

ขอเสนอ

แนวทางการจัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 8

(พ.ศ. 2540-2544)

คณะกรรมการ
ด้านสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

กุมภาพันธ์ 2538

สธ
01
10.5337
2538



ข้อเสนอ
แนวทางการจัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 8
(พ.ศ.2540-2544)

ด้านสาธารณสุข

THAI NATIONAL ASSEMBLY LIBRARY



3961126327

กระทรวงสาธารณสุข

กุมภาพันธ์ 2538

ข้อเสนอ

แนวทางการจัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)

ด้านสาธารณสุข

1. ความเป็นมา

ในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศเพื่อบรรลุสภาพที่ดีถ้วนหน้านั้น จำเป็นต้องดำเนินการอย่างมีทิศทางที่ชัดเจนและมีการกำหนดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาประเทศในระยะยาวหรือตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป และระยะปานกลางอันได้แก่ แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่มีระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี ทั้งนี้เพื่อช่วยทำให้การจัดทำแผนค่าของงบประมาณประจำปี หรือแผนปฏิบัติการประจำปีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความยืดหยุ่นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญที่ได้กำหนดไว้

ที่ผ่านมา ได้มีความพยายามจากหลายฝ่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ที่จะให้ข้อเสนอ กำหนดทิศทางพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งนับว่าเป็นความพยายามที่ต่างก็ต้องการจะเห็นแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศเป็นไปในทิศทางที่พึงจะเป็นร่วมกัน

หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบด้านการจัดทำแผนพัฒนาของประเทศ คือสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ริเริ่มที่จะจัดทำเอกสาร ทิศทางการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของไทยในทศวรรษหน้า ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2537 เพื่อนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีฝ่ายสังคม โดยมีแนวคิดที่จะปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยเน้นความสำคัญด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ปรับปรุงการจัดระบบบริการของรัฐให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพ ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข ปฏิรูประบบการประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ ตลอดจนปฏิรูประบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ในเดือนมกราคม 2538 กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยดำเนินการหลักด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ ได้จัดประชุมปรึกษาหารือระดมสมองเพื่อหาแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 โดยมีสาระสำคัญที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ตลอดจนเน้นการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพดี ทั่วถึง เป็นธรรม และมีราคาที่เหมาะสม รวมถึงการครอบคลุมปัญหาด้านต่างๆที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นต้น

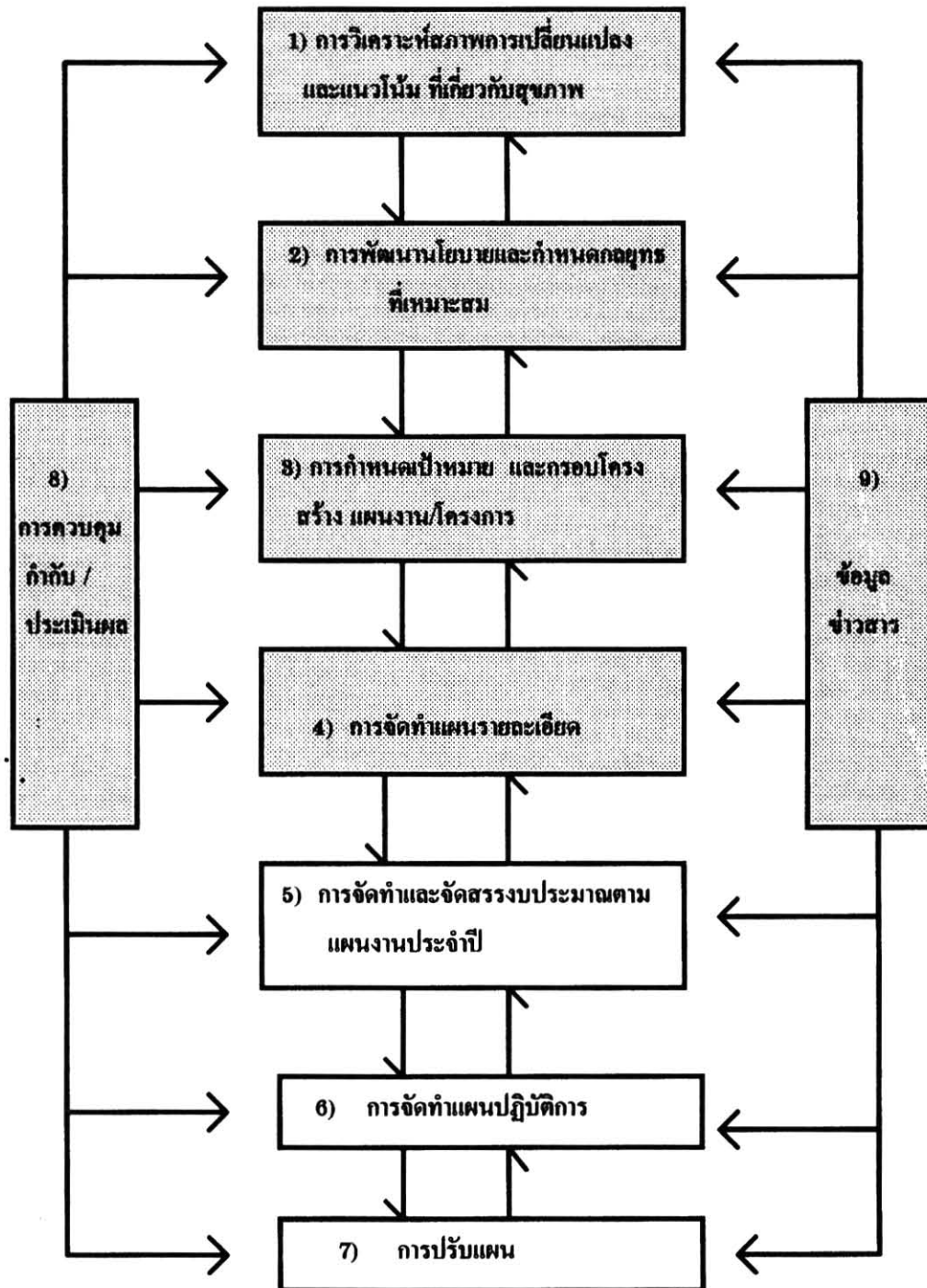
ในขณะเดียวกัน สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กำลังดำเนินการศึกษาวิเคราะห์เพื่อจัดทำ สมุดปกขาว “ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนไทย” โดยมุ่งเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกัน

จะเห็นได้ว่า ความพยายามของทั้งสามหน่วยงานดังกล่าวเป็นไปด้วยเจตนารมณ์เดียวกัน และมีเป้าหมายอยู่ที่การทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรไทยดีขึ้นเช่นเดียวกัน

ดังนั้น จึงเห็นเป็นการสมควรที่จะกำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชน ดำเนินการระดมสมองจากทุกฝ่ายเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอในการกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ และแนวทางการพัฒนาประเทศด้านสาธารณสุข จัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติด้านสาธารณสุข รวมทั้งประสานงานร่วมกันในการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุขต่อไป

2. แนวคิดและหลักการในการจัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข

การจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข เป็นการจัดทำแผนพัฒนาระยะ 5 ปี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยง ในกระบวนการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข หรือ *Managerial Process for National Health Development (MPNHD)* อันเป็นกระบวนการที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันโดยทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก สำหรับการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว (ดังแสดงในภาพที่ 1)

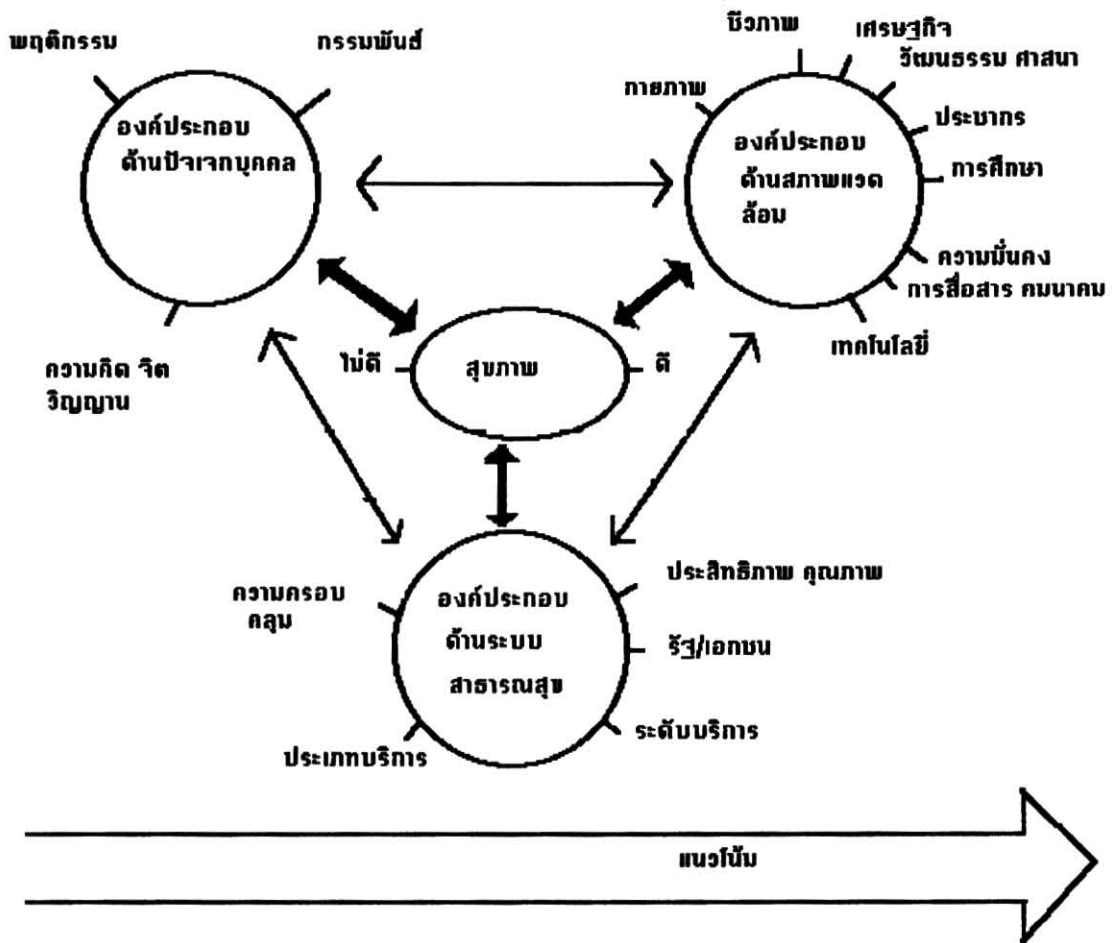


ภาพที่ 1 กระบวนการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข
(MPNHD - Managerial Process for National Health Development)
“ต่อเนื่อง - เชื่อมโยง”

การจัดทำแผนพัฒนาฯ ระยะ 5 ปี จะครอบคลุม กิจกรรมในข้อ (1) ถึง (4) ซึ่งจะต้องรวมถึง (8) และ (9) ด้วย

2.2 ความเชื่อมโยงของสุขภาพและองค์ประกอบอื่นๆ

การพัฒนาสุขภาพของประชาชน มีส่วนเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับองค์ประกอบต่าง ๆ หลายส่วน ไม่เฉพาะการพัฒนาระบบสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ด้านสาธารณสุขเท่านั้น (ดังแสดงในภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบที่เกี่ยวกับสุขภาพ

2.8 พลวัตและการมีส่วนร่วม

จากข้อ 2.1. และ 2.2 การวางแผนพัฒนาฯ จึงต้องพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้ครบถ้วน และพิจารณาในลักษณะที่เป็นพลวัต (Dynamic) โดยจะต้องสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน จึงจะเป็นแผนพัฒนาฯ ด้านสาธารณสุขของชาติที่แท้จริง มิใช่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบต่าง ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นจะต้องถือว่ากระบวนการวางแผนพัฒนาฯ เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง มิใช่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นครั้งเดียวทุก ๆ 5 ปี การวิเคราะห์สภาพการเปลี่ยนแปลง การพัฒนานโยบาย กลยุทธ์ แผนงาน/โครงการใหม่ ๆ จึงต้องเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลา

การวางแผนพัฒนาฯ ระยะ 5 ปี ที่กำลังดำเนินการอยู่จึงเป็น ช่วงหนึ่งของกระบวนการที่ต่อเนื่องเท่านั้น

3. ความพยายามในการนำเสนอประเด็นสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข

3.1 คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดจุดหลักของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - พ.ศ.2544) เอาไว้ว่าจะเน้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพของคน

3.2 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้จัดทำการวิเคราะห์และเสนอภาพรวมของสถานการณ์และแนวโน้ม พร้อมเสนอทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนฯ 8 โดยเป็นส่วนหนึ่งของเอกสาร " ทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทยในทศวรรษหน้า" (รายละเอียดตาม เอกสารผนวก 1) และได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ต่อคณะกรรมการรัฐมนตรีฝ่ายสังคม เมื่อเดือน กรกฎาคม 2537 โดยสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้ขอความเห็นจากกระทรวงสาธารณสุขก่อนเสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการรัฐมนตรีฝ่ายสังคม กระทรวงสาธารณสุขได้มีการนำเข้าปรึกษาหารือในที่ประชุมกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเดือนสิงหาคม 2537 ซึ่งมีมติให้จัดการประชุมระดมสมองระหว่างผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนขึ้น เพื่อพิจารณาข้อเสนอดังกล่าว

