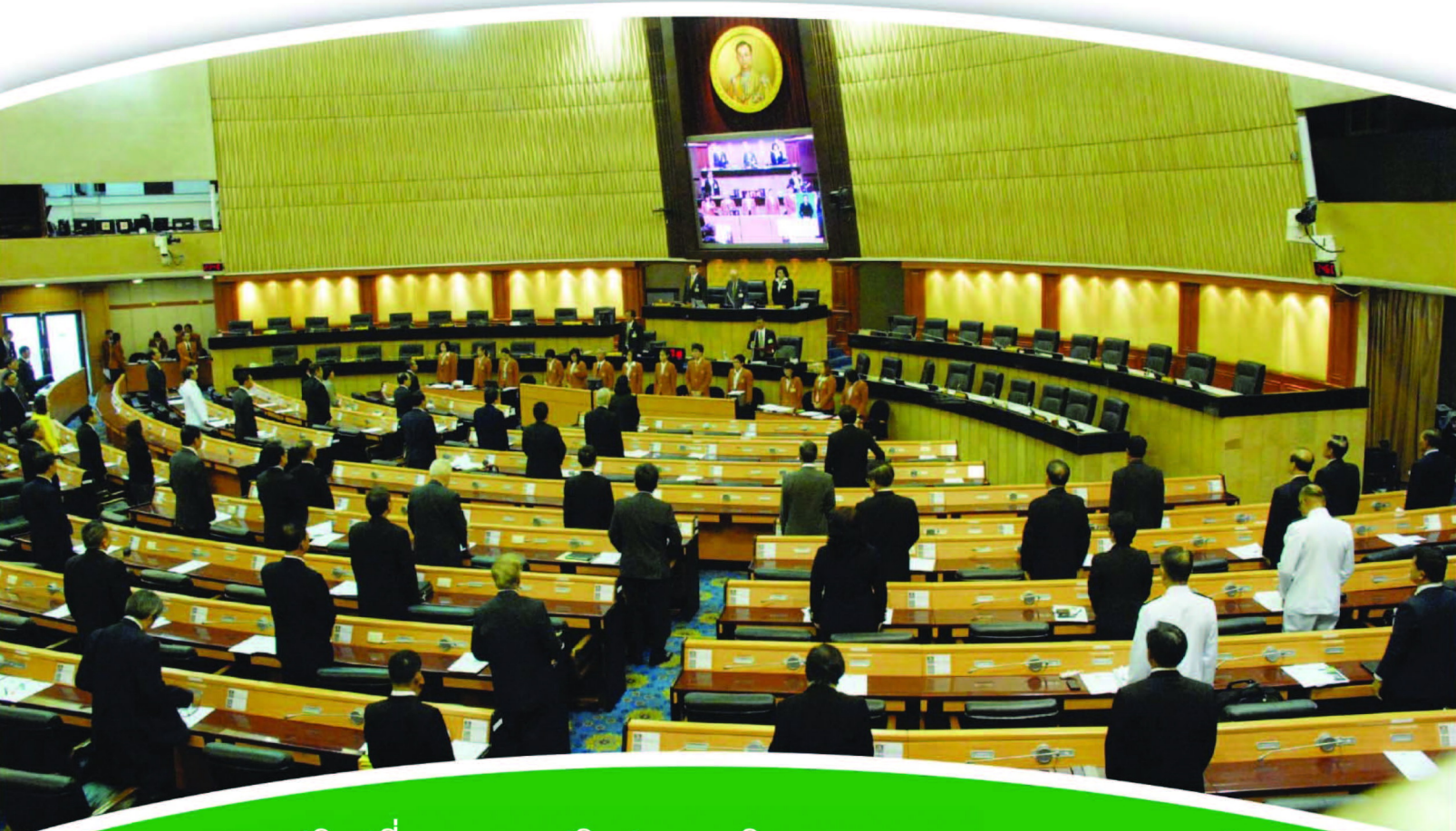




สภาปฏิรูปแห่งชาติ



วาระปฏิรูปที่ ๒๒ : การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

วาระปฏิรูปที่ ๒๓ : การปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค
และภัยคุกคามสุขภาพ

วาระปฏิรูปที่ ๒๔ : การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการเงินการคลัง
ด้านสุขภาพ



ชื่อเรื่อง	วาระปฏิรูปที่ ๒๒ : การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ วาระปฏิรูปที่ ๒๓ : การปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ วาระปฏิรูปที่ ๒๔ : การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการเงินการคลัง ด้านสุขภาพ
เลขประจำหนังสือ	ISBN : 978-616-399-039-6
ปีที่พิมพ์	สิงหาคม ๒๕๕๘
จำนวนหน้า	๓๒๖ หน้า
จำนวนพิมพ์	๒,๐๐๐ เล่ม
จัดทำโดย	สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ ถนนอุทองใน เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๐๐ โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๒๕๙๗ - ๘ โทรสาร ๐ ๒๒๔๔ ๒๕๙๘
พิมพ์ที่	สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ถนนประดิพัทธ์ แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐ โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๒๑๑๗ โทรสาร ๐ ๒๒๔๔ ๒๑๒๒

คำนำ

สภาปฏิรูปแห่งชาติได้ปฏิบัติภารกิจตามที่กำหนดในมาตรา ๒๗ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับชั่วคราว พุทธศักราช ๒๕๕๗ กล่าวคือ “...ศึกษาและเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ ...” นอกจากการวิเคราะห์และกำหนด “วิสัยทัศน์และอนาคตประเทศไทย” สำหรับระยะเวลาประมาณ ๒๐ ปี ในอนาคต เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการกำหนดประเด็น และแนวทางการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ แล้ว สภาปฏิรูปแห่งชาติยังได้ศึกษาค้นคว้าและวิเคราะห์ข้อสนเทศ ตลอดจนประมวลความรู้ ความคิดเห็นจาก ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ รวมถึงประชาชนผู้เป็นเจ้าของประเทศ โดยได้ดำเนินการ ต่อเนื่อง ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม หยิบยกขึ้นกำหนดเป็นวาระปฏิรูปที่สำคัญ ๆ รวม ๓๗ วาระปฏิรูป และเป็นวาระพัฒนาที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องภายหลังจากการปฏิรูปแล้ว อีก ๖ วาระพัฒนา

วาระปฏิรูปและวาระพัฒนาทั้งหมด ได้ผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ และได้นำเสนอ ไปยังคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาดำเนินการตามสมควรต่อไปแล้ว

เอกสารฉบับนี้ เป็นประมวลรายงานวาระปฏิรูปที่ ๒๒ ระบบบริการสุขภาพ รายงานวาระปฏิรูปที่ ๒๓ ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ และรายงานวาระปฏิรูปที่ ๒๔ ระบบ บริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ ดำเนินการโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ซึ่งสภาปฏิรูปแห่งชาติได้จัดรวบรวมเพื่อเผยแพร่สำหรับประโยชน์สาธารณะสืบไป

สภาปฏิรูปแห่งชาติ

๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

สารบัญ

	หน้า
รายงานสรุป	๑
รายงานที่ ๑ : การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ	๗
- บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	๙
- รายงาน	๑๓
- เอกสารอ้างอิง	๔๒
รายงานที่ ๒ : การปฏิรูประบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และ ภัยคุกคามสุขภาพ	๔๓
- บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	๔๕
- รายงาน	๔๙
- เอกสารอ้างอิง	๗๔
รายงานที่ ๓ : การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพ	๗๗
ก. การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพ	๗๙
- บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	๗๙
- รายงาน	๘๓
- เอกสารอ้างอิง	๑๑๒
ข. การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ : การปฏิรูประบบข้อมูล สารสนเทศบริการสุขภาพ	๑๑๓
- บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	๑๑๓
- รายงาน	๑๑๗
ค. การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ	๑๒๕
- บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	๑๒๕
- รายงาน	๑๒๗
- เอกสารอ้างอิง	๑๕๘
ภาคผนวก	๑๖๑
ภาคผนวก ก. รายงานการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย	๑๖๓
ภาคผนวก ข. รายงานการปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๐๑
ภาคผนวก ค. รายงานการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ	๒๓๑
ภาคผนวก ง. รายงานประเด็นปฏิรูปอื่น ๆ	๒๕๕
๑. รายงานการปฏิรูประบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน หมายเลขเดียว ๑๑๒	๒๕๗
๒. รายงานการควบคุมโฆษณาอาหารในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็ก และเยาวชน	๒๘๑
๓. รายงานการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอาหารและ โภชนาการ ในประเด็น “ฉลากโภชนาการ”	๒๘๗

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก (ต่อ)

ภาคผนวก ง. รายงานประเด็นปฏิรูปอื่น ๆ (ต่อ)	
๔. รายงานการปฏิรูปการเฝ้าระวังและควบคุมมะเร็งตับที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีและซี	๒๙๕
๕. รายงานข้อเสนอการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวาน	๓๐๑
๖. รายงานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน : กลไกสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ	๓๐๙
๗. รายงานการประกันภัยสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว	๓๑๓
ภาคผนวก จ. คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข คณะอนุกรรมการฯ และคณะทำงานฯ	๓๒๑

รายงานสรุป
ระบบบริการสุขภาพ
ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ
ระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ*

คณะกรรมการการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษาแนวทางการปฏิรูป ในวาระการปฏิรูปที่ ๒๒ : ระบบบริการสุขภาพ วาระการปฏิรูปที่ ๒๓ : ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ และวาระการปฏิรูปที่ ๒๔ : ระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยได้จัดทำเป็นรายงานของคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ ฉบับสมบูรณ์ ทั้ง ๓ วาระการปฏิรูปดังกล่าว เสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่งได้นำหลักการ เหตุผล และความจำเป็นที่ต้องปฏิรูปมาประกอบการพิจารณา เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติและประชาชน รวมทั้งให้เกิดการปฏิรูปได้อย่างเป็นรูปธรรมภายในกรอบระยะเวลาที่เหมาะสมต่อไป

จากการพิจารณาศึกษาข้อมูลข้อเท็จจริง จากบุคคลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการปฏิรูประบบสาธารณสุข การประชุมร่วมกับคณะกรรมการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสาธารณสุข (Cross Cutting) การจัดสัมมนาและศึกษาดูงาน เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากบุคลากรและผู้แทนของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้ง การรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ตลอดจนองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน สามารถสรุปประเด็นการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้ ดังนี้

๑. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
๒. การปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ
๓. การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ซึ่งจำแนกเป็นรายละเอียดการปฏิรูปที่สำคัญได้ ๔ เรื่องหลัก และสอดคล้องกับประเด็นการปฏิรูปตามวาระการปฏิรูปทั้ง ๓ วาระดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

๑.๑ เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องปฏิรูป

ในปัจจุบันการบริหารจัดการระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ภายในระบบบริการสุขภาพเป็นไปในลักษณะแยกส่วนเกิด “ช่องว่าง” ทั้งในด้านการจัดการทรัพยากรและการให้บริการต่อประชาชน รวมทั้งทีมผู้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนยังเป็นเฉพาะกลุ่ม ขาดความหลากหลาย ประชาชนจึงเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างไม่ทั่วถึง ประกอบกับ สถานการณ์ที่มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งโครงสร้างประชากรที่กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัย ปัจจัยคุกคามสุขภาพและภาวะโรคของประชาชนที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การจัดการด้านสุขภาพไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนและชุมชนได้อย่างครอบคลุม ทัวถึง และเท่าเทียม นอกจากนี้กลไกทางการเงินมีปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนและขาดกลไกที่ช่วยเพิ่มศักยภาพทางการเงินของระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งกลไกการบันทึกและใช้ข้อมูลในภาพรวม ทั้งภาครัฐและเอกชน ยังคงมีความอ่อนแอ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการสุขภาพ

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการปฏิรูป โดยเปลี่ยนฐานของระบบบริการจาก “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เป็น “พื้นที่เป็นฐาน” อยู่บนพื้นฐานของการไม่ลดความสำคัญของโรงพยาบาล โดยให้ความสำคัญไกลไกลระบบ การบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่/อำเภอ ซึ่งเป็นจุดคานงัด (Main Lever) ของระบบ เพื่อทำให้มีการอภิบาลระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ โดยกำหนดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health Board)” โดยมีสถานะอำนาจหน้าที่เป็น “นิติบุคคล” รวมทั้ง การเปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของการให้บริการในระบบบริการจาก “โรค” เป็น “ประชาชน” เป็นศูนย์กลาง โดยเน้นระบบการพัฒนาเครือข่ายที่มีทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ (Matrix Team) และบริการ เป็นกลไกขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) มีความเชื่อมโยงทั้งรัฐ เอกชน ชุมชน และท้องถิ่น ตลอดจนเปลี่ยนระบบสนับสนุน ที่เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญ โดยมีกลไกการเงินที่พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะพื้นที่ และพัฒนาระบบข้อมูลที่มีการเชื่อมโยงทั้งระบบ โดยข้อมูลรายบุคคลเชื่อมโยงครอบครัว ชุมชนเป็นภาพรวมทั้งระบบ ประชาชนทุกคนจะได้รับชื่อแพทย์ประจำตัว ซึ่งจะเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพโดยเฉพาะการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยมาใช้ในบริการปฐมภูมิอย่างจริงจัง นอกจากนี้ ยังได้ศึกษาและเสนอแนะการปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน ปฏิรูปความรู้และสื่อสารสุขภาพ เพื่อให้ครบความสมบูรณ์ของระบบบริการสุขภาพ

๑.๒ สิ่งที่ประชาชนจะได้หรือความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิรูป

(๑) ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่รวดเร็ว ไร้รอยต่อและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้รับการดูแลที่บ้าน ในชุมชนและในสถานบริการ โดยผู้ให้บริการที่รู้จัก ทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน และผู้ให้บริการจากสถานบริการ และมีแพทย์ที่รู้จักเป็นสมาชิกซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของทีมผู้ให้บริการ สร้างความรู้สึกอบอุ่น เมื่อจำเป็นต้องได้รับบริการที่สถานบริการขนาดใหญ่ (บริการหัตถิกรรมหรือตติยกรรม) เนื่องจากได้รับการประสานงานจากทีมงาน

(๒) ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมต่อการกำหนดแนวทางเพื่อการจัดการสุขภาพของตนเองร่วมกับคณะทำงานในระดับพื้นที่ ทั้งการวางแผน การดำเนินงาน การควบคุมกำกับอย่างเป็นระบบ สามารถจัดหาบริการ บริหารจัดการ ซื้อบริการ ตลอดจนการให้การดูแลทุกภาวะเพื่อเพิ่มสุขภาวะตามความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่/อำเภอได้

(๓) ประชาชนได้รับการอย่างเท่าเทียม ภายใต้ระบบการเงินที่มีประสิทธิภาพขึ้น ประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัว ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและความรู้รวมทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมสุขภาพดี

๑.๓ กรอบระยะเวลาที่ชัดเจนในการปฏิรูป

(๑) ขั้นตอนเตรียมการก่อนดำเนินการโครงการนำร่องเพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อขอมติรองรับการดำเนินการดังกล่าว ใช้ระยะเวลาประมาณ ๖ เดือน (เริ่มเดือนกันยายน ๒๕๕๘)

(๒) ขั้นตอนการดำเนินการนำร่อง พร้อมกับสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ใช้เวลาประมาณ ๓ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๑)

(๓) ขั้นการขยายผล เป็นการเตรียมความพร้อม โดยแบ่งออกเป็น ๒ ระยะ ดังนี้

๑) การขยายผลระยะแรก ใช้เวลาประมาณ ๓ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๖๓)

๒) การขยายผลระยะที่สอง ใช้เวลาอีก ๑ ปี (๒๕๖๓ - ๒๕๖๔) ในช่วงระยะที่สอง จะมีความชัดเจนด้าน กฎหมาย โครงสร้างรองรับและวิธีดำเนินการ ซึ่งกฎหมายจะมีผลบังคับใช้ทั่วประเทศ โดยใช้เวลาดำเนินการ สัปดาห์ประมาณ ๓ ปี (ตุลาคม ๒๕๖๑ - กันยายน ๒๕๖๔)

๒. การปฏิรูประบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

๒.๑ เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องปฏิรูป

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการใช้ชีวิตของความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับโรคที่เกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา โรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โรคจากสภาพแวดล้อมและอุตสาหกรรม โรคจากแรงงานข้ามชาติ ปัญหาสุขภาพจิต ภัยธรรมชาติ รวมทั้งภาวะขาดความมั่นคงและปลอดภัยทางอาหาร การผูกขาดของธุรกิจการเกษตรอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ และผลกระทบจากการค้าเสรี ซึ่งยังขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังด้านการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการในการจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่และท้องถิ่น กฎหมายและข้อระเบียบบางประการยังไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน การเสริมศักยภาพและบทบาทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและภาวะคุกคามสุขภาพ โดยชุมชนเอง อันเป็นหลักการที่สำคัญเพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนของการพัฒนา

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องทำการปฏิรูปโดยการปรับระบบและบทบาทการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ของส่วนราชการในแต่ละระดับ ทั้งนี้หน่วยงานของรัฐทุกหน่วยงานต้องยึดหลักการ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies Approach: HiAP) และวางระบบการเงินการคลัง โดยการกระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับจังหวัดมีบทบาทในการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการบริการจัดการระดับจังหวัด โดยส่วนกลางมีบทบาทในการวางนโยบาย กฎหมายและกำกับระดับชาติในภาพรวม และให้ส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการปฏิบัติการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน บุคคลและครอบครัว

(๑) ปรับวิธีการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของหน่วยงานทุกระดับต้องใช้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะการพัฒนาเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพให้กับประชาชน

(๒) การพัฒนาทั่วโลก “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” และ “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชนหรือท้องถิ่น” เพื่อให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนและเครือข่ายพันธมิตร (Collective Leadership) ประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ภาคพลเมือง ภาคประชาสังคม และภาควิชาการหรือวิชาชีพ

(๓) เสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถ (Capacity Building) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดี (Healthy Environment) ภายใต้เงื่อนไขความพร้อมและศักยภาพที่แตกต่างกัน และการถ่ายโอนภารกิจของส่วนกลาง

(๔) การพัฒนากฎหมายเพื่อการปฏิรูประบบงานการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ทั้งในระดับกฎหมายรัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ พ.ร.บ. การสาธารณสุข

๒.๒ สิ่งที่ประชาชนจะได้หรือความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิรูป

(๑) ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

(๒) ปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามต่อสุขภาพลดลง ส่งผลให้คนมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วย พิการ และตายด้วยโรคที่สำคัญ

(๓) ชุมชน ท้องถิ่น มีระบบที่เข้มแข็งในการจัดการและสนับสนุนการมีสุขภาพดี

(๔) ประชาชนในชุมชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึง ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการพัฒนา/จัดการสุขภาพ

(๕) ประชาชนได้รับการคุ้มครองและปกป้องจากปัจจัยเสี่ยง ภัยคุกคามสุขภาพ รวมทั้งการหนุนเสริมการสร้างสุขภาพดี

(๖) ประชาชนมีความกระตือรือร้น สำนึกรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

๒.๓ กรอบระยะเวลาที่ชัดเจนในการปฏิรูป

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการประมาณ ๕ ปี โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๓

๓. การปฏิรูประบบการบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ

๓.๑ การปฏิรูประบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ

๓.๑.๑ เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องปฏิรูป

ในปัจจุบันระบบสุขภาพมีความสลับซับซ้อนและสัมพันธ์กับภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม กลไกในการอภิบาลระบบเพื่อกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ทิศทางของระบบยังขาดเอกภาพ อีกทั้งระบบบริการสุขภาพ และ ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ไม่มีการประสานงานในการวางแผน กำกับจัดการบริการ และ การอภิบาลในภาพรวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากอยู่ในการกำกับของหลากหลายสังกัด ทำให้มีการกระจายสถานพยาบาลและเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพงที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ มีสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายต่างกันในแต่ละ “หน่วยงานผู้รับประกัน” ซึ่งทำหน้าที่จัด “ระบบประกันสุขภาพของรัฐ

ดังนั้น จึงต้องมีกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในระดับประเทศและระดับพื้นที่ ครอบคลุมทั้งการวางแผนการจัดระบบบริการ การคลังสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ โดยการออกพระราชบัญญัติ จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะมีคณะกรรมการ ๓ ระดับ คือ

(๑) คณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board)

(๒) คณะกรรมการสุขภาพเขต (Area Health Board)

(๓) คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด

หมายเหตุ: ทั้งนี้เชื่อมโยงและหนุนเสริมกับกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่/อำเภอ (District/local Health Board) ด้วย

๓.๑.๒ สิ่งที่ประชาชนจะได้หรือความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิรูป

เกิดการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับประเทศและระดับพื้นที่ หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาคม มีการบูรณาการเพื่อทำให้การจัดการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ

สะดวก ปลอดภัย ไร้รอยต่อและมีคุณภาพ รวมทั้งมีความเป็นธรรมมากขึ้น และเพื่อตอบสนองตามความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ปัญหาสุขภาพประชาชนได้รับการแก้ไขทั้งระดับชาติและท้องถิ่น

๓.๑.๓ กรอบระยะเวลาที่ชัดเจนในการปฏิรูป

กรอบระยะเวลาและลำดับขั้นตอนการปฏิรูปแบ่งได้ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

- เป็นขั้นจัดทำร่างพระราชบัญญัติฯ และรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและผู้

ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นดำเนินงาน

- เสนอร่างพระราชบัญญัติฯ เพื่อเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภา

ขั้นบังคับใช้กฎหมาย

- เมื่อภายหลังที่ร่างพระราชบัญญัติได้รับความเห็นชอบและเมื่อพระราชบัญญัติมีผลบังคับใช้ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อการปรับตัวไปในแนวทางที่เหมาะสม ภายใต้กฎหมายกำหนด

ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าวมีกรอบระยะเวลาทั้งหมดประมาณ ๑๐ ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ จนกระทั่งถึงปี ๒๕๖๘

๓.๒ การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

๓.๒.๑ เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องปฏิรูป

สืบเนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเติบโตเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ การบริการสุขภาพยังมีปัญหาในด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ และความคุ้มค่า นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าด้านการส่งเสริมและการป้องกันโรค รวมทั้ง กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบมีการแยกส่วน ไม่เหมือนกันทั้งระดับการจ่ายและวิธีการจ่าย จึงมีความจำเป็นต้องปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ดังนี้

- การบูรณาการการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ บูรณาการการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่างๆ โดยออกพระราชบัญญัติจัดตั้ง**คณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสภาประกันสุขภาพแห่งชาติ** เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่าง ๆ พัฒนาลิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนทุกคน

- บูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศการบริการสุขภาพและการเบิกจ่าย ที่มีประสิทธิภาพ โดยเสนอให้จัดตั้ง**สำนักมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส)** เพื่อเป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศการประกันสุขภาพ

- สร้างความยั่งยืนของการเงินการคลัง โดยการ**เพิ่มภาษีผลิตภัณฑ์หรืออาหารและเครื่องดื่มที่เป็นภัยต่อสุขภาพ** โดยผลักดันแก้ไขร่างพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายสรรพสามิต รวมทั้ง**เพิ่มการประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรต่าง ๆ** เพื่อเพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์พื้นฐาน และขยายเพิ่มความครอบคลุมประกันแรงงานต่างด้าว กลุ่มนักท่องเที่ยว และประการสำคัญคือ**การพัฒนาการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน สนับสนุนการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ** โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยเพื่อผลิตยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังต่าง ๆ อย่างมีมาตรฐาน และ**ส่งเสริมการร่วมลงทุนด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public-Private Partnership; PPP)**

- เสริมสร้างประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการใช้งบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ โดย การกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค เช่น ระบบเขตสุขภาพ รวมทั้ง

การปรับเปลี่ยนเพิ่มงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แยกงบประมาณด้านบุคลากรออกจากงบประมาณด้านบริการสุขภาพ

๓.๒.๒ สิ่งที่ประชาชนจะได้หรือความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิรูป

ประชาชนทุกคนมีสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้ มีความเสมอภาคกันในทุกกองทุนสุขภาพ มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ และสามารถสะท้อนข้อมูลปัญหาสุขภาพไปยังพื้นที่เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งมีการเชื่อมโยงสถานบริการและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ มีการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยในระบบบริการ ตลอดจนมีการใช้ทรัพยากรบริการสุขภาพร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน สร้างความยั่งยืนในระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

๓.๒.๓ กรอบระยะเวลาที่ชัดเจนในการปฏิรูป

การจัดตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สภาประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะเวลาการดำเนินการ ๒ ปี

สำนักมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ระยะเวลาดำเนินการ ๑ ปี

การแก้ไขร่างพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายสรรพสามิต เพิ่มภาษีผลิตภัณฑ์หรืออาหารและเครื่องดื่มที่เป็นภัยต่อสุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการ ๑ ปี

เพิ่มการประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ระยะเวลาดำเนินการ ๑ - ๒ ปี

การปฏิรูปการแพทย์แผนไทย ระยะเวลาดำเนินการ ๑ - ๕ ปี

ปรับปรุงการร่วมลงทุนด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน ระยะเวลาดำเนินการ ๑ - ๕ ปี

การกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค เช่น ระบบเขตสุขภาพ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนเพิ่มงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะเวลาดำเนินการ ๑ - ๕ ปี

รายงานที่ ๑ : ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

รายงานที่ ๑ : ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ*

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เป็นวาระหนึ่งของการปฏิรูปประเทศไทยของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เพื่อพัฒนา สร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทยให้มีความความมั่นคงและยั่งยืน ทั้งนี้จากสภาพปัญหาสุขภาพและปัญหาของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันนั้น มีหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและพฤติกรรมดำรงชีวิต รวมถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพทางด้านกำลังคนทางด้านสาธารณสุข ซึ่งปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข บนพื้นฐานของการมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณลักษณะของ “พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

วาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีหลักการที่สำคัญเพื่อให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับระบบสุขภาพชุมชนสู่ Self care และเชื่อมโยงสู่การบริการในระดับสูง โดยมีวิธีการครอบคลุมประเด็นกลไกการบริหารเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ/พื้นที่และผสมผสานการแพทย์แผนไทยภูมิปัญญาท้องถิ่นทางด้านสุขภาพ “การแพทย์ของชาติ” พัฒนาความเสมอภาคในด้านมาตรฐาน ครอบคลุมบริการทุกระดับกระจายหน้าที่การบริการสู่ท้องถิ่นชุมชน และภาคเอกชนในรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาระบบสนับสนุนต่างๆ เช่นข้อมูลข่าวสาร การจัดการความรู้ การสื่อสาร กำลังคน เป็นต้น

ทั้งนี้ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีแนวทางการปฏิรูป ดังนี้

๑. ระบบบริหารจัดการ (คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health Board) ภายใต้กลไกอภิบาลระบบ และมีอำนาจหน้าที่เป็นนิติบุคคล ซึ่งเป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever)

๒. ระบบการพัฒนาเครือข่าย มีทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ (Matrix team) เป็นการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) ประชาชนมีแพทย์ประจำครอบครัวเครือข่ายบริการมีการเชื่อมโยงทั้งรัฐ เอกชน ชุมชนและท้องถิ่น

๓. ระบบสนับสนุน มีกลไกการเงินที่พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะพื้นที่ และพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงทั้งระบบ ซึ่งเป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญ โดยข้อมูลรายบุคคลเชื่อมโยงครอบครัว ชุมชน เป็นภาพรวมทั้งระบบ ประชาชนทุกคนจะได้รับชื่อแพทย์ประจำตัว ซึ่งจะเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง (Health Information for Self-care)

จากแนวทางการปฏิรูปในประเด็นดังกล่าวนี้ มีแนวทางการดำเนินการทั้งระบบบริการสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการศึกษาเชิงพื้นที่นำร่อง (Pilot Study and Implementation) จำนวน ๑๕ พื้นที่และนำร่องเฉพาะการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจำนวน ๒๐๐ พื้นที่ ใน ๒ ปีแรก เพื่อสังเคราะห์แนวทางที่เหมาะสมต่อระบบบริการสุขภาพ และเพื่อปรับปรุงกฎหมาย (Legal Design) ที่เกี่ยวข้องในระยะต่อไป ได้กำหนดระยะเวลาขั้นตอนของการปฏิรูปไว้ในระยะเวลา ๕ ปี ที่จะทำให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

ผลที่คาดว่าจะได้รับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

๑. ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่รวดเร็ว ไร้รอยต่อและมีประสิทธิภาพมากขึ้น
๒. ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมต่อการกำหนดแนวทางเพื่อการจัดการสุขภาพของตนเองร่วมกับคณะทำงานในระดับพื้นที่ ทั้งการวางแผน การดำเนินงาน การควบคุมกำกับอย่างเป็นระบบ สามารถจัดหาบริการ บริหารจัดการ ซื่อบริการ ตลอดจนการให้การดูแลทุกขภาวะเพื่อเพิ่มสุขภาวะ ตามความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่/อำเภอได้
๓. ประชาชนได้รับการบริการจากผู้ให้บริการ ทีมผู้ให้บริการสถานบริการจากภาคเอกชน ในการให้บริการภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการและระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๔. ประชาชนได้รับการให้บริการ/ดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuous care) ทั้งภายในปัญหาสุขภาพ และระหว่างปัญหาสุขภาพ ภายในทีมผู้ให้บริการและระหว่างทีมผู้ให้บริการ ภายในสถานบริการและระหว่างสถานบริการ เป็นการให้บริการ/ดูแลที่มีประสิทธิผล (Effective care) มากขึ้น ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการ/ให้การดูแลได้
๕. ประชาชนอยู่ภายใต้ระบบการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (Holistic care) ที่มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของร่างกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อศรัทธา ปัญญาเป็นการให้บริการ/ดูแลที่ผสมผสาน (Integrated care) บูรณาการระหว่างการให้บริการ/ดูแล ทั้งด้านการรักษาส่งเสริมและสร้างเสริม พื้นฟู และป้องกัน เข้าด้วยกัน

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ



การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

๑. หลักการและเหตุผล

“สุขภาพ” ในความหมายขององค์การอนามัยโลก มิได้หมายถึงเพียงภาวะปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงภาวะสมบูรณ์ทางกาย ทางจิตและทางสังคมด้วย ซึ่งประเทศไทยได้นำความหมาย “สุขภาพ” ในมิติที่กว้างขึ้นนี้มาใช้ตั้งแต่ยุคแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพ ในราวปี ๒๕๔๑ และมีบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ว่า สุขภาพ หมายถึงความถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล รวมทั้งสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน ซึ่งไม่เพียงแต่หมายถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังหมายรวมถึงสิทธิที่ครอบคลุมไปถึงการมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพอีกด้วย เช่น การมีน้ำดื่มสะอาด อาหารเพียงพอ ปลอดภัย มีสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน บ้านและชุมชนที่ดี ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้อง และมีความเท่าเทียมทางเพศสุขภาพจึงเป็นเสมือนความยุติธรรมทางสังคม

อย่างไรก็ตามประเทศไทยกำลังเผชิญกับสภาพการณ์ที่มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งโครงสร้างประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย ปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพ และภาวะโรคของประชาชนที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรังมากขึ้น ทั้งการเกิดภัยธรรมชาติ ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ ของคนกลุ่มต่าง ๆ

ปัจจุบันแม้ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและผู้ใช้บริการได้มากขึ้น หากแต่การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งครอบคลุมมากยิ่งขึ้นนั้นก็เป็นเรื่องสำคัญยิ่ง ซึ่งการบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ยังมีปัญหาด้านการบริหารจัดการในการประสานส่งต่อผู้ป่วย สถานบริการในชนบทยังคงประสบปัญหาเรื้อรังจากการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ของไทยส่วนใหญ่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน

ฉะนั้นทิศทางของระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องเพิ่มความหลากหลาย เน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยตระหนักในสุขภาพของตนเอง ลดปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ สร้างเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะการมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ การบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ ในระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดเอกภาพ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยบริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน ลดการรวมศูนย์การอภิบาลระบบสุขภาพโดยรัฐ (Governance by State) กระจายอำนาจ ทุน และทรัพยากร ให้ชุมชนท้องถิ่นทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพด้วยตนเอง

พัฒนาการของระบบบริการสุขภาพของไทย มีประสบการณ์ของการอภิบาลระบบบริการด้วยการรวมศูนย์อำนาจการบริหารจัดการไว้ที่ส่วนกลาง ทั้งการบริหารจัดการผ่านกลไกในระบบราชการ และการบริหารจัดการผ่านกลไกทางการเงินภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการและประกันสุขภาพภาครัฐ บนปรากฏการณ์ของการให้บริการที่มีผู้รับบริการแออัดสถานบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยมีความเชี่ยวชาญในการให้การวินิจฉัยและให้การดูแลองค์ประกอบในความเป็น “โรค” ของผู้รับบริการ บนข้อจำกัดของการทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างความเป็นโรคกับความจำเพาะของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศในปัจจุบัน นอกจากมีคุณลักษณะของการรวมศูนย์ด้าน

การบริหารจัดการแล้ว การให้บริการในระบบบริการยังมีคุณลักษณะของการมี “โรงพยาบาลเป็นฐานและโรคเป็นศูนย์กลาง”^๑ท่ามกลางปัญหาสุขภาพและปัญหาของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันและในอนาคต เช่น สังคมสูงวัย ปัจจัยภัยคุกคามทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้น การขาดแคลนบุคลากรในชนบท ความไม่เท่าเทียมของการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การขาดแคลนการบริหารจัดการทรัพยากรทางสุขภาพในเขตเมือง ความต้องการการใช้บริการด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนด้านสุขภาพ เป็นต้น ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข บนพื้นฐานของการมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณลักษณะของ “การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง”^๒

ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีหลักฐานยืนยันว่า^๓ช่วยเพิ่ม สุขภาวะ เพิ่มความเป็นธรรม ส่งเสริมการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมตัดสินใจ พร้อมไปกับการเพิ่มสมรรถนะทางสุขภาพ ทั้งระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประชาชนกลุ่มต่างๆ บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์อย่างเป็นระบบกับองค์ประกอบต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์ประกอบที่มีความใกล้ชิดประชาชน ในบริบทของระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ^๔ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนเช่น ผู้ให้บริการ ทีมผู้ให้บริการ สถานบริการทางสุขภาพต่างๆโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพ รัฐบาลท้องถิ่น ตลอดจนภาคส่วนต่างๆในพื้นที่/อำเภอเป็นต้น บนเงื่อนไขของการมี “ทีมบริหารจัดการ” ทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health System Governance) เพื่อการบริหารจัดการโดยมีพื้นที่เป็นฐาน และ “ทีมผู้ให้บริการ” ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนให้บริการมีคุณลักษณะของการมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ดังนั้น การปฏิรูประบบบริการสุขภาพจึงเป็นการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการ จากโรงพยาบาลเป็นฐาน สู่การมีพื้นที่เป็นฐาน และจากบริการภายในระบบที่มีโรคเป็นศูนย์กลาง สู่บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อทำให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณลักษณะของ **การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง**โดยได้กำหนดหลักการ (Conceptual design) กรอบการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และได้นำเสนอในชั้นรับหลักการในสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ตามภาพที่ ๑

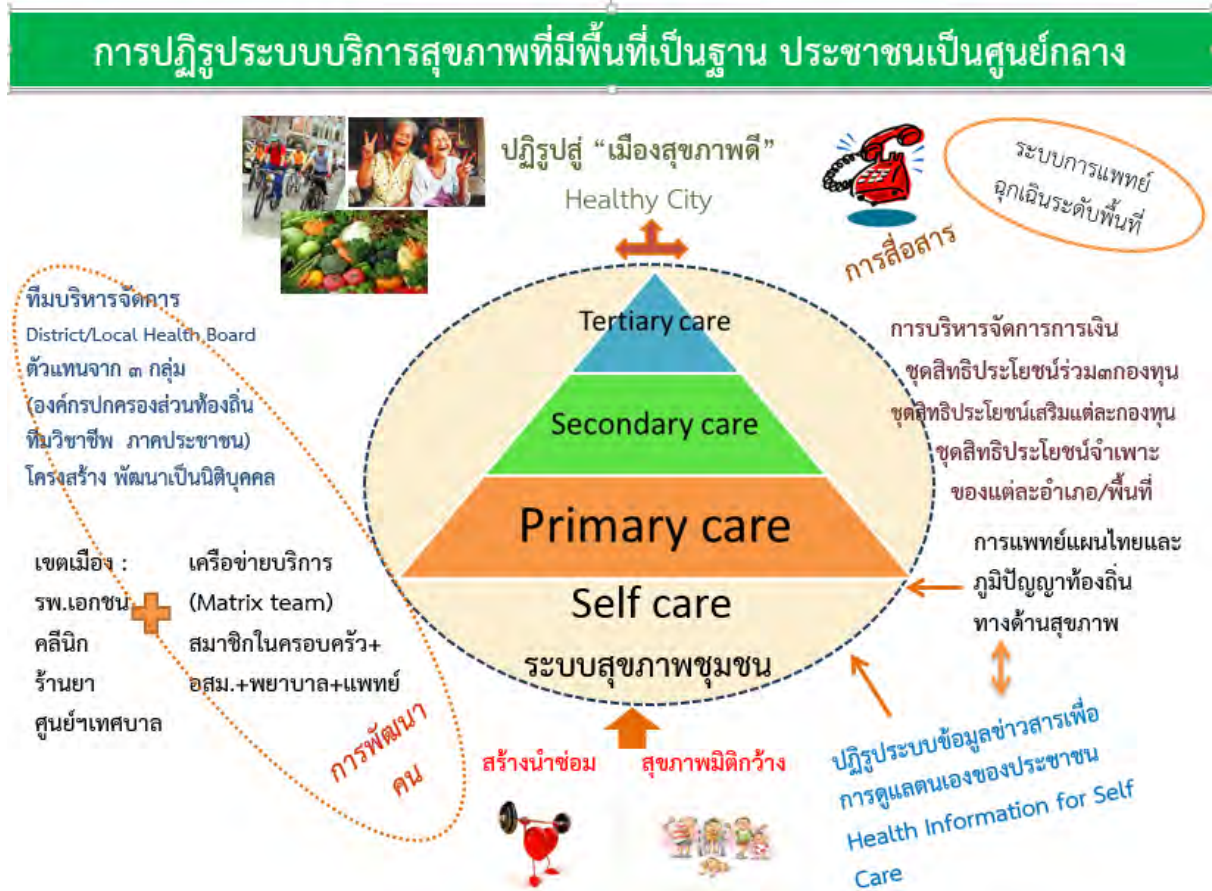
^๑ World Health Organization (2008): World Health Report: Primary Health Care, Now More than Ever, WHO, Geneva

^๒ World Health Organization (2015): WHO global strategy on people-centred and integrated services, WHO/HS/SDS/2015.6, WHO, Geneva

^๓ World Health Organization (2015): People-centred and integrated services: an overview of the evidence, WHO/HS/SDS/2015.7, WHO, Geneva

^๔ World Health Organization (2007): Systems Thinking for health system strengthening, WHO, Geneva: District/Local health system is a complex and adaptive system

ภาพที่ ๑ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง



เป็นการนำเสนอภาพการจัดการสุขภาพในระดับอำเภอ/พื้นที่ (District/Local Health) ทำให้ในระดับพื้นที่มีความเข้มแข็ง บนพื้นฐานของการมีระบบที่สามารถตอบสนองตามความจำเป็นทางสุขภาพ ส่งผลให้เกิด "สุขภาพะ (Well-being)" ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน และทำให้ภาพรวมของทั้งอำเภอ/พื้นที่ มีคุณลักษณะของการเป็น "อำเภอ/เมืองสุขภาพดี (Healthy District/City)" เป็นการดำเนินการโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เชื่อมต่อกับระบบสุขภาพชุมชน ควบคู่กับการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน (Health Information for Self Care) ซึ่งจะเป็นจุดเปลี่ยนทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมสุขภาพดี (รายงานการปฏิรูปความรู้ และการสื่อสารสุขภาพ; ภาคผนวก ค.) รวมถึงปฏิรูปให้มีการใช้การแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตามแนวคิด "การแพทย์หลักของชาติ" ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเอง และบูรณาการอยู่ในการให้บริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อตอบสนองตามความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน (รายงานการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย; ภาคผนวก ก.) รวมทั้งมีระบบการสื่อสาร ระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ เพื่อรองรับระบบการส่งต่ออย่างเป็นระบบเชื่อมโยง รวดเร็ว (รายงานการปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน; ภาคผนวก ข.) โดยมีองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพซึ่งจะได้กล่าวในลำดับต่อไป

๒. ประเด็นปฏิรูป

การปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนฐานของระบบบริการจาก “โรงพยาบาลเป็นฐาน” เป็น “พื้นที่เป็นฐาน” อยู่บนพื้นฐานของการไม่ลดความสำคัญของโรงพยาบาล โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการด้านการบริหารจัดการของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่/อำเภอเพื่อทำให้มีการอภิบาลระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health System Governance) ผ่านการมี “คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health Board)” โดยมีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นองค์ประกอบของคณะกรรมการกล่าวได้ว่า การมีคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่/อำเภอคือ ยุทธศาสตร์สำคัญ ที่เปรียบได้กับคานงัด (Main lever) ของการทำให้เกิดการเปลี่ยนฐานของระบบบริการ

ประเด็นการมี **คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health Board)** จึงได้รับการพิจารณาให้เป็นวาระการปฏิรูป **วาระแรกของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ**

การปฏิรูปเพื่อเปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของการให้บริการในระบบบริการจาก “โรค” เป็น “ประชาชน” เป็นศูนย์กลาง อยู่บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับการบูรณาการด้านการให้บริการโดยสร้าง พัฒนา และส่งเสริมให้ทีมผู้ให้บริการนอกจากมีคุณลักษณะของการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการที่อยู่ในสถานบริการเดียวกันแล้ว ซึ่งในที่นี้เรียกคุณลักษณะของทีมในลักษณะนี้ว่า “ทีมแนวราบ (Horizontal Team)” ยังสามารถให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะเชื่อมและยึดโยงอย่างเป็นระบบกับประชาชนทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งในที่นี้เรียกคุณลักษณะของทีมในลักษณะนี้ว่า “ทีมแนวตั้ง (Vertical Team)” โดยเรียกทีมที่มีคุณลักษณะของการเป็นทั้งทีมแนวราบและทีมแนวตั้งนี้ว่า “ทีมแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Team)” กล่าวได้ว่า ทีมแนวราบ/แนวตั้งคือ เป็นกลไกสำคัญของการขับเคลื่อน (Key Driver) ในการทำให้การให้บริการในระบบบริการสุขภาพมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ประเด็นการสร้าง พัฒนา และส่งเสริม **ทีมแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Team)** จึงได้รับการพิจารณาให้เป็นวาระการปฏิรูป **วาระที่สองของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ**

องค์ประกอบสำคัญในระบบบริการที่มีคุณลักษณะของการเป็น “เครื่องมือ (Tools)” สำคัญของทั้งการบริหารจัดการและการให้บริการมีส่วนช่วยเพิ่มทั้งคุณภาพบริการและผลิตภาพโดยรวมของระบบบริการคือ “**ระบบข้อมูลและกลไกการเงิน**”^๔ ซึ่งการพัฒนาและการออกแบบระบบข้อมูลและกลไกการเงินมีส่วนสำคัญในการช่วยเปลี่ยนและขับเคลื่อนให้ระบบบริการมีคุณลักษณะของพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง

ประเด็นการพัฒนาและออกแบบ **ระบบข้อมูลและกลไกการเงิน** จึงได้รับการพิจารณาให้เป็นวาระการปฏิรูป **วาระที่สามของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ**

อนึ่ง ถึงแม้วาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอาจพิจารณาลำดับความสำคัญ จากวาระที่หนึ่งสู่วาระที่สอง และวาระที่สาม ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม ทั้ง ๓ วาระมีความสัมพันธ์ในลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นปฏิกิริยาลูกโซ่ (Chain reactions) ต่อกัน จำเป็นต้องมีการปฏิรูปและพัฒนาไปด้วยกัน

^๔ World Health Organization (๒๐๐๗): six building blocks of health systems, WHO, Geneva

๓. วิธีการพิจารณาศึกษาวิเคราะห์

๓.๑ ระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในคณะอนุกรรมการ

การระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในคณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นกระบวนการหลักของการนำมาใช้พิจารณาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกัน บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับการทบทวนเอกสาร ตลอดจนรวบรวมข้อเสนอแนะจากหน่วยงานและเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เสนอต่อคณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข

ในเบื้องต้น คณะอนุกรรมการมีความเห็นร่วมกันว่า การปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนโดยทำให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง จำเป็นต้องมีการปฏิรูป ด้วยการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับทั้ง การให้บริการปฐมภูมิ^๖ และการสาธารณสุขมูลฐาน^๗ ในบริบทของระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ^๘ ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการที่จำเป็นต้องคำนึงถึงและนำมาใช้ประกอบการพิจารณา ๖ ประการ “Six Building Blocks”^๙ (ภาพที่ ๒) ประกอบด้วย

- ภาวะการนำและธรรมาภิบาล
- กำลังคน
- การให้บริการ
- ยา-เครื่องมือ-และเทคโนโลยี
- ระบบข้อมูล
- กลไกการเงิน

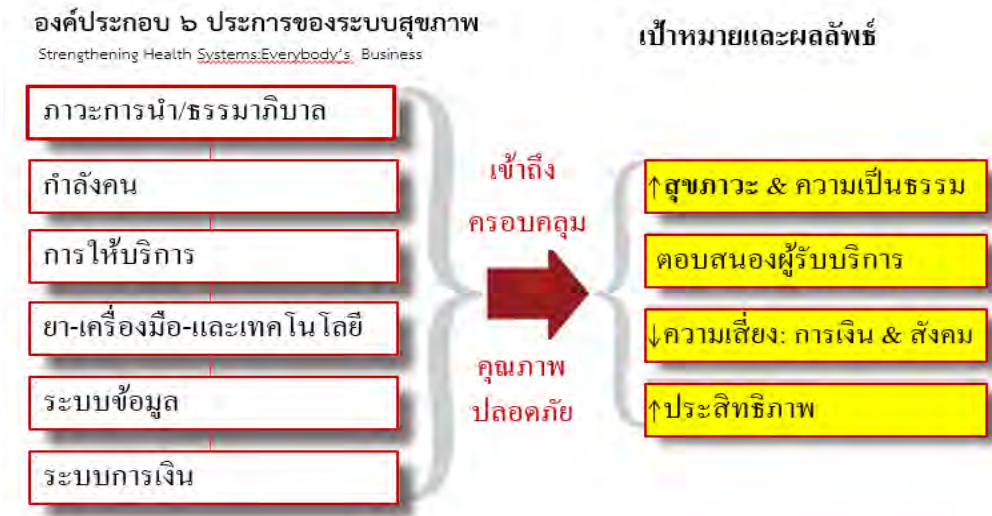
^๖ บริการปฐมภูมิ (Primary care): บริการสุขภาพถูกจำแนก เป็นปฐมภูมิ-ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ (๑, ๒, ๓ Care) เป็นครั้งแรกในปี ๑๙๒๐ (Dowsonreport:๑๙๒๐) โดยองค์ประกอบสำคัญของบริการปฐมภูมิ (๑ Care) ประกอบด้วย ๑) การให้บริการและให้การดูแลเป็นที่แรก (First contact) ตามความเชี่ยวชาญของการ “ไม่เลือกปัญหาสุขภาพ” โดยเชื่อมโยงกับ ๒ และ ๓ Care ทั้งในฐานะผู้ส่งต่อและผู้รับกลับ ๒) การให้บริการและการให้การดูแลที่บ้านและในชุมชน และ ๓) การให้บริการและการให้การดูแลที่เชื่อมโยงกับการดูแลตนเอง (Self Care) ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน

^๗ สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care): “Health for All” (Alma Alta Declaration: WHO 1978) and “All for Health”(World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever) ให้ความสำคัญกับทุกองค์ประกอบที่มีความสำคัญ (Essential elements) และมีความสัมพันธ์ต่อสถานะสุขภาพ (Interconnectedness) ทั้งในระดับรายบุคคลครอบครัว ชุมชน และในภาพรวมของทั้งระบบ

^๘ ระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ: (Harare Declaration: WHO 1978) การประกาศความสำคัญของ “ระบบสุขภาพอำเภอ” อยู่บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับ “การบริหารจัดการ” บนพื้นฐานของการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในอำเภอทั้งนี้ในเขตเมืองซึ่งมักมีประชากรและทรัพยากรอยู่ในพื้นที่ของเขตเมืองอย่างหนาแน่น บางครั้งเรียกระบบสุขภาพในลักษณะนี้ว่า “ระบบสุขภาพพื้นที่”

^๙ World Health Organization (2007): six building blocks of health systems, WHO, Geneva

ภาพที่ ๒ องค์ประกอบสำคัญ (Six Building Blocks) ของระบบบริการ



๓.๒ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เชี่ยวชาญ อยู่บนพื้นฐานของการเชิญบุคคลจากหน่วยงานภาคราชการ เอกชน บุคคลที่เกี่ยวข้องและได้ดำเนินการบนพื้นฐานของการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ การสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และเข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนกับหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่สำคัญประกอบด้วย

- วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ แนวทางในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบสุขภาพชุมชน ที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในอนาคต โดย รองศาสตราจารย์ลือชัย ศรีเงินยวง
- วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๘ แนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ/ระบบบริการสุขภาพใกล้บ้าน โดยนายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
- วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๕๘ ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน (Health Information for Self Care) โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ มูลนิธิหมอชาวบ้าน และนายศิวโรดม จิตนิยม ประธานสถาบันการเงินชุมชนตำบลหนองสาหร่าย/ประธาน อสม.จังหวัดกาญจนบุรี
- วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๘ ระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน (Health Information for Self Care) โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ และผู้ประสานงานศูนย์คุ้มครองสิทธิเพื่อผู้บริโภค
- วันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๕๘ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยนายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข ตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข นายประสิทธิ์ชัย กัลยาสนธิ สาธารณสุขอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ตัวแทนพื้นที่ระดับอำเภอ นางเพ็ญศรี มากผาสุก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตัวแทนพื้นที่ระดับชุมชน และนายมณฑล มานิตย์ ผู้บริหารมิตรไมตรีคลินิก ตัวแทนภาคเอกชน

- วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ และวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนระดับเขต การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกับตัวแทนระดับเขตทั้ง ๑๒ เขต และภาคีที่เกี่ยวข้อง (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สถาบันพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เพื่อรับฟังความคิดเห็นและนำมาพัฒนาข้อเสนอแนะแนวทางปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ห้องประชุมแสงสิงแก้ว กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- วันที่ ๑๙ เมษายน ๒๕๕๘ นำเสนอแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางต่อนายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย ณ ภูเขาามรีสปอร์ต จังหวัดนครนายก
- วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ระบบบริการที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางกับการปฏิรูปซึ่งประกอบด้วย ภาวะการนำ/ธรรมาภิบาล ทีมผู้ให้บริการ ระบบข้อมูล/กลไกการเงิน โดยนายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
- วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ที่ประชุมได้มีการพิจารณา (ร่าง) ข้อเสนอแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิของกรุงเทพมหานคร: ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ภูดิท เตชาติวัฒน์ รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร นำเสนอต่อที่ประชุมเพื่อเป็นแนวทางปฏิรูปตามบริบทของพื้นที่/สังคมในเขตเมือง
- วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘ นำเสนอแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ต่อนพ.ประเวศ วะสี ในการประชุมการใช้เครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอเป็นฐานการเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพประเทศไทย ณ โรงแรมสามพรานริเวอร์ไซด์ จังหวัดนครปฐม
- วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘ วิเคราะห์ ร่วมจัดทำแนวทางและข้อเสนอแนะในการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครเพิ่มเติม โดยผู้แทนจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- วันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘ การดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง: การดำเนินการนำร่อง (Pilot implementation) ที่บริหารจัดการโดย คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health Board) บนพื้นฐานของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดย นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
- วันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘ เสวนาการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทยในการประชุมสานพลังขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย ณ ห้องประชุมสานใจ อาคารสุขภาพแห่งชาติ

๓.๓ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอนุกรรมการและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคณะอนุกรรมการและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ประกอบด้วย

- เข้าร่วมการประชุมวาระการปฏิรูปที่สำคัญและแนวทางการบริหารจัดการของสภาปฏิรูปแห่งชาติที่นำเสนอโดยคณะกรรมการวิสามัญจัดทำวิสัยทัศน์และออกแบบอนาคตประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลมาปรับกรอบแนวคิดและสาระสำคัญ
- การร่วมจัดทำ Cross Cutting เรื่อง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกับคณะกรรมการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเชิญ ประธานกรรมการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค ประธานกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก สตรีผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ร่วมให้ความคิดเห็นและเสนอแนะ เมื่อวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘
- ร่างกรอบแนวคิดเบื้องต้น เสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘
- 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.) องค์กรภาคประชาชนและภาคประชาสังคมให้ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นต่อการปฏิรูปฯ ดังกล่าว
- นำเสนอกรอบการปฏิรูประบบสาธารณสุขในขั้นตอนรับหลักการปฏิรูป (Conceptual Design) ในการประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๘
- การร่วมจัดทำ Cross Cutting เรื่อง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ร่วมกับคณะทำงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการภัยคุกคามด้านสุขภาพ คณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส คณะกรรมการปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น และคณะกรรมการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมให้ความคิดเห็นและเสนอแนะ เมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๘
- การร่วมจัดทำ Cross Cutting เรื่อง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กับคณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย เมื่อวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๘ เพื่อบูรณาแผนปฏิรูปร่วมกัน โดยกรอบแนวทางของการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยนั้น ได้วางระบบกลไกที่เกี่ยวข้องเพื่อการปฏิรูปให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้ง ๖ ด้าน คือ โครงสร้างและกลไกบริหารจัดการที่เป็นเลิศด้านการแพทย์แผนไทย การสร้างกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยการศึกษาและวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยระดับชาติ การบริการด้านการแพทย์แผนไทยให้เป็นการแพทย์หลักของชาติ การส่งเสริมอุตสาหกรรม (ยา) สมุนไพรครบวงจร และการส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยโดยจัดระบบเชื่อมโยงการพัฒนาต่อเนื่องให้ได้ *หมอดียาดี บริการดี* ซึ่งแนวทางการปฏิรูปนั้นเน้นพัฒนาปรับโครงสร้างกรมการแพทย์แผนไทยและ

การแพทย์ทางเลือก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้สนับสนุนกระบวนการปฏิรูป พร้อมทั้งพัฒนาระบบการติดตามกำกับความก้าวหน้าของการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและการคุ้มครองสิทธิภูมิปัญญาจากแผนการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยนั้น จะหาชุดเชื่อมกับแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะเป็นแนวทางการพัฒนาที่ควบคู่กันโดยดูความพร้อมของพื้นที่เป็นฐานสำคัญ

๓.๔ ศึกษาความเป็นไปได้จากการลงเยี่ยมและแลกเปลี่ยนกับผู้ปฏิบัติในพื้นที่

หลังจากมีความชัดเจนในวาระการปฏิรูป เพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (ภาวะการนำและธรรมาภิบาล) ทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Team) และระบบข้อมูล/กลไกการเงิน คณะอนุกรรมการได้ทำการลงเยี่ยมพื้นที่เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และความพร้อมเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่สำคัญประกอบด้วย

- อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (๑๘ มีนาคม ๒๕๕๘) สะท้อนความพร้อมของการมีคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ ที่เป็นความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคส่วนต่างๆ ในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนรวมถึงสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนาทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Team) ภายใต้เครือข่ายบริการบนความร่วมมือของทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน ตามความจำเป็นของบริบทของพื้นที่
 - ตัวอย่างความจำเป็นของบริบทของ อำเภอเกาะสมุย เช่น การมีเทศบาลนครที่เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของความเป็นอำเภอ (ไม่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับตำบล) การมีสัดส่วนประชากรแฝง (รวมต่างด้าว) สูงกว่าประชากรตามทะเบียนราษฎรถึงสามเท่า (มี อสม.ที่เป็นชาวต่างชาติ) ภาคเอกชนมีความพร้อมในการร่วมเป็นเครือข่ายการให้บริการภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการและระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ตามความพร้อมของพัฒนาการของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์จากส่วนกลาง และการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นของพื้นที่เป็นต้น
- อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี (๘ เมษายน ๒๕๕๘) สะท้อนความพร้อมของการมีคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพอำเภอ และการพัฒนาให้เกิดทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Team) ที่มีการดำเนินการร่วมกันอยู่แล้ว บนพื้นฐานของการประสานงานและพัฒนาเป็นความร่วมมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างภาครัฐ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ทั้งการบริหารจัดการ และการให้บริการที่บ้านและในชุมชนในบริบทของการเป็นอำเภอในเขตชนบทที่มีขนาดเล็ก (มีประชากรประมาณ ๗,๐๐๐ คน) และมีทรัพยากรจำกัด
 - ทั้งนี้ถึงแม้จะเป็นอำเภอขนาดเล็ก พื้นที่สะท้อนว่า เลือกและพร้อมที่จะมีทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพของอำเภอดอนพุดเอง มากกว่าการมีทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพร่วมกับอำเภอข้างเคียง
- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี (๑๗ เมษายน ๒๕๕๘) สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของการพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการพัฒนาระบบยาสมุนไพร ที่มีการ

พัฒนาควบคู่ไปกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ครบวงจร ทั้งการผลิต การจัดจำหน่าย ตลอดจนการนำไปใช้ด้วยการบูรณาการการใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

- จังหวัดอุดรธานี (๓๐ เมษายน - ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘) สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในเขตสุขภาพ ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการส่งต่อผู้ป่วยช่วยลดงบประมาณรายจ่าย รวมทั้งมีการบูรณาการระหว่างแพทย์แผนไทยกับแพทย์แผนปัจจุบันได้ดี
- จังหวัดอำนาจเจริญ (๒๒ - ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๕๘) สะท้อนให้เห็นถึงความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา (มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ) เพื่อร่วมพัฒนา ร่วมผลิตผลิตภัณฑ์และร่วมผลิตบุคลากรทางด้านการแพทย์แผนไทยโดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการการให้บริการควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีการจัดตั้งสภาภาคประชาชนซึ่งเป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ โดยมีสภากลางเพื่อการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและการบริหารงาน ตลอดจนมีการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบจากภาคประชาชน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในการร่วมให้บริการกับทีมผู้ให้บริการจากภาครัฐและร่วมแก้ปัญหาสุขภาพที่มีความจำเพาะในชุมชน เช่น กลุ่มโฮมฮัก อำเภอพนา ดำเนินการเรื่องการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น การร่วมกันแก้ปัญหายาเสพติด เป็นต้น
- จังหวัดแม่ฮ่องสอน (๑๑ - ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๘) สะท้อนให้เห็นถึงการวางโครงสร้างและรูปแบบ การบริหาร (เสนอว่าควรให้อำนาจและความอิสระในการบริหารจัดการมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน) การให้บริการตลอดจนระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทน ไม่สอดคล้องกับความจำเพาะพิเศษของพื้นที่ อย่างไรก็ตามการทำงานและการให้บริการปฐมภูมิในชุมชนถึงแม้จะยังขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ ทั้งการร่วมทำงาน ร่วมให้บริการ และการใช้ข้อมูลร่วมกัน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดการเรื่องสุขภาพภายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมผ่านการระดมข้อมูลให้เห็นพฤติกรรมของคนในชุมชน เช่น โครงการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง
- พื้นที่เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร (๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๘)
พื้นที่บางกอกน้อย เป็นพื้นที่ชุมชนเก่าดั้งเดิม ที่มีความหลากหลายมีประชากรดั้งเดิมอยู่มาก ประกอบไปด้วย ๔๒ ชุมชน พื้นที่บางกอกน้อยกำลังถูกพัฒนาโดยโครงการ “ศิริราชสานสองวัย บางกอกน้อยโมเดล” ซึ่งมีโรงพยาบาลศิริราชและกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆในพื้นที่ โดยต้องการสร้างเป็นชุมชนต้นแบบด้านสุขภาวะ เน้นการทำงานกับประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ และขยายไปสู่มิติอื่นๆ ซึ่งมีแผนยุทธศาสตร์ ๖ ด้าน คือ
 - แผนด้านสุขภาพ ประกอบด้วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ฝึกระวังโรคภัยไข้เจ็บของผู้สูงอายุ (พัฒนาแอปพลิเคชันเกี่ยวกับการติดตามโรคต่างๆ กับผู้สูงอายุ) นอกจากนี้ยังส่งเสริมการบริการแพทย์แผนไทยและพัฒนางานวิจัยในเขตเมือง
 - แผนงานด้านสิ่งแวดล้อมและภัยพิบัติ มุ่งเน้นโครงการเพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิต เช่น โครงการระบบบำบัดน้ำเสียบ้านเรือน สำรวจเส้นทางคลองโดย

ผู้คนในพื้นที่ (ทำแผนที่เดินดิน) เพื่อสะท้อนข้อมูลการแก้ไขปัญหาคลองระบายน้ำ โครงการเกี่ยวกับสุขอนามัย เช่น สุขภาพที่สะอาด สอดคล้องกับวิถีริมน้ำ

- แผนงานด้านเศรษฐศาสตร์ เป็นแผนงานที่ส่งเสริมเศรษฐกิจและสร้างรายได้แก่คนในชุมชน เช่น โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ มีผลิตภัณฑ์ชุมชนชั้นลงหิน เป็นต้น โครงการส่งเสริมท่องเที่ยวทางน้ำ
- แผนงานด้านสังคม เน้นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนในชุมชน โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ให้มีความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นที่รักของบุคคลในครอบครัว พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพิ่มมิติทางใจ
- แผนงานด้านความปลอดภัย เป็นแผนงานที่สร้างชุมชนน่าอยู่ ผู้คนรู้สึกปลอดภัย จากอัคคีภัย ยาเสพติด การโจรกรรม พัฒนา “บ้านปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ” โครงการสร้างศูนย์วิทยาการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุระดับชาติ

พื้นที่บางกอกน้อย จึงนับเป็นก้าวแรกของความพยายามในการพัฒนาระบบสุขภาพแบบองค์รวมโดยเน้นพื้นที่ และพลังการขับเคลื่อนจากทุนของชุมชน ทุนทางทรัพยากรและทุนบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง

๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์

๔.๑ การพิจารณาสังเคราะห์องค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพเป็นวาระการปฏิรูป

ผลการพิจารณาผ่านองค์ประกอบทั้ง ๖ ประการ (Six Building Blocks) ของระบบบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) โดยเน้นระบบบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่เป็นฐานและมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำมาพิจารณาจัดกลุ่มเป็นวาระการปฏิรูประบบบริการสุขภาพได้ ๓ วาระ ตามแผนภาพที่ ๓ ประกอบด้วย

วาระที่หนึ่ง คณะกรรมการสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (Local/District Health Board) เป็นจุดคานงัดสำคัญ (Main Lever) เปลี่ยน “ฐาน” ของ “ระบบ” และ “บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพ คือ ภาวะการนำ และธรรมาภิบาล

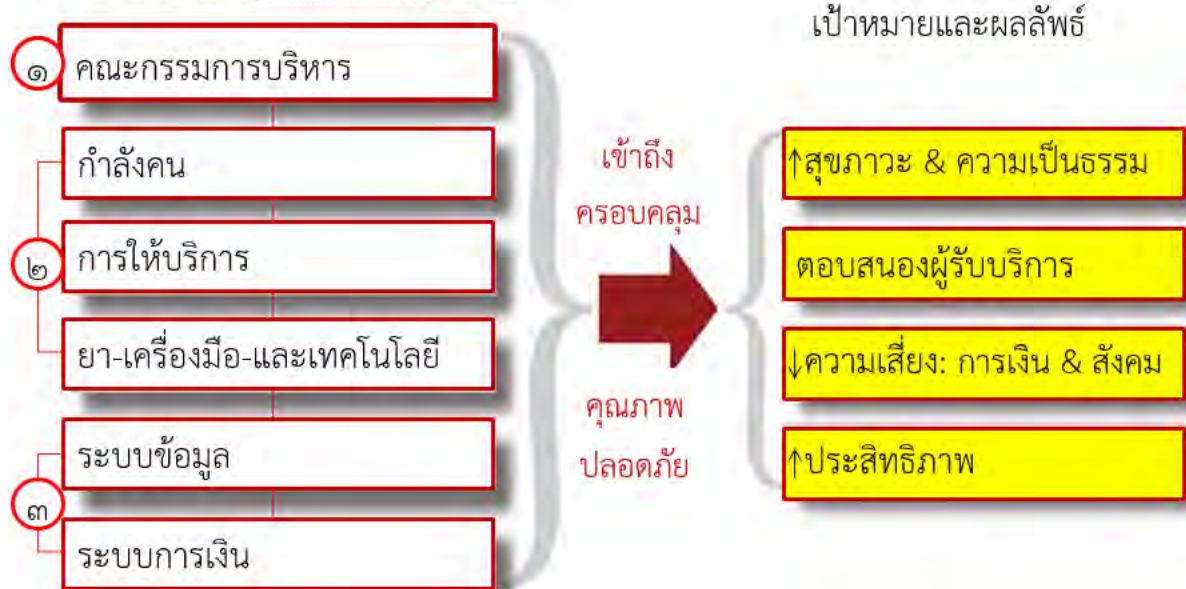
วาระที่สอง ทีมผู้ให้บริการแนวตั้ง/แนวราบ (Matrix Team) เป็นการขับเคลื่อนหลัก (Key Driver) เปลี่ยน “ศูนย์กลาง” ของ “ระบบ” และ “การให้บริการ” โดยมีองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย กำลังคน การให้บริการ ยา-เครื่องมือ-และเทคโนโลยี

วาระที่สาม ระบบข้อมูล/กลไกการเงิน เป็นมาตรการ (เครื่องมือ) สำคัญที่ช่วยในการ “เปลี่ยน” และ “ขับเคลื่อน” และเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กัน จากการที่ข้อมูล นอกจากเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเพิ่มคุณภาพบริการแล้ว ยังเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการทำให้กลไกการเงินถูกนำไปใช้เป็น “เครื่องมือ” เพื่อเพิ่มผลิตภาพให้กับระบบได้อย่างมีพลัง

ภาพที่ ๓ องค์ประกอบสำคัญ ๖ ประการของระบบบริการสุขภาพกับการจัดกลุ่มเป็น ๓ วาระของการปฏิรูป

องค์ประกอบ ๖ ประการของระบบสุขภาพ

Strengthening Health Systems: Everybody's Business



พัฒนาเป็น ๓ วาระของการปฏิรูป มีปฏิสัมพันธ์เป็นปฏิกิริยาลูกโซ่ (Chain Reactions)

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการปฏิรูปประกอบด้วย การเพิ่มคุณภาพ เพิ่มการเข้าถึง เพิ่มคุณภาพ และเพิ่มความปลอดภัย ให้กับระบบบริการ ส่งผลต่อการเพิ่มสุขภาวะ เพิ่มความเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน ลดความเสี่ยงทางการเงินและทางสังคม ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบบริการโดยรวม (ดูรายละเอียดในผลที่คาดว่าจะได้รับ)

๔.๒ สถานการณ์ปัจจุบันกับวาระการปฏิรูป

๔.๒.๑ ภาวะการนำ/ธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ

ภายในระบบสุขภาพอำเภอมีพัฒนาการของการสร้างความเป็น “ทีมเพื่อการบริหารจัดการ” ภายใต้ “คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)” ซึ่งเป็นพัฒนาการของการแก้ปัญหาจากการเกิด “ช่องว่าง” ของการบริหารจัดการระหว่าง โรงพยาบาลในภาครัฐและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งอำนาจการบริหารจัดการยังคงแยกกันโดยที่ความสัมพันธ์ส่วนตัวของผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการประสานงาน โดยที่ในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่มีพัฒนาการของการมี “คณะกรรมการประสานงาน” ในลักษณะดังกล่าว ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาเป็นโครงสร้าง เพื่อรองรับการบริหารจัดการทรัพยากรในภาพรวมของทั้งระบบ (System governance) ทั้งนี้ การบริหารจัดการโดยทั่วไป ขององค์ประกอบต่างๆ ภายในระบบ ยังคงเป็นไปในลักษณะแยกส่วน (Fragmentations of management bodies)

บทเรียนจากประสบการณ์ของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อ “สร้างสุขภาวะ” ผ่านคุณลักษณะของการมีความซับซ้อนและมีการปรับตัว (Complex and Adaptive System) ของระบบสุขภาพอำเภอ^{๑๐} ทำให้เห็นได้ถึงความสำคัญของการทำให้เกิดการเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ภายในระบบ เช่น การเชื่อมโยงระหว่าง ผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลกับผู้ให้บริการของสถานบริการปฐมภูมิในชุมชนจากทั้งภาครัฐและเอกชน อสม.จิตอาสาสมาชิกในชุมชนสมาชิกในครอบครัวและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อตอบสนองต่อ “ทุกภาวะ” และ “สุขภาวะ” โดยที่สมรรถนะของการบริหารจัดการและองค์ประกอบของ “ทีมผู้จัดการ”^{๑๑} มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณลักษณะดังกล่าว

๔.๒.๒ ทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Team)

วัฒนธรรมของการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในระบบบริการสุขภาพไทย มีวัฒนธรรมของการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะของ “ทีมแนวราบ (Horizontal Team)^{๑๒}” ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการให้บริการร่วมกันเป็นทีมภายในสถานบริการเดียวกัน มากกว่าการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะ “ทีมแนวตั้ง (Vertical Team)” ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนทั้งในระดับรายบุคคลครอบครัวและชุมชน

องค์ประกอบสำคัญของทีมแนวตั้งโดยทั่วไปประกอบด้วย^{๑๓}

- ผู้ให้การดูแลหรือให้บริการในวิชาชีพที่ผ่านการเรียนและฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ ที่อยู่ในระบบบริการ (Professionals and auxiliaries: Formal care givers) ซึ่งมักเป็นการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะข้ามสถานบริการเช่น การให้บริการร่วมกันเป็นทีมระหว่างผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลกับผู้ให้บริการจากสถานบริการปฐมภูมิในชุมชน
- อสม. จิตอาสา สมาชิกในชุมชน หรือผู้ให้การดูแลที่ไม่อยู่ในกลุ่มดังกล่าวข้างต้น ที่มีค่าตอบแทนจากส่วนกลางและ/หรือพื้นที่ (Semi-formal care givers)
- สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หมอพื้นบ้าน สมาชิกในชุมชน ที่ให้การดูแลโดยที่ไม่มีค่าตอบแทนที่เป็นทางการ ซึ่งอาจได้รับค่าตอบแทนหรือการตอบแทนที่ไม่เป็นทางการ (Informal care givers)

^{๑๐} กลุ่มผู้ปฏิบัติที่เห็นความสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ บนพื้นฐานของการมีประสบการณ์ตรงในพื้นที่ ได้รวมตัวกันเพื่อสังเคราะห์บทเรียนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน โดยเริ่มต้นในปี ๒๕๕๒ จำนวน ๒๑ อำเภอ ต่อมาในปี ๒๕๕๔ ขยายเพิ่มอีก ๒๒ อำเภอรวมเป็น ๔๓ อำเภอปัจจุบันสามารถผลักดันให้กลายเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข บนพื้นฐานของการขับเคลื่อนเชิง “ยุทธศาสตร์” ด้วยเป้าหมายของการส่งเสริมให้เกิดการเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ ภายในระบบเพื่อร่วมกัน “สร้างสุขภาวะ” ให้กับประชาชนทุกคนภายในระบบ ภายใต้คำขวัญ (Slogan) “UCARE”: U (Unity); C (Community participation); A (Appreciation); R (Resource sharing); E (Essential care) โดยที่ยังไม่มีโครงสร้างรองรับการบริหารจัดการในภาพรวม เพื่อการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากคุณลักษณะของความเป็นระบบ

^{๑๑} มีองค์ประกอบของตัวแทนจากโรงพยาบาล-สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ-องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น-สมาชิกในชุมชนที่เป็นผู้นำโดยธรรมชาติ

^{๑๒} ทีมแนวราบ มักมีคุณลักษณะของการเป็นทีมที่มีความหลากหลายในวิชาชีพ (Multidisciplinary team) โดยเฉพาะอย่างยิ่งทีมของโรงพยาบาล

^{๑๓} World Health Organization (2000): Home-based long term care, WHO technical report series: 898, WHO, Geneva

การให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะทีมแนวตั้ง มีพัฒนาการผ่านการพัฒนาบริการปฐมภูมิในบริบทของระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภออย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความชัดเจนของพัฒนาการในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง อย่างไรก็ตามการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะของทีมแนวตั้ง ยังคงมีช่องว่างที่จำเป็นต้องได้รับการปฏิรูปเพื่อการพัฒนาสร้างวัฒนธรรมของการให้บริการร่วมกันเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง

๔.๒.๓ระบบข้อมูลและกลไกการเงิน

สถานการณ์ปัจจุบันของระบบข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลจากบริการปฐมภูมิ ในบริบทของระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภออาจสรุปภาพรวมพอสังเขปได้ดังนี้

- การบันทึกและใช้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องขณะให้บริการทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว (Individual and family continuous records) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการในภาพรวม ทั้งภาครัฐและเอกชน ยังคงมีความอ่อนแอ
- ขาดประสบการณ์ของการมีและใช้ข้อมูล เพื่อควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation reports) ในการทำให้ทราบสถานการณ์และสถานะทางสุขภาพของชุมชนและในภาพรวมของระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ อีกทั้งขาดการใช้ประโยชน์ของข้อมูลจริงของพื้นที่ในการดูแลปัญหาสุขภาพ รวมถึงการใช้ข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงกับกลไกการเงิน
- การมีข้อมูล ส่วนใหญ่เกิดจากแรงจูงใจ เพื่อส่งเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว ทำเป็นรายงานส่งไปยังหน่วยงานที่มีอำนาจทางการเงินหรืออำนาจสั่งการ (Report for higher levels) เพื่อรักษาหรือพัฒนาสถานะของการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ ตามระเบียบข้อบังคับและเงื่อนไขของหน่วยงานที่ดูแลกลไกทางการเงินหรือที่เป็นผู้บังคับบัญชาเป็นผู้อำนาจ

พัฒนาการของกลไกทางการเงิน อยู่บนพื้นฐานของการขาดกลไก เช่น ระบบบัญชีอย่างง่ายที่ทำให้เห็นการไหลเวียนและสถานะทางการเงินของระบบสุขภาพอำเภอ ที่ทำให้ทีมผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ สามารถมองเห็นและเข้าใจการไหลเวียนของเงิน เพื่อใช้กลไกการเงินเป็น “เครื่องมือ” ในการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอโดยรวม เชื่อมโยงกับการสร้างและพัฒนาทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง ตลอดจนช่วยดูแลสถานะทางการเงิน ตามศักยภาพของการเชื่อมโยงกันเป็นระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ

อนึ่ง การมีส่วนร่วมทางการเงินขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการสทบกับกองทุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Matching Funds) ในการทำให้เกิดเป็นกองทุนสุขภาพในระดับพื้นที่/ตำบล ทำให้รากฐานและประสบการณ์สำคัญในพัฒนาต่อเนื่อง บนพื้นฐานของการสร้างการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและร่วมบริหารจัดการทรัพยากร เพื่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่/ตำบล

๕. ข้อเสนอปฏิรูปและแนวทางดำเนินการ

๕.๑ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป

๕.๑.๑การมีคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health Board)

เนื่องจากการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ พัฒนาบริการ และการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ/พื้นที่ โดยมีพื้นที่เป็นฐาน จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการผ่านการรับรู้สัมผัสและเข้าถึงสภาพปัญหาที่มีความซับซ้อนจากองค์ประกอบของทั้งความยากเชิงเทคนิค (Technically complicated problems) และความยากเชิงสังคม (Socially complicated problems) ดังนั้น องค์ประกอบของ

คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ จึงควรประกอบด้วย (จำนวนและกระบวนการสรรหา จะมีความชัดเจนมากขึ้น หลังจากมีการดำเนินการนำร่อง)

- ตัวแทนประชาชน ให้ความสำคัญกับประชาชนทั่วไปในเขตพื้นที่/อำเภอในความหมายของการเป็น “ผู้นำโดยธรรมชาติ” ที่ไม่จำเป็นต้องเป็นนักการเมืองสมาชิกของกลุ่ม ชมรม หรือองค์กรภาคประชาชนจำนวน ๒ คนด้วยกระบวนการสรรหา
- ตัวแทนภาคประชาชน หมายถึง ตัวแทนของสมาชิกของกลุ่ม ชมรม หรือองค์กรภาคประชาชน ที่มีอยู่ในเขตพื้นที่/อำเภอจำนวน ๒ คนด้วยกระบวนการสรรหา
- ตัวแทนนักการเมืองท้องถิ่น หมายถึง ตัวแทนของผู้ที่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในเขตพื้นที่/อำเภอจำนวน ๒ คน ด้วยการคัดเลือกกันเองเพื่อส่งเป็นตัวแทนในนามของนักการเมืองท้องถิ่น
- ตัวแทนภาคเอกชน หมายถึง ตัวแทนของเจ้าของกิจการหรือผู้ให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านขายยา หรือสถานบริการที่ให้บริการทางด้านสุขภาพที่อยู่ในเขตพื้นที่/อำเภอ จำนวน ๒ คนด้วยกระบวนการสรรหา ด้วยการคัดเลือกกันเองเพื่อส่งเป็นตัวแทนในนามของตัวแทนภาคเอกชน
- ตัวแทนภาครัฐ ให้ความสำคัญกับภาคส่วนทางด้าน สุขภาพ มหาดไทย พัฒนาสังคม การศึกษา และเกษตร ที่อยู่ในเขตพื้นที่/อำเภอประกอบด้วย
 - โดยตำแหน่งจำนวน ๓ คนจากภาคส่วนด้านสุขภาพ ๒ คน และจากมหาดไทย ๑ คน
 - โดยการสมัครและได้รับการแต่งตั้งจำนวน ๒ คน โดยให้ความสำคัญกับผู้ที่ไม่ได้มาจากภาคส่วนด้านสุขภาพและมหาดไทย
- ตัวแทนผู้ประกอบการวิชาชีพทางสุขภาพ ที่มีสภาวิชาชีพรองรับ จากทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาล เกษษกร สาธารณสุข แพทย์ ทันตแพทย์นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักเทคนิคการแพทย์ และผู้ให้บริการทางการแพทย์แผนไทย เป็นต้น จำนวน ๒ คน ด้วยกระบวนการสรรหา

โดยมีวาระในการดำรงตำแหน่งเป็นเวลา ๓ปี ทั้งนี้เพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการ จึงควรมีสถานะของการเป็น **นิติบุคคล** โดยคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ ควรมีบทบาทหน้าที่ดังนี้

- รับรู้-ควบคุม-กำกับ-และประเมินสภาวะสุขภาพ-ปัญหาสุขภาพ-ปัจจัยเสี่ยง-ภาวะคุกคาม-และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพพร้อมกับดำเนินการเพื่อสร้างและส่งเสริมสุขภาพ-แก้ปัญหาสุขภาพ-ปรับปรุงบริการ-ตลอดจนป้องกันและปกป้องประชาชนจากความเสี่ยงและภัยคุกคามต่างๆ ที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของประชาชน
- สร้าง-พัฒนา-และปรับปรุง**ชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ (Specific package)** โดยระดม-ใช้-และพัฒนาทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ภายในระบบตามความจำเป็น เพื่อเสริมกับชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการและระบบประกันสุขภาพของรัฐ เช่น สวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น ตามสิทธิที่ประชาชนได้รับเป็นพื้นฐานอยู่แล้วทุกคน
- สร้าง-พัฒนาผู้ให้บริการ-ทีมผู้ให้บริการ-สถานบริการ-และเครือข่ายบริการ โดยให้ความสำคัญกับทั้งภาครัฐและเอกชน ในลักษณะของการทำให้เกิดเป็น “ทีมแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix

Teams)” ที่สามารถเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน

- รับรู้สถานะทางการเงินในภาพรวมของระบบบริการ และของแต่ละสถานบริการที่อยู่ในระบบ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมแก้ปัญหาในกรณีที่มีปัญหาของสถานะทางการเงินเกิดขึ้นในระบบบริการ

๕.๑.๒ การสร้างและพัฒนาทีมแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Team)

เนื่องจากการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะ “ทีมแนวตั้ง” มีพัฒนาการและวัฒนธรรมของการให้บริการร่วมกันเป็นทีมน้อยกว่าการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะ “ทีมแนวราบ” ดังนั้นข้อเสนอของการสร้างและพัฒนาทีมแนวราบ/แนวตั้ง จึงให้ความสำคัญกับการสร้างและพัฒนาทีมแนวตั้ง โดยที่ไม่ทำให้เกิดการสูญเสียของการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะทีมแนวราบ โดยองค์ประกอบสำคัญของทีมแนวตั้ง ควรประกอบด้วย

- สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน สมาชิกในชุมชน ที่ให้การดูแลโดยที่ไม่มีค่าตอบแทนที่เป็นทางการ ซึ่งอาจได้รับการตอบแทนหรือค่าตอบแทนที่ไม่เป็นทางการ (Informal care givers) บนพื้นฐานของการให้การดูแลที่บ้านของผู้รับบริการโดยให้ความสำคัญกับผู้ทำหน้าที่ให้บริการที่เป็นสมาชิกในครอบครัว
- อสม. จิตอาสา สมาชิกในชุมชน หรือผู้ให้การดูแลที่มีค่าตอบแทนจากส่วนกลางและ/หรือพื้นที่ (Semi-formal care givers) บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับการเชื่อมและยึดโยงกับรายบุคคลและครอบครัว
- ผู้ให้การดูแลหรือให้บริการในวิชาชีพที่ผ่านการเรียนและฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ (Professionals and auxiliaries: Formal care givers) ซึ่งมักเป็นการให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะข้ามสถานบริการ เช่น การให้บริการร่วมกันเป็นทีมระหว่างผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลกับผู้ให้บริการจากสถานบริการปฐมภูมิในชุมชนควรประกอบด้วย
 - ผู้ให้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน (ทั้งภาครัฐและเอกชน) เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน นักการแพทย์แผนไทย เป็นต้น บนพื้นฐานของการเชื่อมและยึดโยงกับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน
 - แพทย์ (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ซึ่งอาจเป็นผู้ให้บริการที่สถานบริการปฐมภูมิในชุมชนหรือโรงพยาบาล ที่อยู่ในเขตพื้นที่/อำเภอ บนพื้นฐานของการเชื่อมและยึดโยงกับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน
 - โดยมีการลงทะเบียนเพื่อมีชื่อแพทย์ ในฐานะสมาชิกของทีมแนวราบ/แนวตั้ง อยู่คู่กับประชาชนในระดับรายบุคคลอย่างเป็นทางการ บนพื้นฐานของการ “กำหนดให้” หรือ “เลือกเองได้โดยประชาชน” ขึ้นอยู่กับบริบทและสภาพความพร้อมด้านการบริหารจัดการของแต่ละพื้นที่/อำเภอ โดยมีเป้าหมายว่า ในที่สุดในทุกพื้นที่/อำเภอ ประชาชนสามารถเลือกเองได้

การสร้างและพัฒนาทีมแนวราบ/แนวตั้ง สร้างและพัฒนาในบริบทของการเป็น “เครือข่ายบริการ” ซึ่งอาจเป็นเครือข่ายภายในภาครัฐ เครือข่ายระหว่างภาครัฐและเอกชน หรือเครือข่ายภายในภาคเอกชนทั้งนี้การเป็นเครือข่ายบริการ เป็นทั้งเพื่อให้การสนับสนุนทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้งและรองรับการเข้าถึงบริการประชาชน ตามสิทธิที่สามารถเข้าถึงได้ ตามที่กำหนดโดยส่วนกลาง ผสมผสานกับที่กำหนดโดยคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่/อำเภอ โดยเงื่อนไขพื้นฐานของการเป็นเครือข่ายบริการ ในแต่ละ

