิ ในบริบทของระบบสุขภาพพื้นที่หรืออำเภอ ส่งผลให้ระบบบริการโดยรวมมีคุณลักษณะของการเป็น “ระบบบริการที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ประกอบด้วย

๑. สุขภาวะ (Well-being)

● สุขภาวะ (Well-being) หมายถึง สุขภาวะทั้งทางกาย ใจ สังคม/สิ่งแวดล้อม ความเชื่อ/ศรัทธา/ปัญญา มีความอิสระเป็นตัวของตัวเองทางสุขภาพ สามารถพึ่งตนเองและดูแลตนเอง มีความรู้ ความฉลาด และตื่นรู้ทางสุขภาพ/สุขภาวะ สามารถ “อยู่กับปัจจุบันได้ดี” ทั้งนี้ในกรณีที่มี “ทุกข์ภาวะ (Suffering)” ทางสุขภาพ ที่เกินกว่าศักยภาพของการพึ่งและดูแลตนเอง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการโดยมีกระบวนการและการให้บริการที่ยึดโยงกับรายบุคคลครอบครัว ชุมชนรองรับอย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานของการสร้างความสัมพันธ์เพื่อการเรียนรู้ทำความเข้าใจ และพัฒนาเป็นเชื่อมั่นต่อกันอย่างต่อเนื่องระหว่างประชาชนกับผู้ให้บริการสถานบริการ เครือข่ายบริการและภาพรวมของทั้งระบบบริการ

๒. ความเป็นธรรม (Equity)

● ความเป็นธรรม (Equity) หมายถึง ทรัพยากรที่มี และ/หรือ ที่มีการรวบรวมจากการแบ่งปันเอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผ่านกระบวนการต่างๆ ทั้งทางกฎหมาย (Mandatory Solidarity) และ/หรือ ความรู้สึกที่มีเอื้อโย เห็นอกเห็นใจและไม่ทอดทิ้งกัน (Consciousness of Solidarity) ทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ ได้รับการบริหารจัดการ-จัดสรร-แบ่งปัน ส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมใน ๒ มิติ ประกอบด้วย

^{๑๐} Yongyuth Pongsupap (๒๐๐๗): Introducing a Human Dimension to Thai Health Care: the case for Family Practice, PhD thesis, Free University of Brussels (Vrije Universiteit Bursseel: VUB), VUB press

^{๑๑} World Health Report (WHO ๒๐๐๐): การตอบสนอง (Responsiveness) หมายถึง การตอบสนองตามความจำเป็นที่สอดคล้องกับความพึงพอใจของประชาชนทุกคนบนความคาดหวังที่แตกต่างกันในขณะรับบริการ แบ่งได้เป็น ๑ กลุ่ม ประกอบด้วย ๑) การเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for person) ประกอบด้วย การให้เกียรติ (Dignity) การสร้างการมีส่วนร่วมตัดสินใจ-เพิ่มสมรรถนะ-เพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (Autonomy) การเก็บความลับ (Confidentiality) และการสื่อสาร (Communication); และ ๒) การให้ความสำคัญกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Patient/Client Orientation) ประกอบด้วย การใส่ใจในทันที (Prompt attention) การเปิดโอกาสให้เลือกผู้ให้บริการ (Choice) การทำให้มีความสะดวกสบายขั้นพื้นฐาน (Basic amenities) และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (Family/Community Involvement)

○ **ความเป็นธรรมแนวตั้ง (Vertical Equity)** หมายถึง ประชาชนทุกคนที่อยู่ในระบบสามารถเข้าถึงบริการที่มี “คุณภาพ (องค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน มีประสิทธิผลและมีความปลอดภัย)” ตามความจำเป็นทางสุขภาพ โดยไม่จำกัดสถานะทางการเงิน เพศ อายุ ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนความห่างไกลและความยากง่ายในการเดินทางมายังสถานบริการ กล่าวคือ การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพดังกล่าวเป็นสิทธิที่เท่าเทียมกันของประชาชนในพื้นที่ทุกคน

○ **ความเป็นธรรมแนวราบ (Horizontal Equity)** หมายถึง ผู้ให้บริการ สถานบริการและระบบบริการของแต่ละพื้นที่ ได้รับการจัดสรรทรัพยากร ตามความจำเป็นของการใช้เพื่อสุขภาพ อย่างมีหลักเกณฑ์ มีมาตรฐาน และมีความเท่าเทียม เพื่อสุขภาพสุขภาวะ ของประชาชนทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

๓. การตอบสนอง (Responsiveness)

● **การตอบสนอง (Responsiveness)**^{๑๒} หมายถึง สมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ ที่สามารถตอบสนองต่อ “ความคาดหวังอันพึงมีของประชาชนโดยทั่วไป (Legitimate Expectations)” ประกอบด้วย

○ **การเคารพในความเป็นบุคคล (Respect for person)** ประกอบด้วย การให้เกียรติ (Dignity) การสร้างการมีส่วนร่วมตัดสินใจ เพิ่มสมรรถนะ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (Autonomy) การเก็บความลับ (Confidentiality) และการสื่อสาร (Communication)

○ **การให้ความสำคัญกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (Patient/Client Orientation)** ประกอบด้วย การใส่ใจในทันที (Prompt attention) การเปิดโอกาสให้เลือกผู้ให้บริการ/สถานบริการ (Choice) การทำให้มีความสะดวกสบายขั้นพื้นฐานในขณะที่รับบริการ (Basic amenities) และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (Family/Community Involvement)

๔. การปกป้องความเสี่ยงทางการเงินและสังคม (Financial and Social Risk Protection)

● **การปกป้องความเสี่ยงทางการเงินและทางสังคม (Financial and Social Risk Protection)** เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเป็นธรรม เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ จึงเพิ่มความชัดเจนในองค์ประกอบดังกล่าวดังนี้

○ **การปกป้องความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Risk Protection)** หมายถึง การมีกลไก-กระบวนการ-และการให้บริการ ที่ทำให้ประชาชนได้รับการปกป้อง จากการเกิดภาวะล้มละลายทางการเงิน (Financial Catastrophe) จากการใช้เงินเพื่อให้ได้รับบริการที่จำเป็นทางสุขภาพ

○ **การปกป้องความเสี่ยงทางสังคม (Social Risk Protection)** หมายถึง การมีกลไก-กระบวนการ และการให้บริการ ที่ทำให้ประชาชนที่มีสถานะสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลหรือช่วยเหลือทางสังคม เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลในระยะยาว หรือได้รับการช่วยเหลือดูแลที่บ้านหรือในชุมชน ได้รับการช่วยเหลือและดูแล กลไก-กระบวนการ-และการให้บริการดังกล่าว

๕. ประสิทธิภาพ (Efficiency)

● **ประสิทธิภาพ (Efficiency)** ประกอบด้วย

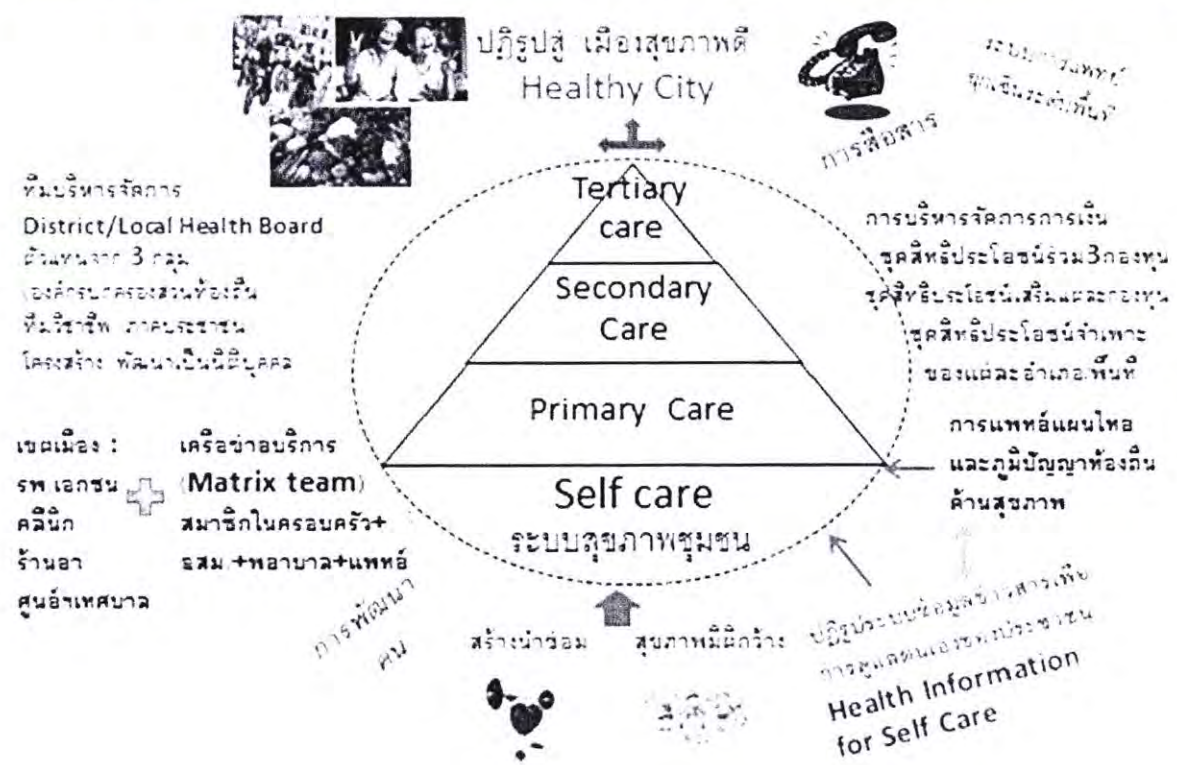
^{๑๒} World Health Report (WHO ๒๐๐๐): Health Systems: Improving Performance:

○ ประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากร (Allocated Efficiency) หมายถึง การเลือกวิธีการจัดสรรทรัพยากรไปยังระบบบริการ สถานบริการ ผู้ให้บริการ และประชาชน ที่มีส่วนช่วยเพิ่มผลิตภาพ (Productivity) กล่าวคือประชาชนได้รับประโยชน์ทางสุขภาพมากกว่า บนพื้นฐานของการใช้ทรัพยากรที่เท่ากันหรือน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการจัดสรรที่แตกต่าง

○ ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (Technical Efficiency) หมายถึง การเลือกและการใช้ทรัพยากรตามความจำเป็นทางสุขภาพมีผลให้เกิดความประหยัด โดยที่ไม่ลดประสิทธิผลหรือประโยชน์ทางสุขภาพที่ประชาชนได้รับ จากการเลือกหรือการใช้ทรัพยากรดังกล่าว

จากกรอบภาพใหญ่ของการปฏิรูประบบสุขภาพระดับประเทศ จำลองย่อขนาดในระดับพื้นที่ที่เหมาะสม เป็นกรอบภาพการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแผนภาพที่ ๒

การปฏิรูประบบสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง



แผนภาพที่ ๒ การปฏิรูประบบสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นการนำเสนอภาพการจัดการสุขภาพในระดับอำเภอ/พื้นที่ (District/Local Health) ทำให้ในระดับพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง บนพื้นฐานของการมีระบบที่สามารถตอบสนองตามความจำเป็นทางสุขภาพ อันส่งผลให้เกิด “สุขภาวะ (Well-being)” ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน และทำให้ภาพรวมของทั้งอำเภอ/พื้นที่ มีคุณลักษณะของการเป็น “อำเภอ/เมืองสุขภาพดี (Healthy District/City)” เป็นการดำเนินการโดยใช้พื้นที่

เป็นฐาน ให้ความสำคัญกับ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เชื่อมต่อกับระบบสุขภาพชุมชน โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางส่งเสริมการพึ่งตนเอง (Self-reliance) พร้อมไปกับเพิ่มศักยภาพเพื่อการดูแลตนเอง (Self care) ของประชาชน ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน องค์กรประกอบสำคัญของการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดการปฏิรูปประกอบด้วย

๑. การมีทีมแนวราบและทีมแนวตั้ง/เครือข่ายบริการ (Matrix team/Network) โดยมี สมาชิกในครอบครัว อสม./จิตอาสา พยาบาล บุคลากรอื่น ๆ และแพทย์ รวมถึงแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้าน เป็น องค์กรประกอบสำคัญในการทำให้ทีม/เครือข่าย ของผู้ให้บริการในวิชาชีพต่าง ๆ ที่มีอยู่ทั้งหมดภายในระบบ เชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบและเป็นทางการ ร่วมกันให้การดูแลเพื่อตอบสนองตามความ จำเป็นในทุกมิติทางสุขภาพ การมีและสร้างความเป็นทีม/เครือข่าย ในลักษณะของความเป็น สหอาชีพ+ สหวิชาชีพ สามารถมีและสร้างได้ทั้งภายในภาครัฐ ผสมผสานระหว่างรัฐและเอกชน หรือภายใน ภาคเอกชน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากร ทีม สถานบริการและ ทรัพยากรที่มีอยู่ในเขตพื้นที่หรือที่มีอยู่ภายในระบบ เช่น ในพื้นที่เขตเมือง มีโรงพยาบาลเอกชน คลินิก เอกชน ร้านยาเอกชน มากกว่าในพื้นที่เขตชนบท เป็นต้น

๒. การมีทีมบริหารจัดการในระดับอำเภอ/พื้นที่ (District/Local Health Board) องค์กรประกอบ ของทีมควรประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบวิชาชีพทางสุขภาพ ภาคส่วน ต่าง ๆ ภายในอำเภอ/พื้นที่ และภาคประชาชน เพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ทั้ง ในภาครัฐและเอกชน ทีมบริหารจัดการควรมีพัฒนาการของการมีสถานะเป็นนิติบุคคล

๒.๑ หลักการของการกำหนดพื้นที่ให้มีความสำคัญกับความเป็นตำบลและอำเภอ (ไม่แบ่งแยก ความเป็นตำบลและอำเภอโดยไม่จำเป็น)

๒.๒ หลักการของการกำหนดจำนวนประชากร ไม่มากเกินไปจนทำให้องค์กรประกอบต่าง ๆ ภายในระบบ รวมถึงองค์กรที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ ขาดคุณลักษณะสำคัญคือ “ใกล้ชิดประชาชน” และไม่ น้อยเกินไปจนทำให้ทรัพยากร (องค์กรประกอบต่าง ๆ) ที่มีอยู่ภายในระบบมีไม่มากพอ (Economy of scale) สำหรับการแบ่งปัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พึ่งพากันเอง ทำให้การเชื่อมโยงกันเป็นระบบมีความ เป็นตัวของตัวเอง ในลักษณะ “มีองค์กรประกอบสำคัญครบภายในตัวระบบเอง (more or less Self-contained Segment)” จำนวนประชากรภายในระบบควรมีประมาณ ๓๐,๐๐๐ - ๔๐๐,๐๐๐ คน

๓. การพัฒนาศักยภาพเสริมสมรรถนะ กำลังคนและองค์กร ทั้งทีมแนวราบและแนวตั้ง/เครือข่าย บริการ (Matrix team/Network) และทีมบริหารจัดการ (District /local health board)

๔. ทีมบริหารจัดการ (District /local health board) จะต้องมีอำนาจในการบริหารจัดการ การเงิน ชุดสิทธิประโยชน์รวมทั้งสามกองทุน ชุดสิทธิประโยชน์เสริมแต่ละกองทุน ชุดสิทธิประโยชน์ จำเพาะของแต่ละพื้นที่/อำเภอ โดยระดมใช้และพัฒนาทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ภายในระบบ ดึงการ มีส่วนร่วมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งจากแหล่งอื่น ๆ เพื่อแก้ปัญหา สุขภาพที่จำเพาะและสอดคล้องในพื้นที่

๕. ปฏิรูปให้มีการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ภูมิปัญญาท้องถิ่น/ชาวบ้าน ด้าน สุขภาพ ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเอง และบูรณาการอยู่ในการให้บริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อตอบสนอง ตามความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน

๖. มีการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน (Health Information for Self Care) ซึ่งจะเป็นจุดเปลี่ยนทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมสุขภาพดี

๗. มีระบบการสื่อสาร ระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ เพื่อรองรับระบบการส่งต่ออย่างเป็นระบบเชื่อมโยง รวดเร็ว

๕. การออกแบบข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป

๑ เดือน (Conceptual Design)

- ทบทวนสถานการณ์ภาพรวม
- ศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นต้น

- กำหนดประเด็นปฏิรูปเชิงระบบ เช่น การปรับปรุง พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

- จัดทำข้อเสนอระดับหลักการและสาระสำคัญ

- สรุปรายงานข้อเสนอต่อสภาพปฏิรูปแห่งชาติ เพื่อฟังความเห็นและรับหลักการ

๓ เดือน (Process and Organizational design)

- ยกร่างการปรับปรุงกฎหมายเดิม/การออกกฎหมายใหม่

- กำหนดพื้นที่นำร่อง (Pilot)

๖ เดือน (Strategic Plan and Legal Design)

- กำหนดแผนการปฏิรูป (How to & Roadmap) โดยกำหนดแผนและขั้นตอนการออกกฎหมายและการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปฏิรูปในระยะ ๕ ปี

๖. ผลกระทบเชิงบวกในวงกว้างต่อประเทศไทย

เกิดระบบการจัดการด้านสุขภาพด้วยประชาชน เกิดการมีส่วนร่วม สร้างความมั่นคงให้กับประชาชนและชุมชน สามารถพึ่งพาตนเอง พึ่งพากันเอง และรวมกันเป็นกลุ่มอย่างมีพลัง เป็นรากฐานการพัฒนาที่เกิดขึ้นในพื้นที่และเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับชุมชน เกิดการรวมกลุ่มเป็นพลังสังคมที่หลากหลายประกอบด้วยกลุ่มที่มีทุนมนุษย์และทุนสังคมที่เกี่ยวพันกันอย่างเข้มแข็ง มีศักยภาพความพร้อมสามารถบริหารจัดการตนเองในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การจัดการภัยคุกคามสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันเกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ทัวถึงและยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรม มีระบบธรรมาภิบาล ทำให้เกิดชุมชนสุขภาวะ/เมืองสุขภาพดี เป็นสังคมที่เกื้อกูลและแบ่งปัน

๗. ภาคผนวก

นิยามศัพท์

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“การบริการปฐมภูมิ” หมายความว่า การบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างใกล้ชิดโดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญาและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

“ธรรมาภิบาล” หมายความว่า คุณลักษณะของการบริหารหรือการปกครองเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจ มีคุณภาพและเกิดความคุ้มค่า ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกตอบสนองความต้องการของประชาชน และมีการประเมินผลการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล ต้องยึดหลักการมีส่วนร่วม หลักความโปร่งใส หลักความรับผิดชอบและตรวจสอบได้ หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล และหลักนิติธรรม

“การมีส่วนร่วม” หมายความว่า การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ในลักษณะของการร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ ร่วมติดตาม ประเมินผลและตรวจสอบ

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร. บริษัท วิกี จำกัด. ๒๕๕๕.

๒. World Health Organization, Regional Office for Europe. Governance for Health in 21st Century. Copenhagen, Denmark. 2012.

๓. จรวยพร ศรีศัลลักษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา ทิพิชา โปษยานนท์ และวัลย์พร พัทธนฤมล. สังเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร. สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. ๒๕๕๗.

๔. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร. บริษัท วิกี จำกัด. ๒๕๕๕.

๕. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ และกมลภากร สมมิตร. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ และแนวโน้มในอนาคต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๖.

๖. Leppo K., Ollila E., Pena S., Wismar M., and Cook S. Health in All Policies: Seizing Oppotunitites, Implementing Policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. 2013.