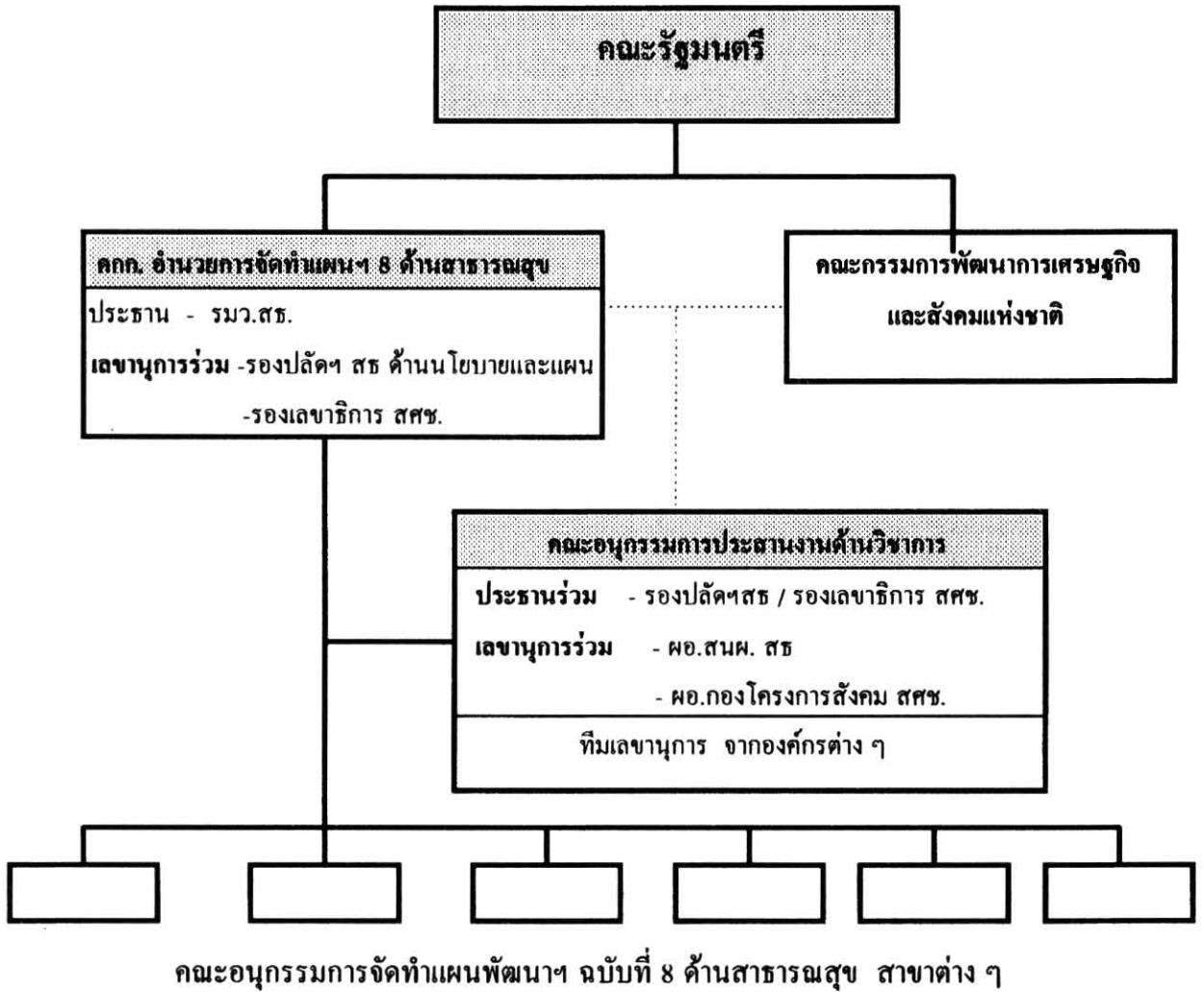
3.3 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดการประชุมระดมสมองในหัวข้อเรื่อง “ทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนฯ 8” เมื่อวันที่ 7 มกราคม 2538 ได้ข้อสรุปในเรื่องที่สำคัญ ดังใน เอกสารผนวก 2

3.4 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กำลังระดมคณะนักวิชาการเพื่อจัดทำสมุดปกขาว “ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนไทย” ซึ่งเน้นประเด็นสำคัญที่มุ่งพัฒนามนุษย์ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็น และการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

3.5 จะเห็นได้ว่า ความพยายามทั้ง 3 ฝ่ายดังกล่าว มีข้อเสนอไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน คือมุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การปรับปรุงพฤติกรรมของประชาชน การครอบคลุมของบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยประหยัด ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

4. ข้อเสนอโครงสร้างองค์การการจัดทำแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข

4.1 เพื่อการมีส่วนร่วม ประสิทธิภาพและความเชื่อมโยงในการดำเนินการ จึงเสนอโครงสร้างองค์การดำเนินการ ซึ่งปรากฏในภาพที่ 3 ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 3 โครงสร้างองค์การการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข นี้ ให้เป็น
 การจัดตั้งโดยมติของคณะรัฐมนตรี เพื่อให้เป็นคณะกรรมการระดับชาติโดยแท้จริง

4.2 องค์ประกอบของคณะกรรมการอำนวยการ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธาน
รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข	รองประธาน
ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา	กรรมการ
ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร	กรรมการ
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ

ปลัดกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
ปลัดกระทรวงกลาโหม	กรรมการ
ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กรรมการ
ปลัดกระทรวงพาณิชย์	กรรมการ
ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม	กรรมการ
ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย	กรรมการ
ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
ปลัดกรุงเทพมหานคร	กรรมการ
เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ	กรรมการ
เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน	กรรมการ
อธิบดีกรมอนามัย	กรรมการ
อธิบดีกรมการแพทย์	กรรมการ
อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ	กรรมการ
อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
อธิบดีกรมสุขภาพจิต	กรรมการ
เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม	กรรมการ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย	กรรมการ
ประธานสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	กรรมการ
นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน	กรรมการ
นายกสมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน	กรรมการ
นายกสมาคมนักข่าวแห่งประเทศไทย	กรรมการ
ประธานคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชน เพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน	กรรมการ
ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี	กรรมการ
นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช	กรรมการ
ศาสตราจารย์นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา	กรรมการ
ศาสตราจารย์นายแพทย์ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี	กรรมการ
ศาสตราจารย์ ดร. เทียนฉาย กีระนันท์	กรรมการ

ศาสตราจารย์ ดร. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์	กรรมการ
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านพัฒนานโยบายและแผน	กรรมการและเลขานุการ
รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการร่วม
ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	