เครือข่ายจำเป็นต้องมีการจัดเวลาการให้บริการของผู้ให้บริการ-ทีมผู้ให้บริการ-และสถานบริการ ภายในเครือข่ายโดยมีองค์ประกอบของ

- การจัดการให้บริการในช่วงเวลาของการทำการปกติหรือเวลาราชการ (Official hours) และเวลาที่สะดวกสำหรับการเข้าถึงบริการของประชาชน (Convenient hours) หรือกล่าวได้ว่าการให้บริการโดยทั่วไป ของแต่ละเครือข่ายบริการสามารถให้บริการได้ทั้ง **เวลาราชการ และเวลาราชการ**
- การจัดการบริการรองรับกรณีฉุกเฉิน (Emergency) จำเป็นต้องมีการให้บริการในลักษณะห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงอยู่ภายในเครือข่ายบริการ

๕.๑.๓ การพัฒนาและออกแบบระบบข้อมูลและกลไกการเงิน

ข้อเสนอเพื่อพัฒนาและออกแบบระบบข้อมูล เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพประกอบด้วย

- **การมีข้อมูลการใช้บริการที่สถานบริการต่างๆ ทางสุขภาพทั้งหมดของรายบุคคล (Global Medical Records of the Person) ที่สามารถเข้าถึงได้** (เข้าถึงแบบอัตโนมัติผ่านเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์) บนพื้นฐานของการมีกฎหมายรองรับโดยแพทย์ที่มีชื่ออยู่กับบุคคลดังกล่าว
 - เชื่อมโยงกับข้อมูลที่ต่อเนื่องของรายบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Continuous Records) ของทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง
- **การมีข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับและประเมินสถานการณ์ (Monitoring and Assessing Situations)** ทำให้ทราบสถานการณ์และสถานะทางสุขภาพของแต่ละชุมชนและของระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ ตลอดจนสถานะทางการเงินของระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอโดยรวม ซึ่งจะเป็ **“เครื่องมือ”** สำคัญของคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ อีกทั้งเป็นการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชน (Health Information for Self Care) ซึ่งจะเป็จุดเปลี่ยนทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนสู่พฤติกรรมสุขภาพดี

ข้อเสนอเพื่อพัฒนาและออกแบบกลไกการเงิน เพื่อใช้เป็นกลไกสำคัญในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพประกอบด้วย

- **การมีส่วนร่วมทางการเงินขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (๕-๑๐% ของรายได้: สัมพันธ์กับรายได้ที่แตกต่างขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น)** เพื่อร่วมพัฒนาสุขภาพ/สุขภาพ/ระบบสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เฉพาะ (Specific Benefit Package) ตามความจำเพาะของปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่/อำเภอ
- **การมีข้อมูลทางการเงิน** (สัมพันธ์กับการปฏิรูประบบข้อมูล) ที่ทำให้ทีม (คณะกรรมการ) บริหารจัดการระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ สามารถมองเห็น และเข้าใจการไหลเวียนของเงิน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบบัญชีอย่างง่ายที่ทำให้เห็นการไหลเวียนและสถานะทางการเงิน เพื่อส่งเสริมการรับรู้และการมีส่วนร่วมของประชาชน พร้อมไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ตลอดจนปกป้องดูแลเพื่อความมั่นคงของสถานะทางการเงินของระบบสุขภาพพื้นที่หรืออำเภอ

๕.๒ ขั้นตอนและแนวทางการดำเนินการ

การมีโครงสร้างใหม่ในระบบสุขภาพของประเทศในรูป “คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health Board)” เพื่อเพิ่มความชัดเจนในองค์ประกอบ ที่มา จำนวน บทบาท

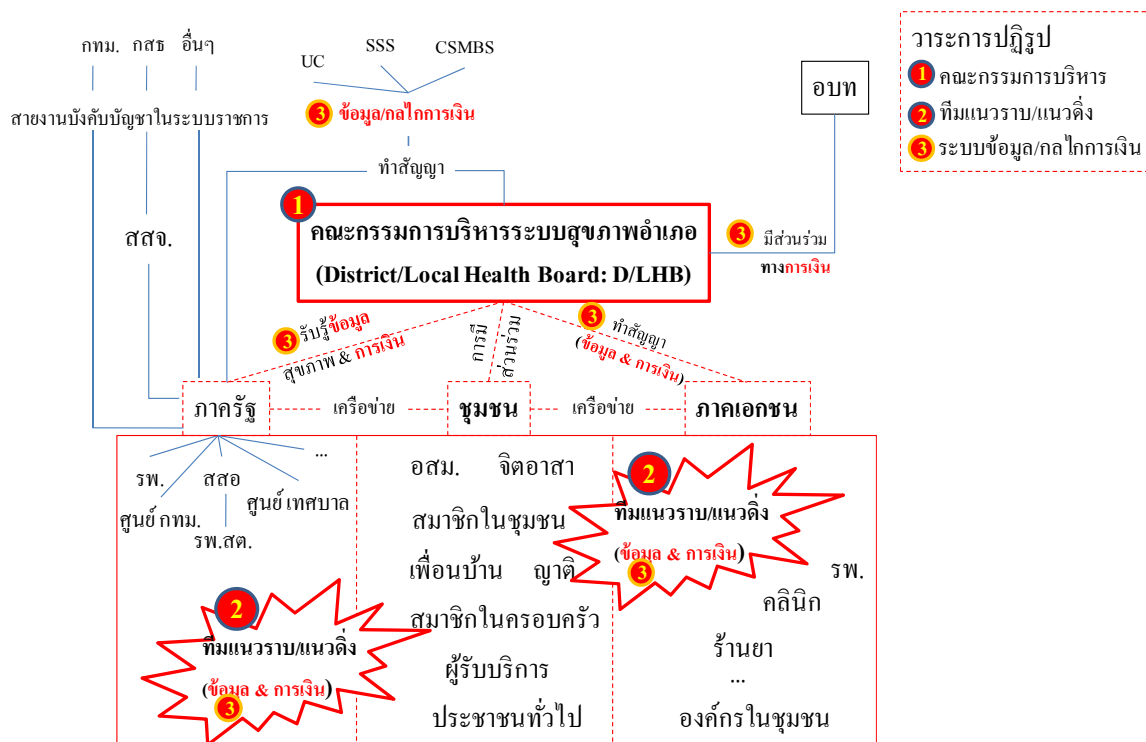
หน้าที่ กรอบและวิธีการทำงานร่วมกัน (ภาพที่ ๔) ตลอดจนความสัมพันธ์กับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในระบบบริการ (ภาพที่ ๕) ของคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่/อำเภอ ซึ่งเป็นคาน้ำตั้งสำคัญของการนำไปสู่ความสำเร็จของปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีความจำเป็นต้องดำเนินการ (ทดสอบ) ผ่าน การดำเนินการนำร่อง (Pilot implementation) โดยดำเนินการผสมผสานไปกับการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวดิ่ง ตลอดจนการพัฒนาและออกแบบระบบข้อมูลและกลไกการเงิน บนพื้นฐานของการดำเนินการในบริบทที่แตกต่างประกอบด้วย

- ความเป็นเขตเมือง เช่น เขตต่างๆ ใน กรุงเทพมหานคร ; อำเภอเมืองขนาดใหญ่; อำเภอขนาดใหญ่; อำเภอเมืองทั่วไป เป็นต้น
- ความหลากหลายของจำนวนประชากรของเขตพื้นที่/อำเภอโดยทั่วไปเช่น อำเภอที่มีประชากร >๒๐๐,๐๐๐ คน; ๑๐๐,๐๐๐-๒๐๐,๐๐๐ คน; ๓๐,๐๐๐-๑๐๐,๐๐๐ คน; และ <๓๐,๐๐๐ คน เป็นต้น
- ความเป็นพื้นที่พิเศษ เช่น ท่าอากาศยานหรืออยู่ในเขตทูลเกล้าฯ; ตามแนวชายแดน; ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น

ภาพที่ ๔ กรอบและการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ ที่จำเป็นต้องได้รับการทดสอบผ่านการดำเนินการนำร่อง



ภาพที่ ๕ ความสัมพันธ์ของคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ กับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในระบบบริการ ที่จำเป็นต้องได้รับการทดสอบผ่านการดำเนินการนำร่อง



ทั้งนี้การดำเนินการนำร่องจำเป็นต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเพื่อให้การดำเนินการมีความคล่องตัวจำเป็นต้องมีกรอบกฎหมายรองรับการดำเนินการเช่น **มติคณะรัฐมนตรี** คู่ และนำไปสู่การออกกฎหมายเพื่อมีผลบังคับใช้ ส่งผลให้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของทั้งประเทศ ๕.๒.๑การดำเนินการนำร่อง (Pilot implementation)

การดำเนินการเพื่อทดสอบวาระการปฏิรูป ผ่านการดำเนินการนำร่อง โดยผลของการดำเนินการ ช่วยเพิ่มความสมบูรณ์ให้กับการมีกรอบโครงสร้างและกรอบกฎหมายรองรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของทั้งประเทศสมควรมีการดำเนินการใน ๒ลักษณะกล่าวคือ

- การดำเนินการเพื่อสะท้อนให้เห็นบทบาทหน้าที่ทั้งหมด ของคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ พร้อมไปกับการดำเนินการสร้างและพัฒนาทีมแนวราบ/แนวตั้ง และการพัฒนาและออกแบบระบบข้อมูลและกลไกการเงิน บนพื้นฐานของ “**การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในภาพรวม**”
- การเลือกกรณี “**ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง**” มาเป็นกรณีศึกษา บนพื้นฐานของการดำเนินการในลักษณะบทนำ ก่อนมีการดำเนินการในภาพรวมทั้งหมด ทั้งนี้การบริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ เพื่อดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีความจำเป็นต้องสร้างและพัฒนาทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง ในลักษณะเดียวกับการบริหารจัดการในภาพรวมของทั้งระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (ภาพที่ ๖)

- การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ (Specific benefit package) เพิ่มจากชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนได้รับอยู่แล้ว ภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการและประกันสุขภาพภาครัฐ ตามความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบ
- การเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ผ่านการเจรจาและทำสัญญา ตลอดจนทำหน้าที่ควบคุม-กำกับ-และประเมินผู้ให้บริการ ทีมผู้ให้บริการ และสถานบริการในภาคเอกชน
- การพัฒนาเครือข่ายภายในภาครัฐ ระหว่างรัฐกับเอกชน และภายในภาคเอกชน
- การสร้าง/พัฒนาทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง ที่มีองค์ประกอบของ
 - สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน สมาชิกในชุมชน ที่ให้การดูแลโดยที่ไม่มีค่าตอบแทนที่เป็นทางการ ซึ่งอาจได้รับการตอบแทนหรือค่าตอบแทนที่ไม่เป็นทางการ (Informal care givers)
 - อสม. จิตอาสา สมาชิกในชุมชน หรือผู้ให้การดูแลที่มีค่าตอบแทนจากส่วนกลางและ/หรือพื้นที่ (Semi-formal care givers)
 - ผู้ให้การดูแลหรือให้บริการในวิชาชีพที่ผ่านการเรียนและฝึกอบรมอย่างเป็นทางการ (Professionals and auxiliaries: Formal care givers)
- การมีแพทย์ที่มีชื่ออยู่คู่กับประชาชน สามารถเข้าถึง-มี-และรวบรวมข้อมูลทั้งหมดของรายบุคคลบนพื้นฐานของการเข้าถึงโดยอัตโนมัติ ผ่านระบบเครือข่ายในคอมพิวเตอร์ (Electronic networks) ทำให้มีข้อมูลการใช้บริการจากสถานบริการต่างๆ ของรายบุคคล (Global Medical Records) ที่สามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลที่มีความต่อเนื่องในระดับรายบุคคลและครอบครัวที่บ้านที่โดยทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง
- การมีข้อมูลที่ทำให้ทราบสถานการณ์และสถานะทางสุขภาพของแต่ละชุมชนและของระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ ตลอดจนสถานะทางการเงินของระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอโดยรวม อย่างเป็นปัจจุบัน (เป็นระยะ) และมีความต่อเนื่อง

๒) กรณีผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

การดำเนินการบริหารจัดการ เพื่อการให้บริการ/ดูแล ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง สามารถแบ่งการดำเนินการออกได้เป็น ๓ลักษณะดังนี้

- **การดำเนินการนำร่อง** การบริหารจัดการ เพื่อการให้บริการ/ดูแล ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการนำร่องบนพื้นฐานของการมีพื้นที่เป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลางในภาพรวม (เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการ ในหัวข้อ ๖.๑.๑)
- **การดำเนินการนำร่องเฉพาะ** การบริหารจัดการ เพื่อการให้บริการ/ดูแล ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
- **การดำเนินการบริหารจัดการ** เพื่อการให้บริการ/ดูแล ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ที่เป็น **การดำเนินการในระบบปกติ**

การดำเนินการนำร่องในหัวข้อนี้ จึงกล่าวถึงเฉพาะ การดำเนินการนำร่องเฉพาะ การบริหารจัดการ เพื่อดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พื้นที่ที่เข้าร่วมการดำเนินการนำร่องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นเขตเมืองความหลากหลายของจำนวนประชากรของเขตพื้นที่/อำเภอ และความเป็นพื้นที่พิเศษรวมทั้งหมดประมาณ ๒๐๐เขตพื้นที่/อำเภอ

การดำเนินการที่สำคัญประกอบด้วย

- การสร้างการมีส่วนร่วมทางการเงินของรัฐบาลท้องถิ่นในการร่วมดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง (Matching Funds)
- การเพิ่มการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง ผ่านการเจรจาและทำสัญญา ตลอดจนทำหน้าที่ควบคุม-กำกับ-และประเมินผล
- การสร้าง/พัฒนา ทีมแนวราบ/ทีมแนวตั้ง (Capacity Building) ที่มีองค์ประกอบของ Informal/Semi-formal/Formal Care Givers
- การติดตามและประเมินสถานะสุขภาพ และการได้รับการบริการ/ดูแล ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยติดเตียง เป็นระยะ อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง

๕.๒.๒ การขยายผล

การขยายผลในที่นี้หมายถึง การดำเนินการหลังจากมีการดำเนินการนำร่อง ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมต่อเนื่องจากการดำเนินการนำร่อง ก่อนที่กฎหมายจะมีผลบังคับใช้ทั่วประเทศ (ภาพที่ ๗)

ภาพที่ ๗ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินการนำร่องและการขยายผล

	พ.ศ. ๒๕๕๘	๒๕๖๑	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ต.ค. ๒๕๕๘: เตรียมการ	นำร่อง	ขยายผล(๑)	ขยายผล(๒)	ทั่วประเทศ
พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในภาพรวม	๑๕ พื้นที่/อำเภอ	๒๑๕ (๒๐๐ + ๑๕)	๔๑๕ (๒๑๕ + ๒๐๐)	ครบทุก พื้นที่/อำเภอ
ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ ติดบ้าน/ติดเตียง	~ ๒๐๐ พื้นที่/อำเภอ	๒๐๐	มีความชัดเจนใน กรอบกฎหมาย โครงสร้างรองรับ และวิธีดำเนินการ	กฎหมาย มีผลบังคับใช้
		๒ ปี	๔ ปี	๕ ปี

การเชื่อมโยงจากการดำเนินการนำร่องสู่การขยายผลระยะที่๑ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดำเนินการในช่วงของการขยายผลในระยะที่ ๑อีกประมาณ๒ปี ประกอบด้วย

- การดำเนินการในลักษณะพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในภาพรวม จำนวน ๑๕ พื้นที่/อำเภอ ในช่วงดำเนินการนำร่อง ยังคงมีการดำเนินการต่อในช่วงขยายผลระยะที่ ๑
- การดำเนินการในกรณีผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย ติดบ้าน/ติดเตียง จำนวน ๒๐๐ พื้นที่/อำเภอ เพิ่มความสมบูรณ์เป็นการดำเนินการในลักษณะ พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในภาพรวม ดังนั้น การดำเนินการในลักษณะ พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในภาพรวม ในช่วงของการขยายผลระยะที่ ๑ จึงมีทั้งสิ้นจำนวน ๒๑๕ พื้นที่/อำเภอ

- การดำเนินการในกรณีผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย ตัดบ้าน/ตัดเตียง ในพื้นที่/อำเภอใหม่ เพิ่มเติมจากช่วงดำเนินการนำร่อง อีกจำนวน ๒๐๐ พื้นที่/อำเภอ

การดำเนินการขยายผลในระยะที่ ๒ ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดำเนินการอีกประมาณ ๑ ปี ประกอบด้วย

- การดำเนินการในลักษณะพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในภาพรวม ในช่วงขยายผลระยะที่ ๑ จำนวน ๒๑๕ พื้นที่/อำเภอ ยังคงมีการดำเนินการต่อในช่วงขยายผลระยะที่ ๒
- การดำเนินการในกรณีผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย ตัดบ้าน/ตัดเตียง จำนวน ๒๐๐ พื้นที่/อำเภอ ในช่วงของการขยายผลระยะที่ ๑ เพิ่มความสมบูรณ์เป็นการดำเนินการในลักษณะพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในภาพรวม ดังนั้น การดำเนินการในลักษณะพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในภาพรวม ในช่วงของการขยายผลระยะที่ ๒ จึงมีทั้งสิ้นจำนวน ๔๑๕ พื้นที่/อำเภอ

๕.๓ ผลที่คาดว่าจะได้รับในช่วงเปลี่ยนผ่าน

๕.๓.๑ ในช่วงระยะเวลา ๒ ปี จากการดำเนินการนำร่อง

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินการนำร่องในช่วงระยะเวลา ๒ ปี ประกอบด้วย

- ความชัดเจนของที่มา จำนวน องค์กรประกอบ วิธีการทำงาน และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ
- กรณีตัวอย่างที่เป็นผลลัพธ์ของการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอประกอบด้วย
 - การสร้าง/พัฒนาผู้ให้บริการ/ทีมผู้ให้บริการ/เครือข่ายบริการ ที่มีความเชื่อมโยงและยึดโยงกับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชนทั้งกรณีผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยตัดบ้าน/ตัดเตียง และในภาพรวมของทั้งระบบ
 - การสร้าง/พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ ที่ตอบสนองตามความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่/อำเภอ ที่อยู่ในความรับผิดชอบ
 - การดำเนินการแก้ปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน ผ่านการรับรู้-ควบคุม-กำกับ-และประเมินสภาวะและสถานะทางสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
 - การรับรู้สถานะทางการเงินในภาพรวมของระบบและของแต่ละสถานบริการ โดยสะท้อนให้เห็นถึงภาวะการนำและธรรมาภิบาล บนพื้นฐานของความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และการแก้ปัญหากรณีเกิดปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน
- ความชัดเจนของการมีส่วนร่วมทางการเงินขององค์การบริการส่วนท้องถิ่นประมาณ ๕-๑๐% ตามสัดส่วนรายได้ รายได้น้อยมีส่วนน้อย รายได้มากมีส่วนร่วมมาก

๕.๓.๒ ในช่วงระยะเวลา ๓ ปี ของการขยายผล (หลังจากการดำเนินการนำร่อง)

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินการในช่วงของการขยายผลระยะที่ ๑ (เป็นระยะเวลา ๒ ปี หลังจากดำเนินการนำร่อง) ประกอบด้วย

- ความชัดเจนของการเชื่อมและยึดโยงระหว่าง ผู้ให้บริการ/ทีมผู้ให้บริการ/เครือข่ายบริการ กับประชาชนทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน อย่างเป็นระบบ ทั้งการให้บริการที่บ้าน ในชุมชน และการให้บริการที่สถานบริการทุกระดับ

- ความชัดเจนของการเป็นเครือข่ายบริการ ทั้งภายในภาครัฐ เชื่อมโยงระหว่างรัฐกับเอกชน และภายในภาคเอกชน บนพื้นฐานของการให้บริการทั้งในเวลาราชการ เวลาราชการ และตลอด ๒๔ ชั่วโมง กรณีฉุกเฉิน
- การมีชื่อแพทย์คู่กับประชาชนทั้งในฐานะที่แพทย์เป็นสมาชิกของทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง และผู้ที่สามารถเข้าถึง (ได้รับ) ข้อมูลการใช้บริการทั้งหมดบุคคลดังกล่าว ผ่านเครือข่ายในระบบคอมพิวเตอร์โดยอัตโนมัติ

○ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกลงทะเบียน เพื่อการมีชื่อคู่กับแพทย์ ในพื้นที่ที่พร้อมผลที่คาดว่าจะได้รับการดำเนินการในช่วงของการขยายผลระยะที่ ๒ (เป็นระยะเวลา ๑ปี หลังจากดำเนินการในระยะที่ ๑) ประกอบด้วย

- การมีระบบข้อมูลที่มีความพร้อมทำให้มีข้อมูลจากการบันทึก ผ่านการสังเคราะห์ สามารถนำมาใช้เชื่อมโยงกับกลไกการเงิน (มีการพัฒนาเริ่มจากนาร่องจนกระทั่งมีความสมบูรณ์) ทั้งเพื่อออกแบบกลไกการเงิน ควบคุมกำกับและตรวจสอบเชื่อมโยงกับกิจกรรมการให้บริการ และรับรู้สถานะทางการเงิน (รายรับ/รายจ่าย) ตามบทบาทหน้าที่ที่คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ จำเป็นต้องร่วมรู้และร่วมตัดสินใจ
- ความชัดเจนของการเชื่อมโยงของทั้ง ๓วาระการปฏิรูป และการผสมผสานเพื่อทำให้การดำเนินการในระบบบริการสุขภาพที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถดำเนินการได้ในลักษณะที่เป็นปกติในระบบบริการ

๕.๓.๓ ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับการดำเนินการนำร่องและการขยายผล

ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับในช่วงเปลี่ยนผ่าน ทั้งที่เกิดขึ้นในช่วงของการดำเนินการนำร่องและการขยายผล เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพล ในการส่งผลให้การปฏิรูปประสบความสำเร็จ ตัวอย่างประโยชน์ที่คาดว่าจะประชาชนจะได้รับในช่วงของการดำเนินการนำร่องและการขยายผลประกอบด้วย

- การเข้าถึงและได้รับบริการ/การดูแลที่แตกต่างไปจากเดิม
 - การได้รับบริการ/ได้รับการดูแลที่บ้านและในชุมชนโดยผู้ให้บริการ/ให้การดูแลที่รู้จัก ทั้งที่เป็นสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชน และผู้ให้บริการ/การดูแลจากสถานบริการ โดยมีแพทย์ที่รู้จักเป็นสมาชิกและเป็นองค์ประกอบสำคัญของทีมผู้ให้บริการ/ให้การดูแล
 - การได้รับบริการ/ได้รับการดูแลที่สถานบริการ (ทั้งที่สถานบริการปฐมภูมิในชุมชนและโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน ในเครือข่ายหรือในเขตพื้นที่/อำเภอ) โดยผู้ให้บริการ/ให้การดูแล และทีมผู้ให้บริการ/ให้การดูแลที่รู้จัก ทั้งนี้รวมถึงแพทย์ที่มีชื่อคู่กับประชาชน (แพทย์ที่รู้จัก) ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลการใช้บริการที่สถานบริการต่างๆ ในระบบบริการ
 - ความรู้สึกอบอุ่น (ไม่โดดเดี่ยว) เมื่อจำเป็นต้องได้รับบริการที่สถานบริการขนาดใหญ่ (บริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิ) เนื่องจากได้รับบริการ ผ่านการประสานงานของผู้ให้บริการ/ให้การดูแล ที่เป็นสมาชิกของทีมผู้ให้บริการที่รู้จัก
- การช่วยเหลือกันเอง การพึ่งตนเอง และการดูแลตนเองที่แตกต่างไปจากเดิม
 - สมาชิกในครอบครัว/ชุมชน ที่เป็นผู้ให้การดูแล ได้รับการสนับสนุน (เพิ่มแรงจูงใจในฐานะผู้ให้การดูแล) และได้รับการฝึกเพื่อเพิ่มสมรรถนะตามความจำเป็น (สมรรถนะที่

ยังไม่สามารถทำได้แต่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้การดูแล) ทำให้เกิดการช่วยเหลือและพึ่งพากันเองภายในครอบครัวและภายในชุมชน ค่อยๆ เพิ่มขึ้น โดยที่สมาชิกในครอบครัว/ชุมชนสามารถสัมผัสได้ และกลายเป็นวัฒนธรรมปกติในระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ

○ การมีโอกาสดูแลแลกเปลี่ยนความเห็น ได้พูด ได้รับความเข้าใจ ได้ร่วมตัดสินใจ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพเองทั้งในระดับรายบุคคลและครอบครัว

● การมีส่วนร่วม การสร้างความร่วมมือ และความสำคัญของประชาชนที่แตกต่างไปจากเดิม

○ ประเด็นการพูดคุย แลกเปลี่ยน เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ในที่ประชุมของคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอมุ่งการตัดสินใจ และนำไปสู่การลงมือปฏิบัติ เป็นประเด็นที่เกิดจากการได้สัมผัส รับรู้ เข้าถึงสภาพปัญหา และศักยภาพที่มี ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม และความร่วมมือของภาคส่วน/องค์กรประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ในระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอทั้งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการได้รับบริการ/ได้รับการดูแล ในระบบบริการสุขภาพ และประเด็นที่เป็นภาวะคุกคามทางสุขภาพของระบบสุขภาพโดยรวม

๕.๔ ประเด็นทางกฎหมาย

การดำเนินการนำร่องบนพื้นฐานของการมีกรอบกฎหมายรองรับ การขอดำเนินการผ่าน **มติคณะรัฐมนตรี** ในช่วงแรก เพื่อให้ได้ความชัดเจนก่อนจะมีการขอแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องในขั้นตอนต่อไป กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการนำร่อง และการปฏิรูประบบบริการสุขภาพประกอบด้วย

- พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
- พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓
- พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
- พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
- พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
- พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐
- พระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของทุกวิชาชีพ เช่น พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ พระราชบัญญัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๔๐ (ตั้งแต่วิชาชีพแพทย์ไปถึงสาธารณสุขชุมชน)

๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๖.๑ การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและภาคประชาชนจากการบูรณาการด้านการบริหารจัดการ

การมีคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ ส่งผลให้เกิดการบูรณาการด้านการบริหารจัดการทำให้

- เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ ทีมผู้ให้บริการ และสถานบริการจากภาคเอกชน ในการให้บริการภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการและระบบประกันสุขภาพภาครัฐ
- เพิ่มการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของระบบสุขภาพขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและประชาชน
- มีการวางแผน และดำเนินการตามแผน และควบคุมกำกับอย่างเป็นระบบ ด้วยการจัดหาบริการ บริหารจัดการ ซื่อบริการ ตลอดจนการให้การดูแลทุกสถานะเพื่อเพิ่มสุขภาวะ ตามความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่/อำเภอ

๖.๒ การเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบจากการมีทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง

การมีทีมผู้ให้บริการแนวราบ/แนวตั้ง ทำให้เกิดการบูรณาการด้านการให้บริการ ช่วยลดช่องว่าง และลดความซ้ำซ้อนของการให้บริการ ระหว่างผู้ให้บริการ ทีมผู้ให้บริการ และสถานบริการ กลไกภายในระบบส่งผลให้มีการเชื่อมและยึดโยงระหว่าง ผู้ให้บริการ-ทีมผู้ให้บริการ-สถานบริการ-เครือข่ายบริการ-และภาพรวมของระบบบริการ กับประชาชนทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน อย่างเป็นระบบ ตามคุณลักษณะของระบบบริการที่มีพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง

เมื่อจำเป็นต้องได้รับบริการ/ได้รับการดูแล ประชาชนได้รับบริการ/ได้รับการดูแลทางสุขภาพที่มีคุณภาพประกอบด้วย

- **การให้บริการ/ดูแลอย่างเป็นองค์รวม (Holistic care):** มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของร่างกาย-จิตใจ-สังคม-ความเชื่อ/ศรัทธา/ปัญญา
- **การให้บริการ/ดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuous care):** มีความต่อเนื่องทั้งภายในปัญหาสุขภาพ และระหว่างปัญหาสุขภาพ ภายในทีมผู้ให้บริการและระหว่างทีมผู้ให้บริการ ภายในสถานบริการและระหว่างสถานบริการ
- **การให้บริการ/ดูแลที่ผสมผสาน (Integrated care):** มีการผสมผสาน (บูรณาการ) ระหว่างการให้บริการ/ดูแล ทั้งด้านการรักษา-ส่งเสริมและสร้างเสริม-ฟื้นฟู-และป้องกัน เข้าด้วยกัน
- **การให้บริการ/ดูแลที่มีประสิทธิผล (Effective care):** สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายของการให้บริการ/ให้การดูแล
- **การให้บริการ/ให้การดูแลที่มีความปลอดภัย (Safety):** การให้บริการบางอย่าง มีความเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน และมีประสิทธิผล แต่ไม่ปลอดภัย เช่น ยา (หรือสมุนไพรมะ) บางอย่าง ที่มีการยกตัวอย่างในที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯ อาจให้ยาตัวนี้ด้วยความเข้าใจเห็นใจ (องค์รวม) ผสมผสาน ต่อเนื่อง และทำให้อาการไม่สบายหายได้ (มีประสิทธิผล) แต่ยาตัวนี้อาจมีผลทำให้ไตวาย (ขณะให้บริการ/ให้การดูแล อาจไม่รู้เนื่องจากยังขาดกระบวนการตรวจสอบเรื่องความปลอดภัย) เป็นต้น

๖.๓ ผลลัพธ์จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับระบบบริการ

เป้าหมายและผลลัพธ์พึงประสงค์ของการเชื่อมโยงและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชน จากการปฏิรูประบบบริการ บนพื้นฐานของการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับบริการปฐมภูมิ ในบริบทของระบบสุขภาพพื้นที่หรืออำเภอ ส่งผลให้ระบบบริการโดยรวมมีคุณลักษณะของการเป็น “ระบบบริการที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ประกอบด้วย

๖.๓.๑. สุขภาวะ (Well-being)

- **สุขภาวะ (Well-being)** หมายถึง สุขภาวะทั้งทางกาย-ใจ-สังคม/สิ่งแวดล้อม-ความเชื่อ/ศรัทธา/ปัญญา มีความอิสระเป็นตัวของตัวเองทางสุขภาพ-สามารถพึ่งตนเอง-และดูแลตนเอง มีความรู้-ความฉลาด-และตื่นรู้ทางสุขภาพ/สุขภาวะ สามารถ“อยู่กับปัจจุบันได้ดี” ทั้งนี้ในกรณีที่มี“ทุกข์ภาวะ (Suffering)” ทางสุขภาพ ที่เกินกว่าศักยภาพของการพึ่งและดูแลตนเอง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ โดยมีกระบวนการและการให้บริการที่ยึดโยงกับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชนรองรับอย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานของการสร้างความสัมพันธ์เพื่อการเรียนรู้-ทำความเข้าใจ-และพัฒนาเป็นความเชื่อมั่นที่มีต่อกันอย่างต่อเนื่อง ระหว่างประชาชนกับผู้ให้บริการ-สถานบริการ-เครือข่ายบริการ-และภาพรวมของทั้งระบบบริการ

๖.๓.๒. ความเป็นธรรม (Equity)

- **ความเป็นธรรม (Equity)** หมายถึง ทรัพยากรที่มี และ/หรือ ที่มีการรวบรวมจากการแบ่งปัน-เอื้ออาทรต่อกัน-ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผ่านกระบวนการต่างๆ ทั้งทางกฎหมาย (Mandatory Solidarity) และ/หรือ ความรู้สึกที่มีเอื้อโย-เห็นอกเห็นใจ-และไม่ทอดทิ้งกัน (Consciousness of Solidarity) ทั้งในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ ได้รับการบริหารจัดการ-จัดสรร-แบ่งปัน ส่งผลให้เกิดความเป็นธรรมใน ๒ มิติ ประกอบด้วย

- **ความเป็นธรรมแนวตั้ง (Vertical Equity)** หมายถึง ประชาชนทุกคนที่อยู่ในระบบสามารถเข้าถึงบริการที่มี “คุณภาพ (องค์รวม-ต่อเนื่อง-ผสมผสาน-มีประสิทธิภาพ-และมีความปลอดภัย)” ตามความจำเป็นทางสุขภาพ โดยไม่จำกัดสถานะทางการเงิน เพศ อายุ ความเชื่อ-ขนบธรรมเนียม-ประเพณี-วัฒนธรรมตลอดจนความห่างไกลและความยากง่ายในการเดินทางมายังสถานบริการ กล่าวคือการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพดังกล่าวเป็นสิทธิที่เท่าเทียมกันของประชาชนในพื้นที่ทุกคน

- **ความเป็นธรรมแนวราบ (Horizontal Equity)** หมายถึง ผู้ให้บริการ-สถานบริการ-และระบบบริการของแต่ละพื้นที่ ได้รับการจัดสรรทรัพยากร ตามความจำเป็นของการใช้เพื่อสุขภาพ อย่างมีหลักเกณฑ์-มีมาตรฐาน-และมีความเท่าเทียม เพื่อสุขภาพ/สุขภาวะ ของประชาชนทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน

๖.๓.๓. การตอบสนอง (Responsiveness)

- **การตอบสนอง (Responsiveness)**^{๑๔} 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) การทำให้มีความสะดวกสบายขั้นพื้นฐานในขณะรับ

^{๑๔} World Health Report (WHO ๒๐๐๐): Health Systems: Improving Performance:

บริการ (Basic amenities) และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว และชุมชน (Family/Community Involvement)

๖.๓.๔. การปกป้องความเสี่ยงทางการเงินและสังคม (Financial and Social Risk Protection)

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

- **การปกป้องความเสี่ยงทางการเงิน (Financial Risk Protection)** หมายถึง การมี กลไก-กระบวนการ-และการให้บริการ ที่ทำให้ประชาชนได้รับการปกป้อง จากการเกิด ภาวะล้มละลายทางการเงิน (Financial Catastrophe) จากการใช้เงินเพื่อให้ได้รับ บริการที่จำเป็นทางสุขภาพ
- **การปกป้องความเสี่ยงทางสังคม (Social Risk Protection)** หมายถึง การมีกลไก- กระบวนการ-และการให้บริการ ที่ทำให้ประชาชนที่มีสถานะสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลหรือช่วยเหลือทางสังคม เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลในระยะยาว หรือได้รับการช่วยเหลือดูแลที่บ้านหรือในชุมชน ได้รับการช่วยเหลือและดูแล จากกลไก-กระบวนการ-และการให้บริการดังกล่าว

๖.๓.๕. ประสิทธิภาพ (Efficiency)

- **ประสิทธิภาพ (Efficiency)** ประกอบด้วย

- **ประสิทธิภาพของการจัดสรรทรัพยากร (Allocated Efficiency)** หมายถึง การ เลือกรูปแบบการจัดสรรทรัพยากรไปยังระบบบริการ-สถานบริการ-ผู้ให้บริการ-และ ประชาชน ที่มีส่วนช่วยเพิ่มผลิตภาพ (Productivity) กล่าวคือประชาชนได้รับ ประโยชน์ทางสุขภาพมากกว่าบนพื้นฐานของการใช้ทรัพยากรที่เท่ากันหรือน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการจัดสรรที่แตกต่าง
- **ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร (Technical Efficiency)** หมายถึง การเลือกและ การใช้ทรัพยากรตามความจำเป็นทางสุขภาพมีผลให้เกิดความประหยัด โดยที่ไม่ ลดประสิทธิผลหรือประโยชน์ทางสุขภาพที่ประชาชนได้รับ จากการเลือกหรือการใช้ ทรัพยากรดังกล่าว

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัดความสำเร็จแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านปัจจัยนำเข้า (Inputs) ตัวชี้วัดที่ สะท้อนกระบวนการปฏิรูป (Processes) และตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการปฏิรูป (Outputs/Outcomes)

ตัวชี้วัดที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการสร้างปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

- ความสำเร็จของการมี “คณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภอ (District/Local Health Boards)” โดยมีสถานะของการเป็น “นิติบุคคล” ที่มีความครอบคลุมในทุกเขตพื้นที่/ อำเภอ

- ความสำเร็จของการมีข้อกำหนดในทางกฎหมาย โดยให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมทางการเงิน ผ่านการบริหารจัดการของคณะกรรมการสุขภาพพื้นที่/อำเภอ เพื่อสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่/อำเภอ
- ความสำเร็จของการมี “ทีมแนวราบ/แนวตั้ง (Matrix Teams)” ที่เกิดขึ้นในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายบริการ ทั้งการเป็นเครือข่ายบริการที่เกิดขึ้นภายในภาครัฐ การเป็นเครือข่ายบริการที่เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐและเอกชน และการเป็นเครือข่ายบริการที่เกิดจากการเชื่อมโยงภายในภาคเอกชน
 - การเป็นเครือข่ายบริการที่สามารถรองรับการเข้าถึงเมื่อจำเป็นต้องใช้บริการทั้งเวลาราชการ (Official hours) เวลาราชการ (Convenient hours) และกรณีฉุกเฉิน (24 hours)

- ความสำเร็จของการมีชื่อแพทย์อยู่คู่กับประชาชนทุกคน ทั้งในฐานะที่แพทย์เป็นสมาชิกของทีมแนวราบ/แนวตั้ง และเป็นเงื่อนไขที่ทำให้มี “Global Medical Records of the Persons” โดยมีกรอบกฎหมายรองรับ

ตัวชี้วัดที่สะท้อนความสำเร็จของกระบวนการปฏิรูป ประกอบด้วย

- การมีระบบข้อมูลที่มีข้อมูลทั้งทางด้านสุขภาพและทางการเงิน ที่สามารถนำมาใช้เพื่อวางแผน-ควบคุมกำกับ-และประเมินสถานการณ์ โดยคณะกรรมการบริหารระบบสุขภาพพื้นที่/อำเภออย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (มีความเป็นปัจจุบัน)
- การมีโครงการที่มีการดำเนินการสะท้อนให้เห็นถึงการแก้ปัญหาสุขภาพ การลดภาวะคุกคามทางสุขภาพ หรือการลดทุกขภาวะของประชาชนในเขตพื้นที่/อำเภอ
- ความสำเร็จของการเจรจา-ตกลง-ทำสัญญา-ตรวจสอบ-และประเมิน บนพื้นฐานของการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับภาคเอกชน และการเพิ่มธรรมาภิบาล (เช่น การรับรู้ข้อมูลด้านการบริหารจัดการภายในภาครัฐ) เพื่อเพิ่มความร่วมมือของสถานบริการและองค์ประกอบต่างๆ ภายในภาครัฐ
- การมีข้อมูลทั้ง “Global Medical Records” จากการที่มีชื่อแพทย์อยู่คู่กับประชาชน และ “Individual and Family Continuous Records” ที่บันทึกและใช้โดยทีมแนวราบ/แนวตั้ง มีการเชื่อมโยง นำไปใช้ประโยชน์ในขณะที่ให้บริการเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการทั้งด้านองค์รวม-ต่อเนื่อง-ผสมผสาน-ประสิทธิผล-และปลอดภัย

ตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของผลลัพธ์ของการปฏิรูป (ตัวชี้วัดเดียวกับผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับระบบบริการ) ประกอบด้วย

- สุขภาวะ (Well-being)
- ความเป็นธรรม (Equity)
- การตอบสนอง (Responsiveness)
- การปกป้องความเสี่ยงทางการเงินและทางสังคม (Financial and Social Risk Protection)
- ประสิทธิภาพ (Efficiency)

เอกสารอ้างอิง

๑. กระทรวงสาธารณสุข(๒๕๕๕):ระบบสุขภาพอำเภอ District Health System ฉบับปรับปรุงประเทศไทย. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย.
๒. Dowsonreport:(1920):The Development of the London Hospital System: London Published by His Majesty's Stationery
๓. Harare Declaration(1987):Intergovernmental Conference of Ministers on Language Policy in africa
๔. Michael Kidd. (2013): The Contribution of Family Medicine to Improving Health System, WHO
๕. World Health Organization (2000): Home-based long term care, WHO technical report series: 898, WHO, Geneva
๖. World Health Organization (2007): six building blocks of health systems, WHO, Geneva
๗. World Health Organization (2007): six building blocks of health systems, WHO, Geneva
๘. World Health Organization (2007): Systems Thinking for health system strengthening;, WHO, Geneva: District/Local health system is a complex and adaptive system
๙. World Health Organization (2008): World Health Report: Primary Health Care, Now More than Ever, WHO, Geneva
๑๐. World Health Organization (2012) Regional Office for Europe. Governance for Health in 21st Century. Copenhagen, Denmark.
๑๑. World Health Organization (2015): WHO global strategy on people-centred and integrated services, WHO/HS/SDS/2015.6, WHO, Geneva
๑๒. World Health Organization (2015): People-centred and integrated services: an overview of the evidence, WHO/HS/SDS/2015.7, WHO, Geneva
๑๓. World Health Report (2000): Health Systems: Improving Performance , WHO, Geneva
๑๔. World Health Report (2008): Primary Health Care Now More Than Ever. WHO, Geneva

รายงานที่ ๒ : ปฏิรูประบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค
และภัยคุกคามสุขภาพ

รายงานที่ ๒ : ปฏิรูประบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ*

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพเป็นวาระหนึ่งของการปฏิรูปประเทศไทย ของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เพื่อเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ และเพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืนในการพัฒนาประเทศไทย ทั้งนี้จากสภาพปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการใช้ชีวิตของความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโรคที่เกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โรคติดต่อจากคนสู่สัตว์ โรคจากสภาพแวดล้อม อุตสาหกรรม โรคจากแรงงานข้ามชาติ ปัญหาสุขภาพจิตความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในเชิงผลลัพธ์ของสุขภาพด้านต่างๆ ภาวะขาดความมั่นคง และปลอดภัยทางอาหาร ทั้งจากการผูกขาดของธุรกิจการเกษตรอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ และผลกระทบจากการค้าเสรีขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังด้านการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพและการใช้โฆษณาและการสื่อสารทางการตลาดในช่องทางที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมการจำหน่ายสินค้าที่อันตรายต่อสุขภาพ ทำให้ควบคุมได้ยาก

การศึกษาวาระการปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ มีหลักการเพื่อ

๑. สนับสนุนให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และสังคมมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามต่อสุขภาพด้วยตนเองได้

๒. มุ่งให้เกิดการบริหารจัดการระดับจังหวัดที่มีบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่นๆ โดยปรับให้ส่วนกลางมีบทบาทในทางนโยบาย มาตรฐาน และจัดระบบงบประมาณสนับสนุน ในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพอย่างยั่งยืน

โดยมีวิธีการคือ

๑. ส่งเสริมสนับสนุนบุคคล ท้องถิ่น และชุมชนให้สามารถจัดการ หรือพัฒนาสุขภาพของตนเอง และชุมชน

๒. ปรับปรุงการอภิบาลระบบสุขภาพไปสู่การอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by Network) ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ภาควิชาชีพต่างๆ เพื่อทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส

๓. สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุม พร้อมทั้งการจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้บุคคล ชุมชน ท้องถิ่นและสังคมมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ผ่านการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) และการอภิบาลแบบเครือข่าย (Governance by Network)

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

ทั้งนี้ มีประเด็นการปฏิรูป ดังนี้

๑. การปรับระบบและบทบาทการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ของส่วนราชการในแต่ละระดับ ทั้งนี้หน่วยงานของรัฐทุกหน่วยงานต้องยึดหลักการ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies Approach: HiAP) และวางระบบการเงินการคลัง โดยการกระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับจังหวัดมีบทบาทในการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการบริการจัดการระดับจังหวัด โดยส่วนกลางมีบทบาททางนโยบาย กฎหมายและกำกับระดับชาติในภาพรวม และให้ส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการปฏิบัติการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน บุคคลและครอบครัว

๒. ปรับวิธีการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของหน่วยงานทุกระดับต้องใช้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะการพัฒนาเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพให้กับประชาชน

๓. การพัฒนากลไก “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” และ “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชนหรือท้องถิ่น” เพื่อให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนและเครือข่ายพันธมิตร (Collective Leadership) ประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ภาคพลเมือง ภาคประชาสังคม และภาควิชาการหรือวิชาชีพ

๔. เสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถ (Capacity Building) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดี (Healthy Environment) ภายใต้เงื่อนไขความพร้อมและศักยภาพที่แตกต่างกัน และการถ่ายโอนภารกิจของส่วนกลาง

๕. การพัฒนากฎหมายเพื่อการปฏิรูประบบงานการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ทั้งในระดับกฎหมายรัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ พ.ร.บ. การสาธารณสุข

ผลจากการปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพคาดว่าจะส่งผลให้ประเทศไทยประเทศมีฐานและระบบที่เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Diseases Prevention and Control) และภัยคุกคามสุขภาพ (Determinants of Health Protection) คน ชุมชน และท้องถิ่นมีศักยภาพและพลังในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Diseases Prevention and Control) และภัยคุกคามสุขภาพ (Determinants of Health Protection) และพลเมืองทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาพดี โดยมีความกระตือรือร้น สำนักรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และป้องกันและควบคุมภัยคุกคามสุขภาพ

การปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

<p>ประเด็นปัญหา</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมการใช้ชีวิตของความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ๒. โรคที่เกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ โรคไม่ติดต่อ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ โรคติดต่อจากคนสู่สัตว์ โรคจากสภาพแวดล้อม/อุตสาหกรรม/โรคจากแรงงานข้ามชาติ/ปัญหาสุขภาพจิต ๓. ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในเชิงผลลัพธ์ของสุขภาพด้านต่างๆ ๔. ภาวะขาดความมั่นคงและปลอดภัยทางอาหาร ทั้งจากการผูกขาดของธุรกิจการเกษตรอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ และผลกระทบจากการค้าเสรี ๕. ขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังด้านการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ๖. การใช้โฆษณาและการสื่อสารทางการตลาดในช่องทางที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมการขายสินค้าที่อันตรายต่อสุขภาพ ทำให้ควบคุมได้ยาก 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">ข้อเสนอปฏิรูป</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>๑. การปรับระบบและบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพของส่วนราชการในแต่ละระดับ (ที่มุ่งเน้นให้เกิดการบริหารจัดการระดับจังหวัด โดยส่วนกลางมีบทบาททางนโยบาย กฎหมายและกำกับระดับชาติในภาพรวม และให้ส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการปฏิบัติการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน บุคคลและครอบครัว)</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>๒. ปรับวิธีการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของหน่วยงานทุกระดับต้องใช้กระบวนการพัฒนาโดยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเน้นการพัฒนาขีดความสามารถในเรื่องการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดี (Healthy Environment)</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>๓. การพัฒนากลไก “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” และ “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชนหรือท้องถิ่น” เพื่อให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนและเครือข่ายพันธมิตร (Collective Leadership)</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>๔. เสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถ (Capacity Building) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขความพร้อมและศักยภาพที่แตกต่างกัน และการถ่ายโอนภารกิจของส่วนกลาง</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>๕. การพัฒนากฎหมายเพื่อการปฏิรูประบบงานการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพทั้งในระดับกฎหมาย รัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ พ.ร.บ.การสาธารณสุข</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <p>ผลที่คาดว่าจะได้รับ</p> <p>๑. ประเทศมีฐานและระบบที่เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Diseases Prevention and Control) และภัยคุกคามสุขภาพ (Determinants of Health Protection)</p> <p>๒. คน ชุมชน และท้องถิ่นมีศักยภาพและพลังในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Diseases Prevention and Control) และภัยคุกคามสุขภาพ (Determinants of Health Protection)</p> <p>๓. พลเมืองทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาพดี โดยมีความกระตือรือร้นสำนึกรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามสุขภาพ</p> </td> </tr> </table>	ข้อเสนอปฏิรูป	<p>๑. การปรับระบบและบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพของส่วนราชการในแต่ละระดับ (ที่มุ่งเน้นให้เกิดการบริหารจัดการระดับจังหวัด โดยส่วนกลางมีบทบาททางนโยบาย กฎหมายและกำกับระดับชาติในภาพรวม และให้ส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการปฏิบัติการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน บุคคลและครอบครัว)</p>	<p>๒. ปรับวิธีการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของหน่วยงานทุกระดับต้องใช้กระบวนการพัฒนาโดยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเน้นการพัฒนาขีดความสามารถในเรื่องการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดี (Healthy Environment)</p>	<p>๓. การพัฒนากลไก “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” และ “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชนหรือท้องถิ่น” เพื่อให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนและเครือข่ายพันธมิตร (Collective Leadership)</p>	<p>๔. เสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถ (Capacity Building) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขความพร้อมและศักยภาพที่แตกต่างกัน และการถ่ายโอนภารกิจของส่วนกลาง</p>	<p>๕. การพัฒนากฎหมายเพื่อการปฏิรูประบบงานการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพทั้งในระดับกฎหมาย รัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ พ.ร.บ.การสาธารณสุข</p>	<p>ผลที่คาดว่าจะได้รับ</p> <p>๑. ประเทศมีฐานและระบบที่เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Diseases Prevention and Control) และภัยคุกคามสุขภาพ (Determinants of Health Protection)</p> <p>๒. คน ชุมชน และท้องถิ่นมีศักยภาพและพลังในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Diseases Prevention and Control) และภัยคุกคามสุขภาพ (Determinants of Health Protection)</p> <p>๓. พลเมืองทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาพดี โดยมีความกระตือรือร้นสำนึกรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามสุขภาพ</p>
ข้อเสนอปฏิรูป								
<p>๑. การปรับระบบและบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพของส่วนราชการในแต่ละระดับ (ที่มุ่งเน้นให้เกิดการบริหารจัดการระดับจังหวัด โดยส่วนกลางมีบทบาททางนโยบาย กฎหมายและกำกับระดับชาติในภาพรวม และให้ส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการปฏิบัติการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน บุคคลและครอบครัว)</p>								
<p>๒. ปรับวิธีการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของหน่วยงานทุกระดับต้องใช้กระบวนการพัฒนาโดยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และเน้นการพัฒนาขีดความสามารถในเรื่องการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดี (Healthy Environment)</p>								
<p>๓. การพัฒนากลไก “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” และ “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชนหรือท้องถิ่น” เพื่อให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนและเครือข่ายพันธมิตร (Collective Leadership)</p>								
<p>๔. เสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถ (Capacity Building) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขความพร้อมและศักยภาพที่แตกต่างกัน และการถ่ายโอนภารกิจของส่วนกลาง</p>								
<p>๕. การพัฒนากฎหมายเพื่อการปฏิรูประบบงานการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพทั้งในระดับกฎหมาย รัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ พ.ร.บ.การสาธารณสุข</p>								
<p>ผลที่คาดว่าจะได้รับ</p> <p>๑. ประเทศมีฐานและระบบที่เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Diseases Prevention and Control) และภัยคุกคามสุขภาพ (Determinants of Health Protection)</p> <p>๒. คน ชุมชน และท้องถิ่นมีศักยภาพและพลังในการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันและควบคุมโรค (Diseases Prevention and Control) และภัยคุกคามสุขภาพ (Determinants of Health Protection)</p> <p>๓. พลเมืองทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาพดี โดยมีความกระตือรือร้นสำนึกรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามสุขภาพ</p>								
<p>การแก้ปัญหา</p> <p>ก. วัตถุประสงค์การปฏิรูป</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เพื่อสนับสนุนให้คน/ชุมชน/ท้องถิ่น/สังคม มีความเข้มแข็งสามารถจัดการระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามต่อสุขภาพของตนเองโดยตนเองได้ ๒. มุ่งให้เกิดการบริหารจัดการระดับจังหวัดที่มีบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่นๆ โดยปรับให้ส่วนกลางมีบทบาทในทางนโยบาย มาตรฐาน และจัดระบบงบประมาณสนับสนุนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพอย่างยั่งยืน <p>ข. วิธีการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ส่งเสริมสนับสนุนบุคคล ท้องถิ่นและชุมชนให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนเองและชุมชน ๒. ปรับปรุงการอภิบาลระบบสุขภาพไปสู่การอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by Network) ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ภาควิชาชีพต่างๆ เพื่อทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส ๓. สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุม พร้อมทั้งการจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้บุคคล ชุมชน ท้องถิ่นและสังคมมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ผ่านการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) และการอภิบาลแบบเครือข่าย (Governance by Network) 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์การปฏิรูป</td> <td style="width: 33%;">ระดับชาติ</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - เกิดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ ที่ห่วงใยสุขภาพ (PHPPP) - มีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อรองรับการปฏิรูประบบ - มีการพัฒนาระบบงบประมาณที่สอดคล้อง/เอื้อต่อประสิทธิภาพของการทำงาน P/P ระดับจังหวัดและท้องถิ่น (Participatory Budgeting System: PBS) </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - สิทธิและหน้าที่ในการดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Literacy, Self Care & Management Care) - การจัดบริการและจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นศูนย์กลางมองภาพรวม P/P สนับสนุนการจัดการในระดับท้องถิ่นและชุมชน ด้วยกระบวนการ PHPPP และ PBS </td> </tr> </table>	ตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์การปฏิรูป	ระดับชาติ		<ul style="list-style-type: none"> - เกิดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ ที่ห่วงใยสุขภาพ (PHPPP) - มีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อรองรับการปฏิรูประบบ - มีการพัฒนาระบบงบประมาณที่สอดคล้อง/เอื้อต่อประสิทธิภาพของการทำงาน P/P ระดับจังหวัดและท้องถิ่น (Participatory Budgeting System: PBS) 	<ul style="list-style-type: none"> - สิทธิและหน้าที่ในการดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Literacy, Self Care & Management Care) - การจัดบริการและจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นศูนย์กลางมองภาพรวม P/P สนับสนุนการจัดการในระดับท้องถิ่นและชุมชน ด้วยกระบวนการ PHPPP และ PBS 	
ตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์การปฏิรูป	ระดับชาติ							
<ul style="list-style-type: none"> - เกิดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ ที่ห่วงใยสุขภาพ (PHPPP) - มีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อรองรับการปฏิรูประบบ - มีการพัฒนาระบบงบประมาณที่สอดคล้อง/เอื้อต่อประสิทธิภาพของการทำงาน P/P ระดับจังหวัดและท้องถิ่น (Participatory Budgeting System: PBS) 	<ul style="list-style-type: none"> - สิทธิและหน้าที่ในการดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Literacy, Self Care & Management Care) - การจัดบริการและจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - เป็นศูนย์กลางมองภาพรวม P/P สนับสนุนการจัดการในระดับท้องถิ่นและชุมชน ด้วยกระบวนการ PHPPP และ PBS 						

นิยามศัพท์

สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกายจิตปัญญาและสังคมโดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลครอบครัวชุมชนและสังคม

การป้องกันโรค หมายถึง การกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคและการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในกรณีที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้วสามารถแบ่งออกได้เป็น๓ระดับคือการป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วยการป้องกันโรคในระยะเวลาที่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้วและการป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพเมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว

การควบคุมโรค หมายถึง การควบคุมโรคระบาดโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ โรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออันตรายต่าง ๆ รวมทั้งโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมและอาหารและโรคอื่นๆ ที่สามารถลดความสูญเสียสุขภาพชีวิตและทรัพยากรได้หากมีการตรวจพบแต่เนิ่นๆ

การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ หมายถึง การจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้แก่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพเชื้อโรคสารเคมีภัยธรรมชาติรวมทั้งระบบต่างๆ ในสังคมเพื่อควบคุมปัจจัยดังกล่าวให้มีผลเสียต่อสุขภาพน้อยที่สุด รวมทั้งการสร้างปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพด้วย

ธรรมาภิบาล หมายถึง คุณลักษณะของการบริหารหรือการปกครองเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจมีคุณภาพและเกิดความคุ้มค่าไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเกินความจำเป็นมีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกตอบสนองความต้องการของประชาชนและมีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลต้องยึดหลักการมีส่วนร่วม หลักความโปร่งใส หลักความรับผิดชอบ และตรวจสอบได้หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผลและหลักนิติธรรม

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ในลักษณะของการร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ ร่วมติดตามประเมินผล และตรวจสอบ

การปฏิรูปการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

๑. หลักการและเหตุผล

“สุขภาพ” ในความหมายขององค์การอนามัยโลก มิได้หมายถึงเพียงภาวะปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึงภาวะสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตและทางสังคมด้วย ซึ่งประเทศไทยได้นำความหมาย “สุขภาพ” ในมิติที่กว้างขึ้นนี้มาใช้ตั้งแต่ยุคแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพ ในปี ๒๕๔๑ และมีบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ว่า สุขภาพ หมายความว่าภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกายทางจิตทางปัญญาและทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ขณะเดียวกันก็เป็นที่ยอมรับว่า สุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนด้วย ซึ่งไม่เพียงแต่หมายถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังหมายรวมถึงสิทธิที่ครอบคลุมไปถึงการมีปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพด้วย เช่น การมีน้ำดื่มสะอาด อาหารเพียงพอปลอดภัย มีสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน บ้านและชุมชนที่ดี ได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ถูกต้อง และความเท่าเทียมทางเพศด้วยสุขภาพจึงเป็นเสมือนความยุติธรรมทางสังคมสุขภาพดีจึงเป็นผลรวมของปัจจัยและผลจากสิ่งต่างๆ ทั้งการมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการโดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีพที่พอเพียง มีจิตใจเบิกบาน มีปัญหาดี ไม่เครียด ไม่ถูกบีบบังคับ ครอบครัวอบอุ่น สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นปกติสุข มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ ได้ทำความดี จิตใจเปี่ยมสุข มีศาสนธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเอื้อเฟื้อ

โดยความหมายของสุขภาพข้างต้น ระบบสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศด้วย เป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยไม่จำกัดเพียงระบบบริการสาธารณสุขธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๒ระบุว่าระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคมโดยการพัฒนาระบบสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่มีความหลากหลายทั้งจากภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และอื่นๆ ด้วยและจะต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืน และการพึ่งตนเองได้ของประชาชนบนพื้นฐานของหลักคุณธรรมจริยธรรมมนุษยธรรมธรรมาภิบาลความรู้และปัญญา

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

สำหรับคำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ” ถูกใช้ครั้งแรกในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๑ แทนคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งมาจากภาษาอังกฤษคำเดียวกันคือ “Health Promotion” โดยที่คำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ยังคงถูกใช้จากมุมมองของภาคราชการสาธารณสุข ซึ่งในปี๒๕๕๔กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ได้ขยายขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลและชุมชนให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนและชุมชนรวมทั้งการพัฒนาหรือยกระดับปัจจัย

กำหนดสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีความหมายครอบคลุมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะของบุคคล การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน รวมไปถึงการดูแลเอาใจใส่ต่อนโยบาย สาธารณะที่กระทบต่อสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคมมุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย การพิการและการตายที่ไม่สมควรและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพน้การซ่อม สุขภาพ” ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตบุคคลย่อมมีสิทธิดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมี มาตรฐานทันต่อเหตุการณ์โดยให้ถือเป็นภาระหน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วนทุกระดับโดยการใช้มาตรการเชิง รุกที่มีธรรมาภิบาลบนพื้นฐานแห่งดุลยภาพทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมภายใต้แนวปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง

๑.๑ การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบของแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและ ภัยคุกคามสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า

๑.๑.๑ นิยามการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยได้ขยายขอบเขตจากส่งเสริมสุขภาพ อนามัยส่วนบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อม ไปเป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลและชุมชน ให้สามารถจัดการหรือพัฒนาสุขภาพของตนและชุมชนรวมทั้ง

๑.๑.๒ การพัฒนาหรือยกระดับจากการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health Risk factor) ไปสู่การจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านบวกและลบ ซึ่งนี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริม สุขภาพในระดับนานาชาติตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)จากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ ๑ ปี ๒๕๒๙ และจากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ ๒ ปี ๒๕๔๘ ได้ประกาศกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter)โดยให้ความสำคัญปัจจัยกำหนดสุขภาพและผลกระทบทางการค้า สินค้า บริการ และ กลยุทธ์การตลาดที่มีผลต่อสุขภาพ ในปี ๒๕๕๑ ได้มีรายงาน Final Report of Commission on Social Determinants of Health (CSDH) ได้เสนอแนะให้ทุกประเทศใช้แนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies Approach: HiAP)จนในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ ๘ ปี ๒๕๕๖ ได้ ประกาศ The Helsinki Statement on Health in All Policies หรือให้นำหลักการ “ทุกนโยบายห่วงใย สุขภาพ” ปรากฏในมติการสร้างเสริมสุขภาพ

๑.๑.๓ โดยนัยยะเช่นนี้ การสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เป็นเพียงระบบย่อยของระบบสุขภาพ แต่ จะเป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพในภาพรวม ที่รับประโยชน์จากการกำหนดนโยบายป้องกัน และควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพที่ดีด้วย



แผนภาพที่ ๑ การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบของแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

๑.๒ สถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสารทางวิชาการพบว่า มิติต่างๆ ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและอื่นๆ ล้วนมีผลต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังนี้

๑) มิติทางการเมืองการปกครองความขัดแย้งทางการเมือง ปัญหาการคอร์รัปชัน การละเมิดสิทธิมนุษยชนและการใช้กำลังในการตัดสินปัญหามากกว่าสันติวิธีที่เพิ่มมากขึ้น ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อการบริหารประเทศ แต่ยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในสังคมลดลง เกิดความเครียด วิตกกังวลและหวาดระแวงเพิ่มมากขึ้น จนทำให้มวลรวมความสุขของคนในสังคมลดลง ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนไทยในทางกลับกัน สังคมไทยซึ่งเปลี่ยนแปลงไปเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและแนวคิดทางการเมืองการปกครองจากประชาชนที่ต่างคนต่างอยู่ ยกระดับสู่การเป็นสังคมของ “พลเมือง (Citizen)” หรือประชาชนเป็นสมาชิกของ “ประชาสังคม (Civil Society)” มากขึ้น เห็นได้จากประชาชน ชุมชนและท้องถิ่นต่างมีความตระหนักในสิทธิและหน้าที่ของตนในการมีส่วนร่วมทางการเมืองมากขึ้น สมาชิกในสังคมมีพลัง และมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ รวมทั้งนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม บทบาทการเมืองภาคประชาชนจึงสูงขึ้น เกิดการรวมกลุ่มเฉพาะกิจและแสดงความคิดเห็นในด้านต่างๆ ที่สามารถทำได้ง่ายขึ้นโดยผ่านสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์

๒) มิติทางเศรษฐกิจการเติบโตทางเศรษฐกิจที่เร่งกระตุ้นการบริโภค บันทอนโครงสร้างและศักยภาพของสังคมพึ่งตนเองในชนบท เกิดภาวะการแก่งแย่งแข่งขันสูงเพื่อสร้างรายได้ มีผลต่อการขยายความเหลื่อมล้ำในสังคมช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนยังขยายวงกว้างขึ้นมาโดยตลอดและเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจทำให้การกระจายรายได้มีความเหลื่อมล้ำมากขึ้น กล่าวคือ กลุ่มคนจนที่สุุดร้อยละ ๒๐.๐๐

มีสัดส่วนรายได้ลดลงจากร้อยละ ๔.๒๐ ในปี ๒๕๓๙ เป็นร้อยละ ๓.๙๐ ในปี ๒๕๔๓ ในขณะที่คนรวยที่สุดร้อยละ ๒๐.๐๐ สู้ต่ำขามีรายได้สูงขึ้นจาก ๕๖.๗๐ เป็น ๕๗.๖๐ ในช่วงเดียวกัน การเร่งพัฒนาทางเศรษฐกิจสร้างกระแสสังคมแบบทุนนิยมการเปิดเขตการค้าเสรี การเปิดเขตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และการเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศส่งผลให้อาจเกิดความไม่มีความเสมอภาคในการกำหนดนโยบายสุขภาพของรัฐบาล เพราะประเด็นสุขภาพอาจได้รับความสนใจน้อยกว่าเมื่อเทียบกับประเด็นทางเศรษฐกิจ เกิดภาวะขาดความมั่นคงและปลอดภัยทางอาหารมากขึ้น ทั้งจากการผูกขาดของธุรกิจเกษตร อุตสาหกรรมขนาดใหญ่ และผลกระทบจากการเจรจาการค้าเสรี กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าสู่ประเทศไทยได้เพิ่มขึ้น นำมาซึ่งการพึ่งพิงด้านงบประมาณในระบบสุขภาพ ทั้งด้านบริการ การป้องกันและควบคุมโรคด้วย

๓) มิติทางประชากรและสังคมประเทศไทยกำลังประสบกับสถานะการมีประชากรวัยเด็กลดน้อยลง และเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) ตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ และในอีกไม่เกิน ๑๐ ปีข้างหน้าหรือราวปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) และราวปี ๒๕๖๘ จะเป็น “สังคมสูงอายุนับสูงสุด” (Super Aged Society) เมื่อประชากรสูงอายุถึงร้อยละ ๓๐ ของประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุนำให้มีสัดส่วนของบุคคลที่ไม่อยู่ในตลาดแรงงานต่อผู้ที่อยู่ในตลาดแรงงาน (Dependency Ratio) สูงขึ้น เกิดภาวะในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ ขณะที่ครัวเรือนไทยจะเป็นครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว มีการศึกษาสูงขึ้น แนวโน้มการอพยพย้ายถิ่นจากชนบทสู่สังคมเมืองมากขึ้น เกิดการขยายตัวของชุมชนเมืองและมีผลกระทบต่อการทำงานของผู้อยู่อาศัย ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพจิต โรคกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง และโรคบางโรคที่มักเกิดในชุมชนแออัด ซึ่งได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โรคอุจจาระร่วง และวัณโรค

การเติบโตทางเศรษฐกิจที่เร่งกระตุ้นการบริโภค บันทอนโครงสร้างและศักยภาพของสังคมพึ่งตนเองในชนบท เกิดภาวะการแก่งแย่งแข่งขันสูงเพื่อสร้างรายได้ มีผลต่อการขยายความเหลื่อมล้ำในสังคม ขาดความมั่นคงทางสังคม (Social Security) เกิดปัญหาทางสังคมต่างๆ 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

๔) มิติทางอาหารและการเกษตรปัญหาคุณภาพชีวิตเกษตรกรและผู้บริโภคในสังคมไทย ขณะที่ประเทศไทยเป็นผู้ส่งออกอาหารสำคัญของโลก แต่ประชาชนของประเทศจำนวนมากยังขาดความมั่นคงทางอาหาร จากข้อมูลขององค์การอาหารเกษตรพบว่ายังมีเด็กไทยที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อยู่ถึงร้อยละ ๗.๐๐ คุณภาพชีวิตของเกษตรกรยังมีความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในปี ๒๕๔๑ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีเกษตรกรที่ผลการตรวจเลือดอยู่ในเกณฑ์ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเกิดพิษ คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๐๐ ของเกษตรกรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเกือบหนึ่งเท่าตัว เป็นร้อยละ ๓๙.๐๐ ในปี ๒๕๕๐ ขณะที่เกษตรกรรายย่อยกำลังถูกแทนที่ด้วยการผูกขาดในระบบธุรกิจอุตสาหกรรมเกษตรและอาหารตลอดทั้งห่วงโซ่อุปทาน ซึ่งอาจส่งผลให้ประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้อย่างเพียงพอในห้วงยามพิบัติภัย ซึ่ง

แนวโน้มของปัญหาภัยพิบัติที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศในอนาคตจะสร้างผลกระทบต่อเกษตรกรและประชาชนส่วนใหญ่มากยิ่งขึ้น

๕) มิติทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศของโลก (Climate Changes) และภาวะโลกร้อน (Global Warming) ความแปรปรวนของสภาพอากาศมากขึ้น ซึ่งเป็นผลพวงจากการกระทำของมนุษย์ ถือเป็น “ความไม่มั่นคงของมนุษย์” ที่มีความเสี่ยงต่อภัยธรรมชาติที่รุนแรงและพบได้ถี่ขึ้นส่งผลกระทบต่อความเสียหายที่สูงขึ้นตามมา โดยเฉพาะหากไม่ได้มีการเตรียมระบบป้องกันและจัดการ สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปของโลกทำให้มีโรคใหม่ๆ เกิดขึ้นทั้งคน พืช และสัตว์ นำไปสู่การพัฒนาและใช้ยาหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ กับพืชและสัตว์ที่นำมาเป็นอาหาร รวมทั้งมีการใช้สารเคมีมากขึ้น ซึ่งยาและเทคโนโลยีดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนด้วยขณะเดียวกันการเพิ่มขึ้นของอุตสาหกรรมรูปแบบต่างๆ การรุกรานทรัพยากรสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง ไม่เพียงแต่ส่งผลให้เกิดมลพิษทางสิ่งแวดล้อม แต่ยังส่งผลให้เกิดความขัดแย้งระหว่างเจ้าของพื้นที่เดิมและผู้เข้าใช้ประโยชน์พื้นที่ด้วย

๖) มิติทางเทคโนโลยี เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในชีวิตของประชาชนมากขึ้น ทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ การสาธารณสุข เทคโนโลยีการสื่อสารและอื่นๆ เทคโนโลยีเหล่านี้ทำให้การดำเนินวิถีชีวิตเปลี่ยนไป นอกจากจะใช้เทคโนโลยีเพื่อรับสารแล้ว ยังเอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่อยู่ในเครือข่ายสังคมและโลกออนไลน์ได้ง่ายขึ้น ส่งผลในเรื่องของความเป็นอยู่ วิธีการบริโภค การรับรู้รวมถึงความปลอดภัยในชีวิต มีการใช้การโฆษณาและสื่อสารทางการตลาดเพื่อส่งเสริมการขายสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมากขึ้น ในช่องทางสื่อที่หลากหลาย ฝ้าระวัง ควบคุมได้ยาก

๗) มิติทางสุขภาพ การเจ็บป่วยและเสียชีวิต(ก่อนวัยอันควร) ของคนไทยมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นผลจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมาก โรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงและภัยเงียบสำคัญอันดับ ๑ และอันดับ ๖ ของการสูญเสียสุขภาพในหญิงไทยและชายไทยตามลำดับ ความชุกและความรุนแรงของผลกระทบจากปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรทุกกลุ่มอายุการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นตลอด ๑๐ ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ และเบาหวาน โรคเหล่านี้ล้วนมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันที่เพียงพอ ขณะเดียวกันโรคเมะเร็งและอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๒ อันดับแรกของคนไทย แม้สุขภาพกายจะดีขึ้นในหลายด้าน แต่สุขภาพจิตกลับเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความผิดปกติทางจิตและอารมณ์ รวมทั้งอาการเครียดหรือความแปรปรวนทางจิตใจของคนไทยมีเพิ่มสูงขึ้นในรอบ ๑๐ ปี

นอกจากนี้ ปัจจุบันภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และกำลังเป็นปัญหาที่ทั่วโลกหันวิตก ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์กับคนที่มีต้นกำเนิดจากสัตว์หรือสัตว์ป่า และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค โรคอุบัติใหม่มักส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง ทุกประเทศทั่วโลกจำเป็นต้องเตรียมการ ฝ้าระวัง ป้องกันรวมถึงประสานข้อมูลระหว่างประเทศอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและสกัดกั้นการแพร่ระบาดอย่างเต็มที่ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างศักยภาพ ระบบ และเครื่องมือป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมทั้งเตรียมความพร้อมตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ

ภายใต้บริบทของสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวปัญหาสุขภาพจึงมีความซับซ้อนมีขอบเขตกว้างไกลกว่าภาคสุขภาพประเทศไทยจำเป็นต้องดำเนินการเชิงรุกโดยกำหนดวิสัยทัศน์และจุดยืนประเด็นด้านสุขภาพตลอดจนปรับปรุงกลไกต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชากรสร้างความมั่นคงทางสาธารณสุขให้กับประเทศ อย่างไรก็ตาม พบว่าประชาชนเริ่มมีความตระหนักรู้ ตื่นตัวในเรื่องของสุขภาพ

และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และการขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากภายนอกประเทศ เช่น สหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก ยังเป็นแรงผลักดันเชิงบวกในการดำเนินงานของหน่วยงานในประเทศด้วย

๒. ประเด็นการปฏิรูป

การศึกษาระบบการปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ มีประเด็นดังนี้

๒.๑ หลักการ

๒.๑.๑ สนับสนุนให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และสังคมมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามต่อสุขภาพด้วยตนเองได้

๒.๑.๒ มุ่งให้เกิดการบริหารจัดการระดับจังหวัดที่มีบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่นๆ โดยปรับให้ส่วนกลางมีบทบาทในทางนโยบาย มาตรฐาน และจัดระบบงบประมาณสนับสนุนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพอย่างยั่งยืน

๒.๒ วิธีการ

๒.๒.๑ ส่งเสริมสนับสนุนบุคคล ท้องถิ่น และชุมชนให้สามารถจัดการ หรือพัฒนาสุขภาพของตนเองและชุมชน

๒.๒.๒ ปรับปรุงการอภิบาลระบบสุขภาพไปสู่การอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by Network) ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน สื่อมวลชน ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ ภาควิชาชีพต่างๆ เพื่อทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส

๒.๒.๓ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุม พร้อมทั้งการจัดการภัยคุกคามต่อสุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้บุคคล ชุมชน ท้องถิ่นและสังคมมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ผ่านการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) และการอภิบาลแบบเครือข่าย (Governance by Network)

ทั้งนี้ มีประเด็นการปฏิรูป ดังนี้

๑. การปรับระบบและบทบาทการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ของส่วนราชการในแต่ละระดับ ทั้งนี้หน่วยงานของรัฐทุกหน่วยงานต้องยึดหลักการ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies Approach: HiAP) และวางระบบการเงินการคลัง โดยการกระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับจังหวัดมีบทบาทในการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการบริหารจัดการระดับจังหวัด โดยส่วนกลางมีบทบาททางนโยบาย กฎหมายและกำกับระดับชาติในภาพรวม และให้ส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการปฏิบัติการ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน บุคคลและครอบครัว

๒. ปรับวิธีการดำเนินงานในทุกขั้นตอนของหน่วยงานทุกระดับต้องใช้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP) เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะการพัฒนาเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพให้กับประชาชน

๓. การพัฒนากลไก“คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” และ “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชนหรือท้องถิ่น”เพื่อให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนและเครือข่ายพันธมิตร (Collective Leadership) ประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ภาคพลเมือง ภาคประชาสังคม และภาควิชาการหรือวิชาชีพ

๔. เสริมสร้างและพัฒนาขีดความสามารถ(Capacity Building) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ รวมทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่ดี (Healthy Environment) ภายใต้เงื่อนไขความพร้อมและศักยภาพที่แตกต่างกัน และการถ่ายโอนภารกิจของส่วนกลาง

๕. การพัฒนากฎหมายเพื่อการปฏิรูประบบงานการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ทั้งในระดับกฎหมายรัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ พ.ร.บ.สาธารณสุข

๓. วิธีการพิจารณาศึกษา

คณะทำงานปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ได้ศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ ทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์และองค์ความรู้(Documentary Review) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ทั้งในระดับนานาชาติ ระดับชาติ และระดับพื้นที่ โดยพิจารณาทบทวนจากเอกสารผลการดำเนินงาน แผนงาน ยุทธศาสตร์และผลงานวิจัย ข้อเสนอทั้งของคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) มติสมัชชาปฏิรูป มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและกรอบความเห็นร่วมปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ของสำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการป้องกันและควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพ

นอกจากนี้ คณะทำงานฯ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนารอบแนวคิดและกระบวนการปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพโดยกระบวนการระดมสมอง (Brainstorming) การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) การสนทนา(Dialogue) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ใช้เวลาในการดำเนินการ จำนวน ๕ เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – มิถุนายน ๒๕๕๘ดังนี้

๑. การระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในคณะทำงานฯ

การระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในคณะทำงานปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ เป็นกระบวนการหลักถกแถลงและแลกเปลี่ยน มุมมองเชิงพัฒนาโดยข้อมูลทางวิชาการและงานวิจัยมาใช้พิจารณาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกัน บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับการทบทวนเอกสารการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ตลอดจนรวบรวมข้อเสนอแนะจากหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดการปฏิรูปฯ เสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข

๒. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุขและอนุกรรมการฯ ดังนี้

- วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘นำเสนอกรอบแนวคิดการปฏิรูป(Conceptual Design)การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข

- วันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ นำเสนอกรอบแนวคิดและข้อเสนอการปฏิรูป (Conceptual Design) การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข

- วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๘ นำเสนอกรอบการปฏิรูป (Process and Legal Design) การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข

๓. การประชุมสัมมนา (Cross Cutting) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ข้อเสนอแนะ ระหว่างคณะกรรมการ อนุกรรมการ และคณะกรรมการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- วันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ นำเสนอกรอบแนวคิดเบื้องต้น (Conceptual Design) และข้อเสนอการปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพในการสัมมนาของคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยมีผู้เข้าร่วม ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ คณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณะ คณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ คณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส คณะกรรมการปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น คณะกรรมการปฏิรูปการคุ้มครองผู้บริโภค ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) องค์กรภาคประชาชนภาคประชาสังคม และภาคเอกชน

- วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๕๘ จัดสัมมนาระหว่างคณะกรรมการ (Cross Cutting) เรื่อง การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ: กลไกระดับพื้นที่ โดยคณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และคณะทำงานปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข มีคณะกรรมการที่เข้าร่วมสัมมนา ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น และคณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส

- วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๘ นำเสนอกรอบการปฏิรูป (Process and Legal Design) การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพในการสัมมนาของคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยมีผู้เข้าร่วม ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ คณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณะ คณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ และคณะทำงานปฏิรูปการเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

๔. การประชุมสัมมนา (Cross Cutting) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ข้อเสนอแนะ ระหว่างคณะทำงานฯ ภาควิชาส่วน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่

- วันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๘ จัดการสัมมนาเรื่องการพัฒนาข้อเสนอปฏิรูปการเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ: กลไกระดับพื้นที่ โดยความร่วมมือระหว่างคณะทำงานปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สถาบันแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งผู้เข้าร่วมสัมมนาทั้งผู้

กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ได้แก่ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

- วันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘ จัดสัมมนาเรื่องบทบาทท้องถิ่นในการจัดระบบบริการสุขภาพและการป้องกันภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ภายใต้กรอบการปฏิรูปของร่างรัฐธรรมนูญใหม่ โดยมีคณะทำงานปฏิรูปการเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข คณะกรรมการปฏิรูปการปกครองท้องถิ่น และผู้เข้าร่วมจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย เทศบาลนคร เทศบาลเมือง องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขสำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิแผนงานสนับสนุนระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแผนงานสนับสนุนระบบสุขภาพชุมชนแผนงานสนับสนุนระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

๕. การนำเสนอผลการศึกษารอบแนวคิด(Conceptual Design) ต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติ

- วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๘ นำเสนอผลการศึกษารอบแนวคิด(Conceptual Design) ข้อเสนอการปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) เพื่อให้ข้อเสนอแนะ และเห็นชอบในหลักการกรอบแนวคิดการปฏิรูปฯ

๔. สรุปผลการศึกษา

๔.๑ กรอบความคิดรวบยอดของการปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ตามประเด็น ดังนี้

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

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



แผนภาพที่ ๒ ดุลยภาพของการพัฒนาภายใต้หลักการ ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ

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



แผนภาพที่ ๓ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (The Wider Determinants of Health)

๒) นอกจากการปรับใช้แนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ(HiAP) สิ่งที่ต้องพิจารณาคงคู่ไปพร้อมกันคือ “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 การลงทุนในทิศทางสร้างนำซ่อม และการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าพร้อมไปกับ ปรับเปลี่ยนจากการสั่งการหรือดำเนินการโดยหน่วยงานใด ๆ เพียงหน่วยเดียว (Single Command)เป็นการมีส่วนร่วมหรือสนับสนุนจากภาคีหุ้นส่วน(Collective Leadership and Partnership) โดยมีกิจกรรมต่างๆ ที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ภัยคุกคามสุขภาพให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน เช่น ระบบการเงินการคลัง การตลาดเชิงสังคม การสื่อสารสุขภาพ การจัดการความรู้และนวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา การพัฒนาความรู้และเทคโนโลยี การให้ความสำคัญกับการลงทุน การพัฒนานโยบาย แผนงานบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังแผนภาพที่ ๔



แผนภาพที่ ๔ แนวคิดการปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ภัยคุกคามสุขภาพ

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)ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาบริการที่มีประชาชนและพื้นที่เป็นฐาน โดยกระจายหน้าที่การให้บริการสู่ท้องถิ่น ชุมชน และภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืนได้

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

กลไกที่หนึ่งการปฏิรูปในระดับประเทศ 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 โดยให้ความสำคัญกับความสามารถในการจัดการตนเองได้ด้านสุขภาพ รวมทั้งเคลื่อนต่อการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลอย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อมต่อกับระดับ อำเภอ จังหวัด และเขต ซึ่งจากการประเมินผลการถ่ายโอนสถานอนามัยไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านมา 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/สังคมที่สามารถจัดการ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพของตนเอง

๕. ข้อเสนอปฏิรูปและแนวทางดำเนินการ

๕.๑ ขอบเขตและข้อเสนอรูปแบบระบบการจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพเพื่อการปฏิรูป

ภายใต้กรอบความคิดรวบยอดที่เน้น “การบริหารจัดการในระดับพื้นที่ โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง” ตามกรอบวัตถุประสงค์ ๒ ด้าน คือ

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

๒) เพื่อมุ่งให้เกิดกลไกและระบบการบริหารจัดการระดับจังหวัดที่มีบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ โดยปรับให้ส่วนกลางมีบทบาทในทางนโยบาย มาตรฐาน และจัดระบบ

งบประมาณสนับสนุนในการสร้างความเข้มแข็งของระบบสร้างเสริมสุขภาพ 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 เป็นหน่วยงานกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ห่วงใยสุขภาพของประชาชน มาตรการทางการเงินการคลัง กำหนดมาตรฐาน การปรับปรุงกฎหมาย เพื่อการปฏิรูป รวมทั้งต้องมีระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบติดตาม กำกับและประเมินผลระดับชาติ

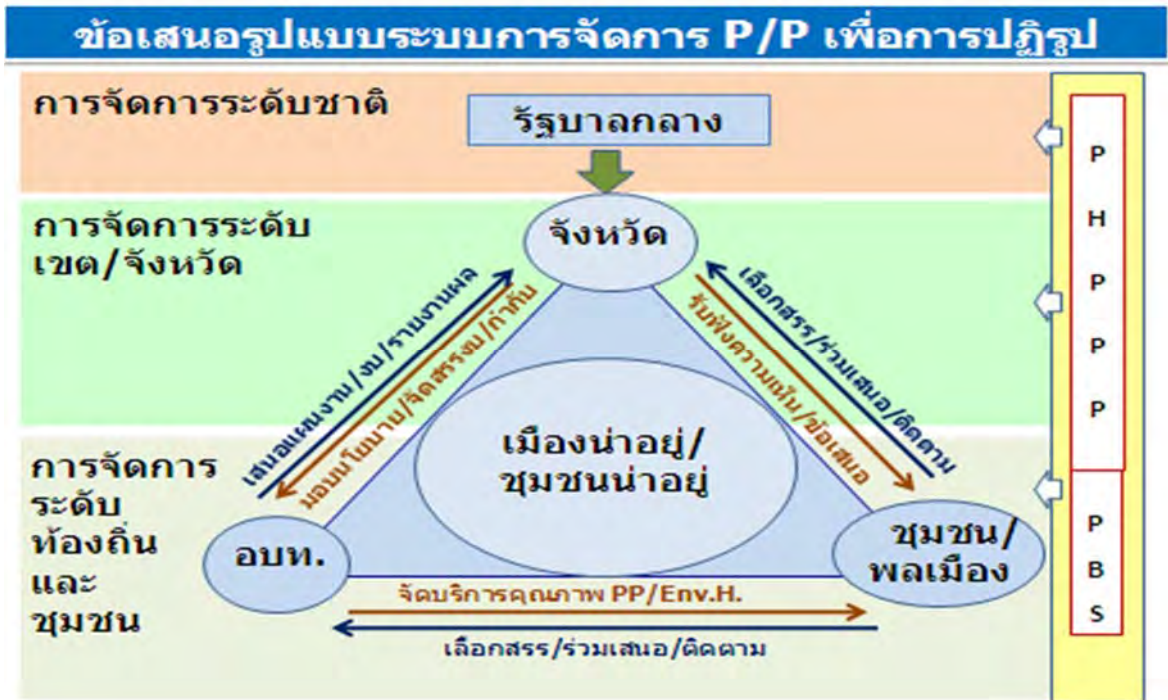
๒) การจัดการระดับจังหวัด ทำหน้าที่ถ่ายทอดนโยบายห่วงใยสุขภาพของประชาชนระดับชาติสู่นโยบายหรือยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดผ่านกลไกบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในจังหวัดรวมถึงบริหารจัดการงบประมาณ กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายที่กำหนดไว้