๗. World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies. 2013 (www.who.int/healthpromotion/.../8gchp_helsinki_statement. เข้าถึงเมื่อ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘)

๘. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย ๒๕๕๖. กรุงเทพมหานคร. อมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชิ่ง. ๒๕๕๖.

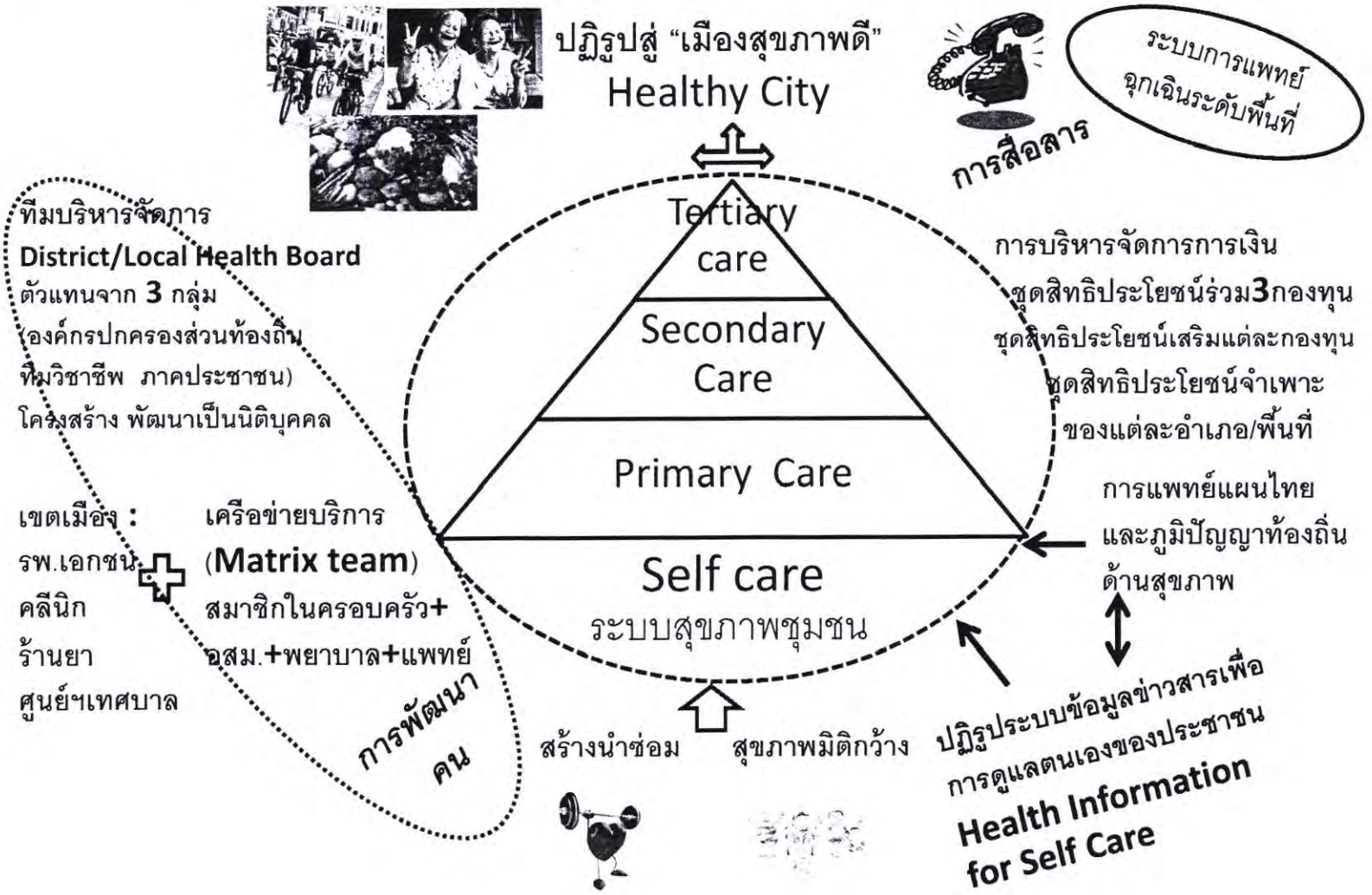
๙. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย ๒๕๕๗. กรุงเทพมหานคร. อมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชิ่ง. ๒๕๕๗.

๑๐. Tulchinsky T, Varavikova E. The New Public Health. 2nd Edition. California. 2009.

๑๑. ยุทธนา วรณปิติกุล และ สุพิดา เรืองจิต. ๒๕๔๒ . สำนักพลเมือง : ความเรียงว่าด้วยประชาชนบนเส้นทางประชาสังคม. กรุงเทพฯ : มูลนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม

๑๒. อัมพล จินดาวัฒนะ ๒๕๕๗. การอภิบาลร่วมสมัย. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สามดีพรินต์ติ้งอีควิปเมนท์ จำกัด

การปฏิรูประบบสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง



ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

เรื่องที่ ๒

“การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค
และภัยคุกคามสุขภาพ”

เรื่องที่ ๒

“การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ”

๑. วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่องการปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพได้ดำเนินการดังนี้

๑.๑ คณะกรรมาธิการปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้แต่งตั้งคณะทำงานศึกษาเรื่องการปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ทำหน้าที่ศึกษา ทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และยกร่างข้อเสนอการปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

๑.๒ คณะทำงานปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ได้ศึกษา ทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามสุขภาพทั้งในระดับนานาชาติ ระดับชาติ และระดับพื้นที่ โดยพิจารณาจากเอกสารผลการดำเนินงาน แผนงาน ยุทธศาสตร์ ผลงานวิจัย ข้อเสนอทั้งของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) มติสมัชชาปฏิรูป และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการป้องกันและควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพ

๑.๓ คณะทำงานฯ ได้ยกร่างข้อเสนอเบื้องต้น เพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมาธิการปฏิรูประบบสาธารณสุขเมื่อวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

๑.๔ คณะทำงานฯ ได้นำเสนอกรอบแนวคิดเบื้องต้นและข้อเสนอการปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพในการสัมมนาของคณะกรรมาธิการปฏิรูประบบสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ โดยมีคณะกรรมาธิการปฏิรูประบบสาธารณสุข คณะอนุกรรมาธิการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ คณะอนุกรรมาธิการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ คณะอนุกรรมาธิการปฏิรูปนโยบายสาธารณสุข คณะอนุกรรมาธิการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คณะอนุกรรมาธิการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ คณะกรรมาธิการปฏิรูปสังคมชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส คณะกรรมาธิการปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น คณะกรรมาธิการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ องค์กรภาคประชาชนภาคประชาสังคม และภาคเอกชนให้ข้อเสนอแนะและความเห็นต่อข้อเสนอการปฏิรูปฯ ดังกล่าว

๑.๕ คณะทำงานฯ ได้นำเสนอกรอบแนวคิดและข้อเสนอการปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ต่อคณะกรรมาธิการปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อให้ความเห็นเพิ่มเติม และเตรียมนำเสนอต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติ

๒. ผลการศึกษา

๒.๑ ที่มาและประเด็นปัญหา

“สุขภาพ” ในความหมายขององค์การอนามัยโลก มิได้หมายถึงเพียงภาวะปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงภาวะสมบูรณ์ทางกาย ทางจิตและทางสังคมด้วย ซึ่งประเทศไทยได้นำความหมาย “สุขภาพ” ในมิติที่กว้างขึ้นนี้มาใช้ตั้งแต่ยุคแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพ ในราวปี ๒๕๔๑ และมีบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ว่า สุขภาพ หมายความว่าภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล^๑ ขณะเดียวกันก็เป็นที่ยอมรับว่า สุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนด้วย ซึ่งไม่เพียงแต่หมายถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังหมายรวมถึงสิทธิที่ครอบคลุมไปถึงการมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะด้วย เช่น การมีน้ำดื่มสะอาด อาหารเพียงพอ ปลอดภัย มีสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน บ้านและชุมชนที่ดี ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ที่ถูกต้อง และความเท่าเทียมทางเพศด้วยสุขภาพจึงเป็นเสมือนความยุติธรรมทางสังคม^๒ สุขภาพดีจึงเป็นผลรวมของปัจจัยและผลจากสิ่งต่าง ๆ^๓ ทั้งการมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีพที่พอเพียง มีจิตใจเบิกบาน มีปัญญาดี ไม่เครียด ไม่ถูกบีบบังคับ ครอบครัวอบอุ่น สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำความดี จิตใจเปี่ยมสุข มีศาสนธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเอื้อเฟื้อ

โดยความหมายของสุขภาพข้างต้น ระบบสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศด้วย^๔ เป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัดเพียงระบบบริการสาธารณสุขธรรมดาด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม^๕ โดยการพัฒนาสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความหลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่นๆ ด้วย^๖ และจะต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืน และการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของหลักคุณธรรมจริยธรรมมนุษยธรรมธรรมาภิบาลความรู้และปัญญา^๗

ในการปฏิรูประบบสุขภาพยุคแรกระบบสุขภาพในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวสำคัญหลายประการ ตั้งแต่การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้คนไทยเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกิดการทดลองกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยการถ่ายโอนสถานีนามาไปยังกึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เปลี่ยนสถานีนามาทั่วประเทศ เป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)” เกิดการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่กลายเป็นแหล่งสนับสนุนการเคลื่อนไหวด้านการสร้างเสริมสุขภาพของทุกภาคส่วน รวมถึงเกิดการเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนในสังคมในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy : PHPPP)ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.๒๕๕๐

สำหรับคำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ” ถูกใช้ครั้งแรกในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๑ แทนคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งมาจากภาษาอังกฤษคำเดียวกันคือ “HealthPromotion” โดยที่คำว่า การส่งเสริมสุขภาพยังคงถูกใช้จากมุมมองของภาคราชการสาธารณสุข ซึ่งในปี๒๕๕๔กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ขยายขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลและชุมชนให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนและชุมชนรวมทั้งการพัฒนาหรือยกระดับปัจจัย

กำหนดสุขภาพ^๕ การสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีความหมายครอบคลุมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะของบุคคล การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน รวมไปถึงการดูแลเอาใจใส่ต่อนโยบาย สาธารณะที่กระทบต่อสุขภาพ^๖ เพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคมมุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย การพิการและการตายที่ไม่สมควรและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพนำการซ่อม สุขภาพ” ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตบุคคลย่อมมีสิทธิดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมี มาตรฐานทันต่อเหตุการณ์โดยให้ถือเป็นภาระหน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วนทุกระดับโดยการใช้มาตรการเชิง รุกที่มีธรรมาภิบาลบนพื้นฐานแห่งดุลยภาพทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมภายใต้แนวปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง^๕

๒.๒ การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบของแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและ ภัยคุกคามสุขภาพ

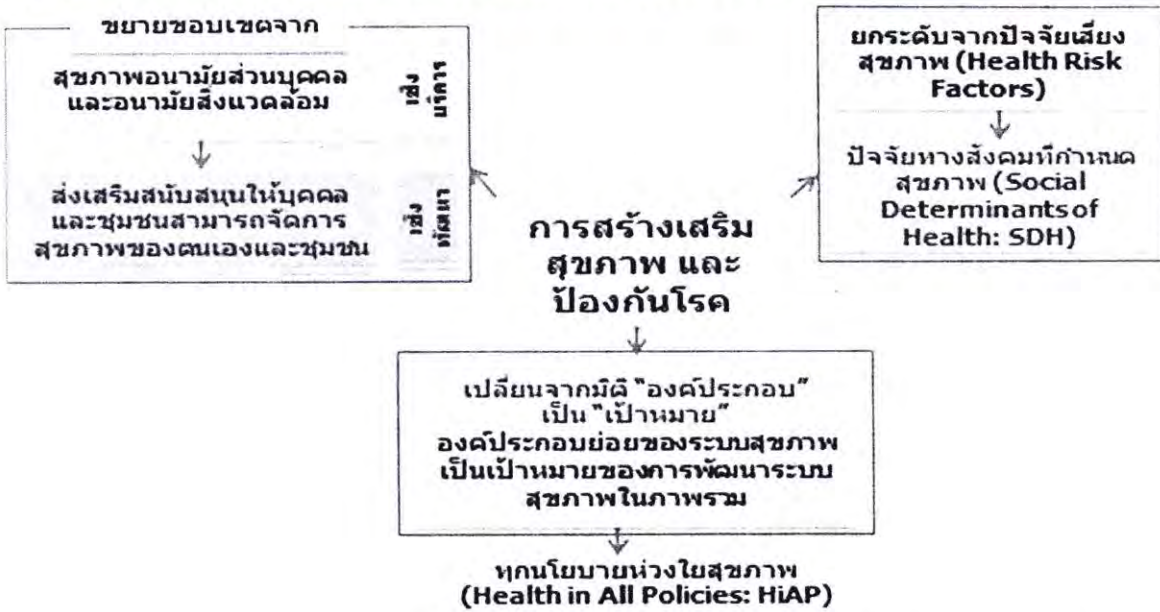
จากการศึกษา พบว่า

๒.๒.๑ นಿಯามการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยได้ขยายขอบเขตจากส่งเสริมสุขภาพ อนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ไปเป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลและชุมชน ให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนและชุมชนรวมทั้ง

๒.๒.๒ การพัฒนาหรือยกระดับจากการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health Risk factor) ไปสู่การจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ^๕ ด้านบวกและลบ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้าง เสริมสุขภาพในระดับนานาชาติตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)จากการประชุมส่งเสริมสุขภาพ โลก ครั้งที่ ๑ ปี ๒๕๒๙ และจากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๔๘ ได้ประกาศกฎบัตร กรุงเทพฯ (Bangkok Charter)โดยให้ความสำคัญปัจจัยกำหนดสุขภาพและผลกระทบทางการค้า สินค้า บริการ และกลยุทธ์การตลาดที่มีผลต่อสุขภาพ ในปี ๒๕๕๑ ได้มีรายงาน Final Report of Commission on Social Determinants of Health (CSDH)ได้เสนอแนะให้ทุกประเทศใช้แนวคิดทุกนโยบายห่วงใย สุขภาพ (Health in All Policies Approach: HiAP)^๖จนในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ ๘ ปี ๒๕๕๖ ได้ประกาศThe Helsinki Statement on Health in All Policies” หรือให้นำหลักการ “ทุก นโยบายห่วงใยสุขภาพ” ปรากฏในมติการสร้างเสริมสุขภาพ

๒.๒.๓ โดยนัยยะเช่นนี้ การสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เป็นเพียงระบบย่อยของระบบสุขภาพ แต่ จะเป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวม ที่รับประโยชน์จากการกำหนดนโยบายป้องกัน และควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพที่ดีด้วย

การสร้างเสริมสุขภาพ-ป้องกัน ควบคุมโรค- ภัยคุกคามสุขภาพ



แผนภาพที่ ๑ การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบของแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

๒.๓ สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการพบว่า มิติต่าง ๆ ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและอื่น ๆ ล้วนมีผลต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังนี้

๒.๓.๑ มิติทางการเมืองการปกครองความขัดแย้งทางการเมือง ปัญหาการคอร์รัปชัน การละเมิดสิทธิมนุษยชนและการใช้กำลังในการตัดสินปัญหา มากกว่าสันติวิธีที่เพิ่มมากขึ้น ไม่เพียงส่งผลต่อการบริหารประเทศ แต่ยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในสังคมลดลง เกิดความเครียด วิตกกังวลและหวาดระแวงเพิ่มมากขึ้น จนทำให้มวลรวมความสุขของคนในสังคมลดลง ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนไทยในทางกลับกัน สังคมไทยซึ่งเปลี่ยนแปลงไปเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและแนวคิดทางการเมืองการปกครองจากประชาชนที่ต่างคนต่างอยู่ ยกระดับสู่การเป็นสังคมของ “พลเมือง (Citizen)” หรือประชาชนเป็นสมาชิกของ “ประชาสังคม (Civil Society)” มากขึ้น เห็นได้จากประชาชน ชุมชนและท้องถิ่นต่างมีความตระหนักในสิทธิและหน้าที่ของตนในการมีส่วนร่วมทางการเมืองมากขึ้น สมาชิกในสังคมมีพลัง และมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ รวมทั้งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม บทบาทการเมืองภาคประชาชนจึงสูงขึ้น เกิดการรวมกลุ่มเฉพาะกิจและแสดงความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ที่สามารถทำได้ง่ายขึ้นโดยผ่านสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์^๓

๒.๓.๒ มิติทางเศรษฐกิจ การเติบโตทางเศรษฐกิจที่เร่งกระตุ้นการบริโภค บันทอนโครงสร้างและศักยภาพของสังคมพึ่งตนเองในชนบท เกิดภาวะการแก่งแย่งแข่งขันสูงเพื่อสร้างรายได้ มีผลต่อการขยายความเหลื่อมล้ำในสังคมช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนยังขยายกว้างขึ้นมาโดยตลอดและเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจทำให้การกระจายรายได้มีความเหลื่อมล้ำมากขึ้น กล่าวคือ กลุ่มคนจนที่สุทธ้อยละ ๒๐.๐๐ มีสัดส่วนรายได้ลดลงจากร้อยละ ๔.๒๐ ในปี ๒๕๓๙ เป็นร้อยละ ๓.๙๐ ในปี ๒๕๔๓ ในขณะที่คนรวยที่สุทธ้อยละ ๒๐.๐๐ สุดท้ายมีรายได้สูงขึ้นจาก ๕๖.๗ เป็น ๕๗.๖๐ ในช่วงเดียวกัน การเร่งพัฒนาทางเศรษฐกิจสร้างกระแสสังคมแบบทุนนิยมการเปิดเขตการค้าเสรี การเปิดเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศส่งผลให้อาจเกิดความไม่มีเอกภาพในการกำหนดนโยบายสุขภาพของรัฐบาล เพราะประเด็นสุขภาพอาจได้รับความสนใจน้อยกว่าเมื่อเทียบกับประเด็นทางเศรษฐกิจ เกิดภาวะขาดความมั่นคงและปลอดภัยทางอาหารมากขึ้น ทั้งจากการผูกขาดของธุรกิจเกษตรอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ และผลกระทบจากการเจรจาการค้าเสรี กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าสู่ประเทศได้ง่ายขึ้น นำมาซึ่งการพึ่งพิงด้านงบประมาณในระบบสุขภาพ ทั้งด้านบริการ การป้องกันและควบคุมโรคด้วย”

๒.๓.๓ มิติทางประชากรและสังคม ประเทศไทยกำลังประสบกับสภาวะการมีประชากรวัยเด็กลดน้อยลง^{๑๐} และเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ และในอีกไม่เกิน ๑๐ ปีข้างหน้าหรือราวปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) และราวปี ๒๕๖๘ จะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) เมื่อประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ ๓๐ ของประชากรทั้งหมด^{๑๑} การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุทำให้มีสัดส่วนของบุคคลที่ไม่อยู่ในตลาดแรงงานต่อผู้ที่อยู่ในตลาดแรงงาน (Dependency Ratio) สูงขึ้น เกิดภาระในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ^{๑๒} ขณะที่ครัวเรือนไทยจะเป็นครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีการศึกษาสูงขึ้น แนวโน้มการอพยพย้ายถิ่นจากชนบทสู่สังคมเมืองมากขึ้น เกิดการขยายตัวของชุมชนเมืองและมีผลกระทบต่อการทำงานของผู้อพยพ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพจิต โรคกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง และโรคบางโรคที่มักเกิดในชุมชนแออัด ซึ่งได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โรคอุจจาระร่วง และวัณโรค