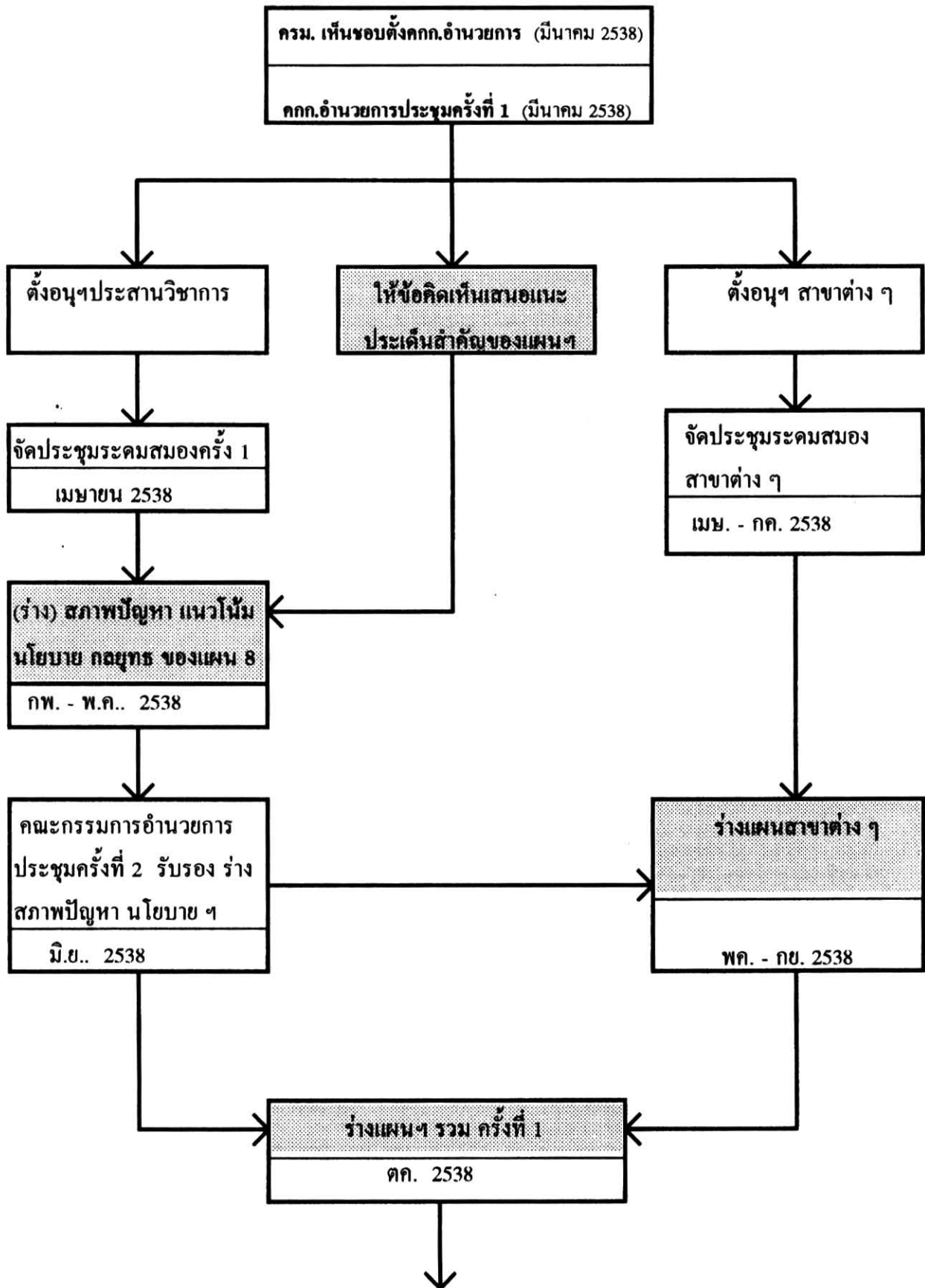
โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

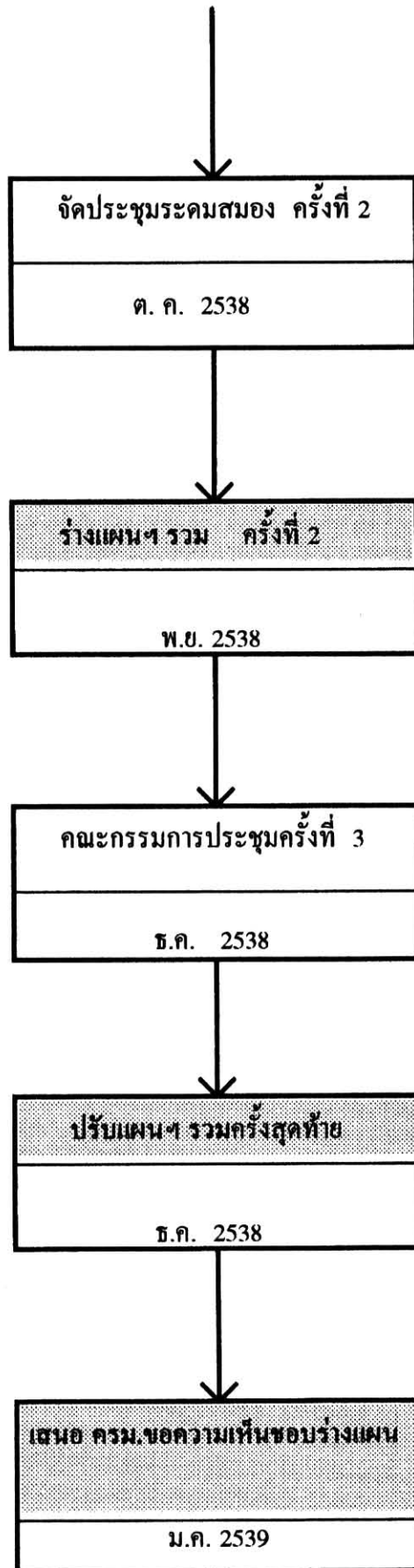
1. กำหนดทิศทางและนโยบายในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ .2540-2544)
2. กำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้สามารถนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล
3. ประสานการจัดการจัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทุกประเภท
4. แต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานชุดต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม

5. แผนปฏิบัติการในการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
1. เสนอ กรม. ตั้งคณะกรรมการอำนวยการฯ	กุมภาพันธ์ 2538	สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข
2. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการฯ ครั้งที่ 1	ปลาย มีนาคม 2538	สำนักนโยบาย ฯ
3. จัดประชุมระดมสมองระดับชาติ ครั้งที่ 1	เมษายน 2538	คณะอนุกรรมการ ประสานวิชาการ
4. จัดทำเอกสารวิเคราะห์สภาพปัญหาและ แนวโน้ม ตลอดจนข้อเสนอเชิงนโยบาย และกลยุทธ์ในการพัฒนา	กพ. - พค. 2538	คณะอนุกรรมการ ประสานวิชาการ
5. ประชุมระดมสมอง - ตามสาขาต่าง ๆ 10 ครั้ง - ตามพื้นที่เขตต่าง ๆ 12 ครั้ง	เมษ. - กค. 2538	- คณะอนุกรรมการ ประสานวิชาการ/ - คณะอนุกรรมการ แต่ละสาขา - เขตต่าง ๆ
6. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ครั้งที่ 2	ต้น มิถุนายน 2538	คณะอนุกรรมการ ประสานวิชาการ
7. อนุกรรมการสาขาต่าง ๆ จัดทำแผน แต่ละสาขา	พค. - กย. 2538	คณะอนุกรรมการ แต่ละสาขา
8. จัดประชุมสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 2	ตุลาคม 2538	คณะอนุกรรมการ ประสานวิชาการ
9. คณะอนุฯ แต่ละสาขาปรับปรุงแผน แต่ละสาขาขั้นสุดท้าย	ตค.- พย. 2538	คณะอนุกรรมการ แต่ละสาขา
10. จัดทำแผนฯ ฉบับสมบูรณ์	ตค. - ธค. 2538	คณะอนุกรรมการ ประสานวิชาการ
11. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการ ครั้งที่ 3	ธันวาคม 2538	สำนักนโยบายฯ
12. เสนอแผนฯ ต่อคณะรัฐมนตรี	มกราคม 2539	สำนักนโยบายฯ