๓) การจัดการระดับชุมชน/ท้องถิ่น ประกอบด้วย

๓.๑) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นองค์กรที่มีภารกิจด้านส่งเสริมและป้องกันโรคในชุมชน จัดบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม

๓.๒) ประชาชนในท้องถิ่น และชุมชน มีความสามารถที่จะดูแลปัญหาสุขภาพของตนเองได้ สามารถสะท้อนปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการแก้ไขได้ รวมทั้งสามารถตรวจสอบการปฏิบัติหน้าที่ของภาครัฐได้

ตั้งแผนภาพ “ข้อเสนอรูปแบบระบบการจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามสุขภาพ” ต่อไปนี้



แผนภาพที่ ๗ รูปแบบระบบจัดการการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ เพื่อการปฏิรูป (๑)

ดังนั้น เพื่อให้แนวความคิดในการปฏิรูประบบการบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพเป็นจริง สอดคล้องกับหน่วยงานของรัฐที่มีอยู่ในปัจจุบัน ข้อเสนอในเชิงรูปธรรมในการบริหารจัดการในแต่ละระดับ มีดังนี้

๑) ระดับประเทศ (National Level)

เป็นการปฏิรูปบทบาทและระบบการจัดการของรัฐส่วนกลางใหม่ โดยเน้นให้รัฐส่วนกลาง อันได้แก่ คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ 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 แผนการกระจายอำนาจให้แก่

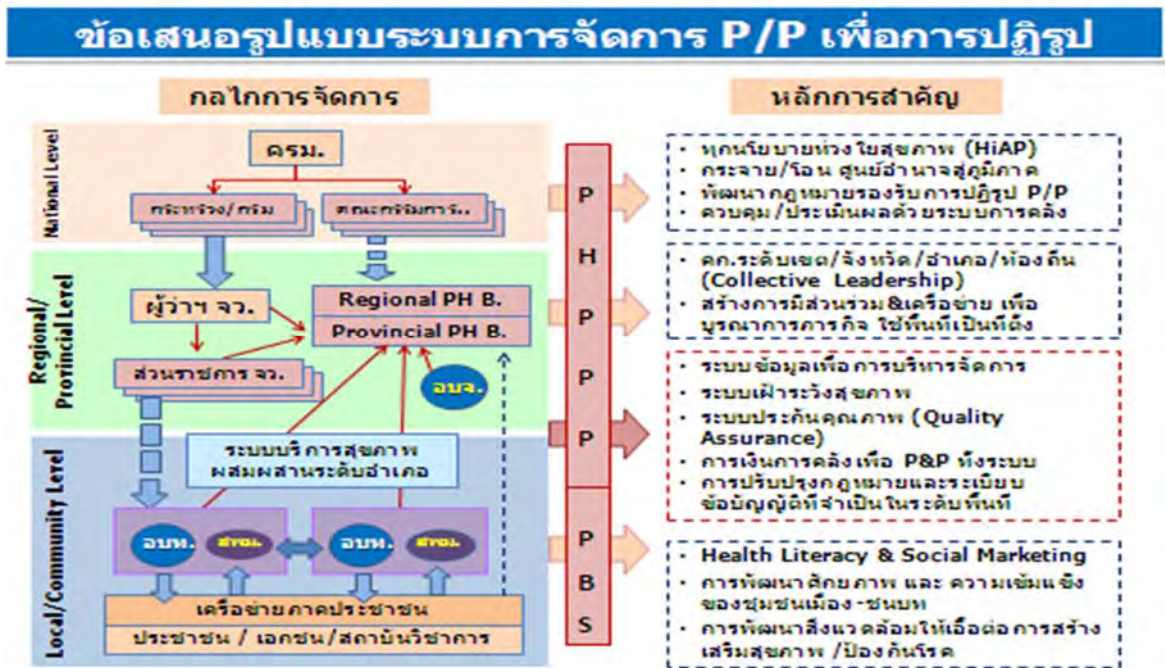
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) ที่ระบุไว้ว่าให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีนานามัย ทรัพย์สิน งบประมาณ และบุคลากร พร้อมภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น 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 คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัดจะเป็นกลไกในการประสานความร่วมมือและติดตามกำกับให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยจะร่วมกับ “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชน/ท้องถิ่น” (District/Local Health Board : D/LHB.) ดำเนินการรวมทั้ง องค์กรบริหารส่วนจังหวัดซึ่งเป็น อปท.ขนาดใหญ่ ก็จะมีบทบาทในการสนับสนุน อปท.ขนาดเล็กตามนโยบายและยุทธศาสตร์ที่คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัดกำหนดด้วย

๓) ระดับชุมชน/ท้องถิ่น(Community/Local Level)

เป็นการปฏิรูประบบการปฏิบัติการงานด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ที่กำหนดให้บทบาทกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นสำคัญ ภายใต้กลไกการประสานงานกำหนดความต้องการโดย “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชน/ท้องถิ่น” (District/Local Public Health Board : D/LPHB.) ซึ่งจะเป็นกลไกที่จะร่วมกันวางกรอบแนวทางและแผนการปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ แล้วมอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นกลไกหลักในการปฏิบัติงานในชุมชน ซึ่งจะมีเครือข่ายภาคพลเมืองในการสื่อสารและปฏิบัติการลงสู่ชุมชน บุคคล และสังคมในระดับท้องถิ่น ทั้งนี้ ให้มีการใช้ระบบการประกันคุณภาพ(Quality Assurance : QA) ในการจัดบริการงานสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพด้วย และ เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทที่ตอบโจทย์ด้านยุทธศาสตร์เป้าหมายและประเด็นสุขภาพด้านสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถออกข้อบัญญัติของท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคพลเมืองด้วย เพื่อเป็นกฎกติกาที่จะใช้บังคับในชุมชน/ท้องถิ่นได้ตามความจำเป็น ดังแผนภาพที่ ๘



แผนภาพที่ ๘ รูปแบบระบบจัดการการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ เพื่อการปฏิรูป (๒)

ดังนั้น ภาพพึงประสงค์ของระบบงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) จึงต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติการเพื่อรองรับภารกิจ ๕ ประการ ตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา(Ottawa Charter) ซึ่งอาจจะจำแนกงานและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ ได้ดังนี้

ภารกิจ ๑ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ในฐานะที่ อปท.เป็นหน่วยงานการปกครองในระดับพื้นที่ที่มีทั้ง **สภาท้องถิ่น** และ **ผู้บริหาร**(ฝ่ายบริหาร) ที่มาจากการเลือกตั้งของประชาชนในท้องถิ่น โดยสภาจึงมีความใกล้ชิดกับชุมชน ประชาสังคมหรือองค์กรชุมชนในพื้นที่ และด้วยสถานะขององค์กรซึ่งมีอำนาจกำหนดนโยบาย และ **ออกข้อบัญญัติของท้องถิ่น**ตามกฎหมาย ดังนั้น อปท.จึงสามารถใช้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม(PHPPP) เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในท้องถิ่นได้ ทั้งในเรื่องการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม โดยให้ชุมชนและผู้ประกอบการที่มีส่วนได้ส่วนเสีย(Stakeholder) ได้มีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นในกระบวนการร่างข้อบัญญัติด้วย

ภารกิจ ๒ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ด้วยพระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ.๒๕๓๕ ซึ่งเป็นกฎหมายที่คุ้มครองสุขภาพของประชาชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ให้อำนาจกับ อปท.ในการควบคุมสถานประกอบกิจการ (Setting)ต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของชุมชน และให้อำนาจในการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมภายในท้องถิ่น รวมทั้งปัญหาเหตุรำคาญที่ทำให้เกิดความเสื่อมต่อสุขภาพ โดยการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเป็นกฎกติกาควบคุม และให้เป็นเจ้าพนักงานท้องถิ่นที่มีอำนาจในการตรวจตราดูแล หากพบเหตุก็อาจออกคำสั่งทางปกครองให้ปรับปรุงแก้ไข หรือสั่งให้หยุด หรือให้พักใช้ หรือเพิกถอนใบอนุญาตได้

แล้วแต่กรณี ดังนั้น อปท.จึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชนท้องถิ่นได้ ด้วยการวางกฎกติกาแบบมีส่วนร่วม(ตามภารกิจ ๑) และบังคับใช้กฎหมาย(Law Enforcement) อย่างจริงจัง ก็จะทำให้ชุมชนได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี เอื้อต่อสุขภาพ และปราศจากมลภาวะที่อาจก่อผลกระทบต่อสุขภาพได้

ภารกิจ ๓ - ๔ การสร้างความเข้มแข็งชุมชน และ พัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

เพื่อให้บุคคลและครอบครัวได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจอย่างรู้เท่าทันในเรื่องสุขภาพ (Health Literacy) ไม่ตกเป็นเหยื่อของการตลาดเชิงสังคมหรือการโฆษณา พร้อมๆ กับการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน(Active Community) โดยการสนับสนุนกลุ่มชมรม องค์กรชุมชน ได้ดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพกันเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมการเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิต(Life Style)ที่มีคุณภาพ การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ/คนพิการ/ผู้เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง/คนไข้ติดเตียงในชุมชน (Long Term Care)ด้วย ซึ่ง อปท. สามารถใช้เครื่องมือที่สำคัญในการดำเนินการเรื่องนี้ คือ “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่” (ซึ่งเป็น “กองทุน” ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขณะนี้มีความครอบคลุม อปท.กว่าร้อยละ ๘๗ ของ อปท.ทั่วประเทศแล้ว) และเพื่อให้กองทุนนี้สามารถสนับสนุนชุมชนได้มากยิ่งขึ้น จึงมีข้อเสนอให้นำกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แบ่งส่วนมาสมทบเพิ่มเติมในกองทุนท้องถิ่นด้วย

นอกจากนี้ ในการสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพให้กับชุมชน อปท.ต้องจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิสาธารณสุขมูลฐาน และมีมาตรฐาน และจัดบริการเชิงคุณภาพทั้งในเรื่องการให้สุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรค การป้องกันโรค รวมทั้งการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยจะต้องให้องค์กรชุมชน และประชาสังคมมีส่วนร่วมดำเนินการด้วย รวมทั้ง อปท. ต้องมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนที่เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขด้วย เพื่อให้เกิดฐาน “ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง” (Health Information for Self Care) ในท้องถิ่นด้วย

ภารกิจ ๕ การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่องานสร้างเสริมสุขภาพ(P/P)

เนื่องจากหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นกลไกในการให้บริการด้านสุขภาพที่เน้นการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลที่จัดบริการปฐมภูมิ(รพ.สต.) บริการทุติยภูมิ(รพท.) และบริการตติยภูมิ(รพศ.) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล(รพสต.) โดยปกติจะมีศักยภาพให้บริการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) งานสร้างเสริมสุขภาพและงานควบคุมป้องกันโรค(P/P) รวมทั้งงานฟื้นฟูสุขภาพ(Rehabilitation) ตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านสร้างเสริมสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกลุ่มวัย (UC Health Promotion/Prevention Package) แต่จะมีลักษณะตั้งรับ ณ หน่วยบริการ ดังนั้น การจัดบริการสาธารณสุขที่สมบูรณ์สำหรับ อปท.จึงจำเป็นต้องมีหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่ง อปท.ที่มีศักยภาพด้านกำลังทรัพยากร(ได้แก่ เทศบาลนคร เทศบาลเมือง บางส่วน) ก็จะจัดตั้ง “ศูนย์บริการสาธารณสุข” ขึ้นเพื่อรองรับการจัดบริการทั้ง ๔ ด้านให้กับชุมชนในพื้นที่ แต่ อปท.ระดับ อบต.ซึ่งไม่มี ศูนย์บริการสาธารณสุข จึงมีข้อจำกัดในการจัดบริการสาธารณสุขทั้งระบบ โดยทิศทางการพัฒนาจึงมีข้อเสนอให้มีการถ่ายโอน รพ.สต.ของกระทรวงสาธารณสุขให้กับ อบต.ทุกแห่ง แต่ในช่วงระยะเวลา ๑๕ ปีที่มีแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้ถ่ายโอนหน่วยบริการดังกล่าวไปให้ อปท.พบว่า มีอุปสรรคมากและ ปัจจุบันถ่ายโอนได้เพียง ๓๕ แห่ง

อย่างไรก็ตาม ด้วยงาน P/P ที่มีความหลากหลายทั้งรูปแบบ วิธีการ และมีลักษณะเชิงรุก ซึ่งไม่จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขแต่ฝ่ายเดียวในการให้บริการ ที่ผ่านมา อปท.จึงสามารถ แยกบริการกิจการงาน P/P ได้ ไม่ว่า อปท.นั้นๆ จะมีหน่วยบริการสาธารณสุขหรือไม่ก็ตาม ดังนั้น ข้อเสนอในการปฏิรูประบบ P/P นี้ จึงมีข้อเสนอที่เป็นไปได้ ดังนี้

(๑) ให้ อปท. จะรับผิดชอบงานสุขภาพ ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ และงานบริการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน(Emergency) ให้หน่วยบริการ ส่วนงานรักษาพยาบาล(Curative) ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้เป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก

(๒) ในการพัฒนาให้ อปท.มีขีดความสามารถในการรับผิดชอบบริการสุขภาพทั้งระบบ คือ ครอบคลุมทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ งานรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ และการแพทย์แผนไทย และงานบริการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินให้หน่วยบริการ ตามสภาพความพร้อมของ อปท. หรือ การถ่ายโอน รพสต.ของกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ

๒.๑) กรณีที่มี อปท.ยังไม่มีศูนย์บริการสาธารณสุขและยังไม่มีโรงถ่ายโอน รพสต. ให้ อปท.นั้น(ส่วนใหญ่เป็น เทศบาลตำบล เทศบาลเมืองบางส่วน และ อบต.) รับผิดชอบงานสาธารณสุขตามข้อ (๑) เป็นหลัก โดยงานบริการส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินให้ดำเนินการเท่าที่เป็นได้ แต่อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ อปท.สามารถกำกับดูแลการได้รับบริการ P/P ตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านสร้างเสริมสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกลุ่มวัยของชุมชนในพื้นที่ท้องถิ่นนั้น อปท.อาจดำเนินการได้ตามเงื่อนไข ๒ ลักษณะ คือ

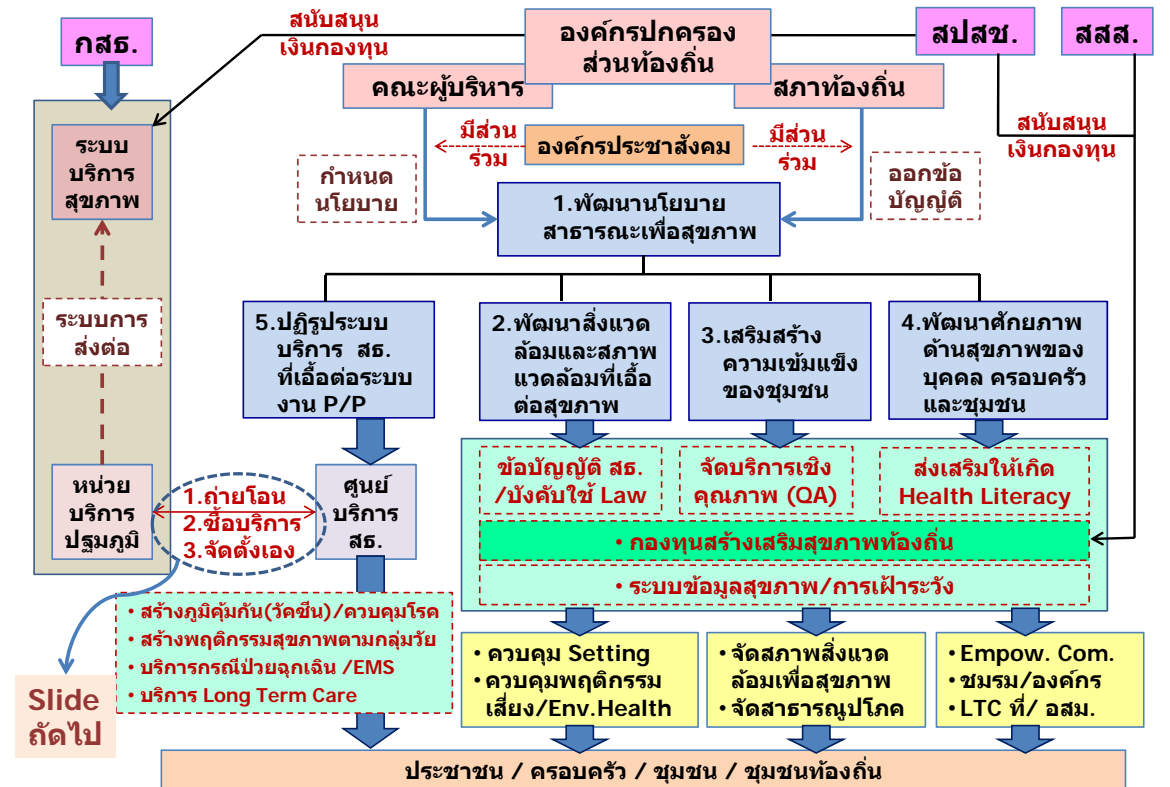
(ก) เงื่อนไขที่การจัดสรรเงินกองทุน สปสช.ยังคงผ่านกลไกของ CUP/PCU ของกระทรวงสาธารณสุข อปท.ต้องอาศัยกลไก “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับชุมชน/ท้องถิ่น” (D/LPHB.) ในการติดตามกำกับดูแล ทั้งนี้ สปสช.และกระทรวงสาธารณสุข จะต้องสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับเงินกองทุนที่จัดสรรเพื่อชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าว และเป้าหมายการบริการให้ อปท.ทราบด้วย

(ข) เงื่อนไขที่ สปสช.ได้จัดสรรเงินกองทุนให้ อปท.ครอบคลุมถึงการจัดบริการ P/P ตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านสร้างเสริมสุขภาพของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามกลุ่มวัย โดยที่ อปท. ยังไม่สามารถจัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขได้ อปท.ก็อาจจะทำหน้าที่ซื้อบริการจาก รพสต.ของกระทรวงสาธารณสุข ตามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนใน อปท.นั้นๆ ก็ได้

๒.๒) กรณีที่มี อปท.มีศูนย์บริการสาธารณสุข (ส่วนใหญ่เป็นเทศบาลนคร เทศบาลเมืองบางส่วน) ให้ อปท.นั้นๆ รับผิดชอบดำเนินการให้บริการทั้งระบบซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิด้วย ซึ่งศูนย์บริการสาธารณสุขจะมีฐานะเป็น PCU ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ สปสช.ต้องสนับสนุนเงินกองทุนผ่าน CUP ในพื้นที่ และกระทรวงสาธารณสุขต้องให้การสนับสนุนด้านวิชาการและรับส่งต่อผู้ป่วยกรณีที่เกินขีดความสามารถของศูนย์บริการสาธารณสุขจะรองรับได้

๒.๓) กรณีที่กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอน รพ.สต.ให้ อปท. กรณีนี้ อปท.ก็จะสามารถ แยกบริการกิจการงานตามข้อ ๒.๒) ได้เลย โดย รพ.สต.จะอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของ อปท. และมีบทบาทเช่นเดิมในฐานะ “ศูนย์บริการสาธารณสุข” ของ อปท.ในพื้นที่

ระบบ P/P ที่พึงประสงค์ในระดับ อปท.



แผนภาพที่ ๙ ระบบจัดการการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ที่พึงประสงค์ในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๕.๒ มาตรการที่ต้องดำเนินการในการพัฒนา/ปรับปรุงกฎหมาย เพื่อการปฏิรูประบบการจัดการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

๑) ข้อเสนอต่อการยกร่าง รัฐธรรมนูญใหม่

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

(๒) หมวดการเงินการคลังและงบประมาณของรัฐ: ควรต้องวางระบบการเงินการคลังที่กระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับจังหวัดหรือคณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด มีบทบาทในการจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ ได้มากขึ้น

(๓) หมวดกระจายอำนาจรัฐ: ควรต้องกำหนดให้มีประมวลกฎหมายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่กำหนดรูปแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน ที่สอดคล้องต้องกันในแต่ละประเภท และให้มีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการในท้องถิ่นนั้นๆ

๒) ข้อเสนอต่อการปรับปรุงพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการปฏิรูปข้างต้น ดังนี้ (ทั้งนี้ เนื่องจากพระราชบัญญัติดังกล่าวเป็นกฎหมายที่กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอยู่แล้วและเป็นกฎหมายที่เน้นการเสริมสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและป้องกันภัยคุกคามต่อสุขภาพอันเกิดจากการประกอบกิจการต่างๆ ในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม)

(๑) กำหนดให้มี “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” ทำหน้าที่กำหนดแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ และ

การจัดการปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่จังหวัด และติดตามกำกับ รวมทั้งการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพให้กับชุมชนและท้องถิ่น

(๒) กำหนดให้การออกข้อบัญญัติท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการออกข้อบัญญัติแบบมีส่วนร่วม กล่าวคือ ในขั้นตอนการยกร่างและพิจารณาตราข้อบัญญัติท้องถิ่น จะต้องให้ประชาชน/ชุมชนและผู้ประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาเสนอข้อคิดเห็น ข้อเท็จจริง เพื่อประกอบในการกำหนดเป็นข้อบัญญัติด้วย

(๓) เพิ่มบทบัญญัติให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจประกาศกำหนดเขตควบคุมเหตุรำคาญในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุรำคาญต่อชุมชนมากๆ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบกิจการหรือการกระทำที่ก่อให้เกิดเหตุรำคาญในพื้นที่หนึ่งๆ เป็นการเฉพาะได้

(๔) เพิ่มกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) โดยเฉพาะในกลุ่มกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามกฎหมายการสาธารณสุข เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเสริมสร้างการเรียนรู้ มีส่วนร่วมของชุมชน (Empowerment) ในการแก้ไขปัญหา หรือป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดจากการประกอบกิจการนั้นๆ ได้ โดยมีการกำหนดมาตรการป้องกันร่วมกัน

(๕) ปรับปรุงระบบการใช้อำนาจทางปกครองที่มีดุลยภาพระหว่างอำนาจของเจ้าพนักงานท้องถิ่นกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

(๖) ปรับปรุงระบบการพิจารณาอุทธรณ์ ที่เดิมกำหนดให้เป็นอำนาจของรัฐมนตรี ซึ่งจะมีข้อจำกัดในการรองรับปริมาณเรื่องที่ประชาชนอุทธรณ์เข้าสู่ระบบ จึงเห็นควรปรับปรุงให้มีคณะกรรมการพิจารณาอุทธรณ์ที่สามารถดำเนินการเองและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาเรื่องอุทธรณ์ได้ตามความเหมาะสม เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการพิจารณามากยิ่งขึ้น

๓) ปรับปรุงพระราชบัญญัติจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในสาระที่สำคัญ ดังนี้

(๑) การกำหนดนโยบายสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องยึดหลักการ“ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ(HiAP)” ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่

(๒) กำหนดภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพที่ชัดเจนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละรูปแบบ

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

(๔) กำหนดให้การประกันคุณภาพบริการ (Quality Assurance) เป็นภารกิจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องดำเนินการ หมายถึง การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพที่มีคุณภาพต่อชุมชนท้องถิ่นนั่นเอง

(๕) กำหนดให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการบริหารงบประมาณ/การจัดเก็บรายได้ ในระดับท้องถิ่น เพื่อให้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พึ่งตนเองได้ สามารถจัดตั้ง“กองทุนสุขภาพท้องถิ่น”ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)/สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้

๔) การพัฒนาปรับปรุงพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับงาน P/P เพื่อการกระจายอำนาจ

ด้วยกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงาน P/P ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ มีจำนวนมาก อันได้แก่ กฎหมายโรคติดต่อ กฎหมายโรคระบาด สัตว์ กฎหมายอาหาร กฎหมายการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกฎหมายที่ให้อำนาจแก่หน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นสำคัญ ทำให้ อปท.ไม่มีส่วนร่วมในการกำกับหรือควบคุมดูแล ดังนั้น เพื่อให้ระบบบริการด้าน P/P ของ อปท.เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงเสนอให้มีการทบทวนและปรับปรุงบทบัญญัติของกฎหมายดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้มีการกระจายอำนาจหน้าที่ให้แก่ อปท. และเอื้อต่อการจัดการระดับพื้นที่มากขึ้น

๕) การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ความเป็นพลเมืองของประชาชน

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

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

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

๖. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

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

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

๖.๓ พลเมืองทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยมีสุขภาพดี โดยมีความกระตือรือร้น สำนักรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และป้องกันและควบคุมภัยคุกคามสุขภาพ

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๗.๑ ระดับประเทศ (National Level)

๑) เกิดนโยบาย/ยุทธศาสตร์ ที่ห่วงใยสุขภาพ (HiAP)

๒) มีการปรับปรุงกฎหมายเพื่อรองรับการปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพ

๓) มีการจัดระบบงบประมาณสนับสนุนการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและ
ปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพระดับจังหวัด

๗.๒ ระดับจังหวัด (Provincial Level)

จังหวัดเป็นศูนย์กลางมองภาพรวมระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและ ควบคุมโรคและภัย
คุกคามสุขภาพสนับสนุนการจัดการในระดับท้องถิ่นและชุมชนด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อ
สุขภาพแบบมีส่วนร่วม

๗.๓ ระดับท้องถิ่น/ชุมชน (Local/Community Level)

คนและชุมชนมีสิทธิและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพทั้งส่วนตน ครอบครัว และชุมชน (Health
Right & Duties; Health Literacy/Self Care & Management /Long-term Care/ Palliative Care)

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 ๒๑st Century. Copenhagen, Denmark. ๒๐๑๒.
๓. จรวยพร ศรีศศลักษณ์ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา ทิพิชาโปษยานนท์ และ วลัยพร พัชรนฤมล. สังเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร. สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง. ๒๕๕๗.
๔. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร. บริษัท วิกี จำกัด. ๒๕๕๕.
๕. ศิริวรรณพิทยรังสฤษฎ์และกุมภการสมมิตร. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันของระบบสร้างเสริมสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ และแนวโน้มในอนาคต. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ๒๕๕๖.
๖. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย ๒๕๕๖. กรุงเทพมหานคร. อมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. ๒๕๕๖.
๗. ยุพินวรสิริอมร จงจิตต์ ฤทธิรงค์ ศุทธิดา ขววัน และพจนา หันจางสิทธิ์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม ๒๕๕๗: การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม. นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ๒๕๕๗.
๘. ปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๖. กรุงเทพมหานคร. อมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. ๒๕๕๗.
๙. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย ๒๕๕๗. กรุงเทพมหานคร. อมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. ๒๕๕๗.
๑๐. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ ระเบียบวาระที่ ๓.๙ การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน. ๒๕๕๒.
๑๑. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๒ ระเบียบวาระที่ ๓.๗ การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน. ๒๕๕๒.
๑๒. คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๙). กรุงเทพมหานคร. ๒๕๕๕.
๑๓. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๖๓.
๑๔. Leppo K., Ollila E., Pena S., Wismar M., and Cook S. Health in All Policies: Seizing Opportunities, Implementing Policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. 2013.
๑๕. World Health Organization. The Helsinki Statement on Health in All Policies. 2013 (www.who.int/healthpromotion/.../8gchp_helsinki_statement. เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2558)

୧୬. Coker R, Atun R, McKee M. Health Systems and the Challenge of Communicable Diseases: Experiences from Europe and Latin America. World Health Organization.2008.
୧୭. Tulchinsky T, Varavikova E. The New Public Health.2nd Edition. California. 2009.
୧୯. World Health Organization.Global action plan for prevention and control of Noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, Switzerland. 2013.
୧୯. Marmot M. and Wilkinson R. Social Determinants of Health.2nd edit. New York. 2006.
୨୦. WHO Regional Office for Europe. Health literacy the solid facts. Geneva. 2013.
୨୧. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. The Commission calls for closing the health gap in a generation. Geneva. 2008.

- รายงานที่ ๓ : ก. การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพ
ข. การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
 - การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพ
ค. การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

รายงานที่ ๓ : ก. การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพ*

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

เพื่อให้ระบบสุขภาพของประเทศเป็นระบบที่เป็นธรรม (equity) มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล คุณภาพบริการดี และมีความยั่งยืน มีความจำเป็นที่รัฐต้องเข้ามาอภิบาลระบบบริการสุขภาพภายใต้ เศรษฐกิจระบบตลาด เนื่องจากตลาดสุขภาพเป็นตลาดไม่สมบูรณ์ กลไกตลาดล้มเหลว (Market failure) แต่ต้องทำในระดับที่เหมาะสม ไม่ให้เกิดความล้มเหลวจากการแทรกแซง (Government Failure)

ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการขยายบริการสาธารณสุขและให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แก่ประชาชนไทย แต่ยังมีเรื่องท้าทายที่สำคัญในเรื่องการจัดการระบบบริการสุขภาพ และ: การคลังสุขภาพ การอภิบาลระบบสามารถทำผ่าน ๓ ช่องทางสำคัญ คือ ตามสายบังคับบัญชาของระบบราชการ (Hierarchies) กลไกตลาด (market mechanism) และการอภิบาลโดยผ่านเครือข่าย (Governance by Network) ในทางปฏิบัติมักมีการใช้กลไกอภิบาลระบบทั้งสามรูปแบบนี้ผสมผสานกัน เพื่อเสริมจุดแข็ง ลด จุดด้อยของแต่ละวิธี ซึ่งการเลือกใช้วิธีอภิบาลระบบแบบใดกับเรื่องใดนั้น ขึ้นกับบริบทของประเทศหรือ พื้นที่

การอภิบาลระบบระดับประเทศนั้น เน้นการกำหนดทิศทางนโยบาย แผนระยะยาว มาตรฐานที่ ต้องใช้ร่วมกันทั้งประเทศ การพัฒนาและกำกับคุณภาพบริการ รวมทั้งกลไกการคลัง กลไกในการกำกับและ อภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ

ส่วนการจัดการอภิบาลอภิบาลในระดับพื้นที่ เป็นการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ เพิ่มความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพบริการ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการหลากหลาย ของบุคคลกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วการกระจายอำนาจไปให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นโดยตรง หรือบาง ประเทศมีการจัดตั้งเขตสุขภาพของรัฐบาลกลางขึ้นมาเป็นหน่วยทำหน้าที่กำกับติดตามองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นอีกระดับหนึ่งการจัดระบบอภิบาลระดับพื้นที่ต้องควบคุมผลกระทบด้านลบจากการกระจายอำนาจที่ สำคัญได้แก่ ระบบสุขภาพแยกส่วนโดยเฉพาะนโยบายสุขภาพไม่สามารถเป็นหนึ่งเดียวได้หากขาดการ ประสานงานที่ดีและไม่มีข้อมูลที่ดี หรือหน่วยงานที่รับถ่ายโอนภารกิจไม่เข้มแข็งพอ ทำให้เกิดผลเสียต่อ ระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการสาธารณสุข (public health) ทั้งนี้รัฐบาลกลางสามารถมีอำนาจ ควบคุมการดำเนินการด้านสุขภาพของหน่วยงานระดับพื้นที่และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ โดยใช้ มาตรการสำคัญสองประการ คือ การจัดสรรงบประมาณสนับสนุน (funding) และบทบาทในการวางแผน (planning)

การอภิบาลระบบบริการสุขภาพในของประเทศไทยนั้น ระบบบริการสุขภาพ และ ระบบ หลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ไม่มีการประสานงานในการวางแผน กำกับการจัดบริการ และ การ อภิบาลในภาพรวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากอยู่ในการกำกับของหลากหลายสังกัด ทำให้มีการกระจาย

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

สถานพยาบาลและเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพงที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ มีสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายต่างกันในแต่ละ “หน่วยงานผู้รับประกัน”^๑ ซึ่งทำหน้าที่จัด “ระบบประกันสุขภาพของรัฐ”^๒

สำหรับประเทศไทยมีแนวคิดในการจัดระบบอภิบาลระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน แม้จะมีร่องรอยตั้งแต่การกระจายอำนาจตามพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจพ.ศ. ๒๕๔๒ แต่การถ่ายโอนสถานพยาบาลมีปัญหาเรื่องรูปแบบการทำงานร่วมกันของเครือข่ายสถานพยาบาลและการอภิบาลระบบภายหลังการกระจายอำนาจ รวมทั้งความพร้อมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นต่อมากระทรวงสาธารณสุข มีนโยบาย “เขตสุขภาพ” เพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ โดยแบ่งเป็น ๑๒ เขต แต่ละเขตครอบคลุม ๔-๘ จังหวัด แต่ยังเป็นกรมมองเพียงสถานพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ครอบคลุมระบบบริการของทั้งเขต ในส่วนการอภิบาลระบบการคลังสุขภาพในระดับพื้นที่นั้น มีเพียงส่วนที่เป็นการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีความพยายามจะทำเขตสุขภาพจำเป็นต้องมีการออกพระราชบัญญัติตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเด็นดังต่อไปนี้

๑. มีกลไกอภิบาลระบบบริการสุขภาพระดับประเทศ และระดับพื้นที่
๒. การรื้อปรับองค์กรและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่สถานพยาบาลสังกัดอยู่
๓. การรื้อปรับองค์กรและโครงสร้างหน่วยงานผู้รับประกัน

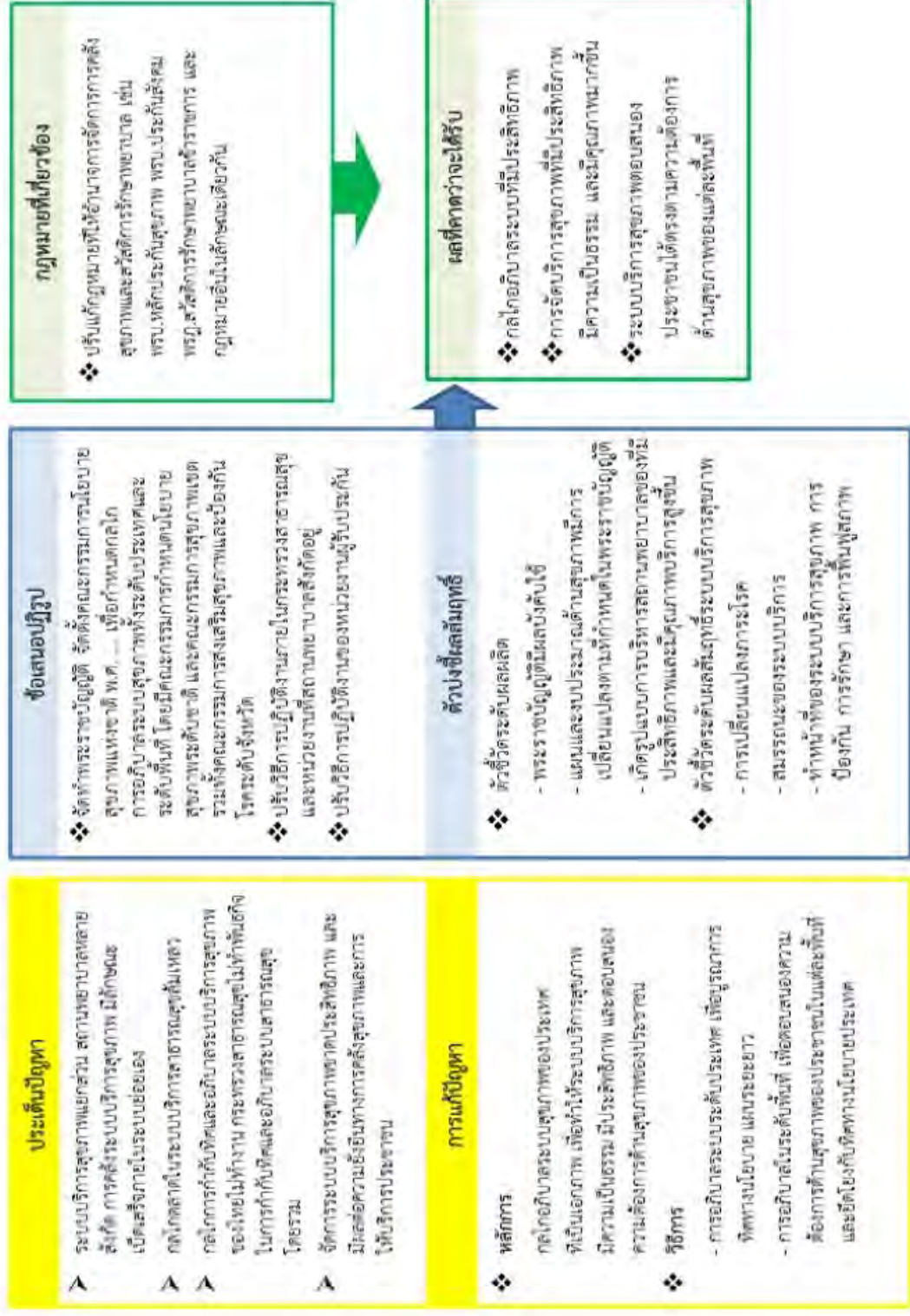
ผลลัพธ์จากการปฏิรูปจะทำให้ประเทศไทยเกิดการอภิบาลระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศ และในระดับพื้นที่ ทำให้บริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น

ผลกระทบจากการปฏิรูปที่สำคัญ คือ กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับวิธีการปฏิบัติงานและสำนักงานงบประมาณต้องปรับแนวทางการจัดงบประมาณให้หน่วยราชการในส่วนงบประมาณด้านสุขภาพ รวมทั้งต้องปรับแนวทางการส่งเสริมการลงทุนด้านสุขภาพและ หน่วยงานรับประกันต้องมีการปรับโครงสร้างภายใน และ ลดอำนาจหน้าที่บางส่วน

^๑ “หน่วยงานผู้รับประกัน” หมายความว่า กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงหน่วยงานของรัฐที่จัดสวัสดิการรักษายาบาลให้กับบุคลากรในสังกัด

^๒ “ระบบประกันสุขภาพของรัฐ” หมายความว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรวมถึงระบบประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐเข้าไปสนับสนุนบริการด้วย

ระบบบริหารจัดการเงินการคลังด้านสุขภาพ : ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ



ก. การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพ

๑. หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางว่า ระบบสุขภาพของประเทศที่ดีต้องเป็นระบบที่เป็นธรรม (equity) มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิผล คุณภาพบริการดี และมีความยั่งยืนทางการคลัง อย่างไรก็ตามมีการวิเคราะห์เชิงทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าระบบบริการสุขภาพภายใต้เศรษฐกิจระบบตลาด เช่น ในประเทศไทย รวมถึงประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD)^๑ นั้นเป็นตลาดที่ล้มเหลว (Market Failure) ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นตลาดแข่งขันไม่สมบูรณ์ เพราะประชาชนผู้รับบริการมีความตระหนักรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ มีผู้ให้บริการน้อยรายเกิดการผูกขาด และบริการบางส่วนอยู่นอกระบบตลาด จำเป็นที่รัฐต้องทำการแทรกแซงอย่างเหมาะสม ไม่มากเกินไปจนเกิดความล้มเหลวจากการแทรกแซง (Government failure) เพื่อให้กลไกการตลาดสามารถทำงานได้อย่างเหมาะสม โดยการอภิบาลระบบ^๒ เพื่อกำหนดทิศทาง นโยบายและกำกับติดตามกิจกรรม รวมทั้งการไหลเวียนของเม็ดเงินในระบบบริการสุขภาพ

การอภิบาลระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อน เกี่ยวข้องกับการจัดบริการและการคลัง รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสังคมโดยรัฐบาลต้องทำหน้าที่อภิบาลระบบบริการสุขภาพโดยรวมในฐานะที่ต้องรับผิดชอบผลักดันนโยบายสุขภาพของประเทศไปในทิศทางที่สัญญาแก่ประชาชนและรัฐสภาโดยคำนึงถึงความเป็นอิสระทางวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ในขณะเดียวกันต้องตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีความแตกต่างกันบ้างในแต่ละพื้นที่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการกระจายอำนาจให้กับหน่วยงานภาครัฐในระดับรองทั้ง หน่วยงานของรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น องค์กรชุมชน และภาคเอกชน เพื่อให้มีการปรับแต่งนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และปัญหาเฉพาะของกลุ่มคน

ประเทศไทยกล่าวได้ประสบความสำเร็จในการขยายบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนไทยในทุกภูมิภาค โดยเฉพาะชนบทที่ห่างไกล (ลิ้มวัฒนานนท์ และ สกกุลพาณิชย์, ๒๕๕๕) ทั้งนี้ สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งสถานพยาบาลเอกชน แต่มีปัญหาเชิงการอภิบาลระบบ แต่ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยไม่มีการประสานงานในการวางแผน กำกับบริการจัดการ และการอภิบาลในภาพรวม เนื่องจากการที่มีสถานพยาบาลหลากหลายสังกัด ทำให้มีปัญหาการกระจายตัวของสถานพยาบาลและการเข้าถึงบริการของประชาชน ซึ่งเป็นปัญหาทั้งในเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพ และ ความเป็นธรรมในระบบในขณะเดียวกัน

^๑องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD) เป็นองค์กรระหว่างประเทศของกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว และยอมรับระบบประชาธิปไตยและเศรษฐกิจการค้าเสรี เช่น สหรัฐอเมริกา เยอรมนี ออสเตรีย ฝรั่งเศส อิตาลี อังกฤษ สวีเดน และสวิตเซอร์แลนด์ เป็นต้น

^๒การอภิบาลระบบ เป็นกระบวนการนำเอาอำนาจและทรัพยากรที่ได้รับตามกฎหมายมาบริหารจัดการและแก้ปัญหาในกิจการสาธารณะของประชาชน เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนด้านสุขภาพ โดยอาศัยโครงสร้างอำนาจของรัฐ และ เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการโดยไม่ต้องอาศัยอำนาจรัฐสั่งการ โดยผ่าน ๓ ช่องทางสำคัญ คือ ตามสายบังคับบัญชาของระบบราชการ(Hierarchies) กลไกตลาด(market mechanism) ซึ่งเป็นการแข่งขันทางการตลาดสำหรับการกระจายทรัพยากร ภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ และเครือข่ายของภาครัฐและเอกชน (public-private network) หรือการร่วมมือของชุมชน

ประเทศไทยมีการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆโดยใช้วิธีการคลังรวมหมู่ ผ่านระบบประกันสุขภาพตามกลุ่มอาชีพซึ่งมีครอบคลุมทุกคนตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่กำหนดในกฎหมายสูงสุดของประเทศและมีกฎหมายย่อยหลายฉบับที่กำหนดกลไกการดำเนินงานให้ประชาชนในแต่ละกลุ่มเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข แต่การที่“หน่วยงานผู้รับประกัน”^๓ซึ่งทำหน้าที่จัด“ระบบประกันสุขภาพของรัฐ”^๔ กระจายอยู่ในส่วนราชการหลายกระทรวง มีลักษณะเบ็ดเสร็จภายในระบบย่อยเอง ทำให้มีชุดสิทธิประโยชน์ และ กลไกการจ่ายเงินต่างกัน ทำให้เป็นอุปสรรคในการใช้บริการของประชาชน และมีผลต่อสถานการณ์การคลังของรัฐ

๒. ประเด็นปฏิรูป

การจัดทำกลไกอภีลระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ครอบคลุมทั้งการวางแผนการจัดระบบบริการและ การคลังสุขภาพ เพื่อให้มาตรการที่ดำเนินการมีความสอดคล้องกัน โดยการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องเป็นการดำเนินการร่วมกันของ รัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชน และ หน่วยงานเอกชน

การรื้อปรับวิธีการปฏิบัติงานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และ สถานพยาบาลภาครัฐ และภาคเอกชน และหน่วยงานผู้รับประกัน

๓. วิธีการพิจารณาศึกษาวิเคราะห์

การพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการได้มีการประชุมเพื่อพิจารณาศึกษาเพื่อหาข้อเสนอในการปฏิรูปและเรื่องที่เกี่ยวข้องไปแล้ว จำนวน ๒๓ ครั้ง โดยมีการขอเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณา และเชิญหน่วยงาน บุคคล องค์กร มาให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง รวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ

นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการและคณะกรรมการได้เดินทางไปจัดสัมมนาและศึกษาดูงานเกี่ยวกับเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่เครือข่ายบริการที่ ๑๓ ณ จังหวัดอุดรธานี รวมทั้งไปจัดสัมมนาและศึกษาดูงาน เรื่องการสาธารณสุขปฐมภูมิ และการให้บริการสุขภาพในพื้นที่พิเศษ ณ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

อีกทั้งการทบทวนวรรณกรรมทั้งในเชิงทฤษฎี ประสบการณ์จากต่างประเทศ และผลการวิจัยในประเทศไทย หารือกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การรับฟังความเห็นสาธารณะ และมีข้อสรุปเป็นประเด็นดังนี้

๓.๑ รูปแบบการอภีลระบบ

การอภีลระบบสามารถทำผ่าน ๓ ช่องทางสำคัญ คือ ตามสายบังคับบัญชาของระบบราชการ (Hierarchies) กลไกตลาด(market mechanism) และ การอภีลโดยผ่านเครือข่าย (Governance by Network)

^๓ “หน่วยงานผู้รับประกัน” หมายความว่า กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงหน่วยงานของรัฐที่จัดสวัสดิการรักษายาบาลให้กับบุคลากรในสังกัด

^๔ “ระบบประกันสุขภาพของรัฐ” หมายความว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรวมถึงระบบประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐเข้าไปสนับสนุนบริการด้วย

ตารางที่ ๑ ลักษณะของการอภิบาล

	Hierarchies	Markets	Networks
Relationships	Employment	Contract and property rights	Resource exchange
Degree of Dependence	Dependent	Independent	Interdependent
Exchange media	Authority	Prices	Trust
Means of conflict resolution and coordination	Rules and Command	Haggling and the courts	Diplomacy
Culture	Subordination	Competition	Reciprocity

การอภิบาลแบบสายบังคับบัญชา (Governance by Hierarchies) เช่น ระบบราชการนั้นในทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สถาบันแนวใหม่(New Institution Economic) แสดงให้เห็นว่าการอภิบาลในรูปแบบนี้จะมีจุดเด่นในเรื่อง การลดความเสี่ยงและต้นทุนในการเจรจาแม้ว่าจะมีการต่อรองภายในองค์กรระหว่างหน่วยผลิตและหน่วยที่ต้องการบริการอยู่เช่นเดิมแต่องค์กรสามารถใช้อำนาจในการลดปัญหาดังกล่าวอย่างไรก็ตามการบริหารจัดการภายในจะเกิดความเสี่ยงเรื่อง การหลงอำนาจและมีความยึดหยุ่นน้อย (Williamson, ๑๙๘๕) อาจไม่คล่องตัวและขาดประสิทธิภาพ

การอภิบาลผ่านกลไกตลาด (Governance by market mechanism) ตามทฤษฎีการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์สถาบันแนวใหม่ ซึ่งว่าการตัดสินใจเลือกทำเฉพาะเรื่องที่น่าพอใจ มีการแยกผู้จัดบริการและผู้ซื้อบริการ (provider-purchaser split) ออกจากกันโดยใช้กลไกตลาดในการสร้างข้อตกลงนั้น มีข้อดีในเรื่องประสิทธิภาพการผลิตที่ได้จากผู้ผลิตที่น่าพอใจ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพ จากการสร้างการแข่งขันแก่หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนในการบริการที่มีคุณภาพ การเข้าถึงบริการและมีประสิทธิภาพ แต่ระบบสุขภาพโดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพนั้นเป็นไม่ใช่ “ตลาดสมบูรณ์” (Perfect market) แต่เป็น “ตลาดกึ่งผูกขาด”(Oligopoly market) เนื่องจากมีผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความรู้ความเข้าใจต่างกัน ผู้ให้บริการน้อยราย ไม่เกิดการการแข่งขันและมีแนวโน้มที่จะเกิดการผูกขาด ซึ่งนำไปสู่การด้อยประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพในหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักรในช่วงที่เน้นการ Privatization ของรัฐบาลอนุรักษ์นิยม และรัสเซียหลังการล่มสลายของระบบคอมมิวนิสต์ พบว่า การอภิบาลผ่านกลไกตลาดที่มากเกินไปหรือขาดการกำกับที่ดี ทำให้เกิดการละเลยบริการสาธารณสุข การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นบริการที่ไม่ก่อรายได้ทำให้ระบบสาธารณสุขโดยรวมอ่อนแอลง การควบคุมโรคระบาดรุนแรงไม่สามารถดำเนินการได้ทันทั่วทั้ง

การอภิบาลโดยผ่านเครือข่าย (Governance by Network) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการอภิบาลระบบสุขภาพโดยรวม โดยต้องสร้างเครือข่ายการประสานงานและการดำเนินการ อาจเป็นเครือข่ายองค์กรหรือคณะกรรมการซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการอภิบาลนโยบาย (Policy Governance)

ทั้งนี้ คณะกรรมการทำหน้าที่เป็นตัวแทนประชาชนที่เป็นเจ้าของกิจการสาธารณะ ช่วยลดความซับซ้อนของโครงสร้างและเพิ่มความสมบูรณ์ของสิทธิประชาชน ทั้งนี้ คณะกรรมการมีองค์ประกอบกรรมการที่เหมาะสม ใช้วิธีการอภิบาลแบบมีคุณค่ากล่าวคือการตัดสินใจแต่ครั้งของคณะกรรมการต้องคำนึงถึงคุณค่าที่เกิดขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และยึดหลักธรรมาภิบาล ในทาง

ปฏิบัติมักมีการใช้กลไกอภิบาลระบบทั้งสามรูปแบบนี้ผสมผสานกัน เพื่อเสริมจุดแข็ง ลดจุดด้อยของแต่ละวิธี ซึ่งการเลือกใช้วิธีอภิบาลระบบแบบใดกับเรื่องใดนั้น ขึ้นกับบริบทของประเทศหรือพื้นที่

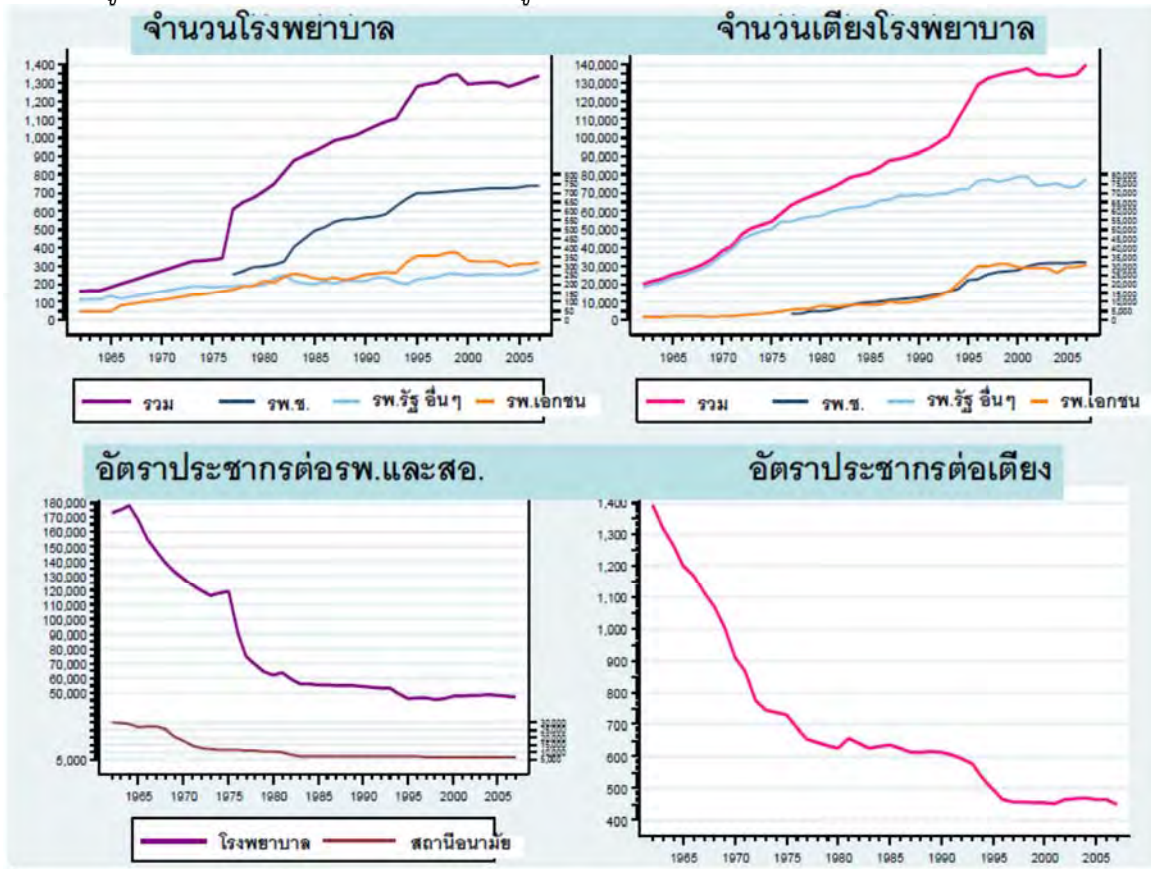
๓.๒ กลไกการอภิบาลระบบระดับประเทศ

การอภิบาลระบบระดับประเทศนั้น เน้นการกำหนดทิศทางนโยบาย แผนระยะยาว มาตรฐานที่ต้องใช้ร่วมกันทั้งประเทศการพัฒนาและกำกับคุณภาพบริการ รวมทั้งกลไกการคลัง กลไกในการกำกับและอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ จะเห็นว่า หากระบบมีการแยกส่วนมาก เช่น มีหลายกองทุน หลายระบบ หรือมีการกระจายอำนาจแก่ท้องถิ่นในการจัดเก็บภาษีของตนเองมาใช้เพื่อบริการสาธารณสุข กลไกการกำกับและอภิบาลระบบต้องมีบทบาทมากขึ้นในทุกขั้นตอนของกระบวนการคลังระบบบริการสุขภาพ กล่าวคือขั้นตอนการจัดเก็บเงิน หากมีหลายกองทุนและแต่ละกองทุนทำหน้าที่จัดเก็บเงินเอง จำเป็นต้องมีกลไกในการกำกับมาตรฐานอัตราการจัดเก็บเงินสมทบของแต่ละกองทุน เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการจัดเก็บเงินสมทบขั้นตอนการรวมเงิน เช่นเดียวกันกรณีที่มีหลายกองทุนและให้กองทุนจัดเก็บเบี้ยประกันเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิเสธ / คัดเลือกความเสี่ยงในการรับประกัน / จำเป็นต้องมีกลไกในการเกลี้ยรายได้ที่จัดเก็บได้ของแต่ละกองทุนตามปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกกองทุน เพื่อให้ทุกกองทุนมีเงินเพียงพอในการจัดบริการแก่ประชาชน (Equalization funds or Reinsurance) สำหรับการคลังระบบภาษีที่มาจากการจัดเก็บของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นหลัก รัฐบาลกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่จัดสรรเงินอุดหนุนแก่พื้นที่ต่างๆในลักษณะผูกพันกับศักยภาพในการจัดเก็บเงินของรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายงบประมาณและให้ทุกแห่งมีเงินเพียงพอในการจัดบริการขั้นตอนในการซื้อบริการ หากบทบาทซื้อและให้บริการอยู่ในองค์กรเดียวกันขั้นตอนนี้ก็เป็นการจัดสรรงบประมาณปกติ แต่ระบบที่มีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ จำเป็นต้องมีหน่วยงานกลางมาทำหน้าที่ในการกำหนดรูปแบบและอัตราการจ่าย รวมถึงการประมวล และตรวจสอบการเบิกจ่าย

จากการทบทวนระบบสุขภาพประเทศกลุ่ม OECD พบว่ากระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานระดับชาติที่มีอำนาจรับผิดชอบโดยมีรัฐมนตรีมีตำแหน่งสูงสุดชอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบและการกำกับดูแลครอบคลุมทั้งระบบ ดูแลหน่วยงานราชการและองค์กรอิสระในระบบสุขภาพ กำกับทั้งภาครัฐ และเอกชน และร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นองค์กรอิสระและภาคีประชาชน

ประเทศไทยกล่าวได้ประสบความสำเร็จในการขยายบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนไทยในทุกภูมิภาค โดยเฉพาะชนบทที่ห่างไกล (ลิมวัฒนานนท์ และ สกฤพาศิษย์, ๒๕๕๕) เมื่อย้อนหลังไปถึงปี พ.ศ. ๒๔๘๕ มีโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการรักษา-พยาบาลในส่วนภูมิภาคเพียง ๕ แห่ง และ “สุขศาลา” ซึ่งเป็นสถานบริการปฐมภูมิในระดับตำบลอยู่เพียง ๓๐๐ กว่าแห่ง แต่จากการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน คือการสร้างโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ในเขตเมือง ตามด้วยการขยายบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิไปสู่พื้นที่ชนบท รวมทั้งการผลิตบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ทำให้มีโรงพยาบาลทั่วไปในส่วนภูมิภาคครบทุกจังหวัดเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๓ (ภาพที่ ๑) ในช่วงที่ประเทศไทยขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมคนไทยทุกคน เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๔ นั้น เกือบทุกอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน และเกือบทุกตำบลมีสถานีอนามัย ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น รพสต. ทั้งนี้สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งสถานพยาบาลเอกชน

รูป ๑ จำนวนสถานพยาบาลและเตียงผู้ป่วย จำแนกตามประเภทและอัตราต่อประชากร



ที่มา (ลิมวัฒนานนท์ และ สกุลพาณิชย์, ๒๕๕๕) คำนวณจากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยไม่มีการประสานงานในการวางแผน กำกับ การจัดการ และ การอภิบาลในภาพรวมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากการที่มีสถานพยาบาลหลากหลายสังกัด ทำให้มีการกระจายสถานพยาบาลและเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพงที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีจำนวนอัตราส่วนสถานพยาบาลต่อประชากร อัตราส่วนจำนวนเตียงต่อประชากร และอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรต่ำที่สุด ในขณะที่เดียวกัน กรุงเทพมหานครที่มีสถิติสถานพยาบาลต่อประชากร อัตราส่วนจำนวนเตียงต่อประชากร และอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรสูงที่สุด กลับยังประสบปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชนทั้งในกรณีโรคที่ไม่ซับซ้อน เช่น โรคไส้ติ่งอักเสบ หรือโรคที่ซับซ้อน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน เส้นเลือดในสมองตีบหรือแตก เป็นต้น

ประเทศไทยมีการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยการลดภาระทางการเงินในการเข้ารับบริการโดยใช้วิธีการคลังรวมหมู่ ผ่านระบบประกันสุขภาพตามกลุ่มอาชีพซึ่งมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องเช่นกัน และ ครอบคลุมทุกคนตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ โดยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่กำหนดในกฎหมายสูงสุดของประเทศและมีกฎหมายย่อยหลายฉบับที่กำหนดกลไกการดำเนินงานให้ประชาชนในแต่ละกลุ่มเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข ทิศทางดังกล่าวเป็นทิศทางที่ถูกต้อง และได้พิสูจน์ให้เห็นในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจนี้ว่าสามารถลดทอนผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือน ช่วยให้ประชาชนไทยในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและไม่ประสบปัญหาหนี้สินล้นพ้นตัว และเป็นตัวอย่างที่องค์ระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การแรงงานระหว่างประเทศ และ ธนาคารโลกใช้เป็นกรณีศึกษาให้กับประเทศอื่นๆ

จากการที่“หน่วยงานผู้รับประกัน”^๕ซึ่งทำหน้าที่จัด“ระบบประกันสุขภาพของรัฐ”^๖กระจายอยู่ในส่วนราชการหลายกระทรวง มีลักษณะเบ็ดเสร็จภายในระบบย่อยเอง และมีคณะกรรมการของตนเอง เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคมมีคณะกรรมการประกันสังคม เป็นต้น ดังรูปที่ ๒ คณะกรรมการเหล่านี้มีอำนาจตามกฎหมายที่จะกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ แนวทางการจัดบริการ และ กลไกการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเอง ในทางปฏิบัติแต่ละกองทุนต่างมีแนวทางการจัดบริการ และ กลไกการจ่ายเงินแตกต่างกันไปในชุดสิทธิประโยชน์เดียวกัน แม้จะมีความพยายามในการประสานงานในระดับ“หน่วยงานผู้รับประกัน”ที่สำคัญของรัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม ก็พบว่าไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ในเรื่องการประสานแนวทางการจัดบริการ และ กลไกการจ่ายเงิน โดยอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ กฎหมายของแต่ละกองทุนมีข้อกำหนดในประเด็นรายละเอียดต่างกัน หรือแม้เป็นระเบียบของกองทุนเองก็มักมีปัญหาในการแก้ไขระเบียบดังกล่าว เนื่องจากคณะกรรมการกองทุนมีความเห็นแตกต่างกัน โดยเฉพาะประเด็นที่แก้ไขมักมีการได้เปรียบเสียเปรียบของทั้งกลุ่มสมาชิกของทุนและสถานพยาบาลแต่ในความเป็นจริงสมาชิกของทุกกองทุนมีการโยกย้ายเปลี่ยนแปลงกองทุนจำนวนมากทุกปี ซึ่งแต่ละกองทุนมีการออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ และ กลไกการจ่ายเงินต่างกัน ทำให้มีปัญหาในการรักษาต่อเนื่อง (ศรีธำรงสวัสดิ์, สกฤตพาณิชย์, ธรรมวันนา, และ เอื้อศิริวรรณ, ๒๕๕๒)

การอภิบาลการคลังระบบบริการสุขภาพแต่ละระบบย่อย มีลักษณะเบ็ดเสร็จภายในระบบย่อยเอง เช่น กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ รวมถึงกองทุนต่างๆ เป็นผู้ตั้งงบประมาณเองโดยการเจรจาต่อรองกับสำนักงบประมาณเป็นปีๆไป และทำการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ตลอดจนการกำกับตรวจสอบเอง และหากเป็นระบบงบประมาณปกติของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นหน่วยงานนั้นก็เป็นผู้ใช้งบประมาณเอง โดยมีสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินทำหน้าที่สุ่มตรวจสอบการใช้จ่ายเงินของส่วนราชการต่างๆ

ทั้งนี้กำลังมีการศึกษาวิธีการบูรณาการสิทธิประโยชน์และกลไกร่วมโดยคณะกรรมการประสานระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งแต่งตั้งโดย คณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ (คสช.) แต่มุ่งเน้นเฉพาะหน่วยงานผู้รับประกัน ไม่ครอบคลุมถึงสถานพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ

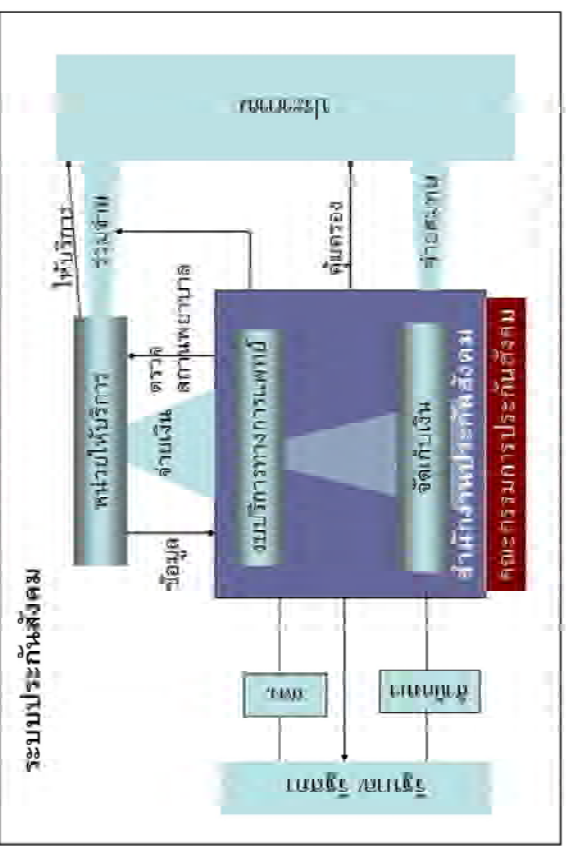
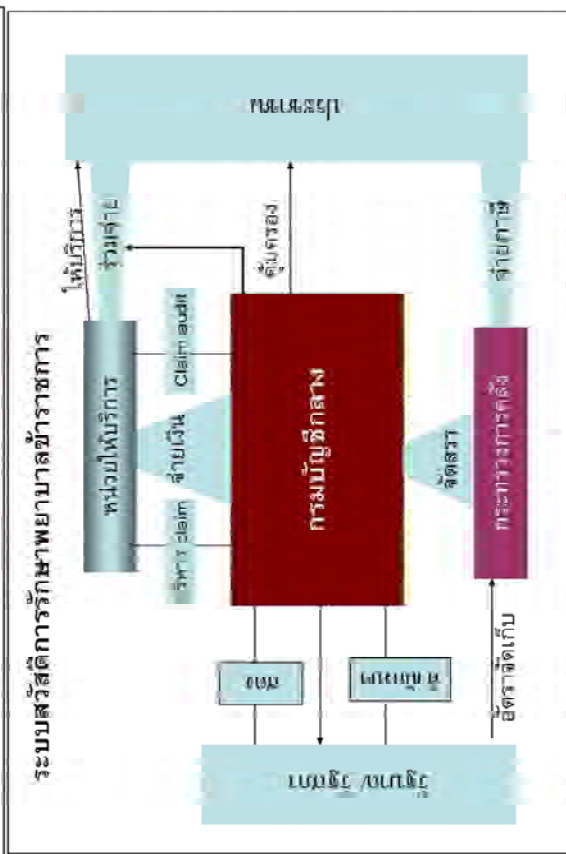
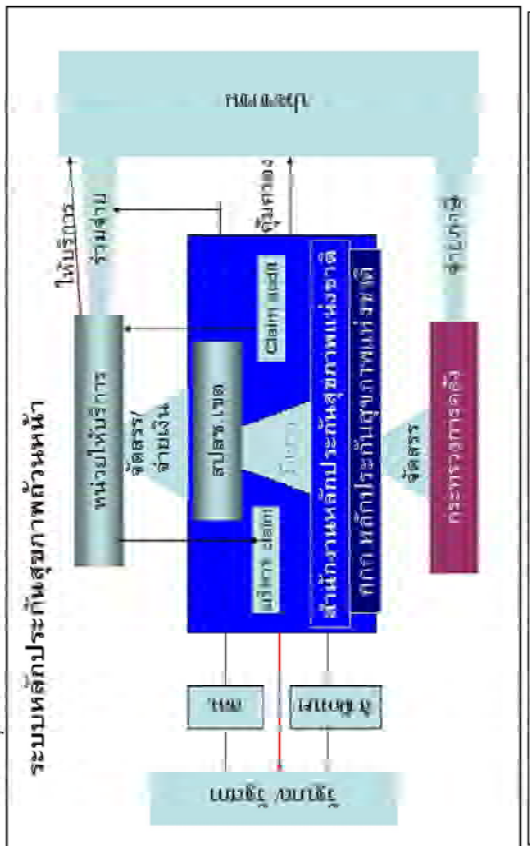
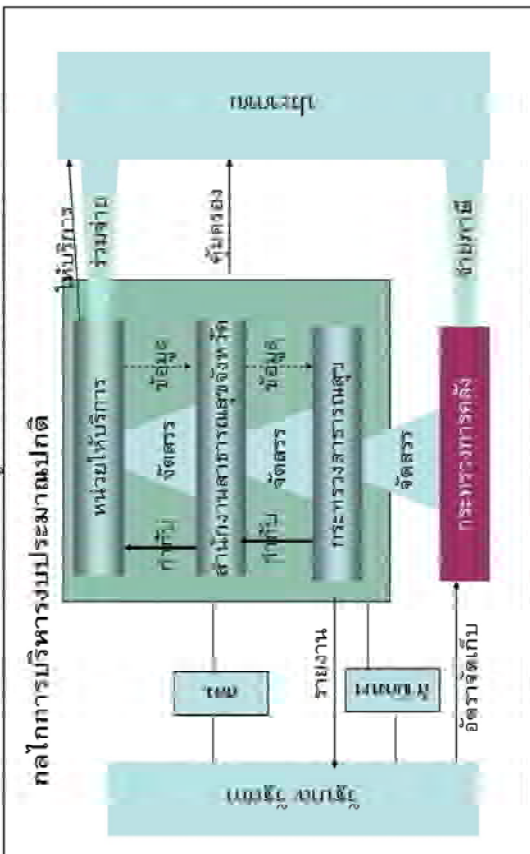
กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน มีบทบาทในการเป็นผู้กำกับกติกากฎ (Regulator) รักษาการตามกฎหมายสาธารณสุขหลายฉบับ และเป็นเจ้าของสถานพยาบาลรัฐทำให้บางครั้งถูกมองว่าปฏิบัติต่อสถานพยาบาลอื่นโดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนแบบไม่เป็นธรรม มีการศึกษาแนวทางให้กระทรวงสาธารณสุขลดบทบาทการเป็นเจ้าของสถานพยาบาล เพื่อทำหน้าที่เฉพาะเรื่องการเป็น National Health Authority ที่ดูแลภาพรวมของระบบสุขภาพของประเทศ และประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานของหน่วยงานและกลไกอื่นๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (ศรีธำรงสวัสดิ์, สกฤตพาณิชย์, ธรรมวันนา, และ เอื้อศิริวรรณ, ๒๕๕๒; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๔) โดยสรุปคือ การทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพซึ่งครอบคลุม ๑) การกำหนดนโยบาย ๒) การสังเคราะห์ความรู้และการดูแลภาพรวม ๓) การประสานงานและสร้างความร่วมมือภายใต้บริบทที่มีภาคีภาคส่วนต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับการพัฒนา

^๕ “หน่วยงานผู้รับประกัน” หมายความว่า กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรวมถึงหน่วยงานของรัฐที่จัดสวัสดิการรักษายาบาลให้กับบุคลากรในสังกัด

^๖ “ระบบประกันสุขภาพของรัฐ” หมายความว่า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และรวมถึงระบบประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐเข้าไปสนับสนุนบริการด้วย

ระบบสุขภาพมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขควรประสานใช้พลังและจุดแข็งของภาคีภาคส่วนต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ แทนที่จะแสดงบทบาทในการดำเนินงานทุกส่วนเองเหมือนในอดีตระหว่างตัวแสดงทั้งในและนอกภาครัฐ ๔) บทบาทการดำเนินงานเองของกระทรวงสาธารณสุข ควรจำกัดเฉพาะกรณีที่มีความจำเป็นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างกว้างขวาง เช่น การเฝ้าระวังและดูแลกรณีที่มีการระบาดของโรค

รูป ๒ โครงสร้างกลไกการบริหารระบบการคลังระบบสาธารณสุขไทยแต่ละระบบหลัก



๓.๓ กลไกการอภิบาลระบบระดับพื้นที่

แนวคิดในการจัดการอภีบาลอภีบาลในระดับพื้นที่ เป็นการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ในสามมิติ คือมิติแรกเป็นมิติด้านการเมืองนับเป็นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่เพิ่มความเข้มแข็งด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นการจัดสมดุลระหว่างการเมืองท้องถิ่นและการเมืองระดับประเทศมิติที่สองเป็นมิติด้านการจัดการแนวใหม่ซึ่งเชื่อว่าการกระจายอำนาจช่วยปรับปรุงการบริการสาธารณสุข สร้างความเป็นธรรม เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพบริการ และสร้างกระบวนการประชาธิปไตย อย่างไรก็ตามการกระจายอำนาจอาจทำให้เกิดบริการสาธารณสุขจะถูกทอดทิ้งละเลยเนื่องจากเป็นบริการสาธารณะที่ไม่ก่อรายได้ และมีที่สุดท้ายเป็นมิติด้านเศรษฐศาสตร์ ซึ่งเชื่อว่าโดยทั่วไปความต้องการบริการด้านสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน การกระจายอำนาจความรับผิดชอบจะสามารถตอบสนองต่อความต้องการหลากหลายของบุคคลได้ดีกว่าเนื่องจากสถานพยาบาลมีอิสระเพียงพอที่ตอบสนองต่อทางเลือกของผู้รับบริการ

รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข แบ่งเป็นรูปแบบที่กระจายอำนาจภายในองค์กร หมายถึงว่า เป็นการถ่ายโอนอำนาจไปสู่หน่วยงานที่ระดับต่ำกว่าแต่ยังคงอยู่ภายในองค์กรเดิม และกระจายอำนาจออกไปนอกองค์กรเดิม เป็นสายงานประสานที่คิดใหม่แต่ยังคงดำเนินการตามนโยบายที่กำหนดและอยู่ในขอบเขตองค์กรเดิม หรือที่เรียกกันว่าระบบสุขภาพเขตพื้นที่ (Regionalization) สำหรับคำว่าเขตพื้นที่หรือ regionalization

เขตสุขภาพหมายถึง “ระบบสุขภาพระดับพื้นที่ ที่มีการกำหนดพื้นที่และประชากรรับผิดชอบชัดเจน มีระบบการซื้อและจัดบริการที่ประสานกัน ให้สามารถตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ ครอบคลุมผสมผสานทั้งมิติบริการสุขภาพส่วนบุคคล บริการโรงพยาบาล การสาธารณสุข และบริการสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” เขตสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วการกระจายอำนาจไปให้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นโดยตรง หรือบางประเทศมีการจัดตั้งเขตสุขภาพของรัฐบาลกลางขึ้นมาเป็นหน่วยทำหน้าที่กำกับติดตามองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกระดับหนึ่ง ในกรณีที่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทมากและบทบาทหน่วยงานด้านสาธารณสุขเดิมจะถูกโอนย้ายไปอยู่ในสังกัด เช่น ประเทศแคนาดามีหน่วยงานที่เรียกว่า Department of Health และ Regional Health Authority ในโครงสร้างของรัฐบาลท้องถิ่น คือ Provincial and Territory Governments ขณะเดียวกันรัฐบาลกลางมีกระทรวงสาธารณสุขคือ Ministry of Health ซึ่งทั้งสองโครงสร้างแยกจากกันชัดเจนทำหน้าที่แบบแยกกันตามระดับ ประเทศออสเตรเลียซึ่งมีรัฐบาล ๓ ระดับ ในระดับชาติมีรัฐบาล Common Wealth ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเรียกชื่อว่า Department of Health and Aged Care ทำหน้าที่ดูแลการสาธารณสุขประเทศ ร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น The National Health and Medical Research Council (NHMRC) ระดับท้องถิ่น (อปท) มีรัฐบาลท้องถิ่นเรียกชื่อ State Government มีหน่วยงานสาธารณสุขที่เรียก State Health Department ทำหน้าที่รับผิดชอบการสาธารณสุขของรัฐบาลท้องถิ่น ประเทศนอร์เวย์มีกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอิสระอื่นๆที่ดูแลด้านสุขภาพที่ระดับชาติได้แก่ Ministry of Health and Care (ลีสมิทธิ และ ชุมทรัพย์, ๒๕๕๓) อย่างไรก็ตามในประเทศที่มีการบริหารระบบบริการสุขภาพแบบรวมศูนย์มาก เช่น ประเทศอังกฤษ จะมีเขตสุขภาพ (Strategic health authority) เป็นหน่วยงานของรัฐบาลกลาง ทำหน้าที่กำกับดูแลประสานงานกับ Commissioning board ในระดับพื้นที่ หรือ ประเทศฝรั่งเศส จะมีการตั้งเขตสุขภาพ

(Agences régionales de santé) ซึ่งทำหน้าที่กำกับดูแลการบูรณาการรักษายาบาล สาธารณสุข และบริการด้านสวัสดิการสังคม

การจัดระบบอภิบาลระดับพื้นที่ต้องควบคุมผลกระทบด้านลบจากกระจายอำนาจที่สำคัญได้แก่ระบบสุขภาพแยกส่วนโดยเฉพะนโยบายสุขภาพไม่สามารถเป็นหนึ่งเดียวได้หากขาดการประสานงานที่ดีและไม่มีข้อมูลที่ดีหรือหน่วยงานที่รับถ่ายโอนภารกิจไม่เข้มแข็งพอ ทำให้เกิดผลเสียต่อระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการสาธารณสุข (public health) การควบคุมป้องกันโรคระบาด การกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างมากเช่น ประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวีย ทำให้กระทรวงสาธารณสุขขาดแขนขาที่จะป้องกันและควบคุมโรคระบาดที่เกิดรวดเร็วและรุนแรง จำเป็นต้องมีมาตรการเตรียมพร้อมที่กระทรวงสาธารณสุขจะสามารถสั่งการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกรณีฉุกเฉินได้

สำหรับประเทศไทยมีแนวคิดในการจัดระบบอภิบาลระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่มาระยะเวลาหนึ่งแล้ว เริ่มต้นจากการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และในช่วงหลังมุ่งเน้นการกระจายอำนาจในระดับเขตโดยตั้งแต่มี พระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๒ กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งกระทรวงอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนไทย ต้องดำเนินการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)ตามที่กฎหมายกำหนด กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปี พ.ศ. ๒๕๔๓ขึ้น เป็นผลให้เกิดการถ่ายโอนภารกิจ ๗ ภารกิจแก่องค์กรปกครองท้องถิ่น ได้แก่ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำ หนักดำ กว่าเกณฑ์ การจัดหาและพัฒนา น้ำ สะอาด การส่งเสริมสุขภาพซึ่งถ่ายโอนสำเร็จในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ แต่การถ่ายโอนสถานพยาบาลมีปัญหาเรื่องรูปแบบการทำงานร่วมกันของเครือข่ายสถานพยาบาลและการอภิบาลระบบภายหลังการกระจายอำนาจ รวมทั้งความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีเพียงการถ่ายโอนสถานอนามัย ๒๘ แห่งในปี พ.ศ.๒๕๕๐ และพ.ศ. ๒๕๕๒ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นที่การจัดทรัพยากรไม่สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพ และมีขั้นตอนมากล่าช้า จึงจัดทำนโยบาย “เขตสุขภาพ” เพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ โดยแบ่งเป็น ๑๒ เขต แต่ละเขตครอบคลุม ๔-๘ จังหวัด ประชากร ๔-๖ ล้านคน เพื่อให้มีขนาดที่เหมาะสมในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อ โดยมองรูปแบบเป็นการจัดทำให้สถานพยาบาลเป็น “พวงบริการ” ของสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ แต่ยังเป็นมุมมองเพียงสถานพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ครอบคลุมระบบบริการของทั้งเขต

ในส่วนการอภิบาลระบบการคลังสุขภาพในระดับพื้นที่นั้น มีเพียงส่วนที่เป็นการคลังของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีความพยายามจะทำเขตสุขภาพที่มีภารกิจในการจัดการการคลังสุขภาพในระดับเขต โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการจัดตั้งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต และสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต แต่หน่วยงานผู้รับประกันอื่นยังไม่มีการจัดการการคลังในระดับเขต

๓.๔ การอภิบาลและการยึดโยงนโยบายระหว่างรัฐบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหน้าที่สำคัญสองแนวทาง คือบทบาทในการจัดบริการสาธารณะประเภทต่างๆ และบทบาทเพื่อประสานให้เกิดการจัดบริการสาธารณะให้เกิดผล บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละประเทศในด้านบริการสุขภาพจะแตกต่างกัน ตั้งแต่เป็นผู้จัดบริการประกันสุขภาพเอง เช่น ประเทศญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย เป็นต้น หรือเป็น

เจ้าของสถานพยาบาล เช่น ประเทศฝรั่งเศส แคนาดา เป็นต้น นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีบทบาทมากในบริการดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นบริการผสมผสานระหว่างบริการสุขภาพกับบริการสวัสดิการสังคม

การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้รัฐบาลต้องปรับบทบาทกำกับภาพรวมของการดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพ โดยใช้ กฎหมาย การวางแผน และ งบประมาณ โดยอำนาจตามกฎหมายจะถูกถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ยังสามารถมีอำนาจควบคุมการดำเนินการด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ โดยใช้มาตรการสำคัญสองประการ คือ การจัดสรรงบประมาณสนับสนุน (funding) และบทบาทในการวางแผน (planning)

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนโดยรัฐบาลกลางนั้น เอื้อให้รัฐบาลกลางมีอำนาจความรับผิดชอบที่สามารถใช้กำกับท้องถิ่นโดยผ่านระบบการเงินการคลังได้ ๕ แนวทางคือ กำหนดขนาดและวิธีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน กำหนดวิธีเบิกจ่ายงบประมาณที่ให้สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ควบคุมระดับเพดานภาษีที่ท้องถิ่นเรียกเก็บ ลงโทษทางการเงิน และให้ท้องถิ่นกู้ยืมเงิน

รัฐบาลกลางสามารถใช้ระบบการวางแผนเพื่อควบคุมองค์กรปกครองท้องถิ่น แผนงานโครงการต่างๆ ที่องค์กรปกครองท้องถิ่นจะต้องดำเนินการอาศัยการวางแผนที่สำคัญสามประการ ได้แก่ การวางแผนงบประมาณ การวางแผนด้านกำลังคน และการประเมินแผนงาน รัฐบาลกลางสามารถกำหนดเป้าหมายและเงื่อนไขให้ท้องถิ่นปฏิบัติตามและจัดการประเมินเป็นระยะๆ เช่น รายปี รายสองปี และรายสี่ปี เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี ๓ ลักษณะ คือ

๑. แบบอิสระ (Relative autonomy model) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระแต่ยอมรับบทบาทของส่วนกลาง มีขอบเขตของอำนาจและหน้าที่ตามที่ส่วนกลางกำหนด ปฏิสัมพันธ์ที่มีเป็นความผูกพันตามกฎหมายกำหนดส่วนกลางควบคุมได้อย่างจำกัด งบประมาณมาจากภาษีท้องถิ่น อปท.สามารถกำหนดนโยบายได้อย่างสอดคล้องหรือแตกต่างจากนโยบายส่วนกลาง

๒. แบบตัวแทน (Agency model) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเปรียบเสมือนหน่วยงานรัฐบาลกลางที่นำเอานโยบายไปปฏิบัติ ได้รับการมอบอำนาจโดยการออกกฎหมาย ระเบียบ และแผนดำเนินงาน พึ่งพางบประมาณจากส่วนกลางเป็นหลัก

๓. แบบมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive model) มีความสัมพันธ์แบบแลกเปลี่ยน แก้ปัญหาโดยการประชุมหารือข้อตกลง งบประมาณผสมทั้งส่วนกลางและภาษีท้องถิ่น

ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมโดยการให้ความเห็น หรือเป็นส่วนหนึ่งของกรรมการชุดต่างๆ ที่ตั้งขึ้น ลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น ประเทศอังกฤษมีการจัดทำความต้องการด้านสุขภาพระดับพื้นที่ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ หน่วยงานรัฐบาลกลาง ร่วมกับประชาชนในพื้นที่ วิเคราะห์และจัดทำแผนระยะกลาง ๓ ปีเสนอขึ้นไปสู่ สำนักงานเขตสุขภาพของ National Health Service ของแต่ละพื้นที่ เพื่อรวบรวมสังเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญเป็นแผนเขตที่เขตสุขภาพ (Strategic Health Authority) เพื่อนำไปสังเคราะห์จัดลำดับความสำคัญเป็นภาพรวมของแผนงบประมาณ ๓ ปีของ National Health Service เมื่อได้รับงบประมาณมาก็จะมีการดำเนินการตามแผนตามความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ ทั้งนี้ประชาชนสามารถสมัครขึ้นทะเบียนเพื่อรับการคัดเลือกเป็นกรรมการของStrategic Health Authority

๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์

จากการศึกษาวิเคราะห์ทบทวนกลไกอภิบาลระบบ รูปแบบการบริการสุขภาพ และการคลังระบบบริการของต่างประเทศและประเทศไทย สามารถสรุปประเด็นต่างๆได้ดังนี้

- ๑) ระบบบริการสุขภาพประเทศไทยมีหลายระบบและไม่บูรณาการกัน ทั้งจากระบบภาษีและระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ในระบบภาษียังมีแยกย่อยเป็นระบบงบประมาณปกติ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมถึงระบบงบประมาณท้องถิ่น พระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท). รวมถึงหน่วยงานอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ ฯลฯ โดยการอภิบาลการคลังระบบบริการสุขภาพแต่ละระบบย่อย มีลักษณะเบ็ดเสร็จภายในระบบย่อยเอง
- ๒) มีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ คือ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลไกตลาดในระบบบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะในภูมิภาคและชนบทไม่ทำงาน เนื่องจากมีเพียงสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก กลไกการซื้อขายบริการจึงทำงานได้จำกัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงต้องแทรกแซงให้เกิดการพัฒนาบริการบริการเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ (Srithamrongsawat et al., ๒๐๐๙)
- ๓) แม้กระทรวงสาธารณสุขโดยพันธกิจตามกฎหมายจะเป็นองค์กรรัฐระดับชาติที่ต้องกำกับทิศและอภิบาลระบบสาธารณสุขโดยรวม อย่างไรก็ตามเองก็เป็นผู้ให้บริการรายหนึ่งถึงแม้จะเป็นรายใหญ่ของประเทศก็ตาม ทำให้บทบาทกระทรวงสาธารณสุขจึงเสมือนเป็นผู้ให้บริการและไปเจรจาต่อรองกับกองทุนต่างๆ ในเรื่องค่าบริการ มิได้ดำเนินการตามพันธกิจที่ควรจะเป็นในการคลังระบบสุขภาพ
- ๔) หากพิจารณาจากโครงสร้างการดำเนินงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะเห็นว่า ช่องว่างสำคัญในระบบคือ กลไกการกำกับทิศและอภิบาลระบบบริการสุขภาพของไทยไม่ทำงาน สำนักงานงบประมาณดำเนินบทบาทเพียงการจัดสรรงบประมาณที่มีอยู่จำกัดในแต่ละปีให้แก่กระทรวงทบวงกรมต่างๆอย่างไร ในขณะที่ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินก็มุ่งตรวจสอบเพื่อป้องกันการทุจริตเป็นสำคัญ แม้ทุกระบบต้องรายงานต่อรัฐบาลและรัฐสภา แต่ไม่มีกลไกใดที่ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางการพัฒนาของประเทศ รวมถึงการวางแผนระยะยาวและกำกับระบบให้เป็นไปตามเป้าประสงค์ของระบบสุขภาพโดยรวม
- ๕) ปัญหาที่ประเทศไทยขาดกลไกบูรณาการนโยบายระบบสาธารณสุขของประเทศที่ครอบคลุมทุกกระทรวง หน่วยงานรัฐ และภาคเอกชน รวมทั้งการอภิบาลระบบ กำกับติดตามการดำเนินการจัดระบบสาธารณสุขให้เป็นไปในและทิศทางที่พึงประสงค์ ทำให้ซึ่งส่งผลทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศในภาพรวมยังขาดประสิทธิภาพและความเป็นธรรม และมีความเสี่ยงในระยะยาวเกี่ยวกับการกำกับดูแลผลกระทบมหภาคทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจจากนโยบายสุขภาพด้านต่างๆ ได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น การมีจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมคนไทยทุกคน แต่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของหลายหน่วยงานที่ไม่มีมีการประสานงานในระดับนโยบายอย่างเป็นทางการ ที่มีสถานพยาบาลรัฐหลายสังกัดและสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้การบูรณาการจัดบริการกลไกราคาที่เหมาะสม ทำให้มีปัญหาการ

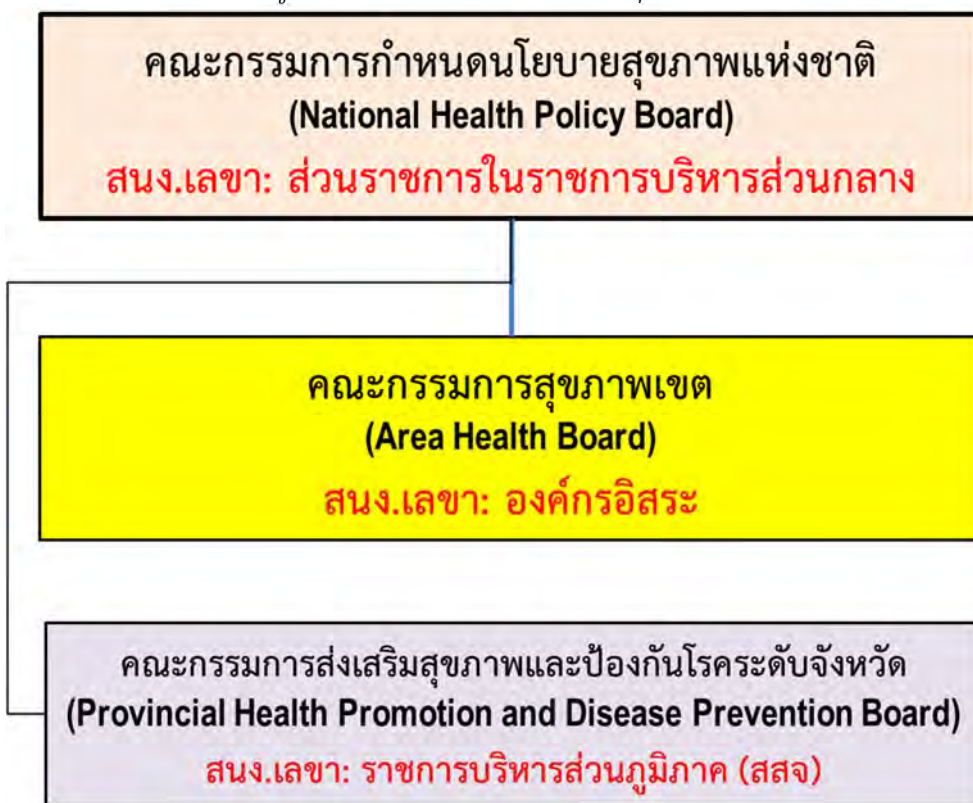
กระจายสถานพยาบาล ระบบส่งต่อ และมีการลงทุนเครื่องมือราคาแพงซ้ำซ้อนขาดประสิทธิภาพ รวมถึงการเข้าถึงบริการของประชาชน เป็นต้น

๕. ข้อเสนอปฏิรูปและแนวทางดำเนินการ

จำเป็นต้องมีการออก พระราชบัญญัติตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเด็นดังต่อไปนี้

๕.๑ สร้างกลไกอภิบาลระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่

รูป ๓ กลไกอภิบาลระบบบริการสุขภาพ



มาตรการ

ออกพระราชบัญญัติ จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ซึ่งจะมีคณะกรรมการ ๓ ระดับ คือ

๑) คณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board) เป็นกลไกอภิบาลระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศ โดยมีการกิจ

๑.๑) อภิบาลระบบของประเทศ

-บริการสุขภาพ

-การคลังสุขภาพ

๒) ประสานนโยบายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิด Healthy Public Policy

๒) คณะกรรมการสุขภาพเขต (Area Health Board) เป็นกลไกอภิบาลระบบบริการสุขภาพในระดับเขตโดยมีการกิจในการวางแผน บูรณาการ กำกับบริการสุขภาพเขตและการคลังสุขภาพเขต ครอบคลุมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (personal prevention) การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ (curative and rehabilitation care) การบริการสังคมที่เกี่ยวข้องกับ

สุขภาพ เช่น การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้พิการ health related social care รวมถึงการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) และการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self care) ซึ่งจะมีอนุกรรมการสำคัญ ๒ คณะ คือ

๒.๑) อนุกรรมการบริหารการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ (Purchaser Commissioning Board) รับผิดชอบการดำเนินการจัดทำ และกำกับติดตาม

- แผนการคลังเขตระยะยาว ระยะกลาง และแผนปฏิบัติการประจำปีตามปัญหาสุขภาพของเขต
- ปรับแต่งชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน
- ปรับแต่งกลไกด้านรายรับ กลไกการจ่าย
- บริหารความเสี่ยงทางการคลัง (Risk pooling) ระดับเขต
- กำกับการจัดทำสัญญาบริการ
- กำกับและคุ้มครองสิทธิประชาชน

๒.๒) อนุกรรมการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพ (Provider Commissioning Board) รับผิดชอบการดำเนินการจัดทำ และกำกับติดตาม

- แผนการจัดบริการแบบเครือข่าย การส่งต่อ
- แผนกำลังคนและการกระจาย
- แผนการลงทุนในเขต และ แผนร่วมทุนระหว่างรัฐและเอกชน
- แผนพัฒนาคุณภาพบริการ

๓) คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด (Provincial Health Promotion and Disease Prevention Board) เป็นกลไกอภิบาลระบบบริการสาธารณสุขในระดับจังหวัด โดยมีภารกิจวางแผน บูรณาการ กำกับ บริการสาธารณสุขเขต

ขั้นตอน

๑. Public hearing
๒. จัดทำพระราชบัญญัติ
๓. เตรียมการก่อน มีผลบังคับใช้
๔. ดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย

ระยะเวลาดำเนินการ ๕ ปี จากปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ถึง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๕.๒ การปรับวิธีการปฏิบัติงานภายในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่สถานพยาบาลสังกัด

มาตรการ เตรียมการรายละเอียดการดำเนินการคู่ขนานกับการออกพระราชบัญญัติ

๑. ศึกษาและจัดทำแนวทางวิธีการดำเนินการจัดลำดับความสำคัญของการทำแผนและงบประมาณของทุกส่วนราชการ ในส่วนงบลงทุนสำหรับบริการสุขภาพ บริการสาธารณสุข แผนกำลังคนและงบประมาณสำหรับกำลังคนด้านสุขภาพ โดยทำงานร่วมกับสำนักงานงบประมาณ

๒. ศึกษาและจัดทำวิธีลำดับความสำคัญของการลงทุนสำหรับสถานพยาบาลเอกชน และการอุดหนุนด้านภาษี ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. และพระราชบัญญัติอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

๓. ศึกษาและจัดทำแผนและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขไปในทิศทางที่เหมาะสม รวมทั้งจัดตั้งหน่วยบริการเป็นองค์กรในกำกับของรัฐเมื่อมีความพร้อม โดยให้เป็น

ลักษณะระบบบริการที่ไม่แบ่งแยก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพการบริการ ความคล่องตัว โดยมีแนวทางดังนี้

๓.๑ ทำโครงการนำร่องในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการในบางเขต เพื่อศึกษาแนวทางการทำงานในลักษณะองค์กรมหาชนแบบพวงบริการรวมทั้งวิธีจัดงบประมาณ และการอภิบาลแล้วขยายผลไปทุกเขต

๓.๒ นำผลการศึกษามาจัดทำแผนและขั้นตอนการปรับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีความพร้อมให้เป็นไปตามรูปแบบที่เหมาะสม และไม่ทำลายระบบบริการสาธารณสุขให้แบ่งแยก

๔.ศึกษาและจัดทำระบบสารสนเทศสำหรับคณะกรรมการนโยบายสุขภาพ เพื่อใช้ในการกำหนดเรียกข้อมูลสารสนเทศทรัพยากร การเงินการบัญชี และผลผลิตบริการของสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อใช้ในการจัดทำนโยบาย

ขั้นตอน

๑. ศึกษาและจัดทำแนวทาง

๒. ดำเนินการตามแผนและขั้นตอนเมื่อพระราชบัญญัติมีผลบังคับใช้

- รูปแบบการทำแผนและงบประมาณแบบใหม่ ภายใน ๕ ปี

- การปรับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขให้ไปในทิศทางที่เหมาะสมภายใน ๑๐ ปี

ระยะเวลาดำเนินการ ๑๐ ปี จากปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ถึง ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๕.๓. การปรับวิธีการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานผู้รับประกัน

มาตรการ เตรียมการรายละเอียดการดำเนินการคู่ขนานกับการออกพระราชบัญญัติ

๑. โอนอำนาจหน้าที่ของการกำหนดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายชดเชยสถานพยาบาลมาอยู่ภายใต้อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

๒. ศึกษาและจัดทำระบบสารสนเทศสำหรับคณะกรรมการนโยบายสุขภาพ เพื่อใช้ในการกำหนดเรียกข้อมูลสารสนเทศทรัพยากร การเงินการบัญชี และผลผลิตบริการของหน่วยงานผู้รับประกันเพื่อใช้ในการจัดทำนโยบาย

๓. กำหนดให้หน่วยงานผู้รับประกันมีโครงสร้างระดับเขต

๖. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

ผลลัพธ์

๑. มี พระราชบัญญัติตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเกิดการอภิบาลระบบบริการสุขภาพในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ ทำให้บริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น

๒. การทำงานของบุคลากรสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีระบบ และสอดคล้องซึ่งกันและกัน

๓. ลดความเหลื่อมล้ำของการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลของประชาชนในเขตสุขภาพเดียวกัน

๔. การจัดบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ มีความเป็นธรรม และมีคุณภาพมากขึ้น ตอบสนองประชาชนได้ตรงตามความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่

ผลกระทบ.

๑. กระทรวงสาธารณสุขมีการปรับวิธีการปฏิบัติงาน
๒. สำนักงานประมาณต้องปรับแนวทางการจัดงบประมาณให้หน่วยราชการในส่วนงบประมาณด้านสุขภาพ
๓. ต้องปรับแนวทางการลงทุนด้านสุขภาพในสถานพยาบาลเอกชน
๔. หน่วยงานรับประกันต้องลดอำนาจหน้าที่บางส่วน

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จตามผลลัพธ์

๗.๑ ตัวชี้วัดระดับผลผลิต

พระราชบัญญัติมีผลบังคับใช้

ระบบงบประมาณด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติ

เกิดรูปแบบการบริหารสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพบริการที่สูงขึ้น เช่น องค์กรมหาชนแบบพวงบริการ

๗.๒ ตัวชี้วัดระดับผลสัมฤทธิ์ระบบบริการสุขภาพ ตามเอกสารประกอบ ๒

ผลสัมฤทธิ์ระบบบริการสุขภาพสามารถติดตาม โดยใช้ชุดของตัวชี้วัด (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก), ๒๕๕๓) ซึ่งสามารถประเมินพัฒนาการของผลสัมฤทธิ์รายจังหวัด รายเขต และ ระดับประเทศ โดยใช้กรอบการวิเคราะห์ใน ๓ มิติ คือ (๑) ภาระโรค (๒) สมรรถนะของระบบบริการ และ (๓) การทำหน้าที่ของระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งสิ้น ๔๒ ตัวชี้วัด จำแนกตามมิติย่อยได้ดังต่อไปนี้

(๑) ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ (๑๕ ตัวชี้วัด)

(๒) ตัวชี้วัดประสิทธิผลของระบบบริการ (๑๙ ตัวชี้วัด)

(๓) ตัวชี้วัดความเป็นธรรม (๒ ตัวชี้วัด)

(๔) ตัวชี้วัดความยั่งยืน (๒ ตัวชี้วัด)

(๕) ตัวชี้วัดประสิทธิภาพ (๔ ตัวชี้วัด)

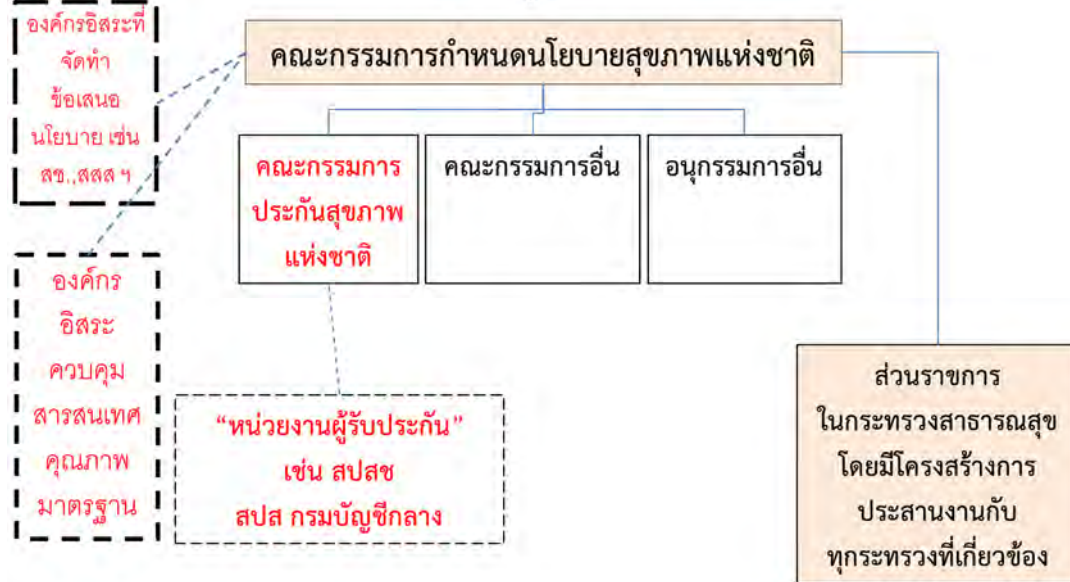
ทั้งนี้ ตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงตามกลุ่มโรคที่คัดเลือกมานี้ จะเน้นไปที่ข้อมูลภาระโรคในอันดับแรกของประเทศ ซึ่งได้แก่ โรคเอดส์ (๖ ตัวชี้วัด) เบาหวาน (๒ ตัวชี้วัด) มะเร็งปากมดลูก (๓ ตัวชี้วัด) โรคหลอดเลือดสมอง (๕ ตัวชี้วัด) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (๕ ตัวชี้วัด) ไตวายระยะสุดท้าย (๒ ตัวชี้วัด) และ บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับอุบัติเหตุทางถนน (๒ ตัวชี้วัด)

เอกสารประกอบ ๑

ระดับประเทศ

คณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board)

รูป ๔ โครงสร้างคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ



มีภารกิจหลัก คือ

๑. การอภิบาลระบบบริการสุขภาพและการคลังสุขภาพซึ่งครอบคลุมถึงกิจกรรมสาธารณสุข (Public Health) ที่ครอบคลุมภายใต้กฎหมายสาธารณสุข
๒. ประสานนโยบายให้เกิด Health Public Policy ทั้งนี้ กิจกรรมอื่นที่ทำให้เกิดสุขภาวะ (Social determinant of health) ต้องอาศัยกลไกอื่นเพิ่มเติม นอกเหนือภารกิจข้อ ๑ นั้นไม่ได้เป็นภารกิจของคณะกรรมการชุดนี้ แต่สามารถใช้กรรมการชุดนี้เป็นกลไกประสานความร่วมมือได้

โครงสร้างคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติจำนวน ๒๕ คน

นายกรัฐมนตรี ประธาน

รองนายกรัฐมนตรี รองประธาน

คณะกรรมการประกอบด้วย

รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงอื่น เช่น กลาโหม คลัง พาณิชย์ มหาดไทย แรงงาน และสวัสดิการสังคม ศึกษาธิการ

ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ เทศบาล อบต)

ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญ เช่น ทางด้านคณิตศาสตร์ประกันภัย

เศรษฐศาสตร์ ประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก กฎหมาย และสังคมศาสตร์

ผู้แทนคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ)

ผู้แทนสภาวิชาชีพ

ผู้แทน สช, สสส., สรพ (คุณภาพ)

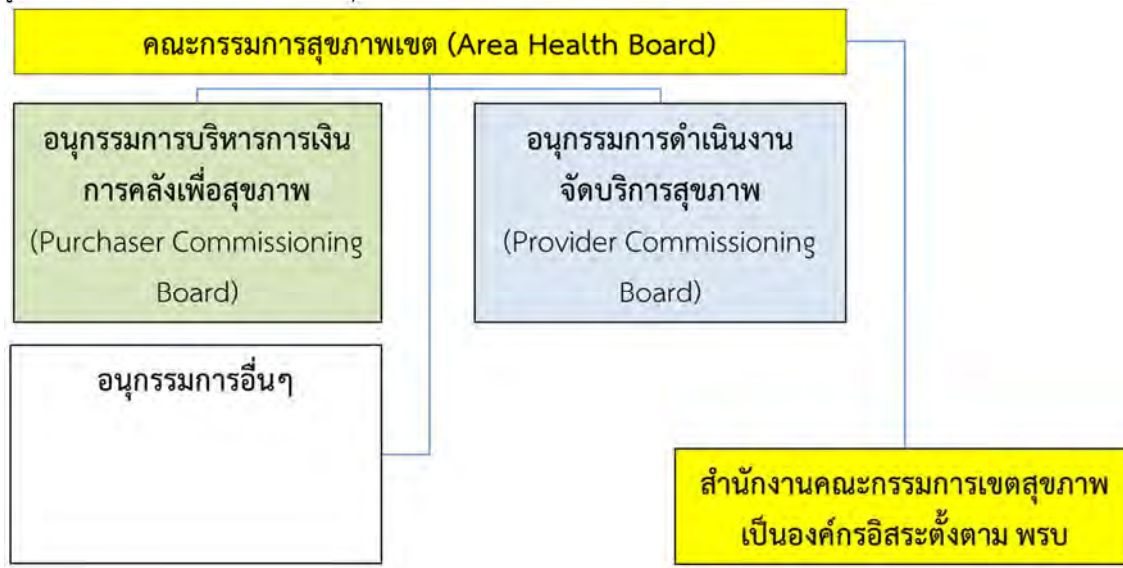
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการ

สำนักงานเลขานุการเป็นส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจเป็นการตั้งหน่วยงานใหม่ระดับกรม เนื่องจากจำเป็นต้องเป็นหน่วยงานประสานหน่วยราชการข้ามกระทรวง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ ปรับโครงสร้าง สำนักงานปลัด สธ ให้รองรับภารกิจ

ระดับเขต

คณะกรรมการสุขภาพเขต (Area Health Board) แต่งตั้งโดยคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

รูป ๕ โครงสร้างคณะกรรมการสุขภาพเขต



มีภารกิจหลัก คือ

๑. การวางแผน บูรณาการ กำกับ บริการสุขภาพ ครอบคลุม personal prevention, curative and rehabilitation care, health related social care รวมถึง สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)
๒. การส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และมีพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม

โครงสร้างคณะกรรมการเขตสุขภาพจำนวน ๑๕ คน ประกอบด้วย

ผู้ทรงคุณวุฒิ ประธาน

ผู้ทรงคุณวุฒิ รองประธาน

คณะกรรมการประกอบด้วย

ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข กลาโหม คลัง พาณิชย มหาตไทย แรงงานและสวัสดิการสังคม

ศึกษาธิการ รวม ๗ คน

ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกจังหวัด ๓ คน

ผู้ทรงคุณวุฒิด้าน เศรษฐศาสตร์ ประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย

การแพทย์ทางเลือก กฎหมาย และสังคมศาสตร์ ด้านละหนึ่งคน

ผู้แทนกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ

ผู้แทนภาคประชาชน

ผู้แทนสถานพยาบาล

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ เลขานุการ

อนุกรรมการบริหารการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ (Purchaser Commissioning Board) ตั้งโดย
คณะกรรมการเขตสุขภาพ มีภารกิจในการ

- ๑.แผนการคลังเขตระยะยาว ระยะกลาง และแผนปฏิบัติการประจำปีตามปัญหาสุขภาพของเขต
- ๒.ปรับแต่งชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน
- ๓.ปรับแต่งกลไกด้านรายรับ กลไกการจ่าย
- ๔.Risk pooling ระดับเขต,
- ๕.กำกับการจัดทำสัญญาบริการ
- ๖.กำกับและคุ้มครองสิทธิประชาชน

โครงสร้างอนุกรรมการบริหารการเงินการคลังเพื่อสุขภาพจำนวน ๑๕ คน ประกอบด้วย

- ผู้ทรงคุณวุฒิ ประธาน
- ผู้ทรงคุณวุฒิ รองประธาน
- คณะกรรมการประกอบด้วย
- ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข
- ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ผู้แทนหน่วยงานผู้รับประกัน
- ผู้แทนผู้รับบริการ
- ผู้แทนสถานพยาบาลภาครัฐ และ ภาคเอกชน
- ผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น สาขาเศรษฐศาสตร์ การเงินและการคลัง สาธารณสุข
- ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต เลขานุการ

อนุกรรมการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพ (Provider Commissioning Board)ตั้งโดย คณะกรรมการ
เขตสุขภาพ มีภารกิจ

- ๑.แผนการจัดบริการแบบเครือข่าย การส่งต่อ
- ๒.แผนกำลังคนและการกระจาย
- ๓.แผนการลงทุนในเขต และ แผนร่วมทุนระหว่างรัฐและเอกชน
- ๔.แผนพัฒนาคุณภาพบริการ

โครงสร้างอนุกรรมการดำเนินงานจัดบริการสุขภาพจำนวน ๑๕ คน ประกอบด้วย

- ผู้แทนสถานพยาบาลที่ได้รับเลือก ประธาน
- ผู้แทนสถานพยาบาลที่ได้รับเลือก รองประธาน
- คณะกรรมการประกอบด้วย
- ผู้แทนสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน
- ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข
- ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ผู้แทนกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ
- ผู้แทนภาคประชาชน
- ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข
- ผู้แทนสถานพยาบาลที่ได้รับเลือก เลขานุการ

สำนักงานเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพเขต เป็นหน่วยงานอิสระตั้งโดย พระราชบัญญัติจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติเนื่องจากต้องการความคล่องตัว และสามารถจ้างบุคลากรที่มีขีดความสามารถสูง

ระดับจังหวัด

คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด (Provincial Health Promotion and Disease Prevention Board) แต่งตั้งโดยคณะกรรมการกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติ มีภารกิจ

๑. การวางแผนบูรณาการ บริการสาธารณสุข ในจังหวัด

๒. ประสาน กำกับ การแก้ปัญหาสาธารณสุขในจังหวัด

เนื่องจาก การดำเนินงานบริการสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงงานสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องมีการประสานงานข้ามกระทรวง ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน และภาคประชาชน เช่น การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โรคระบาดจากสัตว์สู่คน สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้มักเป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ และสามารถแก้ไขได้ด้วยโครงสร้างการประสานงานและการสั่งการระดับจังหวัด

โครงสร้างคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด จำนวน ๒๕ - ๓๐ คน

ผู้ว่าราชการจังหวัด	ประธาน
รองผู้ว่าราชการจังหวัด	รองประธาน
ตัวแทนส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง	กรรมการ
ตัวแทนองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น	กรรมการ
ตัวแทนองค์กรอิสระ และ ภาคประชาชน	กรรมการ
ผู้ซื้อบริการ	กรรมการ
ผู้จัดบริการ	กรรมการ
ผู้ทรงคุณวุฒิ	กรรมการ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กรรมการและเลขาธิการ

สำนักงานเลขาธิการ ใช้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นสำนักงานเลขาธิการ เนื่องจากเป็นหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบดำเนินงานตามกฎหมายสาธารณสุขหลายฉบับอยู่แล้ว

เอกสารประกอบ ๒ ดัชนีชี้วัดผลสัมฤทธิ์

๑. แนวคิด

ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือสำคัญในการติดตามกำกับระบบบริการสุขภาพของผู้กำหนดนโยบายในระบบสุขภาพซึ่งถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบ (accountability) ตัวชี้วัดทำให้ทราบสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันและการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องใช้ในการประเมินความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ให้บริการทั้งในภาพรวมและในระดับสถานพยาบาลและเพื่อนำไปพัฒนาเชิงนโยบาย (Leatherman, ๒๐๐๑)

สมรรถนะของบริการสุขภาพสามารถประเมินได้จากการบรรลุเป้าหมายสุดท้ายของระบบสุขภาพ ๓ ประการที่องค์การอนามัยโลกระบุไว้ได้แก่ (๑) การมีสุขภาพดี (improved health) (๒) การตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน (responsiveness) ในระดับโดยรวม (overall level) และการกระจาย (distribution) และ (๓) ความเป็นธรรมทางการคลัง (fairness in financial contribution) (WHO, ๒๐๐๐)

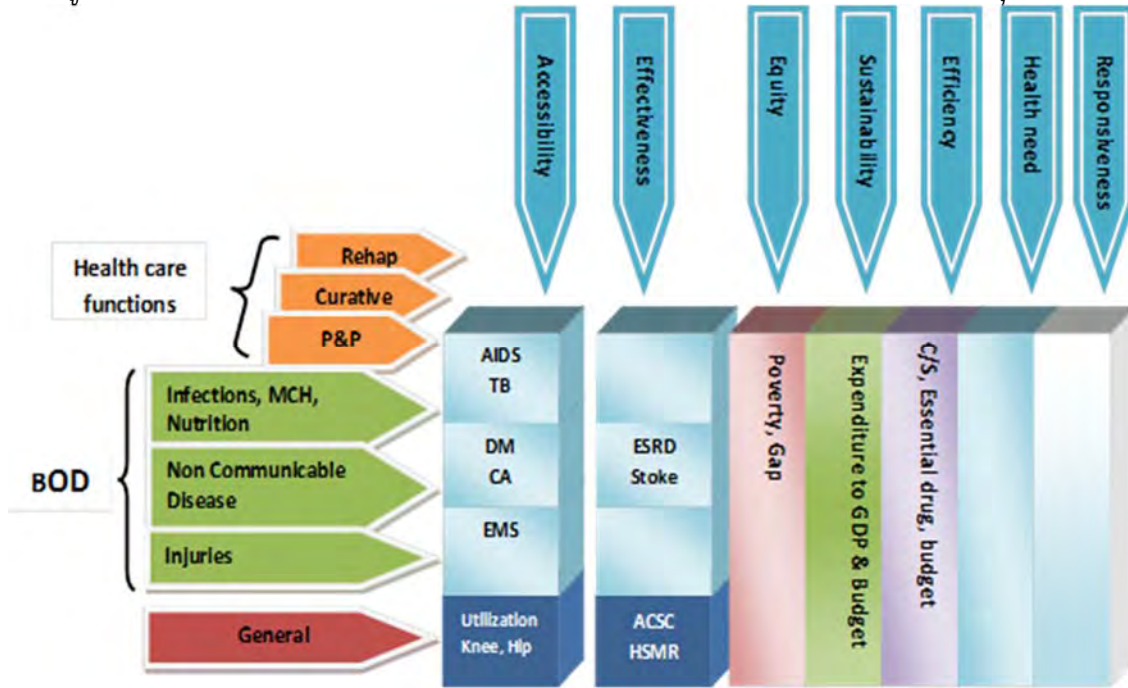
แนวคิดของการคัดเลือกตัวชี้วัดพิจารณาจากความสำคัญต่อเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพข้างต้นภายใต้ข้อจำกัดของการมีข้อมูลที่สามารถนำไปวิเคราะห์ทางสถิติได้การจัดทำตัวชี้วัดเพื่อการติดตามกำกับระบบบริการสุขภาพชุดนี้เกิดขึ้นภายใต้ความต้องการให้มีการประเมินสัมฤทธิ์ผลของการสร้างหลักประกันสุขภาพไทยตามกรอบการวิเคราะห์ ๓ มิติดังต่อไปนี้

๑) ภาระโรค (burden of disease) ของประชากรโดยครอบคลุมโรคติดต่อโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

๒) สมรรถนะ (performance) ของระบบบริการมีมิติย่อยที่ประกอบด้วยความยั่งยืน (sustainability) ประสิทธิภาพและผลิตภาพ (efficiency and productivity) ประสิทธิภาพ (effectiveness) การเข้าถึง (accessibility) ความเป็นธรรม (equity) การตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) และการตอบสนองต่อความคาดหวัง (responsiveness)

๓) การทำหน้าที่ทางบริการสุขภาพ (health care function) ซึ่งประกอบด้วยการป้องกันการรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

รูป ๖ กรอบการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับการประเมินและติดตามสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ



การคัดเลือกจะให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดที่แสดงผลลัพธ์ทางสุขภาพ (outcome indicator) ตามด้วยตัวชี้วัดที่แสดงกระบวนการ (process indicator) หรือทรัพยากรนำเข้าของระบบ (input) โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายรวมทั้งพิจารณาให้ความสำคัญในกลุ่มโรคซึ่งก่อให้เกิดภาระสูงต่อประเทศสำหรับมิติอื่นๆได้แก่ การตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและการตอบสนองต่อความคาดหวังรวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ

จากกรอบการพัฒนาตัวชี้วัด (ภาพที่ ๓) ได้นำไปสู่กระบวนการระดมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านและนักวิชาการต่างๆ ได้เป็นตัวชี้วัดสำหรับการประเมินและติดตามสมรรถนะระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทระบบสุขภาพไทยในปัจจุบันตามระดับประเทศ ราชเขต และรายจังหวัด ซึ่งสามารถสรุปได้ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ชุดตัวชี้วัดสำหรับกำกับติดตามระบบบริการสุขภาพไทย

Burden of disease	Indicators	Accessibility	Effectiveness	Equity	Sustainability	Efficiency	Health need	Responsiveness	ฐานข้อมูลที่มีอยู่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้แล้ว
Infections	โรคเอดส์								
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการตรวจวัดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเอดส์อย่างสม่ำเสมอ Rate of Adherence to CD4+ count monitoring in patients with AIDs	√							√
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการรับยาต้านไวรัสโรคเอดส์อย่างสม่ำเสมอ 		√						√

Burden of disease	Indicators	Accessibility	Effectiveness	Equity	Sustainability	Efficiency	Health need	Responsiveness	ฐานข้อมูลที่มีอยู่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้แล้ว
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก Cervical cancer screening coverage rate 	√							
	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของการได้รับวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะต้นต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด Proportion of being diagnosed with cervical cancer in situ to total patient with cervical cancer 		√						
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก Survival rate of patients with cervical cancer 		√						√
	โรคหลอดเลือดสมอง								
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการตรวจวินิจฉัยโดยการถ่ายภาพรังสีส่วนตัดด้วยคอมพิวเตอร์และการสร้างภาพด้วยเรโซแนนซ์แม่เหล็กในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. Utilization rate of CAT and MRI in patients with acute strokes 	√							√
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน Utilization rate of thrombolytic agents in patients with acute ischemic stroke 	√							√

Burden of disease	Indicators	Accessibility	Effectiveness	Equity	Sustainability	Efficiency	Health need	Responsiveness	ฐานข้อมูลที่มีอยู่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้แล้ว
	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังการรักษา Proportion of post stroke rehabilitation	√							
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการตายที่ปรับค่าความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน Risk-adjusted mortality (RAMR) rate of acute stroke		√						√
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน Survival rate of patients with acute strokes		√						√
	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน								
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน Utilization rate of thrombolytic agents in patients with acute myocardial infarction (AMI)	√							√
	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังการรักษา Proportion of post acute myocardial infarction rehabilitation	√							
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการตายที่ปรับค่าความเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน Risk-adjusted mortality rate of acute myocardial infarction		√						√

Burden of disease	Indicators	Accessibility	Effectiveness	Equity	Sustainability	Efficiency	Health need	Responsiveness	ฐานข้อมูลที่มีอยู่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้แล้ว
	Risk-adjusted mortality rate (RAMR) of acute myocardial infarction								
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน Survival rate of patients with acute myocardial infarction 		√						√
	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละเฉลี่ยของความสามารถในการทำกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลันหลังจากได้รับการรักษาฟื้นฟูสภาพเมื่อครบ ๓ เดือน Average percentage of functional status improvement in patients with acute myocardial infarction and patients with hemorrhagic stroke after receive 3 month-intermediate care 		√						
	End Stage Renal Disease								
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราผู้ป่วยในไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดรักษาทดแทนไตสม่ำเสมอ Adherence rate of receiving renal replacement therapy (RRT) in patients with end stage renal disease 	√							

Burden of disease	Indicators	Accessibility	Effectiveness	Equity	Sustainability	Efficiency	Health need	Responsiveness	ฐานข้อมูลที่มีอยู่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้แล้ว
General service	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกต่อราย Outpatient utilization rate per capita 	√							
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการให้บริการผู้ป่วยในต่อราย Inpatient utilization rate by capita 	√							
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราผู้ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อราย Health promotion and prevention (PP) utilization rate by capita 	√							
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า Knee replacement rate 	√							√
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก Hip replacement rate 	√							√
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการผ่าท้องคลอด Cesarean section rate 					√			√
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการใช้จ่ายยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ Utilization rate of essential drugs 					√			
	Ambulatory care sensitive cases (ACSC)								
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการนอนโรงพยาบาลของโรคที่ควรจะควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก 		√						√

Burden of disease	Indicators	Accessibility	Effectiveness	Equity	Sustainability	Efficiency	Health need	Responsiveness	ฐานข้อมูลที่มีอยู่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้แล้ว
	Rate of hospitalization with ambulatory care sensitive condition								
	Hospital standardized mortality ratio (HSMR)								
	<ul style="list-style-type: none"> อัตราตายมาตรฐานโรงพยาบาล Hospital standardized mortality ratio (HSMR) 		√						√
รายจ่ายด้านสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> สัดส่วนงบประมาณต่อหัวที่บริการระดับปฐมภูมิ Primary care budget per capita 					√			
	<ul style="list-style-type: none"> ผลกระทบต่อความยากจนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ Poverty impact of health payment 			√					√
	<ul style="list-style-type: none"> สัดส่วนของประชาชนที่ได้รับผลประโยชน์จากเงินอุดหนุนของภาครัฐในระบบสุขภาพ Benefit incidence analysis 			√					
	<ul style="list-style-type: none"> ช่องว่างคนจน-คนรวยในแง่แบ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ Poor-rich gap in health payment share 			√					√
	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ Total health expenditure as a percentage of GDP 				√				
	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพ ของรัฐต่องบประมาณ Government health expenditure as a percentage of government budget 				√				

เอกสารอ้างอิง

ภาษาอังกฤษ

- Donato, R. (2010). Extending transaction cost economics: Towards a synthesised approach for analysing contracting in health care markets with experience from the Australian private sector. *Social Science & Medicine*, 1989 - 1996.
- Economic Sciences Prize Committee of the Royal Swedish Academy of Sciences. (2009). *Economic Governance: Scientific Background on the Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel 2009*. Stockholm: Royal Swedish Academy of Sciences.
- Herberholz, C., & SupakankuntiCentr, S. (2015). Contracting private hospitals: Experiences from southeast and east Asia. *Health Policy*.
- Jakubowski, E., & Saltmanand, R. B. (Eds.). (2013). *The Changing National Role in Health System Governance: A case-based study of 11 European countries and Australia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Marin, G., & Street, A. (2007). A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS. *Health Policy* , 17–26.
- Williamson, O. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism*. New Press.

ภาษาไทย

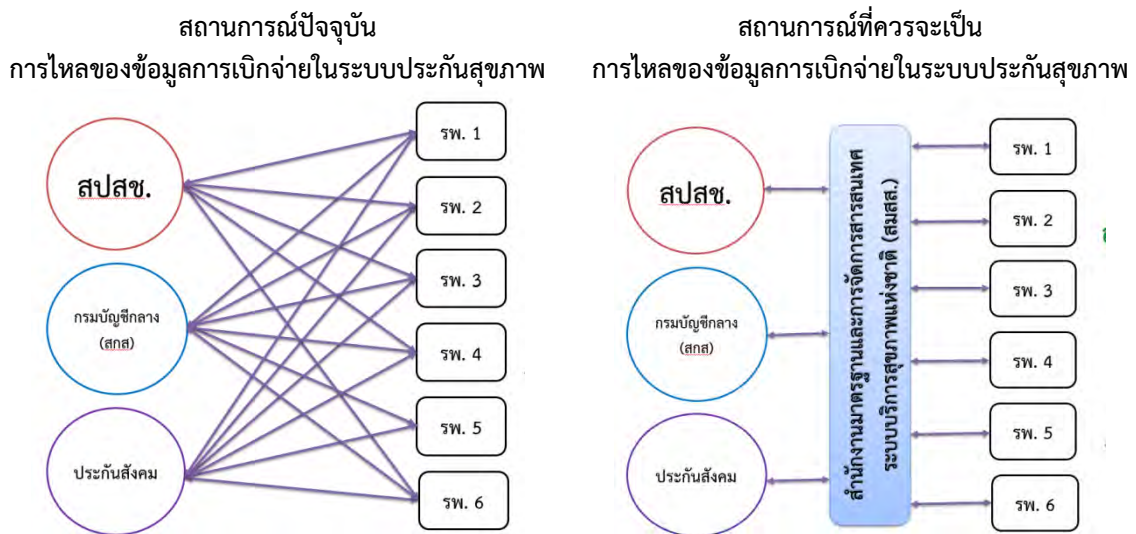
- ลีสมิทธิ, ว. (๒๕๕๔). *เขตสุขภาพ: ประสบการณ์ต่างประเทศสู่การพัฒนาในรูปแบบในประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วินัย ลีสมิทธิ, และ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (๒๕๕๓). *บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- วินัย ลีสมิทธิ, สงครามชัย ลีทองดี, วรธรรมา บำรุงเขต, และ สุธีรดา ฉิมน้อย. (๒๕๕๔). *การวิจัยและพัฒนาการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (๒๕๕๔). *บทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ ๒๑*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, ถาวร สกุลพาณิชย์, พัทณี ธรรมวันนา, และ บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ. (๒๕๕๒). *แนวทางการพัฒนาภารกิจกระทรวงสาธารณสุข สู่บทบาทผู้กำหนดนโยบายและกำกับทิศทางระบบการคลังสุขภาพของประเทศ*. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, และ ถาวร สกุลพาณิชย์. (๒๕๕๕). *สถานการณ์ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย*. ใน สุรจิต สุนทรธรรม, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์, และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (บ.ก.), *ระบบหลักประกันสุขภาพไทย*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

รายงานที่ ๓ : ข. การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ*
- การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันพบว่าการบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศการเบิกจ่ายและการบริการสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลไม่สามารถบูรณาการกันได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลบริการสุขภาพกันได้ ข้อมูลไม่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างสมควรจะเป็น ปัจจุบันพยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต้องใช้เวลาที่มากกว่าหนึ่งในสามของเวลาทำงานมาจัดการกับรายงานและข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลการเบิกจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพทั้งสามระบบซึ่งแตกต่างกัน แทนที่จะใช้เวลาเหล่านั้นไปใช้กับการดูแลรักษาผู้ป่วย การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศที่มีความหลากหลายไม่ใช้มาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นภาระให้กับสถานพยาบาลเป็นอย่างมาก



การปฏิรูประบบสารสนเทศการเบิกจ่ายและการบริการสุขภาพจึงเป็นความจำเป็นเร่งด่วนที่ประเทศควรดำเนินการ ยุทธศาสตร์สำคัญที่ควรดำเนินการคือการมีกลไกกลางการจัดการข้อมูลสารสนเทศการเบิกจ่ายและบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถดำเนินการให้ข้อมูลที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพ สามารถบูรณาการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี ข้อมูลสารสนเทศที่ได้สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและอภีบาลระบบการเบิกจ่าย การคลังสุขภาพและการบริการสุขภาพให้มีความโปร่งใส เกิดดุลยภาพระหว่างกองทุนฯ ระหว่างกองทุนกับสถานพยาบาล และระหว่างสถานพยาบาลด้วยกัน เป็นประโยชน์สำหรับการบริการประชาชน ระบบข้อมูล

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

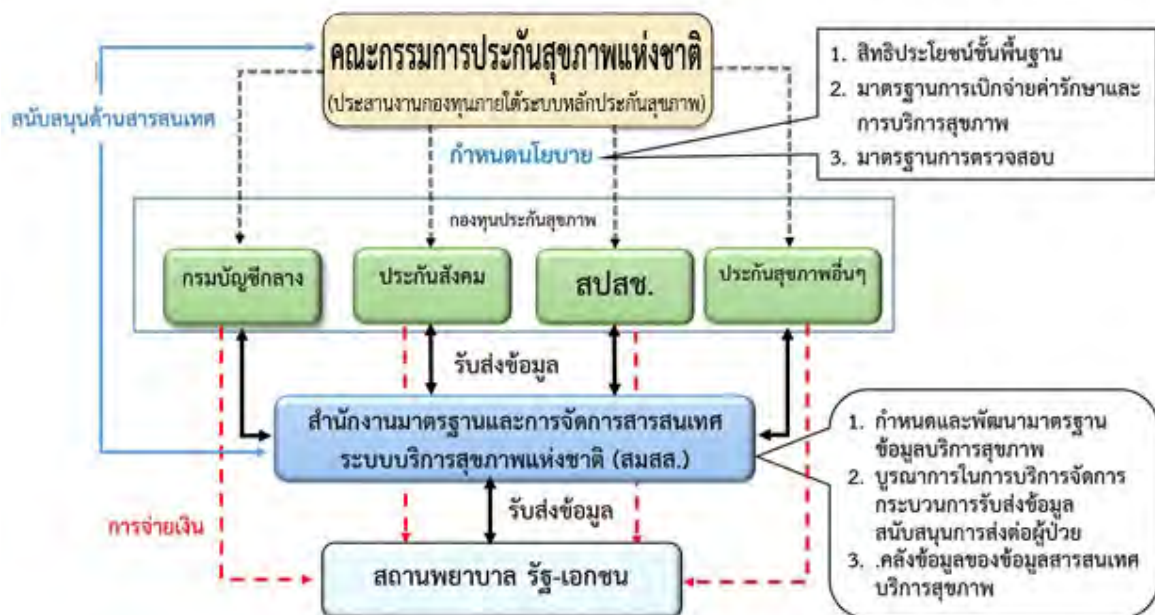
สารสนเทศที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การกำหนดทิศทางการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งไปสู่เป้าหมายการลดความเหลื่อมล้ำในสังคม

กลไกกลางที่จัดตั้งนี้ควรเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ และไม่แสวงหากำไร เป็นองค์กรที่อิสระจากหน่วยงานด้านหลักประกันสุขภาพ และหน่วยบริการ

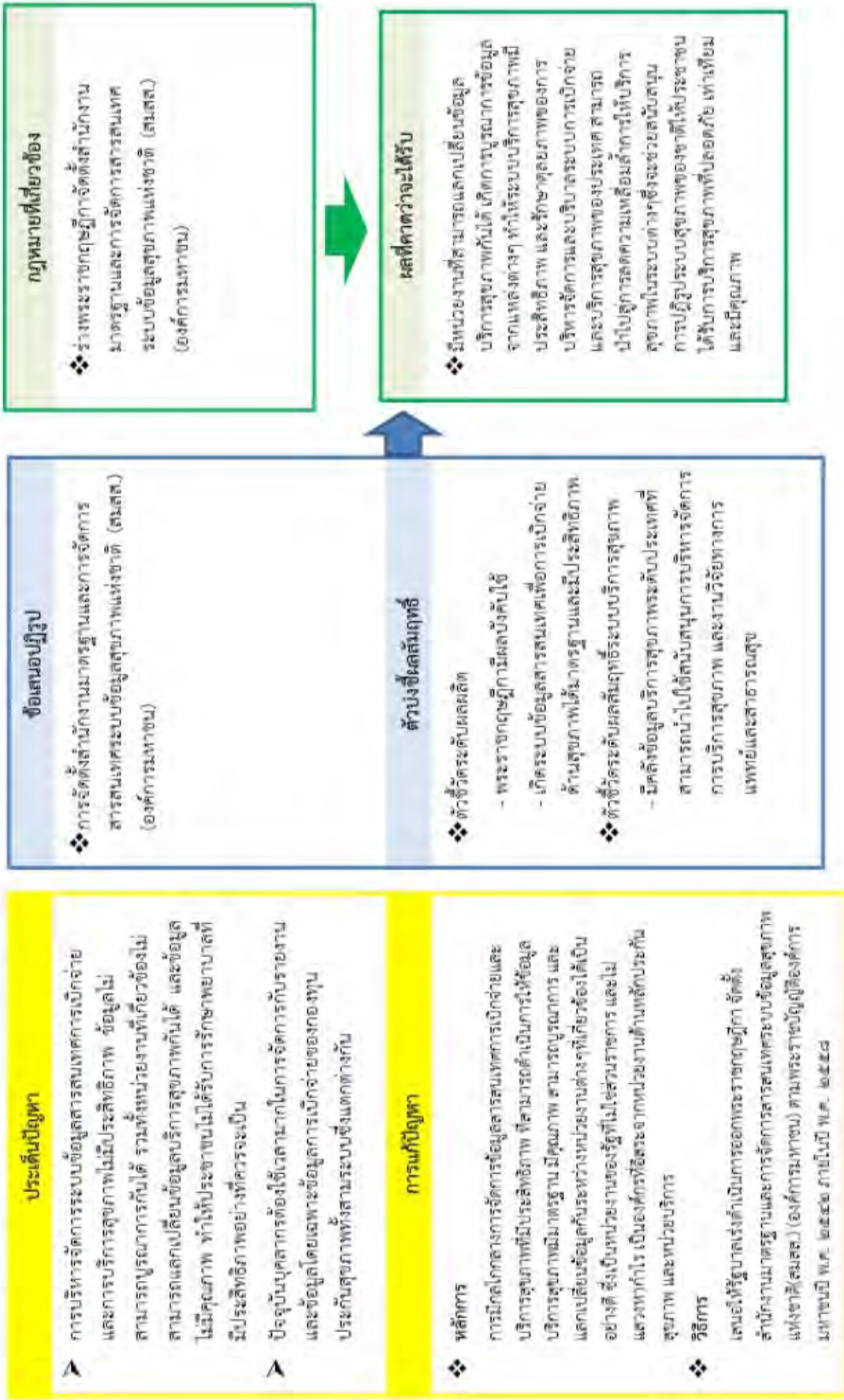
ข้อเสนอคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข มีความเห็นสอดคล้องกับ คณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ(มี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน) ซึ่งรัฐบาลแต่งตั้งเมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๕๗ โดย ที่เสนอให้รัฐบาลเร่งดำเนินการให้มีดำเนินการจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ(สมสส.) เพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกกลางในการกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการประกันสุขภาพและบริการสุขภาพ ดำเนินการให้เกิดบูรณาการกระบวนการการจัดส่งข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย และบริการสุขภาพ เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศการประกันสุขภาพ และเป็นคลังข้อมูลบริการสุขภาพที่สนับสนุนบริหารจัดการการบริการสุขภาพ และงานวิจัย เพื่อให้เกิดระบบข้อมูลสารสนเทศการประกันสุขภาพและการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส และช่วยลดภาระงานของสถานพยาบาลในการจัดการข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพ สมสส. นอกจากนี้จะเป็นประโยชน์กับการบูรณาการการทำงานของกองทุนประกันสุขภาพแล้ว ยังจะทำให้เกิดและรักษาคุณภาพของการบริหารจัดการและบริหารระบบการเบิกจ่าย และบริการสุขภาพของประเทศ สามารถนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการสุขภาพในระบบต่างๆ ทั้งยังเป็นจุดตั้งต้นและการวางรากฐานของการพัฒนาระบบสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศในภาพใหญ่ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่ปลอดภัยเท่าเทียมมีคุณภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านระบบบริการสุขภาพกับสำนักงานมาตรฐานและการจัดการข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.)



ระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ : การจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.)



ข. การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
: การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพ

ตามที่ที่ประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ได้ลงมติตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๘๐ วรรคสาม (๑๘) โดยมีอำนาจหน้าที่ศึกษา วิเคราะห์ จัดทำแนวทางและข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิรูปด้านสาธารณสุขให้สัมฤทธิ์ผล รวมทั้งมีอำนาจหน้าที่อื่นตามที่สภาปฏิรูปแห่งชาติมอบหมายนั้น

ต่อมาคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้มีการระดมความคิดเห็น และพิจารณาศึกษาปัญหาต่างๆ ด้านสาธารณสุข คณะกรรมการฯ พบว่า การปฏิรูประบบสาธารณสุขจะต้องมีความเชื่อมโยงทั้งระบบ โดยมีการพิจารณาจากสถานการณ์สาธารณสุขของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพควรมีประชาชนเป็นฐาน และเชื่อมโยงกันทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ แต่จะเน้นหนัก และให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งของเครือข่ายบริการ ที่จะเกิดจากความดูแลสุขภาพชุมชน ด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคคล ชุมชน และหน่วยงานในท้องถิ่น

นอกจากนี้ การปฏิรูประบบสาธารณสุขจะเน้นสร้างนำซ่อม และมุ่งเน้นพัฒนาของระบบบริการ เช่น การวางแผนพัฒนากำลังพล การเสริมสร้างสุขภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นต้น และการมีระบบการเงินการคลังที่ดี และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกันของข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ และระบบการส่งต่อผู้ป่วย

อีกทั้ง การสื่อสารและระบบสั่งการกรณีฉุกเฉิน การมีนโยบายที่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชน ชุมชน และสังคมโดยรวมไทย โดยมีกลไกในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการพัฒนาไปสู่ เมืองสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนและส่งเสริม รักษา และอนุรักษ์ภูมิปัญญาของประเทศ โดยเฉพาะการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย

จากการพิจารณาศึกษาดังกล่าวข้างต้นของคณะกรรมการฯ จึงนำมาสู่การจัดตั้งคณะอนุกรรมการฯ ในคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ๕ คณะ และคณะทำงาน ๑ คณะดังนี้

๑. คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
๒. คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ
๓. คณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณสุข
๔. คณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย
๕. คณะอนุกรรมการปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพ
๖. คณะทำงานระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ

คณะอนุกรรมการและคณะทำงานแต่ละคณะที่จัดตั้งขึ้นจึงได้ทำการพิจารณาศึกษาเพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุข ตามกรอบที่คณะกรรมการได้ทำการพิจารณาศึกษาไว้ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ในการนี้ คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการสุขภาพ ซึ่งเป็นคณะอนุกรรมการคณะหนึ่ง จึงได้นำเสนอผลการพิจารณาเพื่อนำเป็นข้อเสนอในการปฏิรูปที่สามารถดำเนินการได้เลยต่อคณะกรรมการฯ

บัดนี้ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาเรื่อง **การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศ** แล้วเสร็จ จึงขอเสนอรายงานผลการศึกษาให้สภาปฏิรูปแห่งชาติทราบ ตามข้อบังคับการประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๘๐ วรรคสาม (๑๘) โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. หลักการและเหตุผล

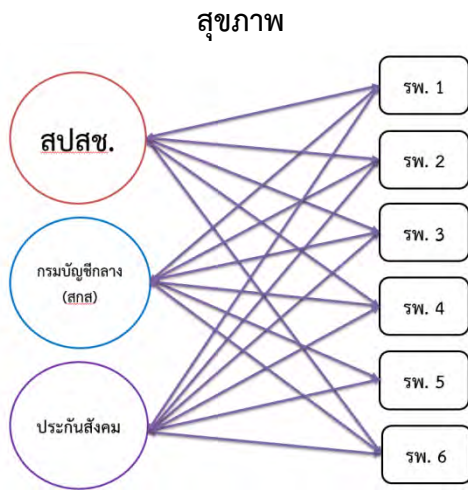
ประเทศไทยจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๕ เป็นต้นมา โดยผ่านการบริหารจัดการของสามระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นการจัดหลักประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐ จำแนกตามอาชีพ ปัจจุบันทั้งสามหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลสามระบบประกันสุขภาพ มีการบริหารจัดการงบประมาณ และระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านบริการสุขภาพของระบบ ภายใต้กฎหมายที่แตกต่างกัน และมีทิศทางเป้าหมายที่มีแผนมุ่งเน้นการดำเนินงานที่แตกต่างกัน รวมทั้ง มีการกำหนดวิธีการจ่ายเงิน อัตราการจ่ายค่าบริการ และใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศที่แตกต่างกัน ส่งผลให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจในการจัดบริการแก่ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพทั้งสามระบบแตกต่างกัน อีกทั้งเกิดภาระในการจัดการข้อมูลสารสนเทศเป็นอย่างมาก การบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพยังไม่ไปในทิศทางเดียวกัน และข้อมูลมีข้อจำกัดต่อการบูรณาการสารสนเทศระหว่างกัน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ

อย่างไรก็ดี ระบบประกันสุขภาพหลัก ๓ ระบบข้างต้น มีที่มา วัตถุประสงค์ และแหล่งที่มาของงบประมาณแตกต่างกัน การรวมกองทุนประกันสุขภาพ ๓ กองทุน ให้เป็นกองทุนเดียวจึงเป็นไปได้ยาก การปฏิรูปเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการบริการสุขภาพสำหรับกองทุนสุขภาพต่างๆ จำเป็นต้องมีการกำหนดรูปแบบการอภิบาลระบบที่ดี มีความโปร่งใสต่อสังคม และการกำหนดทิศทางการจัดบริการที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งการปฏิรูปดังกล่าวข้างต้นต้องการระบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากระบบสารสนเทศได้ใช้ประโยชน์ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลระหว่างกันได้ ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีระบบสารสนเทศบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการปฏิรูประบบสารสนเทศบริการสุขภาพจึงเป็นหนึ่งในประเด็นที่สำคัญของการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพของไทย

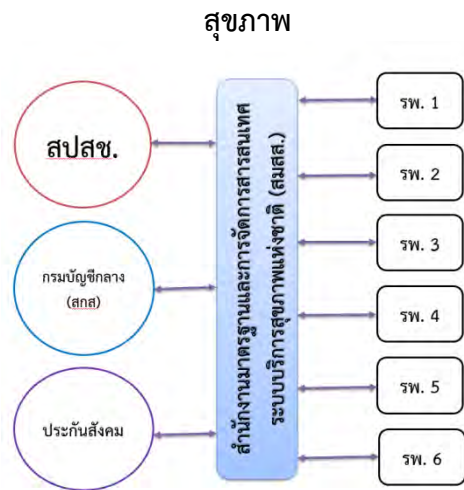
ปัจจุบันพบว่าการบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศการเบิกจ่ายและการบริการสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลไม่สามารถบูรณาการกันได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลบริการสุขภาพกันได้ ข้อมูลไม่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนไม่ได้รับการรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างสมควรจะเป็น ปัจจุบันพยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยต้องใช้เวลากว่าหนึ่งในสามของเวลาทำงานมาจัดการกับรายงานและข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลการเบิกจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพทั้งสามระบบซึ่งแตกต่างกัน แทนที่จะใช้เวลาเหล่านั้นไปใช้กับการดูแลรักษาผู้ป่วย การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศที่มีความหลากหลายไม่ใช้มาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นภาระให้กับสถานพยาบาลเป็นอย่างมาก

ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศที่สำคัญคือ การมีกลไกกลางในการจัดการข้อมูลสารสนเทศการเบิกจ่าย และสารสนเทศการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกันในด้านมาตรฐานข้อมูล มาตรฐานเกณฑ์การเบิกจ่าย และมาตรฐานการรับส่งข้อมูลสำหรับใช้งานกับทุกกองทุนฯ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการอภิบาลระบบที่ดี มีความโปร่งใสต่อสังคม และสามารถกำหนดทิศทางการจัดบริการให้มุ่งลดความเหลื่อมล้ำ และยังเป็นยุทธศาสตร์ที่สามารถดำเนินการสนับสนุนการปฏิรูปด้านสาธารณสุขได้ทันทีในสถานการณ์ปัจจุบัน

สถานการณ์ปัจจุบัน
การไหลของข้อมูลการเบิกจ่ายในระบบประกัน



สถานการณ์ที่ควรจะเป็น
การไหลของข้อมูลการเบิกจ่ายในระบบประกัน



นอกจากนี้ การมีกลไกกลางในการจัดการข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศดังกล่าวข้างต้น จะเป็น ประถมบทของการขยายไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุนสุขภาพหลัก และในโอกาสต่อไปจะต้องมีการขยายภาระ งานของศูนย์ข้อมูลดังกล่าวนี้ไปยังส่วนอื่นด้วย เช่น ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลหน่วยบริการ หรือข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย ต่าง ๆ เพิ่มเติม และอาจเพิ่มเป็นข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณด้านสุขภาพของแต่ละกองทุนได้ เช่น การจัดการ ทรัพยากรบุคคล การจ่ายค่าตอบแทน เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้ง เป็นการเริ่มต้นเพื่อการวางระบบ ต่อไป อีกในอนาคต ซึ่งการนำเสนอให้มีการจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการข้อมูลสารสนเทศระบบบริการ สุขภาพแห่งชาติ ครั้งนี้จะเป็นขั้นแรก ซึ่งเป็นการเริ่มต้นเพื่อการวางระบบ ต้องมีการตรวจสอบการดำเนินงานเป็นระยะ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงาน เพื่อขยายและปรับปรุงเพื่อรองรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สมบูรณ์ ยิ่งขึ้นต่อไป

๒. ประเด็นปฏิรูป

การปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศ จำเป็นต้องทำการปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการ สุขภาพของประเทศ ให้เกิดกลไกกลางในการจัดการข้อมูลสารสนเทศและสารสนเทศการบริการสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการให้ข้อมูลที่มีมาตรฐาน มีคุณภาพ สามารถบูรณาการ และแลกเปลี่ยน ข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี ข้อมูลสารสนเทศที่ได้สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการและอภีการระบบการเบิกจ่าย การคลังสุขภาพและการบริการสุขภาพให้มีความ โปร่งใส เกิดดุลยภาพระหว่างกองทุนฯ ระหว่างกองทุนกับสถานพยาบาล และระหว่างสถานพยาบาล ด้วยกัน เป็นประโยชน์สำหรับการบริการประชาชน ระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การ กำหนดทิศทางการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งไปสู่เป้าหมายการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมที่จะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการอภีการระบบสุขภาพที่ดี มีความโปร่งใสต่อสังคม และสามารถกำหนดทิศทางการจัดบริการให้ มุ่งลดความเหลื่อมล้ำการเบิกจ่าย และเพื่อให้เกิดมาตรฐานระบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของ ประเทศ

๓. วิธีการพิจารณาศึกษาวิเคราะห์

คณะกรรมการการปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้พิจารณาเห็นว่า การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศ บริการสุขภาพ มีความสำคัญและจำเป็นต่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศ และได้มอบหมายให้ คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารระบบบริการสุขภาพ ดำเนินการศึกษาตามวิธีการดังนี้

๑. ศึกษารวบรวมวิเคราะห์ผลการศึกษา ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และเอกสารการศึกษาของ วุฒิสภาชุดที่ผ่านมา ที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลสารสนเทศระบบสุขภาพ (Health Information Systems) และสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ (Healthcare Information Systems) ของประเทศ (เอกสารแนบ ๑, เอกสารแนบ ๒, เอกสารแนบ ๒.๑, เอกสารแนบ ๓)

๒. เชิญนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารและหน่วยงานด้านระบบข้อมูลสารสนเทศระบบสุขภาพ (Health Information Systems) และสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ (Healthcare Information Systems) มาให้ข้อมูล และความเห็น พร้อมทั้งการสอบถาม รับฟังความคิดเห็นผู้ที่เกี่ยวข้อง (Stakeholders) และผู้เกี่ยวข้องกับ ระบบบริการสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพ และระบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (เอกสารแนบ ๔)

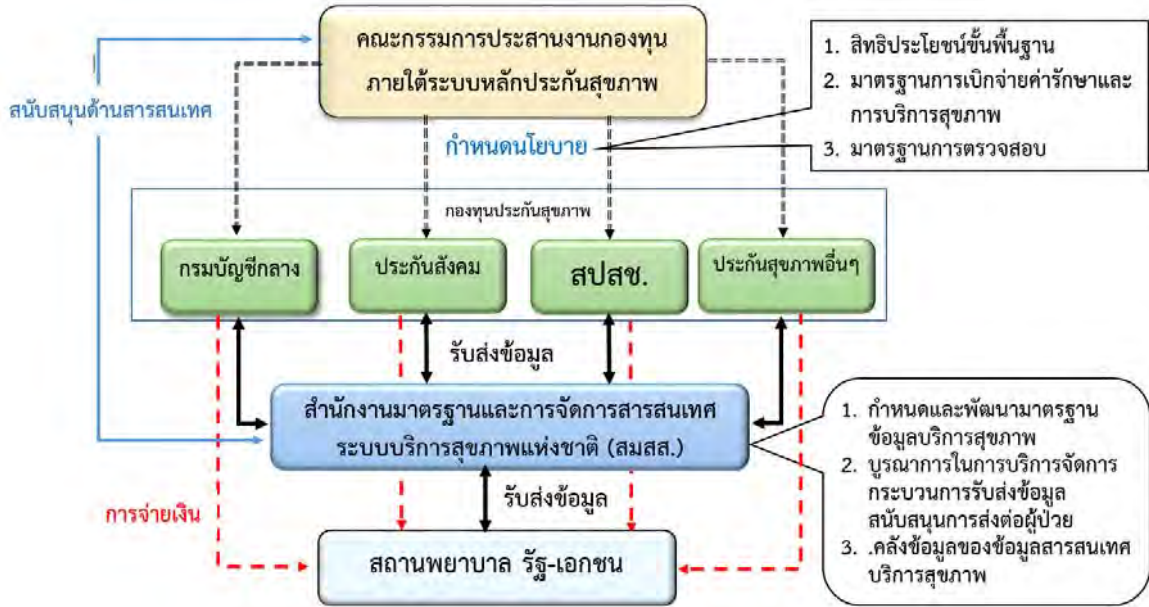
๓. ศึกษาดูงานในพื้นที่ ที่สาธารณสุขเขต ๘ โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี จากนั้นจึงนำผลที่ได้พิจารณาศึกษาวิจัยเข้ามาพิจารณาในการประชุมคณะกรรมการการปฏิรูป ระบบสาธารณสุข สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ อีกชั้นหนึ่ง

๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์

ตามที่คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาเรื่องการปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของ ประเทศ ได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ ศึกษารวบรวม วิเคราะห์ผลการศึกษา ผลงานวิจัย เอกสาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสรุปได้ดังนี้

๔.๑. ความพยายามในการดำเนินการให้เกิดกลไกกลางในการจัดการข้อมูลสารสนเทศการเบิกจ่าย และสารสนเทศระบบบริการสุขภาพในอดีต มีมาแล้วในระดับหนึ่ง จนกระทั่งถึงการดำเนินการของรัฐบาล ปัจจุบัน ซึ่งรัฐบาลปัจจุบันได้แต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยมี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธานมีรัฐมนตรีว่าการฯ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข หัวหน้าหรือตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพ และผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการ ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางเพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงาน ของกองทุนประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และในเดือน ธันวาคม ๒๕๕๗ คณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ได้มีมติเสนอให้รัฐบาลดำเนินการให้มี องค์กรที่จะเป็นกลไกกลางในการกำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการประกันสุขภาพและเป็น ศูนย์กลางการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศการประกันสุขภาพ ให้เกิดระบบสารสนเทศการประกัน สุขภาพและบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส และลดภาระสถานพยาบาลในการจัดการด้าน ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญให้เกิดและรักษาคุณภาพของการอภิบาล ระบบหลักประกันสุขภาพระหว่างกองทุนด้วยกัน ระหว่างกองทุนกับสถานพยาบาล และระหว่าง สถานพยาบาลด้วยกันเอง โดยเฉพาะค่าใช้จ่าย คุณภาพ และความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์และการ ให้บริการสุขภาพ ให้มีโครงสร้างและหน้าที่ดังในแผนภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านระบบบริการสุขภาพกับ สำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.)



๔.๒. จากการศึกษาพบว่า กลไกกลางที่จัดตั้งนี้ควรเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ และไม่แสวงหากำไร เป็นองค์กรที่เป็นอิสระจากหน่วยงานด้านหลักประกันสุขภาพและสถานพยาบาล ซึ่งคณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพได้แต่งตั้งคณะทำงานนำร่างพระราชกฤษฎีกาที่ดำเนินการค้างอยู่ มาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเป็นร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง “สำนักงานมาตรฐานและการจัดการข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ” (สมสส.) เป็นองค์การมหาชนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ

(๑) กำหนดและพัฒนามาตรฐานข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพสามารถแลกเปลี่ยนกันได้ ทุกระดับระหว่างกองทุน สถานพยาบาล และผู้รับบริการ

(๒) ให้มีบูรณาการในการบริหารจัดการกระบวนการรับส่งข้อมูล ข้อความ สารสนเทศเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ โดยมีศูนย์กลางเครือข่ายการรับส่งและส่งข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานบริหารระบบประกันสุขภาพหรือกองทุนหรือสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพ

(๓) สนับสนุนให้กองทุนมีสารสนเทศระบบบริการสุขภาพและข้อมูลสารสนเทศในการกำหนดนโยบาย สิทธิประโยชน์ และการเบิกจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ

(๔) ให้มีคลังข้อมูลของข้อมูลสารสนเทศระบบบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนกองทุน สถานพยาบาล หน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรเพื่อสาธารณสุขประโยชน์อื่น และนักวิจัยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการวิเคราะห์ การบริหารจัดการข้อมูล และงานการศึกษาวิจัยทางสุขภาพ โดยมีกระบวนการควบคุมอย่างเหมาะสมให้เป็นไปตามกฎหมาย

๕. ข้อเสนอปฏิรูปและแนวทางการดำเนินการ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข มีความเห็นสอดคล้องกับ คณะกรรมการประสานงานกองทุนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ(มี ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา เป็นประธาน) ซึ่งรัฐบาลแต่งตั้งเมื่อวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๕๓ โดย ที่เสนอให้รัฐบาลเร่งดำเนินการออกพระราชกฤษฎีกา จัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ(สมสส.) (องค์การมหาชน) ตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชนปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ภายในปีงบประมาณ ๒๕๕๘

๖. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

การจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ(สมสส.) (องค์การมหาชน) จะทำให้ประเทศมีกลไกกลางในการทำหน้าที่

- ๑ กำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการประกันสุขภาพและบริการสุขภาพ
- ๒ ทำให้เกิดการบูรณาการกระบวนการจัดส่งข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายและบริการสุขภาพ
- ๓ เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศการประกันสุขภาพ และ
- ๔ เป็นคลังข้อมูลบริการสุขภาพที่สนับสนุนบริหารจัดการการบริการสุขภาพ และงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข

ผลลัพธ์ที่ได้จากการมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดังกล่าวจะทำให้

- ๑). เกิดระบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลบริการสุขภาพกันได้ เกิดการบูรณาการข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ซึ่งจะทำให้ระบบบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส
- ๒). ช่วยลดภาระงานของสถานพยาบาลในการจัดการข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพ
- ๓). ทำให้เกิดและรักษาคุณภาพของการบริหารจัดการและบริหารระบบการเบิกจ่ายและบริการสุขภาพของประเทศ สามารถนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการสุขภาพในระบบต่างๆ
- ๔). เป็นจุดตั้งต้นและการวางรากฐานของการพัฒนาระบบสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศในภาพใหญ่ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่ปลอดภัย เท่าเทียมมีคุณภาพ

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จตามผลลัพธ์

๑. ข้อมูลบริการสุขภาพของประเทศไทยมีมาตรฐานที่ครอบคลุมทุกมิติของมาตรฐานข้อมูลทางด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับมาตรฐานสากล ได้แก่

- มาตรฐานชุดข้อมูลแกนหลัก (Core data sets standards) เช่น มาตรฐานชุดข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วย
- มาตรฐานความหมายของข้อมูล (Semantic standards) เช่น มาตรฐานรายการยาและรหัสยา มาตรฐานรายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มาตรฐานศัพท์แพทย์
- มาตรฐานรูปแบบของข้อมูล (Syntactic standards) มาตรฐานรูปแบบการส่งข้อมูลเวชระเบียน

- มาตรฐานการรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวข้อมูลสุขภาพ (Security and privacy standards) มาตรฐานการเข้ารหัสข้อมูลสุขภาพ

๒. การทำงานซ้ำซ้อนด้านข้อมูลลดลง ข้อมูลมีบูรณาการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยบริการ และกองทุนประกันสุขภาพ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลบริการสุขภาพกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. เวลาและภาระงานในการจัดการข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพ ของผู้ให้บริการ นำเวลาดังกล่าวไปใช้ดูแล และบริการผู้ป่วยให้การบริการมีคุณภาพ

๔. มีคลังข้อมูลบริการสุขภาพระดับประเทศที่สามารถนำไปใช้สนับสนุนการบริหารจัดการการบริการสุขภาพ และงานวิจัย ทางการแพทย์และสาธารณสุข

รายงานที่ ๓ : ค. การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ*

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยโดยนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะสามารถทำให้ประชากรทั้งหมดสามารถมีหลักประกันด้านสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วไป แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นและกำลังเพิ่มความรุนแรงขึ้น คือ ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายจากเงินภาษีเกือบทั้งหมดเติบโตเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจอาจส่งผลถึงหนี้สาธารณะที่อาจเพิ่มขึ้นจนเป็นปัญหาในอนาคตอันใกล้ รวมทั้ง ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นำมาซึ่งโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั้งหมดมากกว่า ร้อยละ ๗๐ คือ ค่ารักษาพยาบาล สัดส่วนของเงินที่จ่าย เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียังมีสัดส่วนต่ำมาก จึงเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้รับบริการรักษาพยาบาลในสามกองทุนใหญ่ คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังมีความแตกต่างกัน และการศึกษาวิจัยต่อมาก็แสดงถึงความแตกต่างในผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างผู้ป่วยของสามกองทุนด้วยเช่นกัน ซึ่งอาจเป็นจากคุณภาพของการรักษาพยาบาล และการเข้าถึงการรักษาด้วย จากการศึกษาจากงานวิจัย รายงานขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลของผู้ทรงคุณวุฒิ สามารถนำมาประมวล เพื่อเสนอการปฏิรูปด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเพียงพอ คุ้มค่า มีประสิทธิภาพ ยั่งยืน และลดความเหลื่อมล้ำ โดยมีการปฏิรูปที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

๑) การบูรณาการ การบริหารจัดการสามกองทุนหลัก ภายใต้หน่วยงานเดียวกัน เพื่อความโปร่งใสในการบริหารการเงิน การจัดทำสิทธิประโยชน์พื้นฐานกลาง สำหรับประชาชนชาวไทยทุกคน การติดตามตรวจสอบคุณภาพของการรักษาพยาบาล เปรียบเทียบระหว่างสามกองทุนและผลลัพธ์ของการรักษา เพื่อปรับปรุงแก้ไขอย่างทันการ

๒) การแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่าย โดยให้มีการประกันสุขภาพของประชาชนที่มีศักยภาพเพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่าที่สามารถ และสามารถมีทางเลือกสำหรับการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น

๓) เพิ่มเติมรายได้เข้าสู่ระบบสุขภาพ โดยใช้ระบบภาษีผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่เป็นภัยต่อสุขภาพ จัดการให้แรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพให้มากขึ้น รวมทั้งประกันสุขภาพนักท่องเที่ยว การพัฒนาแผนไทยให้มีคุณภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาต่างประเทศ และสนับสนุนการร่วมลงทุนด้านสุขภาพ ระหว่างภาครัฐและเอกชน

๔) การบริหารจัดการการเงิน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุ้มค่า โดยการบริหารแบบเขตสุขภาพที่ใช้ทรัพยากรร่วมกัน ภายในเขตสุขภาพ การแยกงบประมาณเงินเดือนบุคลากรออกจากงบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและเพิ่มงบประมาณด้านการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น และให้โรงพยาบาลของรัฐปรับเปลี่ยนระบบการทำงานให้ยืดหยุ่นมากขึ้น เพื่อเพิ่มรายได้และอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

- ประเด็นปัญหา**
- ❖ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเติบโตเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจ
 - ❖ บริการสุขภาพยังมีปัญหาในด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ และความคุ้มค่า
 - ❖ ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลมากกว่าด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
 - ❖ กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐซึ่งสามารถมีกำไรแยกส่วน ไม่เหมือกันทั้งระดับการจ่ายและวิธีการจ่าย

- การแก้ปัญหา**
- หลักการ**
- ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ที่เพียงพอ คุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน
- วิธีการ**
- ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ แก่ประชาชนในประเทศ
 - สร้างความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ
 - เสริมสร้างประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการใช้งบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ
 - พัฒนาระบบสุขภาพอื่นๆ เพื่อสนับสนุนความยั่งยืนของการเงินการคลังด้านสุขภาพ

- ข้อเสนอปฏิรูป**
1. บูรณาการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ
 2. บูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศการบริการสุขภาพและการเบิกจ่ายให้มีประสิทธิภาพ
 3. พัฒนาลิขสิทธิ์ระบบพื้นฐานด้านสุขภาพที่เฉพาะของประชาชนทุกคน
 4. เพิ่มภาคีอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นภัยต่อสุขภาพ
 5. เพิ่มการประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรต่าง ๆ
 6. พัฒนาการแพทย์แผนไทยสู่งานกับแพทย์แผนปัจจุบัน
 7. การรวมเงินทุนด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน
 8. การบริหารจัดการบริการสุขภาพ โดยใช้ระบบบริการสุขภาพ
 9. เพิ่มงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้มากขึ้น
 10. สร้างระบบสนับสนุนอื่นๆ เพื่อความยั่งยืนของการคลังด้านสุขภาพ โดยพัฒนาระบบอื่นควบคู่ไปด้วย ที่สำคัญ คือ
 - สร้างระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สำหรับประชาชน
 - ระบบบริการสุขภาพที่เน้นระบบบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ
 - การกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นสัดส่วนที่ตรงกับความต้องการของประชาชน

- ตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์**
- ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในทุกกองทุนสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน และมีแนวโน้มที่ดีขึ้นกว่าในอดีต
 - รายได้เข้ามาสู่ระบบสุขภาพ หรือเข้ากองทุนสุขภาพมากขึ้น
 - โรงพยาบาลรัฐขาดทุนลดลง
 - ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลดลง
 - ความร่วมมือในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ
 - จำนวนปีที่ผู้มีชีวิตอย่างมีสุขภาพ (Healthy Life Years) ของประชาชนไทยเพิ่มขึ้น

- กฎหมายที่เกี่ยวข้อง**
- ร่าง พ.ร.บ. จัดตั้งองค์การกำกับกับระบบประกันสุขภาพ
 - ร่าง พ.ร.บ. ประมวลกฎหมายสรรพสามิต
 - พระราชบัญญัติ จัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ (สมชส.)
 - พ.ร.บ.การบริหารจัดการเขตสุขภาพ
 - ปรับแก้ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
- ประชาชนทุกคนมีสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้โดยมีความเสมอภาคกันในทุกกองทุน
 - ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
 - ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้นในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล
 - ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้มีการตรวจสอบโปร่งใส ไร้การเบียดเบียน ทำให้การจ่ายเงินด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพ
 - มีความเชื่อมโยงของสถานบริการและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงทุติยภูมิ และภายนอกเขตบริการ
 - ระบบบริการสุขภาพของแต่ละเขตมีการใช้ทรัพยากรบริการสุขภาพร่วมกันเพิ่มมากขึ้น และเอกชน อย่างไม่ประสิทธิภาพ

ค. การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

๑. หลักการและเหตุผล

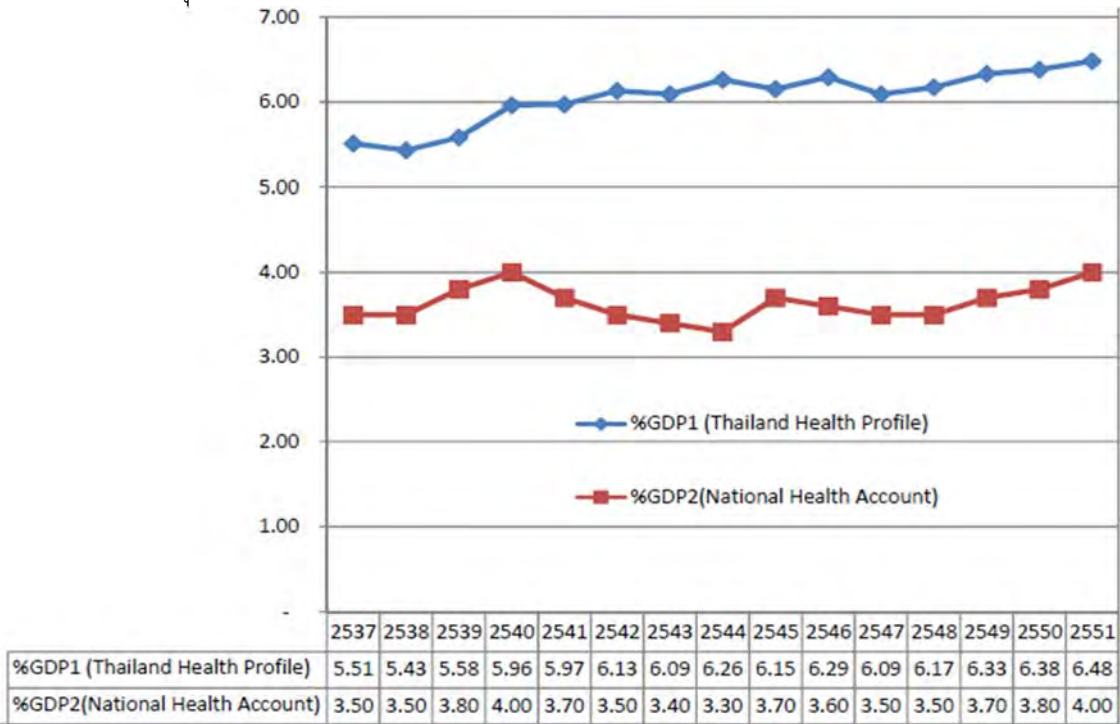
๑.๑ สถานการณ์ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ

สถานการณ์และแนวโน้มการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศไทยพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเติบโตเร็วกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพที่ประมาณการ จากบัญชีประชาชาติ (National Account) จัดทำโดยกองบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่าประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพในปี ๒๕๔๔ เท่ากับ ๓๒๑,๒๓๙ ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น ๕๘๘,๑๕๔ ล้านบาท ในปี ๒๕๕๑ หรือเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๖.๒๖ เป็นร้อยละ ๖.๔๘ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ในช่วงเวลาเดียวกันในขณะที่การศึกษาบัญชีสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account) ซึ่งจัดทำโดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุขระบุว่าประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพในปี ๒๕๔๔ เท่ากับ ๑๗๗,๑๐๓ ล้านบาท และเพิ่มเป็น ๓๖๗,๗๖๗ ล้านบาทในปี ๒๕๕๑ หรือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๓ เป็นร้อยละ ๔.๐ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ในช่วงเวลาเดียวกันซึ่งข้อมูลระดับรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยจากสองแหล่งต่างกันประมาณ ๒% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) เกิดจากความแตกต่างในการประมาณการรายจ่ายสุขภาพภาคเอกชนเป็นหลัก ส่วนระดับรายจ่ายภาครัฐของทั้งสองแหล่งใกล้เคียงกันมาก (ภาพที่ ๑)

และจากการศึกษาบัญชีสุขภาพแห่งชาติ โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ล่าสุดพบว่า สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมต่อรายได้ประชาชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ คิดเป็นร้อยละ ๔.๑ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. ๒๕๕๓ ที่มีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมต่อรายได้ประชาชาติเป็นร้อยละ ๓.๗ ทั้งนี้ สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมต่อรายได้ประชาชาติในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดตั้งแต่มีการศึกษามาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๗ (ภาพที่ ๒) โดยที่รายจ่ายสุขภาพรวมต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ คิดเป็น ๒,๑๖๐ บาท เพิ่มขึ้นเป็น ๖,๗๗๗ บาทในปีพ.ศ. ๒๕๕๔^๑