การเติบโตทางเศรษฐกิจที่เร่งกระตุ้นการบริโภค บันทอนโครงสร้างและศักยภาพของสังคมพึ่งตนเองในชนบท เกิดภาวะการแก่งแย่งแข่งขันสูงเพื่อสร้างรายได้ มีผลต่อการขยายความเหลื่อมล้ำในสังคม ขาดความมั่นคงทางสังคม (Social Security) เกิดปัญหาทางสังคมต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาเยาวชน ยาเสพติด ความรุนแรง และอาชญากรรม นำไปสู่สภาพแวดล้อมที่ประชากรเริ่มมีคุณภาพที่อ่อนแอลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง ระบบคุณธรรม จริยธรรมและคุณค่าในสังคมเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง ชีวิตความเป็นอยู่ในเมืองมีแต่ความแออัด เร่งรีบ และขาดสมดุล เช่น บริโภคมากแต่เคลื่อนไหวออกแรงน้อย (Sedentary Life Style) ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดสูง การสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น มีโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตแบบคนเมืองมากขึ้น นอกจากนั้นความหลากหลายของประชากรในเขตเมือง การเพิ่มขึ้นของประชากรแฝง นักเดินทางข้ามชาติ ทำให้เกิดปัจจัยกำหนดสุขภาพที่แตกต่างกันของแต่ละกลุ่มประชากร รวมถึงความเสี่ยงของการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง”

๒.๓.๔ มิติทางอาหารและการเกษตร ปัญหาคุณภาพชีวิตเกษตรกรและผู้บริโภคในสังคมไทยขณะที่เป็นประเทศผู้ส่งออกอาหารสำคัญของโลก แต่ประชาชนของประเทศจำนวนมากยังขาดความมั่นคงทางอาหาร จากข้อมูลขององค์การอาหารเกษตรพบว่ายังมีเด็กไทยที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อยู่ถึง

ร้อยละ ๗.๐๐ คุณภาพชีวิตของเกษตรกรยังมีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในปี ๒๕๔๑ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีเกษตรกรที่ผลการตรวจเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเกิดพิษ คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๐๐ ของเกษตรกรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัว เป็นร้อยละ ๓๙.๐๐ ในปี ๒๕๕๐ ขณะที่เกษตรกรรายย่อยกำลังถูกแทนที่ด้วยการผูกขาดในระบอบธุรกิจอุตสาหกรรมเกษตรและอาหารตลอดทั้งห่วงโซ่อาหาร ซึ่งอาจส่งผลให้ประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้อย่างเพียงพอในห้วงยามพิบัติภัย ซึ่งแนวโน้มของปัญหาภัยพิบัติที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศในอนาคตจะสร้างผลกระทบต่อเกษตรกรและประชาชนส่วนใหญ่มากยิ่งขึ้น

๒.๓.๕ มิติทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศของโลก (Climate Changes) และภาวะโลกร้อน (Global Warming) ความแปรปรวนของสภาพอากาศมากขึ้น^{๓๓} ซึ่งเป็นผลพวงจากการกระทำของมนุษย์ ถือเป็น “ความไม่มั่นคงของมนุษย์”^{๓๔} ที่มีความเสี่ยงต่อภัยธรรมชาติที่รุนแรง และพบได้ถี่ขึ้นส่งผลกระทบต่อความเสียหายที่สูงขึ้นตามมา โดยเฉพาะหากไม่ได้มีการเตรียมระบบป้องกันและจัดการ สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปของโลกทำให้มีโรคใหม่ ๆ เกิดขึ้นทั้งคน พืช และสัตว์ นำไปสู่การพัฒนาและใช้ยาหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ กับพืชและสัตว์ที่นำมาเป็นอาหาร รวมทั้งมีการใช้สารเคมีมากขึ้น ซึ่งยาและเทคโนโลยีดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพของประชาชนด้วย^{๓๕} ขณะเดียวกันการเพิ่มขึ้นของอุตสาหกรรมรูปแบบต่าง ๆ การรุกรานทรัพยากรสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง ไม่เพียงแต่ส่งผลให้เกิดมลพิษทางสิ่งแวดล้อม แต่ยังส่งผลให้เกิดความขัดแย้งระหว่างเจ้าของพื้นที่เดิมและผู้เข้าใช้ประโยชน์พื้นที่ด้วย

๒.๓.๖ มิติทางเทคโนโลยี เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในชีวิตของประชาชนมากขึ้น ทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ การสาธารณสุข เทคโนโลยีการสื่อสารและอื่น ๆ เทคโนโลยีเหล่านี้ทำให้การดำเนินวิถีชีวิตเปลี่ยนไป นอกจากจะใช้เทคโนโลยีเพื่อรับสารแล้ว ยังเอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายสังคมและโลกออนไลน์ได้ง่ายขึ้น ส่งผลในเรื่องของความเป็นอยู่ วิธีการบริโภค การรับรู้ รวมถึงความปลอดภัยในชีวิต มีการใช้การโฆษณาและสื่อสารทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการจำหน่ายสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้น ในช่องทางสื่อที่หลากหลาย เผาระวัง ควบคุมได้ยาก^{๓๖}

๒.๓.๗ มิติทางสุขภาพ การเจ็บป่วยและเสียชีวิต(ก่อนวัยอันควร) ของคนไทยมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นผลจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมาก โรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงและภัยเงียบสำคัญอันดับ ๑ และอันดับ ๖ ของการสูญเสียสุขภาพะในหญิงไทยและชายไทยตามลำดับ^{๓๗} ความชุกและความรุนแรงของผลกระทบจากปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรทุกกลุ่มอายุการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นตลอด ๑๐ ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน โรคเหล่านี้ล้วนมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันที่เพียงพอ ขณะเดียวกันโรคมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๒ อันดับแรกของคนไทย แม้สุขภาพกายจะดีขึ้นในหลายด้าน แต่สุขภาพจิตกลับเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความผิดปกติทางจิตและอารมณ์ รวมทั้งอาการเครียดหรือความแปรปรวนทางจิตใจของคนไทยมีเพิ่มสูงขึ้นในรอบ ๑๐ ปี^{๓๘}

นอกจากนี้ ปัจจุบันภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และกำลังเป็นปัญหาที่ทั่วโลกหวัดวิตก ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์กับคนที่มีต้นกำเนิดจากสัตว์หรือสัตว์ป่า และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค โรคอุบัติใหม่มักส่งผลต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง ทุกประเทศทั่วโลกจำเป็นต้องเตรียมการ

เฝ้าระวัง ป้องกันรวมถึงประสานข้อมูลระหว่างประเทศอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและสกัดกั้นการแพร่ระบาดของยุงที่ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างศักยภาพ ระบบ และเครื่องมือป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมทั้งเตรียมความพร้อมตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ^{๑๕, ๑๖}

ภายใต้บริบทของสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวปัญหาสุขภาพจึงมีความซับซ้อนมีขอบเขตกว้างไกลกว่าภาคสุขภาพประเทศไทยจำเป็นต้องดำเนินการเชิงรุกโดยกำหนดวิสัยทัศน์และจุดยืนประเด็นด้านสุขภาพตลอดจนปรับปรุงกลไกต่าง ๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชากรสร้างความมั่นคงทางสาธารณสุขให้กับประเทศ^{๑๗} อย่างไรก็ตาม พบว่าประชาชนเริ่มมีความตระหนัก ตื่นตัวในเรื่องของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากภายนอกประเทศ เช่น สหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก ยังเป็นแรงผลักดันเชิงบวกในการดำเนินงานของหน่วยงานในประเทศด้วย^{๑๘}

๒.๔ วัตถุประสงค์

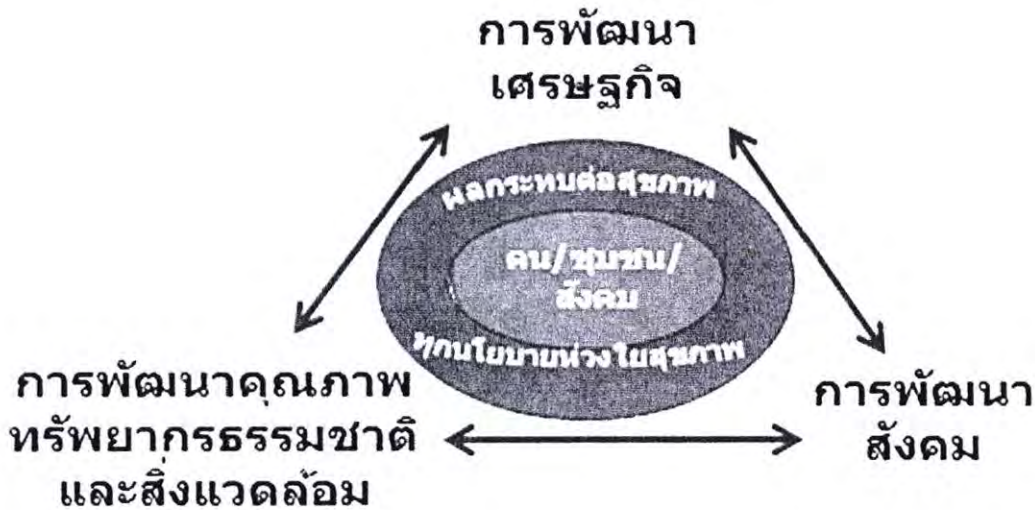
๒.๔.๑ เพื่อสนับสนุนให้คน/ชุมชน/ท้องถิ่น/สังคม มีความเข้มแข็ง สามารถจัดการระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพของตนเองโดยตนเองได้

๒.๔.๒ มุ่งให้เกิดการบริหารจัดการระดับจังหวัด ที่มีบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ โดยปรับให้ส่วนกลางมีบทบาทในทางนโยบาย มาตรฐาน และจัดระบบงบประมาณสนับสนุน ในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพอย่างยั่งยืน

๒.๕ กรอบความคิดรวบยอด

๒.๕.๑ จากนิยามการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ขยายมิติและความครอบคลุมเป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมสนับสนุนบุคคล ท้องถิ่นและชุมชนให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนและชุมชน และการสร้างเสริมสุขภาพได้เปลี่ยนเป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวม ที่รับประโยชน์จากการกำหนดนโยบายป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามสุขภาพที่ดีด้วย ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพจึงต้องดำเนินการทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ (Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Prevention and Control) และการปกป้องภัยหรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ (Protection) ไปพร้อมกัน โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ(Determinants of Health)การพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพที่ยั่งยืนนั้น จึงต้องสร้างดุลยภาพระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจ การพัฒนาสังคม และคุณภาพทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ชุมชน และสังคมเป็นสำคัญ กล่าวคือ ใช้แนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ(Health in All Policies Approach: HiAP)

**ดุลยภาพของการพัฒนาภายใต้หลักการ
"ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ"
(Health in All Policies: HiAP)**



แผนภาพที่ ๒ ดุลยภาพของการพัฒนาภายใต้หลักการ ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ

แนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ(Determinants of Health)ที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคเพียงแค่ระดับปัจเจกบุคคล แต่ขยายความครอบคลุมในวงกว้างทุกมิติที่ส่งผลกระทบท่อสุขภาพ ดังแผนภาพที่ ๓ ทั้งนี้การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ต้องผสมผสาน (Combined Strategies) ทั้งแนวการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับปัจเจกบุคคล (Individual-based Approach) ที่มุ่งเน้นป้องกันและกำจัดปัจจัยเสี่ยงสูงที่มีผลต่อสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล และเน้นการปรับเปลี่ยนเพื่อสุขภาพส่วนบุคคล และแนวการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับประชากร (Population-based Approach) ที่มุ่งเน้นสร้างเสริม ป้องกันและกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพให้อยู่ในระดับต่ำมีผลกระทบต่อประชากรน้อยที่สุด และเน้นการปรับเปลี่ยนเพื่อสุขภาพของคนทั้งหมด (Whole Population)

นโยบาย ยุทธศาสตร์ และสังคม แผนพัฒนาเศรษฐกิจ

ความเกี่ยวเนื่องทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม

การศึกษา การอยู่อาศัยและการทำงาน การเกษตรและ
อาหาร

การจ้างงาน บริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่
ทำงาน

น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล ที่อยู่อาศัย

เครือข่ายทางสังคม เครือข่ายชุมชน

ปัจจัยด้านวิถีชีวิตสวน
บุคคล

ปัจจัยทางพันธุกรรม
อายุ เพศ

แผนภาพที่ ๓ ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ(The Wider Determinants of Health)

๒.๕.๒ นอกจากการปรับใช้แนวคิดทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ(HIAP) สิ่งที่ต้องพิจารณาควบคู่ไปพร้อมกันคือ “ผู้เล่น” หรือ “ผู้มีส่วนได้เสีย” ในระบบสุขภาพปัจจุบันเกิดขึ้นจำนวนมาก ไม่เพียงหน่วยงานในและนอกระบบสุขภาพ ยังรวมถึงภาคเอกชน ภาคสังคมและประชาชนจำนวนมากที่ได้เข้าร่วมเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพในมิติต่าง ๆ มากขึ้นตามลำดับ การจัดการระบบสุขภาพจึงไม่อาจใช้รูปแบบการอภิบาลโดยรัฐ(Government by State)เพียงฝ่ายเดียวอีกต่อไป แต่ต้องปรับการอภิบาลระบบสุขภาพไปสู่ การอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by Network)ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน สื่อสารมวลชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ภาควิชาชีพต่าง ๆ เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และโปร่งใส โดยเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการอภิบาลระบบโดยรัฐและเชื่อมกับการอภิบาลระบบโดยตลาด(Governance by Market) เช่น กลไกและกฎระเบียบทางการค้า การลงทุน ในทิศทางสร้างน่าซ่อม และการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าพร้อมไปกับ ปรับเปลี่ยนจากการสั่งการหรือดำเนินการโดยหน่วยงานใด ๆ เพียงหน่วยเดียว (Single Command)เป็นการมีส่วนร่วมหรือสนับสนุนจากภาคีหุ้นส่วน(Collective Leadership and Partnership) โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ภัยคุกคามสุขภาพให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน เช่น ระบบการเงินการคลัง การตลาดเชิงสังคม การสื่อสารสุขภาพ การจัดการความรู้และนวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา การพัฒนาความรู้และเทคโนโลยี การให้ความสำคัญกับการลงทุน การพัฒนานโยบาย แผนงานบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังแผนภาพที่ ๔

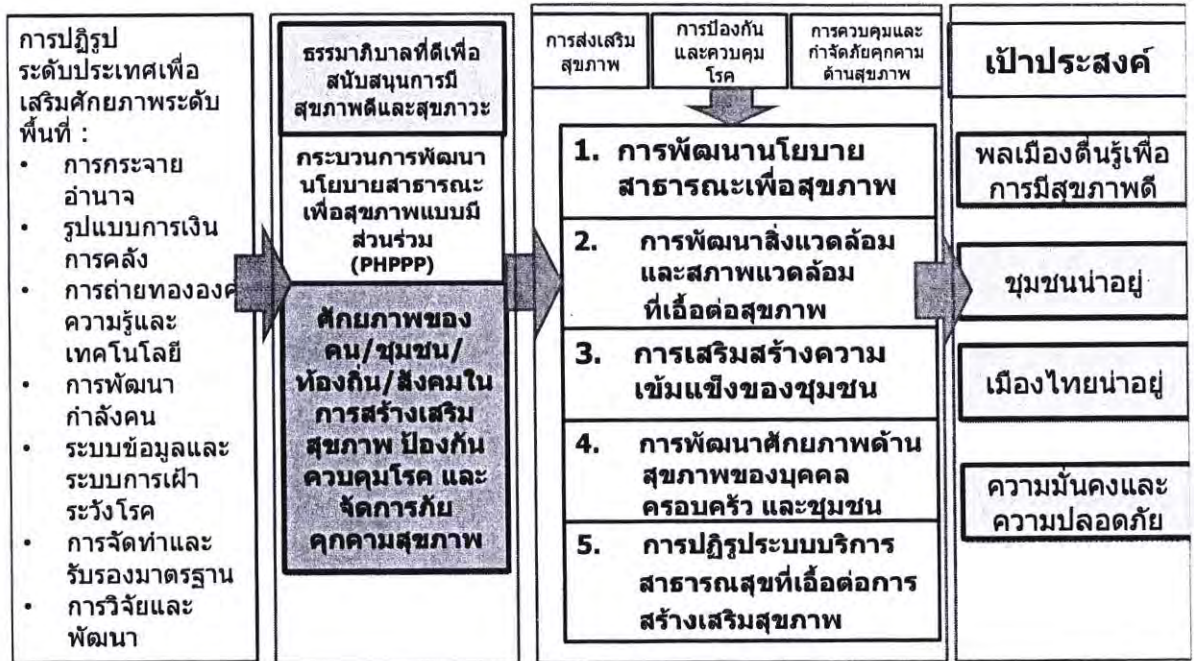


แผนภาพที่ ๔ แนวคิดการปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ภัยคุกคามสุขภาพ โดยการอภิบาลโดยเครือข่าย

๒.๕.๓ พัฒนาการจากกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ที่เน้นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ๕ ประการ ทั้ง การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Build Healthy Public Policy) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthen Community Action) และการพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจากเชิงรับเป็นเชิงรุก (Reorient Health Service) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาาระบบบริการที่มีประชาชนและพื้นที่เป็นฐาน โดยกระจายหน้าที่การให้บริการสู่ท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืนได้ (ตามแนวคิดการปฏิรูปของอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ)

การปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพ จึงวางเป้าประสงค์หลักเพื่อมุ่งให้คน ชุมชน ท้องถิ่นและสังคมมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามสุขภาพด้วยตนเอง ผ่านการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) และการอภิบาลแบบเครือข่าย (Governance by Network) ที่ดีเพื่อสุขภาพและสุขภาวะเพื่อให้เกิดความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ (Active Citizen) ในดูแลสุขภาพตนเองและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้ด้วยตนเอง บุคคลมีสุขภาพดี มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรม มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างหลากหลายและเป็นรูปธรรม มีการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัวชุมชนและสังคมอย่างสมดุลและเชื่อมโยงกันตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพ ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นชุมชนที่ปลอดภัย อยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ เกิดชุมชนสุขภาวะทั่วเมืองไทย

กรอบแนวคิดปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ-ป้องกันควบคุมโรค- ภัยคุกคามสุขภาพ โดยชุมชนเข้มแข็ง



แผนภาพที่ ๕ กรอบแนวคิดปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ โดยชุมชนเข้มแข็ง

กรอบแนวคิดที่มุ่งให้คน ชุมชน ท้องถิ่นและสังคมมีศักยภาพในการปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพมีสาระสำคัญตามแผนภาพที่ ๕ ได้แก่

กลไกที่หนึ่ง การปฏิรูปในระดับประเทศ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งที่จะสามารถจัดการให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ โดยต้องประกอบด้วย

ก) ใช้หลักการที่ให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงการกำหนดนโยบายที่ห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies Approach: HiAP) โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นตามกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม(PHPPP)

ข) สนับสนุนให้เกิดกลไกบูรณาการการกำกับทิศทางและให้คำแนะนำในการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับชาติ ในลักษณะ National Health Board ซึ่งไม่ใช่กลไกอำนาจสั่งการ แต่เป็นกลไกที่สร้างพื้นที่การมีส่วนร่วมของภาคีสำคัญในระบบสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ประชาสังคมและเอกชนที่จะติดตามระบบสุขภาพในภาพรวมให้เป็นไปในทิศทางร่วมของประเทศที่กำหนดขึ้นร่วมกัน ซึ่งอาจอยู่ในรูปของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ หรืออื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร

ค) กำหนดนโยบายการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ไปสู่ชุมชนท้องถิ่น โดยให้ความสำคัญกับความสามารถในการจัดการตนเองด้ด้านสุขภาพ รวมทั้งเคลื่อนต่อการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง โดย

เชื่อมต่อกับระดับ อำเภอ จังหวัด และเขต ซึ่งจากการประเมินผลการถ่ายโอนสถานีนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านมา พบว่า สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและชุมชน

ง) ระบบการเงินการคลังที่เพียงพอทำให้ท้องถิ่นดำเนินการเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคด้วยตนเองในเบื้องต้น

จ) การสร้างองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ เพื่อถ่ายทอดสู่ท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ

ฉ) ให้มีบุคลากรของท้องถิ่นที่ทำงานด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมภัยสุขภาพ เช่นการสร้างความเข้มแข็งให้กับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ระดับตำบลที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และมีการทำงานเกื้อหนุนเชื่อมโยงกับSRRT ระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ

ช) ระบบกำกับมาตรฐานการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพของท้องถิ่น

ซ) การศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานของท้องถิ่นให้ได้มาตรฐาน โดยให้มีหน่วยงานวิชาการเพื่อบูรณาการงานวิชาการที่จะสนับสนุนท้องถิ่น มีความคล่องตัวสูง

กล่องที่สอง การปฏิรูปในระดับชุมชน ที่สำคัญคือการอภิบาลระบบสุขภาพของชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และคำนึงถึงเรื่องสุขภาพเป็นเป้าหมายในทุกงาน/นโยบาย

กล่องที่สาม กิจกรรมและรูปธรรมของระบบสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) การป้องกันและปกป้องภัยสุขภาพก่อนเกิด (Prevention and Protection) และ การควบคุมปัญหาภัยสุขภาพเมื่อเกิดขึ้นแล้วเช่นโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคไม่ติดต่อ และ การบาดเจ็บโดยประกอบด้วยหลักการตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)

ก) การออกนโยบายระดับท้องถิ่นที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Healthy Policy)

ข) การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและทำให้มีสุขภาพที่ดีเช่น สถานที่ออกกำลังกาย ถนนปลอดภัย ฯลฯ

ค) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินมาตรการต่าง ๆ

ง) ทักษะของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพของตนเอง

จ) การจัดระบบบริการดูแลสุขภาพและบริการสังคมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี

กล่องที่สี่ ผลจากการมีการปฏิรูปทำให้เกิด พลเมืองที่มีสุขภาพดี ชุมชนเข้มแข็ง ประเทศมั่นคงเจริญก้าวหน้า

การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ จึงต้องมุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพที่พึงประสงค์ของคน/ชุมชน/ ท้องถิ่น/ สังคม ที่สามารถจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและ ควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพของตนเอง โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิด

๑. นำกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินการเชิงพัฒนา (Participatory Healthy Public Policy / Program /Evidence-based Program)

๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน สร้างพันธมิตรปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นระบบบริการปฐมภูมิ (Strengthen Community Action/Partnership/Re-oriented Health Service Primary Care)
๓. การพัฒนาศักยภาพและการเสริมพลังอำนาจ (Capacity Building & Empowerment)
๔. การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Develop Personal Skills, Health Literacy)
๕. กฎหมาย/กฎระเบียบ/การอภิบาลระบบ (Law/Regulation/Governance; Autonomous/Local Administration)
๖. การตลาดเชิงสังคม (Social Marketing)
๗. การวิจัยและพัฒนา และการจัดการความรู้ (Research and Development and Knowledge Management)
๘. การจัดการสิ่งแวดล้อมและและภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยการลงทุนพัฒนาที่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหา คำนึงถึงประสิทธิภาพคุ้มค่ากับการลงทุน (Create Supportive Environment, Cost-effective Investment and Priority Setting)



แผนภาพที่ ๖ การพัฒนาสู่ศักยภาพที่พึงประสงค์ของคน/ชุมชน/ ท้องถิ่น/ สังคมที่สามารถจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพของตนเอง

๒.๖ ขอบเขตและข้อเสนอรูปแบบระบบการจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพเพื่อการปฏิรูป

ภายใต้กรอบความคิดรวบยอดที่เน้น “การบริหารจัดการในระดับพื้นที่ โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง” ตามกรอบวัตถุประสงค์ ๒ ด้าน คือ

๑) เพื่อสนับสนุนให้คน/ชุมชน/ท้องถิ่น/สังคม มีความเข้มแข็ง สามารถจัดการระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามต่อสุขภาพของตนเองโดยตนเองได้

๒) เพื่อมุ่งให้เกิดกลไกและระบบการบริหารจัดการระดับจังหวัดที่มีบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ โดยปรับให้ส่วนกลางมีบทบาทในทางนโยบาย มาตรฐาน และจัดระบบงบประมาณสนับสนุนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามสุขภาพอย่างยั่งยืน

คณะทำงานจึงกำหนดเป้าหมายในการปฏิรูปไว้ที่การสร้าง ศักยภาพของคน ชุมชน ท้องถิ่น และสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามสุขภาพด้วยกลยุทธ์การถ่ายโอนการจัดการไปที่ระดับพื้นที่อย่างมีบูรณาการของทุกภาคส่วน และใช้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม(PHPPP) เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการปฏิรูปดังกล่าว

ดังนั้น เพื่อให้การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพของประเทศเป็นจริง จึงเสนอการออกแบบระบบการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพของประเทศตามกรอบความคิดรวบยอดข้างต้น เป็น ๓ ระดับที่ประกอบด้วย ๔ ส่วน ดังนี้

(๑) การจัดการในระดับรัฐบาลกลาง เป็นหน่วยงานกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ที่ห่วงใยสุขภาพของประชาชน มาตรการทางการเงินการคลัง กำหนดมาตรฐาน การปรับปรุงกฎหมาย เพื่อการปฏิรูป รวมทั้งต้องมีระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบติดตาม กำกับและประเมินผลระดับชาติ

(๒) การจัดการระดับจังหวัด ทำหน้าที่ถ่ายทอดนโยบายห่วงใยสุขภาพของประชาชนระดับชาติสู่นโยบายหรือยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดผ่านกลไกบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในจังหวัดรวมถึงบริหารจัดการงบประมาณ กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนดไว้

(๓) การจัดการระดับชุมชน/ท้องถิ่น ประกอบด้วย

(๓.๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นองค์กรที่มีภารกิจด้านส่งเสริมและป้องกันโรคในชุมชน จัดบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

(๓.๒) ประชาชนในท้องถิ่น และชุมชน มีความสามารถที่จะดูแลปัญหาสุขภาพของตนเองได้ สามารถสะท้อนปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแก้ไขได้ รวมทั้งสามารถตรวจสอบการปฏิบัติหน้าที่ของภาครัฐได้

ข้อเสนอรูปแบบระบบการจัดการ P/P เพื่อการปฏิรูป



แผนภาพที่ ๗ รูปแบบระบบจัดการการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ เพื่อการปฏิรูป (๑)

ดังนั้น เพื่อให้แนวความคิดในการปฏิรูประบบการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพเป็นจริง สอดคล้องกับหน่วยงานของรัฐที่มีอยู่ในปัจจุบัน ข้อเสนอในเชิงรูปธรรมในการบริหารจัดการในแต่ละระดับ มีดังนี้

(๑) ระดับประเทศ (National Level)

เป็นการปฏิรูปบทบาทและระบบการจัดการของรัฐส่วนกลางใหม่ โดยเน้นให้รัฐส่วนกลาง อันได้แก่ คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ จะต้องกำหนดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ที่ห่วงใยสุขภาพ(HIAP)ในทุกมิติอย่างมีบูรณาการของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการวางเป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับชาติ กำหนดมาตรฐานการให้บริการงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ แล้วติดตามกำกับและประเมินผลงานด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพระดับชาติโดยให้มีกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่บูรณาการทุกภาคส่วนในการติดตามระบบสุขภาพในภาพรวมและต้องมีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ (Center of Disease Control: CDC) ด้วย

พร้อมกับการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเพื่อให้เอื้อต่อการถ่ายโอนบทบาทอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการไปไว้ที่ระดับพื้นที่(จังหวัด)โดยเฉพาะกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริหารการเงินการคลังและกฎหมายการสาธารณสุข (ซึ่งมีลักษณะที่กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่แล้ว) รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวกับงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพอื่น ๆ เช่น

การปรับแก้กฎหมายโรคติดต่อ กฎหมายอาหาร กฎหมายการคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ให้เอื้อต่อการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่สู่การจัดการระดับพื้นที่

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๔๙ แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) ที่ระบุไว้ว่าให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัย ทรัพย์สิน งบประมาณ และบุคลากร พร้อมภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมให้เสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด แต่ในทางปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขยังไม่สามารถดำเนินการตามแผนได้ด้วยมีข้อจำกัดหลายประการ ดังนั้น จำเป็นต้องมีการปฏิรูปโดยมีการปรับปรุงเนื้อหาในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๓) โดยระบุถึงประเด็นนโยบายระดับชาติที่เน้นให้มีการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในขอบเขตที่รับผิดชอบ

(๒) ระดับจังหวัด (Provincial Level)

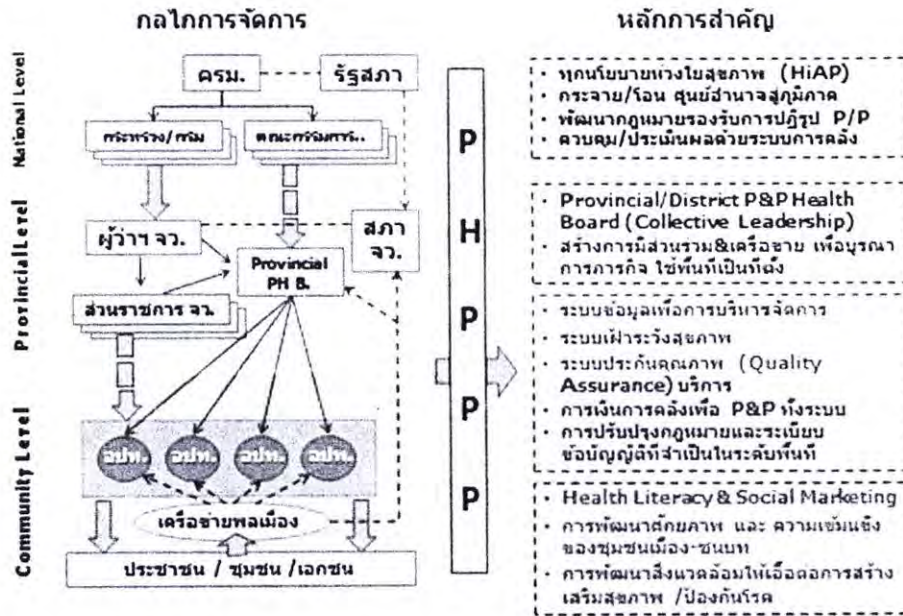
เป็นการปฏิรูประบบบริหารจัดการในระดับจังหวัด โดยใช้กลไก “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” (Provincial Public Health Board) ที่มีองค์ประกอบจากภาคส่วนต่าง ๆ แบบบูรณาการ ทั้งจากส่วนราชการต่าง ๆ ระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บังคับบัญชา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เครือข่ายภาคพลเมือง องค์กรเอกชน ภาคเอกชนรวมทั้งองค์กรชุมชน คณะกรรมการดังกล่าวจะเป็นกลไกที่มีบทบาทสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ อย่างมีบูรณาการ การแปลงนโยบาย/ยุทธศาสตร์ของรัฐส่วนกลางไปสู่นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด โดยอาจกำหนดตัวชี้วัด(Key Performance Indicators: KPIs) แล้วผลักดันการปฏิบัติไปสู่ระดับชุมชน/ท้องถิ่น รวมทั้งวางระบบการติดตามกำกับการปฏิบัติของระดับชุมชน/ท้องถิ่นด้วย ทั้งนี้ จะมีกลไก “สภาจังหวัด” เป็นกลไกที่มีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณตามทิศทางของคณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด และ ตามความต้องการของคณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชน/ท้องถิ่น ที่เสนอผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเสนอคำขอของงบประมาณจากสภาจังหวัดต่อไปด้วย

(๓) ระดับชุมชน/ท้องถิ่น (Community/Local Level)

เป็นการปฏิรูประบบการปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพที่กำหนดบทบาทให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นสำคัญ ภายใต้กลไกการประสานงานกำหนดความต้องการโดย “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชน” (Local Public Health Board: LPHB.) ที่จะร่วมกันวางกรอบแนวทางและแผนการปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นกลไกหลักในการปฏิบัติงานในชุมชน ที่ร่วมมือกับเครือข่ายภาคพลเมืองในการสื่อสารและปฏิบัติการลงสู่ชุมชน บุคคล และสังคมในระดับท้องถิ่น ทั้งนี้ ให้มีการใช้ระบบการประกันคุณภาพ (Quality Assurance: QA) ในการจัดบริการงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพด้วย และ เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทที่ตอบโจทย์ด้านยุทธศาสตร์เป้าหมายและประเด็นสุขภาพด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงกำหนดให้องค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นสามารถออกข้อบัญญัติของท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคพลเมืองด้วย เพื่อเป็นกฎกติกาที่จะใช้บังคับในชุมชน/ท้องถิ่นได้ตามความจำเป็น ดังแผนภาพที่ ๘

ข้อเสนอรูปแบบระบบการจัดการ P/P เพื่อการปฏิรูป



แผนภาพที่ ๘ รูปแบบระบบจัดการการสร้างความเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพเพื่อการปฏิรูป (๒)

๒.๗ มาตรการที่ต้องดำเนินการในการพัฒนา/ปรับปรุงกฎหมาย เพื่อการปฏิรูประบบการจัดการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

๒.๗.๑ ข้อเสนอต่อการยกร่าง รัฐธรรมนูญใหม่

๑) หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ: ควรกำหนดให้หน่วยงานของรัฐทุกหน่วยยึดหลักการ“ทูคนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ”(HiAP)

๒) หมวดการเงินการคลังและงบประมาณของรัฐ: ควรตั้งวางระบบการเงินการคลังที่กระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับจังหวัดหรือคณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด มีบทบาทในการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนั้น ๆ ได้มากขึ้น

๓) หมวดกระจายอำนาจรัฐ: ควรตั้งกำหนดให้มีประมวลกฎหมายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่กำหนดรูปแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน ที่สอดคล้องต้องกันในแต่ละประเภท และให้มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการในท้องถิ่นนั้น ๆ

๒.๗.๒ ข้อเสนอต่อการปรับปรุงพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการปฏิรูปข้างต้น ดังนี้ (ทั้งนี้ เนื่องจากพระราชบัญญัติดังกล่าวเป็นกฎหมายที่กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่แล้วและเป็นกฎหมายที่เน้นการเสริมสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและป้องกันภัยคุกคามต่อสุขภาพอันเกิดจากการประกอบกิจการต่าง ๆ ในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม)

๑) กำหนดให้มี “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” ทำหน้าที่กำหนด แผนนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค จัดการปัญหาด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม และป้องกันและควบคุมภัยคุกคามสุขภาพในพื้นที่จังหวัด และติดตามกำกับ รวมทั้งการ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการที่มีคุณภาพให้กับชุมชนและท้องถิ่น

๒) กำหนดให้การออกข้อบัญญัติท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการ ออกข้อบัญญัติแบบมีส่วนร่วม กล่าวคือ ในขั้นตอนการยกร่างและพิจารณาตราข้อบัญญัติท้องถิ่น จะต้องให้ ประชาชน/ชุมชนและผู้ประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาเสนอข้อคิดเห็น ข้อเท็จจริง เพื่อประกอบในการกำหนดเป็นข้อบัญญัติด้วย

๓) เพิ่มกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) โดยเฉพาะในกลุ่มกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามกฎหมายการสาธารณสุข เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และเสริมสร้างการเรียนรู้ มีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา หรือป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดจากการ ประกอบกิจการนั้น ๆ ได้ โดยมีการกำหนดมาตรการป้องกันร่วมกัน

๔) ปรับปรุงระบบการใช้อำนาจทางปกครองที่มีดุลยภาพระหว่างอำนาจของเจ้า พนักงานท้องถิ่นกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายการสาธารณสุขมี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

๕) ปรับปรุงระบบการพิจารณาอุทธรณ์ ที่เดิมกำหนดให้เป็นอำนาจของรัฐมนตรี ซึ่ง จะมีข้อจำกัดในการรองรับปริมาณเรื่องที่ประชาชนอุทธรณ์เข้าสู่ระบบ จึงเห็นควรปรับปรุงให้มี คณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ที่สามารถดำเนินการเองและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องอุทธรณ์ ได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการพิจารณามากยิ่งขึ้น

๒.๗.๓ ปรับปรุงพระราชบัญญัติจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในสาระที่สำคัญ ดังนี้

๑) การกำหนดนโยบายสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องยึดหลักการ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP)” ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่

๒) กำหนดภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันและควบคุมโรค และภัย คุกคามสุขภาพที่ชัดเจนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละรูปแบบ

๓) กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่กับ Provincial Public Health Board ให้ชัดเจน รวมทั้งการร่วมมือกันระหว่าง Local Public Health Board (LPHB) กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วย

๔) กำหนดให้การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance) เป็นภารกิจหน้าที่ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องดำเนินการ หมายถึง การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและ ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพที่มีคุณภาพต่อชุมชนท้องถิ่นนั่นเอง

๕) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการบริหารงบประมาณ/การ จัดเก็บรายได้ ในระดับท้องถิ่น เพื่อให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พึ่งตนเองได้ สามารถจัดตั้ง “กองทุนสุขภาพท้องถิ่น” ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)/สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้

๒.๗.๔ การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ความเป็นพลเมืองของประชาชน

๑) ให้ความสำคัญในการพัฒนาเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ(Health Right & Duties) ให้กับประชาชน ทั้งเป็นรายบุคคลและชุมชน โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับ Health Literacy/Selfcare และการจัดการเรื่อง Health Life Long/Palliative Careของชุมชนเอง เป็นต้น

๒) เน้นการพัฒนาขีดความสามารถของบุคคล ชุมชนและสังคม ในการเข้าร่วมในกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process)

๓) เน้นพัฒนาขีดความสามารถในเรื่องการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (Healthy Environment) ซึ่งครอบคลุมทั้งการจัดการสภาพแวดล้อม (ซึ่งหมายถึงปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม การศึกษา และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับ Social Determinants of Health ในเชิงพฤติกรรมสุขภาพ) และการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และการป้องกันปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพทางด้านกายภาพต่าง ๆ เช่น การจัดการชุมชนน่าอยู่ (Healthy Communities) เมืองน่าอยู่ (Healthy Cities) เป็นต้น

๒.๘ เครือข่ายพันธมิตร

หน่วยงานภาครัฐทุกกระทรวง หน่วยงานภาคเอกชน หน่วยงานภาคท้องถิ่น ภาคพลเมือง และประชาสังคม หน่วยงานภาควิชาการ/วิชาชีพ

๒.๙ ตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์

๒.๙.๑ ระดับประเทศ (National Level)

- ๑) เกิดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ ที่ห่วงใยสุขภาพ (HiAP)
- ๒) มีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อรองรับการปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพ
- ๓) มีการจัดระบบงบประมาณสนับสนุนการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพระดับจังหวัด

๒.๙.๒ ระดับจังหวัด (Provincial Level)

จังหวัดเป็นศูนย์กลางมองภาพรวมระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและ ควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพสนับสนุนการจัดการในระดับท้องถิ่นและชุมชนด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

๒.๙.๓ ระดับชุมชน (Community Level)

- ๑) คนและชุมชนมีสิทธิและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพทั้งส่วนตน ครอบครัว และชุมชน (Health Right & Duties; Health Literacy/Self Care & Management/Long-term Care/Palliative Care)
- ๒) มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Healthy Environment) ได้แก่ การจัดการสภาพ/สิ่งแวดล้อมที่เอื้อสุขภาพ เช่น ระบบสุขภาพะเมือง/ชุมชน

๒.๑๐ ผลกระทบเชิงบวกในวงกว้างต่อประเทศไทย

๒.๑๐.๑ ประเทศมีฐานและระบบที่เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Diseases Prevention and Control) และภัยคุกคามสุขภาพ (Determinants of Health Protection)

๒.๑๐.๒ คนชุมชน และท้องถิ่นมีศักยภาพและพลังในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Diseases Prevention and Control) และภัยคุกคามสุขภาพ (Determinants of Health Protection)

๒.๑๐.๓ พลเมืองทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาพดี โดยมีความกระตือรือร้น สำนึก รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และป้องกันและควบคุมภัย คุกคามสุขภาพ

๓. นิยามศัพท์

“สุขภาพ” หมายความว่าภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่าระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพ ะกายจิตปัญญาและสังคมโดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลครอบครัวชุมชนและสังคม

“การป้องกันโรค” หมายความว่า การกระทำหรือดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการ เจ็บป่วยหรือเป็นโรคและการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว สามารถแบ่งออกได้เป็น๓ระดับคือการป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วยการป้องกันโรคใน ระยะเวลาที่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้วและการป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพเมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว

“การควบคุมโรค” หมายความว่า การควบคุมโรคระบาดโรคไม่ติดต่อโรคติดต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออันตรายต่าง ๆ รวมทั้งโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมและอาหารและ โรคอื่น ๆ ที่สามารถลดความสูญเสียสุขภาพชีวิตและทรัพยากรได้หากมีการตรวจพบแต่เนิ่น ๆ

“การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” หมายความว่า การจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้แก่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพเชื้อโรคสารเคมีภัยธรรมชาติรวมทั้ง ระบบต่าง ๆ ในสังคมเพื่อควบคุมปัจจัยดังกล่าวให้มิผลเสียต่อสุขภาพน้อยที่สุดรวมทั้งการสร้างปัจจัยที่เอื้อ ต่อการมีสุขภาพด้วย

“ธรรมาภิบาล” หมายความว่า คุณลักษณะของการบริหารหรือการปกครองเพื่อให้เกิดประโยชน์สุข แก่ประชาชนเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจมีคุณภาพและเกิดความคุ้มค่าไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเกินความ จำเป็นมีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกตอบสนองความ ต้องการของประชาชนและมีการประเมินผลการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลต้องยึดหลักการมีส่วนร่วมหลักความโปร่งใสหลักความ รับผิดชอบและตรวจสอบได้หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผลและหลักนิติธรรม

“การมีส่วนร่วม” หมายความว่า การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ในลักษณะของการร่วม รับรู้ข้อมูลข่าวสารร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมตัดสินใจร่วมดำเนินการร่วมรับประโยชน์ร่วมติดตามประเมินผล และตรวจสอบ

๔. เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร. บริษัท วิกี จำกัด. ๒๕๕๕.
๒. World Health Organization, Regional Office for Europe. Governance for Health in 21st Century. Copenhagen, Denmark. 2012.
๓. จรวยพร ศรีศศลักษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา ทิพิชาโปษยานนท์ และ วลัยพร พัชรนฤมล. สังเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร. สหมิตรพรีนติ้ง แอนด์พับลิชซิง. ๒๕๕๗.
๔. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร. บริษัท วิกี จำกัด. ๒๕๕๕.
๕. ศิริวรรณพิทยรังสฤษฎ์และกุมภการสมมิตร. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.๒๕๕๒และแนวโน้มในอนาคต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๖.
๖. Leppo K., Ollila E., Pena S., Wismar M., and Cook S. Health in All Policies: SeizingOpportunitites, Implementing Policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.2013.
๗. World Health Organization.The Helsinki Statement on Health in All Policies. ๒๐๑๓ (www.who.int/healthpromotion/.../8gchp_helsinki_statement. เข้าถึงเมื่อ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘)
๘. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย ๒๕๕๖. กรุงเทพมหานคร. อมรินทร์ พรีนติ้งแอนด์พับลิชซิง. ๒๕๕๖.
๙. Coker R, Atun R, McKee M. Health Systems and the Challenge of Communicable Diseases: Experiences from Europe and Latin America. World Health Organization. 2008.
๑๐. ยุพินวารสิริอมร จงจิตต์ ฤทธิรงค์ ศุทธิดา ชนวนวัน และพจนา หันจางสิทธิ์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม๒๕๕๗: การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม. นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๕๗.
๑๑. ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.๒๕๕๖. กรุงเทพมหานคร. อมรินทร์ พรีนติ้งแอนด์พับลิชซิง. ๒๕๕๗.
๑๒. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย ๒๕๕๗. กรุงเทพมหานคร. อมรินทร์ พรีนติ้งแอนด์พับลิชซิง. ๒๕๕๗.
๑๓. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่๒ ระเบียบวาระที่๓.๙ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน. ๒๕๕๒.
๑๔. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่๒ ระเบียบวาระที่๓.๗ การแก้ไขปัญหาคอขวดเหตุทางถนน. ๒๕๕๒.

๑๕. คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.๒๕๕๖-๒๕๕๙). กรุงเทพมหานคร. ๒๕๕๕.

๑๖. Tulchinsky T, Varavikova E. The New Public Health.2nd Edition. California. 2009.

**วาระการปฏิรูป
ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค
และภัยคุกคามสุขภาพ**

**คณะทำงานปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ
ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ
คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข
สภาปฏิรูปแห่งชาติ**

การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ

- ❑ ที่ประชุมสร้างเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 8 ที่ Finland ได้กำหนดหลักการใหม่ “ทุกคนนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP)
- ❑ ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพเปลี่ยน มีผลต่อชนิด และสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การเกิดสังคมผู้สูงอายุ แนวโน้มชุมชนเมืองมากขึ้น มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ พฤติกรรมการใช้ชีวิต และการบริโภคของประชาชนทุกกลุ่มวัยเปลี่ยน
- ❑ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีได้ง่าย เร็วขึ้น
- ❑ ประชาชน/ชุมชนท้องถิ่น มีความตระหนักถึงสิทธิและการจัดการตนเองมากขึ้น

ประเด็นปัญหา

- ❑ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการใช้ชีวิตของความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
- ❑ โรคที่เกิดจากการปัจจัยกำหนดสุขภาพทั้งสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต เศรษฐกิจ พฤติกรรม สุขภาพมีมากขึ้น ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ/โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โรคจากสภาพ สิ่งแวดล้อม/อุตสาหกรรม โรคจากแรงงานข้ามชาติ ความเครียด/ปัญหาสุขภาพจิต
- ❑ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในเชิงผลลัพธ์ของสุขภาพด้านต่างๆ

ประเด็นปัญหา

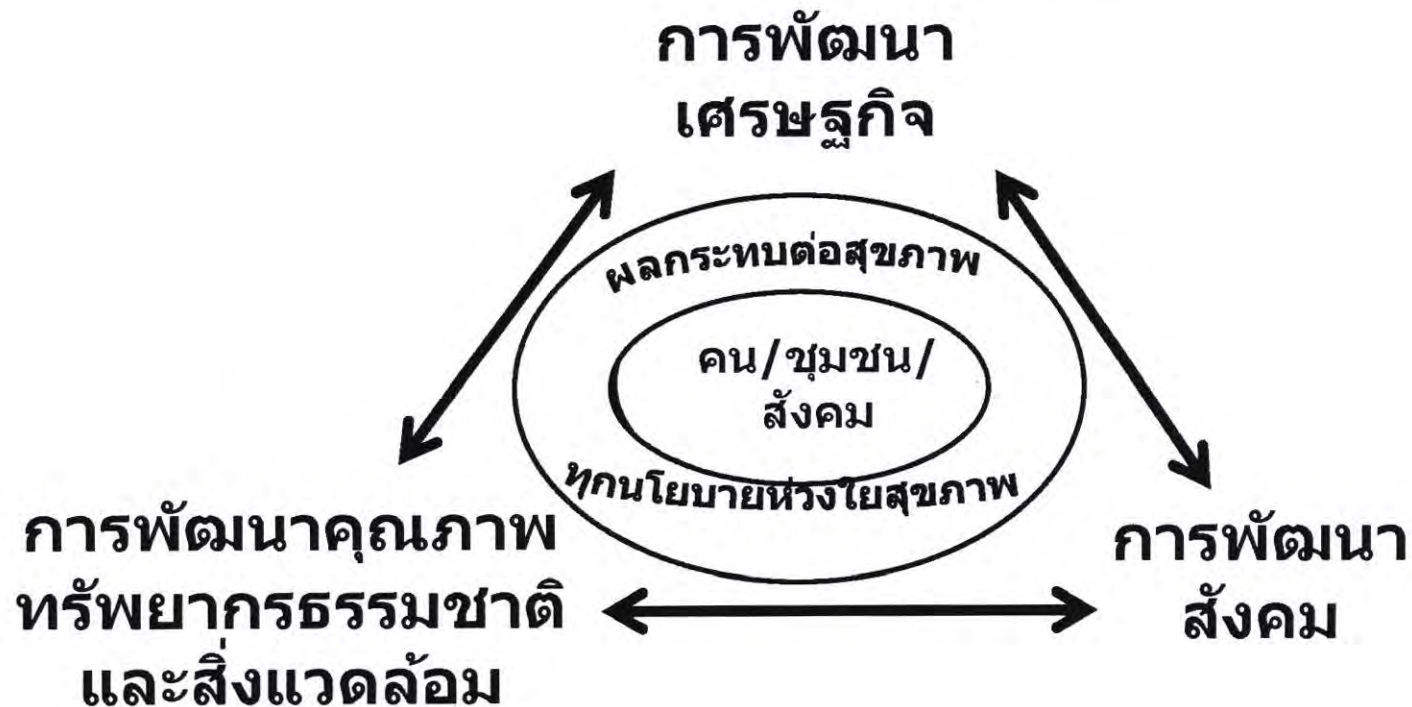
- ❑ เกิดภาวะขาดความมั่นคงและปลอดภัยทางอาหารมากขึ้น ทั้งจากการผูกขาดของธุรกิจเกษตร อุตสาหกรรมขนาดใหญ่ และผลกระทบจากการเจรจาการค้าเสรี
- ❑ ยังไม่มีระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง ด้านการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ
- ❑ มีการใช้การโฆษณาและสื่อสารทางการตลาด เพื่อส่งเสริมการจำหน่ายสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้น ในช่องทางสื่อที่หลากหลาย เฝ้าระวัง ควบคุมได้ยาก เช่น อินเทอร์เน็ต

วัตถุประสงค์

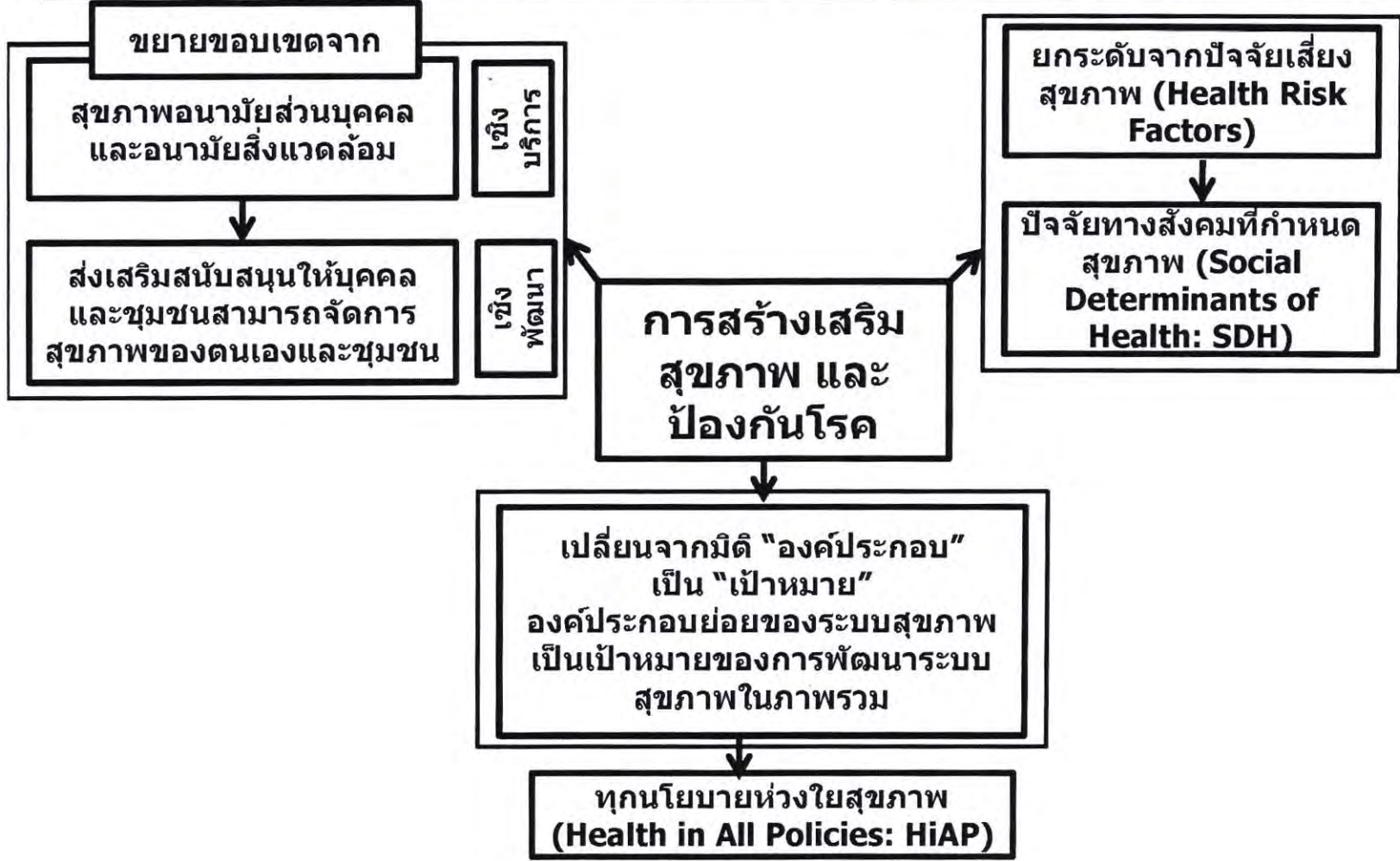
๑. เพื่อสนับสนุนให้คน/ชุมชน/ท้องถิ่น/สังคม มีความเข้มแข็ง สามารถจัดการระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามต่อสุขภาพของตนเองโดยตนเองได้
๒. มุ่งให้เกิดการบริหารจัดการระดับจังหวัดที่มีบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่นๆ โดยปรับให้ส่วนกลางมีบทบาทในทางนโยบาย มาตรฐาน และจัดระบบงบประมาณสนับสนุนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพอย่างยั่งยืน

กรอบความคิดรวบยอด

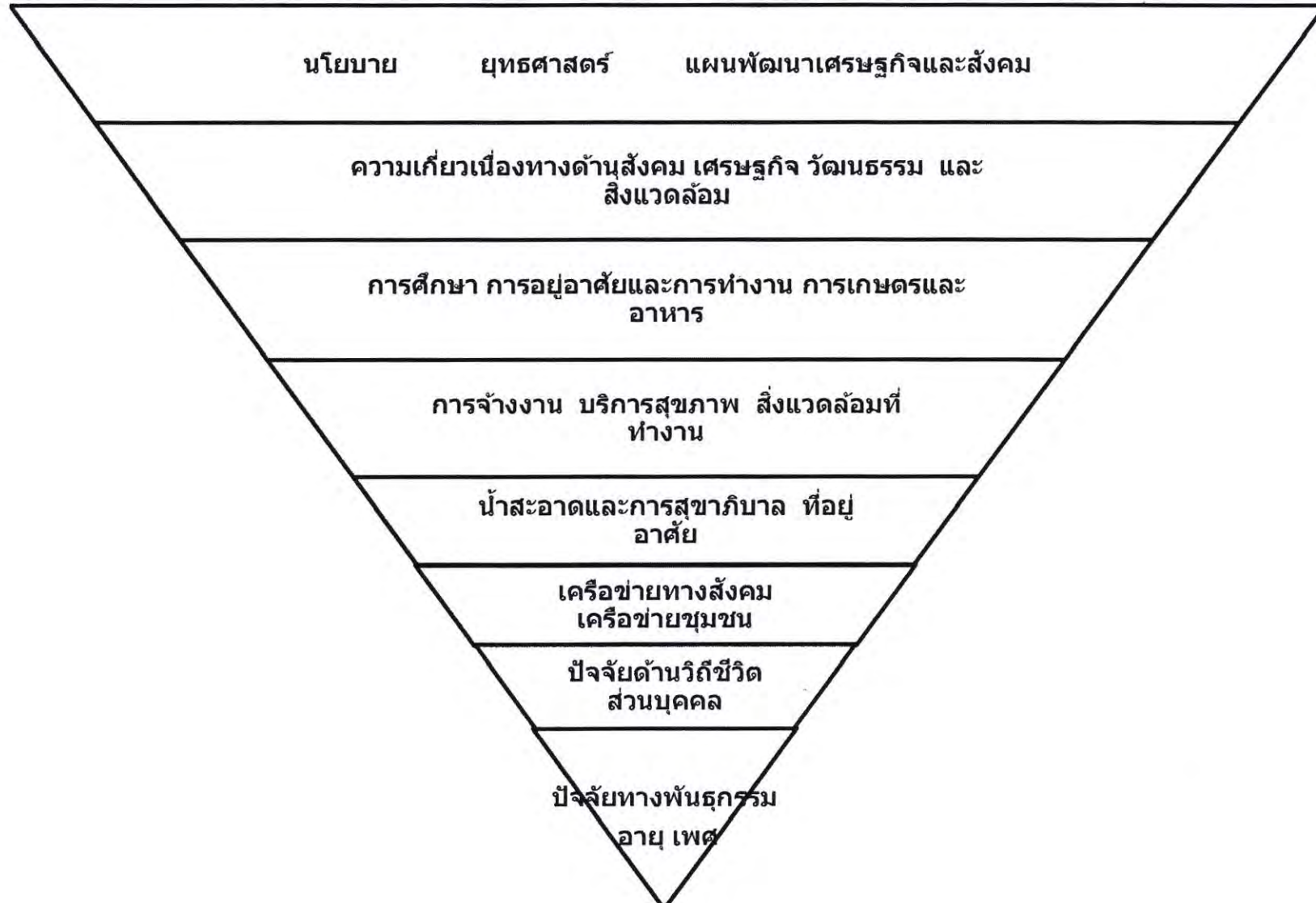
ดุลยภาพของการพัฒนาภายใต้หลักการ
“ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”
(Health in All Policies: HiAP)



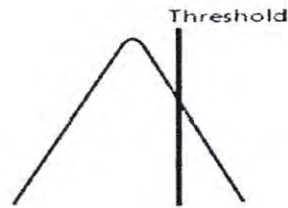
การสร้างเสริมสุขภาพ-ป้องกัน ควบคุมโรค- ภัยคุกคามสุขภาพ



The Wider Determinants of Health



Population-wide and individual-based strategies



Original distribution

The level of risk factors is normally distributed within the population as illustrated by the red curve — It means that majority of people have risk factor level below the threshold, while minority are above the threshold.