ภาพที่ 4 ขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข







ทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทย
ในทศวรรษหน้า

เสนอ

คณะกรรมการรัฐมนตรีฝ่ายสังคม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กรกฎาคม ๒๕๓๗

สรุปสำหรับผู้บริหาร
เรื่อง ทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทยในทศวรรษหน้า

1. ประเด็นปัญหา

1.1 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 3.56 ของ GDP ในปี 2525 เป็นร้อยละ 6.38 ในปี 2535 และคาดว่าจะในปี 2543 จะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 8.1 ของ GDP

1.2 แม้ว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขค่อนข้างสูง แต่สถานะทางสุขภาพ เช่น อัตราการตายของทารกและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรยังน้อยกว่าประเทศเพื่อนบ้าน เช่น มาเลเซีย และศรีลังกา ซึ่งชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2. สาเหตุของปัญหา

2.1 การใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเน้นการบริการที่มีผลตอบแทนต่อการลงทุนต่ำ โดยงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐในแต่ละปี จะใช้สำหรับการรักษาพยาบาลถึงร้อยละ 57.7 ส่วนการใช้จ่ายด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผลตอบแทนต่อการลงทุนสูงนั้น ได้รับการจัดสรรในสัดส่วนที่น้อยกว่าคือร้อยละ 13.4 และ 11.44 ตามลำดับเท่านั้น

2.2 การให้ความสำคัญกับระบบบริการทางการแพทย์เฉพาะทางมากกว่าบริการขั้นพื้นฐานทั่วไป ทั้งในด้านสถานบริการและบุคลากร โดยสถานบริการระดับพื้นฐาน ซึ่งได้แก่

3.2 ปฏิรูประบบการจัดบริการของรัฐให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพ โดยพัฒนาสถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนให้มีศักยภาพและคุณภาพ ในการให้บริการแก่ประชาชนรวมทั้งปรับปรุงวิธีการบริหารจัดการสถานพยาบาลของรัฐให้มีความคล่องตัว ตลอดจนกำหนดกลไกหรือสร้างสิ่งจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์กระจายไปยังส่วนภูมิภาคมากยิ่งขึ้น

3.3 ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุขและสร้างกลไกในการกำกับดูแลการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้นโยบายด้านภาษี เพื่อลดการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย การขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรที่ยังไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ และการกำหนดกลไกเพื่อควบคุมการบริโภควา และการใช้บริการทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น

3.4 ปฏิรูประบบการประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันในด้านสุขภาพ โดยพิจารณากำหนดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Basic Essential Package) สำหรับประเทศไทย โดยจัดตั้งคณะทำงานขึ้นเพื่อศึกษาถึงความเป็นไปได้โดยพิจารณาจากสถานะเจ็บป่วยของประชาชน ศักยภาพทางเศรษฐกิจและประสิทธิภาพของการลงทุนเป็นเกณฑ์

3.5 ปฏิรูประบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเน้นบทบาทและความสำคัญของแพทย์ทั่วไปมากยิ่งขึ้น และให้มีกลไกกำกับดูแลการผลิตแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งปรับปรุงหลักสูตรด้านการแพทย์ โดยเพิ่มความสำคัญเรื่องการเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งปลูกฝังจริยธรรมทางการแพทย์ให้มากยิ่งขึ้น

สถานือนามัยและโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลนั้นยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ทำให้ประชาชนนิยมใช้บริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมืองมากเกินไป โดยไม่จำเป็น ส่วนด้านบุคลากรทางการแพทย์นั้น ระบบบริหารและการสนับสนุนในปัจจุบันไม่เอื้อต่อการจูงใจให้เป็นแพทย์ทั่วไป ดังจะเห็นได้จากในประเทศไทย สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางมีถึงร้อยละ 52 ของแพทย์ทั้งหมด ขณะที่แพทย์ที่ปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ทั่วไปจริง ๆ มีเพียงร้อยละ 22 เท่านั้น

2.8 การใช้จ่ายด้านสาธารณสุขยังขาดกลไกในการกำกับดูแล การใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของไทยส่วนใหญ่เป็นการรับผิดชอบของครัวเรือนถึงร้อยละ 73 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายของครัวเรือนประมาณร้อยละ 40 จะใช้สำหรับการรับบริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีกลไกในการกำกับดูแลทั้งด้านราคาและคุณภาพ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีราคาแพง และการบริโภคยาที่ไม่เหมาะสมหรือฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น

8. แนวทางหลักในการปฏิรูประบบสาธารณสุข

8.1 ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยเน้นความสำคัญด้านการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต โดยเฉพาะในด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย การมีจิตสำนึกที่ดีในการใช้รถใช้ถนน การละเว้นการสูบบุหรี่ และบริโภคสุรา และการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสิ่งแวดล้อมและอันตรายของการใช้สารพิษและสารเคมีต่าง ๆ

4. ประเด็นเสนอเพื่อพิจารณา

4.1 ให้ความเห็นชอบในหลักการของแนวทางและข้อเสนอในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทย ตามข้อ 3

4.2 เพื่อให้การปฏิรูปมีผลในทางปฏิบัติเห็นควรนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา หากเห็นชอบในข้อเสนอดังกล่าว ขอให้มิมติมอบหมายให้สำนักงานฯ พิจารณาจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของไทยในทศวรรษหน้า

1. ประเด็นปัญหา

1.1 จากการศึกษาของธนาคารโลก พบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยคิดเป็นร้อยละ 5.9 ของ GDP ในปี 2534 ขณะที่ประเทศมาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และศรีลังกา มีค่าใช้จ่ายด้านนี้เพียงร้อยละ 3.5, 2.4, 2.4 และ 2.3 ตามลำดับ

1.2 จากรายงานของกองทุนประชากรชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ยังระบุว่า ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 3.56 ของ GDP ในปี 2525 เป็นร้อยละ 6.38 ในปี 2535 และหากอัตราเพิ่มยังคงเป็นเช่นเดิม ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขจะเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 8.1 ของ GDP ในปี 2543

1.3 แม้ว่าประเทศไทย มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขค่อนข้างสูง แต่สถานะทางสุขภาพของประชาชน เช่น อัตราการตายของทารก และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรก็ยังดีกว่าประเทศเพื่อนบ้านบางประเทศ จากการศึกษาของธนาคารโลก พบว่าในปี 2534 ประเทศไทยมีอัตราการตายของทารก 38 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับมาเลเซียและศรีลังกา ซึ่งมีอัตราการตายของทารกเพียง 15 และ 18 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในขณะเดียวกันประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 68.9 ปีซึ่งต่ำกว่ามาเลเซียและศรีลังกา ที่ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ย 70.5 ปี และ 71.3 ปีตามลำดับ ซึ่งสภาวะด้านสุขภาพดังกล่าวนี้ชี้ให้เห็นว่า การใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