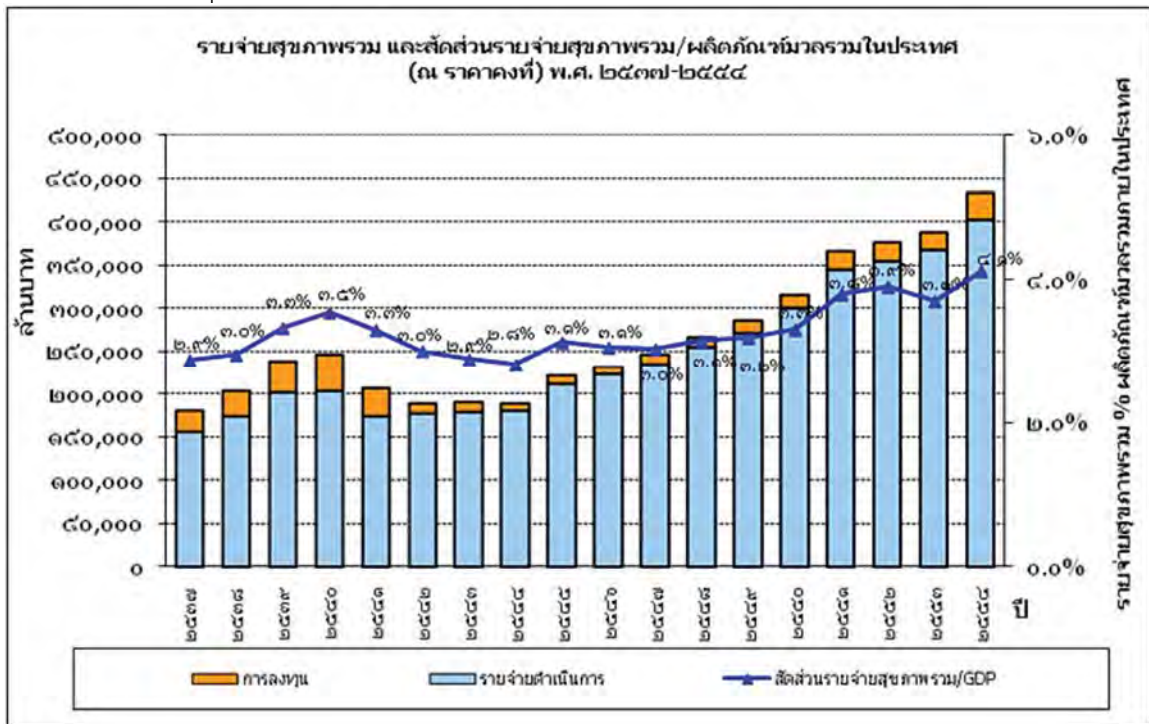
^๑ การจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยพ.ศ.๒๕๕๔ (National Health Account of Thailand, ๒๐๑๑-NHA๗) ครั้งนี้เป็นระยะที่ ๗ โดยเป็นการจัดทำข้อมูลเพิ่ม ๑ ปี คือปีพ.ศ. ๒๕๕๔ และปรับปรุงข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๓ใหม่โดยปรับปรุงข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นองค์กรไม่แสวงหากำไรให้บริการครัวเรือนและความช่วยเหลือจากต่างประเทศให้มีอนุกรมข้อมูลที่ต่อเนื่อง ๑๘ ปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๔ผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยผู้แทนจากสสช. สศช. กรมบัญชีกลางสำนักงานคณะกรรมการกำกับนโยบายรัฐวิสาหกิจกระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) กระทรวงแรงงานสนย. กระทรวงสาธารณสุขสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและ IHPP

ภาพที่ ๑ รាយจ่ายสุขภาพรวมต่อ GDP ระหว่าง พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๑



ที่มา: ๑. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทยพ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๓
 ๒. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ๒๕๓๗ - ๒๕๕๑, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๒

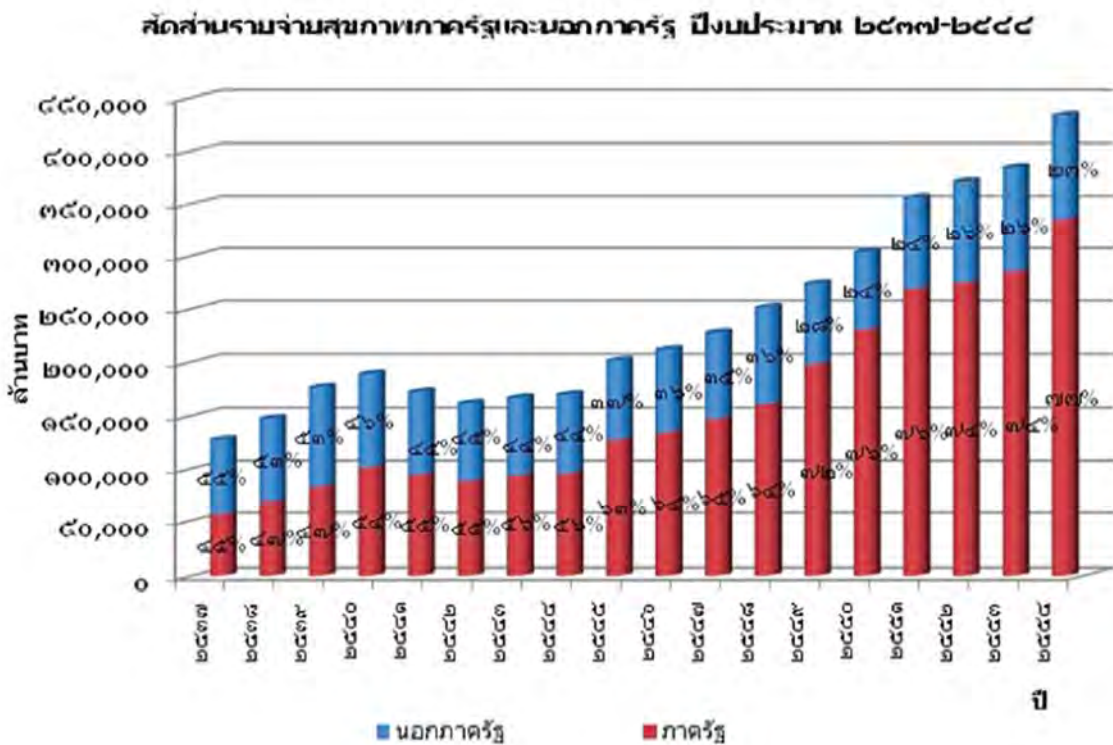
ภาพที่ ๒ รាយจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๕๔ (ณ ราคาคงที่)



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ๒๕๕๔, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖

รายจ่ายด้านสุขภาพจำแนกตามแหล่งการคลัง (Health Expenditure by financing Source) ระหว่างภาครัฐและเอกชนพบว่า ปี พ.ศ.๒๕๕๔ ประเทศมีรายจ่ายสุขภาพรวม ๔๓๔,๒๓๗ ล้านบาท เป็น ส่วนของภาครัฐ ๓๓๕,๕๑๙ ล้านบาท ภาคเอกชน ๙๘,๗๑๘ ล้านบาทแนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพ ของภาครัฐเพิ่มมากขึ้นและกลับมีสัดส่วนมากกว่านอกภาครัฐ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ แหล่งการคลังภาครัฐมี สัดส่วนร้อยละ ๔๕ และเพิ่มสูงขึ้นมากภายหลังจากมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ.๒๕๔๕ คือมีสัดส่วนร้อยละ ๖๓ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๗๗ ในปี พ.ศ.๒๕๕๔ (ภาพที่ ๔)

ภาพที่ ๔ สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและนอกภาครัฐปี พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๔



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ๒๕๕๔, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามรายการกิจกรรม (Health expenditure by function) พบว่า ค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงที่สุดยังคงเป็นด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยในช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๔ รายจ่ายสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการซื้อบริการการ รักษาพยาบาลส่วนบุคคลโดยเป็นค่าบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ ๔๒.๖ ในปีพ.ศ. ๒๕๓๗ และลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ ๔๐.๖ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ ส่วนการบริการ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ ๒๖.๒ ในปีพ.ศ. ๒๕๓๗ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๑.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ส่วนการบริการป้องกันและบริการส่งเสริมสุขภาพมีสัดส่วนรายจ่ายประมาณร้อยละ ๗-๘ ของ รายจ่ายสุขภาพรวมในช่วงระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๔๔ และเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากเป็นร้อยละ ๑๒.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ที่เริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วประเทศแต่หลังจากนั้นสัดส่วนรายจ่ายด้านนี้ ลดลงจนเป็นร้อยละ ๙.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ดังกล่าวแสดงในแผนภาพ ๕

แผนภาพ ๕ รายจ่ายสุขภาพรวมจำแนกตามประเภทกิจกรรมปีพ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๕๔ ผนวกค่าประจำปี



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ๒๕๕๔, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๖

ปัจจุบันระบบประกันสุขภาพรัฐของประเทศไทยประกอบด้วย ๓ ระบบหลักที่สำคัญ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและระบบประกันสังคมโดยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เริ่มมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ ปัจจุบันให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนประมาณ ๔๘ ล้านคนระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการและครอบครัวประมาณ ๕ ล้านคน และระบบประกันสังคมให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในระบบและนอกระบบประมาณ ๑๑ ล้านคน โดยที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีแหล่งเงินจากภาษีของรัฐ ส่วนระบบประกันสังคมมีแหล่งเงินจากทั้งของรัฐสถานประกอบการ และผู้ประกันตนที่ต้องจ่ายเงินสมทบรายเดือน ซึ่งนอกเหนือจากความแตกต่างของแหล่งเงินแล้วกลไกการจ่ายเงินก็แตกต่างกันโดยที่สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีวิธีการจ่ายแบบ fee-for-service สำหรับการใช้บริการผู้ป่วยนอก และ DRG with global budget สำหรับกรณีผู้ป่วยในในระบบประกันสังคม มีวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในร่วมกับการจ่ายเพิ่มเติมกรณีมีการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวทั้งกรณีผู้ป่วยนอก และ DRG with global budget กรณีผู้ป่วยใน (ดังการเปรียบเทียบในตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ แสดงความแตกต่างของระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามของประเทศไทย

	ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า
จำนวนผู้มีสิทธิ (๒๕๕๖)	๔.๗ ล้านคน	๑๐.๖ ล้านคน	๔๘.๖ ล้านคน
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐรายจ่ายในปี ๒๕๕๖ เท่ากับ ๕๙,๘๒๘ ล้าน บาท (๑๑,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ บาท/คน)	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และ ลูกจ้างฝ่ายละเท่ากันร้อยละ ๑.๕ ของเงินเดือน อัตราเหมา จ่ายราย หัวปี	งบประมาณรัฐอัตราเหมาจ่าย รายหัวปี ๒๕๕๘ เท่ากับ ๒,๘๙๕ บาท
สิทธิประโยชน์	ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ค่าอาหารและห้อง พิเศษค่าคลอด บุตร	ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ค่าอาหารและห้อง สามัญ (ภายใต้วงเงินที่ประกาศ) ชดเชยกรณีคลอดบุตร ตาย พิการ	ครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ค่าอาหารและ ห้อง สามัญค่าคลอดบุตร ชดเชยตาม ม. ๔๑
ผู้ให้บริการ	สถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก (ส่วนใหญ่อยู่เขตเมืองและใช้ บริการที่โรงพยาบาลภาครัฐ ขนาดใหญ่) ใช้โรงพยาบาล เอกชนได้กรณีฉุกเฉินแบบ ผู้ป่วยในแต่เบิกได้ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	โรงพยาบาลรัฐและเอกชน คู่สัญญา และสถานพยาบาลใน เครือข่าย	สถานพยาบาลรัฐและเอกชน คู่สัญญา และสถานพยาบาลใน เครือข่าย
รูปแบบวิธีการ จ่ายเงิน	ผู้ป่วยนอก ตามปริมาณบริการ และราคาที่เรียกเก็บย้อนหลัง สำหรับบริการผู้ป่วยในตามราย ป่วยในอัตราที่กำหนด (DRG) การจ่ายเงินให้สถานพยาบาล ลักษณะปลายเปิดทำให้ สถานพยาบาลไม่ต้อง ระมัดระวัง ค่าใช้จ่าย และผู้มี สิทธิเองก็ไม่ต้องรับผิดชอบ ค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ไม่สามารถ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับ บริการผู้ป่วยนอกและใน และ จ่ายเพิ่มเป็นรายการบริการ จ่ายเงินให้สถานพยาบาล ลักษณะปลายปิด ทำให้ผู้ให้ บริการต้องระมัดระวังในการ ให้บริการ	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับ บริการส่งเสริม ป้องกัน และ ผู้ป่วยนอก สำหรับบริการ ผู้ป่วยในจัดสรรงบโดยรวม ตามน้ำหนัก สัมพัทธ์ DRG เป็นการจ่ายเงินให้ สถานพยาบาล ลักษณะปลาย ปิดทำให้ผู้ให้บริการต้อง ระมัดระวังในการให้บริการ
การเข้าถึง บริการ	มีสิทธิได้รับยาในบัญชียาหลัก ส่วนยานอกบัญชียาหลัก ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจ ของ กรรมการสถานพยาบาล และ บางกรณีที่เป็นยาที่มีราคาแพง มากจะต้องขออนุญาตก่อน	มีสิทธิเข้าถึงยาอย่างน้อยตามที่ ประกาศในบัญชียาหลัก ส่วน ยา นอกบัญชียาหลักอยู่ในดุลย พินิจ และเป็นภาระค่าใช้จ่าย ของสถานบริการ	มีสิทธิเช่นเดียวกับ ประกันสังคม แต่ไม่จำเป็นต้อง รอให้ยาตัวนั้นได้รับการ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ยาในบัญชียาหลัก เพียงแต่ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชี ยาหลักมีมติก็ให้ถือว่ามียาสิทธิ

การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการภายใต้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ ตามมาตรา ๔๖ หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการตามมาตรา ๔๔ และหน่วยบริการที่รับส่งต่อผู้รับบริการ มีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด และอย่างน้อยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๑. อาศัยราคากลางที่เป็นจริงของโรคทุกโรคมารับเป็นฐานตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน
๒. ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร
๓. คำนึงถึงความแตกต่างในภารกิจของหน่วยบริการ
๔. คำนึงถึงความแตกต่างในกลุ่มผู้รับบริการและในขนาดของพื้นที่บริการที่หน่วยบริการรับผิดชอบ

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘^๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุน (ตารางที่ ๓) โดยมีค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุขเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นเงิน ๓,๐๐๐ ล้านบาท ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และปัจจุบันการบริหารค่าบริการเหมาจ่ายรายหัว ได้แก่ บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการผู้ป่วยใน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการแพทย์แผนไทย รวมทั้งหมวดของค่าบริการควบคุม ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้งหมด ใช้การบริหารวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ สปสช.เขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้กลไกคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) และนโยบายส่วนกลาง

^๒ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เอกสารนำเสนอในการประชุมชี้แจงเรื่อง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ในวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ

ตารางที่ ๓ การบริหารจัดการเงินกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี ๒๕๕๘

รายการ	ปี ๒๕๕๗ [ได้รับ]	ปี ๒๕๕๘ [จะได้รับ]	ผลต่าง ปี๕๘>ปี ๕๗	% growth
๑. งบเหมาจ่ายรายหัว (ล้านบาท)				
- จำนวนประชากรสิทธิ UC (คน)	๔๘,๘๕๒,๐๐๐	๔๘,๖๐๖,๐๐๐	-๒๔๖,๐๐๐	-๐.๕%
- อัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาท)	๒,๘๙๕.๐๙	๒,๘๙๕.๐๙	๐.๐๐	๐.๐%
- งบเหมาจ่ายรายหัว (ล้านบาท)	๑๔๑,๔๓๐.๙๒	๑๔๐,๗๑๘.๗๔	-๗๑๒.๑๘	-๐.๕%
๒. งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ (ล้านบาท)	๒,๙๔๗.๐๐	๒,๘๑๑.๙๐	-๑๓๕.๑๐	-๔.๖%
๓. งบบริการสุขภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (ล้านบาท)	๕,๑๗๘.๘๐	๕,๒๔๗.๒๒	๖๘.๔๒	๑.๓%
๔. งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (ล้านบาท)	๘๐๑.๒๔	๙๐๘.๙๙	๑๐๗.๗๕	๑๓.๔%
๕. ค่าบริการเพิ่มสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นต้องให้บริการในพื้นที่ กันดาร พื้นที่เสี่ยงภัย หรือพื้นที่ประชากรเบาบาง (ล้านบาท)	๙๐๐.๐๐	๔๖๔.๘๐	-๔๓๕.๒๐	-๔๘.๔%
๖. ค่าตอบแทนกำลังคนด้านการสาธารณสุข (หน่วยบริการสังกัด กระทรวงสาธารณสุข) เฉพาะในระบบ UC (ล้านบาท)	๓,๐๐๐.๐๐	๓,๐๐๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐%
รวมทั้งสิ้น	๑๕๔,๒๕๗.๙๗	๑๕๓,๑๕๑.๖๖	-๑,๑๐๖.๓๐	-๐.๗%
จำนวนเงินเดือนภาครัฐขั้นปกติ	๓๘,๓๘๑.๒๙	๓๘,๑๘๘.๐๒	-๑๙๓.๒๗	-๐.๕%
ให้ใช้เงินกองทุนคงเหลือ	๗๐๐.๐๐	-		
คงเหลือกองทุนที่ส่งให้ สปสช.	๑๑๕,๑๗๖.๖๗	๑๑๔,๙๖๓.๖๔	-๒๑๓.๐๓	-๐.๒%

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เอกสารนำเสนอในการประชุมชี้แจงเรื่อง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ในวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ

แม้ว่าประเทศไทยได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกถึงความสำเร็จในการทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นจากดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและทำให้มีผู้ต้องล้มละลายจากการเจ็บป่วยน้อยลง^๓ จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี ๒๕๓๕-๒๕๕๒ หลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลงและทำให้ครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลงจากร้อยละ ๖ ในปี ๒๕๓๙ เหลือร้อยละ ๓.๓ ในปี ๒๕๕๒ แต่เมื่อพิจารณาภาพโดยรวมจากการบริหารจัดการกองทุนทั้ง ๓ ที่มีการแยกส่วน และรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์มีความแตกต่างกันโดยที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจ่ายแบบปลายเปิด ในขณะที่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมเป็นลักษณะจ่ายแบบปลายปิด ส่งผลให้การได้รับบริการทางการแพทย์ของประชาชนยังมีความแตกต่างกัน

^๓ สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ บทที่ ๓ สถานการณ์ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพไทย

จากการศึกษาของ ดร. เตือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ^๔ จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย แสดงให้เห็นชัดเจนว่า สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ได้ผู้ประกันตนในแต่ละกลุ่มก็ยังคงแตกต่างกัน เช่นการเข้าถึงการรักษาในระบบสวัสดิการข้าราชการสามารถใช้สถานพยาบาลของรัฐได้ทุกแห่งเนื่องจากเป็นระบบการจ่ายตามจริงในขณะที่อีก ๒ ระบบนั้นต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเพราะเป็นระบบการเหมาจ่ายรายหัว นอกจากนี้ในส่วนของการรักษาพยาบาลนั้นก็ต่างกัน ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสุขภาพของข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิในการฟอกเลือดสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อสัปดาห์แต่ระบบประกันสังคมจำกัดการเข้ารับบริการได้ไม่เกิน ๔,๕๐๐ บาทต่อสัปดาห์ เป็นต้น ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์สืบเนื่องมาจากทั้ง ๓ ระบบมีหน่วยงานที่เป็นผู้กำหนดสิทธิประโยชน์ที่ต่างกัน ได้แก่ คณะกรรมการบริหารระบบสวัสดิการข้าราชการซึ่งมีปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธานสำหรับระบบสวัสดิการข้าราชการ คณะกรรมการการแพทย์สำหรับระบบประกันสังคมและคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งต้องเสนอข้อคิดเห็นต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาอีกชั้นหนึ่ง

คุณภาพ (Quality) ในการรักษาพยาบาลก็ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งอาจจะแตกต่างกันในแต่ละกองทุนเนื่องจากแต่ละกองทุนมีอัตราการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันโดยเฉพาะระหว่างระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการที่มีการเบิกจ่ายตามจริงกับระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการเหมาจ่ายรายหัวและแม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยในที่มีการจ่ายตามโรคอัตราการเบิกจ่ายก็ยังคงต่างกันทำให้สถานพยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาผู้ป่วยของแต่ละกองทุนที่ต่างกัน แม้กระทั่งในกรณีของการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตร่วม ๓ กองทุนภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน” จากการศึกษาวิจัยของ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ^๕ พบว่า การเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินของทั้งสามกองทุนมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและข้าราชการบำนาญมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ป่วยบัตรทองหรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๒.๕ เท่า และผู้ประกันสังคมมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยบัตรทองหรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๒ เท่า ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้จะแสดงให้เห็นว่าได้มีการรวมการบริหารจัดการ ๓ กองทุน เข้าไว้ด้วยกัน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินแต่เพียงผู้เดียวตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน” โดยผู้ป่วยจากทุกกองทุนสามารถเข้ารับการรักษาในสถานบริการของรัฐและเอกชนได้ภายใน ๗๒ ชั่วโมงแรกที่มีอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ ผู้อำนวยการวิจัยด้านประกันสังคม จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย^๖ ที่ติดตามผู้ป่วยที่ตายด้วยโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูงในประเทศไทย ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

^๔ รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เสนอต่อ สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. ๒๕๕๖

^๕ Paibul Suriyawongpaisal, Wichai Aekplakorn and Rassamee Tansirisithikul. Does harmonization of payment mechanisms enhance equitable health outcomes in delivery of emergency medical services in Thailand?. Health Policy and Planning Advance Access. 2015, P 1-8.

^๖ ปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๕๘): อาจารย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และที่ปรึกษาสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

หัวใจขาดเลือด อุบัติเหตุ หลอดเลือดในสมอง และมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราการตายที่สูงกว่าผู้ป่วยในสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะมีข้อจำกัดที่ยังไม่มีการควบคุมอีกหลายปัจจัยที่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งทางด้านชีวภาพ และสังคม เช่นอายุ ความรุนแรงของโรค การเข้าถึงการรักษายาบาล ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วย ก็ยังแสดงให้เห็นว่าอาจมีความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพเกิดขึ้นกับผู้ป่วยใน ๓ กองทุน นอกไปจากความแตกต่างในค่ารักษายาบาลต่อหัวผู้ป่วย จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาและติดตามต่อไปถึงสาเหตุ และนำมาแก้ไขปรับปรุง นอกจากนี้การศึกษาของศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ก็แสดงให้เห็นว่าการรวมทั้ง ๓ กองทุนเข้าเป็นกองทุนเดียวกันนั้น ไม่ได้แก้ไขความแตกต่างของผลลัพธ์ด้านสุขภาพเลย

การศึกษา retrospective cohort ^๓ ที่ติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือด ๙๘,๐๗๔ คน เป็นเวลา ๖ ปี จากวันที่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๗๖,๓๐๙ คน และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ๒๑,๗๖๕ คน ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ผู้ป่วยของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจะมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง มากกว่าผู้ป่วยของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อัตราการอยู่รอดทั้งระยะสั้น (๓๐ วัน) และระยะยาว (๖ ปี) ก็สูงกว่าผู้ป่วยของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การวิจัยได้ควบคุมปัจจัยอิทธิพลอื่นๆ เช่น อายุ เพศ โรคร่วมอื่นๆแล้ว

ผลการวิจัยเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการติดตามตรวจสอบคุณภาพการรักษายาบาลรวมทั้งศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีความสำคัญต่อการอยู่รอดของผู้ป่วยด้วย เช่น ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิตอื่น ๆ

ในเชิงประสิทธิภาพ (efficiency) การมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบที่มีการบริหารจัดการแบบแยกส่วนทำให้เกิดต้นทุนที่สูงสำหรับผู้ให้บริการ (provider) และผู้จ่าย (payer) ในมิติของผู้ให้บริการ การมีระบบประกันทั้งสามระบบทำให้การเบิกจ่ายค่ารักษายาบาลเป็นปัญหาเนื่องจากแต่ละกองทุนมีวิธีการและเอกสารที่ต้องใช้ที่แตกต่างกันเช่นการเก็บข้อมูลในการรักษายาบาลระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้โปรแกรม NHSO สำนักงานประกันสังคมใช้โปรแกรม SSdata และกรมบัญชีกลางใช้โปรแกรม CSMBs ทำให้ฐานข้อมูลไม่สอดคล้องกันเป็นต้น ทำให้สิ้นเปลืองทั้งเวลา บุคลากร และค่าใช้จ่ายในการทำข้อมูลการรักษายาบาล ซึ่งบุคลากรผู้ให้บริการต้องเป็นผู้รับภาระเหล่านี้ทั้งสิ้น

จากที่การบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศการเบิกจ่ายและการบริการสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลไม่สามารถบูรณาการกันได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลบริการสุขภาพกันได้ ข้อมูลไม่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนไม่ได้รับการรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างที่เราควรจะเป็น ปัจจุบันพยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต้องใช้เวลากว่าหนึ่งในสามของเวลาทำงานมาจัดการกับรายงานและข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลการเบิกจ่ายของกองทุนประกันสุขภาพทั้งสามระบบซึ่งแตกต่างกัน แทนที่จะใช้เวลาเหล่านั้นไปใช้กับการดูแลรักษาผู้ป่วย การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศที่มีความ

^๓ เปรียบเทียบความเหลื่อมล้ำด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างระบบสวัสดิการถ้วนหน้ากับระบบข้าราชการ ของโอกาสการอยู่รอดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๕ โรค ติดตามตั้งแต่อายุ ๖๐ ปี หลังจากเข้ารับการรักษา ๑๐ วัน พบว่า ๘๒% ผู้ป่วยระบบข้าราชการ ยังคงมีชีวิตอยู่ และ ๖๘% ผู้ป่วยระบบสวัสดิการถ้วนหน้ายังคงมีชีวิตอยู่ แต่ถ้าหลัง ๔๐ วัน พบว่า ๕๗% ผู้ป่วยระบบข้าราชการ ยังคงมีชีวิตอยู่ และ ๒๙% ผู้ป่วยระบบสวัสดิการถ้วนหน้า ยังคงมีชีวิตอยู่

^๔ Tarinee Tangcharoen, et al. a retrospective cohort of all-cause mortality and the cardiovascular events in the Thai patients with established cardiovascular disease.

หลากหลายไม่ใช้มาตรฐานข้อมูลเดียวกัน เป็นภาระให้กับสถานพยาบาลเป็นอย่างมาก^๙ และการที่ข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ระหว่างกองทุน ทำให้การประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลระหว่างหน่วยบริการภายใต้กองทุนต่าง ๆ ไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลกระทบต่อ การปรับปรุงคุณภาพบริการ และประโยชน์ของผู้รับบริการ คือ ประชาชนทั้งหลายก็มีผลกระทบด้วยเช่นกัน

๑.๒ สถานการณ์ด้านอื่นที่ส่งผลกระทบต่อการเงินการคลังด้านสุขภาพ

- เป็นที่ทราบดีอยู่แล้วว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดเพิ่มขึ้น (life expectancy at birth) แต่อัตราภาวะการเจริญพันธุ์ลดลง จำนวนประชากรวัยแรงงาน (๑๕-๕๙ ปี) ลดลง ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ ประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้สูงอายุอีก ๒๐ ปีข้างหน้าเพิ่มสูงขึ้น อันเนื่องมาจากการใช้บริการทางการแพทย์ที่สูงขึ้น ประมาณ ๓.๘-๔.๓ ^{๑๐}

- จากรายงาน การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์ ของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เช่นกัน ระบุว่าโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญของการป่วยและการตายของคนไทยในขณะนี้และในอนาคต ก็จะเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งระยะเวลาการรักษาพยาบาลยาวนาน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และถ้าการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้โรคเหล่านี้เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ และค่ารักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตที่เพิ่มขึ้นด้วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้ง ๓ กองทุน พบว่า ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของผู้เสียชีวิตในแต่ละปีนั้น อยู่ประมาณ ๔๐,๐๐๐ - ๗๐,๐๐๐ บาทต่อคน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ที่มาใช้บริการผู้ป่วยในและไม่เสียชีวิต เพียง ๕,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ บาทต่อคน โดยประมาณค่าใช้จ่ายต่อ ๑ หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเท่ากับ ๑๐,๐๐๐ บาท

- นอกจากนี้ สภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศก็ยังส่งผลกระทบต่อการเงินการคลังด้านสุขภาพ จากการศึกษาการคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์ ของนายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ และคณะ แสดงให้เห็นว่าความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพภาครัฐของประเทศขึ้นอยู่กับ การขยายตัวทางเศรษฐกิจ ถ้าประเทศไทยยังติดหล่มกับดักประเทศรายได้ปานกลาง (Middle Income Trap) อย่างที่เป็นอยู่ขณะนี้ การวิจัยในประเทศไทยแสดงว่า ถึงแม้จะลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงร้อยละ ๖๐ ก็ยังมีปัญหาหนี้สาธารณะ เพราะจะเพิ่มเกินกว่าร้อยละ ๑๐๐ ของ GDP

ขณะนี้การขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอยู่ในระดับร้อยละ ๒-๓ จากการคาดการณ์ด้านเศรษฐกิจ ถ้าประเทศไทยจะพ้นกับดักของ Middle Income Trap ได้ ประเทศไทยจะต้องมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕ ขึ้นไป จึงสามารถลงทุนเพิ่มได้ในระบบสุขภาพ โดยไม่ต้องกังวลถึงระดับหนี้สาธารณะ และสัดส่วนของงบประมาณด้านสุขภาพต่องบประมาณรายจ่ายโดยรวม

- ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ยังมีการศึกษาเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำคือมัธยมต้นเท่านั้น พฤติกรรมสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรในการที่จะลดอัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หรือโรคหัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดในสมอง ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงใช้วิธีซ่อมสุขภาพเป็น

^๙ (ร่าง) รายงาน การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศ: การจัดตั้งสำนักงานมาตรฐาน และการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.)

^{๑๐} รายงาน การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

ส่วนใหญ่ ซึ่งสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ทั้งหมดนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ด้านโรคภัยไข้เจ็บ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่ถูกต้อง ที่เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม ทุกเหล่าอย่างต่อเนื่อง

- ด้านสิ่งแวดล้อมยังมีการปนเปื้อนด้วยมลภาวะต่างๆ โดยเฉพาะสารเคมี โลหะหนัก ขยะอิเล็กทรอนิกส์ ยาฆ่าแมลง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพระยะยาว มีค่ารักษาพยาบาลสูง เมื่อรวมกับสภาวะเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติที่รุนแรงขึ้น ผลกระทบทางสุขภาพและการซ่อมแซมสุขภาพก็มีความซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้นในอนาคตแน่นอน

- การรวมกลุ่มของประชาคมอาเซียน และแนวทางการเติบโตทางเศรษฐกิจทำให้มีการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามประเทศมากขึ้น การใช้บริการสุขภาพของประเทศไทยของชาวต่างประเทศหรือแรงงานต่างด้าวทั้งถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมายจะมากขึ้น ทำให้คนไทยในหลักประกันสุขภาพทั้ง ๓ กองทุน อาจมีปัญหาการเข้าถึงบริการในบางท้องถิ่น และสถานพยาบาลอาจมีปัญหาค่าใช้จ่ายบริการที่ไร้สิทธิเบิกจ่ายคืนไม่ได้จะมากขึ้น นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพเชิงโรคติดต่ออุบัติใหม่ หรืออุบัติซ้ำจะเป็นปัญหาในอนาคตได้

- ในอนาคตเทคโนโลยีด้านสุขภาพ จะมีการพัฒนามากขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกับเทคโนโลยีด้านการสื่อสารโทรคมนาคม ทั้งในด้านการเฝ้าระวังโรค การพยากรณ์ความเสี่ยงของโรค การตรวจวินิจฉัย การป้องกันและรักษาโรค เช่น Gene Sequencing, Stem Cell Therapy เป็นต้น ความก้าวหน้านี้จะเปลี่ยนแปลงทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายซึ่งเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

- จากสถานการณ์ของประเทศทั้งในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคตดังกล่าวแล้ว ได้มีการศึกษาประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคตและความยั่งยืนของระบบการคลังด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อสร้างสถานการณ์ที่เป็นไปได้ของระบบบริการในสถานการณ์ต่างๆรวมทั้งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันด้วย ผลการวิจัย สรุปได้ว่า “ในสถานการณ์ที่ระบบหลักประกันสุขภาพมีการกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานเหมือนกัน มีทรัพยากรเพียงพอในการจัดบริการ ระบบบริการมีการเชื่อมโยงกันเป็นระบบ ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ หลีกเลี่ยงวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ทำให้อัตราการเกิดโรคเรื้อรังลดลง” ในสถานการณ์เช่นนี้ถึงแม้ว่าจะต้องการเงินลงทุนจำนวนมากในช่วงแรก แต่จะมีผลตอบแทนในระยะยาวที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ.๒๕๗๔ เหลือเพียง ๓.๐๓% ของ GDP

๒. ประเด็นและวาระการปฏิรูป

จากการประมวลสถานการณ์ด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในปัจจุบันและอนาคต อาจสร้างเป็นภาพที่พึงประสงค์ของระบบนี้ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบที่ดีต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังต่อไปนี้

๒.๑ ภาพที่พึงประสงค์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

- ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเสมอภาค โดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน รวมทั้งมีส่วนรับผิดชอบร่วมกับภาครัฐในการดูแลสุขภาพของตนและบริการสุขภาพ โดยต้องไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น รวมทั้งไม่เกิดภาวะล้มละลายทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล
- แหล่งเงินทุนสนับสนุนการบริการด้านสุขภาพ มีความเพียงพอ และยั่งยืน และสอดคล้องกับสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ
- มีการลงทุนด้านบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนในประเทศที่ตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปราศจากความเหลื่อมล้ำ

- การใช้เงินด้านบริการสุขภาพ เป็นการใช้เงินเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้บรรลุสุขภาพ

๒.๒ ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ ๑. ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ แก่ประชาชนในประเทศโดยวิธีการ

- ๑.๑ บูรณาการการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ
- ๑.๒ บูรณาการระบบข้อมูลสารสนเทศการบริการสุขภาพและการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ
- ๑.๓ พัฒนาลิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชนทุกคน

ยุทธศาสตร์ ๒. สร้างความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพโดย

- ๒.๑ เพิ่มภาษีอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นภัยต่อสุขภาพ (ภาคผนวก ง. ๕.)
- ๒.๒ เพิ่มการประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ
 - การประกันสุขภาพ/ ภาษีสุขภาพ ส่วนบุคคลเพื่อเพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้
 - การประกันสุขภาพคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศ (นักท่องเที่ยว แรงงานต่างด้าว) (ภาคผนวก ง. ๗.)
- ๒.๓ พัฒนาการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน
- ๒.๔ การร่วมลงทุนด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน (ภาคผนวก ง. ๖.)

ยุทธศาสตร์ ๓. เสริมสร้างประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการใช้งบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐโดย

- ๓.๑ การบริหารจัดการบริการสุขภาพ โดยใช้ระบบเขตบริการสุขภาพ^{๑๑}
 - การกระจายอำนาจ การบริหารจัดการด้านสุขภาพให้แก่ท้องถิ่นให้มากที่สุด
 - สนับสนุนความร่วมมือของทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน
 - ปรับกลไกการจ่ายงบประมาณด้านสุขภาพโดยกองทุนต่างๆที่มาสู่สถานบริการในเขตสุขภาพให้เน้นเฉพาะการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเท่านั้น
- ๓.๒ เพิ่มงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้มากขึ้น

ยุทธศาสตร์ ๔. พัฒนาระบบสุขภาพอื่นๆ เพื่อสนับสนุนความยั่งยืนของการเงินการคลังด้านสุขภาพโดยการ

- ๔.๑ สร้างระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับประชาชน
- ๔.๒ ระบบบริการสุขภาพที่เน้นระบบบริการปฐมภูมิ และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ

^{๑๑} จากการศึกษาของ วินัยสิทธิ์เรื่อง การศึกษารูปแบบแนวทางระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(๒๕๕๒) พบว่า ประสบการณ์ต่างประเทศที่ทบทวนจะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนเขตพื้นที่และองค์กรต่างๆของเขตสุขภาพเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดหากมีจำนวนเขตพื้นที่สุขภาพที่มากขึ้นย่อมสร้างค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการที่เพิ่มขึ้นไม่เกิดประหยัดต่อหน่วย (economies of scale) แต่หากจำนวนเขตพื้นที่สุขภาพไม่มากพอจะสร้างการแข่งขันให้โอกาสประชาชนเลือกก็เกิดปัญหาของการขาดการพัฒนาคุณภาพและหากเขตสุขภาพขนาดเล็กเกินไปก็เสี่ยงต่อความมั่นคงทางการเงินเพราะการจัดสรรงบประมาณสู่พื้นที่อ้างอิงขนาดประชากรร่วมกับอุบัติการณ์ระบาดวิทยาปรับเปลี่ยนด้วยลักษณะประชากรทั้งอายุเพศและการพึ่งพิงต่อสังคมการสร้างแรงจูงใจและการสร้างคุณภาพจึงใช้กลทางการเงินที่มีการควบคุมค่าบริการ (cost containment)

๔.๓ การกระจายบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งเทคโนโลยีที่จำเป็นในพื้นที่ต่างๆ
ของประเทศอย่างเหมาะสม

๓. วิธีการพิจารณาศึกษาวิเคราะห์

๓.๑ ทบทวนสถานการณ์ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพจากเอกสารจากหน่วยงานราชการ
สถาบันการศึกษา องค์กรสถาบัน และคณะทำงานต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับระบบการเงินการคลัง
สุขภาพ การประกันสุขภาพของกองทุนต่างๆ รวมทั้งศึกษาข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับระบบการเงินการ
คลังสุขภาพ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓.๒ รับฟังการชี้แจงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านต่างๆที่ศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบการเงินการคลัง ในการประชุมของคณะอนุกรรมการ
ปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพได้แก่

- ดร.นพ.ถาวร สกมลพานิชย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (วันที่ ๑๓
กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘)
- ศาสตราจารย์ นพ.ประสิทธิ์ ผลิตผลการพิมพ์ มหาวิทยาลัยมหิดล (วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๘)
- สำนักงานประกันสังคม(วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘)
พ.ต.ต. หลิง รมยง สุรกิจบรรหาร รองเลขาธิการ
นางสาว ปาริฉัตร จันทร์อำไพ นักวิชาการแรงงานชำนาญการพิเศษ
นายสมพงษ์ เงินรวง นักวิชาการแรงงานชำนาญการ
- สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
(วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘)
นายคะเนิงนิจ สุจิตจร ผู้ช่วยเลขาธิการสายกำกับผลิตภัณฑ์ประกันภัย
นายอภากร ปานเลิศ ผู้อำนวยการสำนักฝ่ายทะเบียนคุ้มครองผู้ประสบภัย
นางสาวดาเนตร วันทนีย์ ผู้อำนวยการฝ่ายกำกับผลิตภัณฑ์ประกันวินาศภัย ๓
- สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
(วันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๕๘)
- แพทย์หญิง วรณิ นิธิยานันท์ศาสตราจารย์เกียรติคุณภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ ศิริ
ราชพยาบาล(วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘)
- ทนตแพทย์หญิง จันทนา อึ้งชูศักดิ์และทันตแพทย์หญิง ปิยะธิดา ประเสริฐสมทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย(วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘)
- นางสาวสุลัดดา พงษ์อุทธานักวิจัย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวง
สาธารณสุข(วันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๘)

๓.๓ การประชุมระดมความคิดเห็นคณะอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพและกรมการที่
เกี่ยวข้อง

๓.๔ การสัมมนา ศึกษาดูงานระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ต่างๆ ตั้งแต่ปฐมภูมิจนถึงระดับ โรงพยาบาล
ศูนย์ และการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ

๓.๕ ประชุมสัมมนาเรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพ” ร่วมกับกรมการสาธารณสุข สนช. สปสช. และ กรมการสาธารณสุข สปช. (วันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๕๘)

๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์

ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยเป็นระบบที่ดีและควรดำเนินต่อไปเพราะเป็นที่ยอมรับกันในระดับประเทศว่าได้เดินมาถูกทางแล้วในการทำให้ประชาชนเกือบทั้งหมดของประเทศ (ร้อยละ ๙๙) มีหลักประกันด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนด้านสุขภาพลดลงเป็นลำดับเพราะรัฐเข้ามารับภาระแทน ทำให้ภาระการล้มละลายทางการเงินอันเนื่องจากการรักษาพยาบาลที่ลดลงเช่นเดียวกัน^{๑๒} แต่ยังมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่สูงขึ้นตามลำดับ และเป็นค่ารักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียึดส่วนน้อยกว่ามาก แสดงถึงการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า และอาจเป็นวิกฤติการเงินของระบบในอนาคต จึงจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพยายามให้มีการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า

การศึกษาของ TDRi โดย ดร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ เกี่ยวกับการอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพหลากหลายกองทุน เช่นเดียวกับประเทศไทย คือ ฝรั่งเศส อังกฤษ เยอรมัน ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น สรุปว่า ในทุกประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับคุณภาพของระบบประกันสุขภาพในตำแหน่งต้น ๆ ขององค์การอนามัยโลก (World Health care system Assessment) และมีกองทุนสุขภาพหลายกองทุน แต่กองทุนเหล่านั้นอยู่ภายใต้ระบบเดียวกัน มีการกำกับจากหน่วยงานเดียว ถึงแม้จะมีการบริหารการเงินที่แยกจากกัน มีข้อกำหนดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่เหมือนกัน และมีเงื่อนไขเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายคล้ายคลึงกัน

สถานการณ์ในประเทศไทยขณะนี้ ถ้าเป็นมาถึงจุดที่เราต้องเร่งพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน นอกเหนือไปจากความครอบคลุมของบริการ จะทำได้โดยต้องมีการติดตามตรวจสอบคุณภาพ การรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลต่าง ๆ ภายใต้อำนาจ ๓ กองทุนอย่างต่อเนื่อง และมีระบบประเมินผล เพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้น รวมถึงการพัฒนาแก้ไขอุปสรรคการเข้าถึงการรักษาของประชาชนทางกลุ่มที่ด้วยโอกาสด้วย เพื่อไม่ให้เกิดภาวะความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพอย่างที่กำลังเป็นอยู่ รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการทบทวนระบบการจ่ายเงินของทั้งสามกองทุนว่ามีประสิทธิภาพ เหมาะสมหรือคุ้มค่ากับสภาพทางสุขภาพของประชาชนหรือไม่เพียงใด และเพื่อก่อให้เกิดการใช้เงินที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

นอกจากนั้น การศึกษาของ TDRi ยังได้เสนอแนะการทำชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานให้เหมือนกันไปทุกกองทุน โดยไม่จำเป็นต้องรวมกองทุนในขณะนี้ แต่กำหนดสิทธิประโยชน์ให้การรักษาพยาบาล “พื้นฐานที่คนไทยทุกคนพึงได้รับ” ไม่ว่าจะเป็นข้าราชการ ลูกจ้างบริษัทหรือผู้ใช้แรงงาน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำระบบสุขภาพ นอกจากนั้นแต่ละกองทุนสามารถพัฒนาระบบประกันสุขภาพสำหรับสมาชิกของตนที่มาเติมจากชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานเพื่อสิทธิอื่น ๆ ในการรักษาพยาบาลได้ (add on) หรือหากรัฐเห็นควรว่าควรมีภาวะร่วมจ่ายหรือร่วมจ่ายภายใต้เงื่อนไขที่เหมือนกัน ยกเว้นเฉพาะผู้มีรายได้น้อยเท่านั้น

ล่าสุด TDRi ร่วมกับคณะที่ปรึกษา รมว.สาธารณสุขได้ศึกษาโดยค้นคว้าจากการต่างประเทศที่มีกองทุนสุขภาพระบบกองทุน แต่สามารถให้สวัสดิการพื้นฐานที่ทัดเทียมกันแก่ประชาชนทุกกลุ่มได้ ผู้วิจัยได้ร่างข้อเสนอการพัฒนากลไกกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศ

^{๑๒} รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (๒๕๔๔-๒๕๕๓) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ๒๕๕๕.

ไทย โดยให้จัดตั้งสภาประกันสุขภาพแห่งชาติ (National conceit on Health Insurance) ^{๑๓} เป็นกลไกกลางในการสนับสนุนให้เกิดการเจรจาเพื่อนำไปสู่ความเป็นธรรม ในการได้รับสวัสดิการ การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีการจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ โดยมีคณะกรรมการสภาประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วย นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีหน่วยงานภาครัฐ ๓ กระทรวง ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง รมต.ว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน มีผู้แทนหน่วยงานผู้รับประกัน ๓ คน แบ่งเป็นกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผู้แทนภาคเอกชน มีผู้แทนผู้รับบริการ ๓ คน ได้แก่ ผู้แทนข้าราชการ ๑ คน ผู้แทนประกันสังคมตามประกันกฎหมายประกันสังคม ๑ คน และประชาชนผู้ได้รับสิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๑ คน กรรมการที่ปรึกษา ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งอีก ๓ คน โดยมาจากสาขาการแพทย์และสาธารณสุข สาขการเงินการคลังและการประกันสุขภาพ และสังคมศาสตร์และการคุ้มครองผู้บริโภค สาขาละ ๑ คน เป็นกรรมการ

๕. การปฏิรูปตามยุทธศาสตร์

๕.๑ การปฏิรูปเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

- โครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย ๓ ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะของประชากรที่ระบบคุ้มครองอยู่ สิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน รวมทั้งสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ความสามารถในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปี

- ความแตกต่างเหล่านี้ นำมาซึ่งปัญหาหลายประการ เช่น ความซ้ำซ้อนของสิทธิในการรักษาพยาบาล ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม และก่อให้เกิดความแตกต่างในการรักษาพยาบาล อันเนื่องมาจากความแตกต่างในอัตราเบิกจ่ายของแต่ละกองทุน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อถึงคุณภาพของบริการ

- การศึกษาวิจัยในประเทศไทยให้การติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ตายจากโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ คือ มะเร็ง เบาหวาน พบว่า มีความแตกต่างกันในอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในกองทุนต่าง ๆ กองทุนสวัสดิการข้าราชการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุด รวมทั้งการศึกษาติดตามผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือด จำนวน ๙๘,๐๗๔ คน เป็นเวลา ๖ ปี แสดงให้เห็นความแตกต่างในการอยู่รอดระหว่างผู้ป่วยจากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โดยที่สวัสดิการข้าราชการมีอัตราการรอดชีวิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ในขณะเดียวกัน การศึกษาวิจัย ติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากผู้ป่วยสามกองทุนสุขภาพ แต่ภายใต้การบริหารจัดการการจ่ายค่ารักษาจากหน่วยงานเดียว คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใต้ นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ” ก็ยังแสดงความแตกต่างของผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างผู้ป่วยสามกองทุน ซึ่งผู้วิจัยสรุปว่า เกิดเนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงบริการแตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังเสนอแนะให้ตรวจสอบวิธีการรักษาพยาบาลซึ่งอาจมีความแตกต่างเป็นระหว่างสถานพยาบาลได้

^{๑๓} เอกสารประชุม คณะอนุกรรมการศึกษาและจัดทำข้อเสนอการพัฒนากลไกกลางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ เสนอต่อ คณะกรรมการประสานระบบสุขภาพแห่งชาติ ๓กองทุน

- ความแตกต่างผลลัพธ์ทางสุขภาพนี้ แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำ และไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการแก้ไข โดยกำหนดรูปแบบการอภิบาลระบบ โดยเฉพาะการเงินการคลังที่ดีโปร่งใส ตรวจสอบได้ เอื้ออำนวยให้ระบบสามารถสร้างบริการที่มีสุขภาพ และในประชาชนทุกกลุ่มได้รับบริการอย่างเสมอภาค เป็นธรรม

- สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันระหว่างทั้งสามกองทุน เช่น ในเรื่องของยา และหัตถการบางอย่าง อาจนำมาซึ่งคุณภาพของบริการซึ่งแตกต่างกันส่งผลถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จึงควรมีการศึกษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่สภาวะทางสุขภาพของประชาชนไทยตาม เพศ และกลุ่มอายุต่างๆ โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกองทุนใดๆ เพราะเป็นสิทธิที่ควรจะมีได้ของคนไทยทุกคน

- การบูรณาการการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่างๆ จำเป็นต้องทำการปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศให้เกิดกลไกกลางการจัดการข้อมูลสารสนเทศและสารสนเทศการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสามารถดำเนินการให้ข้อมูลที่มีมาตรฐานมีคุณภาพสามารถบูรณาการและแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดีข้อมูลสารสนเทศที่ได้สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการและอภิบาลระบบการเบิกจ่ายการคลังสุขภาพและการบริการสุขภาพ ให้มีความโปร่งใสเกิดดุลยภาพระหว่างกองทุนระหว่างกองทุนกับสถานพยาบาลและระหว่างสถานพยาบาลด้วยกันเป็นประโยชน์สำหรับการบริการประชาชนระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่การกำหนดทิศทางการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งไปสู่เป้าหมายการลดความเหลื่อมล้ำในสังคมที่จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพที่ดีมีความโปร่งใสต่อสังคมและสามารถกำหนดทิศทางการจัดบริการให้มุ่งลดความเหลื่อมล้ำการเบิกจ่ายและเพื่อให้เกิดมาตรฐานระบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศ^{๑๔}

แนวทางการดำเนินงาน

๕.๑.๑ บูรณาการการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่างๆ

การจัดตั้งคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการกองทุนสุขภาพต่าง ๆ ทั้งกองทุนสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสุขภาพข้าราชการท้องถิ่น กองทุนผู้ประสบภัยจากรถ กองทุนเงินทดแทน เพื่อทำหน้าที่

- กำหนดนโยบายด้านประกันสุขภาพ เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพ มีคุณภาพ มีความเป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ

- กำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานสำหรับระบบประกันสุขภาพประชาชนไทย

- ประเมินการงบประมาณด้านประกันสุขภาพของประเทศ

- เสนอแนะรัฐบาลเกี่ยวกับการประกันสุขภาพส่วนบุคคลของประชาชนเพิ่มเติมจากสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนในกรณีจำเป็นต่าง ๆ

- ติดตามตรวจสอบการปฏิบัติงานของหน่วยบริการคู่สัญญาของทั้งสามกองทุน ให้เป็นไปตามมาตรฐาน คุณภาพ

^{๑๔} รายละเอียดใน รายงาน การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศ: การจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.)

๕.๑.๒ จัดตั้งสำนักมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

เพื่อทำหน้าที่

- กำหนดมาตรฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการประกันสุขภาพและบริการสุขภาพ
- บูรณาการกระบวนการการจัดส่งข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายและบริการสุขภาพ
- เป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศการประกันสุขภาพและ
- เป็นคลังข้อมูลบริการสุขภาพที่สนับสนุนบริหารจัดการการบริการสุขภาพและงานวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข

มาตรการ

- กำหนดให้มีกฎหมายเพื่อจัดตั้งองค์กรกำกับระบบประกันสุขภาพภาครัฐ
- ดำเนินการออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ(สมสส.) (องค์การมหาชน) ตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชนปีพ.ศ. ๒๕๔๒ (ตามรายละเอียดใน รายงาน การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพของประเทศ: การจัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส.) คณะกรรมาธิการปฏิรูประบบสาธารณสุขสุขภาพปฏิรูปแห่งชาติ)

ขั้นตอน

- เสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อขอความเห็นชอบ เพื่อเสนอต่อไปให้สภานิติบัญญัติพิจารณา

ระยะเวลาดำเนินการ

- ร่าง พ.ร.บ.จัดตั้งองค์กรกำกับระบบประกันสุขภาพ (๑-๓ เดือน)
- เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อขอความเห็นชอบ(๑ เดือน)
- เสนอสภานิติบัญญัติเพื่อพิจารณา (๑ - ๓ เดือน)

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

- มีการจัดตั้งสำนักงานหรือสภาประกันสุขภาพแห่งชาติ
- มี พ.ร.บ.กำกับนโยบายประกันสุขภาพ
- มีระบบติดตามตรวจสอบคุณภาพการบริการสุขภาพของสถานบริการของทุกกองทุน
- มีสำนักมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (สมสส)
- มีชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ (กลาง)
- มีนโยบายการประกันสุขภาพเพิ่มเติม ในกลุ่มข้าราชการ ประชาชนในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้มีการตรวจสอบ โปร่งใส ไร้การเบิกจ่ายซ้ำซ้อน ทำให้การจ่ายเงินด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพ

- ทราบค่ารักษาพยาบาลของโรคแต่ละโรคได้
- สิ่งที่ประชาชนได้จากการบูรณาการการบริหารของกองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ ก็คือ
 - สิทธิประโยชน์พื้นฐานด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้ประชาชนทุกคน โดยมีความเสมอภาคกันในทุกกองทุน
 - คุณภาพของบริการสุขภาพได้รับการติดตามตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและเป็นกลาง ซึ่งทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ รวมทั้งสร้างโอกาสให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

- ข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของแต่ละโรคที่สำคัญ และด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล จะทำให้มีการปรับปรุงคุณภาพการรักษาและงบประมาณด้านบริการสุขภาพให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ประชาชนมีความพึงพอใจในสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ
- การประกันสุขภาพโดยประชาชนเพิ่มมากขึ้น
- เจ้าหน้าที่ในสถานบริการรักษาพยาบาลใช้เวลาน้อยลงในการกรอกข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย
- ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการทำรายงานและการเบิกจ่ายในรูปแบบใหม่
- มีรายงานเสนอต่อสภา/ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับมาตรฐานและคุณภาพการรักษาพยาบาลของสถานบริการของทุกกองทุนสุขภาพ มีการวิเคราะห์และเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

- ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในทุกกองทุนสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน และมีแนวโน้มที่ดีขึ้นกว่าในอดีต วัดได้จากดัชนีที่สำคัญต่างๆเช่น

- อัตราการอยู่รอดหลังการรักษาของโรคสำคัญต่างๆ
- ความชุกของโรคเรื้อรังต่างๆลดลง
- ประชาชนเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลได้มากขึ้นและทันที่

๕.๒. การปฏิรูปเพื่อสร้างความยั่งยืนของการเงินการคลัง

๕.๒.๑ เพิ่มภาษีอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นภัยต่อสุขภาพ

ใน พ.ศ.๒๕๕๗ ได้มีกิจกรรมวิชาการเพื่อเชื่อมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งมาตรการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวาน โดยได้มีการจัดประชุมวิชาการ Pricing the Price to Pike the Plump โดยแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (FHP) ในวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ ซึ่งในเวทิดังกล่าวได้เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญทางด้านเศรษฐศาสตร์โภชนาการ และการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวาน จาก University of North Carolina-Chapel Hill ประเทศสหรัฐอเมริกา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานในประเทศไทย เช่น ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ทำให้เกิดเครือข่ายการทำงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวาน

ในเวลาต่อมา สำนักนโยบายภาษี สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง ได้มีแนวคิดในการทบทวนการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตในเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์ จึงได้ประสานเครือข่ายที่เกิดจากการประชุมดังกล่าว เพื่อขอข้อมูลหลักฐานในเชิงสุขภาพเพื่อประกอบการพิจารณาจัดทำแนวทางการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวาน เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานจึงได้จัดตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ผู้แทนจากสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ผู้แทนจากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง นักวิชาการจากสำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผู้แทนจากมหาวิทยาลัยมหิดล นักวิจัยจาก FHP และนักวิจัยจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งต่อมาได้มีการประชุมระดมสมองและพัฒนาเอกสารข้อเสนอแนะแนวทางการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานร่วมกัน คณะทำงานพัฒนาร่างข้อเสนอแนะแนวทางการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานได้มีการจัดทำร่างข้อเสนอแนะแนวทางการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่ม

รศหวาน (ภาคผนวก ง. ๕.) นำเสนอต่อคณะอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ใน คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข หากมีการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรศหวานในอัตราร้อยละ ๒๐ ของ ราคารวมจะทำให้รัฐมีรายได้มากกว่า ๑๐,๐๐๐ ล้านบาท/ปี และลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคอ้วนได้ใน ระยะยาว ซึ่งใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เท่ากับ ๑๒,๑๔๒ ล้านบาท ซึ่งเมื่อได้มีการระดมความคิดเห็นของคณะ อนุกรรมการฯ แล้ว มีมติเห็นชอบกับการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มรศหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์ เพื่อ จัดการปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องและเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐในระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

มาตรการ

เร่งผลักดันการพิจารณาผ่านร่างพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายสรรพสามิต เพื่อให้การจัดเก็บ ภาษีสรรพสามิตมีความเป็นธรรม โปร่งใส เป็นสากล เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม และเอื้อต่อการคุ้มครอง สุขภาพประชาชน

ขั้นตอน

เสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อขอความเห็นชอบ ทบทวนการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มรศ หวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์ ให้ครอบคลุมเครื่องดื่มรศหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดที่มีน้ำตาลต่อปริมาตร เครื่องดื่ม เกิน ๖ กรัม/๑๐๐ มล. ในอัตราการจัดเก็บอย่างน้อยร้อยละ ๒๐ - ๒๕ ของราคาขายปลีก

ระยะเวลาดำเนินการ

- ร่าง พ.ร.บ.ประมวลกฎหมายสรรพสามิต (๑ - ๓ เดือน)
- เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อขอความเห็นชอบ (๑ เดือน)
- เสนอสภานิติบัญญัติเพื่อพิจารณา (๑ - ๓ เดือน)

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

- พระราชบัญญัติประมวลกฎหมายสรรพสามิต จัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรศหวานทุกชนิดที่มีน้ำตาล ต่อปริมาตรเครื่องดื่ม
- รายได้จากภาษีเครื่องดื่มเข้ารัฐประมาณ ๑๐,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี
- ประชาชนดื่มเครื่องดื่มรศหวานน้อยลงเป็นผลดีต่อสุขภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- รายได้เข้ามาสู่ระบบสุขภาพ หรือเข้ากองทุนสุขภาพมากขึ้น

๕.๒.๒ เพิ่มการประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทุกคน แต่ในส่วนของคนต่างด้าวซึ่ง เข้ามาในประเทศไทยชั่วคราวมีวัตถุประสงค์ต่างกันไป เช่น การท่องเที่ยว ติดต่อธุรกิจ ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ เป็นต้น โดยเฉพาะคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยผิดกฎหมายและไม่มี ใบอนุญาตทำงาน ซึ่งคนกลุ่มนี้มีการกระจายอยู่ทั่วประเทศ และหนึ่งในสามของแรงงานกลุ่มนี้อยู่เมืองไทย มากกว่า ๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕ ของกำลังแรงงานทั้งหมดภายในประเทศไทย มีส่วนช่วยให้ประเทศไทยมี การขยายตัวทางเศรษฐกิจ ร้อยละ ๑ - ๑.๕ ของผลผลิตมวลรวมแท้จริงของประเทศ^{๑๕, ๑๖} คณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติอยู่ทำงานได้โดยมีการพิจารณาผ่อนผันเป็นรายปี และปรับเปลี่ยน

^{๑๕} Matin, P. ๒๐๐๗. The economic contribution of migrant workers to Thailand: Towards policy development. Bangkok: ILO Subregional Office for East Asia.

^{๑๖} Pholphirul, P., Rukumnuaykit, P. ๒๐๑๐. Economic Contribution of Migrant Workers to Thailand. Internation Migration, ๔๘(๕), ๑๗๔-๒๐๒.

สถานะแรงงานข้ามชาติให้เป็นแรงงานที่ถูกต้องตามกฎหมายซึ่งจะมีผลต่อการประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมายที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เพราะจากข้อมูลการให้บริการสุขภาพพบว่ามีคนต่างด้าวจำนวนมากไม่มีประกันสุขภาพคุ้มครอง ทำให้เกิดปัญหาเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ ในบางครั้งเป็นปัญหาต่อเนื่องมาถึงสถานพยาบาล เนื่องจากคนต่างด้าวไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้

กลุ่มคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยชั่วคราว ปัจจุบันมีเพียงกลุ่มนักท่องเที่ยวที่ผู้ประกอบการกิจการนำเที่ยวเท่านั้นที่มีการบังคับซื้อประกันภัย ซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพบางเรื่อง ตามพระราชบัญญัติธุรกิจนำเที่ยวและมัคคุเทศก์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ดังนั้นเพื่อให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยมีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน จำเป็นที่จะมีการจัดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว โดยยึดหลักสิทธิมนุษยชน หลักความยั่งยืนทางการคลัง หลักการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ และหลักประสิทธิภาพ ดังรายละเอียดเอกสารข้อเสนอของนายแพทย์ถาวร สกุกพลาณิชย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ (สวปก) (ภาคผนวก ง. ๗.)

มาตรการ

- จัดทำหลักประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่เดินทางเข้าราชอาณาจักรไทยเป็นการชั่วคราว (ภาคผนวก ง. ๗.)
- ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าว เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลของรัฐ และคุณภาพการให้บริการ สนับสนุนให้ภาคเอกชนจัดบริการสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวเป็นการเฉพาะ

ขั้นตอน

- เสนอเข้าคณะรัฐมนตรี เพื่อจัดทำเป็นประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีสั่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแนวทางการจัดเก็บค่าธรรมเนียมของคนต่างด้าวทุกรายที่เดินทางเข้าราชอาณาจักรไทย
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแก้ไขกฎหมาย/ระเบียบ และความเชื่อมโยงของข้อกฎหมาย
- จัดตั้งคณะกรรมการกลาง เพื่อพิจารณาจัดสรรรายได้ไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ตามอัตราที่เหมาะสม

ระยะเวลาดำเนินการ

- ภายใน ๑ ปี

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

- ชุมชนสิทธิประโยชน์สำหรับคนต่างด้าวที่เดินทางเข้าราชอาณาจักรไทยเป็นการชั่วคราว ตามหลักประกันสุขภาพ
- คณะกรรมการกลางเพื่อจัดสรรค่าธรรมเนียมให้กับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง
- มีสถานบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับแรงงานต่างด้าว
- มีการควบคุมการใช้บริการสุขภาพคนต่างด้าว ไม่ให้มีการใช้บริการเกินสมควร
- ประชาชนไทยได้รับบริการสุขภาพที่สะดวกกว่าเดิม ลดความแออัด
- โรงพยาบาลของรัฐประสบปัญหาการขาดสภาพคล่องทางการเงินลดลง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ค่าธรรมเนียมที่รัฐบาลไทยได้รับจากการประกันสุขภาพคนต่างด้าวที่เดินทางเข้าราชอาณาจักรไทยเป็นการชั่วคราวเพิ่มขึ้น

- นักท่องเที่ยวที่เป็นคนต่างด้าวเข้ารับบริการในสถานพยาบาลได้สะดวก
- โรงพยาบาลรัฐขาดทุนลดลง

๕.๒.๓ พัฒนาการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน

การใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบันยังถือว่าเป็นการใช้จ่ายที่ไม่คุ้มค่า เพราะมากกว่า ๗๐% เป็นค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล การลงทุนที่จะให้คนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน เช่น การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคน้อยไป นอกจากนั้นในค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่คือค่ายา ซึ่งมีการนำเข้ายาจากต่างประเทศราวร้อยละ ๗๐ ของมูลค่าตลาดยาในประเทศไทย

การแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาประจำชาติไทยมาช้านาน และได้รับการพัฒนาเรื่อยมา ถึงแม้ว่าจะไม่รวดเร็วเท่าที่ควร แต่ก็ได้มีหลักฐานในการทดลองทางห้องปฏิบัติการและในคลินิกแพทย์แผนไทยที่แสดงให้เห็นว่าการแพทย์แผนไทยช่วยรักษาโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ เช่น มะเร็งบางชนิด สะเก็ดเงิน โรคเรื้อรัง อัมพฤกษ์อัมพาต การดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การแพทย์แผนไทยมีต้นทุนต่ำ เพราะใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นหรือภายในประเทศเป็นหลัก ถ้าได้พัฒนาโดยใช้การทดลองทางวิทยาศาสตร์ที่ได้มาตรฐาน นำมาใช้ได้แทนยาแผนปัจจุบันที่รักษาโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาของประเทศในขณะนี้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งของอวัยวะต่างๆ และวิธีของการแพทย์แผนไทยใช้บำบัดโรคที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายจากการต้องใช้จ่ายแผนปัจจุบันที่มีราคาสูงไปได้มาก และทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงด้วย นอกจากนี้บุคคลากรทางการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่จะช่วยลดภาระงานของบุคคลากรแผนปัจจุบันได้ หากทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

มาตรการ

- สนับสนุนการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยทั้งระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยเพื่อผลิตยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังต่างๆ อย่างมีมาตรฐาน
- สนับสนุนการจัดบริการในการดูแลโรคเรื้อรังด้วยการแพทย์แผนไทย
- มินโยบายของรัฐบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร เข้าสู่ระบบสุขภาพอย่างครบวงจรในรูปแบบของ “เขตสุขภาพ”
- ตั้งเป้าหมายให้โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศให้บริการการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน

ขั้นตอน

- สนับสนุนงบประมาณด้านการแพทย์แผนไทยและการวิจัยยาแผนไทยให้มากขึ้น ในงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ
- เพิ่มสัดส่วนด้านการแพทย์แผนไทยในงบเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ (National Institute of Traditional Medicine) เพื่อผลิตบุคคลากรด้านแพทย์แผนไทยสาขาต่างๆ ที่มีคุณภาพ
- ตั้งองค์กร/สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนายาแผนไทยอย่างครบวงจร

ระยะเวลาดำเนินการ

- ด้านงบประมาณสามารถทำได้ในเวลา ๑ ปี
- ตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ (National Institute of Traditional Medicine) ภายในระยะเวลา ๕ ปี

- ตั้งสถาบันวิจัยยาแผนไทยต่อยอดกับที่มีอยู่แล้ว เช่น โรงพยาบาลอภัยภูเบศร์ ภายในระยะเวลา ๒ ปี

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

- สถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ (National Institute of Traditional Medicine)
- สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนายาแผนไทย
- ยาแพทย์แผนไทยที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังต่างๆ ได้รับการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ
- มีการใช้การรักษาแผนไทยคู่ขนานไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน เพิ่มขึ้นในสถานบริการสุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน
- ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้นในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล
- เกษตรมีอาชีพและรายได้เพิ่มขึ้นจากการทำสวนสมุนไพรเพื่อทำยาแผนไทย
- สุขภาพของประชาชนดีขึ้นเพราะยาแผนไทยส่วนใหญ่มาจากพืชสมุนไพร ไม่ใช่สารเคมี โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถ้าได้รับการรักษาโดยยาแผนไทยจะปลอดภัยจากพิษสารเคมีสะสมในร่างกาย

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะค่ายาลดลง
- มีการใช้ยาแผนไทยในการรักษาเพิ่มมากขึ้น

๕.๒.๔ การร่วมลงทุนด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public-Private Partnership; PPP)

เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากรเพื่อการบริการสุขภาพ ทั้งสถานที่ เครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพง เทคโนโลยีระดับสูง และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสาขาที่ขาดแคลน การร่วมลงทุนกับภาคเอกชนจะเป็นการลดภาระของภาครัฐในด้านการลงทุนที่ต้องใช้งบประมาณสูง การกำหนดกรอบการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะในระดับเขตสุขภาพ เมื่อมีการกระจายบทบาทการซื้อและจัดบริการสุขภาพไปในระดับเขต จะทำให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร เพิ่มประสิทธิภาพเชิงขนาด โดยที่การเชื่อมโยงสนับสนุนทรัพยากรระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่บริการ จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการส่งต่อและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม โดยมีคณะกรรมการระดับเขตร่วมกันกำหนดกรอบนโยบาย กติกา และข้อตกลงของการพัฒนาระบบบริการระยะกลาง และระยะยาว เช่น การให้เอกชนร่วมลงทุน ก่อให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้สถานที่ เครื่องมือทางการแพทย์ ภาพรวมการกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพจะดีขึ้นการร่วมใช้ทรัพยากรบริการสุขภาพ เช่น การบริหารเตียง เวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ เป็นต้น (ภาคผนวก ง. ๖.)

มาตรการ

- ให้เอกชนร่วมลงทุน (Co-investment) เช่น ครุภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพง
- จัดตั้งหน่วยงานพิเศษที่ให้บริการแบบเอกชนเช่น โมเดล “ศิริราชมหากาญจนาภิเษกหรือ Premium Rama” เพื่อเพิ่มรายได้ให้แก่บุคลากรวิชาชีพที่เป็นที่ต้องการของภาคเอกชน
- การร่วมใช้ทรัพยากรบริการสุขภาพร่วมกันของสถานบริการสุขภาพภาครัฐภายใต้การสังกัดหน่วยต่างๆ และภาคเอกชน

ขั้นตอน

- แก่ไขระเบียบการที่เกี่ยวข้องกับการให้เอกชนร่วมลงทุน (Co-investment)

- จัดตั้งคณะกรรมการกำหนดนโยบาย ระเบียบการ และข้อตกลง การร่วมลงทุนของภาครัฐและเอกชนในระดับเขตสุขภาพ
 - จัดตั้ง Transaction supporting unit หรือ Capital budgeting and negotiation เพื่อมาต่อรองผลประโยชน์ที่ภาครัฐควรได้อย่างเหมาะสม และคล่องตัวในการจัดการเพื่อความคุ้มค่า
- ระยะเวลาดำเนินการ**
- ภายใน ๒ ปี

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

- ระบบบริการสุขภาพของแต่ละเขตมีการใช้ทรัพยากรบริการสุขภาพร่วมกันทั้งภาครัฐ และเอกชน อย่างมีประสิทธิภาพ
- มีหน่วยงานพิเศษที่ให้บริการแบบเอกชน มีบริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่จำเป็นในการตรวจวินิจฉัยและรักษา
- ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงอย่างเหมาะสม

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสม
- การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนที่มีความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่จำเป็นในการตรวจวินิจฉัยและรักษา

๕.๓ การปฏิรูปเพื่อเสริมสร้างประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการใช้งบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐ

๕.๓.๑ การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพโดยใช้ระบบเขตสุขภาพ

การบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยแบ่งเป็นเขตบริการสุขภาพ เป็นการดำเนินการโดยใช้หลักการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ให้ท้องถิ่นสามารถจัดการแก้ปัญหาต่างๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่เกิดในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความจริงที่ว่าท้องถิ่นย่อมจะรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง รวมทั้งวิธีการแก้ปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่อยู่ห่างไกลออกไป เช่น ในระดับส่วนกลางหรือ กระทรวง ทบวง กรม

ในท้องถิ่นระดับเขตสุขภาพซึ่งในประเทศไทย คือ ระดับจังหวัด นอกจากปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างเขตแล้วยังมีปัญหาด้านการบริหารระบบบริการและปัญหาการเงิน ตลอดจนการเข้าถึงบริการของแต่พื้นที่ด้วย

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มปฏิรูประบบบริหารจัดการตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๗ โดยปรับโครงสร้างการบริหารจัดการเป็นรูปแบบเขตสุขภาพ ที่ครอบคลุม ๔-๘ จังหวัด ประชากรประมาณ ๓-๖ ล้านคน แบ่งเป็น ๑๒ เขต และกรุงเทพมหานคร โดยมอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพ และมีตัวแทนจากหน่วยบริการระดับต่างๆเป็นกรรมการเขตสุขภาพ (Regional Health Board) โดยมีจุดมุ่งหมายหลัก คือ ให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเข้าถึงบริการที่จำเป็นโดยไร้รอยต่อ โดยใช้วิธีการจัดบริการ “รวม” ซึ่งมีเครื่องมือหลัก คือ แผนบริการ (service plan) เพื่อให้ประชาชนในแต่ละเขตพื้นที่ เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างดีที่สุด

นอกจากนี้ฝ่ายจัดซื้อบริการใหญ่ของประเทศ (Purchaser) คือ สปสช ซึ่งดูแลประชาชนมากกว่า ๔๘ ล้านคน ก็ได้เริ่มแบ่งพื้นที่ในการจัดซื้อบริการระดับพื้นที่เช่นเดียวกัน โดยจัดตั้งสำนักงาน สปสช สาขา กรุงเทพมหานคร ขึ้น เพื่อซื้อบริการของประชาชนในกรุงเทพมหานคร และต่อมาที่ขอนแก่น และขยายเพิ่มครบ ๑๒ แห่ง ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ เมื่อรวม สปสช เขตพื้นที่ กทม.ด้วย รวมเป็น ๑๓ แห่ง โดย สปสช สาขา เขตรับผิดชอบ ๓-๕ จังหวัด ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบ (system manager) และ ผู้ซื้อบริการ

(purchaser) ทำสัญญากับหน่วยบริการคู่สัญญา บริหารและจัดการระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระดับพื้นที่เขต

จะเห็นได้ว่าทั้งผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการก็มีนโยบายกระจายการบริหารจัดการสู่พื้นที่ในลักษณะเขตบริการ แต่ยังคงการประสานร่วมมือกันอย่างชัดเจน รวมทั้งการประสานกับหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ ในพื้นที่นอกจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ของกระทรวงกลาโหม ของเทศบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ไม่ได้มีส่วนร่วมแต่อย่างใด

การศึกษาเรื่องการบริหารจัดการบริการสุขภาพในระดับเขตในต่างประเทศ ซึ่งมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งแคนาดา ยุโรป-สแกนดิเนเวีย (อังกฤษ นอร์เวย์ สวีเดน) เอเชีย-แปซิฟิก (เกาหลีใต้ ไต้หวัน ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์) ^{๑๗} สรุปได้ว่า เขตสุขภาพที่วิวัฒนาการมาโดยตลอดในประเทศเหล่านี้ ประกอบด้วย แนวคิดของการจัดบริการสุขภาพที่บูรณาการ (Integrated health service) มีบริการทั้งการแพทย์ สาธารณสุข และบริการสังคม ให้ใกล้ชิดผู้บริการ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ มีการซื้อและจัดบริการระดับพื้นที่ โดยคณะกรรมการที่มีอิสระบริหารจัดการเขตสุขภาพซึ่งอาจจะเป็นทั้งภาครัฐ และนอกภาครัฐ ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีวาระชัดเจน คณะกรรมการสุขภาพเขตแม้จะเป็นองค์กรอิสระ แต่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจลงโทษ และถอดถอนสมาชิกรายคนหรือทั้งคณะ บทบาทของเขตสุขภาพพบได้ ๓ ประการ ได้แก่ การจัดบริการ (service provision) การคลังสุขภาพ (health care financing) และการควบคุมกำกับระบบ (system governance)

เขตสุขภาพมีบทบาทรับผิดชอบจัดบริการสุขภาพให้เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิระดับสูง ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง และรับผิดชอบต่อผสมผสานบริการทุกอย่างในพื้นที่เข้าด้วยกัน ทั้งด้านรักษาบริการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสุขภาพ การสาธารณสุขและบริการสังคม รวมทั้งการควบคุมโรคระบาดในท้องถิ่นได้ นอกจากนี้การศึกษายังระบุว่า ในระบบเขตสุขภาพสามารถลดค่าดำเนินการทางการเงินในการเรียกเก็บค่าบริการระหว่างสถานบริการ การรวมกลุ่มเป็นเขตพื้นที่บริการใหญ่และครอบคลุมทำให้สามารถลดค่าดำเนินการที่สิ้นเปลืองลงได้ (ประสบการณ์ของอังกฤษและสวีเดน)

การคลังสุขภาพก็เป็นกลไกสำคัญที่สร้างบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เช่นการคลังสุขภาพของเขตสุขภาพในอังกฤษ กำหนดงบประมาณลงสู่พื้นที่ ให้สามารถซื้อบริการสำหรับประชาชนได้อย่างชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น นอกจากนี้ในการอภิบาลระบบในระดับเขตยังสามารถปรับรูปแบบสัญญา ระหว่างผู้จ่ายบริการและผู้จัดบริการได้อย่างหลากหลายให้เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และสร้างความมั่นใจแก่โรงพยาบาลว่าจะได้รับค่าตอบแทนที่ชัดเจนถูกต้องสำหรับการจัดบริการ เช่นสัญญาโดยรวม กำหนดการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบว่าจะได้รับบริการอะไรและได้ค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงินเท่าไรอย่างกว้างๆ ซึ่งจะระบุตัวชี้วัดผลงานการให้บริการ สัญญาต้นทุนและปริมาณงานเป็นสัญญาที่ระบุชัดเจนว่าผู้จัดบริการจะต้องให้บริการประเภทใดบ้างด้วยจำนวนเท่าใดในราคาที่ตั้งลงกันได้

จะเห็นได้ว่าในประเทศที่ศึกษามา การเงินการคลังในระดับเขตมีความยืดหยุ่นในการจ่ายซึ่งขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพระดับเขต ซึ่งจะต้องศึกษาปัญหาสุขภาพของประชาชนในเขต และพิจารณาถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับปัญหา จึงเป็นการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า นอกจากนี้ยังมีความชัดเจนแก่โรงพยาบาลคู่สัญญาจนอาจจะป้องกันปัญหาการขาดสภาพคล่องหรือการ

^{๑๗} วินัย ลีสมีทธ์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. เขตสุขภาพ : จากประสบการณ์ต่างประเทศ สู่การพัฒนาในรูปแบบในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๒ มีนาคม - เมษายน ๒๕๕๕.