Individual-based approach

This approach concentrates its efforts on the high-risk individuals with risk factor level above a certain threshold. When preventive measures are targeted at these identified people at high-risk, the distribution of risk factor level can only shift a little to the low level direction as indicated by the green curve.



Population-wide approach

This strategy seeks to shift the whole distribution of risk factor level to the low level. The whole distribution of risk factor level, as indicated by the shifted green curve towards left to lower values.

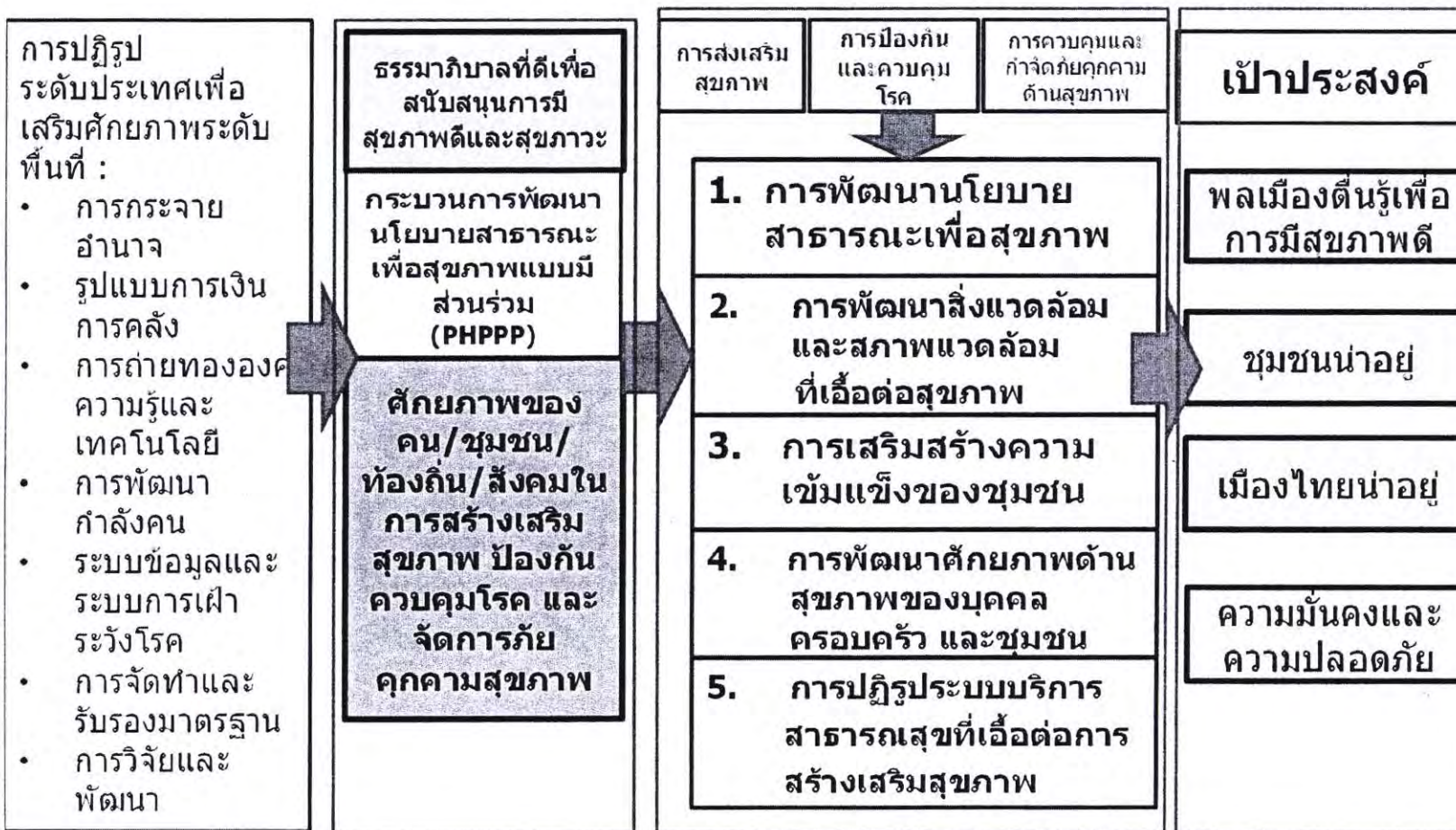


Combined strategies

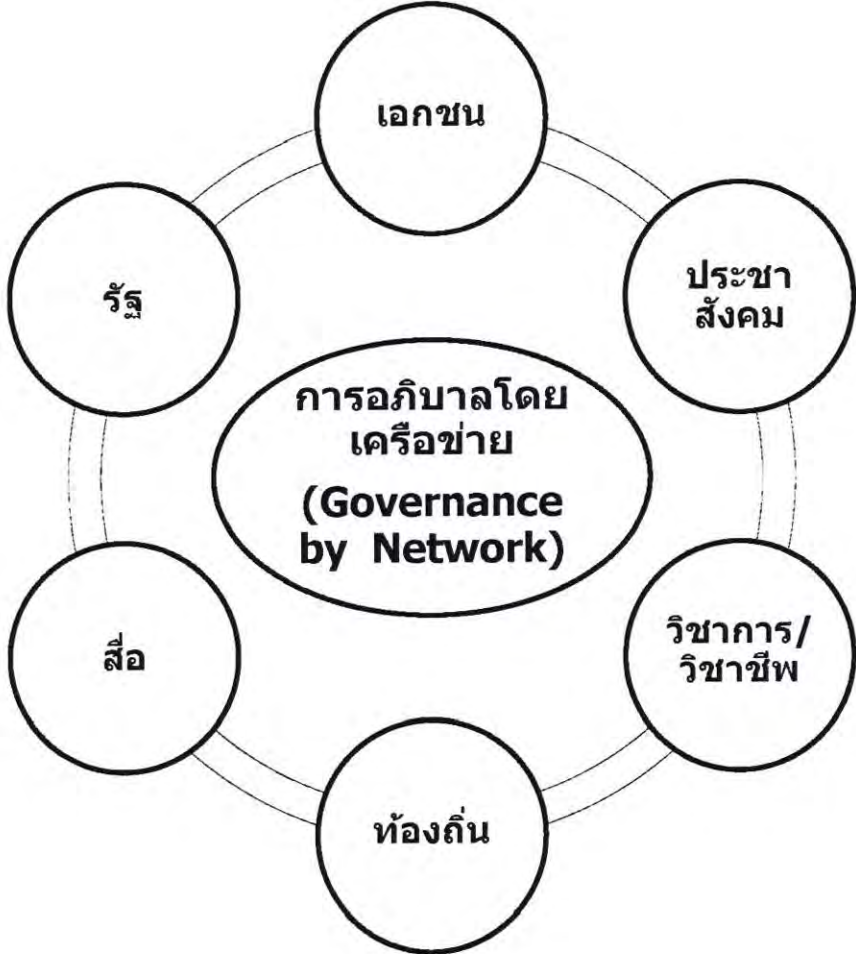
Therefore, combining individual-based and population-wide approach will shift the distribution of risk factor level to a lower range that yield better health outcome among the whole population.

(Source: Rose 1985)

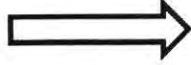
กรอบแนวคิดปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ-ป้องกันควบคุมโรค- ภัยคุกคามสุขภาพ โดยชุมชนเข้มแข็ง



ปฏิรูปการสร้างความเสริมสุขภาพ-ป้องกันและควบคุมโรค-ภัยคุกคามสุขภาพ



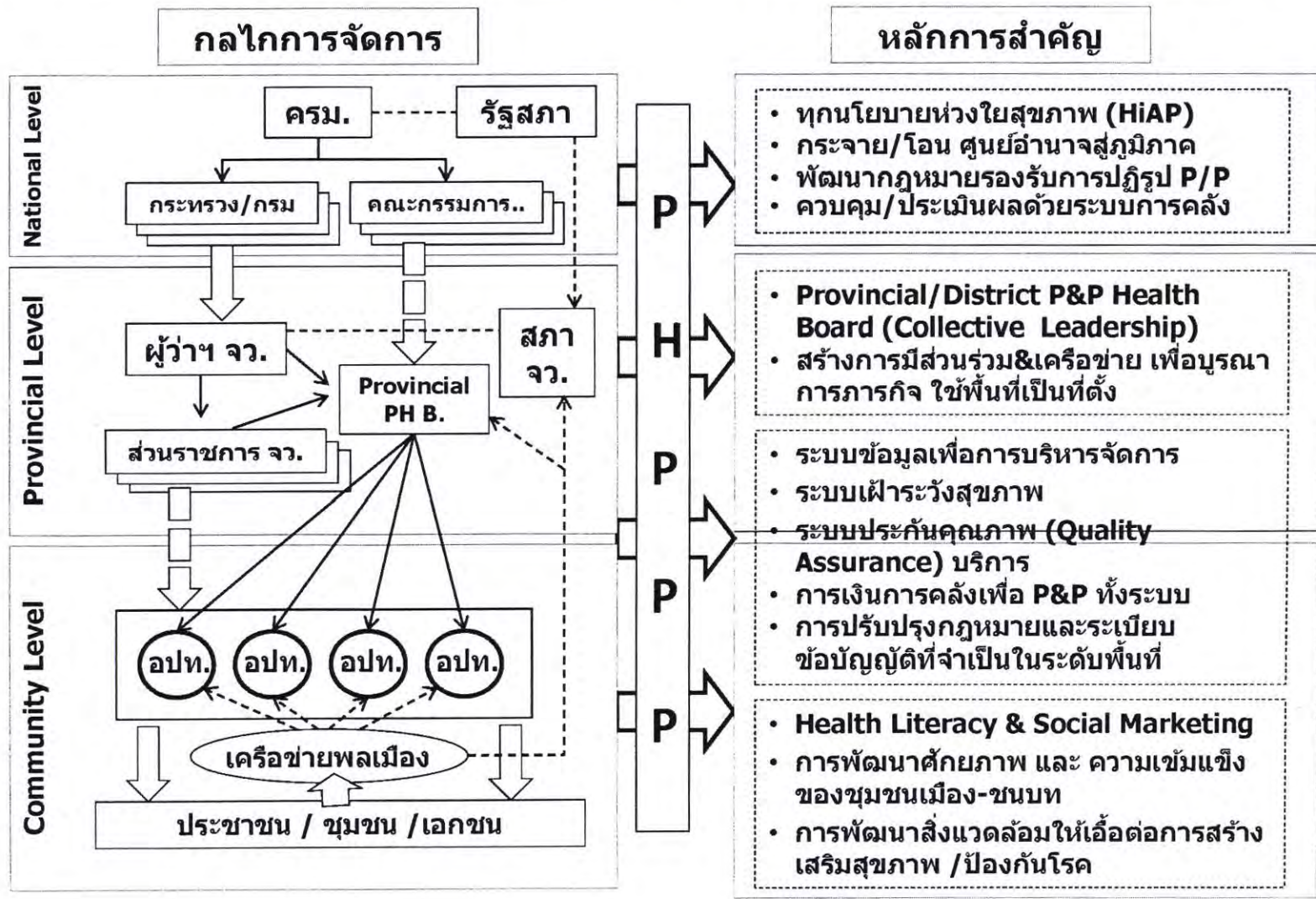
Single Command



Collective Leadership (Partnership)



ข้อเสนอรูปแบบระบบการจัดการ P/P เพื่อการปฏิรูป



ข้อเสนอมาตรการพัฒนาระบบเพื่อการปฏิรูป P/P

ระดับ	มาตรการที่เสนอ
(1)National Level (2)Provincial Level (3)Community Level	1. การยกร่าง รัฐธรรมนูญ 1.1) หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ : - ควรกำหนดให้รัฐยึดหลัก "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" (HiAP) 1.2) หมวดการเงิน/งบฯของรัฐ : - วางระบบการเงิน/คลังที่ให้ จว. มีบทบาทในการจัดสรรในระดับ จว.มากขึ้น 1.3) หมวดกระจายอำนาจรัฐ : - กำหนดให้มีประมวลกฎหมาย อปท. ที่กำหนดอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน / เป็นอิสระ
	2. การปรับปรุง พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ.2535 2.1) กำหนดให้มี "คกก.สธ.จังหวัด" ทำหน้าที่กำกับให้ อปท.ดำเนินการจัดบริการ 2.2) กำหนดให้การออกข้อบัญญัติท้องถิ่นต้องเปิดให้ชุมชนมีส่วนร่วม 2.3) เพิ่มการทำ HIA ในกลุ่มกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 2.4) เพิ่มระบบการถ่วงดุลการใช้อำนาจของ จพท. Vs จพส. 2.5) ปรับปรุงระบบการพิจารณาอุทธรณ์

ข้อเสนอมาตรการพัฒนาระบบ (ระยะ 3 เดือน)

ระดับ	มาตรการที่เสนอ
(1)National Level (2)Provincial Level (3)Community Level	3. ปรับปรุง พรบ.จัดตั้ง อปท. ในสาระที่สำคัญ ดังนี้ 3.1) การกำหนดนโยบายต้องยึดหลัก "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" 3.2) กำหนดภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3.3) กำหนดความสัมพันธ์ระหว่าง อปท.ในพื้นที่ กับ Provincial Public Health Board ให้ชัดเจน 3.4) กำหนดให้ อปท.ต้องจัดบริการ P/P ที่มีคุณภาพ ที่มีการประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance) 3.5) กำหนดให้ อปท.มีอิสระในการบริหารงบประมาณ / การจัดเก็บรายได้ ในระดับท้องถิ่น เพื่อให้เป็น อปท.ที่พึ่งตนเองได้ สามารถจัดตั้ง "กองทุนสุขภาพท้องถิ่น"ร่วมกับ สปสช./สสส.ได้
	4. การพัฒนาศักยภาพชุมชน / ความเป็นพลเมืองของ ประชาชน. 4.1) พัฒนาเรื่อง Health Right & Duties (Health Literacy Self care & management Health Life long Palliative care) 4.2) พัฒนาความสามารถในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy) 4.3) พัฒนาความสามารถในเรื่อง Healthy Environment (การจัดการสภาพ/สิ่งแวดล้อมที่เอื้อสุขภาพ เช่น สุขภาพเมืองใหญ่)

ตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์

Community Level

- Health Right & Duties (Health Literacy, Self Care & management Long-term Care, Palliative Care)
- Healthy Environment (การจัดการสภาพ/สิ่งแวดล้อมที่เอื้อสุขภาพ เช่น ระบบสุขภาวะเมือง/ชุมชน)

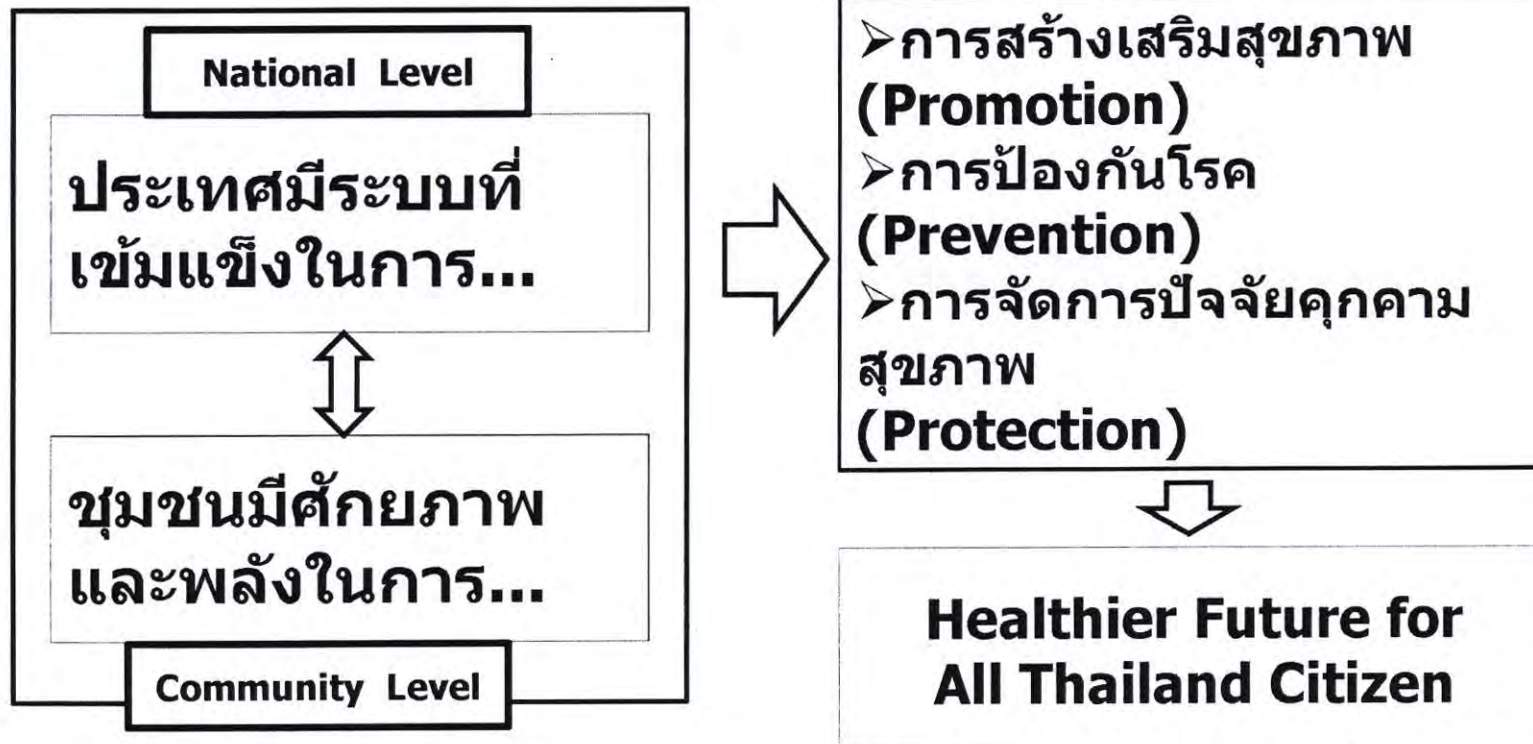
Provincial Level

- จังหวัดเป็นศูนย์กลางมองภาพรวม P/P สนับสนุนการจัดการในระดับท้องถิ่นและชุมชน ด้วยกระบวนการ PHPPP

National Level

- เกิดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ ที่ห่วงใยสุขภาพ (HiAP)
- มีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อรองรับการปฏิรูประบบ P/P
- มีการจัดระบบงบประมาณสนับสนุนการจัดการ P/P ระดับจังหวัด

ผลกระทบเชิงบวกในวงกว้างต่อ ประเทศไทย



แผนการปฏิรูป

**กำหนดแผนและขั้นตอนการออก
กฎหมายและการปฏิบัติ
เพื่อให้เกิดการปฏิรูปในระยะ 5 ปี
(How to & Roadmap)**

ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

เรื่องที่ ๓

“การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ”

เรื่องที่ ๓

“การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ”