2. สาเหตุของปัญหา

การที่ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของไทยเพิ่มสูงขึ้น แต่การดำเนินงานยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควรนั้น มีสาเหตุจากปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ

2.1 การใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเน้นการบริการที่มีผลตอบแทนต่อการลงทุนต่ำ

จากการศึกษาของธนาคารโลกพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่มีผลตอบแทนต่อการลงทุนสูงที่สุด ได้แก่ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ แต่จากการจัดสรรงบประมาณของไทยส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องการรักษาพยาบาลที่มีผลตอบแทนต่อการลงทุนต่ำ ส่วนการลงทุนทางด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีสัดส่วนที่น้อยกว่า ดังจะเห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐในปี 2533 จะใช้สำหรับ การรักษาพยาบาลถึงร้อยละ 57.7 ขณะที่การควบคุมป้องกันโรค (เช่น การฉีดวัคซีน งานอนามัยและสิ่งแวดล้อม) และการส่งเสริมสุขภาพ (เช่น งานสุขศึกษา งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมออกกำลังกาย และงานพฤติกรรมอนามัย) จะได้รับการจัดสรรงบประมาณเพียงร้อยละ 13.4 และ 11.44 เท่านั้น

นอกจากนี้ในปัจจุบันลักษณะของโรคที่เป็นปัญหาของประเทศ ได้เปลี่ยนไปจากโรคที่เกิดจากความยากจน เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร โรคที่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการ มาเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคเอดส์ มากยิ่งขึ้น โรคต่าง ๆ เหล่านี้ใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลนาน และมีการลงทุนทั้งทางบุคลากร และเครื่องมือสูง โดยที่มีผลต่อความยืนยาวของชีวิตผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพน้อย โรคบางโรค เช่น โรคเอดส์ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น การลงทุนด้านการรักษาพยาบาล

จึงใช้งบประมาณสูงและมีผลตอบแทนต่อการลงทุนต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคซึ่งเป็นการลงทุนที่มีประสิทธิภาพและให้ผลตอบแทนสูงกว่า

2.2 การให้ความสำคัญกับระบบบริการทางการแพทย์เฉพาะทางมากกว่า บริการขั้นพื้นฐานทั่วไป

แม้ว่านโยบายของรัฐบาลจะให้ความสำคัญกับการกระจายสถาน บริการระดับพื้นฐานแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยจัดให้มีสถานีอนามัยครบทุก ตำบล และโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอก็ตาม แต่การที่รัฐจัดสรรงบประมาณ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในสัดส่วนที่ต่ำทำให้การบริการของ สถานีอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการระดับต้นที่เน้นงานควบคุมป้องกันโรคและ ส่งเสริมสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากมีปัญหาด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและบุคลากรที่ยังไม่เพียงพอ เป็นผลให้ประชาชนขาดความมั่นใจใน คุณภาพของบริการ และมักนิยมใช้บริการที่โรงพยาบาลมากกว่าสถานีอนามัย ทำให้มีการใช้บริการที่โรงพยาบาลเกินความจำเป็น ซึ่งส่งผลให้งบประมาณด้านการ รักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2533 พบว่า ประชาชนในชนบทเมื่อเจ็บป่วยมักนิยมมาใช้บริการที่โรงพยาบาลถึงร้อยละ 61 ส่วนที่เหลือร้อยละ 39 จะใช้บริการที่สถานีอนามัยทั้งที่คนไข้ที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาลนั้นกว่าครึ่งต้องการเพียงบริการในระดับสถานีอนามัยซึ่งเป็นการ รักษาพยาบาลในเบื้องต้นเท่านั้น

ส่วนในเขตเมืองยังขาดโครงสร้างรองรับการบริการในระดับพื้นฐานที่ ชัดเจน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลมีจำนวนไม่เพียงพอและคุณภาพไม่ดีเท่า ที่ควร และถึงแม้ในเขตเมืองจะมีคลินิกเอกชนจำนวนมาก แต่คลินิกจะเน้นการให้ บริการด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและ มักใช้เทคโนโลยีในการตรวจค้นหาโรคหรือใช้ยาในลักษณะครอบจักรวาล จึงทำให้ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้นมาก



นอกจากนี้คำตอบแทนและสิ่งจูงใจต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้ง การกระจายความเจริญที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้แพทย์จำนวนมากมีแนวโน้มและ ความต้องการที่จะเป็นแพทย์เฉพาะทางมากกว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และนิยม ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครและเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท

จากการศึกษาของ แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร ร่วมกับ Monique Van Dormael ในปี 2533 พบว่า แพทย์ทั้งหมดในประเทศไทยมี 12,520 คน เป็น แพทย์เฉพาะทางถึง 6,523 คน (ร้อยละ 52) และแพทย์ทั่วไปเพียง 5,997 คน (ร้อย ละ 48) ในจำนวนแพทย์ทั่วไปนี้มีเพียง 2,743 คน หรือร้อยละ 22 ของแพทย์ ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ทั่วไปจริง ๆ ส่วนที่เหลือกำลังอยู่ในระหว่าง การฝึกเป็นแพทย์เฉพาะทาง และบางส่วนทำงานด้านบริหารหรือปฏิบัติงานใน ในฐานะแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลใหญ่

นอกจากนี้แพทย์ทั่วไปส่วนใหญ่ คือ ประมาณ ร้อยละ 90 จะเข้าสู่ ระบบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางหลังจากจบการศึกษาภายใน 6 ปีเท่านั้น ซึ่งแสดงว่าระบบบริหาร และการสนับสนุนในปัจจุบันไม่เอื้อต่อการจูงใจให้แพทย์ เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เป็นความจำเป็นของประเทศอย่างเพียงพอ

ในด้านการกระจายแพทย์ในปัจจุบันยังไม่เหมาะสม โดยเฉพาะแพทย์ ในชนบทมีความขาดแคลนมาก ดังจะเห็นได้จากในปี 2533 ภาคตะวันออกเฉียง เหนือมีอัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ 1:11,315 ภาคกลาง 1:4,542 และ ภาคเหนือ ภาคใต้ มีอัตราส่วนประมาณ 1:6,000 ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีอัตรา ส่วนแพทย์ต่อประชากร 1:1,082

2.8 การใช้จ่ายด้านสาธารณสุขยังขาดกลไกในการกำกับดูแล

การใช้จ่ายด้านสาธารณสุขโดยทั่วไป ประกอบด้วย การใช้จ่ายของ ครัวเรือนและการใช้จ่ายของภาครัฐ สำหรับการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศ ไทย ส่วนใหญ่เป็นภาระรับผิดชอบของครัวเรือน จากตัวเลขของธนาคารโลก ในปี