ขาดทุนของโรงพยาบาลได้ เช่นเดียวกับในกรณีความเสียหายจากการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ก็อาจจะสอบสวนและเยียวยาได้อย่างทันที่ทั้งในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดปัญหาการฟ้องร้องที่ยืดเยื้อต่อไป

เมื่อนำมาประยุกต์กับสถานการณ์ในประเทศไทย การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพโดยการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นมีส่วนรับผิดชอบร่วมให้มากขึ้นเป็นสิ่งจำเป็น รัฐบาลปัจจุบันจึงได้กำหนดไว้ชัดเจนในนโยบายของรัฐบาล ในเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยสร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตขึ้น โดยการออกคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งเขตสุขภาพและคณะกรรมการเขตสุขภาพเขต ๑๒ เขต^{๑๘}

แนวทางการดำเนินงาน

- กำหนดให้จัดตั้งเขตสุขภาพตามเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ๑๒ เขตและเขตกรุงเทพมหานคร
- ให้มีนโยบายภาครัฐดำเนินการให้มีความร่วมมือของสถานบริการสุขภาพของทุกกระทรวงในเขตสุขภาพ เป็นพวงบริการเดียวกัน ทั้งระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ และทุติยภูมิ
- ในแต่ละเขตบริการสุขภาพ ให้มีคณะกรรมการสุขภาพระดับเขต(Regional Health Board) ประกอบด้วยผู้อำนวยการสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่สมัครใจเข้าร่วมพวงบริการ ผู้แทนจากกองทุนประกันสุขภาพ ผู้แทนสภาองค์กรบริหารท้องถิ่น ผู้ตรวจราชการสาธารณสุข และผู้แทนจากสาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนภาคประชาชน ผู้รับบริการ

โดยคณะกรรมการมีหน้าที่

- ศึกษาปัญหาสุขภาพ และปัญหาบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
- กำหนดนโยบายและวิธีการแก้ปัญหา
- พัฒนาแผนและวิธีการทำให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ซื้อบริการ (ผู้แทนกองทุนประกันสุขภาพ)
- ร่วมมือกับฝ่ายกองทุนประกันสุขภาพในการทำสัญญากับสถานบริการสุขภาพเพื่อจัดบริการที่เหมาะสม
- ศึกษาติดตาม การให้บริการ คุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่
- แก้ไขปัญหาความเสียหายในการให้บริการที่เกิดขึ้น
- ดูแลการใช้จ่ายเงินด้านสุขภาพให้เป็นไปอย่างโปร่งใสเพื่อบริการสุขภาพโดยเฉพาะ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- แก้ไขปัญหาโรงพยาบาล/สถานบริการขาดสภาพคล่องทางการเงิน
- แก้ไขปัญหาการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในเขตบริการให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- โดยกลไกของความร่วมมือในรูปคณะกรรมการวางนโยบายให้เกิดการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย และอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน

^{๑๘}ผลงานรัฐบาลโดย พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ณ วันที่ ๒๕ พ.ค. ๒๕๕๘

- ปรับรูปแบบการบริหารของโรงพยาบาลของรัฐให้คล่องตัวขึ้น สามารถให้บริการนอกเวลาราชการ เพื่อความสะดวกแก่ประชาชน และสร้างรายได้ให้แก่สถานบริการด้วย
- ในอนาคต ถ้าท้องถิ่นและบุคคลากรตลอดจนทรัพยากรต่างๆพร้อม ก็ควรให้โรงพยาบาลแปรสภาพเป็นองค์กรมหาชน ไม่ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไป

มาตรการ

- รัฐบาลมีนโยบายชัดเจนเกี่ยวกับเขตบริการสุขภาพ
- ประชุมผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ (อุดมศึกษา คณะแพทยศาสตร์) สปสช. กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม เกี่ยวกับการทำงานร่วมกันในลักษณะเขตสุขภาพ
- จัดทำ พ.ร.บ.การบริหารจัดการเขตสุขภาพ
- ปรับแก้มาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในส่วนที่กำหนดให้ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในส่วนเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากร

ระยะเวลาดำเนินการ

๑ - ๑๐ ปี

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

- การให้บริการสุขภาพในลักษณะระบบเขตบริการสุขภาพ๑๒ - ๑๓ เขตทั่วประเทศ
- การบริหารจัดการทั้งนโยบาย ทรัพยากร และวิธีการเป็นลักษณะความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วนในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยคณะกรรมการสุขภาพระดับเขต เชื่อมโยงกับคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด และอำเภอ
- มี พ.ร.บ.การบริหารจัดการเขตสุขภาพ
- มีความเชื่อมโยงของสถานบริการและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงทุติยภูมิ และภายนอกเขตบริการ
- มีความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ มหาวิทยาลัย และเอกชน ในการจัดบริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในเขต ให้ได้รับความสะดวก ปลอดภัย เท่าเทียมกันในทุกกองทุนสุขภาพ
- ปัญหาความเสียหายจากบริการการแพทย์ได้รับการแก้ไขโดยเร็วจากคณะกรรมการสุขภาพเขต เช่นเดียวกับปัญหาด้านการเงิน การเบิกจ่ายของโรงพยาบาลต่างๆในเขต
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะงบประมาณภาครัฐได้มีการใช้อย่างคุ้มค่า โปร่งใส มีประสิทธิภาพ

ผลที่ประชาชนจะได้รับ

- ความสะดวกในการรับบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น
- เมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลอย่างทันที่ สะดวก ปลอดภัย
- ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

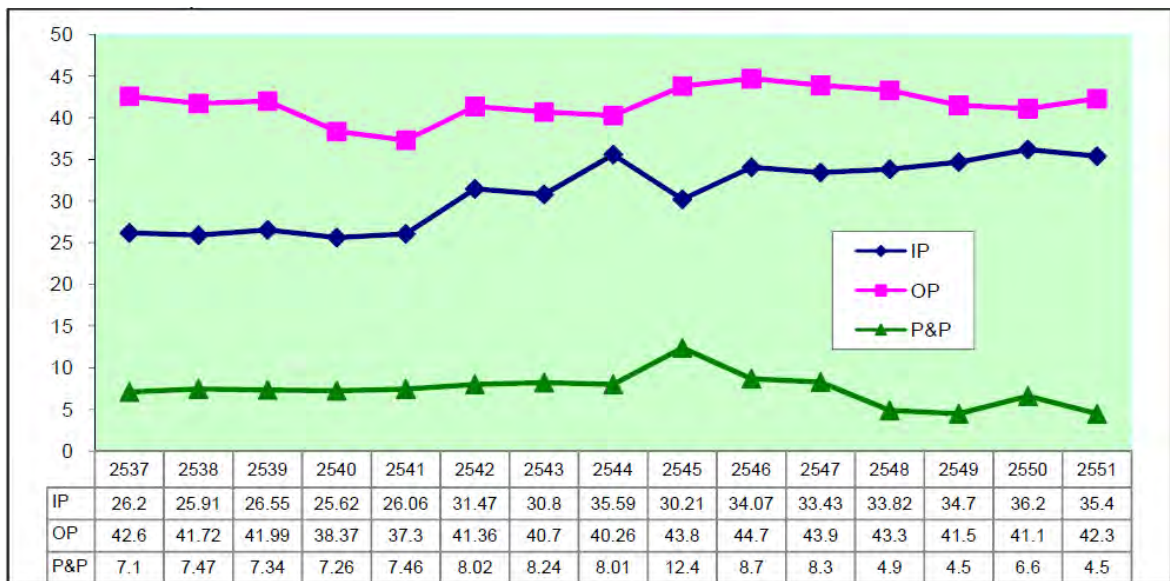
ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ความร่วมมือในการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ
- อัตราการรอดชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้น
- โรงพยาบาลไม่มีปัญหาการขาดทุน
- การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากการได้รับบริการทางการแพทย์ลดลง

๕.๓.๒ เพิ่มงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากข้อมูลบัญชีสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ พบว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นค่าใช้จ่ายหลักของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (ร้อยละ ๗๘.๔) โดยมีค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ ๔๒.๓ และค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๓๖.๑ ใช้จ่ายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ จากร้อยละ ๗.๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ เหลือร้อยละ ๔.๕ ในปี ๒๕๕๑^{๑๙}

ภาพที่ ๕ ใช้จ่ายสุขภาพรวมจำแนกตามประเภทกิจกรรม ปี พ.ศ. ๒๕๓๗-๒๕๕๑ ณ ราคาประจำปี



ตัวเลขเหล่านี้สอดคล้องกับการกระจายงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่พบว่า งบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ ๒๐ ของงบประมาณทั้งหมดในปี ๒๕๔๕ เป็นร้อยละ ๑๒ ในปี ๒๕๕๓

การที่งบประมาณภาครัฐที่ควรมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่มีความคุ้มค่าสูง แต่กลับมีการนำไปลงทุนในด้านการรักษาพยาบาลอันเป็นการใช้เงินที่มีความคุ้มค่าต่ำกว่ามาก เป็นแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง เพราะแสดงว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐที่เพิ่มขึ้นมากในระยะเวลาที่ผ่านมา ไม่ได้เป็นการลงทุนหรือใช้จ่ายอย่างคุ้มค่า หากไม่แก้ไขอาจไม่สมควรที่รัฐจะต้องสละการลงทุนพัฒนาในด้านอื่นๆ มาเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพที่อาจไม่คุ้มค่า^{๒๐}

แนวทางการดำเนินงาน

- เพิ่มสัดส่วนของงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ในงบเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมประชาชนทุกคนในประเทศ ให้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของงบประมาณทั้งหมด

^{๑๙}บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ๒๕๓๗ - ๒๕๕๑, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๒

^{๒๐}คณะอนุกรรมการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

- รัฐบาลกำกับให้สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ (สสส) ทำงานร่วมกับเขตบริการสุขภาพ เพื่อรณรงค์ด้านสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละเขต

มาตรการ

- ปรับสัดส่วนของงบสร้างเสริมสุขภาพในงบเหมาจ่ายรายหัวของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ - ๒๕ ภายในเวลา ๕ ปี
- การทำงานร่วมกันระหว่าง สสส. และคณะกรรมการสุขภาพระดับเขต คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัด และอำเภอฯลฯ
- มีการปรับปรุงให้การจ่ายงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพไปถึงระดับพื้นที่ และบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ
- มีการสำรวจสถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยเป็นระยะทุก ๕ ปี โดยรัฐให้การสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ

ระยะเวลาดำเนินการ

ภายใน ๑ - ๕ ปี

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

- การลงทุนภาครัฐด้านสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น
- หน่วยงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิได้งบประมาณมากขึ้น
- บริการด้านการป้องกันโรคมีความครอบคลุม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค และพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้น้อยลง ทั้งโรคติดต่อและโรคเรื้อรัง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง (โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยใน)
- สัดส่วนของประชาชนในกลุ่มอายุต่างๆที่มีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุราลดลงสวมใส่หมวกและเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่ยานยนต์ต่างๆมากขึ้น ออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานผักและผลไม้มากขึ้น ฯลฯ
- ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคเรื้อรัง
- จำนวนปีที่มีชีวิตอย่างมีสุขภาพะ Healthy Life Years ของประชาชนไทยเพิ่มขึ้น

๕.๔ ระบบสนับสนุนอื่นๆเพื่อความยั่งยืนของการเงินการคลังด้านสุขภาพ

หลักการและเหตุผล

จากสถานการณ์และแนวโน้มในอนาคตของประเทศไทยซึ่งได้มีการคาดการณ์ไว้ในงานวิจัยหลายฉบับในทิศทางที่คล้ายคลึงกันว่าภายใน ๒๐ ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว ภาระโรคของคนไทยจะเกิดจากโรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นหลัก การมีประชากรย้ายถิ่นจากต่างประเทศมากขึ้น ทำให้อาจเกิดโรคระบาดอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำได้ ในส่วนของระบบบริการสุขภาพนั้นน่าจะเป็นไปในทิศทางที่มีการขยายตัวของการมีผู้ให้บริการปฐมภูมิประจำครอบครัว เน้นพื้นที่เป็นหลัก ประชาชนเป็นฐานดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพเป็นระบบการคลังรวมหมู่แบบ

ปลายปิดเป็นหลัก ประชาชนมีสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน มีรูปแบบและอัตราการจ่ายที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยสถานบริการมีกำลังคนด้านสุขภาพมากขึ้น

ด้วยสถานะดังกล่าว ได้มีคณะวิจัย^{๒๑} เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เป็นไปได้ของระบบบริการสุขภาพ ที่จะส่งผลถึงระบบสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ใน ๓ ประเด็นหลัก คือ

- การ Harmonization ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ
- การระดมทรัพยากรที่ต้องใช้ในระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ได้บริการที่พึงประสงค์ และ
- ระดับภาวะสุขภาพของประเทศไทย ภายใต้รูปแบบสถานการณ์เศรษฐกิจมหภาค ๓ สถานการณ์ คือ เศรษฐกิจขยายตัวตามศักยภาพ (Real GDP เติบโตปีละ ๕.๓% เงินเฟ้อ ๒.๕%) เศรษฐกิจติดกับดักประเทศรายได้ปานกลาง (Real GDP เติบโตปีละ ๓.๓% เงินเฟ้อ ๒.๐%) และเศรษฐกิจสามารถก้าวผ่านประเทศรายได้ปานกลางได้ (Real GDP เติบโตปีละ ๖.๖% เงินเฟ้อ ๓.๐%) และโดยการจำลองสถานการณ์สุขภาพของไทยใน ๔ รูปแบบ คือ

๑) SC-๐ เป็นสถานการณ์ที่ระบบหลักประกันสุขภาพแยกส่วนความพยายามในการ Harmonization ของรัฐบาลยังไม่ประสบผลสำเร็จและวิธีการจ่ายชดเชยบริการขึ้นกับแต่ละกองทุนจำนวนบุคลากรและการกระจายของสถานพยาบาลยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่บริการยังเป็นบริการตั้งรับเป็นส่วนใหญ่ระบบบริการปฐมภูมิยังไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังแออัด

๒) SC-๑ เป็นสถานการณ์ที่ระบบหลักประกันสุขภาพมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานระหว่างระบบสวัสดิการข้าราชการและระบบประกันสุขภาพอีกสองระบบวิธีการจ่ายชดเชยบริการสำหรับบริการขั้นพื้นฐานเหมือนกันแต่จำนวนบุคลากรและการกระจายของสถานพยาบาลยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่บริการยังเป็นบริการตั้งรับเป็นส่วนใหญ่ระบบบริการปฐมภูมิยังไม่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังแออัด

๓) SC-๒ เป็นสถานการณ์ที่ระบบหลักประกันสุขภาพมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเหมือนกันและมีทรัพยากรเพียงพอในการจัดบริการภายใต้สถานการณ์นี้ระบบบริการมีการเชื่อมโยงกันเป็นระบบการกระจายของสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่เหมาะสมแต่ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพยังมีวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดความเสียหายทางสุขภาพทำให้อายุคาดเฉลี่ยด้านสุขภาพดียังไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมผู้สูงอายุมีอัตราเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างรวดเร็ว

๔) SC-๓ เป็นสถานการณ์ที่ระบบหลักประกันสุขภาพมีการกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเหมือนกันและมีทรัพยากรเพียงพอในการจัดบริการภายใต้สถานการณ์นี้ระบบบริการมีการเชื่อมโยงกันเป็นระบบการกระจายของสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่เหมาะสมประชาชนมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพหลีกเลี่ยงวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดความเสียหายทางสุขภาพทำให้อายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นเป็นอายุคาดเฉลี่ยด้านสุขภาพดีทั้งหมดจากการที่อัตราเป็นโรคเรื้อรังลดลงและผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

จากการคาดการณ์ด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยใช้แบบจำลองคณิตศาสตร์ประกันภัย และข้อมูลการประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.๒๕๕๔ การศึกษาวิจัยนี้ได้สรุปผลที่น่าสนใจไว้ดังต่อไปนี้

^{๒๑}ถาวร สกฤตพานิชย์, สมชัย จิตสุชน และอรพรรณ ประสิทธิ์ศิริผล. การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์. นนทบุรี, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). ๒๕๕๖.

ผลการประมาณการค่าใช้จ่ายตามสถานการณ์บริการสุขภาพทั้ง ๔ เป็นร้อยละของ GDP ในกรณีเศรษฐกิจขยายตัวตามศักยภาพพบว่าในสถานการณ์ที่ไม่มีมีการทำการปฏิรูปเรื่องใดเพิ่มเติมระบบหลักประกันสุขภาพยังแยกส่วนบริการสุขภาพเหมือนปัจจุบัน (SC-๐) ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐจะเพิ่มจากร้อยละ ๒.๒ ของ GDP ในพ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๓.๒๕ ของ GDP ในพ.ศ. ๒๕๗๔ แต่ถ้ามีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพพร้อมกับการปฏิรูปกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐตามสถานการณ์แบบ SC-๓ แล้วสามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีได้จริงแม้ว่าต้องการเงินลงทุนจำนวนมากขึ้นในช่วงแรกแต่จะมีผลตอบแทนระยะยาวที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพในพ.ศ. ๒๕๗๔ จะต่ำที่สุดในทุกสถานการณ์ที่ร้อยละ ๓.๐๓ ของ GDP แต่ต้องพึงระวังว่าถ้าการบริหารจัดการทำได้ไม่มีประสิทธิภาพการลงทุนเพิ่มในระบบบริการสุขภาพโดยประชาชนไม่ได้มีสุขภาพดีขึ้นตามสถานการณ์แบบ SC-๒ จะทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๓.๕ ของ GDP เนื่องจากประชาชนจะมีการใช้บริการสูงขึ้นจากปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังส่วนในกรณีการทำการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐโดยการปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพไม่เพียงพอแบบสถานการณ์ SC-๑ นั้น ค่าใช้จ่ายสุขภาพในระยะยาวเท่ากับร้อยละ ๓.๐๘ ของ GDP ซึ่งสูงกว่าการดำเนินการควบคู่กันแบบสถานการณ์ SC-๓

ผลกระทบต่อสถานการณ์ที่ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุนั้นพบว่าในสถานการณ์ที่มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพพร้อมกับการปฏิรูปกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐตามสถานการณ์แบบ SC-๓ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายต่อหัวในปีพ.ศ. ๒๕๗๔ เพิ่มจากพ.ศ. ๒๕๕๔ ๓.๘ เท่าซึ่งต่ำกว่าสถานการณ์แบบ SC-๒ ซึ่งประชาชนมีสุขภาพไม่ดีมากขึ้นส่งผลให้เกิดการใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวของผู้สูงอายุเพิ่มจากพ.ศ. ๒๕๕๔ ถึง ๔.๓ เท่า

จากผลการวิจัยซึ่งดำเนินการและใช้ข้อมูลของประเทศไทยทั้งสิ้นนี้ นอกจากจะแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการต้องมีการบูรณาการระหว่าง ๓ กองทุนหลักของการประกันสุขภาพแล้ว ยังแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์อื่นๆ เช่น ระบบบริการที่มีการเชื่อมโยงกันเป็นระบบ การกระจายของสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่ที่เหมาะสม ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ถึงแม้ว่าจะเข้าสู่สถานะสูงวัยก็เป็นไปอย่างมีสุขภาพดี และอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็จะลดลงด้วย

นอกจากนี้ การวิจัยดังกล่าวยังแสดงให้เห็นว่า ความยั่งยืนของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพภาครัฐขึ้นอยู่กับ การขยายตัวทางเศรษฐกิจ ในกรณีที่สถานการณ์การขยายตัวทางเศรษฐกิจเป็นไปตามศักยภาพ และกรณีที่เศรษฐกิจขยายตัวดี จะไม่มีปัญหาความยั่งยืนทางการเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพภาครัฐ สถานการณ์เดียวที่จะมีปัญหา คือ การมีเศรษฐกิจติดหล่มในกับดักประเทศรายได้ปานกลาง (Middle Income Trap) ถ้าต้องการคงรายจ่ายภาครัฐทุกประเภทไว้ ต้องมีการปฏิรูประบบภาษี

ดังนั้นในการปฏิรูปเพื่อความยั่งยืน มั่นคงของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบอื่นๆควบคู่ไปด้วย ที่สำคัญ คือ

- ระบบบริการปฐมภูมิ และระบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ
- ระบบการบริการสุขภาพที่มีการเชื่อมโยงกันเป็นระบบ
- การกระจายบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่อย่างเหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน
- ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำให้ประชาชนมีการรับรู้ เข้าใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

มาตรการ

- ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยเน้นที่บริการปฐมภูมิ ทีมหมอครอบครัว
- ปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- พัฒนาและขยายเขตบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั่วประเทศ
- รัฐมีนโยบายชัดเจนในการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขที่จำเป็น เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ฯลฯ รวมทั้งการสร้างมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการธำรงรักษาบุคลากรเหล่านี้ให้อยู่ในระบบให้นานที่สุด
- ปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ทันสมัย และครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศ

ขั้นตอน

- สร้างทีมหมอครอบครัวให้กระจายในทุกภูมิภาคของประเทศ
- ดำเนินการร่วมกับท้องถิ่นเพื่อพัฒนา ชุมชนสุขภาพะ โรงเรียนสุขภาพะ ฯลฯ
- เพิ่มการผลิตแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผลิตพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติ
- ขยายความครอบคลุมของเขตสุขภาพ เน้นพวงบริการในพื้นที่ และการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ทั้งในระบบชาติ และระดับท้องถิ่น

ระยะเวลาดำเนินการ

- ๑-๕ ปี สำหรับปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ
- ๑-๕ ปี สำหรับปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- ๑-๕ ปี พัฒนาการผลิต และกระจาย แพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญต่างๆในระดับ Secondary และ Tertiary Care
- ๑-๕ ปี สำหรับการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

- ทุกครอบครัวมีหมอครอบครัวเป็นที่ปรึกษาและดูแลสุขภาพ
- ประชาชนได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่สำคัญในท้องถิ่น และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อสุขภาพะ
- ประชาชนที่เจ็บป่วยสามารถไปรับการรักษาพยาบาลตั้งแต่เริ่มแรกอย่างสะดวก และได้รับบริการส่งต่อถ้าจำเป็นอย่างสะดวกรวดเร็ว ตั้งแต่ปฐมภูมิจนถึงทุติยภูมิ
- มีระบบบริการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทันสมัยแก่ประชาชน ในทุกชุมชนอย่างต่อเนื่อง
- มีการผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจนเพียงพอต่อความต้องการ
- สถานบริการสุขภาพทุกระดับ มีแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และพยาบาลอย่างเพียงพอ และสามารถให้บริการอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่สำคัญ และปัจจัยเสี่ยงของโรค ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อลดเลิกปัจจัยเสี่ยง
- ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคของประชาชนลดลง

- การกระจายของแพทย์และพยาบาลในพื้นที่ต่างๆ และในระดับประเทศเหมาะสมตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก หรือ JLI (Joint Learning Initiative) เช่น แพทย์ พยาบาล และพยาบาลผดุงครรภ์ ๒.๕ คนต่อประชากร ๑๐๐๐ คน
- ประชาชนมีสัดส่วนที่แสดงความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพสูงขึ้น
- อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหลอดเลือด ไตวาย มะเร็ง ฯลฯ ลดลง
- อัตราการรอดชีวิตของโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น
- ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลด้วยโรคเรื้อรังต่างๆลดลง
- จำนวนปีที่มีชีวิตอย่างมีสุขภาวะ (Healthy Life Years) ของประชากรไทยเพิ่มขึ้นทั้งหญิงและชาย
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐเติบโตไม่เกิน ๔% ของ GDP ของประเทศ

๖. เอกสารอ้างอิง

เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และคณะ. **โครงการการพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพ.**

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ๒๕๕๖.

ถาวร สกุกพาณิชย์, สมชัย จิตสุชน และอรพรรณประสิทธิ์ศิริผล. **การคลังสุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์.** นนทบุรี, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). ๒๕๕๖.

วินัย ลีสมีทธิ. รายงานวิจัย **การศึกษารูปแบบแนวทางระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** ๒๕๕๒.

วินัย ลีสมีทธิ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. **เขตสุขภาพ : จากประสบการณ์ต่างประเทศสู่การพัฒนารูปแบบในประเทศไทย.** วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๒ มีนาคม – เมษายน ๒๕๕๕.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ๒๕๕๗. **การศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: วิทยุการปก.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). **รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (๒๕๔๔-๒๕๕๓).** นนทบุรี. ๒๕๕๕.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. **บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยพ.ศ. ๒๕๕๔.** นนทบุรี, บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด. ๒๕๕๖.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. **บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยพ.ศ. ๒๕๕๒-๕๓.** นนทบุรี, บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์จำกัด. ๒๕๕๖.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **เอกสารนำเสนอในการประชุมชี้แจงเรื่อง การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘** ในวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๗ ณ โรงแรมเซ็นทรา ศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๖.** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๗.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. **การสาธารณสุขไทยพ.ศ.๒๕๕๑ - ๒๕๕๓.** นนทบุรี, สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข.๒๕๕๔.

สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ. ระบบหลักประกันสุขภาพไทย. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ๒๕๕๕.

Matin, P. The economic contribution of migrant workers to Thailand: Towards policy development. Bangkok: ILO Subregional Office for East Asia. 2007

Paibul Suriyawongpaisal, Wichai Aekplakorn and Rassamee Tansirisithikul. Does harmonization of payment mechanisms enhance equitable health outcomes in delivery of emergency medical services in Thailand?. Health Policy and Planning Advance Access. 2015, 1-8.

Pholphirul, P., Rukumnuaykit, P. Economic Contribution of Migrant Workers to Thailand. International Migration, 48(5), 174-202. 2010.

Tarinee Tangcharoen, et al. a retrospective cohort of all-cause mortality and the cardiovascular events in the Thai patients with established cardiovascular disease. http://www.thaiheart.org/images/column_1325081285/15A%20retrospective%20cohort%20in%20Thai.pdf

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
รายงานการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย

ภาคผนวก ก.
รายงานการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย*

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การแพทย์แผนไทย เป็นมรดกอันล้ำค่าของชาติมาช้านาน นับแต่มีความเป็นชาติไทย คนไทยได้อาศัยการแพทย์แผนไทยในการดูแล รักษาสุขภาพ โดยมีการแพทย์พื้นบ้านไทยทำหน้าที่เป็นต้นน้ำ เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เข้ากับบริบทของสังคมและชุมชน จนกระทั่งมีการนำการแพทย์สมัยใหม่เข้ามาในประเทศ และได้รับความนิยมนับจนถึงปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยได้เลือนหายไปจากความทรงจำของคนไทยมาอย่างต่อเนื่อง การก่อตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๕ ทำให้การแพทย์แผนไทยกลับเข้ามาในระบบสุขภาพอย่างเป็นทางการอีกครั้งหนึ่ง แต่ก็ยังไม่ได้รับการส่งเสริมและพัฒนาให้มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์ เผยแพร่ไปทั่วโลกซึ่งเห็นว่า ลำพังการแพทย์สมัยใหม่ ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชากรโลกได้โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง และโรคไม่ติดต่อร้ายแรง อาทิ โรคมะเร็ง เบาหวานไขมันในเลือด องค์การอนามัยโลกยังให้ความสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานมากขึ้น มุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี และพึ่ง ตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการที่ยอมรับได้ทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ ด้านยุทธศาสตร์การบริการระดับปฐมภูมิ (การป้องกันดีกว่าการรักษา) เป็นบริการแบบผสมผสาน ด้วยหลักการใกล้บ้านใกล้ที่ทำงาน ร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการตามแนวคิดแบบองค์รวม ซึ่งการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย น่าจะเป็นคำตอบที่เหมาะสมมากที่สุด จากการศึกษาข้อมูลจากเอกสารและข้อคิดเห็นจากการสัมมนาพบว่าปัญหาสำคัญของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย คือประชาชนขาดความเชื่อมั่นและความศรัทธาในการให้บริการโดยเฉพาะยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรอันเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ไม่ได้รับการสนับสนุน ผู้ใช้ขาดความเชื่อมั่น ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยถูกละเมิดสิทธิ องค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย ขาดการสืบทอดองค์ความรู้อย่างถูกต้อง เป็นระบบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยในประเด็นดังต่อไปนี้

แนวทางปฏิรูปการแพทย์แผนไทย ๖ ประเด็น

ประเด็นที่ ๑ ปฏิรูปโครงสร้างและกลไกบริหารจัดการที่เป็นเลิศด้านการแพทย์แผนไทย

ประเด็นที่ ๒ การปฏิรูปด้านการศึกษาการพัฒนากำลังคน “สร้างเอกภาพ - เอกลักษณ์ไทย

ประเด็นที่ ๓ การปฏิรูปด้านการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้จากภูมิปัญญาไทย

ประเด็นที่ ๔ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพการแพทย์แผนไทยคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

ประเด็นที่ ๕ การปฏิรูปด้านอุตสาหกรรมยาแผนไทยและยาสมุนไพร “ความมั่นคง - คลังยาของชาติ”

ประเด็นที่ ๖ การปฏิรูปด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย “มรดกไทย - มรดกโลก”

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

อย่างไรก็ตาม ประเด็นการปฏิรูปทั้ง ๖ ประเด็น เป็นประเด็นพื้นฐานที่ไม่เคยเปลี่ยนแปลง และได้ถูกนำไปกำหนดเป็นนโยบาย และทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ขาดการนำไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมอย่างจริงจัง ดังนั้นจึงสมควรกำหนดแนวทางการดำเนินการโดยเร่งด่วนที่จะช่วยให้การแพทย์แผนไทยเจริญก้าวหน้าต่อไปได้ ดังนี้

๑. กำหนดให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ
๒. จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ
๓. ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงยาแผนไทยและยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึงโดยแก้ไขกฎหมาย ยกเว้นกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ จากการดำเนินการทั้ง ๓ แนวทางนั้น จะสามารถแก้ไขปัญหาตามประเด็นปฏิรูปทั้ง ๖ ประเด็น คือ ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานลดความเหลื่อมล้ำ ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเอง และชุมชน สมุนไพรสามารถสร้างมูลค่าเพิ่ม สร้างอาชีพ ระบบยาของประเทศมีความมั่นคง ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยได้รับการคุ้มครองสามารถนำมาต่อยอดและพัฒนาให้เกิดมูลค่าเพิ่ม ส่งเสริมเศรษฐกิจทั้งระดับท้องถิ่นจนถึงระดับชาติ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในเอกลักษณ์ของชาติ

การปฏิรูปการแพทย์แผนไทย

ประเด็นปัญหา

1. ประชาชนขาดความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทั้งปวง
2. ขาดระบบสนับสนุนยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ครบวงจรอย่างจริงจังและต่อเนื่อง
3. ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยถูกกลืนหายและละเมิดลิขสิทธิ์

การแก้ปัญหา

- ❖ **หลักการ**
ทำให้การแพทย์แผนไทยมีศักยภาพและมาตรฐาน เป็นที่น่าเชื่อถือและศรัทธา บริการคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน นำไปสู่ความภาคภูมิใจในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยอันเป็นเอกลักษณ์ของชาติ
- ❖ **วิธีการ**
 1. ปฏิรูปโครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทย
 2. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพและการพัฒนาคลังต้นกำเนิดการแพทย์แผนไทย “สร้างเอกภาพ – เอกลักษณะไทย”
 3. วิจัยและพัฒนาค้นคว้าความรู้ทางการแพทย์แผนไทย
 4. ส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามการแพทย์แผนไทยให้เป็นการแพทย์ประจำชาติและคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
 5. ส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานผลิตภัณฑ์สมุนไพรมาตรฐานการผลิต การวิจัยและอุตสาหกรรมยาไทย เพื่อความมั่นคงและเป็นต้นกล้าแห่งชาติ
 6. ส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย “มรดกไทย มรดกโลก”

ข้อเสนอปฏิรูป

1. กำหนดให้ทิศคณะกรรมการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ ปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีองค์ประกอบมาจากชั้นกลางชั้นกลาง การแพทย์แผนไทยแห่งชาติ โดยมีรองนายกรัฐมนตรีด้านสาธารณสุขเป็นประธาน และผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ เป็นเลขาธิการ ให้มีอำนาจหน้าที่ กำหนดและขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยแห่งชาติทุกประการระดับหน่วยงาน ๕ ปี สืบค้น ประเด็นเสถียร คำวินิจฉัย
รองศาสตราจารย์ กวณิน ๑ เคือน
2. จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ ปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยปรับปรุงแก้ไข
 ๑. ให้มีสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ เพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทั้งปวงในไทย และสนับสนุนระบบเศรษฐกิจ
 ๒. ปรับปรุงแก้ไขคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ให้มีความเหมาะสมกับภารกิจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัด
 ๓. ปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเชิงอำนาจหน้าที่ให้มีการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้ได้ละเอียดจริงจัง
 ๔. ปรับปรุงแก้ไขให้กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้มีรายได้เพิ่มขึ้น จากผลิตภัณฑ์เป็นที่ยอมรับคุณภาพ เช่น อาหาร เครื่องดื่มที่ปราศจากกลูตาเมตส์ เป็นต้น อาจจัดสรรให้กองทุน ที่มีในสิบสามของภาษี เป็นต้น
3. ร่างพระราชบัญญัติยาสมุนไพร พ.ศ. ...
 ทำการร่างพระราชบัญญัติยาสมุนไพร พ.ศ. เพื่อแยกพระราชบัญญัติยาสมุนไพรออกจากกฎหมายยาชนิดอื่น เนื่องจากยาสมุนไพรหรือยาสมุนไพรชนิดอื่นมีปริมาณแตกต่างกัน และเป็นการแก้ปัญหาการจ่ายยาแบบประเภทย่อย และอุตสาหกรรมยาที่เอกรายการ

รองศาสตราจารย์ กวณิน ๑ เคือน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนมีทางเลือกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย มีความเชื่อมั่นถึงธรรมในการเข้ารับบริการทางการแพทย์แผนไทย
2. ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประเทศไทย ประเพณี และวัฒนธรรมของท้องถิ่น
3. ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่มีความปลอดภัยและมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและสากล สามารถเรียนรู้ความรู้ใหม่ สรรพวิชา มีรายได้สนับสนุนและยั่งยืน ส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจของชุมชนและประเทศไทย
4. รัฐบาลของประเทศไทยมีความมั่นคงขึ้น
5. ประชาชนมีส่วนร่วมในการริเริ่มขอ สละเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในเอกลักษณ์ของชาติ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. รายงานการวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรที่ถูกตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลระดับนานาชาติ เพิ่มขึ้น
2. ผู้คิดค้นผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรและยาแผนไทยส่งออกสู่ตลาดโลกเพิ่มขึ้น
3. มีข้อมูลเชิงปริมาณจากการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น
4. มีการจดทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยต่อหน่วยงานอื่น เพิ่มขึ้น
5. มีระบบข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทั้งปวงในไทย สำหรับเป็นฐานข้อมูลความรู้ของชาติ (National Traditional Knowledge Digital Library- TKDL Center)

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1. ปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
2. ปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๒
3. ร่างพระราชบัญญัติยาสมุนไพร พ.ศ.

รายงานการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย

๑ .หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตในปัจจุบันของประชากรไทย ทำให้เกิดวิกฤติการณ์การระบาดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากสถิติล่าสุด พบว่า มีประชากรป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง ๑๔ ล้านคน และถือเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรทั้งประเทศ โดยปี พ.ศ. ๒๕๕๒ มีประชากรเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มากกว่า ๓๐๐,๐๐๐ คน หรือ คิดเป็นร้อยละ ๗๓ ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจถึง ๒๐๐,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี และจากข้อมูลอัตราความชุกต่อประชากรแสนคนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๕ โรคสะสม ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๕ พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราความชุกสูงสุด รองลงมา คือ โรคเบาหวาน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง^๑ ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากสถิติพบว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี ๒๐๐๕ โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๐.๔ ของประชากรทั้งประเทศและคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วงปี ๒๐๒๔-๒๐๒๕^๒ จากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการเจ็บป่วยมาสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ประชากรส่วนใหญ่เลือกใช้ชีวิตการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นและภาครัฐจำเป็นต้องใช้งบประมาณสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนทุกคน ประกอบกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ล้วนส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้นตามลำดับ หากประเทศไทยยังใช้ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นกระแสหลักเพียงระบบเดียวในการดูแลสุขภาพ อาจทำให้เกิดภาวะด้านงบประมาณการประกันสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้น อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ยังมีไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับปริมาณการเจ็บป่วยของประชากรที่มารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ หากยังปล่อยให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยเดินหน้าไปในทิศทางเช่นนี้ย่อมกระทบต่อสุขภาพของคนไทย ซึ่งประชาชนต้องตกอยู่ในสภาวะล้มละลายเนื่องจากปัญหาจากการเจ็บป่วย ส่งผลต่อปัญหาเศรษฐกิจของชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลกได้ให้ นิยามของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ไม่เพียงแต่ปราศจากโรค แต่ยังหมายถึงความเป็นปกติสุข ทาง กาย จิต สังคม และปัญญา จะเห็นได้ว่า นิยามนั้น ครอบคลุมสุขภาพใน ๔ ด้านอย่างสมบูรณ์ ซึ่งองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอาจกล่าวได้ว่าเป็นคุณภาพของชีวิต อย่างไรก็ตามกวีวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขในซีกโลกตะวันตกกลับมีวิธีคิดมุมมอง หรือ กระบวนทัศน์ในเรื่องสุขภาพแบบแยกส่วน อิทธิพลทางแนวคิดเช่นนี้ได้แพร่กระจายทั่วโลกตลอดระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๕๐ ปี ที่ผ่านมา สุขภาพจึงถูกครอบงำด้วยวิธีคิดที่เห็นว่าเป็นคนเหมือนเครื่องจักร สามารถแยกเป็นส่วนๆ จิตใจและร่างกายเป็นคนละส่วน ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพ

^๑ อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์ และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๕๕. [ออนไลน์]. สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แหล่งเข้าถึง : http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf [๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘]

^๒ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ. [ออนไลน์]. แหล่งเข้าถึง : <http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html> . [๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘]

แยกเป็นส่วนๆ ก่อให้เกิดความรู้ เทคโนโลยี ในการรักษาเฉพาะทาง ลึกลงไปเป็นเรื่องๆ แต่ละโรค แต่ละอวัยวะ ขาดความสนใจในความสำคัญขององค์ประกอบย่อยๆของชีวิต ไม่ได้ดูแลคนทั้งคน

สังคมไทยมีภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่อยู่ควบคู่กับคนไทยมาช้านาน เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่เน้นการรักษาคนทั้งคน โดยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ครบทุกมิติของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะการนำมาป้องกันการเกิดขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากการดำเนินวิถีชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย เวชกรรมแผนไทย เป็นการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาโรคตามทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย เป็นการปรุงยาและผลิตยาจากสมุนไพรสำหรับบำบัดรักษาโรค หัตถเวชกรรมแผนไทย เป็นการบำบัดรักษาด้วยการนวดไทย และผดุงครรภ์แผนไทย เป็นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การทำคลอด การดูแลหญิงหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด การดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ยังครอบคลุมทั้งการป้องกัน การบำบัดรักษาโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ^๓ และการแพทย์พื้นบ้านไทย

มีหลักฐานจากกฎหมายตราสามดวง ศิลาจารึก ที่แสดงให้เห็นว่าการแพทย์แบบดั้งเดิมของไทยอยู่คู่กับคนไทยมาหลายศตวรรษ โดยดั้งเดิมนั้นการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย จัดเป็นการแพทย์กระแสหลักของชุมชนและสังคมไทย ต่อมาเมื่อสังคมไทยได้ก้าวสู่ความเป็นรัฐชาติ ทำให้การบริหารประเทศเป็นแบบอารยธรรมตะวันตก มีการยอมรับเอาการแพทย์แผนตะวันตกเข้ามาแทนที่การแพทย์ดั้งเดิม เพื่อทดแทนส่วนที่การแพทย์ดั้งเดิมไม่มี เช่น การผ่าตัด การป้องกันโรคติดต่อ ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น ด้วยความเจริญของการแพทย์ตะวันตก ทำให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยถูกปฏิเสธ ละเลยและทอดทิ้งจากรัฐ^๔ ปัจจุบันมีการพลิกฟื้นให้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยกลับมามีบทบาทที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของคนไทย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและทิศทาง การขับเคลื่อนด้านการแพทย์แผนดั้งเดิม ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนดั้งเดิม ขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๖๖ โดยส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมเข้าในระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติโดยการพัฒนาและดำเนินการตามนโยบายด้านการแพทย์ดั้งเดิมของแต่ละชาติ ให้มีความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และคุณภาพ โดยการขยายฐานความรู้และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบและมาตรฐานการประกันคุณภาพ การเข้าถึงบริการ เพิ่มช่องทางการรับบริการการแพทย์ดั้งเดิมและเน้นให้มีค่าใช้จ่ายเหมาะสมสำหรับประชากรที่ยากจน และสนับสนุนการใช้การแพทย์ดั้งเดิมที่มีประสิทธิผลโดยบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริโภค^๕ สำหรับประเทศไทยได้มีการผสมผสานการบริการการแพทย์แผนไทยเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข^๖ ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาการกระจายแหล่งบริการสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยมากขึ้นและต่อเนื่อง แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการบริการ อีกทั้งประชาชนยังขาดความ

^๓ กลุ่มกฎหมายและคดี กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๗ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๐ พร้อมด้วยพระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศคณะกรรมการวิชาชีพที่ออกตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒, ๒๕๕๒.

^๔ คณะอนุกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙. แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙). ๒๕๕๕.

^๕ WHO. “WHO Traditional Medicine Strategies 2014- 2023”. 2013 Hongkong China.

^๖ ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ และอุบลวรรณ ขอพิง. โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ข้อเสนอการจัดตั้งหน่วยบริการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างคน สร้างความรู้. รายงานวิจัยดูแลสุขภาพแบบพอเพียง. ๒๕๕๐.

เชื่อมันและศรัทธาต่อการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ ประกอบกับสมุนไพรซึ่งเป็นวัตถุดิบสำหรับนำมาใช้ผลิตเป็นยาไทยนั้น ได้รับการส่งเสริมและอนุรักษ์คุ้มครองจากราชการอย่างไม่เพียงพอ จึงทำให้คุณภาพและปริมาณสมุนไพรในชาติมีน้อย ไม่เพียงพอที่จะพัฒนาเป็นยาไทยหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ ที่จะส่งออกนารายได้เข้าสู่ประเทศชาติ จึงทำให้การแพทย์แผนไทยถูกลดบทบาทลง ทั้งที่มีประสิทธิภาพในการรักษาหรือป้องกันโรค จะเห็นได้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพร เช่น การใช้ฟ้าทะลายโจรป้องกันหวัดในช่วงฤดูหนาว การรักษาอาการท้องเสียในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและติดเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคบิด^๗ การรักษาโรคกระเพาะด้วยผลกล้วยดิบ^๘ ซึ่งสอดคล้องกับการทดลองในหนูทดลองที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะและให้สารสกัดจากเปลือกกล้วยน้ำว่า พบว่า สารสกัดจากเปลือกกล้วยน้ำว่า มีฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งกรด และเคลือบแผลในกระเพาะ^๙ การใช้ยาขิงรางจืดถอนพิษเบื่อเมา^{๑๐} ลดสารพิษจำพวกโลหะหนักแคดเมียมในหนูทดลอง ลดสารพิษจากยาฆ่าแมลง การใช้รักษาพิษจากแมงดาทะเล^{๑๑} และการใช้หญ้าหนวดแมวรักษาผู้ป่วยโรคนี้ไว้ในโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งพบว่าสามารถลดขนาดนิวได้ ๒๓ ราย มีนิวหลุดร้อยละ ๔๐ มีอาการดีขึ้นร้อยละ ๒๐^{๑๒} เป็นต้น และปัญหาที่สำคัญอีกอย่าง คือ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยขาดการดูแลคุ้มครองอย่างจริงจัง ทำให้ถูกฉกฉวยและละเมิดสิทธิ์อันเนื่องมาจากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจากการหาญาใหม่ของต่างชาติ ได้มีการเข้ามาฉกฉวยประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย เช่น การเข้าซื้อใบลานที่บันทึกตำรับตำราการแพทย์แผนไทยไปถอดองค์ความรู้ เพื่อหาญาใหม่ผลิตเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของชาวโลกเพื่อประโยชน์ทางการค้าหรือลักษณะของการให้ทุนนักเรียนนักศึกษาคนไทยที่เรียนในต่างประเทศศึกษาวิจัยเกี่ยวกับตัวยาสสมุนไพรในชาติ ทำให้การคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของชาติไม่เกิดประโยชน์กับคนในชาติเท่าที่ควรจะเป็น

ดังนั้น การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้การแพทย์แผนไทยมีศักยภาพและมาตรฐาน เป็นที่น่าเชื่อถือและศรัทธา ให้บริการคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเพียงพอต่อความต้องการ ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทย ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของท้องถิ่น ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่มีความปลอดภัยและมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและสากล สามารถสร้างมูลค่าเพิ่ม สร้างอาชีพ มีรายได้ที่มั่นคงและยั่งยืน ส่งผลต่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจของชุมชนและ

^๗ สำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. **ฟ้าทะลายโจร**. เข้าถึงเมื่อ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๘. เข้าถึงได้จาก <http://www.medplamt.mahidol.ac.th/pubhealth/androg.html>

^๘ สำนักงานโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. **กล้วยน้ำว่า**. เข้าถึงเมื่อ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๘. เข้าถึงได้จาก http://www.rspg.or.th/plants_data/herbs/herbs_13_1.htm

^๙ Onasanwo SA, Emikpe BO, et al. **Anti-ulcer and ulcer healing potentials of Musa sapientum peel extract in the laboratory rodents**. เข้าถึงเมื่อ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๘. เข้าถึงได้จาก <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23900937>

^{๑๐} ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๓๐. ตอนพิเศษ ๑๒๖ ง (๓๐ กันยายน ๒๕๕๖) : หน้า ๑๙๕.

^{๑๑} คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. **รางจืด-สมุนไพรแก้พิษและล้างพิษ**. เข้าถึงเมื่อ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๘. เข้าถึงได้จาก <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/46/>

^{๑๒} วันดี กฤษณพันธ์. **สมุนไพรน่ารู้**. ๒๕๓๙.

ประเทศชาติ ระบบยาของประเทศมีความมั่นคงขึ้น และประชาชนมีส่วนร่วมในการสืบทอดภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทยให้คงอยู่ นำไปสู่ความภาคภูมิใจในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยอันเป็นเอกลักษณ์ของชาติ

๒. ประเด็นปฏิรูป

จากการประชุมของคณะอนุกรรมการฯ ได้เชิญหัวหน้าส่วนราชการและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง มาชี้แจง รวมทั้งการประชุมกลุ่มต่างๆ เพื่อระดมความคิดเห็นและรับฟังปัญหาและข้อเสนอแนะที่มีต่อการปฏิรูป อีกทั้งรวบรวมข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปเป็นประเด็นในการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย ดังนี้

- ๒.๑ ปฏิรูปโครงสร้างและกลไกบริหารจัดการด้านการแพทย์แผนไทย
- ๒.๒ ปฏิรูปด้านการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย
- ๒.๓ ปฏิรูปด้านการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย
- ๒.๔ ปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย
- ๒.๕ ปฏิรูปด้านอุตสาหกรรมยาแผนไทยและสมุนไพร
- ๒.๖ ปฏิรูปด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

๓. วิธีการพิจารณาศึกษาวิเคราะห์

การแก้ไขปัญหาการทางด้านการแพทย์แผนไทยที่มีอยู่ในปัจจุบันคณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย ได้กำหนดวิธีการ สำหรับพิจารณาศึกษา และแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยของประเทศ โดยกำหนดแนวทางในการดำเนินการดังนี้

๓.๑ แหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษา

๓.๑.๑ แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Document)

๑. การประชุมระดมสมองของคณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย จำนวน ๒๓ ครั้ง ช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน ๒๕๕๘ เพื่อศึกษาปัญหา พบว่าปัญหาสำคัญด้านการแพทย์แผนไทยประกอบด้วย ๖ ด้าน คือ ด้านบริหารการจัดการ ด้านการศึกษาและพัฒนากำลังคน ด้านการวิจัย พัฒนาค่าความรู้แพทย์แผนไทย ด้านบริการสุขภาพ ด้านอุตสาหกรรมยาแผนไทยและยาสมุนไพร ด้านการส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

๒. การประชุมกลุ่มย่อย ของอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สภาพัฒนาการแห่งชาติ และผู้เชี่ยวชาญ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) กระทรวงมหาดไทย

๓. การประชุมผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้อง

๔. การมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเป็นข้อมูลที่ได้รวบรวมจากการเปิดเวทีการมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ต่อการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย ซึ่ง จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นและประชาพิจารณ์ โดย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย ๓ ครั้ง การประชุมรับฟังความคิดเห็น ๙ ครั้ง ทั้งส่วนภูมิภาคและกทม. ดังนี้ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงแรมทวินทาวเวอร์ กรุงเทพฯ จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดอุดรธานี จังหวัดอำนาจเจริญ โรงแรมเคที พาเลซ กรุงเทพฯ จังหวัดเชียงราย จังหวัดสงขลา

๓.๑.๒ แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Document)

เป็นข้อมูลที่รวบรวมจากข้อมูลเชิงวิชาการ ได้แก่ เอกสารวิจัย แผนยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพฉบับต่างๆ กรณีศึกษา บทวิเคราะห์ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากส่วนราชการและหน่วยงาน รวมทั้งสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย ดำเนินการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ สภาพแวดล้อมภายใน สภาพแวดล้อมภายนอก ปัญหาและข้อขัดข้องเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย ประกอบด้วยการวิเคราะห์กรอบแนวทางตามรัฐธรรมนูญการวิเคราะห์ สถานการณ์ระดับมหภาค การศึกษาการดำเนินการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย วิเคราะห์แผนการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ วิเคราะห์สถานการณ์ และแนวโน้มทิศทางการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยในอนาคต

๓.๒ การรวบรวมสังเคราะห์ข้อมูล

๓.๒.๑ จากการศึกษาและประมวลผลจากข้อมูลที่ได้รับจากจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นและ ประชาพิจารณ์ ๓ ครั้ง การสรุปผลการประชุมรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยของประเทศ รวม ๑๐ ครั้ง ซึ่งมีประชาชนทุกภาค ทั้งภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง กรุงเทพมหานคร รวมทั้งการยื่นข้อเสนอแนะการปฏิรูป ทั้งส่วนบุคคล ๔ คนและองค์กร ๒ ครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลต่อการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย

๓.๒.๒ สรุปข้อเสนอแนะของสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ วาระการปฏิรูปที่ ๒๒ วาระปฏิรูปที่ ๒๓ วาระการปฏิรูป ๒๔

๓.๒.๓ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายใน ภายนอก (SWOT)

๓.๒.๔ การวิเคราะห์ข้อมูล การอภิปรายผลการสำรวจโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ

๓.๒.๕ การสังเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ

๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์

จากวิธีการพิจารณาศึกษาวิเคราะห์ ศึกษาจากเอกสาร การประชุมของคณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย การประชุมกลุ่มย่อย การประชุมผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้อง การมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็นของประชาชน การสำรวจความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถามซึ่งเก็บจากประชาชนทั่วประเทศ พบว่า ประชาชนขาดความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย ขาดระบบสนับสนุน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ขาดการบูรณาการและขาดทิศทางหลักของชาติ ขาดระบบสนับสนุนยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ครบวงจรอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ใช้ขาดความเชื่อมั่นและประเทศสูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยถูกกดขี่และละเมิดสิทธิ์ด้วยขาดมาตรการคุ้มครองภูมิปัญญาที่มี เมื่อนำผลการศึกษามาวิเคราะห์ถึงสาเหตุพบว่า ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นจากโครงสร้างและกลไกบริหารจัดการด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนากำลังคนที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย ระบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ปัญหาแต่ละประเด็นดังนี้

๔.๑ ปฏิรูปโครงสร้างและกลไกบริหารจัดการด้านการแพทย์แผนไทย

๔.๑.๑ กลไกการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยก่อนที่จะเข้าสู่การปฏิรูป

การพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยนั้น มีกลไกที่เกี่ยวข้องหลายส่วน ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้มี

คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยขึ้น และมีกองทุนคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในกระทรวงสาธารณสุข หลังจากมีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่ทำให้กระทรวงสาธารณสุข มีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ส่งผลต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างมาก และในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้เกิดพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ทำให้มีสภาการแพทย์แผนไทย ซึ่งเป็นนิติบุคคลตามกฎหมายมาขับเคลื่อนภารกิจตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายอีกหนึ่งหน่วยงาน และยังมีอีกหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแต่จากการศึกษาวิเคราะห์มีความเห็นว่าหน่วยงานที่ยกมาข้างต้นนี้หากมีการศึกษาวิเคราะห์และปรับปรุงจะส่งผลต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยอย่างมาก

๔.๑.๒ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๒^{๑๓} นั้น มีโครงสร้างที่สำคัญในกรมตามภาพที่ ๑ คือ สำนักงานการแพทย์ทางเลือก สถาบันการแพทย์แผนไทยและสำนักงานเลขานุการกรม ในช่วงต้นแต่กรมก็ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างภายในใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจและภาระงานที่เพิ่มขึ้นโดยมีบุคลากรไม่มากนัก จากการวิเคราะห์อำนาจหน้าที่ของกรมตามกฎกระทรวง จะเห็นได้ว่ากรมมีภารกิจมากซึ่งไม่สัมพันธ์กับบุคลากรที่มีอยู่ทั้งข้าราชการระดับชำนาญงานหรือชำนาญการพิเศษไม่เพียงพอ และยังขาดแคลนข้าราชการผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกภายในกรม ทำให้การดำเนินงานตามภารกิจในกฎหมายเป็นไปได้อย่างยากลำบาก ขาดความต่อเนื่องและไม่มีการต่อยอด ทำให้ทิศทางการดำเนินงานของกรมเป็นไปตามวิสัยทัศน์ของผู้บริหารระดับสูงที่ผลัดเปลี่ยนเข้ามาเป็นผู้บริหารตามวาระ การที่จะเพิ่มบุคลากรให้สอดคล้องกับปริมาณและคุณภาพงานตามภารกิจนั้น จึงดำเนินไปอย่างยากลำบาก

๔.๑.๓ คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ มีคณะกรรมการตามกฎหมาย คือคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ที่ปรากฏอยู่ในมาตรา ๕ นั้น ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญา อธิบดีกรมปศุสัตว์ อธิบดีกรมป่าไม้ อธิบดีกรมวิชาการ เกษตร อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เลขาธิการสำนักนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อมและผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง และผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย เป็นกรรมการและเลขานุการ

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเท่ากับจำนวนกรรมการโดยตำแหน่งซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยเลือกจากกลุ่มผู้ประกอบการโรคศิลปะและจากกลุ่มผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถหรือประสบการณ์ทางด้านการแพทย์แผนไทย การผลิตหรือจำหน่ายยาไทยและการปลูกหรือแปรรูปสมุนไพร ซึ่งการเลือกผู้ทรงคุณวุฒินั้นเป็นไปตามกฎกระทรวง ซึ่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งมีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากผู้ประกอบการโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทยหรือสาขากการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากกลุ่มหมอพื้นบ้าน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากกลุ่มองค์กรเอกชนพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากกลุ่มนักวิชาการ กรรมการ

^{๑๓} กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๒. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๖. ตอนที่ ๙๘ ก (๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๒) : หน้า ๖๔.

ผู้ทรงคุณวุฒิจากกลุ่มผู้ผลิตหรือจำหน่ายยาไทย กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากกลุ่มผู้ปลูกหรือแปรรูปสมุนไพร และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิมีวาระการดำเนินงานสองปี ตามมาตรา ๗ ในพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ นี้

จะเห็นได้ว่าวิธีการได้มาซึ่งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรากฏตามกฎกระทรวงนั้นค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้ระยะเวลาและงบประมาณค่อนข้างมากประกอบกับมีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งน้อยเพียงสองปี ซึ่งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิถือเป็นกลไกหลักในคณะกรรมการที่จะกำหนดทิศทางและมาตรการในการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของชาติ ถือเป็นจุดอ่อนอย่างหนึ่ง เพราะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจบทบาทและหน้าที่ตามกฎหมายค่อนข้างมาก

ในส่วนของคณะกรรมการตามตำแหน่งนั้น จุดแข็งก็คือล้วนเป็นหัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีทั้งงบประมาณและอำนาจทางกฎหมายที่จะดำเนินงานให้สอดคล้องกันได้ แต่ยังคงขาดในส่วนที่มาจากเมืองที่สำคัญที่จะมีส่วนผลักดันให้งานการแพทย์แผนไทยพัฒนาไปได้อย่างยั่งยืน ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เข้ามาเป็นประธานกรรมการตามกฎหมายฉบับนี้

ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการจะพบว่า ต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างมากในการออกกฎหมายในระดับรองขึ้นมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับการพัฒนาและการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทย สมควรที่จะมีการปรับปรุงกรรมการและอำนาจหน้าที่ของกรรมการชุดนี้ และโครงสร้างและจำนวนและตำแหน่งหน้าที่ของข้าราชการในหน่วยงานที่เป็นเลขานุการให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

๔.๑.๔ กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

เป็นกองทุนที่ปรากฏอยู่ในมาตรา ๗๖ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ซึ่งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข และกำหนดให้สถาบันการแพทย์แผนไทย เป็นผู้รับผิดชอบเงินกองทุน ซึ่งการใช้จ่ายเงินเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในระเบียบที่กรรมการกำหนด โดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลัง ซึ่งอยู่ในระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๘^{๑๔} ถือเป็นกองทุนที่อยู่ภายในกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีคณะกรรมการกองทุนเป็นองค์คณะบริหาร

การดำเนินงานที่ผ่านมา มีงบประมาณสำหรับกองทุนที่ได้รับการจัดสรร ๑๒๐ ล้านบาท ตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘^{๑๕} ซึ่งทำให้สามารถผลักดันการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรได้เพียงบางส่วนไม่ครอบคลุมภาระงานทั้งประเทศ สมควรที่จะปรับปรุงให้กองทุนนี้มีงบประมาณสำหรับดำเนินงานเพิ่มมากขึ้น และการออกระเบียบเกี่ยวกับการรับจ่ายและหารายได้เข้าเงินกองทุน สมควรเป็นอิสระและคล่องตัวมากขึ้น โดยต้องมีการปรับปรุงพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ ในส่วนของการบริหารกองทุนและที่มาของรายได้กองทุนซึ่งอาจให้มาจากภาษีสรรพสามิตของเครื่องดื่มชูกำลังหรือ

^{๑๔} ระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยการบริหาร การจัดหาผลประโยชน์และการใช้จ่ายเงินกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๘. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๒. ตอนที่พิเศษ ๒๗ ง (๓๐ มีนาคม ๒๕๔๘) : หน้า ๖.

^{๑๕} พระราชบัญญัติ งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๑. ตอนที่ ๖๙ ก : หน้า ๖ (๓๐ กันยายน ๒๕๕๗)

เครื่องตีทุกชนิดที่ปราศจากแอลกอฮอล์ที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม และกำหนดให้กองทุนเป็นอิสระจาก การกำกับดูแลของกระทรวงการคลังเช่นเดียวกันกับ กองทุนในพระราชบัญญัติอื่น ๆ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ^{๑๖} เป็นต้น

๔.๑.๕ สภาการแพทย์แผนไทย

เป็นหน่วยงานนิติบุคคลตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖ ที่จะต้องเป็นกลไกในการขับเคลื่อนให้เป็นไปได้ตามวัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัตินี้ ตามมาตรา ๘ และมีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา ๙^{๑๗} ซึ่งจะทำให้สภาการแพทย์แผนไทย ดำเนินงานด้านการกำหนดมาตรฐานการรักษาพยาบาลและ มาตรฐานการเรียนการสอน การฝึกอบรม ส่งผลให้สถานพยาบาลหรือสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ยกเว้นการฝึกอบรมตามมาตรฐานที่สภาการแพทย์แผนไทยกำหนด จะส่งผลต่อคุณภาพแก่ผู้ที่จะเป็นแพทย์แผนไทยในอนาคต และการควบคุมความประพฤติของแพทย์แผนไทยทั่วประเทศให้อยู่ในกรอบของจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ซึ่งสภาการแพทย์แผนไทยมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาความเป็นวิชาชีพ ได้รับการสนับสนุนด้านเงินอุดหนุนจากงบประมาณของรัฐบาล ที่ไม่แตกต่างจากแพทยสภา หรือทันตแพทยสภา ที่ได้รับเงินอุดหนุนจากงบประมาณของรัฐบาลอย่างสม่ำเสมอทุกปี

๔.๒ ปฏิรูปด้านการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

๔.๒.๑ ระบบการผลิตแพทย์แผนไทย สถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตบัณฑิตแพทย์แผนไทย หลังจากการปฏิรูปการศึกษานับแต่ พ.ศ. ๒๕๔๑ ในครั้งนั้นก่อให้เกิดมหาวิทยาลัยเพิ่มขึ้นทั่วประเทศกว่า ร้อยแห่งและหลังการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. ๒๕๔๕ และได้เกิดกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยหลายแห่งสนใจที่จะจัดการเรียนการสอนสาขาการแพทย์แผนไทยในระดับปริญญาตรี จึงเกิดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษาเกิดขึ้นหลายแห่งเพราะในเบื้องต้นนั้นได้มองว่าการลงทุนด้านการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทยจะเป็นการสร้างรายได้ให้กับทางมหาวิทยาลัย ทั้งสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์และสาขาการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีปัญหาเรื่องของการขาดแคลนผู้สอนที่มีคุณภาพจึงเกิดการต่อยอดในการจัดหาแพทย์แผนไทยที่มีความรู้และประสบการณ์บรรจุเข้าไปเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำกันในด้านคุณภาพการเรียนการสอน ซึ่งรัฐบาลให้การสนับสนุนงบประมาณทางด้านนี้ให้แก่มหาวิทยาลัยน้อยกว่าการแพทย์แผนปัจจุบันมาก จึงทำให้มหาวิทยาลัยหลายแห่ง ลงทุนด้านการเรียนการสอนน้อยและขาดการลงทุนด้านแหล่งฝึกประสบการณ์ในภาคปฏิบัติ และลงทุนด้านห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์สุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การสร้างโรงพยาบาลและการจัดหาบุคลากรพร้อมทั้งอุปกรณ์การเรียนการสอนที่เพียงพอต่อการอำนวยความสะดวกในการศึกษาและการส่งเสริมการฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติ หลายแห่งมีปัญหาจึงทำให้มีการรวมตัวกันในการก่อตั้งเป็นเครือข่ายสถาบันการผลิตแพทย์แผนไทยในระดับอุดมศึกษา ระหว่างสถาบันการศึกษาที่เปิดการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยทั้งสาขาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นแกนนำให้เกิดการรวมตัวกัน โดยมีการประชุมร่วมกันของสถาบันอย่างสม่ำเสมอ

^{๑๖} พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๘. ตอนที่ ๑๐๒ ก : หน้า ๖ (๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๕)

^{๑๗} พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๐. ตอนที่ ๑๐ ก : หน้า ๓ - ๔ (๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖)

สถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตแพทย์แผนไทยระดับปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งมีทั้งสิ้นจำนวน ๘ สถาบันที่สภาการแพทย์แผนไทยให้การรับรองแล้ว ได้กำหนดให้มี มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (มคอ.๑) ออกเป็นประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๔^{๑๘} โดยมีการเรียนการสอนตามหลักสูตรใช้เวลาทั้งสิ้น ๔ ปี ทุกสถาบันล้วนมีสถานพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนไทยสำหรับบริการผู้ป่วยแบบไม่รับไว้ค้างคืน หรือยังไม่มีโรงพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และไม่มี การดูแลในแบบผู้ป่วยใน การเรียนการสอนในวิชาปรีคลินิกน้อยกว่าการเรียนของแพทย์แผนปัจจุบันมาก การเรียนการสอนในพื้นฐานวิทยาศาสตร์ น้อยกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน ระยะเวลาการฝึกประสบการณ์การเป็นแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลน้อยเมื่อเทียบกับแพทย์แผนปัจจุบัน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถสอบความรู้และขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตจากสภาการแพทย์แผนไทย สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ได้เพียงอย่างเดียว

สถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตแพทย์แผนไทยระดับปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยมีจำนวนทั้งสิ้น ๑๘ แห่งที่สภาการแพทย์แผนไทยให้การรับรอง ซึ่งยังไม่มี การออกประกาศบังคับใช้ มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนไทย โดยมีการเรียนการสอนตามหลักสูตรใช้เวลาทั้งสิ้น ๔ ปี การเรียนการสอนในวิชาปรีคลินิกน้อยกว่าการเรียนของแพทย์แผนปัจจุบันมาก การเรียนการสอนในพื้นฐานวิทยาศาสตร์ น้อยกว่าแพทย์แผนปัจจุบัน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถสอบความรู้และขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตจากสภาการแพทย์แผนไทย สาขาการแพทย์แผนไทย ได้ ๔ ด้านคือด้านเวชกรรมไทย ด้านเภสัชกรรมไทย ด้านการผดุงครรภ์ไทย และด้านการนวดไทย

๔.๒.๒ การฝึกอบรมเพื่อเป็นแพทย์แผนไทยประเภท ก การฝึกอบรมประเภทนี้ ผู้รับการฝึกอบรม ๒ กลุ่มคือ ๑) ผู้ที่ฝึกอบรมโดยตรงกับครูผู้รับมอบตัวศิษย์ก่อนที่สภาการแพทย์แผนไทยจะออกข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการจัดสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมในสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง พ.ศ.๒๕๕๓^{๑๙} และ ๒) ผู้ที่ฝึกอบรมจากสถาบันหรือสถานพยาบาลที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง ซึ่งมีหน่วยงานที่รับรองแล้วทั้งสิ้น ๔๐ แห่ง โดยทั้งหมดถูกรับรองด้านการนวดไทย มีเพียงไม่กี่แห่งที่ผ่านการรับรองด้านเวชกรรมไทย และเภสัชกรรมไทย ข้อมูลจากสภาการแพทย์แผนไทยเมื่อ เมษายน ๒๕๕๘ หลักสูตรการเรียนการสอนในแต่ละด้านนั้นกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๔๒ ได้เคยกำหนดไว้ โดยในแต่ละด้านนั้นฝึกอบรมไม่เกิน ๑,๒๐๐ ชั่วโมง เพื่อไม่ให้เกินกรอบการอนุญาตของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน ของกระทรวงศึกษาธิการ แต่สำหรับผู้ฝึกอบรมจากครูมอบตัวศิษย์โดยตรงนั้นยังไม่มีข้อบังคับในการดูแล จนกระทั่งมีพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

สถาบันการฝึกอบรมและสถานพยาบาลที่ให้การอบรมที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรองแล้วนั้น เป็นภาคเอกชนทั้งหมดยังไม่มีหน่วยงานของรัฐหน่วยใดที่ผ่านการรับรอง และหลังจากที่สภาการแพทย์แผนไทย ได้ออกข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการ

^{๑๘} ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พ.ศ. ๒๕๕๔. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๒๙. ตอนพิเศษ ๕๔ ง : หน้า ๗ (๒๓ มีนาคม ๒๕๕๔)

^{๑๙} ข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของผู้ที่ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยจากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง พ.ศ. ๒๕๕๓. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๓๑. ตอนพิเศษ ๙๑ ง : หน้า ๗๓ (๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๓)

รับรองและการดำเนินการ ของสถาบันหรือสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗^{๒๐} มีหน่วยงานขอรับรองจากสภาการแพทย์แผนไทยทั้งสิ้น ๖๐ แห่ง^{๒๑} มีทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการของสภาการแพทย์แผนไทยเพื่อการตรวจประเมิน

ปัญหาอุปสรรคสำหรับแพทย์แผนไทยประเภท ก คือระเบียบปัจจุบันอนุญาตให้เฉพาะผู้ที่มีกำลังในการขอจัดตั้งเป็นสถาบันหรือโรงเรียนที่ต้องขออนุญาตจากกระทรวงศึกษาธิการ หรือขออนุญาตจัดตั้งเป็นสถานพยาบาลที่ขออนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข แต่โรงเรียน วัด สมาคม มูลนิธิที่เคยเปิดการเรียนการสอนการแพทย์แผนไทยได้นั้นกำลังต้องปิดตัวลง นอกจากนี้รัฐไม่เคยสนับสนุนการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยประเภท ก. เลย

๔.๒.๓ การประเมินหมอฟันบ้านเพื่อให้เป็นแพทย์แผนไทย ตามกฎหมาย หรือประเภท ค

ก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๕๖ นั้นกรรมการวิชาชีพ สาขากการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๕๒ ได้มีการประเมินบุคคลให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย ตามมาตรา ๓๑ (๑) (ค) ของพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๕๕๒ ซึ่งได้ยกเลิกมาตรานี้ไปแล้วหลังจากที่มีพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๕๖ จำนวนทั้งสิ้น ๑๖๕ คน^{๒๒} และยังไม่มีการประเมินเพิ่มเติมอีกจนกว่า สภาการแพทย์แผนไทยและกระทรวงสาธารณสุขจะร่วมกันหารือและดำเนินการต่างๆ เพื่อให้สภาวิชาชีพมีมติ จะออกข้อบังคับมาดำเนินการต่อจากที่กรรมการวิชาชีพ สาขากการแพทย์แผนไทยที่เคยดำเนินการไว้และควรประสานงานใกล้ชิดกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหมอฟันบ้าน ตลอดจนกระจายการพิจารณาการประเมินหมอฟันบ้านสู่ภูมิภาค

กล่าวโดยสรุป ปัญหากำลังคนในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ตามมาตรา ๑๒ (๒) (ก) (ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขากการแพทย์แผนไทยเดิม) มีจำนวนทั้งสิ้น ๕๖,๘๗๕ คน โดยเป็นยอดสะสมตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๗๙-๒๕๕๕ (ณ วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งยอดสะสมระหว่าง พ.ศ.๒๔๗๒-๒๕๕๕ นั้นเป็นเวลา ๘๓ ปี เข้าใจว่าผู้ประกอบวิชาชีพส่วนหนึ่งอาจเสียชีวิตไปแต่เนื่องจากไม่มีระบบการตรวจสอบจึงไม่สามารถบอกข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยที่แท้จริงได้ ในจำนวนนี้ แยกประเภทเป็นผู้ประกอบวิชาชีพประเภทเวชกรรมไทย ๑๙,๖๔๕ คน ประเภทเภสัชกรรมไทย ๒๖,๘๗๒ คน ประเภทผดุงครรภ์ไทย ๗,๖๙๒ คน และประเภทการนวดไทย ๒,๖๖๖ คน เนื่องจากผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหนึ่งคนอาจได้รับการขึ้นทะเบียนการประกอบวิชาชีพมากกว่าหนึ่งประเภท เช่น บางคนได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง ๔ ประเภท บางคนอาจเป็น ๒ หรือ ๓ ประเภท ดังนั้น สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (กองการประกอบโรคศิลปะ) จึงได้ตรวจสอบจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยโดยนับเป็นรายบุคคล พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยมีจำนวน

^{๒๐} ข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการรับรองและการดำเนินการของสถาบันหรือสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. **ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๑. ตอนพิเศษ ๑๘๙ ง : หน้า ๑๐๓ (๒๕ กันยายน ๒๕๕๗)**

^{๒๑} สภาการแพทย์แผนไทย เมษายน ๒๕๕๘

^{๒๒} สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย. **ข้อมูลหมอฟันบ้านของนายทะเบียนกลาง.** อ้างอิงจาก สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย. เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๖. เข้าถึงได้จาก http://indi.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=16:33-1&catid=9:2013-01-08-02-31-04&Itemid=135

๓๐,๓๗๑ คน (ณ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖) แต่จำนวนดังกล่าวเป็นจำนวนของผู้ประกอบโรคศิลปะการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์รวมกัน และยังคงเป็นยอดสะสมตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๗๒ ซึ่งไม่สามารถทราบจำนวนผู้ที่เสียชีวิตไปแล้วได้

การจัดการศึกษาแพทย์แผนไทย ประเภท ก และ ข และ การศึกษาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มีความแตกต่างในเนื้อหา และวัตถุประสงค์ของการผลิต แตกต่างกันด้วยสถาบันการเรียนการสอน และขอบเขตการประกอบวิชาชีพ และความรู้ความชำนาญของผู้สอน

สถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทย ทั้ง ประเภท ก และ ข ยังขาด ครู ที่มีประสบการณ์ และขาดความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ และยังขาดวิธีและกระบวนการสอน และอุปกรณ์ประกอบการเรียนการสอนที่มีมาตรฐานเดียวกัน ทำให้บัณฑิตที่ผลิตได้ของแต่ละประเภทมีความรู้ที่หลากหลายเป็นไปตามแต่ที่ได้รับการสั่งสอนมาจากครูแต่ละท่าน และพบว่าเมื่อบัณฑิตเข้ามาในระบบบริการยังมีข้อจำกัดในการรักษาผู้ป่วย การจัดทำตำราทางการแพทย์แผนไทยเพื่อการศึกษาอบรมของสถาบันทั้งประเภท (ก) และ (ข) ยังคงใช้ตำรับตำราที่มีมาแต่ดั้งเดิม การพัฒนาตำราทางการแพทย์มีความสำคัญต่อการพัฒนาการแพทย์แผนไทยทั้งในระดับการเรียนการสอน การทำเวชปฏิบัติ และการศึกษาวิจัย การขาดการวิจัยต่อยอดภูมิปัญญา การขาดการสนับสนุนการจัดการความรู้จากครูแพทย์แผนไทย ทำให้การพัฒนาตำราทางการแพทย์นั้นไม่สามารถดำเนินการได้

จะเห็นว่าการศึกษาและที่มาของแพทย์แผนไทยมาจากหลากหลายรูปแบบและมีความเหลื่อมล้ำกันอย่างมาก ในแต่ละที่มาของแพทย์แผนไทย และด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลยังได้รับการยอมรับจากประชาชนและบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุขอื่นในสถานพยาบาลของรัฐค่อนข้างน้อยและยังไม่ได้เป็นผู้นำด้านการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ยังต้องมีการยกระดับและมาตรฐานวิชาชีพขึ้นอีกมาก โดยจะต้องเริ่มตั้งแต่การคัดคนเข้าสู่การเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรมให้แก่แก่นักเรียนนักศึกษาด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนาสถานศึกษาทุกระดับ ซึ่งสภาการแพทย์แผนไทยและสถาบันการเรียนการสอนจะมีบทบาทสำคัญในการร่วมคิดร่วมกันกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ ซึ่งสภาการแพทย์แผนไทย จะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ โดยการออกข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทยมากำหนดทิศทางการพัฒนาและการยกระดับการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยของชาติ

๔.๓ ปฏิรูปด้านการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยได้มีการพัฒนาล่าช้ากว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน นับตั้งแต่ ที่มีการเรียกการแพทย์แผนไทยว่าเป็นการแพทย์แผนโบราณ หรือการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ ในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๔๗๙^{๒๓} แพทย์แผนไทยถูกกำหนดไม่ให้ใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสำหรับการพัฒนาและต่อยอดองค์ความรู้ จนกระทั่ง ในพ.ศ.๒๕๓๐ ตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.๒๔๗๙ ที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๙ พ.ศ.๒๕๓๐^{๒๔} ได้มีการเริ่มอนุญาตให้ใช้วิทยาศาสตร์สำหรับการศึกษาด้านการแพทย์แผนไทยตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา แต่แพทย์แผนไทยส่วนใหญ่ในขณะนั้นยังไม่ยอมรับให้นำวิทยาศาสตร์เข้ามาใช้ในการพัฒนาด้วย

^{๒๓} พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช ๒๔๗๙. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๕๔ : หน้า ๑๖๒ (๒๖ เมษายน ๒๔๘๐)

^{๒๔} พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๙ (ฉบับที่ ๙ พ.ศ.๒๕๓๐). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๐๔ ตอนที่ ๒๒๐ ฉบับพิเศษ : หน้า ๕ (๒ พฤศจิกายน ๒๕๓๐)

ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยยังไม่ชัดเจนหลายประเด็น เช่น ชื่อสมุนไพรแต่ละชนิด ยังไม่ชัดเจนว่าเป็นชนิดใดตามหลักอนุกรมวิธานเช่น ชื่อวิทยาศาสตร์ ยังเป็นที่ถกเถียงกันในตัวสมุนไพรจนถึงปัจจุบัน ยกตัวอย่าง เช่น ไคร้เครือ ที่ในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ตัดตัวยาออกจากตำรับยาแผนโบราณ เนื่องจากเป็นสารก่อมะเร็ง แต่ก็มีกรโต้แย้งว่าไคร้เครือที่ถูกถอนไม่ใช่ไคร้เครือเป็นคนละชื่อวิทยาศาสตร์กับตัวที่ถูกถอนไป และแม้กระทั่งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังออกมาอ้างว่าการผสมสมุนไพรหลายชนิดอาจจะลดพิษไปได้ซึ่งต้องศึกษาพิสูจน์กันพอสมควร จึงจำเป็นที่จะต้องสังคายนาความรู้และศึกษาวิจัยการแพทย์แผนไทย อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะตำรับยาและคัมภีร์ในอดีตที่จะต้องรวบรวมผู้รู้มาช่วยจัดทำอย่างต่อเนื่อง สมุนไพรอีกหลายชนิดและยาไทยที่ต้องวิจัยและต่อยอดการศึกษาวิจัยอีกมากมาย ซึ่งการศึกษาวิจัยจะเกิดได้นั้น จะต้องอยู่ในหน่วยงานที่เหมาะสมที่มีบรรยากาศเอื้อต่อการศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่จัดการเรียนการสอนด้านการแพทย์แผนไทย หรือหน่วยงานเฉพาะด้านที่มีห้องปฏิบัติการหรือโรงพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ

สถานการณ์การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ การแพทย์แผนไทย ด้วยแนวคิดและวิธีการศึกษาที่มีความเหมาะสมกับความเฉพาะของศาสตร์และมีเป้าหมายการใช้ประโยชน์มีแนวโน้มที่มีมากขึ้น ในแง่การยอมรับความรู้และความจริงของพหุลักษณะการแพทย์ของสังคมไทยในภาพรวมแต่อย่างไรก็ตามยังคงมีข้อจำกัดในเชิงโครงสร้าง กลไก ระบบงาน ทิศทางการวิจัยและการสนับสนุนในระดับประเทศ ที่ต้องการการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความต้องการของการพัฒนาประเทศหากพิจารณาสถานการณ์งานศึกษาวิจัยที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงแผนการพัฒนายาของประเทศ จะเห็นการเพิ่มขึ้นในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะการวิจัยด้านการพัฒนาสมุนไพร ยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร ซึ่งเป็นประโยชน์กับการพัฒนาอุตสาหกรรมยาจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประเทศ ซึ่งใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ศึกษาค้นคว้าหาคำตอบ แต่ยังคงขาดทิศทาง กลไกการจัดการและสนับสนุนให้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาให้ครบวงจรตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ อาทิ ขาดการสนับสนุนงานวิจัยเพื่อพัฒนาแหล่งและคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรที่มีความแตกต่างเชิงระบบนิเวศ เป็นต้น ขณะทำงานศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิจัยและพัฒนากระบวนการในสถานบริการและในชุมชน การศึกษาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก การวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพโรคและความเจ็บป่วยในศาสตร์ที่หลากหลาย รวมถึงการศึกษาวิจัยเชิงคุณค่าในมิติทางสังคมวัฒนธรรม เป็นต้น เหล่านี้ ที่สามารถให้ทั้งวิธีการศึกษาแบบสตีร์ร่วมกับการศึกษาทางสังคมศาสตร์ ในเชิงพรรณนา ให้ความหมายและตีความ ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นในอัตราที่น้อยกว่าซึ่งก็อาจเป็นเรื่องรอบเวลาการศึกษาและการลงพื้นที่

การศึกษาและวิจัยในคนที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาญาไทยและยาสมุนไพรในประเทศ การศึกษาวิจัยในคนเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยในคนซึ่งเป็นข้อกำหนดของวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่มีไว้เพื่อการคุ้มครองผู้ถูกวิจัยไม่ให้เกิดการเอาเปรียบจากผู้วิจัย การพิจารณาของกรรมการชุดนี้ส่วนใหญ่ใช้ดุลยพินิจที่จะอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยหรือไม่ก็ได้ ในบางครั้งคณะกรรมการอาจใช้อำนาจดุลยพินิจมากเกินกรอบไปจนกระทั่งได้ระงับการศึกษาวิจัยที่สำคัญเพื่อต่อยอดไปยังเรื่องอื่น ๆ ได้ และพบหลายครั้งหากกรรมการวิจัยที่ไม่เข้าใจงานด้านการแพทย์แผนไทยอาจจะไม่ยอมให้มีการศึกษาวิจัยต่อยอดขึ้นไปได้ ในขณะนี้ สามารถก่อตั้งกรรมการวิจัยในคนได้ในทุกสถาบัน เพราะยังไม่มีกฎหมายห้ามไว้ หลักการของการวิจัยในคนหากการศึกษาวิจัยไม่ได้รับการพิจารณาให้วิจัยจากคณะกรรมการจะไม่สามารถตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณชนได้ ในขณะนี้

เริ่มมีการยก่างกฎหมายด้านการวิจัยในคนเพื่อบังคับใช้กับการวิจัยในคนทั้งประเทศ^{๒๕} อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยในอนาคต

งานวิจัยด้านการแพทย์แผนไทย นั้น มีปริมาณมากพอควร แม้ว่าส่วนใหญ่นั้นอาจเป็นงานวิชาการในระดับงาน วิทยานิพนธ์ แต่ก็มีงานวิจัยที่หลากหลาย ตั้งแต่การวิจัยด้านสังคมศาสตร์ การศึกษา ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย การวิจัยปรีคลินิกและคลินิก การพัฒนาสมุนไพรเน้นไปที่การวิจัยเพื่อหาสารสกัด การหาประสิทธิภาพของยาสมุนไพร ส่วนการวิจัยเชิงระบบเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์มีจำนวนน้อย และพบว่าม้งานวิจัยที่มีคุณภาพได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติประมาณ ๔๕ เรื่อง/ปี การวิจัยการแพทย์แผนไทย พบว่ามีการศึกษาใน ๕ ทิศทาง ได้แก่ ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย การนวดไทย การบริการการแพทย์แผนไทย การวิจัยเพื่อพัฒนา และด้านกฎหมายและการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย แต่พบว่าการศึกษาทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีจำนวนน้อยมากและศึกษาแบบกระจัดกระจาย ไม่มีหัวข้อหลักการวิจัยที่ชัดเจนและต่อเนื่อง นอกจากนี้การศึกษากการนวดไทย พบว่าเป็นการศึกษาทฤษฎีและองค์ความรู้การนวดไทยและประสิทธิผลการนวดไทยในการรักษาโรค แต่ก็พบว่าการศึกษาทฤษฎีเส้นสับสนนั้น มีจำนวนน้อยมากทั้งที่เป็นหัวใจการนวดไทย การศึกษากการบริการการแพทย์แผนไทยพบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก โดยมีความคาดหวังต่อประโยชน์จากการใช้บริการ โดยเฉพาะเรื่อง การใช้ยาจากสมุนไพรและการนวดไทยจึงยังมีประเด็นในการศึกษาเรื่องระบบบริการการแพทย์แผนไทยที่ต้องศึกษาวิจัยอีกจำนวนมาก

ดังนั้น การจัดการการวิจัย โดยมีแผนแม่บทการวิจัยและกลไกการจัดการ การวิจัยของประเทศ ทำให้มีทิศทางร่วมกันในการจัดการการวิจัย การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านนักวิจัยและงบประมาณ การพัฒนานักวิจัยทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น ทั้งในประเภทการวิจัยคลินิก สังคมศาสตร์ และเชิงระบบ ตลอดจนยังขาดแผนแม่บทการวิจัยภูมิปัญญาการแพทย์ไทยระดับชาติ จึงเป็นสิ่งที่ควรปฏิรูปโดยด่วน

๔.๔ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย

คนไทยได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล โดยสิทธิการรักษาพยาบาล มี ๓ ระบบใหญ่ คือ ๑) สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ๒) สิทธิประกันสังคม และ ๓) สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรัฐบาลให้การดูแล ค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน พบว่าการบริการด้านการแพทย์แผนไทยของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีกองทุนพัฒนาการแพทย์แผนไทยที่แยกจำเพาะ อย่างไรก็ตามระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการมีทิศทางส่งเสริมและสนับสนุนให้ข้าราชการใช้บริการการแพทย์แผนไทยได้ จึงทำให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้ข้าราชการเป็นหลัก ซึ่งข้อมูลการบันทึกจะแสดงที่รายงานของทาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับกองทุนประกันสังคม หากแพทย์ผู้รักษาพยาบาลเป็นผู้วินิจฉัยในการรักษาพยาบาล ด้วยการนวดแผนไทยในโรงพยาบาลตามบัตรสิทธิการรักษาพยาบาล สามารถทำการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ยกเว้น กรณีเป็นการร้องขอของผู้ประกันตนในการรักษาพยาบาลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง และกองทุน

^{๒๕} สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เข้าถึงได้จาก <http://www.nrct.go.th/th/Portals/0/data/2557/%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%9C%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B9%88%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%A1%E0%B8%A1%E0%B8%99%E0%B8%B2%20single%20window/image0267.pdf>

ประกันสังคมยังไม่กำหนดให้หน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญากำหนดให้มีบริการการแพทย์แผนไทย เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์แก่ประชาชนผู้มารับบริการ

หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ที่มีการบริการเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทยนั้นส่วนใหญ่ หลายหน่วยงานจะจัดบริการเฉพาะการนวดไทย ยังขาดแพทย์แผนไทยผู้ได้รับอนุญาตให้ทำการ รักษาพยาบาลเข้าไปดำเนินการ และจะเน้นผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ด้านการนวดไทยเข้าไปให้บริการ มากกว่าที่ไชยาไทยจัดบริการให้กับประชาชน เนื่องจากในสถานบริการภาครัฐได้อนุญาตเฉพาะแพทย์แผน ไทยที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีด้านการแพทย์แผนไทยบรรจุเป็นบุคลากรในสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ ตามแบบมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง^{๒๖}ของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

สถานการณ์ปัจจุบัน ข้อมูลจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มากกว่า ๑๐ ปี พบว่า การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นการจัดบริการตาม นโยบายเป็นหลัก มีการจัดให้มีบริการแต่บุคลากรและประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และความเข้าใจต่อ ศักยภาพและประโยชน์ที่แท้จริงของศาสตร์การแพทย์แผนไทย แม้ว่าจะมีพัฒนาการของโรงพยาบาล ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย เกิดบริการการรักษาที่มีความซับซ้อนสำหรับโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วย การแพทย์แผนปัจจุบัน อาทิเช่น สะเก็ดเงิน ตับแข็ง มะเร็ง ฯลฯ ทว่า ด้วยข้อจำกัดขององค์ความรู้ งานวิจัย ระบบส่งต่อผู้ป่วย บุคลากร งบประมาณ ฯลฯ จึงทำให้พัฒนาการดังกล่าวเป็นไปอย่างเชื่องช้า อีกทั้ง จำนวนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบบริการการแพทย์แผนไทยมีอยู่อย่างจำกัด อาทิเช่น แพทย์แผนไทย สมุนไพร ฯลฯ ดังนั้นหากปล่อยให้เป็นการจัดการที่อิสระ ต่างคนต่างทำโดยขาดการวางแผนและการ จัดการอย่างเป็นระบบ จะยังผลให้เกิดการความยุ่งยากและพัฒนาไปสู่ระบบบริการที่ขาดประสิทธิภาพ

ส่วนการบริการการแพทย์แผนไทยในชุมชน นั้น การขยายบทบาทของภาครัฐ โดยเฉพาะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ทำให้มีการ จัดสรรทรัพยากรทั้งคน งบประมาณ สถานที่ จำนวนมาก (แม้จะน้อยกว่าการแพทย์แผนปัจจุบันมาก) ที่สำคัญ คือ ภาครัฐต่างๆ เหล่านี้ไม่เน้นนโยบายและแนวความคิดในการส่งเสริมฐานเดิมของการแพทย์ แผนไทยที่อยู่ในภาคประชาชนและประชาสังคม รวมทั้งไม่มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นระบบในการ สนับสนุน แต่กลับพยายามสร้างความเติบโตของระบบการแพทย์แผนไทยในภาครัฐซึ่งการเติบโตของ ภาครัฐเพียงด้านเดียวจะเป็นการสร้างความปลอดภัยให้กับระบบสุขภาพภาคประชาชนภาครัฐต้องสนับสนุน ระบบการแพทย์ดั้งเดิมที่เป็นวิถีของชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชน คู่ขนานกับการ พัฒนาระบบการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพภาครัฐ

จุดแข็งการบริการการแพทย์แผนไทย พบว่ามีโรคเรื้อรังหลายอย่าง เช่น โรคสะเก็ดเงิน ซึ่งพบว่าการแพทย์แผนไทยสามารถช่วยได้โดยไม่ต้องพึ่งยาสเตียรอยด์ ทำให้เกิดอาการสงบงับได้หรือ หายจากอาการเห่อของโรคทางผิวหนังได้ยาวนานกว่าที่จะกลับมาเป็นใหม่^{๒๗} และการบำบัดกลุ่มอาการ ปวดทางกล้ามเนื้อที่มาจากการทำงาน โดยอาศัยการนวด หากใช้ทดแทนยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ก็ จะสามารถป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากยาที่ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ได้ ในผู้ป่วย อัมพฤกษ์อัมพาต ที่อยู่ในชุมชนแพทย์แผนไทยและหมอพื้นบ้านสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีกว่าวิชาชีพอื่น ๆ เพราะสามารถนวดบำบัดให้ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของประชาชน ทางด้านยาสมุนไพร

^{๒๖} หนังสือสำนักงาน กพ ที่ นร ๑๐๐๘.๓.๓/๔๕๓ ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๕๕

^{๒๗} สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. **ชาวสมุนไพร** เข้าถึงเมื่อ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๖. เข้าถึงได้ จาก http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_herbal/news_detail.php?cat=L&id=96

โดยเฉพาะยาสมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานสามารถที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของประชาชนและภาครัฐได้หากประชาชนมีความรู้และความเชื่อมั่นนำมาใช้แก้ปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัวก่อนที่จะไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขและหากร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดระบบสุขภาพภาคประชาชนที่ใกล้ชิดชุมชน ด้วยการนำเอาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านกลับมามีบทบาทที่จะช่วยเหลือการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น

๔.๕ ปฏิรูปด้านอุตสาหกรรมยาไทยและสมุนไพร

๔.๕.๑ สถานการณ์ด้านโรงงานผลิตยาแผนโบราณภายในประเทศ

จากข้อมูลของสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เมื่อเดือนเมษายน ๒๕๕๘ พบว่ามีสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ จำนวนทั้งสิ้น ๘๗๗ แห่งกระทรวงสาธารณสุขได้ ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. ๒๕๕๗^{๒๘} ซึ่งจะส่งผลให้มีการยกระดับมาตรฐานการผลิตยาแผนโบราณ ของสถานที่ผลิตยาแผนโบราณทั่วประเทศ โดยจะมีผลบังคับใช้กับสถานที่ ซึ่งขออนุญาตตั้งใหม่ และสถานที่เดิม เมื่อพ้นกำหนดตามบทเฉพาะกาลที่กำหนดไว้แล้ว โดยกรรมวิธีการผลิต ๒๘ กรรมวิธีที่อยู่ในภาคผนวกที่แนบท้ายประกาศดังกล่าว ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการผลิต ซึ่งจะส่งผลให้มีการรับรองมาตรฐานการผลิต

การส่งเสริมการผลิตยาจากสมุนไพรและยาไทยในภาครัฐ มีความเหลื่อมล้ำระหว่างภาครัฐและเอกชน ไม่ใช่มาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ประกอบการภาคเอกชนจะต้องลงทุนมากกว่าภาครัฐและจะต้องมีมาตรฐานการผลิตที่สูงกว่าภาครัฐทั้ง ๆ ที่สามารถผลิตยาที่ด้วยที่ได้มีคุณภาพเท่ากัน จึงเป็นความเสี่ยงต่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ เพราะภาคเอกชนจะไม่สามารถพัฒนาตนเองได้เนื่องจากต้องลงทุนในด้านการสร้างโรงงานมากกว่าที่ควรจะเป็น และมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานการผลิตเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงต้องลงทุนสำหรับทุกมาตรฐานใหม่ที่เกิดขึ้นเสมอ

ปัญหาของอุตสาหกรรมยาแผนโบราณที่ได้รับข้อมูลจากผู้ประกอบการได้เสนอมายังคณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย คือความล่าช้าของการขึ้นทะเบียนยาแผนโบราณ จนส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและการจำหน่ายยาแผนโบราณหรือยาไทยของประเทศ จึงถือว่าเป็นอุปสรรคของการพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนโบราณที่สำคัญของประเทศ

การขึ้นทะเบียนยาแผนโบราณของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งถูกแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตามมาตรา ๕ แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ โดยมีสำนักยา ซึ่งมีการจัดโครงสร้างองค์กร^{๒๙} จะเห็นว่าการจัดโครงสร้างองค์กรที่ไม่แยกการพิจารณาแผนโบราณหรือยาแผนปัจจุบันออกจากกัน ในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ขาดแพทย์แผนไทยที่เป็นข้าราชการเพื่อมาทำหน้าที่ขึ้นทะเบียนยาแผนโบราณ และมีบุคลากรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนน้อยและขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงไม่สามารถดำเนินการได้ทันตามความต้องการของผู้ประกอบการที่จะตอบสนองต่อการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ

^{๒๘} ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยาแผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. ๒๕๕๗. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๑ ตอนพิเศษ ๕๓ ง : หน้า ๒๑ (๒๕ มีนาคม ๒๕๕๗)

^{๒๙} โครงสร้างองค์กร วันที่ปรับปรุงข้อมูล : ๐๖/๒๘/๒๐๑๕ เข้าถึงได้จาก http://drug.fda.moph.go.th/zone_mixs/mix001.asp

๔.๕.๒ การพิจารณาดำรับยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

การพิจารณาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพื่อให้โรงพยาบาลของรัฐที่สามารถจัดซื้อและเบิกจ่ายได้กับกองทุนประกันสุขภาพนั้น หรือสำหรับเบิกจ่ายจากเงินสวัสดิการรักษายาของข้าราชการนั้น มีความเหลื่อมล้ำอย่างหนึ่งระหว่างยาแผนไทยซึ่งเป็นยาจากสมุนไพรและยาแผนปัจจุบัน เนื่องจากขาดการสนับสนุนการศึกษาวิจัยจากสมุนไพรอย่างเป็นระบบและยังขาดงบประมาณที่เพียงพอต่อการสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติอีกมาก ประกอบการมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่จำนวนน้อยมากจะทำการศึกษาวิจัย ทั้งที่มีประสิทธิผลและความปลอดภัยเป็นที่ยอมรับใช้มาเป็นเวลานานแล้ว ตั้งแต่ในอดีตแม้ว่าในอดีตจะมีหลักเกณฑ์ข้อหนึ่งในการคัดเลือกยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ เป็นยาที่มีการใช้ในมนุษย์อย่างแพร่หลายมาแต่ดั้งเดิมมีประสิทธิผลตามสรรพคุณที่ระบุใน ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับหลวง เล่ม ๑ และเล่ม ๒, ตำราเวชศึกษาของพระยาพิศณุประสาทเวช, ตำราคัมภีร์แพทย์แผนโบราณของขุนโสภิตบรรณลักษณ์ เล่ม ๑ เล่ม ๒ และเล่ม ๓, ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ เล่ม ๑ เล่ม ๒ และเล่ม ๓ แต่หากเปิดกว้างในภูมิปัญญาดั้งเดิมที่บ้านทึกในตำราอื่นๆ ตลอดจนสูตรตำรับดั้งเดิมที่มีการจำหน่ายอย่างแพร่หลายไม่น้อยกว่า ๓๐-๔๐ ปี ซึ่งจะพบสูตรตำรับยาที่จำหน่ายอยู่ทั่วประเทศไทย ย่อมแสดงให้เห็นหลักประกันการใช้อย่างต่อเนื่อง มีความปลอดภัย หากสูตรตำรับดั้งเดิมเหล่านี้ได้รับการพิจารณาขึ้นเป็นตำรับยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ย่อมส่งผลดีต่อการเข้าถึงยาของประชาชนแต่กลับพิจารณาใช้กรรมวิธีทางวิทยาศาสตร์มากำกับ

๔.๕.๓ การพิจารณากฎหมายยา และร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ.

ในพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ นั้นได้มีกำหนดให้ยาไทยเป็นยาแผนโบราณโดยใช้ตัดกรรมวิธีทางวิทยาศาสตร์ออกจากการพัฒนาแผนโบราณไป จึงมีความเหลื่อมล้ำต่อยาไทยมาก โดยเฉพาะการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมยาไทยและยาสมุนไพร มาตรา ๔ คำว่า ยาสมุนไพร หมายความว่า พืชทุกชนิด สัตว์ หรือแร่ ซึ่งมีได้ผสม ประจุ หรือแปรสภาพ และคำว่า ยาแผนโบราณ หมายความว่า ยาที่มีมุ่งหมายสำหรับใช้ในการประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศหรือยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยาแผนโบราณ จะเห็นได้ว่ามีปัญหาในการปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้อย่างมาก ตั้งแต่คณะกรรมการยา ซึ่งมีวิชาชีพการแพทย์แผนไทยเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องน้อย ขณะที่ยาไทยมีการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่องจึงมีปัญหายาไทยไม่สามารถที่จะนำวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้ ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ประกอบการไม่สามารถพัฒนาตนเองและพัฒนาผลิตภัณฑ์ได้ และการพิจารณาต้องเอื้ออำนาจการพัฒนาในสามประเด็นดังนี้ (๓.๑) เทคโนโลยีการผลิตที่สอดคล้องกับปัจจุบัน เช่นการสกัด การเคลือบฟิล์ม การทำแคปซูลนิ่ม การทำเป็นเจล, การทำเป็นสเปรย์หรือยาพ่น เป็นต้น (๓.๒) สูตรตำรับ ที่สามารถปรับแต่งตามความเอื้ออำนาจของวัตถุดิบและองค์ประกอบอื่นเช่นสารช่วยผลิต ประจุแต่ง ยึดเกาะ กระจายตัว (๓.๓) การแสดงสรรพคุณซึ่งสอดคล้องกับบริบทของสังคมในภาวะปัจจุบันและที่ปรับเปลี่ยนตามกาลเวลาและการศึกษาใหม่ๆทั้งจากกระบวนการวิทยาศาสตร์และประสบการณ์ (๓.๔) ช่องทางการจัดจำหน่าย ที่ให้ยาที่มีสรรพคุณไม่อันตรายจัดเป็นยาสามัญประจำบ้าน

การขึ้นทะเบียนยาที่มีปัญหาจากความล่าช้าเนื่องจากให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่ในเชิงดุลพินิจในการพิจารณาไม่อนุญาตให้ออกใบสำคัญการขึ้นทะเบียน การปรับปรุงหรือยกร่างกฎหมายฉบับใหม่ ขึ้นมาแก้ปัญหาดังกล่าว โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่เสนอผ่านคณะรัฐมนตรีแล้วยังพบปัญหาในทางปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นอีกมากในอนาคต เนื่องจากวิธีการเขียนกฎหมายอยู่ภายใต้บริบทการควบคุมแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีมุมมองที่จะควบคุมกำกับมากเกินไปที่จะทำ

ให้อุตสาหกรรมทางด้านยาสมุนไพรและยาไทยเจริญเติบโตสร้างและพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ จึงยังถือเป็นอุปสรรคของการพัฒนายาไทยและสมุนไพรของประเทศ และสมควรที่จะให้มีกฎหมายเฉพาะสำหรับยาสมุนไพรหรือยาไทยที่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบแตกต่างจากหน่วยงานเดิม

๔.๖ ปฏิรูปด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

๔.๖.๑ การดำเนินการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

สถานการณ์ปัจจุบันในอดีตกว่าร้อยปี ประเทศไทยเป็นถิ่นกำเนิดของทรัพยากรธรรมชาติที่มีความอุดมสมบูรณ์ทั้งด้านความหลากหลายของพันธุกรรมพืชและทรัพยากรชีวภาพ ความหลากหลายทางสังคมวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นสาขาต่างๆ รวมทั้งพืชสมุนไพรและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ตลอดจนวิถีคิดและกระบวนการนำสิ่งดังกล่าวมาใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมสอดคล้องตามวิถีชีวิตดั้งเดิมของคนไทย และประมาณว่ามีพืชสมุนไพรที่ชุมชนท้องถิ่นรู้จักคุณสมบัติและนำมาใช้ประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ ราว ๘๐๐-๑,๘๐๐ ชนิด ระยะเวลาสถานการณ์บ่งชี้ว่าสมุนไพรจำนวนกว่า ๑๐๐ ชนิด อยู่ในภาวะวิกฤติหรือใกล้สูญพันธุ์ โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากความต้องการสมุนไพรจากแหล่งธรรมชาติที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งการใช้สอยในครัวเรือนเพื่อการดำรงชีพ การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ ปัจจุบันกระแสความนิยมการใช้สมุนไพรทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบัน รวมทั้งการสูญเสียแหล่งกำเนิดของสมุนไพรจากการบุกรุกพื้นที่อนุรักษ์ เนื่องจากจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีความต้องการใช้พื้นที่ในการประกอบเกษตรกรรมมากขึ้น ปัญหาสังคมต่างๆ รวมทั้งปัญหาความยากจนของประชาชน และนโยบายของรัฐในบางช่วงเวลาที่มีการจัดสรรพื้นที่ทำกินแก่ประชาชน ส่งผลให้การใช้ประโยชน์ที่ดินจากพื้นที่อนุรักษ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้สภาพพื้นที่เปลี่ยนแปลงไป และนำไปสู่การลดจำนวนชนิดพันธุ์และปริมาณของสมุนไพรลงอย่างรวดเร็ว และอาจทำให้สมุนไพรบางชนิดสูญพันธุ์ไปเป็นที่สุด โดยเหตุดังนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความสำคัญยิ่ง ตัวอย่างเช่น พิธีสารนาโงยา ซึ่งมีสาระสำคัญประกอบด้วย ๑) การกำหนดกรอบแนวทาง การแบ่งปันผลประโยชน์ ๒) ความร่วมมือระหว่างประเทศในการเสริมสร้างสมรรถนะการดำเนินงานของประเทศกำลังพัฒนา ทั้งด้านองค์ความรู้ และความต้องการทางการเงิน ๓) การใช้ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างยั่งยืน ๔) การเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรม ๕) กลไกการแบ่งปันผลประโยชน์พหุภาคีระดับโลก ๖) กลไกการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ๗) การติดตามตรวจสอบการใช้ทรัพยากรพันธุกรรม ๘) การปฏิบัติตามกฎหมายหรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ๙) ความร่วมมือกรณีข้ามแดน ๑๐) ภูมิปัญญาท้องถิ่น ลักษณะเด่นของพิธีสารนาโงยา ได้กำหนดให้ชุมชนพื้นเมืองดั้งเดิมและชุมชนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการต่างๆ เช่น การให้ข้อมูล การให้ความเห็นเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญานั้นๆ เป็นต้นรวมทั้งกำหนดให้สตรีมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพ

การดำเนินงานคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในปัจจุบันนี้ยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการอนุรักษ์เฝ้าระวังและคุ้มครองภูมิปัญญาจากภาคประชาชน ตั้งแต่การสนับสนุนการบันทึกความรู้ของชุมชน หมอพื้นบ้าน การแปลตำรับตำราของท้องถิ่น การเฝ้าระวังการลักลอบนำสมุนไพรจากแหล่งกำเนิดในชุมชนไปใช้อย่างผิดกฎหมายและไม่เหมาะสม ซึ่งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นหน่วยงานเลขานุการยังดำเนินการได้อย่างยากลำบาก

การจัดทำทำระบบการบันทึกภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยทั่วประเทศ ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำไปใช้ประโยชน์ (Documentation, Assessment and Utilization) ทำได้ยากลำบากมากเนื่องจากบุคลากรที่มีศักยภาพที่จะเข้ามาดำเนินการมีจำนวนค่อนข้างจำกัด และขาดแคลน

๔.๖.๒ ฐานข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Knowledge Digital Library- TTKDL Center)

สถานการณ์ปัจจุบันรัฐบาลได้ตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยโดยได้ตราพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นระบบกฎหมายเฉพาะ (Sui genesis systems) ฉบับเดียวในโลก และนับเป็นนวัตกรรมใหม่ ในสาขากฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาที่มี วัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้กำหนดให้มีคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ทำหน้าที่ในการส่งเสริมและพัฒนาการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่จะได้รับการอนุรักษ์และคุ้มครองได้แก่ ตำรายาไทยและตำราการแพทย์แผนไทย รวมทั้งให้มีการคุ้มครองสมุนไพร โดยให้การคุ้มครองสมุนไพรเป็นรายสมุนไพรแต่ละประเภท รวมทั้งคุ้มครองสมุนไพรและบริเวณถิ่นกำเนิดของสมุนไพร

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้พัฒนาระบบสารสนเทศองค์ความรู้ดิจิทัลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของประเทศ (Thai Traditional Knowledge Digital Library- TTKDL Center) ขึ้น เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้และส่งเสริมการใช้ประโยชน์ในการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา ระบบบริการสุขภาพ การต่อยอดงานวิจัย การดูแลสุขภาพและการส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนของประเทศ โดยให้ความสำคัญ ในการสร้างและพัฒนาบุคลากรรุ่นใหม่ให้มีความรู้และมีศักยภาพโดยการมีหน่วยปฏิบัติการ TTKDL อย่างต่อเนื่อง การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดทำระบบฐานข้อมูลความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในรูปแบบห้องสมุดดิจิทัล เพื่อคุ้มครอง ฝ้าระวังภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยดั้งเดิม และส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงและใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวาง การส่งเสริมศักยภาพของภูมิภาคและชุมชนท้องถิ่นในการรวบรวม สังเคราะห์ วิเคราะห์ แปร และจัดการความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านของภูมิภาคและท้องถิ่นอันจะนำไปสู่การคุ้มครองและใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ระดับท้องถิ่น ประเทศและระหว่างประเทศ ควรพิจารณาว่าหน่วยงานที่ทำหน้าที่เหล่านี้ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ที่กว้างขวางและเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่นๆ มากมายจะให้อยู่ภายใต้ระบบราชการ หรือจะพัฒนาสู่ความเป็นหน่วยงานอิสระ เพื่อพัฒนาระบบ การบันทึก การคัดกรอง และการนำไปใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน (Documentation, Assessment and Utilization) ตลอดจนพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการจัดระบบข้อมูลให้สมบูรณ์ ซึ่งต้องพัฒนาอีกต่อไปอย่างมาก

จากการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาจนนำมาสู่ประเด็นปฏิรูปทั้ง ๖ ประเด็น โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้มีศักยภาพและมาตรฐาน เป็นที่น่าเชื่อถือและศรัทธา ให้บริการคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน นำไปสู่ความภาคภูมิใจในภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยอันเป็นเอกลักษณ์ของชาติ จึงได้ขอเสนอปฏิรูปและแนวทางดำเนินการในข้อ ๕

๕. ข้อเสนอปฏิรูปและแนวทางดำเนินการ

จากการวิเคราะห์พิจารณาประเด็นการขับเคลื่อน พบว่า แต่ละประเด็นมีความสอดคล้องเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน การปรับปรุงบางส่วนจะส่งผลให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไปอีกหลายส่วน คณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่พิจารณาว่า แนวทางการดำเนินการที่จะส่งผลให้การแพทย์แผนไทยเจริญก้าวหน้าและพัฒนาไปได้ทั้ง ๖ ประเด็นที่จะปฏิรูปและส่งผลให้การแพทย์แผนไทยเป็นที่พึ่งพาของประชาชนในชาติทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจได้นั้น จะต้องดำเนินการตามแนวทางดังนี้

๕.๑ จากการศึกษาที่ได้สรุปผลวิเคราะห์ตามข้อ ๔ ดังกล่าวพบว่าปัญหาของการพัฒนาการแพทย์แผนไทยไปสู่ความสำเร็จ มีองค์ประกอบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งสามารถกำหนดวิธีการแก้ไขในแต่ละประเด็นการปฏิรูปทั้ง ๖ ประเด็นดังนี้

๕.๑.๑ ปฏิรูปโครงสร้างและการบริหารจัดการ “ที่เป็นเลิศด้านการแพทย์แผนไทย”

๕.๑.๑.๑ จัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย

๕.๑.๑.๒ จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ ภายใต้กำกับของนายกรัฐมนตรี เพื่อให้ข้อเสนอแนะ และกำกับทิศทางการพัฒนาพร้อมติดตามผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

๕.๑.๑.๓ จัดระบบเชื่อมโยงการพัฒนาต่อเนื่อง หมอดี ยาดี บริการดี

๕.๑.๑.๔ ปรับโครงสร้างกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนกระบวนการปฏิรูป

๕.๑.๑.๕ พัฒนาระบบกำกับ ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิรูปการแพทย์แผนไทยและการคุ้มครองภูมิปัญญา

๕.๑.๒ ปฏิรูปการศึกษาและการพัฒนากำลังคน “สร้างเอกภาพ – เอกลักษณ์ไทย”

๕.๑.๒.๑ พัฒนาระบบการผลิตแพทย์แผนไทยเพื่อให้ได้บุคลากรที่มีคุณภาพ และระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทยที่เป็นมาตรฐาน

๕.๑.๒.๒ การพัฒนาระบบการสืบทอดความรู้หมอพื้นบ้าน

๕.๑.๒.๓ พัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนในการบริการแพทย์แผนไทย เช่น เภสัชสมุนไพร เกษตรสมุนไพร เป็นต้น

๕.๑.๒.๔ ให้มีการเรียน การสอนแพทย์แผนไทยการศึกษาขั้นพื้นฐาน

๕.๑.๒.๕ การจัดทำแผนแม่บทการพัฒนากำลังคนแห่งชาติ

๕.๑.๓ ปฏิรูปการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์แผนไทย

๕.๑.๓.๑ เร่งรัดจัดทำแผนแม่บทการวิจัยระดับชาติ

๕.๑.๓.๒ เร่งรัดการสังคายนา สังเคราะห์ และปริวรรต องค์ความรู้และตำรา

๕.๑.๓.๓ จัดตั้งฐานข้อมูลการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ (National Traditional Knowledge Digital Information-TKDI Center)

๕.๑.๔ ปฏิรูประบบบริการสุขภาพการแพทย์แผนไทยให้เป็นการแพทย์ประจำชาติ

๕.๑.๔.๑ จัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านผสมผสานกับระบบบริการหลัก (๑ จังหวัด ๑ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย)

๕.๑.๔.๒ ส่งเสริมองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพร่วมกับเครือข่ายแพทย์พื้นบ้านในชุมชน

๕.๑.๔.๓ การพัฒนากลไกด้านการเงินสนับสนุนการจัดบริการ

๕.๑.๕ ปฏิรูปอุตสาหกรรมยาแผนไทยและสมุนไพรเพื่อความมั่นคง และเป็นคลังยาแห่งชาติ

๕.๑.๕.๑ เร่งรัดปรับกระบวนการขึ้นทะเบียนยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

๕.๑.๕.๒ เร่งรัดให้บรรจุยาแผนไทยและสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติมากขึ้น

๕.๑.๕.๓ จัดทำพรบ.ยาสมุนไพรแห่งชาติ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศขึ้นใหม่ให้เอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาแผนไทยและยาสมุนไพรในประเทศ

๕.๑.๕.๔ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการและยาแผนไทยและยาสมุนไพรอย่างกว้างขวาง

๕.๑.๖ ปฏิรูปการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย “มรดกไทย มรดกโลก”

๕.๑.๖.๑ ปรับปรุง แก้ไข พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๔๒

๕.๑.๖.๒ จัดทำฐานข้อมูลข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย(Thai Traditional Knowledge Digital Library- TTKDL Center)

๕.๑.๖.๓ สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่ระดับชุมชนถึงประเทศในการคุ้มครองภูมิปัญญา

๕.๒ แนวทางดำเนินการ

จากประเด็นการปฏิรูปทั้ง ๖ ประเด็นจากข้อ ๕.๑ จะเห็นว่าสามารถบูรณาการแนวทางการดำเนินการได้มาก และแนวทางส่วนใหญ่ได้กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ หรือแผนงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยแล้ว แต่ยังไม่มีการนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จริงจัง ดังนั้นการจะทำให้ประเด็นการปฏิรูปทั้ง ๖ ด้านสามารถบรรลุผลสำเร็จจำเป็นต้องดำเนินการโดยเร่งด่วน ตามแนวทางทั้ง ๓ แนวทาง ซึ่งจะสามารถผลักดันให้เกิดผลสำเร็จของการปฏิรูปทั้ง ๖ ด้านดังนี้

๕.๒.๑ กำหนดให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ

กำหนดให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยแห่งชาติในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทย ในด้านการส่งเสริมและพัฒนาการศึกษา พัฒนากำลังคนทางการแพทย์แผนไทย ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของสภาการแพทย์แผนไทย พัฒนาการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและสมุนไพร พัฒนาระบบยาแผนไทย และอุตสาหกรรมยาสมุนไพร พัฒนาระบบบริการสุขภาพ และส่งเสริมการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และสมุนไพรระดับชาติ

แนวทางดำเนินการ โดยการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจหน้าที่เพิ่มขึ้นในการอภิบาลและกำกับขับเคลื่อนงานด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ ที่มีรองนายกรัฐมนตรีด้านสาธารณสุขเป็นประธานและอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เป็นเลขานุการ ให้มีอำนาจหน้าที่ในการขับเคลื่อนตามแผนปฏิรูปการแพทย์แผนไทย และเชื่อมโยง บูรณาการภารกิจงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดแผนพัฒนาการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรแห่งชาติ ทุกระยะเวลาดำเนินงาน ๕ ปี และติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาดำเนินงาน ภายใน ๖ เดือน

๕.๒.๒ จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ

จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและสมุนไพร ให้เป็นไปตามแผนพัฒนาการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ ที่ถูกกำหนดขึ้น โดยให้มีภารกิจที่นอกเหนือจากอำนาจหน้าที่ของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แนวทางดำเนินการ

ปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยปรับปรุงแก้ไข

๑. ให้มีสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ เพื่อพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และสมุนไพรแบบครบวงจร

๒. ปรับปรุงแก้ไขคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ให้มีความเหมาะสมกับภารกิจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เกิดขึ้นใหม่ในปัจจุบัน

๓. ปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติมอำนาจหน้าที่ให้มีการคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้ได้ผลอย่างจริงจัง

๔. ปรับปรุงแก้ไขให้กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้คณะกรรมการจากหลายภาคส่วน จัดทำแผน/ยุทธศาสตร์การสนับสนุนการพัฒนา และจัดให้มีรายได้เพิ่มขึ้น จากผลิตภัณฑ์ที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น อาหาร เครื่องดื่มที่ปราศจากแอลกอฮอล์ เป็นต้น อาจจัดสรรให้กองทุนฯ หนึ่งในสิบส่วนของภาษีและให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ โดยให้คำนึงถึงสัดส่วนระหว่างภาครัฐ ภาควิชาชีพ ภาคองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน

ระยะเวลาดำเนินงาน ภายใน ๒ ปี

๕.๒.๓ ร่างพระราชบัญญัติยาสมุนไพร พ.ศ.

ร่างพระราชบัญญัติยาสมุนไพร พ.ศ. เพื่อแยกพระราชบัญญัติยาสมุนไพรออกจากกฎหมายที่มีอยู่ เนื่องจากยาแผนไทยหรือยาสมุนไพรหรือแผนดั้งเดิมซึ่งมีปรัชญาแตกต่างกัน และเป็นการแก้ปัญหาการใช้ยาภายในประเทศ และอุตสาหกรรมยาเพื่อการส่งออก

แนวทางการดำเนินการ โดยทำการยกร่างพระราชบัญญัติยาสมุนไพร พ.ศ.

ระยะเวลาดำเนินงาน ภายใน ๑ ปี

การปฏิรูปการแพทย์แผนไทยทั้ง ๓ ประเด็น ที่นำเสนอเป็นการสนับสนุนการปฏิรูป จะทำให้การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร มีประสิทธิภาพ สร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนอันเป็นปัจจัยที่สำเร็จเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบระบบสาธารณสุขด้านระบบบริการสาธารณสุข (การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ) ด้านระบบส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคใหม่ๆ (การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ) ด้านระบบการคลังด้านสุขภาพ (การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพและการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ)

๑. ปฏิรูปโครงสร้างและกลไกบริหารจัดการที่เป็นเลิศด้านการแพทย์แผนไทย

ประเด็นปฏิรูป	เหตุผลในการปฏิรูป	แนวทางการดำเนินการ	กรอบเวลา	สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ
๑. ปฏิรูปโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการการแพทย์แผนไทยระดับชาติ	๑. เนื่องจากยุทธศาสตร์ชาติด้านการแพทย์แผนไทย ๕ ด้านเกี่ยวข้องกับหน่วยงานจำนวนมากทั้งภาค รัฐ เอกชน ประชาชน รวมถึงองค์กรวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ซึ่งพบว่ามีข้อจำกัดในการประสานงานและเชื่อมโยงการทำงาน เพื่อขับเคลื่อนงานสู่เป้าหมาย ตลอดจนขาดความต่อเนื่องเชิงนโยบายเมื่อต้องปรับเปลี่ยนผู้บริหารหน่วยงาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปฏิรูปโครงสร้างและกลไกบริหารงานรูปแบบใหม่	๑.๑ จัดตั้งคณะกรรมการแพทย์แผนไทยระดับชาติ ที่มีองค์ประกอบจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย ให้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี เพื่อให้บรรลุผลโดยเร็ว ๑.๒ จัดตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ เพื่ออำนวยความสะดวก ในการพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย และสมุนไพรแบบครบวงจร ๑.๓ จัดตั้งกองทุนสนับสนุนการพัฒนา การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย ครบวงจร	ทำได้ทันที	๑. ระบบบริการด้านสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมีเอกภาพและศักยภาพเพิ่มขึ้น ๑.แผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากสมุนไพร ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ๒. การศึกษาวิจัยและรวบรวมองค์ความรู้ และมีฐานข้อมูลที่ทันสมัยมีเอกภาพ สามารถนำไปเผยแพร่ให้เกิดการนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีกลไกบริหารงานระดับชาติ ที่ช่วยประสานงานสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลดีต่อประชาชนโดยรวม
๒. การกระจายอำนาจ ระบบการบริหารจัดการสู่ภูมิภาค / เขตสุขภาพ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.)		๒. ให้มีคณะกรรมการระดับภาคหรือเขตด้านการแพทย์แผนไทย โดยมีภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำงานร่วมกัน และสร้างการมีส่วนร่วมกับประชาชนในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ภูมิปัญญาไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย และเชื่อมโยงย้อนกลับไปที่สถาบันการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ	ทำภายใน ๑-๒ ปี	๒. ประชาชนในพื้นที่ที่มีสุขภาพที่ดีขึ้น มีทางเลือกมากขึ้นในการเข้าถึงบริการสุขภาพการแพทย์แผนไทย อย่างทั่วถึง เพียงพอและยั่งยืน เกิดความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ ตลอดจนประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเอง ด้วยภูมิปัญญาไทยได้เพิ่มขึ้น อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั่วทุกคน.

๒. การปฏิรูปด้านการศึกษาการพัฒนากำลังคน “สร้างเอกภาพ – เอกลักษณ์ไทย”

ประเด็นปฏิรูป	เหตุผลในการปฏิรูป	แนวทางการดำเนินการ	กรอบเวลา	สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ
<p>๑. พัฒนาและสนับสนุนระบบการผลิตแพทย์แผนไทย และระบบการเรียนการสอนแพทย์แผนไทย เพื่อให้ได้บุคลากรที่มีความรู้และมีมาตรฐาน</p> <p>๒. การจัดการความรู้ วิจัย และการจัดทำระบบฐานข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านระดับชาติ</p>	<p>ปัจจุบันมีการเรียนการสอนและอบรมต่างๆในหลายลักษณะ และยังมีแพทย์แผนไทยหลายด้านที่จำเป็นต้องร่วมมือกันในการจัดระบบ ตลอดจนข้อจำกัดในสถานที่มีงานมีทักษะ เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา รวมถึงการพัฒนาวิชาชีพ แพทย์แผนไทยในระดับผู้ช่วย ไปจนถึงระดับความชำนาญ เฉพาะ หากไม่เร่งการพัฒนา และสนับสนุนเชิงระบบจะส่งผลให้ประชาชนไม่ได้รับการเยียวยาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>๑. โครงการจัดทำแผนแม่บทการผลิตและพัฒนา กำลังคน ระยะ ๑๐ ปีข้างหน้า โดย สถาบันที่เปิดสอน การแพทย์แผนไทย ทั้งภาครัฐและภาค โดยคำนึงถึง</p> <p>ก. มาตรฐานครูแพทย์แผนไทย</p> <p>ข. มาตรฐานหลักสูตร</p> <p>ค. มาตรฐานการเรียนการสอน</p> <p>ง. มาตรฐานการประกอบวิชาชีพ</p> <p>จ. มาตรฐานแหล่งฝึกประสบการณ์</p> <p>๒.๑ โครงการสนับสนุนการจัดการความรู้ การวิจัยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย</p> <p>๒.๒ สนับสนุนให้เกิดองค์กรเครือข่ายสถาบัน การศึกษาที่เปิดการเรียนการสอน เพื่อร่วมกันพัฒนาให้มี มาตรฐาน และเพิ่มพูนทักษะการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค</p> <p>๒.๓ โครงการจัดระบบและจัดทำมาตรฐานองค์ความรู้ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย</p>	<p>ทำได้ที่</p> <p>ทำทันที</p> <p>ทำทันที</p> <p>ทำทันที</p>	<p>ประเทศไทยจะมีสถาบันการศึกษาที่ผลิตแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์แผนไทยและบุคลากรแพทย์พื้นบ้านไทยในระดับต่างๆ ที่มี มาตรฐานและสามารถรองรับ ตลาดแรงงาน</p> <p>ศาสตร์ทางด้านการศึกษาแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยมีการพัฒนาที่เป็นระบบและกระจายสู่ทุกภาคส่วนของสังคมไทย ซึ่งนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย ได้มาตรฐาน อย่างทั่วถึง และปลอดภัย เป็นประโยชน์ต่อประชาชน</p>
<p>๓. การพัฒนาระดับชาติ บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ระยะยาว</p>		<p>๓.๑ โครงการสร้างและพัฒนาบุคลากรการแพทย์แผนไทย สายอาชีพศึกษา</p> <p>๓.๒ จัดตั้งมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ</p> <p>๓.๓ โครงการบรรจุหลักสูตรวิชาการแพทย์แผนไทยเป็นการศึกษาขั้นพื้นฐาน</p>	<p>ภายใน ๑-๓ ปี</p> <p>ภายใน ๑-๓ ปี</p> <p>ภายใน ๑-๓ ปี</p>	

๓. ปฏิรูปการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย

ประเด็นปฏิรูป	เหตุผลในการปฏิรูป	แนวทางการดำเนินการ	กรอบเวลา	สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ
<p>๑. พัฒนาการวิจัยและสนับสนุนเกิดระบบการวิจัยสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ</p> <p>๒. การสังคายนา สัจเคราะห์ และปริวรรต องค์ความรู้และตำรา การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร</p> <p>๓. จัดตั้งเครือข่ายงานวิจัยระดับประเทศและนานาชาติ</p>	<p>เนื่องจากปัญหาการขาดการกำหนดทิศทางงานวิจัยของประเทศ ผลงานวิจัยไม่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน การสืบสาน พัฒนา หรือต่อยอดองค์ความรู้ดั้งเดิมและความต้องการของภาคธุรกิจและอุตสาหกรรม ขาดการประสานงานรวมทั้งการขาดแคลนตำราเวชปฏิบัติตำราแพทย์แผนไทยที่เป็นมาตรฐาน จำเป็นต้องลงทุนในการศึกษาวิจัยอย่างจริงจัง</p>	<p>แนวทางการดำเนินการ</p> <p>๑.๑ โครงการจัดทำแผนแม่บทการวิจัยระดับชาติ</p> <p>๑.๒ โครงการจัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อขับเคลื่อนติดตามแผนแม่บทการวิจัยแห่งชาติ</p> <p>๑.๓ โครงการจัดตั้งศูนย์วิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรในสถาบันอุดมศึกษา</p> <p>๒.๑ โครงการสนับสนุนเครือข่ายการสถาบันเพื่อทำการสังคายนา สัจเคราะห์ และปริวรรต องค์ความรู้และตำรา</p> <p>๓.๑ โครงการสร้างเครือข่ายวิชาการและการเผยแพร่ผลงานการศึกษา และวิจัยในเวทีระดับชาติและนานาชาติ(National Traditional Knowledge Digital Information-TKDI Center)</p>	<p>ทำทันที</p> <p>ทำภายใน ๑ ปี</p> <p>ทำภายใน ๑ ปี</p> <p>ทำทันที</p> <p>ทำภายใน ๑-๓ ปี</p> <p>ทำภายใน ๑-๓ ปี</p> <p>ทำภายใน ๑ ปี</p>	<p>ผลการศึกษาริวิจัย การจัดการ ความรู้ต่างๆ จะช่วยให้วงการแพทย์แผนไทยแพทย์พื้นบ้านไทยก้าวหน้าขึ้น เป็นประโยชน์ต่อประชาชนทุกด้าน เช่น มีผลิตภัณฑ์และยาสมุนไพรที่ดีมีคุณภาพปลอดภัย มาตราฐานได้รับการบริการที่ดีขึ้น สร้างอาชีพ และรายได้เพิ่ม โดยภาพรวมผลการศึกษาวิจัยจะช่วยให้ชุมชนและคนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</p>
<p>๔. จัดตั้งกองทุนสนับสนุนการวิจัยการแพทย์แผนไทยและกรมแพทย์พื้นบ้านไทย</p>		<p>๔.๑ โครงการจัดหาแหล่งทุนหรือกองทุนเพื่อสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวิทยา</p> <p>๔.๒ จัดการประชุมทางวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน เป็นประจำอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</p>		

๔. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ประเด็นปฏิรูป	เหตุผลในการปฏิรูป	แนวทางดำเนินการ	กรอบเวลา	สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ
๑. พัฒนาระบบและกลไกด้านการเงิน เพื่อสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์แผนไทย	บุคลากรแพทย์แผนไทย จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตรวจ วินิจฉัยและการรักษาด้วยภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะทักษะทางด้านเวชปฏิบัติให้เป็นมาตรฐาน มีความสอดคล้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนระดับท้องถิ่น ซึ่งเป็นบริการในระดับปฐมภูมิมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ และให้สามารถเสริมหรือทดแทนหรือชดเชยในการบริการสุขภาพในระบบปัจจุบัน ในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพและลดค่าใช้จ่ายภาครัฐ	๑.๑ โครงการพัฒนาและยกระดับขั้นตอนการบริการกองทุนด้านการแพทย์แผนไทย โสภสข. ขึ้นเป็นคณะกรรมการระดับชาติ ๒.๑ โครงการจัดทำแนวทางให้เกิดความเสมอภาคในสิทธิประโยชน์จากเงินกองทุนสวัสดิการ ๓ กองทุน ๒.๒ โครงการจัดสรรเงินสำหรับบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น	ทำได้ทันที ภายใน ๑ ปี ภายใน ๑ ปี	ประชาชนมีความมั่นคง สุขภาพแข็งแรงขึ้น คุณภาพและประสิทธิภาพของระบบการแพทย์และสาธารณสุขได้มาตรฐาน รวมทั้งได้รับการส่งเสริมป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพอย่างเท่าเทียม
๓. การเพิ่มและกระจายสถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน	ระบบปัจจุบัน ในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการเพื่อเสริมสร้างศักยภาพและลดค่าใช้จ่ายภาครัฐ	๓.๑ สนับสนุนให้เกิด ๑ จังหวัด ๑ โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย และ ๑ สถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยของเอกชน ๓.๒ โครงการระบบสุขภาพชุมชน โดยแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทยสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชนให้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพในพื้นที่	ภายใน ๑ - ๓ ปี ภายใน ๑ - ๓ ปี	
๔. เพิ่มบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับและสถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่จัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย		๔.๑ โครงการจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัดให้มีหน้าที่ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญา และการแพทย์พื้นบ้านไทย เพื่อการส่งเสริมและป้องกันโรค โดยให้เชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔.๒ จัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย/แพทย์พื้นบ้าน ที่ให้บริการทั้งในสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชนอย่างเท่าเทียมกันและทั่วถึง	ทำได้ทันที	

๖. การปฏิรูปด้านการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย “มรดกไทย-มรดกโลก”

ประเด็นปฏิรูป	เหตุผลในการปฏิรูป	แนวทางการดำเนินการ	กรอบเวลา	สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ
<p>๑. ส่งเสริม พัฒนาระบบและกลไก การสืบค้น รวบรวม ฝ่าฝืน และคุ้มครอง และพัฒนาการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยระดับชาติ</p>	<p>ความรู้ทางด้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย ที่เป็นทั้งภูมิปัญญาของบรรพชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น และศาสตร์ทางด้าน การดูแลรักษาสุขภาพ: ยังได้มีการรวบรวม อย่างเป็นระบบ จึงควร ดำเนินการสืบค้นและเก็บรวบรวมไว้อย่างเป็นกิจลักษณะ ตลอดจน จัดทำเป็นองค์ความรู้ และฐานข้อมูล</p>	<p>๑.๑ โครงการ การจัดตั้งศูนย์ระบบข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพระดับชาติ (Thai Traditional Knowledge Digital Library- TTKDL Center)</p> <p>๑.๒ เสริมสร้างโครงการ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๒ ตามมาตราต่าง ๆ</p> <p>๑.๓ ปรับปรุงแก้ไข พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ.๒๕๕๒</p> <p>๑.๔ ปรับปรุงกฎกระทรวงว่าด้วยกองทุนคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ใน พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๒)</p> <p>๑.๕ ปรับปรุงกองทุนคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (ใน พรบ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๒) เพื่อสนับสนุนหน่วยงานภาคประชาชน ประชาสังคม รวมถึงรัฐเอกชนในท้องถิ่น</p> <p>๒.๑. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมภาคประชาชนระดับพื้นที่ในการช่วยกันคุ้มครองภูมิปัญญาในระดับจังหวัด</p> <p>๒.๒ โครงการสนับสนุนแพทย์พื้นบ้าน ดูแลสุขภาพให้ชุมชน สืบพ้องความรู้สู่คนรุ่นใหม่ และอนุรักษ์ทรัพยากรท้องถิ่น เช่น ป่าชุมชน ซึ่งเป็นแหล่งยักพื้นบ้าน</p> <p>๒.๓ โครงการสนับสนุนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ การถอดความ คัมภีร์โบราณ สืบค้น รวบรวมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย / พื้นบ้านไทย</p>	<p>ได้ทันที</p> <p>ทำได้ทันที</p> <p>ภายใน ๑ ปี</p> <p>ทำได้ทันที</p> <p>ภายใน ๑ - ๓ ปี</p> <p>ทำได้ทันที</p> <p>ทำได้ทันที</p> <p>ทำได้ทันที</p>	<p>สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ</p> <p>ศาสตร์และควมรู้ต่าง ๆ ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย ไม่สูญหายไป และสามารถพัฒนานำมาใช้ประโยชน์ การดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมเศรษฐกิจในชุมชน จนถึงระดับชาติ ตลอดจน สามารถอนุรักษ์คุ้มครองภูมิปัญญาเหล่านี้ให้คงอยู่คู่ประเทศไทยสืบไป</p>
<p>๒. ส่งเสริม พัฒนา ระบบและกลไกการสืบค้น รวบรวม ฝ่าฝืน และคุ้มครอง ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยระดับท้องถิ่น</p>				

๖. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

๖.๑ ประชาชนมีทางเลือกในการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์แผนไทย

๖.๒ ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตชนบทธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของท้องถิ่น

๖.๓ ประชาชนสามารถเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่มีความปลอดภัยและมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและสากล สามารถสร้างมูลค่าเพิ่ม สร้างอาชีพ มีรายได้ที่มั่นคงและยั่งยืน ส่งผลต่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจของชุมชนและประเทศชาติ

๖.๔ ระบบยาของประเทศมีความมั่นคงขึ้น

๖.๕ มีส่วนร่วมในการสืบทอดภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในเอกลักษณ์ของชาติ

๖.๖ ประชาชนและชุมชนสามารถเฝ้าระวังและคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมถึงพันธุ์พืชสมุนไพรไว้ให้กับลูกหลานสืบไป

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จตามผลลัพธ์

๗.๑ มีข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพจากการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านเพิ่มขึ้น

๗.๒ มีชุดความรู้ แนวทางการปฏิบัติต่างๆ ที่ประชาชนทั่วไปสามารถนำไปใช้ได้ต่างๆ ให้ผลได้จริง รวมถึงการเรียนรู้การปลูกสมุนไพรไว้เป็นยาสามัญประจำบ้านเพิ่มมากขึ้น

๗.๓ มีจำนวนตำรับยาแผนไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรได้รับการขึ้นทะเบียนเพิ่มขึ้น และมูลค่ายาไทยและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรเพิ่มขึ้นทั้งในประเทศและการส่งออกสู่ตลาดโลก

๗.๔ เกิดระบบยาแผนไทยครบวงจรคู่ขนานกับยาแผนปัจจุบัน ประชาชนเข้าถึงยาแผนไทยเพิ่มขึ้น ราคายาแผนไทยสมเหตุสมผล มีการกระจายยาครอบคลุมและทั่วถึง มีการเฝ้าระวังอันตรายหรือผลข้างเคียงจากยา

๗.๕ มีระบบการเรียนการสอน การถ่ายทอดภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านตั้งแต่ระดับเด็กเยาวชน

๗.๖ มีการจัดแจ้งภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นต่อนายทะเบียน และเกิดเครือข่ายคุ้มครองและพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในระดับพื้นที่

๗.๗ มีศูนย์ระบบข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านไทย สำหรับเฝ้าระวังด้านภูมิปัญญาของชาติ (Thai Traditional Knowledge Digital Library- TTKDL Center)

๗.๘ รายงานการวิจัยด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ได้รับตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลระดับประเทศและนานาชาติ เพิ่มขึ้น

บรรณานุกรม

- กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๒. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๒๖. ตอนที่ ๙๘ ก (๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๒) : หน้า ๖๔.
- กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๒. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๒๖. ตอนที่ ๙๘ ก (๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๒) : หน้า ๖๔.
- กลุ่มกฎหมายและคดี กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. **พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๗ พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๐** พร้อมด้วยพระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข และประกาศคณะกรรมการวิชาชีพที่ออกตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๕๒.
- ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ และอุบลวรรณ ขอพิง. **โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ ข้อเสนอการจัดตั้งหน่วยบริการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างคน สร้างความรู้. รายงานวิจัยดูแลสุขภาพแบบพอเพียง.** กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๐.
- ข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการสอบความรู้ในวิชาชีพ การแพทย์แผนไทยของผู้ที่ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาการแพทย์แผนไทยจากสถาบันการศึกษาที่สภาการแพทย์แผนไทยรับรอง พ.ศ. ๒๕๕๗. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๓๑. ตอนพิเศษ ๙๑ ง : หน้า ๗๓ (๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๗).
- ข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ในการรับรองและการดำเนินการของสถาบันหรือสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพ การแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๗. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๓๑. ตอนพิเศษ ๑๘๙ ง : หน้า ๑๐๓ (๒๕ กันยายน ๒๕๕๗).
- สภาการแพทย์แผนไทย เมษายน ๒๕๕๘.
- สำนักงานแพทย์พื้นบ้านไทย. **ข้อมูลหมอนพื้นบ้านของนายทะเบียนกลาง.** อ้างอิงจาก สำนักงานแพทย์พื้นบ้านไทย. เข้าถึงเมื่อ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๖. เข้าถึงได้จาก http://indi.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=16:33-1&catid=9:2013-01-08-02-31-04&Itemid=135
- คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. **รางจืด-สมุนไพรรักษาพิษและล้างพิษ.** [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๘. แหล่งเข้าถึง <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/46/> [๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๘]
- คณะอนุกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙. **แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙).** กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์, ๒๕๕๕.
- โครงสร้างองค์กร วันที่ปรับปรุงข้อมูล : ๐๖/๒๘/๒๐๑๕ เข้าถึงได้จาก http://drug.fda.moph.go.th/zone_mixs/mix001.asp

- ประกาศกระทรวงศีกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ พ.ศ. ๒๕๕๔. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๒๙. ตอนพิเศษ ๕๔ ง : หน้า ๗ (๒๓ มีนาคม ๒๕๕๔)
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการในการผลิตยา แผนโบราณ ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.๒๕๕๗. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๓๑ ตอนพิเศษ ๕๓ ง : หน้า ๒๑ (๒๕ มีนาคม ๒๕๕๗)
- ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๓๐. ตอนพิเศษ ๑๒๖ ง (๓๐ กันยายน ๒๕๕๖) : หน้า ๑๙๕.
- พระราชบัญญัติ งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘. **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม ๑๓๑. ตอนที่ ๖๙ ก : หน้า ๑ (๓๐ กันยายน ๒๕๕๗)
- พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๑๘. ตอนที่ ๑๐๒ ก : หน้า ๖ (๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๕)
- พระราชบัญญัติ วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม ๑๓๐. ตอนที่ ๑๐ ก : หน้า ๓-๔ (๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖)
- พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๔๗๙ (ฉบับที่ ๙ พ.ศ.๒๕๓๐). **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม ๑๐๔ ตอนที่ ๒๒๐ ฉบับพิเศษ : หน้า ๕ (๒ พฤศจิกายน ๒๕๓๐)
- พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช ๒๔๗๙. **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม ๕๔ : หน้า ๑๖๒ (๒๖ เมษายน ๒๔๘๐)
- พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช ๒๔๗๙. **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม ๕๔ : หน้า ๑๖๒ (๒๖ เมษายน ๒๔๘๐)
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. **สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ**. [ออนไลน์]. แหล่งเข้าถึง : <http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom๑๒/๐๕-๐๑.html> . [๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘]
- ระเบียบคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยการบริหาร การจัดหา ผลประโยชน์และการใช้จ่ายเงินกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๘. **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม ๑๒๒. ตอนพิเศษ ๒๗ ง (๓๐ มีนาคม ๒๕๔๘) : หน้า ๖.
- วันดี กฤษณพันธ์. **สมุนไพรน่ารู้**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๙.
- สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. **ข่าวสมุนไพร** เข้าถึงเมื่อ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๖. เข้าถึงได้จาก http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_herbal/news_detail.php?cat=L&id=๙๖
- สำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. **ฟ้าทะลายโจร**. [ออนไลน์]. แหล่งเข้าถึง <http://www.medplant.mahidol.ac.th/pubhealth/androg.html>[๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๘]
- สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เข้าถึงได้จาก <http://www.nrct.go.th/th/Portals/๐/data/2557/%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%9C%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B9%88%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%A1%E0%B8%A1%E0%B8%99%E0%B8%B2%20single%20window/image0267.pdf>
- สำนักงานโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. **กล้วยน้ำว้า**. [ออนไลน์]. แหล่งเข้าถึง http://www.rspg.or.th/plants_data/herbs/herbs_13_1.htm[๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๘]

หนังสือสำนักงาน กพ ที่ นร ๑๐๐๘.๓.๓/๔๕๓ ลงวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๕๕

อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์า และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๕๕. [ออนไลน์]. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แหล่งเข้าถึง http://www.boe.moph.go.th/files/report/๒๐๑๔๐๑๐๙_๔๐๑๙๗๒๒๐.pdf[๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘]

Onasanwo SA, Emikpe BO, et al. **Anti-ulcer and ulcer healing potentials of Musa sapientum peel extract in the laboratory rodents.** [online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23900937>[25 June 2015]

WHO. “WHO Traditional Medicine Strategies 2014- 2023”. 2013 Honkong China.

ภาคผนวก ข.
รายงานการปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน

ภาคผนวก ข.
รายงานการปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน*

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินคุกคามประชาชนชาวไทย และเป็นภาระหนักของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งนำสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุอันดับต้นของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และประเทศไทยถูกนับเป็นประเทศอันดับที่สามของโลกที่มีความสูญเสียด้านอุบัติเหตุจราจรเป็นอย่างยิ่ง ทั้งที่สามารถป้องกันได้

ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องการการแก้ปัญหาและการปฏิรูประบบอย่างครบวงจร เริ่มจากครัวเรือน ชุมชน ท้องถิ่น โรงเรียน สถานประกอบการ ต้องมีการเตรียมพร้อม การฝึกอบรมการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และการร้องขอความช่วยเหลือบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างครบวงจร โดยกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถาบันผลิตแพทย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องจัดการให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและคุณภาพ เพื่อส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อม ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลจนพ้นภาวะวิกฤต โดยไม่ใช้เงินของค่าใช้จ่ายและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ มาเป็นอุปสรรคในการรับความดูแลรักษา

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับการปฏิรูปแล้ว จะสามารถเชื่อมต่อทั้งการดูแลรักษา การจัดการข้อมูล การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการป้องกันในทุกระดับ

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

การปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเด็นปัญหา

- การบาดเจ็บทางถนนก่อให้เกิดความสูญเสียต่อประเทศอย่างมาก เป็นปัญหาสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- การแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุม
- ประชาชนยังไม่เข้าใจภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และขาดทักษะการปฐมพยาบาลและการช่วยชีวิตเบื้องต้น
- ก่อนที่หน่วยกู้ชีพจะนำส่งถึงโรงพยาบาล
- ห้องฉุกเฉิน และระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้
- สิทธิการรักษาฉุกเฉินผู้ป่วยฉุกเฉิน มีผลกระทบต่อการเข้าถึงของประชาชน

การแก้ปัญหา

- พัฒนามาตรการป้องกันและการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนที่ครบวงจร
- พัฒนาระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว ๑๑๒
- สร้างความครอบคลุมของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระดับประชาชนและระดับชุมชน
- พัฒนาห้องฉุกเฉินและระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล
- พัฒนากลไกด้านสิทธิการรักษาฉุกเฉินผู้ป่วยฉุกเฉิน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ลดการสูญเสีย จากการบาดเจ็บบนถนนของประชาชนไทย
- ประชาชนสามารถให้การปฐมพยาบาล ให้การช่วยฟื้นคืนชีพ และขอความช่วยเหลือได้ และได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง
- ลดการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ป้องกันได้ (Preventable death)
- ประชาชนที่ประสบภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ และโรคที่มีอาการเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยไม่มีเงื่อนไขของสิทธิการรักษา

ตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์

- มี "ข้อเสนอเชิงนโยบาย" ให้กับรัฐบาล เพื่อใช้ในการกำกับติดตาม และปรับปรุงนโยบายให้กับรัฐบาลด้านความปลอดภัยทางถนน
- ประชาชนทุกคน มีความรู้และสามารถทำ CPRปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และการขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านระบบแจ้งเหตุหมายเลขเดียวได้อย่างครบวงจร
- หน่วยงานระดับท้องถิ่นสามารถดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องจัดหน่วยกู้ชีพ โดยมีภารกิจหนักให้มีโครงสร้างและหน้าที่ในทุกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและมีงบประมาณสนับสนุนชัดเจน
- เกิดหน่วยบริหารพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Trauma and Emergency Administrative Unit) ที่นำสู่การพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล
- ลดการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ป้องกันได้ (Preventable death)
- ประชาชนที่ประสบภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ และโรคที่มีอาการเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยไม่มีเงื่อนไขของสิทธิการรักษา

รายงานการปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน

๑. หลักการและเหตุผล

งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services, EMS) สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นงานที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่างานผู้ป่วยนอก และได้ถูกให้ความสำคัญมากขึ้นเรื่อยในช่วง ๑๐ ปี หลังจากการมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ และการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)ขึ้น มีการพิสูจน์จากการศึกษาในหลายสถาบันว่าการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง และครบถ้วน ตามรูปร่างแสดงระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะปกติและภัยพิบัติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติได้สามารถลดการสูญเสีย ลดความพิการซ้ำซ้อนได้

หากจะกล่าวถึงปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS operation)จะสามารถอธิบายกระบวนการได้ว่า กระบวนการจะเริ่มตั้งแต่การที่มีผู้พบเห็นเหตุการณ์และสามารถตรวจพบความผิดปกติทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Detection) แล้วแจ้งให้กับหน่วยงานรับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง (Reporting) ซึ่งในที่นี้คือศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับจังหวัดของ สพฉ. ซึ่งจะเป็นหน่วยปฏิบัติที่ตอบสนองโดยการสั่งให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมกับความรุนแรงออกมารับผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตามข้อมูลที่ได้รับ (Response) และเมื่อหน่วยปฏิบัติการไปถึงยังที่เกิดเหตุจะให้การรักษาเบื้องต้น (On scene care) และหากมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น ก็จะนำส่งไปยังสถานพยาบาลระดับสูงขึ้น โดยมีการให้การรักษายาบาลในระหว่างนำส่ง (Care in transit) เพื่อนำส่งไปยังสถานพยาบาลระดับสูงที่พร้อมให้การรักษา(Transfer to definitive care)

ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินยังคุกคามประชาชนชาวไทย และเป็นภาระหนักของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งนำสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างต่อเนื่อง ปัญหาของการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขและต้องการการปฏิรูปนั้นมีอยู่ตลอดกระบวนการของการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่

๑ การป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะการบาดเจ็บทางถนนที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ

๒ ความพร้อมของประชาชนและท้องถิ่นในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น

๓ ความพร้อมของสถานพยาบาลของรัฐในการรองรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งเรื่องของบุคลากร ทรัพยากร เครื่องมือรักษาพยาบาล และ

๔ สิทธิการรักษาของประชาชนเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน

หากระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับการปฏิรูปแล้ว จะสามารถเชื่อมต่อทั้งการดูแลรักษา การจัดการข้อมูล การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการป้องกันในทุกๆระดับ ซึ่งจะกล่าวต่อไปในรายละเอียด



รูปที่ ๑ วงล้อแสดงระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะปกติและภัยพิบัติในปัจจุบัน

สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยทางถนน

การป้องกันการเกิดโรคนั้นมีความสำคัญ ไม่เพียงแต่จะลดความสูญเสียทางร่างกายให้กับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บและเจ็บป่วย แต่ยังช่วยลดภาระอื่นที่ที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บนั้นๆด้วย นอกจากการป้องกันไม่ให้เกิดโรคแล้ว (Primary prevention) การลดความสูญเสียเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Secondary prevention) และลดความพิการ (Tertiary prevention) ก็มีบทบาทอย่างมากในการในการเพิ่มคุณภาพของชีวิตของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้การป้องกันที่มีประสิทธิภาพยังลดความสูญเสียของครอบครัวและสังคมโดยรวมอีกด้วย

ปัญหาด้านความปลอดภัยทางถนน นอกจากจะนำมาซึ่งความสูญเสียอย่างมีนัยสำคัญของประเทศไทยแล้วยังกระทบภาพลักษณ์ที่มีต่อนานาชาติสถานการณ์ของอุบัติเหตุจราจรยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลกคาดประมาณผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ในปี พ.ศ.๒๕๕๓สูงถึง ๑๓,๓๖๕คน หรือ ๓๘.๑ คนต่อแสนประชากร ซึ่งคิดเป็นอันดับที่ ๓ ของโลกแต่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าตัวเลขดังกล่าวต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้ ปี พ.ศ.๒๕๕๔ ทางกระทรวงสาธารณสุข ได้นำข้อมูลจาก ๓ฐาน (ใบมรณะบัตร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และ ประกันภัย) มาเชื่อมโยง ก็พบว่าตัวเลขการเสียชีวิตจาก ๓ฐานข้อมูล จะสูงถึง ๒๓,๓๙๐คน (๖๔คนต่อวัน)รัฐบาลได้ประกาศเจตนารมณ์ร่วมกับองค์การสหประชาชาติ ในอันที่จะลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนลงให้ต่ำกว่า ๑๐ คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓



	Populations number	Number of death	Estimated road traffic death rate per 100,000 populations
Niue	1,465	1	68.3
Dominican Republic	9,927,320	2,470	40.1
Thailand	69,122,232	13,365	38.1
Venezuela	28,979,857	7,714	37.2
Iran	73,973,628	23,247	34.1
Nigeria	158,423,184	5,279	33.7

การสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรเพียงอย่างเดียวก่อนให้เกิดความเสียหายต่อประเทศ
ปีละไม่ต่ำกว่า 1.5 แสนล้านบาท หรือร้อยละ 2.37 ของ GDP

ที่มา: Global Status Report on Road Safety ๒๐๑๓

จากการศึกษาการสูญเสียที่เกิดจากการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน พบว่า ในการบาดเจ็บแต่ละครั้งจะก่อให้เกิดความสูญเสีย ต่อบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ (Human costs) ทรัพย์สิน (Property damage cost) และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บ (General damage costs) ความเสียหายหากคิดเป็นเงินจะเป็นจำนวนเงินมหาศาลในแต่ละปี โดยการประมาณการในปี ๒๕๕๐ นั้นการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรเพียงอย่างเดียว ที่มีผู้เสียชีวิตประมาณ ๑๓,๐๐๐ ราย ก่อให้เกิดความเสียหายต่อประเทศไม่ต่ำกว่า ๑.๕ แสนล้านบาท หรือร้อยละ ๒.๓๗ ของ GDP โดยหากพิจารณาค่าเสียหายตามความรุนแรง จะพบว่าผู้ที่เสียชีวิตจะสูญเสียอยู่ที่ร้อยละ ๓.๙-๔.๖ ล้านบาท ในกลุ่มที่มีความพิการเกิดขึ้นจะสูญเสียเฉลี่ยอยู่ที่ ๔.๕-๕.๔ ล้านบาท ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจะอยู่ที่ประมาณ ๑.๒-๑.๓ แสนบาท ในกลุ่มที่ได้รับบาดเจ็บไม่รุนแรงจะเสียค่าใช้จ่าย ๓.๐ หมื่นบาท และ ๔.๐ หมื่นบาทในกลุ่มที่มีความสูญเสียแต่ทรัพย์สินเพียงอย่างเดียว

จะเห็นได้ว่าหากสามารถมีมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดการสูญเสียได้ แต่ปัจจุบันกระบวนการหรือมาตรการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ทั้งที่มีการตั้งศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนน มีการกำหนดทศวรรษความปลอดภัยทางถนน ก็ยังมีความคืบหน้าบ้างในบางประเด็น แต่โดยภาพรวมยังห่างไกลจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับทศวรรษความปลอดภัยทางถนนที่จะจัดให้มีระบบที่เอื้อต่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และใช้มาตรการในหลายมิติ ในอันที่จะสร้างให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในสังคม ดังจะเห็นได้จากการประมาณการของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของผู้เสียชีวิตหลังจากปีพ.ศ. ๒๕๕๒ ที่ตั้งไว้

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย



ส่วนหนึ่งเนื่องจากการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนนนั้นต้องเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ใช้องค์ความรู้จากหลากหลายสาขา โดยองค์ประกอบ ๕ เสาหลักที่สำคัญในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนน คือ การให้ความรู้ การพัฒนาประชาชน วิศวกรรมจราจร การบังคับใช้กฎหมาย และการแพทย์ฉุกเฉิน ตัวอย่างที่มีการดำเนินงานโดยสหสาขาและส่งผลต่อนวัตกรรมความปลอดภัยทางถนนคือการที่มีการสืบสวนสาเหตุเชิงลึกในกรณีอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้ง คน รถ ถนนและสิ่งแวดล้อม และขับเคลื่อนไปพร้อมๆกัน จะสามารถจัดการความปลอดภัยทางถนนและลดการสูญเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การดำเนินงาน National Highway Traffic Safety Authority (NHTSA) ที่สามารถดำเนินงานจะเรียกรถยนต์ที่มีข้อบกพร่องกลับเข้ารับการซ่อมบำรุงได้ หรือการดำเนินงานของ Malaysian Institute of Road Safety (MIROS) ที่ดำเนินงานศึกษาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุเชิงลึกและนำไปสู่กระบวนการปรับปรุงด้านความปลอดภัยความซับซ้อนในการจัดการปัญหาดังกล่าวมีความจำเป็นจะต้องมีจุดคนจัดใหม่ๆ เช่น การเมืองกร NHTSA หรือ MIROSที่จะเข้ามาเสริมการทำงานที่ได้มีการดำเนินการอยู่แล้วของศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน และหน่วยงานด้านความปลอดภัยทางถนนของภาครัฐที่กำลังดำเนินการอยู่

สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

เมื่อการป้องกันไม่สามารถลดปริมาณและความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ ต้องมีการเตรียมความพร้อมของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จะรองรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องหลังจากมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ๒๕๕๑ จากข้อมูล สพพ. พบว่า ความพร้อมของการแพทย์ฉุกเฉินยังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนา เช่น มีผู้ปฏิบัติการในระบบกว่า ๗๐,๐๐๐รายจดทะเบียนอยู่ในระบบฯมียานพาหนะที่ขึ้นทะเบียนเกือบ ๔,๐๐๐คัน/ลำ มีชุดปฏิบัติการกว่า ๒,๖๐๐ชุด ที่พร้อมปฏิบัติการอยู่ทั่วประเทศ เมืองครปรกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จดทะเบียนเข้าร่วมกว่าร้อยละ ๗๐ของอปท.ทั้งหมด โดยเชื่อมโยงการปฏิบัติงานผ่านศูนย์สื่อสารสั่งการระดับจังหวัด การแจ้ง

เหตุฉุกเฉินของประชาชนผ่านหมายเลข ๑๖๖๙ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๖ ของการแจ้งเหตุผ่านศูนย์
สั่งการฯ มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดกำกับดูแล จนมีการออกปฏิบัติการเพิ่มขึ้นเป็น
๑,๒๗๒,๗๘๓ รายในปี ๒๕๕๗

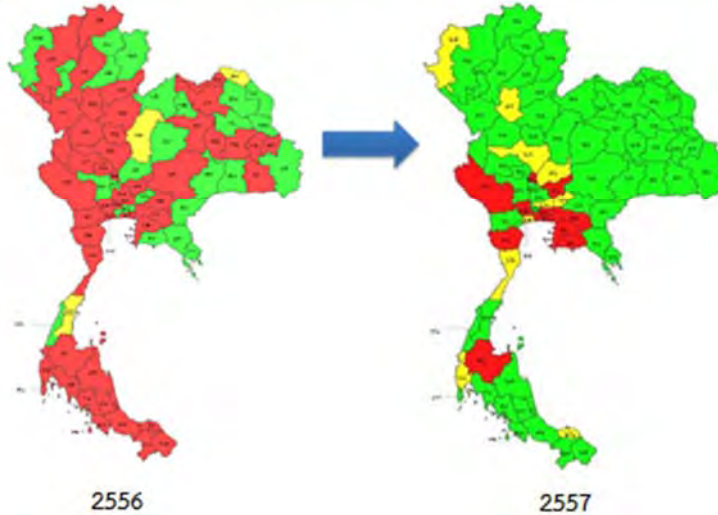
แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลแต่ละระดับจะมีจำนวนมากเมื่อ
เทียบกับทรัพยากร สัดส่วนผู้ป่วยที่มาโดยหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน แม้ว่าจะเพิ่มขึ้นจาก ๑๐ปีที่
ผ่านมา แต่ยังคงมีจำนวนน้อย เมื่อพิจารณาจากสัดส่วนของผู้ที่เข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลจะพบว่า จำนวนการออกปฏิบัติการผ่านระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินกว่า ๑.๒ล้านครั้ง หรือ ประมาณร้อยละ ๕.๐ของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการที่ห้อง
ฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั่วประเทศ (ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในปี ๒๕๕๕ มีจำนวน ๒๔ ล้านครั้ง) แต่
ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกให้อยู่ในภาวะฉุกเฉินวิกฤต ๑.๕แสนราย และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน
๘แสนรายตามลำดับ แม้ว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการได้มากขึ้น แต่ก็เพียงร้อยละ ๑๓.๔ของผู้ป่วยฉุกเฉิน
วิกฤตที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินนั้นมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การปฏิบัติการ
หรือความคล่องแคล่วในการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตภายใน ๘นาที สามารถดำเนินการได้เกือบร้อยละ ๕๐
ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อความต้องการจริงของทั้งประเทศ แต่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นการใช้
บริการที่ไม่เหมาะสมกับความต้องการจริง

ส่วนของการรับแจ้งเหตุนั้น การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินของประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่มีกระบวนการ
รับแจ้งเหตุฉุกเฉินระหว่างหน่วยงาน ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากล และมีหมายเลขฉุกเฉินหลายหมายเลข
ทำให้ประชาชนไม่สามารถจดจำได้ในขณะเกิดภาวะฉุกเฉิน จึงนำไปสู่การปฏิบัติการช่วยเหลือที่ล่าช้า และ
ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เพราะแต่ละนาที่ที่ล่าช้าอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของ
ประชาชนและประเทศชาติเพิ่มขึ้น ซึ่งทางอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณสุข กรรมการสาธารณสุข
ได้เล็งเห็นความสำคัญและได้ผลักดันให้มีการปฏิรูป “ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว ๑๑๒” ที่
สามารถจดจำได้ง่าย แม้ในสถานการณ์ฉุกเฉิน สามารถกดปุ่มโทรฉุกเฉินได้ทันที เข้าถึงกลุ่มบุคคลเฉพาะ
เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง คนพิการประเภทต่างๆ ประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่ายสะดวก ครอบคลุม
ได้อย่างทั่วถึง สามารถระบุตำแหน่งพิกัดสถานที่โทรแจ้ง นำไปสู่ปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินที่มี
ประสิทธิภาพ ทันเวลา ซึ่งนำไปสู่การบูรณาการระหว่างหน่วยปฏิบัติการช่วยฉุกเฉินต่างๆ ทำให้ การร่วม
ปฏิบัติการช่วยฉุกเฉินเกิดประสิทธิภาพ ลดการทุพพลภาพ สูญเสียชีวิต และทรัพย์สินอันจะนำไปสู่การ
ช่วยเหลือในขั้นสูงต่อไป นอกจากนี้จะเป็นสากล และ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอีกด้วย ซึ่ง
สภาปฏิรูปแห่งชาติมีมติเห็นชอบในวันที่ ๑๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

หากพิจารณาเชิงลึกลงไปในระดับจังหวัด จะพบว่า ยอดการใช้บริการดังกล่าว ยังไม่ได้เป็นยอด
การใช้บริการที่มาจากทุกจังหวัดในอัตรา/สัดส่วนที่เท่ากัน หากมีการผลักดันให้ครอบคลุมและทั่วถึง จะ
สามารถเพิ่มผู้ใช้บริการได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ (Coverage) บทบาทที่สำคัญคือหน่วยปฏิบัติการขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) แม้ว่าจะมีการขึ้นทะเบียนของหน่วยปฏิบัติการระดับอปท.เพิ่มขึ้น เมื่อ
พิจารณาลงไปรายละเอียดจะพบว่าการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการในหลายพื้นที่ยังไม่ครอบคลุม
และที่ออกปฏิบัติงานจริงยังมีเพียงร้อยละ ๕๖ของหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด การจะเพิ่มควม
ครอบคลุมบริการลงไปถึงระดับท้องถิ่นต้องการความร่วมมือของ อปท. ร่วมไปกับสถานพยาบาลในพื้นที่



ความครอบคลุมการดำเนินงานของ อปท.



การดำเนินงานด้านความครอบคลุมการดำเนินงานของ อปท.

(พื้นที่สีเขียวแสดงจังหวัดที่มีอปท.เข้าร่วมบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า ๗๐%ของจังหวัด)

เจตนาของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ มาตรา ๓๓ วรรคสอง) ให้กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินสนับสนุนและประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นการส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมมากขึ้น แต่ก็ยังไม่สามารถประสานความร่วมมือจากอปท.ได้อย่างครอบคลุม แต่ความแตกต่างหรือบริบททางกายภาพของอปท.มีผลอย่างมากต่อการจัดบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบ ท้องถิ่นขนาดเล็กและงบประมาณน้อย รถพยาบาลฉุกเฉินและบุคลากรกู้ชีพมีจำกัด ความสามารถช่วยผู้ป่วยฉุกเฉินให้ทันท่วงที่ย่อมกระทำได้ยากเพียงลำพัง ในภาครัฐกระทรวงสาธารณสุขก็ยากที่จะจัดสรรงบประมาณทั้งข้าราชการที่จะพัฒนาการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลยังมีข้อจำกัดมาก

ข้อมูลข้างต้น เป็นการแสดงผลทางอ้อมว่า การรับรู้และตระหนักถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับประชาชนยังถือว่าอยู่ในระดับที่ยังต้องมีการพัฒนาอีกมาก ผู้ที่มีความรู้และสามารถมากแยกแยะความฉุกเฉินได้ในระดับประชาชนยังคงจำกัดอยู่ในกลุ่มของผู้ปฏิบัติการระดับพื้นฐานหรืออาสาสมัครฉุกเฉินที่อยู่พื้นที่ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสื่อสารความรู้ ความตระหนักทางการแพทย์ฉุกเฉินไปสู่ระดับประชาชน

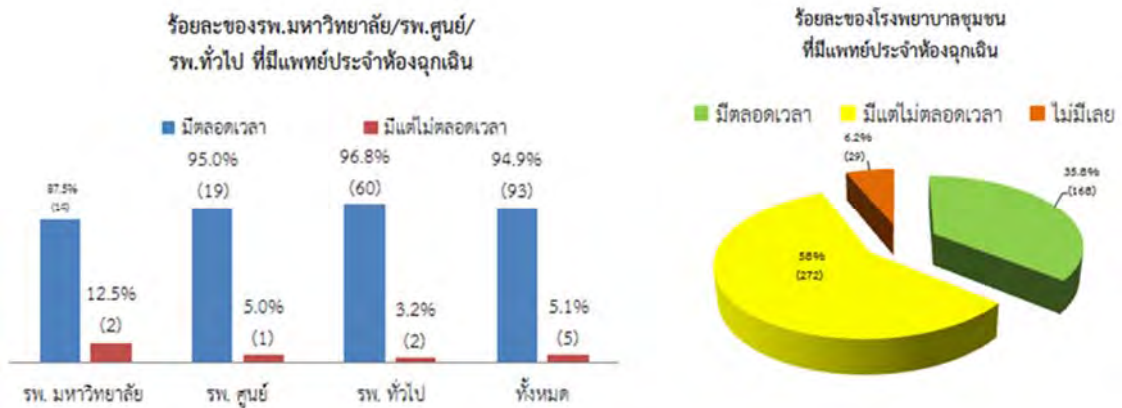
สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล

จากการสำรวจสถานการณ์ห้องฉุกเฉินทั่วประเทศของศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉินและวิกฤตบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ในรอบ ๑๐ปีมานี้จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเข้ารับรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศเพิ่มขึ้นอีกกว่า ๑เท่าตัว จาก ๑๒ล้านครั้งในปี ๒๕๔๔เป็น ๒๔ล้านครั้งในปี ๒๕๕๕ ห้องฉุกเฉินต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาล

ศูนย์ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเฉื่อยเกือบ ๒๐๐รายต่อวัน โรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลทั่วไปที่มียอดการเข้ารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินเฉลี่ยอยู่ที่ ๑๔๐รายต่อวัน และในระดับโรงพยาบาลชุมชน ที่ต้องจัดบริการที่ห้องฉุกเฉินให้กับผู้ป่วยกว่า ๘๐รายต่อวัน จากการศึกษาดังกล่าว พบด้วยว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ของรพ.ขนาด รพท.ขึ้นไปจากทั่วทั้งประเทศมีจำนวนกว่า ๕แสนราย หรือ คิดเป็นเพียงร้อยละ ๒ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่เป็นการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินไม่เร่งด่วน ซึ่งถือเป็นการไม่เหมาะสม (Inappropriate use)

ความพร้อมของสถานพยาบาล เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ยังต้องมีการพัฒนาให้มีความพร้อมเพื่อรองรับการแพทย์ฉุกเฉิน แต่สถานพยาบาลในหลายระดับยังคงไม่สามารถมีบุคลากรเพียงพอต่อความต้องการ ทั้งทางด้านบุคลากรและความพร้อมของเครื่องมือ ทำให้ยังมีความไม่เท่าเทียมกันของความพร้อม ตลอดจนการจัดการอย่างเป็นระบบ จากการที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ทำการสำรวจศักยภาพของโรงพยาบาลต่างๆในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บและฉุกเฉินพบประเด็นที่เป็นปัญหาหลายประการ ดังนี้

- มีเพียง ๓๕% ของห้องฉุกเฉิน รพ. ชุมชน เท่านั้นที่มีแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินตลอดเวลา
- มีเพียง ๓๗% ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีแพทย์ที่ผ่านการอบรม Advanced Trauma Life Support (ATLS) อยู่เวรตลอดเวลาที่ห้องฉุกเฉิน
- มีจำนวน ๒๖.๙% ของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่สามารถเอ็กซเรย์ผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน



สถานการณ์แพทย์ประจำโรงพยาบาลแต่ละระดับ

จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น ๒เท่า ในขณะที่ทรัพยากรของห้องฉุกเฉินและทรัพยากรบุคคลมีจำกัด ทั้งปริมาณและคุณภาพทำให้ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์จึงเพิ่มตามไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่มีความเสี่ยงและต้องการทรัพยากรอย่างเต็มประสิทธิภาพนั้น คุณภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลระดับต่างๆทั้งโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ได้รับการฝึกอบรมทางการแพทย์ฉุกเฉินสามารถส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การรักษาพยาบาล ตลอดจนกระบวนการส่งต่อหรือช่องทางพิเศษที่ส่งผลอย่างมากต่อผลลัพธ์การรักษาพยาบาล (Patient outcomes)

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังคงมีช่องว่างในการพัฒนาเชิงระบบที่ต้องได้รับการพัฒนาในอีกหลายด้าน ทั้งเรื่องมาตรการป้องกันและการส่งเสริมความปลอดภัยยังขาดการพัฒนาเชิงวิชาการ การแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุม ประชาชนยังไม่เข้าใจภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และขาด

ทักษะการปฐมพยาบาล การช่วยชีวิตเบื้องต้นก่อนที่หน่วยกู้ชีพจะไปถึงและนำส่งโรงพยาบาล ห้องฉุกเฉิน และระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดีเท่าที่ควร ตลอดจนจนปัญหาด้านสิทธิการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีผลต่อการเข้าถึงของประชาชนเมื่อยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน

สถานการณ์สิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การที่ผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บฉุกเฉินและภาวะวิกฤต จะเลือกมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งด้วยวิธีการอื่นที่ไม่ได้มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีเหตุผลอยู่ด้วยกันหลายประการ ตั้งแต่เรื่องของการตรวจพบความเร่งด่วนของการเจ็บป่วย ความพร้อมเชิงสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย จนถึงคุณภาพของการรักษาพยาบาล ประเด็นสำคัญที่รัฐเล็งเห็นว่า ต้องช่วยเหลือประชาชนอย่างเร่งด่วน คือเรื่องของค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น อันเป็นผลมาจากความเหลื่อมล้ำของสิทธิในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องเป็นหนี้สินอันเกิดจากไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ความเดือดร้อนดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการประกาศนโยบายปรับปรุงบริการผู้ป่วยฉุกเฉินร่วม ๓กองทุน ภายใต้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๕ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำดังกล่าวและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ ไม่ต้องสำรองค่าใช้จ่าย ในช่วง ๗๒ ชม.แรก

แนวคิดและการดำเนินงานที่ผ่านมา มีวัตถุประสงค์ที่ดี เป็นประโยชน์ต่อประชาชนเมื่อยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่ยังไม่ได้มีการออกแบบร่วมกันอย่างจริงจัง จากผู้ให้บริการ กองทุน และผู้กำกับดูแลประกอบกับความไม่เพียงพอของสถานพยาบาลในกำกับของรัฐ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกทม.) ในการรองรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในระยะแรก ทำให้ประชาชนเลือกที่จะไปใช้บริการยังสถานพยาบาลของเอกชน ที่สามารถรองรับความต้องการได้ จึงเกิดปัญหาในการใช้นโยบายดังกล่าว

การศึกษาของไพบุลย์และคณะ และ สิรินาฏและคณะ ภายหลังจากประกาศใช้นโยบายดังกล่าว พบว่านโยบายดังกล่าวยังคงมีปัญหาในการนำไปใช้ ในระยะแรกประชาชนส่วนหนึ่งยังไม่ทราบและเข้าใจนโยบาย ไม่กล้าใช้ ส่วนหนึ่งเลือกเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเอกชนเพราะปัจจัยทางด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐ และรัฐไม่สามารถที่จะกำหนดเพดานการจ่ายชดเชยให้กับสถานพยาบาลได้อย่างเหมาะสม สถานพยาบาลหลายแห่งยังไม่เข้าร่วมโครงการ ทำให้ยังคงมีประชาชนหรือผู้ประกันตนที่ยังคงต้องสำรองเงินจ่าย ทำให้ความพึงพอใจในระยะแรกอยู่ในระดับต่ำ แต่ผู้ร่วมให้ข้อมูลในการศึกษา ยังแสดงเจตจำนงว่าในระยะยาวยังประสงค์ที่จะเลือกใช้สิทธิฉุกเฉิน ๓ กองทุน ดังนั้นสิ่งที่รัฐต้องดำเนินการคือเรื่องของการประชาสัมพันธ์ถึงความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉิน (Risk communication) การจัดการด้านสิทธิประโยชน์การรักษา (Benefits) โดยประสานสถานบริการให้ครอบคลุม (Emergency Claim Online and Coverage) การพัฒนาคุณภาพของการบริการ (Emergency Care Quality Improvement) สถานบริการภายใต้นโยบายดังกล่าวให้เท่าเทียมกัน

จากข้อมูลสถานการณ์แต่ละส่วนของการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น จะเห็นได้ว่ายังมีช่องว่างในการพัฒนาอีกมาก และมีประเด็นที่ต้องการการปฏิรูปอย่างเป็นระบบ

๑. การบาดเจ็บทางถนนที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ก่อให้ความสูญเสียอย่างมหาศาลต่อปี และขาดหน่วยงานด้านวิชาการมาช่วยในการจัดการอย่างเป็นระบบ

๒. การแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลยังไม่ครอบคลุม ประชาชนยังไม่เข้าใจภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ขาดทักษะการช่วยชีวิตเบื้องต้น

๓. สถานพยาบาลของรัฐในการรองรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินยังไม่สามารถตอบสนองการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้

๔. สิทธิการรักษาของประชาชนเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน ยังคงมีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน

นิยามศัพท์(ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑)

“การแพทย์ฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

“ปฏิบัติการฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัด รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

“หน่วยปฏิบัติการ” หมายความว่า หน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน

“ผู้ปฏิบัติการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินประกาศเกณฑ์การคัดแยกและจัดลำดับการบริหาร “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” แบ่งเป็น ๓ลักษณะคือ

“ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีอาการป่วย หรือบาดเจ็บกะทันหัน หากไม่ได้รับการรักษาทันที จะมีโอกาสเสียชีวิตสูง หรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้น หายใจไม่ออก หอบรุนแรง ภาวะช็อก ชักตลอดเวลา และเลือดออกมาก

“ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน” คือบุคคลที่มีอาการป่วย หรือ บาดเจ็บเฉียบพลัน หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็วจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจนพิการ หรือ เสียชีวิต เช่น ไม่รู้สึกตัว ชักเป็นอัมพาต หรือ ตาบอด หูหนวกทันที และเจ็บปวดมากทรมานทรมาน

“ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง” คือ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการของผู้ป่วยนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

นอกจากนี้คณะทำงานปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน คณะอนุกรรมการปฏิรูป ได้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อพัฒนารอบแนวคิดและกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพโดยกระบวนการระดมสมอง (Brainstorming) การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) การสนทนา (Dialogue) ศึกษาประสบการณ์การศึกษา ดูกานในพื้นที่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ นักวิชาชีพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

การระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง อนุกรรมการและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้คณะอนุกรรมการได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการ พิจารณาของคณะอนุกรรมการ คณะทำงานได้เชิญผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาชี้แจงต่อที่ประชุม ทั้งสิ้น ๓ ครั้ง ประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรึกษาศูนย์อุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้อำนวยการกลุ่มสารสนเทศและ ประชาสัมพันธ์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และผู้จัดการผู้จัดการศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัย ทางถนน ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า นายแพทย์ มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์

๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์

๔.๑ การจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน

ที่ผ่านมาภาครัฐมีบทบาทอย่างมากในการดำเนินงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน แต่แม้ว่ารัฐบาลในอดีต จะประกาศเจตนารมณ์เข้าร่วม “ทศวรรษเพื่อความปลอดภัยทางถนน” (Decade of Action for Road Safety 2011-2020) กับองค์การสหประชาชาติ เพื่อลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุ ทางถนนลงให้ต่ำกว่า ๑๐ คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ รวมทั้งกำหนดเป็น “วาระแห่งชาติ” ตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ แต่ในทางปฏิบัติ โครงสร้างศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งจัดตั้งตามระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยกันป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. ๒๕๕๔ (๑) ยังดำเนินการได้ จำกัด และขาดความต่อเนื่อง (เน้นหนักเฉพาะเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์)

ในการจัดทำแผนแม่บทและแผนความปลอดภัยทางถนน ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ผู้แทนองค์กร ผู้เชี่ยวชาญทั้งไทยและต่างประเทศ ได้ให้ข้อเสนอแนะตรงกันแต่ที่สำคัญคือ ขาด “กลไกด้านวิชาการที่ เข้มแข็ง” ที่จะจัดทำระบบข้อมูล การกำกับติดตามและประเมินผลมาตรการต่างๆ และให้ข้อเสนอแนะที่ เป็นอิสระเพื่อวางแนวทางเชิงนโยบายบทเรียนในต่างประเทศ ยกตัวอย่างเช่น องค์กร SWEROADS ใน ประเทศสวีเดน TRL ในประเทศอังกฤษ SWOV ในประเทศเนเธอร์แลนด์ และตัวอย่างประเทศเพื่อนบ้าน อย่าง MIROS ของมาเลเซีย ซึ่งให้เห็นว่า “หน่วยงานวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนน” จะเป็นจุด คานงัดที่สำคัญในการตรวจสอบและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดความสูญเสียได้อย่างชัดเจนและ รวดเร็ว เช่นการทำงานของ MIROS