๑. ความสำคัญของปัญหา

เนื่องจากในปัจจุบัน การศึกษาวิจัยด้านสุขภาพจากหลายประเทศทั่วโลกให้ผลสอดคล้องกันว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพมีหลายปัจจัยที่อยู่นอกเหนือขอบเขตของสาธารณสุข เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคม สภาวะการมีงานทำ สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ระดับการศึกษา สิ่งแวดล้อมทั้งด้านสังคมและกายภาพอื่น ๆ เช่น ดิน น้ำ อากาศ การเลี้ยงดูอบรม เพศสภาวะและวิถีชีวิต ทำให้การบริหารจัดการเพื่อสภาวะของประชาชนต้องประสานกับหลายฝ่ายด้วยกัน นอกจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประโยชน์สูงสุดให้ประชาชนบรรลุถึงสภาวะอย่างยั่งยืน

การที่ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลายระบบรองรับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ภายใต้หลักการแนวคิดและการออกแบบระบบที่ต่างกัน ส่งผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

๑. การมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบทำให้ยังมีช่องว่างของการคุ้มครองประชาชนของแต่ละระบบ

๒. มีปัญหาการผลักภาระค่าใช้จ่ายระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพ เช่น ระหว่างกองทุนประกันสังคมกับกองทุนเงินทดแทน หรือระหว่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถกับกองทุนอื่น ๆ เป็นต้น

๓. การสนับสนุนงบประมาณของภาครัฐให้แก่ระบบประกันสุขภาพที่ต่างกัน ส่งผลต่อความเป็นธรรมด้านการคลังระบบบริการสุขภาพในภาพรวม ขณะเดียวกันวิธีและอัตราการจ่ายที่ต่างกันของระบบประกันสุขภาพอาจทำให้เกิดความแตกต่างในการให้บริการ และอาจมีผลต่อคุณภาพของการดูแลสุขภาพและบริการที่ประชาชนได้รับ

๔. การอภิบาลและบริหารระบบประกันสุขภาพขาดกลไกในการกำกับทิศทางการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศ

๕. การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสุขภาพยังมีปัญหา (๑) มีความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายทรัพยากรระหว่างภูมิภาค (๒) ระบบการส่งต่อ (๓) ศักยภาพและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลในทุกระดับโดยเฉพาะระดับปฐมภูมิยังจำกัด (๔) และมีความแออัดของการใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่

๖. การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพทำให้ภาระงานของบุคลากรในทุกประเภทสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น

๗. การขาดบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนบางกลุ่ม

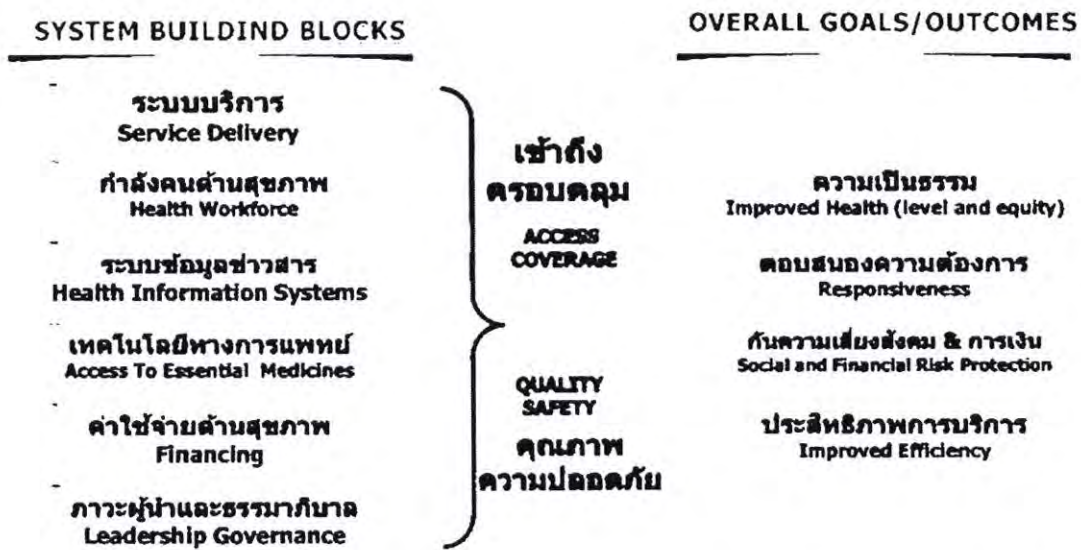
นอกจากนี้ปัจจัยด้านขาดการบูรณาการระบบทำให้การกำหนดยุทธศาสตร์ที่ไม่สอดคล้องกัน ทั้งด้านทิศทาง นโยบาย งบประมาณ ข้อมูล ไม่มีทั้งกลไกและผู้รับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูลการคลังสุขภาพทุกหน่วยงานเข้าด้วยกัน ทำให้ไม่ทราบภาระทางการคลังที่ถูกต้อง อีกทั้งจากการที่มี

^๑ ที่มา: รศ.นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ.การศึกษาภาพอนาคตและเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนของประเทศไทย.โครงการวิจัย จาก สวปก., ๒๕๕๑ หน้า ๒ - ๔.

stakeholder ที่หลากหลาย และทุกหน่วยงานมีอิสระในการเสนอนโยบายสุขภาพในมุมมอง ทศนะตามบริบทของแต่ละองค์กรที่มีเจตนาารมณ์ทั้งที่เหมือนและต่างกัน ที่สามารถเสนอต่อรัฐบาลได้โดยตรง ไม่มีขั้นตอน กฎ กติกา ให้นำหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักด้านสุขภาพกลั่นกรองความเร่งด่วน ความจำเป็น รวมทั้งการศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility study) ก่อนนำไปสู่ขับเคลื่อนเป็นนโยบายระดับประเทศ

จากเหตุและผลดังกล่าวข้างต้น เมื่อนำกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework) องค์กรประกอบพื้นฐานอย่างน้อย ๖ ประการ (six building blocks) ได้แก่ (๑) ระบบบริการ (๒) กำลังคนด้านสุขภาพ (๓) ระบบข้อมูลข่าวสาร (๔) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (๕) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ (๖) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (ดังแผนภูมิ ๑) มาพิจารณาเป็นหลักในการพัฒนาข้อเสนอปฏิรูประบบสุขภาพในครั้งนี้ จะพบว่ากรอบแนวคิดดังกล่าวระบุผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่สำคัญ คือ การเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพและความปลอดภัย และผลสัมฤทธิ์ นอกจากนี้จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นแล้ว ยังต้องมีประสิทธิภาพ สร้างความเป็นธรรม ปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทั้งด้านสังคมและการเงิน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้วย

The WHO Health System Framework



กรอบระบบสุขภาพ: องค์กรประกอบที่พึงประสงค์ The Six Building Blocks of a Health System and Desirable Attributes

แผนภูมิที่ ๑ กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO Health System Framework)

เพื่อให้ระบบสุขภาพประเทศมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จึงสรุปข้อเสนอเชิงนโยบาย “ปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้ปฏิรูปประเทศไทย” ดังนี้

๑. จัดตั้งหน่วยงานหลักทำหน้าที่ กำกับทิศ นโยบายสุขภาพของประเทศ ได้แก่ คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board : NHPB)

๒. จัดระเบียบ เส้นทางการเสนอ นโยบายสุขภาพของประเทศ ภายใต้กลไกการใช้กฎหมาย โดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนหลัก

๓. แยกบทบาทและโครงสร้างของ Player ในระบบให้ชัดเจน Regulator-Purchaser-Provider-Customer-Supporter

๔. สร้างกลไก ธรรมนูญ ตรวจสอบ กำกับ ความโปร่งใส และประสิทธิภาพการใช้งบประมาณ และทรัพยากรด้านสุขภาพ อย่างยั่งยืน

๒. วัตถุประสงค์

๑. สร้างเอกภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของประเทศ
๒. ลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ โดยใช้กลไกทางกฎหมายให้ทุกคนในองค์กรปฏิบัติตาม
๓. ขจัดกลไกความเป็นเจ้าขององค์กร และการแสวงหาผลประโยชน์
๔. บริหารทุนที่มีอยู่ของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ (ทุน=เงิน+คน+ของ+ความรู้)
๕. วางระบบสุขภาพของประเทศให้มีความยั่งยืน

๓. คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board : NHPB)

คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดทิศทางและนโยบายหลักด้านสาธารณสุข กลั่นกรองนโยบาย แผนงานสำคัญ คำขอ งบประมาณ และการปรับปรุงกฎหมาย เพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรี

๒. กำหนดให้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อบูรณาการงานนโยบายด้านสุขภาพ และการปฏิบัติ ตลอดจนกำกับแนวทางปฏิบัติให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกหน่วยงานส่งเสริมกันและกัน ตามนโยบายแห่งชาติ

๓. พิจารณาจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาด้านสุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ

๔. ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานตามนโยบายหลักและสำคัญด้านสุขภาพ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๕. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อปฏิบัติงานตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ (ร่าง) องค์กรประกอบของคณะกรรมการ ประธาน คือ นายกรัฐมนตรี รองประธาน คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการ/กรรมการ คือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีกรรมการ ประกอบด้วย

กลุ่มที่ ๑ กลุ่ม Provider ได้แก่ ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง หัวหน้าหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพภาครัฐและเอกชน เลขาธิการคณะกรรมการอุดมศึกษา และเลขาธิการสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กลุ่มที่ ๒ กลุ่ม Purchaser ได้แก่ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เลขานุการประกันสังคม และเลขานุการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กลุ่มที่ ๓ กลุ่ม Regional Health Board ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้แทนคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับท้องถิ่น ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ภาคประชาสังคม ผู้แทนภาคส่วนอื่น ๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

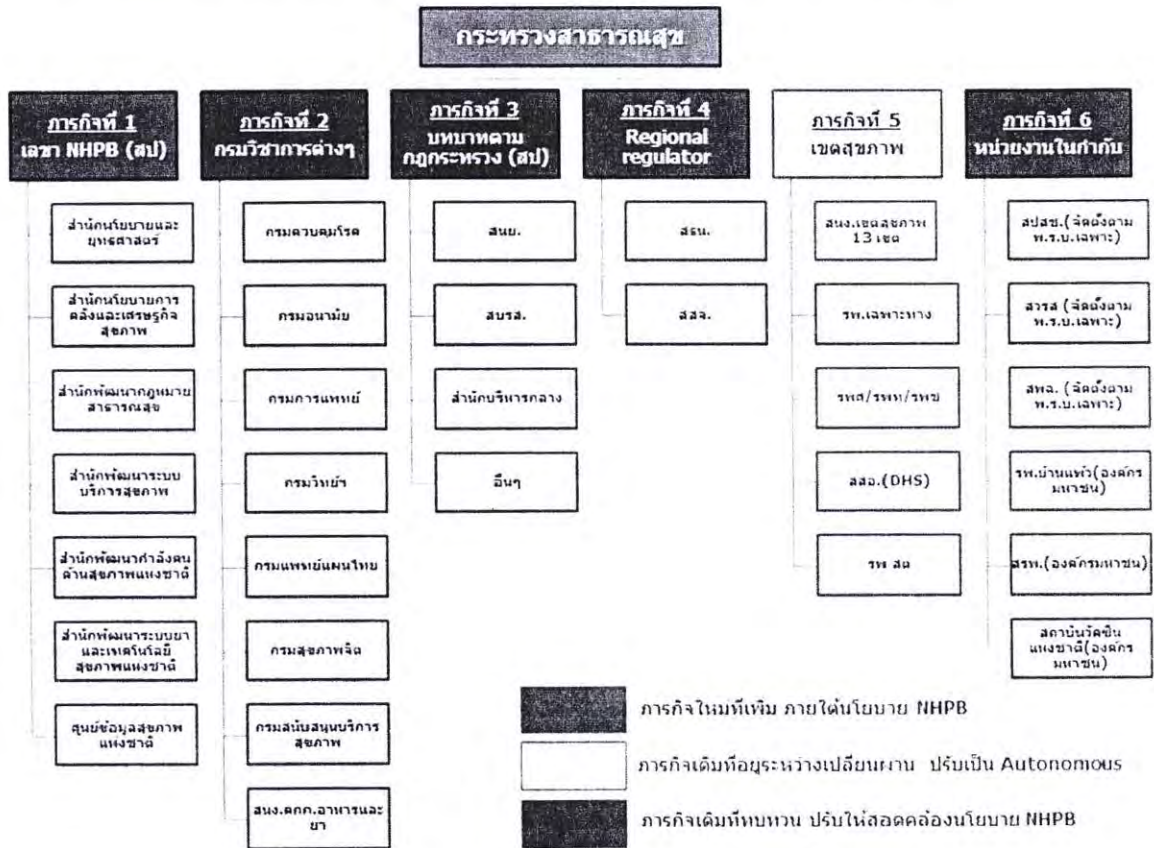
ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับบทบาทเพื่อรองรับนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพแบ่งเป็น ๒ ภารกิจหลัก

๑. ภารกิจประจำ ตามกฎกระทรวง พ.ศ. ๒๕๕๒

โดยหน่วยงานทั้งในสำนักงานปลัดและกรมวิชาการ ๗ แห่ง ๑ สำนักงาน ทบพทบบาท ภารกิจหลักเดิม ตมกฎกระทรวง พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้ชัดเจนระหว่างบทบาท Regulator-Provider-วิชาการ วิจัย พัฒนา และดำเนินการให้มีประสิทธิภาพเพื่อเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพ

๒. ภารกิจที่เพิ่ม คือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ เลขานุการของคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (NHPB) โดยบูรณาการและปรับโครงสร้างใช้ทรัพยากรของสำนักงานปลัดกระทรวงฯ เป็นหลัก ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ภารกิจหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอน กระจายอำนาจเพื่อแยกบทบาท Regulator กับ Provider ให้ชัดเจน คือการปรับโครงสร้างและบทบาทด้านบริการสุขภาพให้บริหารในรูปแบบเขตสุขภาพ โดยจะมีแผนในระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างไรก็ตามยึดนโยบายบริหาร ทรัพยากรร่วมและคำนึงถึงขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่

๔. การออกแบบภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพ



เพื่อการนำเสนอกรอบความคิดโดยย่อ คณะอนุกรรมการจะนำเสนอเป็นแผนภาพดังกล่าวต่อไปตามลำดับ

ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

**การปฏิรูป
ระบบบริหารจัดการ
ด้านสุขภาพ**

สภาพปัญหา

- ทุกภาวะของประชาชน
 - เหลื่อมล้ำการเข้าถึงบริการของประชาชน
 - ขาดการกำกับทิศทางและบูรณาการนโยบายสุขภาพ
 - การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เช่น สังคมผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อ
 - ขาดธรรมาภิบาลและจริยธรรม
 - ประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณด้านสุขภาพ
 - คุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพ

แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ



• ปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้อภิบาลและกำกับระบบสุขภาพ (Regulator) ลดบทบาทการเป็น ผู้จัดบริการ (Health care provider)



• มีกลไกอภิบาลการบูรณาการ 2 ระดับ คือ

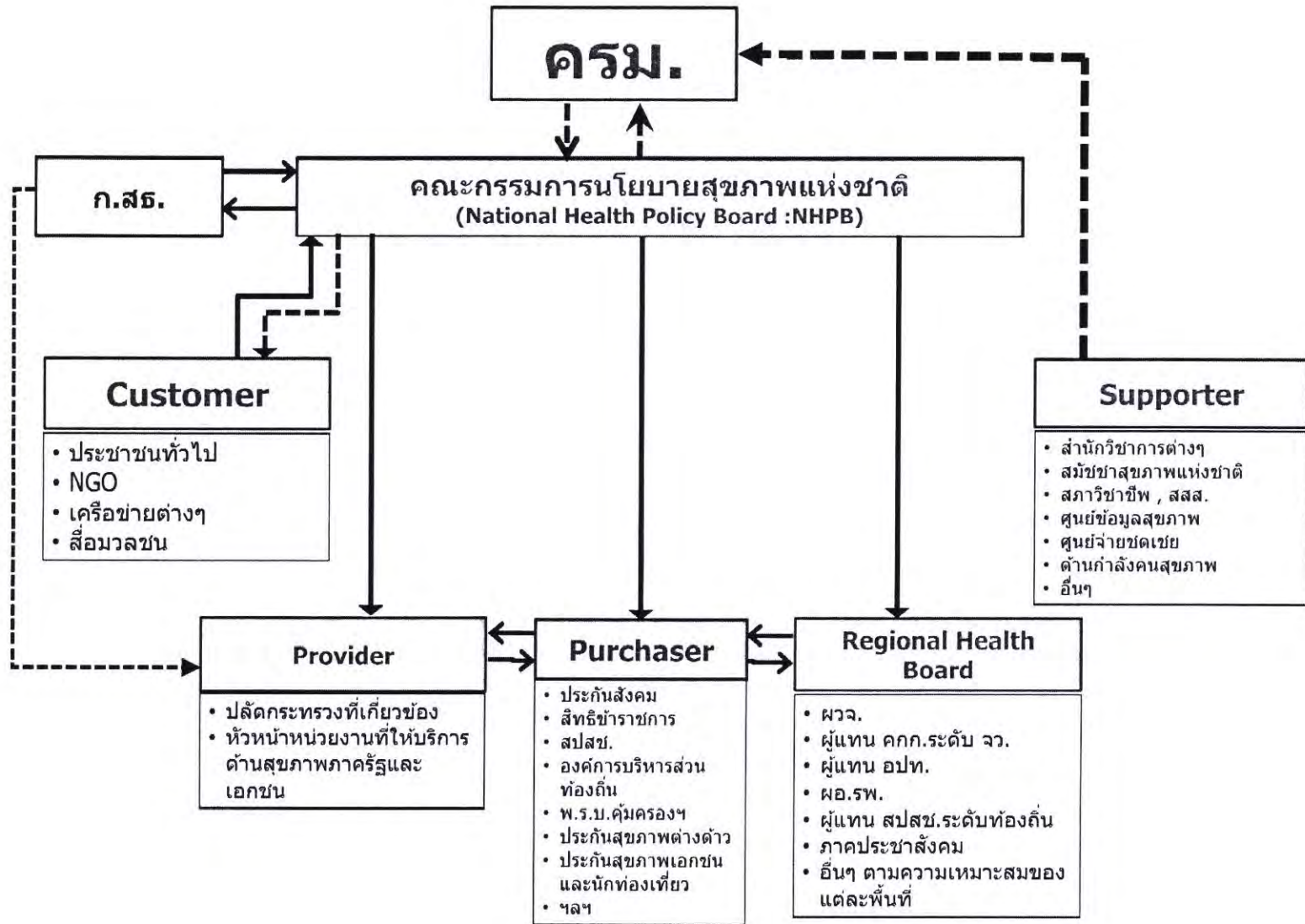
- 1) คณะกรรมการนโยบายสุขภาพระดับประเทศ
- 2) คณะกรรมการสุขภาพระดับเขต



• หน่วยบริการ ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย เพื่อใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพสูงสุด



• จัดระบบสุขภาพที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ยึดหยุ่นตามบริบทของพื้นที่และภาคประชาชนมีส่วนร่วม



**คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
(National Health Policy Board :NHPB)**

**นายกรัฐมนตรี
(ประธาน)**

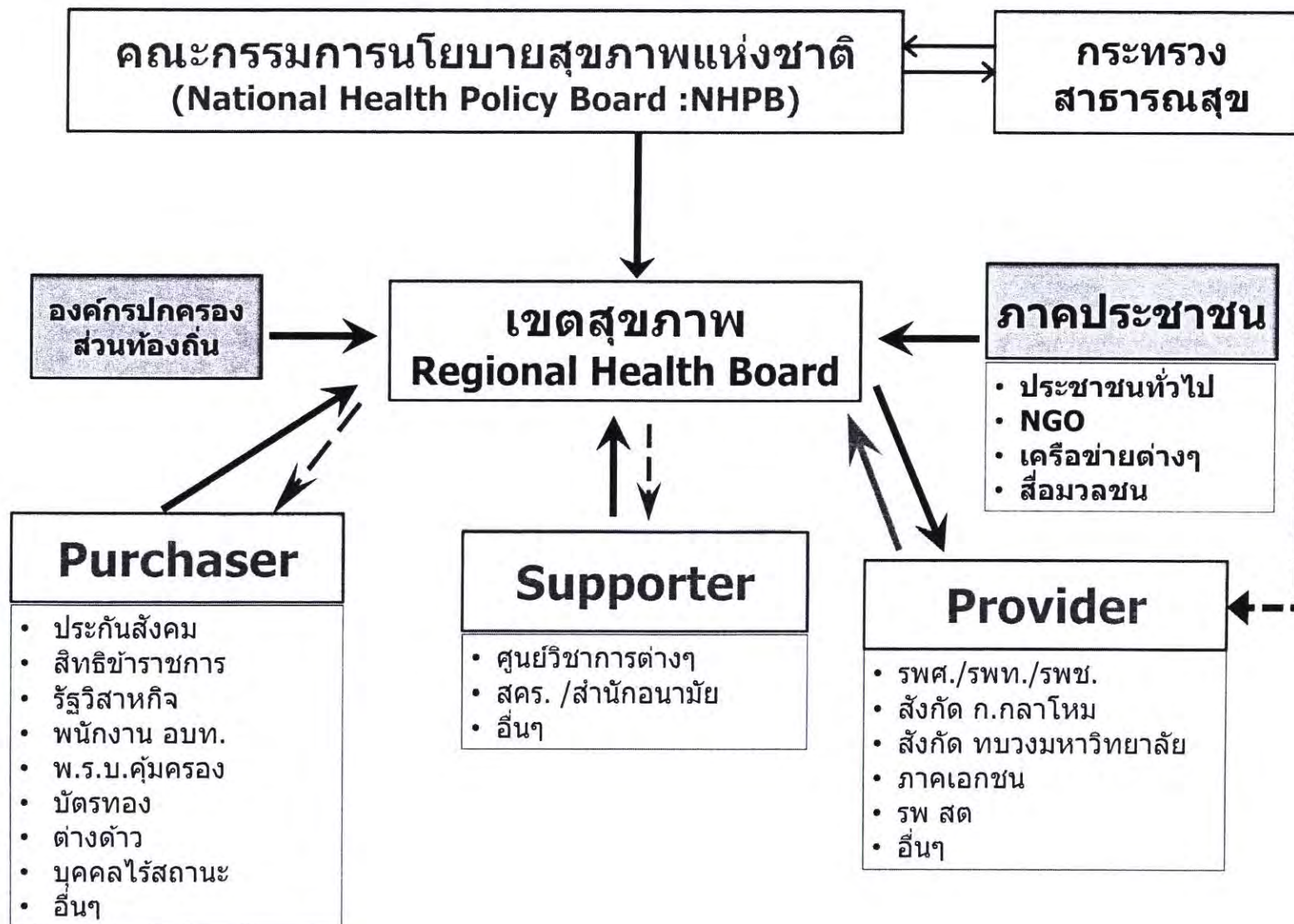
**รพว. กสธ.
(รองประธาน)**

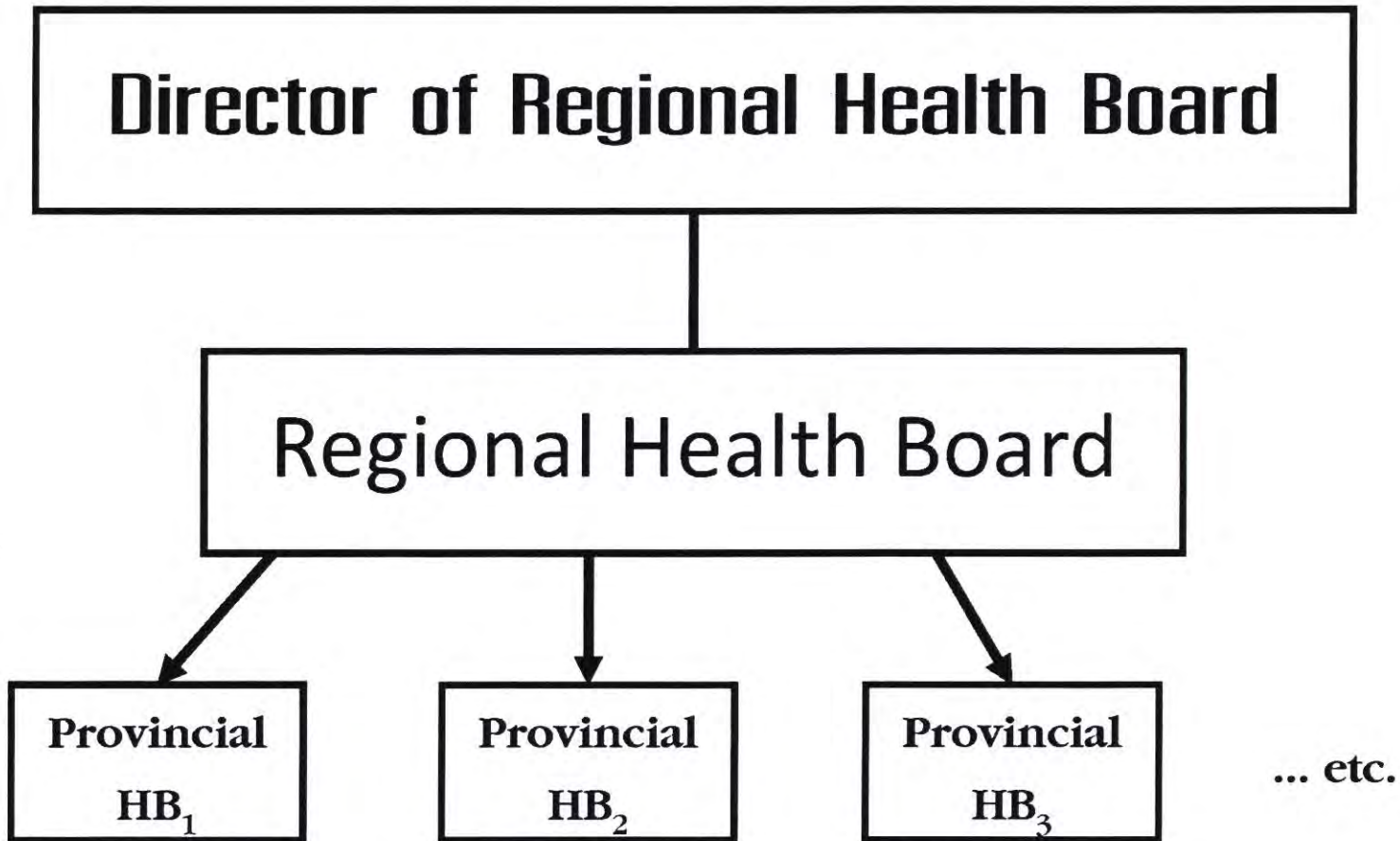
กรรมการ

ปลัดกระทรวงกลาโหม/ปลัดกระทรวงมหาดไทย/ปลัดกระทรวงการคลัง/
ปลัดกระทรวงแรงงาน/ปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ
มนุษย์/ปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม/ปลัดกระทรวง
อุตสาหกรรม/ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ/ปลัดกระทรวงเกษตรและ
สหกรณ์/เลขาธิการคณะกรรมการอุดมศึกษา/เลขาธิการสภาพัฒนา
เศรษฐกิจฯ/เลขาธิการสำนักงานหลักประกันฯ/เลขาธิการสำนักงาน
ประกันสังคม/เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ/ปลัดกระทรวง
สาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ

อำนาจหน้าที่ของ คณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

- 1. กำหนดทิศทางและนโยบายหลักด้านสาธารณสุขหลักนกรอบนโยบาย แผนงานสำคัญ คำของบประมาณและการปรับปรุงกฎหมาย เพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรี**
- 2. กำหนดให้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อบูรณาการงาน/นโยบายด้านสุขภาพและการปฏิบัติ ตลอดจนกำกับแนวทางปฏิบัติให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกหน่วยงานส่งเสริมซึ่งกันและกันตามนโยบายแห่งชาติ**
- 3. พิจารณาจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาด้านสุขภาพเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ**
- 4. ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานตามนโยบายหลักและสำคัญด้านสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง**
- 5. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อปฏิบัติงานตามความเหมาะสม**





คณะกรรมการสุขภาพระดับเขต

คณะกรรมการสุขภาพระดับเขต ประกอบด้วย
ผู้ว่าราชการจังหวัด/ผู้แทนคณะกรรมการสุขภาพระดับ
จังหวัด/ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระดับท้องถิ่น/ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ภาคประชาสังคม/ผู้แทน
ภาคส่วนอื่น ๆ ตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

ผลต่อประชาชนและประเทศชาติ

๑. สุขภาวะดีของประชาชน
๒. ความเท่าเทียมการเข้าถึงบริการของประชาชน
๓. ทิศทางและบูรณาการนโยบายสุขภาพ ชัดเจน
๔. มีนโยบายรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ
๕. มีธรรมาภิบาลและจริยธรรมในระบบเข้มแข็ง
๖. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงบประมาณด้านสุขภาพ
๗. เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพ

ต้นฉบับไม่มีหน้านี้

เรื่องที่ ๔
“การปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ”

เรื่องที่ ๔ “การปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ”

๑. ประเด็นปัญหา เพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ

๑. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเติบโตเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ
๒. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม
๓. รัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพในสัดส่วนที่สูงขึ้น (ร้อยละ ๗๗) ในขณะที่บริการสุขภาพยังมีปัญหาในด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ และความคุ้มค่า
๔. ด้านการรักษาพยาบาลเป็นค่าใช้จ่ายหลักของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมียอดส่วนลดลง (ปี พ.ศ. ๒๕๕๑, ร้อยละ ๔.๕)
๕. ยังมีกลุ่มประชากรเฉพาะบ้างกลุ่มยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ
๖. ระบบการจ่ายเงินสนับสนุนผู้ให้บริการของกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบมีการแยกส่วน

๒. ภาพที่พึงประสงค์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพระดับ

๑. แหล่งทุนสนับสนุนด้านสุขภาพที่เพียงพอ เป็นธรรม และยั่งยืน
๒. มีการลงทุนด้านบริการสาธารณสุขในระดับที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ เหมาะกับระดับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ
๓. การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพควรสอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนที่ไม่จำเป็น
๔. ประชาชนมีส่วนรับผิดชอบบริการสุขภาพ โดยต้องไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และไม่เกิดภาวะล้มละลายจากการเจ็บป่วย
๕. มีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
๖. มีโครงสร้างที่ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึง ระบบปฐมภูมิ ระบบฉุกเฉิน
๗. มีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้อง ทันสมัย ได้มาตรฐาน

๓. กลไกการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพระดับชาติ

๑. จัดตั้ง National Health Policy Board และในเขตสุขภาพจัดให้มี Regional Health Board มีหน้าที่ดูแลสุขภาพโดยรวมของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งจัดหาบริการสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วย

- ผู้ว่าราชการจังหวัด
 - องค์การบริหารท้องถิ่น
 - สถานบริการสุขภาพในท้องถิ่น ทั้งภาครัฐ และเอกชน
 - ผู้แทนภาคประชาชน
- ฯลฯ

๒. กำหนดค่าเหมาจ่ายรายหัวในระดับประเทศ เป็นระบบงบประมาณปลายปิด

๓. สร้างกลไกในการกระจายค่าเหมาจ่ายรายหัวไปยังเขตสุขภาพโดยตรง เขตสุขภาพทำหน้าที่เป็น purchaser จัดหาบริการที่มีคุณภาพในพื้นที่ สนองต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่กำกับและประเมินผล

๔. จัดทำสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของคนไทยทุกคน แรงงานต่างด้าว

๕. สร้างกลไกในการควบคุมค่าใช้จ่าย ควบคุมคุณภาพบริการ และความครอบคลุมของบริการ โดยให้พื้นที่มีส่วนมากที่สุด

๖. สร้างกลไกเติมเงินเข้าสู่ระบบ

๗. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับชาติ (National Information Clearing House)

๔. การลงทุน/หาเงินเข้าระบบ

๑. มีการลงทุนด้านเทคโนโลยี เช่น Vaccine ยา แพทย์แผนไทย อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ควรมียุทธศาสตร์ระดับชาติที่รัฐร่วมพัฒนา ผลิต และใช้ กระจายสู่ประเทศเพื่อนบ้าน

๒. การศึกษา อบรม (Training Course) การแพทย์/ สาธารณสุข ระบบการเฝ้าระวังโรคระดับอาเซียน (AC Surveillance System)

๓. ระบบประกันสุขภาพนักท่องเที่ยว (Travel Insurance)

๖. แหล่งเงิน

๑. งบประมาณรัฐจากภาษีประชาชน

- เพิ่มภาษี อาทิ ภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ภาษีมรดก ภาษีที่ดิน ตลอดจน ขยายฐานภาษีเงินได้

บุคคล/นิติบุคคล

๒. เงินบางส่วนจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถ

๓. กองทุนผู้ประกันตนแรงงานต่างด้าว

๔. ร่วมลงทุนด้านสุขภาพ ความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน (Public - Private Partnership: PPP)

๕. ประชาชนร่วมจ่าย

- การจ่ายเงินล่วงหน้าก่อนการใช้บริการ อาทิ ภาษีสุขภาพ จัดตั้งกองทุนสุขภาพในพื้นที่จากภาษีท้องถิ่นจัดเก็บเอง การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

การปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ

คณะกรรมการการปฏิรูประบบสาธารณสุข

สภาปฏิรูปแห่งชาติ

ประเด็นปัญหา

- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเติบโตเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการข้าราชการ ระบบประกันสังคม
- รัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพในสัดส่วนที่สูงขึ้น (77%) ในขณะที่บริการสุขภาพยังมีปัญหาในด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ และความคุ้มค่า
- ด้านการรักษาพยาบาลเป็นค่าใช้จ่ายหลักของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครมีสัดส่วนลดลง (ปี 2551 4.5%)
- ยังมีกลุ่มประชากรเฉพาะบ้างกลุ่มยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ
- ระบบการจ่ายเงินสนับสนุนผู้ให้บริการของกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบมีการแยกส่วน

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน
(ปี 2556 19,061 บาท)

รายการ	2556 (ร้อยละ)	2550 - 2556
สุขภาพ	1.5	↓
การศึกษา	1.6	↓
อาหาร	32.7	↔
ที่อยู่อาศัย	19.2	↔
การเดินทาง	20.1	↑
การสื่อสาร	3.0	↔
การบันเทิง	1.7	↔
กิจกรรมทางศาสนา	1.1	↔

แหล่งที่มา : การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2550-2556

ตารางที่ 5.2.3 ร้อยละของผู้ที่เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา
จำแนกตามภาค

	ภาค					
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	รวม
รวม	n=431	n=567	n=449	n=379	n=251	n=2,077
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	30.2	38.9	30.1	32.2	18.0	31.2
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	1.3	4.2	2.3	3.5	6.1	3.3
รักษาและควบคุมไม่ได้	26.9	34.3	41	39.7	42.8	37
รักษาและควบคุมได้	41.6	22.6	26.6	24.6	33	28.5

*ควบคุมได้หมายถึงระดับน้ำตาล < 126 มก./ดล.

แหล่งที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4

ตารางที่ 5.3.4 ร้อยละของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และ ผลการรักษา จำแนกตามเขตปกครองและภาค

	ภาค					
	เหนือ	กลาง	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	กรุงเทพฯ	รวม
รวม	n=1,554	n=1,708	n=1,154	n=1,500	n=776	n=6,692
ไม่ได้รับการวินิจฉัย	48.3	51.6	58.1	51.2	36.8	50.3
ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รักษา	7.6	5.6	10.1	14.4	8.7	8.7
รักษาและความคุมไม่ได้	20.4	21.9	15.1	17.7	26.4	20.7
รักษาและความคุมได้	23.7	21.0	16.7	16.6	28.1	20.9

แหล่งที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4

ภาพที่พึงประสงค์

การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพระดับชาติ

- แหล่งทุนสนับสนุนด้านสุขภาพ ที่เพียงพอ เป็นธรรม และยั่งยืน
- มีการลงทุนด้านบริการสาธารณสุขในระดับที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ เหมาะกับระดับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ
- การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพควรสอดคล้องนโยบายการกระจายอำนาจ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนที่ไม่จำเป็น
- ประชาชนมีส่วนรับผิดชอบบริการสุขภาพ โดยต้องไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น และไม่เกิดภาวะล้มละลายจากการเจ็บป่วย
- มีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- มีโครงสร้างที่ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึง ระบบปฐมภูมิ ระบบฉุกเฉิน
- มีระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้อง ทันสมัย ได้มาตรฐาน

กลไก

การพัฒนาาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพระดับชาติ

- จัดตั้ง National Health Policy Board และในเขตสุขภาพจัดให้มี Regional Health Board มีหน้าที่ดูแลสุขภาพโดยรวมของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งจัดหาบริการสุขภาพที่เหมาะสม ประกอบด้วย
 - ผู้ว่าราชการจังหวัด
 - องค์การบริหารท้องถิ่น
 - สถานบริการสุขภาพในท้องถิ่น ทั้งภาครัฐ และเอกชน
 - ผู้แทนภาคประชาชน
 - ฯลฯ
- กำหนดค่าเหมาจ่ายรายหัวในระดับประเทศ เป็นระบบงบประมาณปลายปิด
- สร้างกลไกในการกระจายค่าเหมาจ่ายรายหัวไปยังเขตสุขภาพโดยตรง เขตสุขภาพทำหน้าที่เป็น purchaser จัดหาบริการที่มีคุณภาพในพื้นที่ สนองต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่กำกับและประเมินผล

กลไก (ต่อ)

การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพระดับชาติ

- จัดทำสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของคนไทยทุกคน แรงงานต่างด้าว
- สร้างกลไกในการควบคุมค่าใช้จ่าย ควบคุมคุณภาพบริการ และความครอบคลุมของบริการโดยให้พื้นที่มีส่วนร่วมมากที่สุด
- สร้างกลไกเติมเงินเข้าสู่ระบบ
- จัดตั้งศูนย์ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับชาติ (National Information Clearing House)

การลงทุน/หาเงินเข้าระบบ

- มีการลงทุนด้านเทคโนโลยี เช่น Vaccine ยา แพทย์แผนไทย อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ ควรมีนโยบายระดับชาติที่รัฐร่วมพัฒนา ผลิต และใช้ กระจายสู่ประเทศเพื่อนบ้าน
- การศึกษา อบรม (Training Course) การแพทย์/ สาธารณสุข ระบบการเฝ้าระวังโรคระดับอาเซียน (AC Surveillance System)
- ระบบประกันสุขภาพนักท่องเที่ยว (Travel Insurance)

•แหล่งเงิน

- งบประมาณรัฐจากภาษีประชาชน
 - เพิ่มภาษี เช่น VAT ภาษีมรดก ภาษีที่ดิน ขยายฐานภาษีเงินได้บุคคล/นิติบุคคล
- พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ
- กองทุนผู้ประกันตนแรงงานต่างด้าว
- ร่วมลงทุนด้านสุขภาพ, ความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน (Public – Private Partnership: PPP)
- ประชาชนร่วมจ่าย
 - จ่ายล่วงหน้าก่อนการใช้บริการ เช่น ภาษีสุขภาพ กองทุนสุขภาพในพื้นที่ จากภาษี ห้างถิ่นจัดเก็บเอง ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

การพัฒนากระบวนการเงินการคลังด้านสุขภาพ