2534 พบว่าประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายของครัวเรือนสูงถึงร้อยละ 73 ส่วนที่เหลือร้อยละ 27 เป็นค่าใช้จ่ายของภาครัฐ เปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านที่ประสบความสำเร็จในด้านการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี เช่น มาเลเซียและศรีลังกา ค่าใช้จ่ายภาครัฐจะมีสัดส่วนสูงกว่าครัวเรือนทั้งสิ้น คือ สัดส่วนค่าใช้จ่ายของครัวเรือน : รัฐ ของประเทศทั้งสองเท่ากับ 23 : 77 และ 44 : 56 ตามลำดับ

การใช้จ่ายของครัวเรือนสำหรับประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการใช้บริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี 2533 พบว่าครัวเรือนจ่ายเงินเพื่อบริการประเภทนี้เฉลี่ยเดือนละ 75 บาท หรือร้อยละ 40 ของการใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ทั้งหมดเดือนละ 185 บาท โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 ในปี 2529 ทั้งนี้การคิดค่าบริการในภาคเอกชนในปัจจุบันยังไม่มีกลไกในการกำกับดูแลให้อยู่ในระดับราคาที่เหมาะสมและคุณภาพของบริการที่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะในปัจจุบันการแข่งขันด้านการให้บริการทางการแพทย์ได้ทวีความรุนแรงขึ้น ทำให้ระบบธุรกิจพาณิชย์เข้ามามีบทบาทมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลให้แพทย์ส่วนหนึ่งทำหน้าที่กำหนดความต้องการแทนคนไข้ และมีแนวโน้มที่จะทำการรักษาโดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เกินความจำเป็น โดยไม่มีผลต่อสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งทำให้ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้การใช้เทคโนโลยีทันสมัยที่มีราคาแพงในภาคเอกชน ยังมีความฟุ่มเฟือยโดยไม่มีกลไกในการกำกับดูแล ตัวอย่างเช่น ในกรุงเทพฯ มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scanner) ถึง 10 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน ซึ่งสูงกว่าประเทศ OECD ทั้งหมด (ยกเว้น ญี่ปุ่น และ อเมริกา) ทั้งนี้เนื่องจากนโยบายภาษีของกรมศุลกากรให้การยกเว้นภาษีนำเข้าเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง

เบื้องต้นสำหรับโรคง่าย ๆ และการดูแลผู้ป่วยในชุมชนสำหรับโรคที่ไม่จำเป็นต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมและอันตรายของการใช้สารพิษและสารเคมีต่าง ๆ อย่างไม่ถูกต้อง

- สร้างสิ่งจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์ สถานบริการ และประชาชนเห็นความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์เป็นสัดส่วนกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การลดเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น

3.2 ปฏิรูประบบการจัดบริการของรัฐให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพโดย

- ปรับปรุงและพัฒนาสถานบริการขั้นพื้นฐาน เช่น สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ให้มีศักยภาพและคุณภาพเพียงพอที่จะให้บริการแก่ประชาชนในชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมให้มีคลินิกชุมชนกระจายในส่วนภูมิภาคทั้งในเขตเมืองและชนบท

- กำหนดกลไกและสร้างสิ่งจูงใจให้มีการกระจายกำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคอย่างพอเพียง

- ปรับปรุงวิธีการบริหารจัดการสถานพยาบาลของรัฐให้มีความคล่องตัวมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการบริหารงานบุคคลและการบริหารการเงินเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาของท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนตามความพร้อมของแต่ละสถานพยาบาล

- สนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีทางการบริหารที่ภาคธุรกิจเอกชนประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบการเงินการบัญชี และการพัฒนาองค์กร มาใช้กับสถานพยาบาลของรัฐ

8.8 ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุขและสร้างกลไกในการกำกับดูแลการใช้จ่ายด้านสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพ โดย

- กำหนดนโยบายด้านภาษีอากรเพื่อลดการใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น เช่น การนำเข้าเทคโนโลยีที่เกินจำเป็นและมีราคาแพง และการเพิ่มภาษีบุหรี่ สุราเพื่อนำเงินมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เป็นต้น
- ขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่อยู่ในระบบการประกันสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้มีการระดมเงินจากครัวเรือนเข้าสู่ระบบมากขึ้นและลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนด้านสุขภาพในกรณีที่เจ็บป่วย
- กำหนดนโยบายและแนวทางในการควบคุมการบริโภคน้ำตาลฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น โดยลดการนำเข้ายาและวัตถุดิบทางยาที่ไม่จำเป็นและมีราคาแพง ควบคู่กับการส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศทั้งยาแผนปัจจุบันและยาพื้นบ้าน เพื่อให้ประชาชนมียาที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และราคาที่เหมาะสมในการบริโภค
- ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับความรู้อย่างต่อเนื่องในเรื่องการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล เช่น การจัดทำคู่มือเกี่ยวกับโรค ลักษณะอาการของโรค การตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลและทางเลือกวิธีการรักษา เพื่อให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับแพทย์ในการรักษาพยาบาลแทนที่แพทย์จะเป็นผู้กำหนดความต้องการแทนคนไข้แต่เพียงฝ่ายเดียว
- ส่งเสริมให้มีกลไกกำกับดูแลด้านคุณภาพและราคาของบริการของสถานพยาบาลเอกชน เช่น กวรกำกับให้สถานพยาบาลเอกชนประกาศอัตราค่าบริการแต่ละชนิดให้ผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้องทราบล่วงหน้า และการระดมบทบาทขององค์กรหรือสมาคมวิชาชีพให้มีส่วนร่วมในการดูแลด้านคุณภาพของบริการและค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลภาคเอกชน เป็นต้น

3.4 ปฏิรูประบบการประกันสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันในด้านสุขภาพ โดยพิจารณากำหนดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Basic Essential Package) สำหรับประเทศไทยขึ้น

- Basic Essential Package* หมายถึง บริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ที่ประชาชนทุกคนควรได้รับจากรัฐ ซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติว่า หากรัฐลงทุนในด้านนี้แล้วจะมีส่วนลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศและส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น ซึ่งในบางประเทศได้กำหนดบริการขั้นพื้นฐาน โดยประกอบด้วย บัญชีรายชื่อโรคและการรักษาพยาบาลและการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การให้วัคซีนป้องกันโรค การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาวัณโรค การควบคุมโรคจากเพศสัมพันธ์ และการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

- ในการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น รัฐควรให้การสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณในด้านบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่ได้กำหนดไว้ โดยอาจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายเงินส่วนหนึ่งเมื่อมารับบริการเพื่อลดการใช้บริการอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น

- สำหรับการดำเนินงานในเบื้องต้น เห็นควรให้มีการจัดตั้งคณะทำงานขึ้นเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการกำหนดบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น (Basic Essential Package) สำหรับประเทศไทย โดยควรพิจารณาจากสถานะการเจ็บป่วยศักยภาพทางเศรษฐกิจ และประสิทธิภาพของการลงทุนเป็นเกณฑ์

* World Bank ได้เสนอแนวคิดเรื่อง Basic Essential Package ไว้ว่าแต่ละประเทศควรกำหนดรายชื่อของโรคหรือบริการขั้นพื้นฐานที่ควรทำการลงทุน ซึ่งจะมีส่วนช่วยลดภาระจากโรค (Burden of disease) และทำให้การใช้จ่ายรวมด้านสาธารณสุขมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

3.5 ปฏิรูประบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และ สาธารณสุข โดย

- ยกระดับความสำคัญของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner) ให้เทียบเท่าแพทย์เฉพาะทางทั้งในด้านค่าตอบแทนและความก้าวหน้าในสายอาชีพ เพื่อทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์และสังคมศาสตร์ในลักษณะผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน
- ให้มีกลไกกำกับดูแลการผลิตแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขา ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น
- หลักสูตรการผลิตแพทย์ควรเพิ่มความสำคัญเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งปลูกฝังจริยธรรมทางการแพทย์ให้มากยิ่งขึ้น
- พัฒนาคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยการให้ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ การให้การศึกษาแก่บุคลากรระดับต่าง ๆ ให้สามารถใช้ข้อมูลและมีวิจารณญาณ ตลอดจนความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและสังคม และการส่งเสริมให้มีการรักษาจริยธรรมและคุณธรรมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ

4. ประเด็นเสนอเพื่อพิจารณา

4.1 ให้ความเห็นชอบในหลักการของแนวทางและข้อเสนอในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทย ตามข้อ 3

4.2 เพื่อให้การปฏิรูปมีผลในทางปฏิบัติ เห็นควรนำเสนอ กรม. พิจารณา หากเห็นชอบในข้อเสนอดังกล่าว ขอให้มิติมอบหมายให้ สศช. พิจารณาจัดตั้ง คณะอนุกรรมการเพื่อจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

3.3 ครอบคลุมปัญหาในด้านต่างๆที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น เอดส์ อุบัติเหตุ การดูแลผู้สูงอายุ งานด้านอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม

3.4 จับไวต่อสถานการณ์ และรู้จักใช้ศักยภาพจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การสื่อสาร เทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเพื่อสนับสนุนการวางแผน การบริหาร การประเมินผล และการคุ้มครองผู้บริโภค

3.5 ใช้นวัตกรรมใหม่ของการบริหารจัดการ โดยเฉพาะการปรับระบบบริหารราชการให้คล่องตัว และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถใช้ศักยภาพทางปัญญาของระบบสาธารณสุขได้อย่างเต็มที่ ลดการควบคุมหรือการปฏิบัติที่ไม่จำเป็น สนับสนุนการกระจายอำนาจ

3.6 ส่งเสริมนวัตกรรมที่จะเสริมความเข้มแข็งของชุมชน การสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม การพัฒนาศักยภาพของประชาชน และการดึงศักยภาพของชุมชนเพื่อมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ

3.7 สร้างนวัตกรรมในการประกันคุณภาพบริการ โดยมีองค์กรอิสระที่เป็นกลาง ที่จะดูแลคุณภาพของบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้ประชาชนได้รับบริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และเท่าเทียมกัน

3.8 สร้างระบบหรือกลไกการพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศ ให้ตอบสนองประโยชน์ของคนไทย ทั้งในแง่ของการควบคุมโรค และการสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจของไทย

3.9 สร้างนวัตกรรมใหม่ในงานสุขภาพ ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยเฉพาะเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด อุบัติเหตุ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

3.10 พัฒนาระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ให้สามารถครอบคลุมประชาชนได้ทุกคน และมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม และมีราคาค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล

3.11 พัฒนาระบบกำลังคน และกลไกที่เอื้อให้ระบบสาธารณสุขสามารถปฏิบัติการเชิงรุกในการตอบสนองปัญหาใหม่ๆที่เกิดขึ้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในการพิจารณาโครงการพัฒนาเศรษฐกิจในลักษณะต่างๆ เพื่อป้องกันผ

ลกระทบด้านลบ และเข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริมอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านอาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ บริการสาธารณสุข

3.12 พัฒนาระบบ และกลไกในการส่งเสริมศักยภาพการแพทย์พื้นบ้าน ทั้งสมุนไพร และการแพทย์แผนไทย ทั้งในลักษณะเพื่อการพึ่งตนเองของชุมชน ประหยัดเงิน กระจายรายได้ และลักษณะเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจ

3.13 พัฒนากลไกที่จะช่วยในการกำหนดทิศทางการเติบโตและการพัฒนาของภาคเอกชน ทั้งเอกชนที่แสวงหากำไร และภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม

สม และมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดความชัดเจนของบทบาททั้งภาครัฐและภาค
เอกชนในลักษณะผสมผสานที่เหมาะสม

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

ทิศทางและนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8

วันเสาร์ที่ 7 มกราคม 2538

ณ ห้องบางแก้ว โรงแรมวังธาราปรีนเซส จังหวัดฉะเชิงเทรา

-
- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ | รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข |
| 2. ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี | ประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ |
| 3. ศาสตราจารย์นายแพทย์อารี วัลยะเสวี | คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 4. นายแพทย์บรรลุ คิริพานิช | ประธานชมรมแพทย์ผู้สูงอายุ |
| 5. เรือโทนายแพทย์วิฑูร แสงสิงแก้ว | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 6. ดร.เรณู โกยสุโข | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 7. นายธรรมรักษ์ การพิสิษฐ์ | รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ |
| 8. นายแพทย์ปรากรม วุฒิพงศ์ | อธิบดีกรมอนามัย |
| 9. นายแพทย์ดำรงค์ บุญยืน | อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ |
| 10. ศาสตราจารย์นายแพทย์จิตร ลีทธิอมร | คณบดีวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์ |
| 11. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ | ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 12. นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ | ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน |
| 13. นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ | ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 14. นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ | ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 15. นายณรงค์ นิตยาพร | ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ |
| 16. นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ | ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรม |
| 17. นายแพทย์นรา นาคพัฒนานุกูล | นายแพทย์ใหญ่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 18. นายแพทย์ธีระ พิทักษ์ประเวศ | ที่ปรึกษาปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 19. นายอารีย์ ศรีบูรธรรม | ที่ปรึกษาปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 20. นายแพทย์สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ | ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข |
| 21. นายแพทย์เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ | สมาคมโรงพยาบาลเอกชน |

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 22. นายแพทย์แท้จริง คิริพานิช | ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและ
สาธารณสุข |
| 23. นายแพทย์วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ | ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค |
| 24. นายบุญยงค์ เวชมณีศรี | ผู้อำนวยการกองโครงการสังคม สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 25. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร | รองผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข |
| 26. นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชติกุล | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 27. นางชื่นฤทัย กาญจนจิตรา | หัวหน้าฝ่ายสาธารณสุข กองโครงการสังคม
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย |
| 28. แพทย์หญิงจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 29. แพทย์หญิงสุภัตรา ศรีวิมลชากร | สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข |
| 30. นายแพทย์ปฐม มาลากุล ณ อยุธยา | |

15775

สธ
01
10.5337
2538

กระทรวงสาธารณสุข
ข้อเสนอแนวทางการจัดทำแผนพัฒนา
การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)
ด้านสาธารณสุข