การให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานปฏิบัติว่าจำเป็นต้องมี “จุดคานงัด” ในการแก้ปัญหาที่สำคัญ คือ “หน่วยงานวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนน” อาทิเช่น SWEROAD เสนอไว้ในแผนความปลอดภัย ทางถนน และมีการระบุไว้ใน แผนคมนาคมด้านความปลอดภัยทางถนน ๒๕๔๘ แผนแม่บทด้านความ ปลอดภัยทางถนน ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๖ รวมทั้ง แผนปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนของ ASEAN

MIROS ประเทศมาเลเซีย ได้สอบสวนอุบัติเหตุ “รถทัวร์ ๒ ชั้น” ในเส้นทางลาดชัน จากกรณี นักท่องเที่ยวเมืองไทยไปเสียชีวิต ๒๖ ราย เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๓ และกรณีอื่นๆ จนล่าสุด MIROS ได้กำหนดมาตรฐานด้านความปลอดภัยของรถทัวร์ ๒ ชั้น ทั้งในเชิงโครงสร้างรถ มาตรฐานคนขับ (ใบขับขี่เฉพาะ) และเส้นทางเสี่ยงที่ห้ามรถ ๒ ชั้น ฯลฯ ในขณะที่อุบัติเหตุกับรถทัวร์ ๒ ชั้น ในไทยยังคงเกิดขึ้นอยู่ตลอดจนถึงปัจจุบัน



ตัวอย่างการพัฒนาทางด้านความปลอดภัยผ่านหน่วยงานวิชาการ

ดังนั้น การสนับสนุนมีหน่วยงานวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนน ซึ่งปัจจุบันเป็นเพียงแผนงานที่กระจัดกระจายอยู่ในมูลนิธิต่างๆ หรือภาคเอกชน เช่น ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย มูลนิธิไทยโรดส์ แต่ขาดความต่อเนื่องในการสนับสนุนและเชื่อมโยงการทำงานกับภาคนโยบาย ซึ่งหน่วยงานวิชาการนี้ จะเป็นกลไกสำคัญด้านวิชาการที่จะมา**เสริมการทำงาน**ของ**โครงสร้างที่มีอยู่** ไม่ว่าจะเป็น ศูนย์อำนวยความสะดวกความปลอดภัยทางถนน และหน่วยงานหลัก (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม หรือ กระทรวงสาธารณสุข) โดยเน้นบทบาทหน้าที่เป็น**ถังความคิด (Think tank)** ที่มีการรวบรวมข้อมูล สืบสวนสาเหตุเชิงลึก ศึกษาวิจัย เพื่อให้ภาคนโยบายสามารถกำหนด**“มาตรการสำคัญ”** ในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และที่สำคัญคือ การประเมินติดตามผลด้วยระบบสารสนเทศ ตามเป้าหมายตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

๔.๒ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

การบริการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ระดับชุมชนและประชาชน

หลายประเทศทั้งภาคพื้นยุโรป สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น เกาหลีหรือไต้หวัน ล้วนแต่อยู่ในการจัดการของรัฐบาลท้องถิ่นทั้งสิ้น หน่วยดับเพลิงจะมีทั้งรถกู้ภัยดับเพลิงและรถพยาบาลบริหารจัดการด้วยกัน ในประเทศไทยยังไม่มีระบบการจัดการระดับท้องถิ่นที่ชัดเจน องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีริเริ่มเข้ามามีบทบาทบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่รวมถึงการมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ๑๖๖๙ อยู่ในความรับผิดชอบ เมื่อมีความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีกับองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลทั้งจังหวัด ศักยภาพการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นมากและสามารถครอบคลุมพื้นที่ได้ทั่วทั้งจังหวัด

การพัฒนาทั้งระบบสื่อสารและสารสนเทศที่ทันสมัย เชื่อมต่อกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี มีการสนับสนุนระบบเทเลเมดิซีน (Telemedicine) เพื่อให้แพทย์สามารถดูแลและให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา สามารถจ่ายค่าตอบแทนแพทย์อำนวยความสะดวก การช่วยเหลือด้านการแพทย์ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาลอยู่ในมือของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำกับมาตรฐาน

แนวทางการแบ่งบทบาททั้งสามดังกล่าว การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการงานการแพทย์ฉุกเฉิน จึงเป็นการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นบริการประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะฉุกเฉินวิกฤติที่ต้องสามารถเข้าถึงได้ภายใน ๘ นาที ของรพยบาลระดับสูงซึ่งท้องถิ่นสามารถกำหนดตำแหน่งพาราเมดิกอยู่ในสังกัดได้ การกระจายรพยบาลระดับสูงดังกล่าวเป็นศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดการร่วมกันภายในจังหวัด โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่มีงบประมาณมากพอ และกระจายแพทย์และพยาบาลไปรอการเกิดเหตุไม่ได้ การเปลี่ยนจาก Scoop and Run ไปเป็น Stay and Play จะเกิดขึ้นสำคัญยิ่งต่อการให้บริการกู้ชีพของประเทศไทยในอนาคต

โมเดลตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานี พลิกโฉมการจัดการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยจากการจัดการโดยโรงพยาบาลของรัฐหรือสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมและเป็นผู้สนับสนุน เปลี่ยนเป็นการเริ่มเข้าสู่การบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยตนเองและรัฐเป็นผู้สนับสนุน นายกษมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย นายกองคการการบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และประธานสันติบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย ร่วมแสดงสัตยาบรรณแสดงจุดยืนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยท้องถิ่นทั้งประเทศเป็นผู้บริหารจัดการด้วยตนเอง



การดำเนินงานของอปท.ในการพัฒนาความครอบคลุมของระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล **สถานการณ์ระดับประชาชน**

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ถึงอย่างไรก็ยังไม่เข้าถึงประชาชนได้เพียงระดับตำบล เป็นบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับเบื้องต้น (Primary Medical Care) ตัวอย่างเช่น ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับเบื้องต้น (First Responder) ทั้งในหน่วยปฏิบัติการของ อบต. เทศบาล และองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ได้แก่อาสาสมัครมูลนิธิจิตอาสา ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่ได้อยู่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น ดังนั้นการดำเนินการให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดภัย การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า(AED) นอกจากจะช่วยให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองได้เบื้องต้น ยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้ด้วย

เพื่อให้ประชาชนทุกระดับได้รับการฝึกอบรม ให้ดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องมีอาสาสมัคร เรียกว่าอาสาฉุกเฉินชุมชน (อชช) ที่ได้รับการอบรมการปฐมพยาบาล การกู้ฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การดูแลกลุ่มเปราะบางในครัวเรือน เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และอื่นๆที่มีโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินได้มากกว่าบุคคลทั่วไป รวมถึงการเฝ้าระวัง เตรียมความพร้อม เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจะสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันที รวมถึงการแจ้งเหตุฉุกเฉินด้วย การจะให้การดำเนินงานดังกล่าว มีความจำเป็นที่จะต้องเชื่อมโยงกับทุกภาคส่วนในชุมชน (Community) ไม่ว่าจะเป็นสถานประกอบการ โรงเรียน ตลอดจนครัวเรือน (Household) ให้มีส่วนร่วม ซึ่งเป็นแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) โดยพัฒนาผ่านหลักสูตรการเรียนทุกระดับ ใน

โรงงานสถานประกอบการ และกลุ่มอาชีพดูแล ความปลอดภัย รวมทั้งความรับผิดชอบของท้องถิ่น แม้ปัจจุบันมีการดำเนินงานอยู่แต่ยังสามารถสร้าง อาสาฉุกเฉินชุมชนได้เพียง ๑๕๐,๐๐๐ ราย จาก ๒๐ ล้านครัวเรือน

๔.๓ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล

สถานการณ์การแก้ปัญหาาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

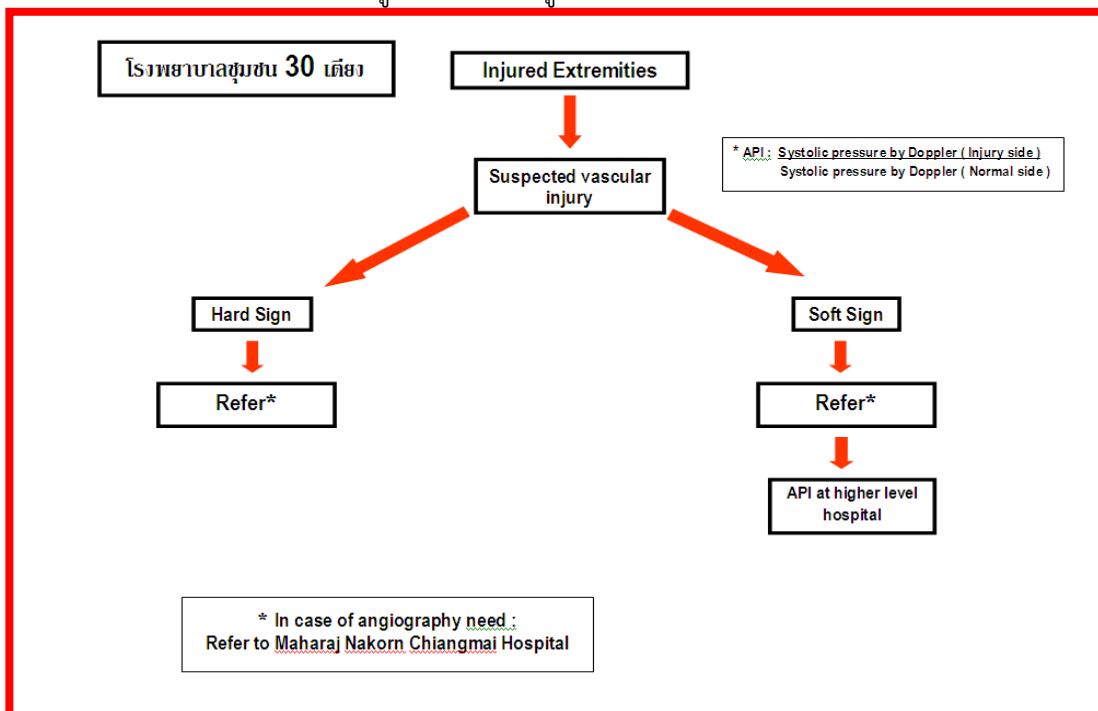
นอกจากประเด็นที่กล่าวไปแล้วข้างต้นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล ยังมีอีกหลายประเด็นที่บ่งบอกถึงความไม่พร้อมของโรงพยาบาลต้นทางในการดูแลผู้บาดเจ็บหลายพื้นที่ที่มีการดำเนินงานในระดับท้องถิ่น(จังหวัด)เพื่อลดความสูญเสียอันเกิดจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยการพัฒนาความพร้อมของสถานพยาบาล สร้างกลไกในการขับเคลื่อนด้านการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพการรักษาพยาบาลภายใต้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยมีแนวทางดังนี้

๑. จัดตั้งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ (Trauma and emergency administrative unit) เพื่อดำเนินงานในการสร้างเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรับผิดชอบ ระบบการส่งต่อผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

๒. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

๒.๑ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อพัฒนางานการส่งต่อ

๒.๒ จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินต่างๆ ตามระดับโรงพยาบาลและแนวทางการประสานงานการส่งต่อแล้วจัดทำเป็นรูปเล่มเพื่อเป็นคู่มือการส่งต่อที่สามารถอ้างอิงได้



แนวทางการดูแลรักษาเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน

๒.๓ จัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นให้แก่แพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ให้ทราบถึงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่ถูกต้องและเป็นสากล

๒.๔ ออกเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนเพื่อสำรวจศักยภาพเป็นประจำทุกปี

๒.๕ ประเมินคุณภาพการส่งต่อ โดยโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลศูนย์ โดยประเมินในผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายที่ส่งเข้ารับการรักษาต่อที่ โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลศูนย์

๒.๖ จัดการแก้ไขปัญหาที่พบจากการประเมินคุณภาพการส่งต่อ ทั้งปัญหาด้านครุภัณฑ์และระบบ

๒.๗ นำเอาระบบการติดตามสัญญาณชีพทางไกลผ่านระบบสัญญาณมือถือ มาใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

๒.๘ ร่วมกับ สพฉ. ในการจัดช่องทางพิเศษในการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินให้เข้าถึงบริการ เฉพาะด้าน ได้เร็วขึ้น เช่น การนำส่งทางอากาศยาน เนื่องด้วยสภาพภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูง หรือพื้นที่พิเศษอื่นๆ

๓. การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย (ต้นทาง-ปลายทาง) โดยแนวทางการพัฒนาในโรงพยาบาลหลายประการดังนี้

๓.๑ จัดเตรียมครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้พร้อมที่ห้องฉุกเฉินตลอดเวลา

๓.๒ จัดเตรียมอาจารย์แพทย์ผู้ที่มีความชำนาญและประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ประจำที่ห้องฉุกเฉิน ๒๔ ชม (มิใช่การใช้แพทย์จบใหม่ประจำที่ห้องฉุกเฉิน)

๓.๓ จัดอบรมระยะสั้น ให้แพทย์และพยาบาลทุกท่าน ที่ทำงานที่ห้องฉุกเฉินมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐานสากล

๓.๔ จัดช่องทางด่วนในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยมีข้อบ่งชี้ในการเข้าช่องทางด่วน เมื่อเข้าข้อบ่งชี้จะตามทีมแพทย์ฉุกเฉินที่อยู่เวร ลงมาดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการหนักที่ห้องฉุกเฉิน ทำให้การดูแลมีระบบและมีอัตราค่าล้างเพียงพอและทันท่วงที หรือ

จากการระบบและช่องทางด่วนดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลสามารถผ่าตัดช่องอกเพื่อช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บที่ห้องฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บที่มีการบาดเจ็บที่หัวใจมีอัตราการรอดชีวิตสูงถึง ๘๐% สามารถลดอัตราการตายจาก ๓๓% เหลือ ๑๕% และในกลุ่มผู้รอดชีวิตสามารถเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจากเดิม มีเพียง ๕๖% ที่ช่วยเหลือตัวเองได้ เพิ่มเป็น ๗๘%ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และด้วยการจัดระบบดังกล่าวทำให้อัตราการตายของผู้บาดเจ็บที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลอย่างชัดเจน (จาก ๗.๓๕% ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ ลดเหลือ ๔.๔๘% ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖)

๔.๔ การบูรณาการด้านสิทธิการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การดำเนินงานบูรณาการด้านสิทธิการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้นโยบายรัฐบาล “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ๑ เมษายน ๒๕๕๕ โดยรัฐบาล (นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ในขณะนั้น) โดยมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ แทนสำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง และต่อมารัฐบาลชุดปัจจุบันได้สานต่อเจตนารมณ์ของนโยบายดังกล่าว ด้วยตระหนักว่า ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ และโรคที่มีอาการเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อให้มีโอกาสรอดชีวิตและลดโอกาสเสี่ยงต่อความพิการทุพพลภาพของผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ล่าสุดได้มอบหมายให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) รับผิดชอบบริหารจัดการระบบ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและจัดทำข้อเสนอแนวทางการดำเนินการ โดยมีแนวคิดหลักการเบื้องต้น คือ

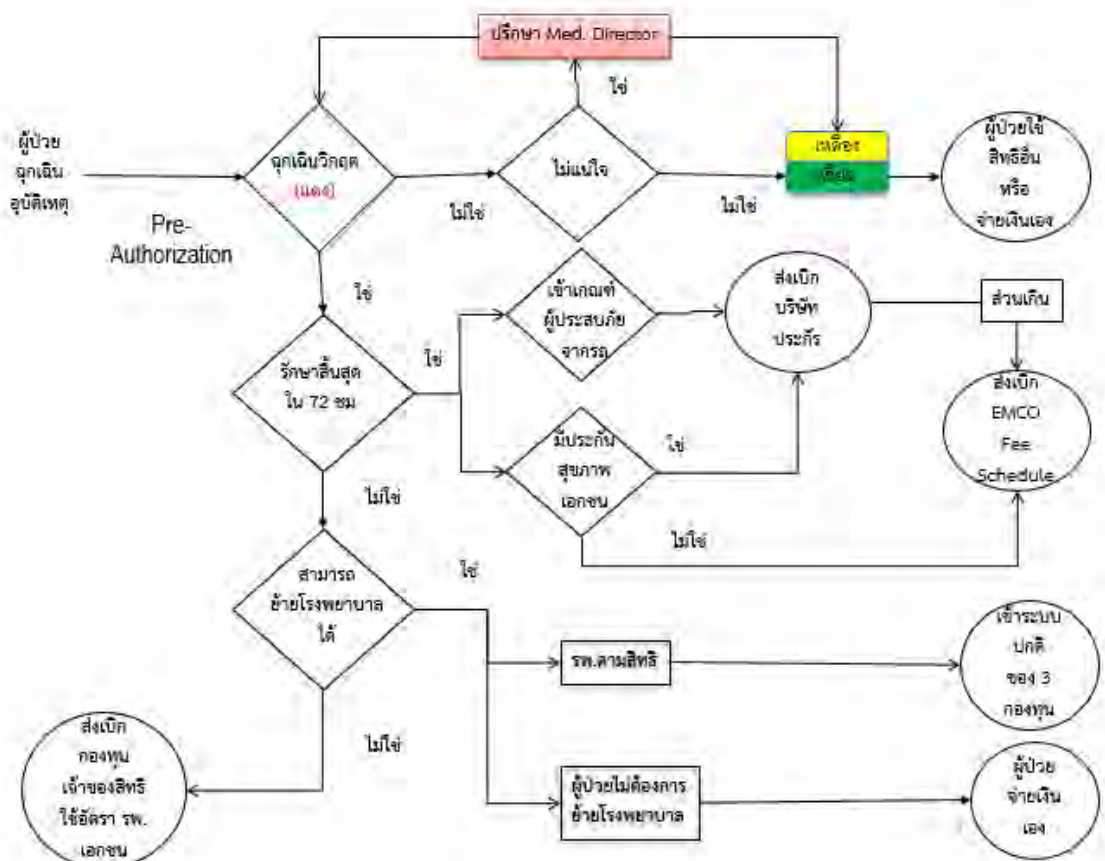
๑. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ต้องได้รับการรักษาโดยเร่งด่วนจนปลอดภัย ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ภายใน ๗๒ ชั่วโมงแรก

๒. การให้บริการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใดๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการบริการอย่างทันทีทั่วถึง

๓. การบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๑ และประกาศของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอจากการประชุม (ตามรายงานคณะทำงานพิจารณาโครงสร้างราคาและอัตราจ่าย)

ในการประชุมคณะทำงานพิจารณาโครงสร้างราคาและอัตราจ่ายตาม Fee schedule และ DRG ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีข้อเสนอแนวคิดหลักการและแนวทางการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเน้นที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเป็นอันดับแรก มีแนวทางที่กำหนดตามแผนภาพดังนี้



แนวทาง Preauthorization ในการพิจารณาตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ดีทุกสิทธิ”

นิยาม “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)” หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกระทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง

๑. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๒๘ ระบุว่า ...เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้นำหน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการดังนี้

- ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อเว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น
- การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉินโดยมิให้นำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลหรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใดๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันที่ หน่วยงานปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง

๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๗ ข้อ ๔ (๓) ระบุว่า การให้บริการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉินโดยมิให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใดๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการบริการอย่างทันที่

โดยคณะกรรมการดังกล่าว มีประเด็นข้อเสนอแนวทางการบริหารจัดการระบบ มีดังนี้

(๑) ให้มีระบบการรับรองผู้ป่วยฉุกเฉิน (Pre-authorization) ที่รวดเร็ว จากอาการแรกรับ ณ จุดคัดกรองผู้ป่วย ภายใน ๑๕ นาที โดยใช้โปรแกรม Pre-authorization และจัดให้มีช่องทางสื่อสารในการปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ผู้ให้บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตลอด ๒๔ ชั่วโมง เพื่อลดปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสถานพยาบาล

โดยจะประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไป เข้าใจนิยามคำว่า “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” และแนวทางดำเนินการให้ชัดเจนมากขึ้น

(๒) ปรับปรุงกลไกการจ่ายเงินค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใน ๗๒ ชั่วโมงแรก

การที่สถานพยาบาลได้รับการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาล กรณี การให้บริการการแพทย์ผู้ป่วยฉุกเฉิน (EMCO) ในอัตราที่ต่ำ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้สถานพยาบาลส่วนใหญ่มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยและญาติ จึงจำเป็นต้องทบทวนกลไกการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล กรณี บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้สมเหตุสมผล และสอดคล้องกับสถานะต้นทุนค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งจากการประชุมเจรจาต่อรองราคาระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานที่รับผิดชอบสามกองทุนประกันสุขภาพหลัก โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นผู้จัดกระบวนการ ได้ข้อสรุปร่วมกัน ดังนี้

ให้ใช้ Fee schedule ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล กรณี ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ในช่วงระยะเวลาภายใน ๗๒ ชั่วโมงแรก โดยปรับจากข้อมูลการศึกษาต้นทุนค่าบริการสาธารณสุขของกรมบัญชีกลาง ที่ปรับเพิ่มค่าแรงเป็น ร้อยละ ๑๐๐ และจ่ายเพิ่มค่าธรรมเนียมแพทย์สำหรับการตรวจ

วินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ ตามคู่มือค่าธรรมเนียมแพทย์ของแพทยสภา พ.ศ.๒๕๕๙ โดยจะมีการประชุมหารือให้ได้ข้อสรุปอีกครั้ง ในวันที่ ๑๕มิถุนายน ๒๕๕๘

(๓) ระบบการส่งตัวผู้ป่วยฉุกเฉินที่พ้นภาวะวิกฤต ให้กลับไปสู่ระบบการดูแลของระบบประกันสุขภาพหลักสามกองทุน ภายใน ๗๒ชั่วโมงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และป้องกันมิให้ผู้ป่วยถูกเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล โดยมีแนวทางดำเนินการและกำหนดอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายหลังจาก ๗๒ชั่วโมงแรก ดังนี้

(๓.๑) กรณีที่กองทุนประกันสุขภาพ สามารถจัดส่งผู้ป่วยฉุกเฉินกลับไปรักษาที่สถานพยาบาลต้นสังกัดได้ อัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นไปตามข้อตกลงระหว่างกองทุนกับสถานพยาบาลคู่สัญญา

(๓.๒) กรณีที่กองทุนประกันสุขภาพ ไม่สามารถจัดส่งผู้ป่วยฉุกเฉินกลับไปรักษาที่สถานพยาบาลต้นสังกัดได้ อัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นไปตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ หรือ อัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นไปตามข้อตกลงล่วงหน้าระหว่างกองทุนกับสถานพยาบาลคู่สัญญา

(๓.๓) กรณีที่ผู้ป่วยมีความประสงค์จะรักษาพยาบาลต่อที่สถานพยาบาลเดิม ผู้ป่วยต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลเอง สำหรับอัตราการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นไปตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ

(๔) การดำเนินการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน ๗๒ชั่วโมงแรก กรณี ผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันเอกชนก่อนตามเพดานวงเงินที่กฎหมายดังกล่าวกำหนด หากมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากนั้น ให้เรียกเก็บจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

(๕) การดำเนินการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นภายใน ๗๒ชั่วโมงแรก กรณี ผู้ป่วยมีประกันสุขภาพเอกชน ให้เป็นทางเลือกของผู้ป่วยว่า จะให้สถานพยาบาลเรียกเก็บจากระบบประกันสุขภาพเอกชนก่อน หรือ เรียกเก็บจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก็ได้

แนวคิดและการดำเนินงานที่ผ่านมา มีวัตถุประสงค์ที่ดี เป็นประโยชน์ต่อประชาชนเมื่อยามเจ็บป่วยฉุกเฉินแต่ยังไม่ได้มีการออกแบบร่วมกันอย่างจริงจัง จากผู้ให้บริการ กองทุน และผู้กำกับดูแลประกอบกับความไม่เพียงพอของสถานพยาบาลในกำกับของรัฐ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตกทม.) ในการรองรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในระยะแรก ทำให้ประชาชนเลือกที่จะไปใช้บริการยังสถานพยาบาลของเอกชน ที่สามารถรองรับความต้องการได้ ดังนั้นนอกจากการจัดการกลไกด้านสิทธิการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินแล้ว การพัฒนาสถานพยาบาลในกำกับของรัฐก็มีความจำเป็นด้วย

ทั้งนี้ปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเป็นไปได้ของการปฏิรูปสูง เนื่องมาจากมีองค์กรรับผิดชอบหลักรับผิดชอบดังนี้

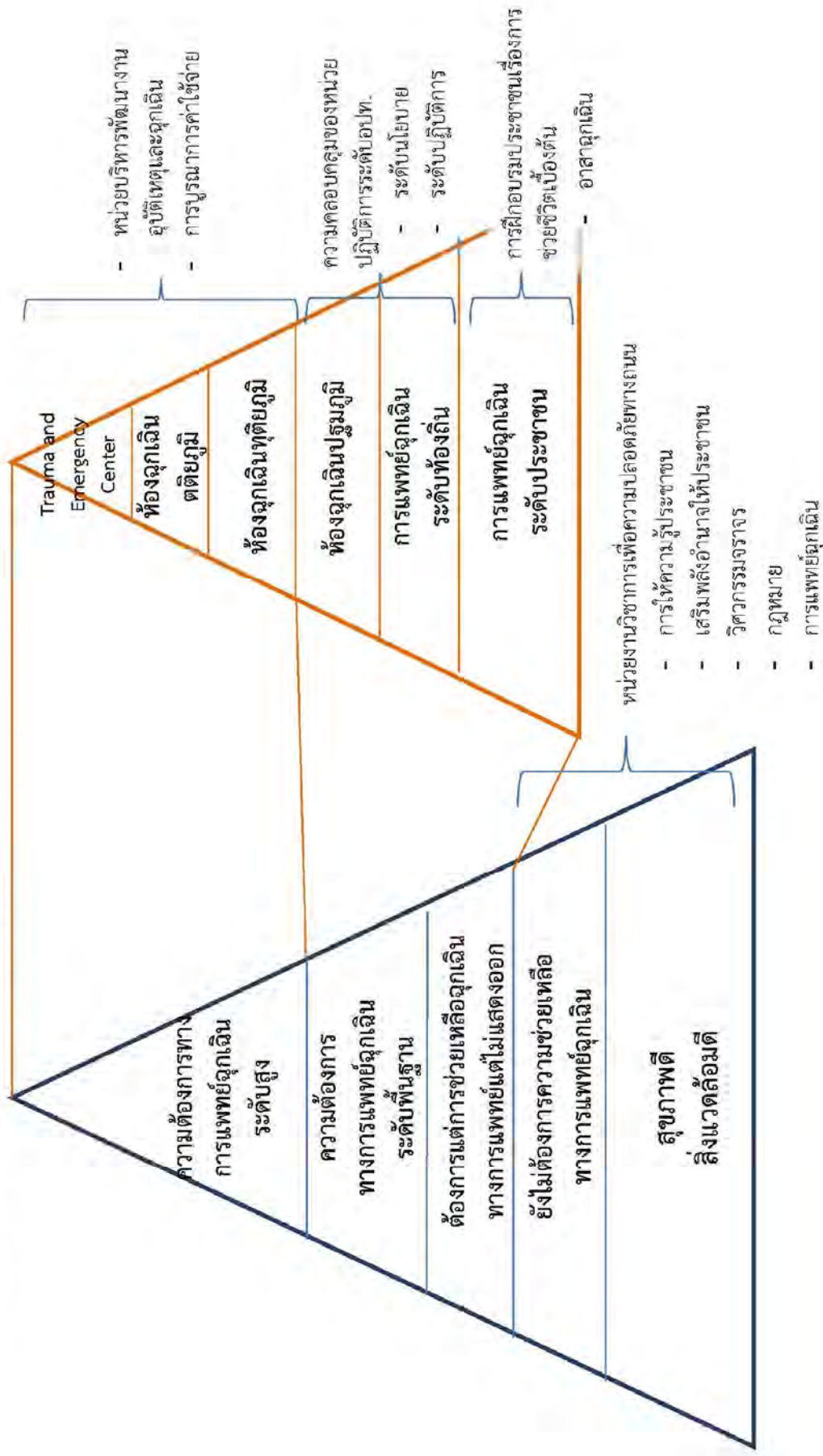
- ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.) มีการดำเนินงานทางด้านวิชาการมากกว่า ๑๐ปี สามารถเตรียมการให้เกิด สถาบันวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล และผลักดันให้ประชาชนสามารถปฐมพยาบาล ช่วยชีพและเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการผลักดันให้เกิด “ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว ”

- กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย มีการศึกษาเรื่องสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน ความต้องการของประชาชนต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินและการพัฒนาเครือข่ายในทุกกระดับ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติดำเนินงานร่วมกันในการผลักดัน และแก้ไขปัญหาของการนำนโยบาย ๓ กองทุน “ภายใต้ นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ดีทุกสิทธิ” มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งจากการประชุมสรุปปัญหาสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินและแนวทางได้ ดังนี้

๑. มาตรการป้องกันและการส่งเสริมความปลอดภัยยังต้องแก้ไข ต้องการการดำเนินการผ่านกลไกองค์กร/สถาบันวิชาการ ที่ขึ้นำการบริหารจัดการความเสี่ยงได้ครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความปลอดภัยทางถนน เพื่อลดความสูญเสียจากการบาดเจ็บทางถนน
๒. การทำให้ประชาชนยังเข้าใจภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และมีทักษะการปฐมพยาบาล และการช่วยชีวิตเบื้องต้นก่อนที่หน่วยกู้ชีพจะถึงโรงพยาบาล และการสนับสนุนให้อปท.ดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินจะช่วยให้ครอบคลุมพื้นที่และเพิ่มการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น
๓. ต้องเตรียมความพร้อมห้องฉุกเฉิน และระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดีเท่าที่ควร
๔. การบูรณาการด้านสิทธิการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินมีความสำคัญ และต้องมีการดำเนินงานต่อเพื่อให้ประชาชนได้รับการรักษาโดยไม่มีเงื่อนไขของสิทธิการรักษา

กรอบแนวคิดการบูรณาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



๕. ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปและแนวทางดำเนินการ

กำหนดให้ “สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ” มีหน้าที่ในการวางนโยบาย กำกับดูแล และติดตามผลเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

๕.๑ปฏิรูประบบการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน

จากบทเรียนในต่างประเทศ ยกตัวอย่างเช่น NHTSA ในสหรัฐอเมริกา องค์กร SWEROADS ในประเทศสวีเดน Traffic Research Laboratory (TRL) ในประเทศอังกฤษ SWOV Institute for Road Safety Research ในประเทศเนเธอร์แลนด์ และตัวอย่างประเทศเพื่อนบ้านอย่าง MIROS ของมาเลเซีย ชี้ให้เห็นว่าจุดคานงัดที่สำคัญที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในอันที่จะลดความสูญเสียได้อย่างชัดเจนและรวดเร็วคือการพัฒนาเชิงวิชาการด้านความปลอดภัยทางถนนที่ทำหน้าที่เป็นถังความคิด(Think tank) เชนนโยบายให้กับภาครัฐ ภาคสังคม ด้วยการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายหลักๆ ที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และสามารถประเมินติดตามผลด้วยระบบสารสนเทศ เป้าหมายตัวชี้วัดที่ชัดเจนได้ ซึ่งข้อเสนอในการจัดตั้งสถาบันวิชาการดังกล่าวในเมืองไทยได้มีข้อเสนอปรากฏไว้ในแผนด้านความปลอดภัยมานานกว่า ๑๐ ปีแล้ว จากนานาชาติ และหน่วยงานภาครัฐเองที่ผ่านมาก็มีความร่วมมือกันของเครือข่ายนักวิชาการที่ทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนจาก หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มหาวิทยาลัย ภาคประชาสังคม มาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

มีหน่วยงานจัดการด้านวิชาการและวิจัยเพื่อเป็นศูนย์กลางในการทำงาน อย่างเป็นระบบ กำหนดประเด็น แนวทาง ทิศทางการแสวงหาความรู้ ตลอดจนการผลักดันให้ความรู้ดังกล่าวได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในระดับนโยบายและในระดับปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม การพัฒนาหน่วยงานเชิงวิชาการดังกล่าวจึงเป็นสร้างจุดเปลี่ยนใหม่เพื่อการปฏิรูปความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย

แนวทางในการดำเนินงาน

มาตรการ

- รัฐบาลกำหนดให้ “ความปลอดภัยทางถนน” เป็น “วาระแห่งชาติ” โดยมีการสนับสนุนติดตาม กำกับ ประเมินผล เพื่อให้เกิดรูปธรรมในการแก้ปัญหา
- ปฏิรูปกลไกทางวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ด้วยการจัดตั้งหน่วยงานวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (สถาบันฯ ศูนย์วิจัยฯ) และให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เป็นหน่วยงานหลักในการนำผลการศึกษา เพื่อพิจารณากำหนดรูปแบบที่เหมาะสมของหน่วยงานวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน และเสนอข้อสรุปต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

๕.๒ปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

การขับเคลื่อนเพื่อพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉิน ในส่วนของการป้องกัน ฝ้าระวัง เตรียมความพร้อมและการเข้าถึงของประชาชนนั้น ยังคงต้องยึดหลักการ สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) โดยเฉพาะการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลนั้นเพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จำเป็นต้องยึดหลักการกระจายอำนาจ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Decentralization) เพื่อให้ระบบทางด่วนของโรงพยาบาลสามารถเชื่อมโยงไปจนถึงพื้นที่จุดเกิดเหตุได้

ข้อเสนอแนะ

การบูรณาการแนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับหมู่บ้านและครัวเรือน ร่วมกับแนวคิดกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการให้โรงพยาบาลสามารถเข้าถึงผู้ป่วยได้ตั้งแต่จุดเกิดเหตุในระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาลเชื่อมต่อกับระบบทางด่วนและห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และทันเวลา

มาตรการ

มาตรการระดับชุมชน

- ให้นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย นายองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และประธานสันติบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย ร่วมแสดงสัตยาบรรณแสดงจุดยืนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยท้องถิ่นทั้งประเทศเป็นผู้บริหารจัดการด้วยตนเอง (Ownership)

- กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย ทำข้อตกลงเชิงนโยบายในการผลักดันให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลประชาชนมากขึ้น

มาตรการระดับประชาชน

- การจะให้การดำเนินงานดังกล่าว มีความจำเป็นที่จะต้องเชื่อมโยงกับทุกภาคส่วนในชุมชน (Community) ไม่ว่าจะเป็นสถานประกอบการ โรงเรียน ตลอดจนครัวเรือน (Household) ให้มีส่วนร่วม ซึ่งเป็นแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หรือ การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) โดยพัฒนา กำหนดเป็นหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการช่วยชีวิต ผ่านการเรียนรู้ทุกระดับ โรงงาน สถานประกอบการ และกลุ่มอาชีพดูแลความปลอดภัย รวมทั้งความรับผิดชอบของท้องถิ่น (Ownership)

๕.๓ปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล

ในปัจจุบันผลการปฏิบัติงานของห้องฉุกเฉิน บ่งบอกถึงความไม่พร้อมของโรงพยาบาลต้นทางและปลายทางในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินหลายพื้นที่ที่มีการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นเพื่อลดความสูญเสียอันเกิดจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยการพัฒนาความพร้อมของสถานพยาบาล สร้างกลไกในการขับเคลื่อนด้านการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาคุณภาพการรักษา พยาบาลภายใต้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัด เมื่อถอดบทเรียนแล้ว มีข้อเสนอแนะและแนวทางดังนี้

ข้อเสนอแนะให้ความสำคัญกับงานการแพทย์ฉุกเฉิน

- การให้ทุกโรงพยาบาลในระดับจังหวัดจะต้องกำหนดให้มีหน่วยบริหารพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Trauma and emergency administrative unit)
- สร้างเครือข่ายการให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนส่งเสริมให้มีการจัดช่องทางด่วนในกลุ่มผู้บาดเจ็บที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหรือทำหัตถการฉุกเฉิน
 - พัฒนาระบบการส่งต่อไปยัง รพ. ระดับสูงกว่าให้มีความเหมาะสมและรวดเร็ว เช่น ระบบศูนย์ประสานงานการส่งต่อ
 - เพิ่มช่องทางการส่งต่อเพื่อการเข้าถึง บริการที่รวดเร็ว ในพื้นที่พิเศษ เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ
 - สร้างเครือข่าย การเจ็บป่วยและบาดเจ็บฉุกเฉิน ที่พบบ่อย และเป็นเหตุตาย เพื่อให้เกิดช่องทางด่วนในการส่งต่อ และมีการติดตามผล
 - ส่งเสริมให้มีการจัดช่องทางด่วนในกลุ่มผู้บาดเจ็บที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

- สร้างระบบการส่งกลับผู้ป่วยที่พ้นวิกฤติแล้วอย่างเป็นรูปธรรม และเพิ่มศักยภาพ โรงพยาบาล ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว
- พัฒนาบุคลากร และกระบวนการรักษาพยาบาล
 - พัฒนาศักยภาพให้กับแพทย์ รพ. ชุมชน ในการดูแลเบื้องต้น
 - จัดให้มีแพทย์ที่มีความสามารถและประสบการณ์อยู่ประจำที่ห้องฉุกเฉินของ รพ ที่รับส่งต่อ (ไม่ใช่แพทย์จบใหม่)
 - เพิ่มความเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยบาดเจ็บในขณะที่มีการส่งต่อ มิใช่ให้ภาระการดูแล ระหว่างนำส่งผู้ป่วยหนัก ไปอยู่ในมือของพยาบาลประสบการณ์น้อย
 - เพิ่มศักยภาพในการรับผู้ป่วยวิกฤติของ รพ ปลายทาง โดยเฉพาะหอบผู้ป่วยหนัก
 - จัดเวรศัลยแพทย์อุบัติเหตุโดยเฉพาะ แยกจากเวรแพทย์ศัลยกรรมฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ต้องได้รับการดูแลโดยเร่งด่วน
 - ประสานกับองค์กรวิชาชีพ ในการอบรมระยะสั้นให้แก่ศัลยแพทย์ทั่วไปให้สามารถผ่าตัดช่วยชีวิต ผู้บาดเจ็บทางสมอง

การดำเนินงาน

มาตรการ

- จัดตั้งหน่วยงานบริหารพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Trauma and Emergency Administrative Unit)และเครือข่ายระดับจังหวัด โดยโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ ทำหน้าที่
- สร้างเครือข่าย การแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับจังหวัด
- กำหนดเกณฑ์ แนวทางปฏิบัติ ช่องทางด่วนพิเศษ สำหรับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน
- กำหนดเกณฑ์ แนวทางปฏิบัติ สำหรับการส่งกลับผู้ป่วยฉุกเฉิน
- จัดทำเกณฑ์ห้องฉุกเฉินมาตรฐาน และเกณฑ์ประเมินห้องฉุกเฉินคุณภาพให้กับโรงพยาบาลแต่ละระดับ หมายรวมถึง
- บุคลากรทางการแพทย์ (จำนวนและคุณภาพ การเปิดตำแหน่งรองรับและแนวทางในการรับราชการสำหรับเวชกิจฉุกเฉิน การกำกับดูแลค่าตอบแทนและการคงอยู่ของบุคลากร)
- การจัดการฝึก อบรม ทั้งในหลักสูตรและก่อนการปฏิบัติงาน
- พัฒนาความพร้อมของสถานพยาบาลทุกระดับ

๕.๔ปฏิรูปด้านสิทธิการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

ยังคงมีความจำเป็นที่ให้นโยบายดำเนินการต่อเนื่อง โดยมีมาตรการดังนี้

- (๑) ให้ใช้หลักการคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วน วิกฤตฉุกเฉิน เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา
- (๒) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ต้องได้รับการรักษาโดยทันทีให้ปลอดภัย ตามจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ภายใน ๗๒ ชั่วโมงแรก
- (๓) การให้บริการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการ

รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใดๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้
รับการบริการอย่างทันทีทันใด

- (๔) การบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องเป็นไปตามเจตนารมณ์ของ
พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑
และประกาศของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการ

มาตรการ

- ผู้ให้บริการ/กองทุน/ผู้กำกับดูแลบูรณาการออกแบบร่วมกันในการให้บริการประชาชน
- โรงพยาบาลในกำกับของรัฐ เตรียมความพร้อมพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉิน

ทั้งนี้การปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเป็นไปได้ในการปฏิรูปสูง เนื่องจากมีองค์กรหลักรับผิดชอบดังนี้

- **ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.)** มีการดำเนินงานทางด้านวิชาการมากกว่า ๑๐ปี สามารถเตรียมการให้เกิด **สถาบันวิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน**
- **สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ** ดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล และผลักดันให้ประชาชนสามารถปฐมพยาบาล ช่วยชีพและเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการผลักดันให้เกิด “ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว ๑๑๒”
- **กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)** มีการศึกษาเรื่องสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน ความต้องการของประชาชนต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินและการพัฒนาเครือข่ายในทุกกระดับ
- **สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ** ดำเนินงานร่วมกันในการผลักดัน และแก้ไขปัญหาของการนำนโยบาย ๓กองทุน “ภายใต้ นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ดีทุกสิทธิ” มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

๖. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ

๖.๑ สิ่งที่ประชาชนจะได้รับจากการปฏิรูปการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน

- มีการทำงานด้านวิชาการความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นที่ปรึกษาเชิงนโยบายให้กับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ในการกำหนดนโยบาย แนวทาง มาตรการ ที่ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยทางถนนในสังคม บนพื้นฐานของหลักฐานข้อมูลข้อเท็จจริง การติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการทำงาน การสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ในการเพื่อให้ทันต่อเป้าหมายที่ท้าทาย ในช่วงเวลาที่จำกัด
- การดำเนินการตามนโยบายและแนวทางที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้สามารถลดความสูญเสียอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยซึ่งประมาณไว้ว่ามีมูลค่ากว่าแสนล้านบาทต่อปี
- ลดความพิการอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดภาวะความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดกับครอบครัวที่มีภาระต้องรับผิดชอบต่อผู้พิการจากอุบัติเหตุไปตลอดชีวิต

๖.๒ สิ่งที่ประชาชนจะได้รับจากการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

- ประชาชนสามารถดูแลตัวเองเมื่อภาวะฉุกเฉิน โดยสามารถทำการปฐมพยาบาล ช่วยฟื้นคืนชีพจากการฝึกอบรม ในหลักสูตรทั้งระดับโรงเรียน สถานประกอบการ หรือองค์กรด้านความปลอดภัย และท้องถิ่น และสามารถขอความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม โดยได้รับความคุ้มครองตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ไปจนถึงพื้นที่วิกฤต ณ สถานพยาบาล

๖.๓ สิ่งที่ประชาชนจะได้รับจากการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล

- สามารถลดอัตราการตายจากเจ็บป่วยฉุกเฉิน และในกลุ่มผู้รอดชีวิตสามารถลดความพิการ และภาวะทุพพลภาพได้ จากการพัฒนาคูณภาพการรักษาพยาบาลมีแผนและเครือข่ายในการรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ

๖.๔ สิ่งที่ประชาชนจะได้รับจากการปฏิรูปด้านสิทธิการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

- ประชาชนที่ประสบภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งที่เกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ และโรคที่มีอาการเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการรักษา ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อให้มีโอกาสต่อการรอดชีวิตและลดโอกาสเสี่ยงต่อความพิการทุพพลภาพของผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๗.๑ ตัวชี้วัดความสำเร็จการปฏิรูประบบการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน

- มีการประเมินผล มาตรการด้านความปลอดภัยทางถนนที่สำคัญของรัฐบาล และหน่วยงานหลัก พร้อมทั้งจัดทำ “ข้อเสนอเชิงนโยบาย” ให้กับรัฐบาลใช้ประกอบการกำกับติดตาม และปรับปรุงนโยบายการดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหา
- เกิดระบบข้อมูลด้านความปลอดภัยทางถนนที่บูรณาการหน่วยต่างๆ และสามารถนำมาใช้อ้างอิงในระดับนานาชาติ
- มีการสืบสวนสาเหตุ และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการป้องกัน ในกรณีอุบัติเหตุสำคัญ

๗.๒ ตัวชี้วัดความสำเร็จการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

- ประชาชนส่วนใหญ่ สามารถ ทำการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และการขอความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างครบวงจร (โรงเรียน สถานประกอบการ และกลุ่มอาชีพดูแลความปลอดภัย รวมทั้งความรับผิดชอบของท้องถิ่น)
- หน่วยงานระดับท้องถิ่นเร่งดำเนินการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องจัดหน่วยกู้ชีพ เพื่อให้การบริการแก่ประชาชน โดยจะต้องกำหนดให้มีโครงสร้างและหน้าที่ในทุก อปท. โดยมีงบประมาณสนับสนุนชัดเจน

๗.๓ ตัวชี้วัดความสำเร็จการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล

- เกิดหน่วยบริหารพัฒนางานอุบัติเหตุและฉุกเฉินTrauma and Emergency Administrative Unit ที่นำสู่การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลคุณภาพ (Quality Emergency Room)
- ลดการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ป้องกันได้ (Preventable death)

๗.๔ ตัวชี้วัดความสำเร็จการปฏิรูปด้านสิทธิการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

- ประชาชนที่ประสบภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งที่เกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ และโรคที่มีอาการเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการรักษา ได้รับการรักษาโดยไม่มีเงื่อนไขของสิทธิการรักษา

เอกสารอ้างอิง

๑. กรมทางหลวง. รายงานประจำปี. ๒๕๕๕
๒. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. แผนแม่บทเพื่อความปลอดภัยทางถนน. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙
๓. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน. ๒๕๕๖
๔. โครงการศึกษาโครงสร้างและกลไกการกำหนด กำกับนโยบายและการบริหารจัดการความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย โดย ปาริชาติ ศิวะรักษ์ และคณะ สนับสนุนโดยศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน ปี ๒๕๕๑
๕. โครงการศึกษาเพื่อยกระดับการจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน โดย มหาวิทยาลัยนเรศวร สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ปี ๒๕๕๖
๖. เปรียบเทียบสถิติ ตายแต่แสบประชากรของกลุ่มประเทศอาเซียน ในปี ๒๐๐๓ และ ๒๐๑๐ ซึ่ง ๒๐๐๓ มาจาก ADB ส่วน ๒๐๑๐ มาจาก WHO Global
๗. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๕๑, (๒๕๕๑).
๘. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ลงวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
๙. พระราชบัญญัติการจัดตั้งองค์การมหาชน พ.ศ. ๒๕๔๗
๑๐. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน, (๒๕๕๔).
๑๑. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี๒๕๕๗. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ,๒๕๕๗.
๑๒. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. สถิติการจราจร, สืบค้นจาก www.royalthaipolice.go.th เข้าถึงเมื่อวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗
๑๓. องค์การอนามัยโลก. Global Status Report on Road Safety 2013. สืบค้นจาก http://www.who.int/violence.injury_prevention/road_safety_status/2013/report/en. เข้าถึงเมื่อวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗.
๑๔. Faculty of Engineering. The Study of Traffic Accident Cost in Thailand. Hat Yai,: Prince of Songkhla University, 2007.
๑๕. U.S. Department of transport. Emergency Medical Care Symbol: Background, Specific and Criteria. In: National Highway Traffic Safety Administration DoT, editor.

ภาคผนวก ค.
รายงานการปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ

ภาคผนวก ค.

รายงานการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ*

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ตามร่างรัฐธรรมนูญฉบับปฏิรูป ได้กำหนดไว้ใน มาตรา ๕๘ ว่าพลเมืองย่อมมีสิทธิในด้านสาธารณสุขตามที่กฎหมายบัญญัติดังต่อไปนี้ (๓) ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยจากรัฐและมาตรา ๒๙๔ ให้มีการปฏิรูปด้านสาธารณสุขดังต่อไปนี้ (๓) ปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีข้อมูลพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ดังนั้นการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ จึงเป็นนโยบายเร่งด่วนในการผลักดันให้การทำงานเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อการสร้างพลเมืองไทยให้เป็นพลเมืองที่มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับร่างรัฐธรรมนูญ

ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือ การพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งตรงกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า “การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก ดังนั้น เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประเทศไทยให้เท่าเทียมกับนานอารยประเทศ จึงมีความจำเป็นในการบูรณาการและให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ควบคู่กับการปฏิรูประบบการสื่อสารด้านสุขภาพของประเทศไทย ให้เอื้อต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเพื่อให้ประเทศไทยมีทิศทางการดำเนินงานอย่างชัดเจนมีความเป็นเอกภาพ จึงจำเป็นต้องกำหนดให้มี “นโยบายการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ และ จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ประชาชนไทยมีสุขภาพะสมบูรณ์ในทุกมิติต่อไป

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘



รายงานการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ

๑. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันสังคมเปลี่ยนแปลงสู่สังคมยุคโลกาภิวัตน์ เป็นสังคมแห่งการสื่อสารไร้พรมแดน ประชาชนมีรูปแบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีได้เองทั้งในวงสังคมเครือข่ายใกล้ชิด และในสังคมโลกโดยรวม

ยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจด้วยการผนึกกำลังในภูมิภาคเช่น การเปิดประชาคมอาเซียน ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ จะมีผลกระทบทั้งในทางบวกและทางลบกับประชาชนคนไทยในด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประชาชน ดังนั้นการพัฒนาการสื่อสารด้านสุขภาพ ทั้งจากภาครัฐในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ ภาคประชาชนในการเป็นทั้งผู้รับสาร และส่งสารในเครือข่ายของตนเอง รวมถึงการสร้าง การพัฒนาและเผยแพร่เนื้อหาของข่าวสาร เช่น ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภูมิปัญญา และศักยภาพในจัดการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนและเครือข่ายมีทักษะด้านสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น จนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง ครอบครัว และสังคม จะเป็นการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ให้เป็นระบบการสร้างสุขภาพที่ดี ลดการรักษาที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง

การพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลในการพัฒนาอย่างมีคุณภาพนั้น ต้องอาศัยข้อมูลที่มีคุณภาพที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ซึ่งประเทศไทยมีหลายหน่วยงานที่มีการพัฒนาข้อมูล องค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ กลุ่มธุรกิจเอกชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น กลุ่มธุรกิจการผลิตอาหาร กลุ่มธุรกิจการสื่อสารระดับชาติ และท้องถิ่น เช่น ทีวี เคเบิลทีวี กระทรวงแรงงาน เป็นต้น ปัจจุบันการสื่อสารจากกลุ่มต่างๆ ที่กล่าวมาเป็นไปอย่างไร้ทิศทางจนเกิดเป็นข่าวสือในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เกิดการสับสนเสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพในสังคมวงกว้าง การบริหารจัดการข้อมูล วิธีการสื่อสารข้อมูลจากหน่วยงานที่มีความเชื่อถือได้ เพื่อให้ประชาชนมีแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้จึงเป็นสิ่งจำเป็น

กลไกระดับชาติเพื่อสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ ที่จัดทำข้อมูลด้านสุขภาพ มีรูปแบบและระบบจัดบริการข้อมูลด้านสุขภาพ องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง ทันสมัย เหมาะสมกับบริบทของชุมชนวัฒนธรรมท้องถิ่น ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถนำไปใช้ได้จริงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็น รวมทั้งการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาการสื่อสารให้เป็นไปตามสิทธิประชาชนตามรัฐธรรมนูญ เพิ่มช่องทางการเผยแพร่และการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่าย จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชาติ

๑.๑ สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ

การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพของประเทศไทย ได้จากการรวบรวมรายงานและแผนการดำเนินงานจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๗ สรุปสาระสำคัญเป็น ๗ ประเด็นดังนี้

๑.๑.๑ สถานการณ์ด้านสุขภาพ

จากการศึกษาสถานการณ์สุขภาพของประเทศไทย ใน พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๖ พบว่าคนไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มสูงขึ้นและพบในคนที่มีอายุน้อยลง เห็นได้จากอัตราการป่วยจากโรคที่สำคัญใน พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๕ ใน ๓ ลำดับแรก ได้แก่ โรค

ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน โดยข้อมูลในปี ๒๕๕๕ เป็น ๑,๒๔๕.๕๖, ๙๕๕.๐๗ และ ๘๖๘.๓๐ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ ๕-๑๕ ปี มีสาเหตุการป่วย ๓ ลำดับแรกคือ ใช้เลือดออก โรคติดเชื้อในลำไส้ และโรคโลหิตจาง กลุ่มอายุ ๑๕-๔๙ ปี ส่วนใหญ่มีสาเหตุการป่วยที่เนื่องจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ปัญหาทารกในครรภ์ การบาดเจ็บที่ศีรษะ และโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอายุ ๕๐-๕๙ ปี และ ๖๐ ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ ไตวายเรื้อรัง

เมื่อศึกษาปัญหาสุขภาพสำคัญเฉพาะกลุ่มวัย พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นมีปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อม อัตราการคลอดของหญิงวัยรุ่นต่อการคลอดบุตรทั้งหมดมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยใน พ.ศ.๒๕๐๑ มีอัตราการคลอดเท่ากับ ๕.๖๐ ใน พ.ศ.๒๕๕๑ มีอัตรา ๑๕.๕๐ และแนวโน้มอายุเฉลี่ยของแม่วัยรุ่นลดลง สำหรับในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปใน พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๔๗ มีความชุกของโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ ๒๘.๗ และใน พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ มีความชุกคิดเป็นร้อยละ ๓๔.๗ ส่วนโรคอ้วนลงพุง ใน พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๔๗ คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๑ และ พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๒ คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๑ ทั้ง ๒ ปัญหามีแนวโน้มสูงขึ้น และเพศหญิงพบมากกว่าเพศชาย

๑.๑.๒ สถานการณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย

จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลก ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี การสื่อสาร สิ่งแวดล้อมส่งผลให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ประชาชนมีความเร่งรีบและเคร่งเครียดในการใช้ชีวิต ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น พบว่าคนไทยมีพฤติกรรมกินอาหารหวาน ไขมันสูง เพิ่มขึ้นมาก โดยใน พ.ศ.๒๕๕๔ คนไทยบริโภคน้ำตาลทรายเพิ่มมากขึ้นถึง ๓ เท่า จากพ.ศ.๒๕๒๖ ซึ่งมีปริมาณ ๑๒.๗ กิโลกรัม/คน/ปี เป็น ๓๖.๖ กิโลกรัม/คน/ปีใน พ.ศ.๒๕๕๔ และใน พ.ศ.๒๕๕๑ พบว่าร้อยละ ๙๖.๒ ของคนไทยอายุ ๓๕ปีขึ้นไปบริโภคอาหารประเภททอด โดยส่วนใหญ่บริโภคเฉลี่ย ๕ วันต่อสัปดาห์ รองลงมาคือ อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ บริโภคโดยเฉลี่ย ๓ วันต่อสัปดาห์ พบว่าคนไทยออกกำลังกายอย่างเพียงพอมีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๗ ในปี๒๕๕๐ และร้อยละ๒๖.๑ ในปี๒๕๕๔ พบว่าใน พ.ศ.๒๕๕๔ ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ๓๑.๕ สูบบุหรี่ร้อยละ ๑๘.๔และมีแนวโน้มการสูบบุหรี่มากขึ้นในเพศหญิงซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ล้วนส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑.๑.๓ สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย

พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืนคือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ซึ่งหมายถึงกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพ

มีการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ในกลุ่มอายุ ๗-๑๘ ปีในสถานศึกษาที่เป็นพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ โดยการสุ่มจาก ๒๔ จังหวัด ๙๖ โรงเรียน รวม ๔,๘๐๐ คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๔๘ และมีเพียงร้อยละ ๕.๒๕ ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ซึ่งเป็นระดับที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน ในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปใน พ.ศ.๒๕๕๗ มีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเรื่อง ๓๐.๒๘. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในพื้นที่ ๗๗ จังหวัด รวม ๓๑,๒๐๐ คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพใน

ระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ ๕๙.๔ รองลงมาคือระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ ๓๙.๐ และระดับดีมากเพียงร้อยละ ๑.๖

๑.๑.๔ สถานการณ์การสื่อสารด้านสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) หมายถึง การใช้สื่อสารมวลชนและสื่อประสมประเภทต่างๆรวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆในการเผยแพร่ข้อมูลและเนื้อหาสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และเป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน ข้อมูลและรูปแบบที่มีการสื่อสาร จะต้องส่งผลให้เกิดความตระหนัก สนใจ และกระตุ้นให้เกิดเรียนรู้จนเข้าใจ นำไปปฏิบัติได้ ในระดับปัจเจกบุคคลและสังคมโดยรวมหรือเป็นแรงเสริมสนับสนุนให้คนในสังคมที่มีข้อจำกัดในการค้นหาและเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเองสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพที่ดีให้กับตนเองได้

ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกมีการสนับสนุนให้แต่ละประเทศพิจารณาเลือกใช้ รูปแบบและช่องทางการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูล และการเรียนรู้และนำข้อมูลไปใช้ ทั้งที่เหมาะสมกับประเทศกำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว เริ่มจากการใช้สื่อบุคคลและเครือข่าย สื่ออุปกรณ์ ตัวอย่าง ของจำลอง สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อ อิเล็กทรอนิกส์ รูปภาพ กราฟฟิก อินโฟกราฟฟิก และ โซเชียลมีเดีย ทั้งที่เป็นเว็บไซต์ เฟสบุ๊ค อินสตาแกรม และที่เป็นแบบ ไลน์มีเดีย สื่อเทคโนโลยีทางโทรศัพท์ เช่น ไลน์แอปพลิเคชัน เป็นต้น วัตถุประสงค์การสื่อสารยังคงเดิม คือการกระจายข่าวสารเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ของคนในสังคม และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจ ปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

อย่างไรก็ตาม ช่องทางที่เพิ่มมากขึ้น การติดต่อสื่อสารของคนก็เกิดมากขึ้นและมีความเป็นอิสระเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น โอกาสที่มีการแปลงสารที่ได้รับจากภาครัฐ ตามความเข้าใจของตนเองที่เดิมเป็นผู้รับสารได้กลายมาเป็นผู้ผลิตสารเพื่อการส่งต่อมากขึ้นประกอบกับเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นใหม่ๆ และมีราคาที่คนส่วนใหญ่เข้าถึงได้ จึงกลายมาเป็นการสร้างเนื้อหาเองที่มีโอกาสผิดเพี้ยนไปจากความเป็นจริงทางการแพทย์ และส่งข่าวสารที่ผิดไปจากความจริงไปยังผู้ใกล้ชิดในเครือข่าย และกระจายสู่สังคมในวงกว้างอย่างรวดเร็ว และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว และส่งผลร้ายต่อการสร้างและการจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ดังนั้นปัญหาการสื่อสารด้านสุขภาพในอดีตที่เกิดจากการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ที่อาจผิดพลาดจากการใช้วิธีการ หรือช่องทางที่ไม่เหมาะสมในการสร้างความเข้าใจในผู้รับสาร หรือเทคโนโลยีที่ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ปัจจุบัน ได้เกิดปัญหาเพิ่มเติมมากขึ้นจากจำนวนผู้ที่มีช่องทางการสื่อสารที่เป็นอิสระมากขึ้น ประชาชนคิดเนื้อหาสุขภาพสื่อสารกันภายในกลุ่มและขยายวงกว้างขึ้น ทำให้เนื้อหาที่ใช้ในการสื่อสารมีความถูกต้องน้อยลง และมีช่องทางการเผยแพร่ได้มากขึ้นกลายมาเป็นปัญหาสำคัญ

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีนโยบายการสื่อสารสุขภาพและมีระบบการควบคุมกำกับกับการสื่อสารสุขภาพ ดังนี้

๑.๑.๔.๑ กฎหมาย นโยบายและแผนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

๑.๑.๔.๑.๑ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๑๐ ข้อ ๘๘ กำหนดหลักการการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารด้านสุขภาพ ต้องมีความเป็นกลาง เป็นธรรมและรอบด้าน ผ่านช่องทางที่เหมาะสม โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงการใช้ข้อมูลได้โดยง่าย โดยเป้าหมายข้อ ๘๙ ระบุให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองเพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอ และมาตรการข้อ ๙๒ ระบุให้รัฐจัดให้มีกลไกตรวจสอบกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

๑.๑.๔.๑.๒ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่๒) พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้บัญญัติสิทธิของผู้บริโภคที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ๕ ประการ ได้แก่ สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าและบริการ สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา และสิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

๑.๑.๔.๑.๓ นโยบายของรัฐบาล พล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชา ที่แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ กล่าวถึงการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชนข้อ ๒ กำหนดให้พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา

๑.๑.๔.๑.๔ ร่างรัฐธรรมนูญมีการกำหนดเรื่องสิทธิของพลเมืองที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพ และการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ

๑.๑.๔.๒ มีระบบการคุ้มครองด้านการสื่อสาร โดยมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักอย่างชัดเจน เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ทำหน้าที่ควบคุมการโฆษณา และคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) กำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม เป็นต้น

๑.๑.๔.๓ สถานการณ์การสื่อสารในสังคมไทย จากการศึกษาการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพทางสื่อสารมวลชน ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ พบประเด็นที่น่าสนใจมากที่สุดคือ ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพ รองลงมาคือผลิตภัณฑ์ลดความอ้วน ส่วนเนื้อหาประเภทวิธีการ มีการนำเสนอเรื่องการดูแลสุขภาพมากที่สุด ตามมาด้วยวิธีการรักษาโรค โดยสื่อที่มีการนำเสนอเรื่องสุขภาพมากที่สุดคือ นิตยสาร และทีวีดาวเทียม ตามลำดับ ทั้งนี้เนื้อหาที่น่าสนใจและเป็นเนื้อหาที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยการนำเสนอจะเป็นลักษณะการโน้มน้าวใจมากกว่าเรื่องความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหา ทั้งนี้รูปแบบของการนำเสนอส่วนใหญ่เป็นการจัดรายการแอบแฝงและโฆษณาชวนเชื่อโดยสื่อด้วยภาพหรือบุคคลที่น่าสนใจ เพื่อให้ผู้รับสารหลงเข้าใจผิด หรือมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่น่าสนใจ มีการแอบแฝงแนะนำสินค้าของตนเอง มักพบในการขายสินค้าที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มประสิทธิภาพทางเพศ เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์บำรุงผิว และอาหารเสริม

๑.๒ การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพดังกล่าวให้เห็นผลอย่างยั่งยืน จะต้องเร่งแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา นั่นคือ “พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย” โดยจะต้องดำเนินการจัดการปัจจัยต่างๆ ส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ จนถึงปัจจุบัน หน่วยงานภาครัฐให้ความสำคัญและมีความพยายามพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนมากขึ้น ในหลายหน่วยงาน ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานทางการศึกษา หน่วยงานทางสังคม ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยหลายกรม/กอง กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น จากการศึกษาข้อมูลแผนการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ เป็นต้นมาของหน่วยงานต่าง ๆ พบว่ามีการจัดทำแผนงานโครงการรองรับดังนี้

๑.๒.๑ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย/สร้างเครือข่ายเฝ้าระวัง ยาเสพติด เป็นต้น

กรมการแพทย์ มุ่งเน้นพัฒนาวิชาการ/บริการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด และการคัดกรอง ปัญหาผู้สูงอายุ เป็นต้น

กรมควบคุมโรค มุ่งเน้นการคัดกรอง การจัดทำฐานข้อมูลและจัดคลินิกปรับพฤติกรรมโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังในสถานพยาบาล การจัดทำแนวทางการดำเนินงานและคู่มือการประเมินสถานประกอบการ เป็นต้น

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มุ่งเน้นการจัดการข้อมูลข่าวสาร และการใช้กฎหมายการแก้ไขปัญหา ยาเสพติด เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต มุ่งเน้นการสื่อสาร พัฒนาศักยภาพองค์กรเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาเครือข่ายให้มีศักยภาพในการจัดกระบวนการ เรียนรู้ การสื่อสาร การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อปลูกฝังพฤติกรรมตามสุขบัญญัติแห่งชาติในกลุ่มเด็ก และเยาวชน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน เป็นต้น

กรมอนามัย มุ่งเน้นให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเหมาะสม ตามกลุ่มวัย พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มุ่งเน้นการพัฒนาให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพตามแนวทางของแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มุ่งเน้นการพัฒนาเครือข่ายการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน อาหารและยา

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มุ่งพัฒนาฐานข้อมูล การจัดการองค์ ความรู้ ฐานเครือข่าย ธารรงค์ ผลักดันการใช้กฎหมาย เรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุบนท้องถนน การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร เป็นต้น

๑.๒.๒ หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มุ่งรณรงค์ สื่อสารในการเข้าถึงบริการ สาธารณสุข ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมด้านกีฬาคนพิการ สื่อสารปรับทัศนคติที่มีต่อคนพิการ และ ผลักดันนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เด็ก สตรี และผู้สูงอายุ เป็นต้น

กระทรวงมหาดไทย มีการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือภาคประชาชนเพื่อช่วยเหลือและฟื้นฟูผู้ ติดยาเสพติดและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ มีการพัฒนาคุณภาพอาหารเพื่อการบริโภคอย่างเพียงพอ เพิ่ม ประสิทธิภาพการผลิตและจัดการสินค้าเกษตร

กระทรวงศึกษาธิการ มีการสร้างระบบเครือข่ายเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดในนักเรียน พัฒนาสุขภาพ ภาวะให้ผู้เรียนทุกระดับ มีบูรณาการวิชาสุขศึกษาในหลักสูตร

กระทรวงแรงงาน ดำเนินการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติด เอดส์ และการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มแรงงาน เป็นต้น

กรมประชาสัมพันธ์ ดำเนินงานสื่อสารสุขภาพแก่ประชาชนตามที่หน่วยงานต่างๆ ร้องขอ

๑.๓ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย

แนวโน้มของปัญหาสุขภาพดังกล่าว นอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนแล้วยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ในระหว่างปี พ.ศ.๒๕๓๗-๒๕๕๓ พบว่า รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และเริ่มสูงกว่าสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๗ เป็นต้นมา และแหล่งการคลังในปี พ.ศ.๒๕๓๗-๒๕๔๙ ส่วนใหญ่มาจากครัวเรือนสูงสุด แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๙ เป็นต้นมา พบว่า รายจ่ายสูงสุดมาจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประเภทกิจกรรมของรายจ่ายสุขภาพรวมส่วนใหญ่คือ ประเภทบริการผู้ป่วยนอก รองลงมาคือ บริการผู้ป่วยใน ส่วนประเภทส่งเสริมป้องกัน มีไม่ถึงร้อยละ ๑๐ คนไทยมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนเพิ่มขึ้น แต่ประเภทค่าใช้จ่ายของครัวเรือนส่วนใหญ่จะใช้จ่ายในเรื่องอาหาร/เครื่องดื่ม/ยาสูบรองลงมาคือค่าที่อยู่อาศัย/เครื่องใช้ และยานพาหนะ/การเดินทาง ส่วนประเภทรักษาพยาบาลมีเพียงร้อยละ ๑.๕-๒.๑ เท่านั้น

จากข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.๒๕๕๓ พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพรวม ๓๙๒,๓๖๘ ล้านบาท โดยจำแนกประเภทค่าใช้จ่ายได้แก่ ประเภทผู้ป่วยในเป็นเงิน ๑๑๙,๐๙๘ ล้านบาท(๓๑.๙ %) ประเภทผู้ป่วยนอก เป็นเงิน ๑๖๕,๑๐๘ ล้านบาท (๔๒.๒%) การส่งเสริมสุขภาพ เป็นเงิน ๔๐,๒๘๘ ล้านบาท(๑๐.๘ %) และงบบริหาร เป็นเงิน ๒๘,๒๓๔ ล้านบาท(๗.๖%)

๑.๔ สรุปประเด็นปัญหาสถานการณ์ที่ต้องการการปฏิรูป

๑.๔.๑ ประชาชนที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจำนวนน้อย แต่มีช่องทางการสื่อสารกันเองเป็นวงกว้างมากขึ้นทำให้มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก จากหลากหลายช่องทาง ขาดระบบการคัดกรอง และการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงประมาณ ๓.๙ เปอร์เซ็นต์ ของ ผลิตภัณฑ์มวลรวม (๓๙๒,๓๖๘ ล้านบาท) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

๑.๔.๒ หน่วยงานที่ทำหน้าที่การสื่อสารมีมากตามความชำนาญของประเด็น แต่ขาดกลไกบริหารจัดการให้มีการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปเพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีร่วมกัน

๑.๔.๓ รัฐบาลหน่วยงานหลักในการจัดการข้อมูลข่าวสาร ช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๒. ประเด็นปฏิรูป

๒.๑ ปฏิรูปยุทธศาสตร์และกลไกในการขับเคลื่อนด้านความรู้และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ

๒.๒ ปฏิรูประบบการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย

๓. วิธีการพิจารณาศึกษา

๓.๑ ศึกษาจากข้อมูลเอกสารทางวิชาการและรายงานของหน่วยงานต่างๆ

๓.๒ การเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาร่วมประชุมเพื่อชี้แจง แสดงความคิดเห็น ประกอบด้วย

๓.๒.๑ กระทรวงสาธารณสุข: กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๓.๒.๒ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

๓.๒.๓ กรมประชาสัมพันธ์

๓.๒.๔ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

๓.๒.๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

๓.๒.๖ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๓.๒.๗ คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)

๓.๓ จัดประชุมสัมมนา ร่างนโยบายการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๘ โดยคณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณสุขฯ และผู้แทนของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

๓.๔ สืบค้นความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ เมื่อ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๘

๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์

๔.๑ จากข้อมูลเอกสารทางวิชาการและรายงานของหน่วยงานต่างๆ พบว่า

๔.๑.๑ ประชาชนไทยป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

๔.๑.๒ ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามกลุ่มวัย และการบริหารจัดการความเครียดอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ ๕๐

๔.๑.๓ ประเทศไทยมีสัดส่วนรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสูงกว่าการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมามาก

๔.๒ ผลการชี้แจงของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ดังนี้

๔.๒.๑ ผู้แทนกรมควบคุมโรค ชี้แจงว่า กรมควบคุมโรคมีภารกิจหลักในการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยมีนโยบายให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและทันสถานการณ์ได้อย่างสะดวก ซึ่งสื่อที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวกที่สุดคือโทรทัศน์ ซึ่งมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของประชาชน มีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว และได้รับความนิยมจากประชาชนเป็นอย่างมากในทุกเพศ ทุกวัย ทุกระดับชนชั้น และทุกระดับการศึกษา เพราะเป็นสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียงสามารถกระทำได้หลากหลายรูปแบบและมีปัจจัยมากมายที่จะดึงดูดความสนใจของผู้ชมตลอดเวลา ทั้งยังทำให้ผู้ชมเข้าใจเข้าใจเรื่องราวได้ดี พร้อมทั้งรู้สึกสนุกสนานขณะชมรายการ ด้วยเหตุนี้ วิทยุโทรทัศน์จึงเข้าถึงผู้ชมได้มาก และส่งผลให้สื่อโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อประชาชนในด้านความคิด ความรู้สึก และด้านพฤติกรรมอย่างมาก

ความสำคัญของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโรคและภัยสุขภาพ ทางโทรทัศน์

๑) เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโรคและภัยสุขภาพในรายการโทรทัศน์เนื้อหาประเภทข่าว เช่น รายงานข่าว การวิเคราะห์ และวิจารณ์ข่าวเบื้องต้น เป็นต้น

๒) เพื่อถ่ายทอดความรู้และเสนอความคิดเห็น รายการวิทยุโทรทัศน์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดความรู้และเสนอความคิดเห็น ได้แก่ รายการที่ต้องการให้ประชาชนเป็นคนทันสมัยทันเหตุการณ์อยู่เสมอ เช่น รายการสารคดี รายการที่ให้ประชาชนมีความรู้ทั่วไปในการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข เช่น รายการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพกายและจิต รายการเกี่ยวกับสุขภาพ การบรรยายและการสัมภาษณ์ มักเป็นรูปแบบของรายการเพื่อให้สาระความรู้แก่ผู้ชม เป็นต้น

๓) การโน้มน้าวชักจูงใจ การแสดงความคิดเห็นของสื่อโทรทัศน์ อาจนำไปสู่การโน้มน้าวชักจูงใจได้ ถ้ามีการนำเสนอตามหลักและยุทธวิธีที่เหมาะสมตามแนวคิดของทฤษฎีการโน้มน้าวใจว่า สื่อมวลชนสามารถทำหน้าที่เรียกร้องความสนใจจากผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นในฐานะเครื่องมือที่กระตุ้นการบริโภคข้อมูลข่าวสาร การเผยแพร่ความรู้ การตอกย้ำความจำ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ หรือแม้แต่พฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเนื้อหา สาระ ประเด็น และเรื่องราวที่นำเสนอ การโน้มน้าวชักจูงใจรายการวิทยุกระจายเสียง และวิทยุโทรทัศน์มักเป็นการนำเสนอในรูปแบบของการประชาสัมพันธ์เพื่อรณรงค์ หรือโน้มน้าวให้ประชาชนมีความคิดคล้อยตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การรณรงค์โน้มน้าวใจให้คนเลิกสูบบุหรี่ การรณรงค์โน้มน้าวใจให้คนเลิกบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

อุปสรรคที่มีต่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรือการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพคือ

๑) การเลือกรับประเด็นสาร ในการสื่อสารมนุษย์ก็มักจะเลือกในสิ่งที่ตนสนใจมากเป็นอันดับแรก ซึ่งความสนใจของคนแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันอยู่ ขึ้นอยู่กับว่าคน ๆ นั้นจะเลือกสนใจในสิ่งไหน

๒) การมีความหมายไม่ตรงกัน การมีความหมายไม่ตรงกันก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดอุปสรรคการสื่อสารได้ เนื่องจากความแตกต่างกันของภาษา ในบางสถานที่ก็มักใช้คำแบบเดียวกัน แต่ด้วยความหมายก็อาจจะต่างกัน จนทำให้การสื่อสารมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนได้

๓) ความสับสนระหว่างความรู้สึกกับความจริง โดยจะใช้ความรู้สึกว่ามั่นใจจะเป็นเช่นนี้ แต่กับความเป็นจริงแล้ว ไม่ได้เป็นเช่นนั้น จนทำให้เกิดการสับสนในการสื่อสารได้

๔) การไม่เปลี่ยนแปลงความคิดเห็น ก็ย่อมจะใช้ความคิดเห็นที่เป็นความคิดเห็นของตนเองเป็นหลัก โดยไม่ได้อิงความคิดเห็นของผู้อื่น ก็มักจะมีการขัดแย้งกันในด้านความคิด

๕) การมองไม่เห็นความแตกต่าง

๖) การมีความคิดแบบสุดโต่ง

๗) การมีความคิดว่ารู้หมด

๔.๒.๒ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ได้ชี้แจงว่า สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีภารกิจเกี่ยวกับการจัดการและการส่งเสริมการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

๑) จัดทำข้อเสนอนโยบาย แผนพัฒนาการศึกษา มาตรฐานการจัดการศึกษา และหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน

๒) กำหนดหลักเกณฑ์ แนวทาง และดำเนินการเกี่ยวกับการสนับสนุนทรัพยากร การจัดตั้งจัดสรรทรัพยากร และบริหารงบประมาณอุดหนุนการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน

๓) พัฒนาระบบการบริหารและส่งเสริม ประสานงานเครือข่ายข้อมูลสารสนเทศ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศไปใช้ในการเรียนการสอน รวมทั้งส่งเสริมการนิเทศการบริหารและการจัดการศึกษา

๔) ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานของเขตพื้นที่การศึกษา

๕) พัฒนาวัตถุกรรมทางการศึกษา ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน การศึกษาเพื่อคนพิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้มีความสามารถพิเศษ และประสานส่งเสริม การจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานของเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคคล ครอบครัวยุวมชน องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา สถานประกอบการ และสถาบันสังคมอื่นของเขตพื้นที่การศึกษา

๖) ดำเนินการเกี่ยวกับงานเลขานุการของคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

ในส่วนของการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียนในสถานศึกษา สำนักงานฯ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียนในการปฏิบัติตัว การป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพควบคู่กับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน เช่น การจัดอาหารกลางวันที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้แก่ นักเรียน การตรวจสุขภาพประจำปี การรณรงค์ให้นักเรียนรักการออกกำลังกาย เป็นต้น

นอกจากนี้ สำนักงานฯ มีการกำหนดหลักสูตรการศึกษาที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของนักเรียน คือ วิชาสุขศึกษา และวิชาพลศึกษา ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันโรค ครอบครัวยุทธศาสตร์ศึกษา การดูแลสุขภาพตนเอง และความปลอดภัยในชีวิต รวมทั้งมีการจัดทำหนังสือเป็นสื่อทักษะชีวิต ซึ่งสอดแทรกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

๔.๒.๓ ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ชี้แจงว่า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีการวางยุทธศาสตร์การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่ครบทุกกระบวนการ โดยมีหลักการดำเนินงานคือ ใช้สื่อทุกช่องทาง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องได้อย่างสะดวก และสนับสนุนให้สังคมมีสื่อด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน การกำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน เช่น เยาวชน วัยแรงงาน ผู้สูงอายุ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้การเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพถูกต้องในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และการควบคุมมาตรฐานสื่อที่เผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นอกจากนี้ มีการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานสื่อสารด้านสุขภาพ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกากระจายเสียงกิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างสะดวก ควบคู่กับการให้ความรู้แก่ประชาชนสามารถวิเคราะห์แยกแยะความถูกต้องของข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งเผยแพร่ผ่านทางสื่อต่าง ๆ ตลอดจนระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชน ต้องมีความสอดคล้องกับบริบทต่าง ๆ ในสังคมไทย โดยควรปรับปรุงทั้งฝ่ายผู้ผลิตสื่อและประชาชนผู้รับข้อมูลข่าวสาร กล่าวคือ ปรับปรุงผู้ผลิตสื่อด้านสุขภาพให้มีคุณภาพ และการเผยแพร่สื่อที่มีความถูกต้องและได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ ควบคู่กับการสร้างเสริมคุณธรรมและจริยธรรมในการผลิตรายการของผู้ผลิตสื่อด้านสุขภาพ ในส่วนของประชาชนผู้รับข้อมูลข่าวสารต้องสร้างเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจการนำเสนอสื่อด้านสุขภาพและสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งสามารถคิด วิเคราะห์ แยกแยะความถูกต้องของการนำเสนอข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยอาจมีการจัดตั้งศูนย์สื่อสารสุขภาพแห่งชาติ หรือองค์กร หรือหน่วยงานใด เพื่อทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพไปสู่ประชาชน

อย่างไรก็ดี ก่อนดำเนินการจัดตั้งศูนย์สื่อสารสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการกำหนดโครงสร้างบทบาทและอำนาจหน้าที่ โดยอาจศึกษาจากผลงานวิจัยทางวิชาการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการดำเนินการ ทั้งในเรื่องของการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และกำหนดวิธีการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชนในแต่ละกลุ่มวัย ทั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องได้อย่างสะดวก อันจะเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ควบคู่กับการรณรงค์ให้ประชาชนสนใจเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง

วิสัยทัศน์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับภารกิจการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน มีดังนี้

๑) ในยุคภูมิทัศน์สื่อใหม่ ซึ่งประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมในการผลิตสื่อเป็นผู้กรองสื่อและผู้กระจายสื่อ ซึ่งเรียกว่า เป็นผู้ใช้สื่อที่แข็งแกร่งด้วยตนเอง ดังนั้น จึงต้องรณรงค์ให้ประชาชนมีวิจารณญาณการใช้สื่อที่ถูกต้อง ไม่เป็นการละเมิดสิทธิเสรีภาพของผู้อื่น

๒) การรณรงค์ให้ประชาชนใช้สื่อที่ถูกต้อง มีคุณธรรมและจริยธรรม

๓) ส่งเสริม พัฒนาสื่อสร้างสรรค์ในศูนย์เด็กเล็ก โดยมีวัตถุประสงค์ให้เด็กและเยาวชนได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทั้งนี้ โดยดำเนินการร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ในปัจจุบันแนวทางการควบคุมสื่อด้านสุขภาพ มี ๓ แนวทาง คือ

๑) การควบคุมโดยรัฐ ปัจจุบันใช้ในสาธารณรัฐประชาชนจีนและสาธารณรัฐสิงคโปร์

๒) การควบคุมร่วมกันระหว่างรัฐและผู้ประกอบการภาคเอกชน ปัจจุบันใช้ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งสนับสนุนการผลิตสื่อเพื่อการเรียนรู้

๓) การควบคุมโดยภาคสังคม ปัจจุบันใช้ในประเทศในสหภาพยุโรป มีวัตถุประสงค์สร้างวัฒนธรรมการรู้เท่าทันสื่อ ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและชุมชน

นอกจากนี้ การประกาศใช้พระราชบัญญัติกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ พ.ศ. ๒๕๕๘ ได้กำหนดภารกิจการทำงานด้านสื่อ ดังนี้

๑) ส่งเสริมให้มีการผลิตสื่อสร้างสรรค์

๒) พัฒนาศักยภาพผู้ผลิตสื่อ

๓) มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

๔) ผลักดันให้เกิดกลไกเท่าทันสื่อ

๕) ส่งเสริมวิจัยองค์ความรู้และนวัตกรรม

ทั้งนี้ การประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว จะส่งผลให้มีมาตรการควบคุมสื่อที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และส่งเสริมให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและรับข้อมูลจากสื่อ อันจะเป็นประโยชน์ให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้สะดวกยิ่งขึ้น

๔.๒.๔ ผู้แทนมหาวิทยาลัยมหิดล ได้ชี้แจงต่อที่ประชุมว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนต้องคำนึงถึงความถูกต้องของข้อมูลและประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนในแต่ละกลุ่มมีความต้องการข้อมูลด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้น ในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพจึงควรกำหนดวิธีการที่เหมาะสมแก่ประชาชนในแต่ละกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนสามารถรับรู้และเข้าใจ รวมทั้งนำข้อมูลด้านสุขภาพไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน แต่ปัญหาการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศไทย คือการกำหนดวิธีการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับประชาชนในแต่ละกลุ่มวัย ส่งผลให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ดีเพียงพอ

นอกจากนี้ การกำหนดรูปแบบการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ต้องมีความสอดคล้องกับบริบทด้านต่าง ๆ ของสังคมไทย เช่น ระดับการศึกษาของประชาชน รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายในแต่ละวัย เป็นต้น รวมทั้ง การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนต้องมีมาตรการดำเนินการเชิงรุกเพื่อรองรับประชาชนบางกลุ่มซึ่งไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้สะดวกโดยกลไกบางประการ เช่น การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดกิจกรรมสู่พื้นที่ชุมชนซึ่งอยู่ห่างไกล การให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้เผยแพร่ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน และการจัดตั้งศูนย์บริการข้อมูลให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน (Call Center) เป็นต้น แต่

ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดหน่วยงานซึ่งทำหน้าที่เก็บข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนซึ่งมีประสิทธิภาพมากเพียงพอ ดังนั้นจึงควรจัดตั้งศูนย์สื่อสารสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลและเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน รวมทั้งสามารถเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและมีมาตรฐาน รวมถึงการกำหนดรูปแบบเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนที่ชัดเจน เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมายแต่ละวัย ควบคู่กับการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการปฏิรูปการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนเพื่อการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๔.๒.๕ ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ชี้แจงว่า สืบเนื่องจากในปัจจุบันประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น โดยสาเหตุสำคัญคือ ประชาชนไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากเพียงพอ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวที่มีผลกระทบต่อปัญหาด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศ จึงมีการตั้งงบประมาณเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การให้ความรู้แก่บุคลากรด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้วัคซีนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรค และการจัดทำสื่อสาธารณะเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยการกันงบประมาณร้อยละ ๑ ของงบประมาณด้านการบริหาร การโอนงบประมาณบางส่วนไปให้องค์กรส่วนท้องถิ่น โดยมีค่าเฉลี่ย ๔๕ บาทต่อประชาชน ๑ คน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง และการคัดกรองผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีปัญหาและอุปสรรค ดังนี้

๑). งบประมาณซึ่งไม่เพียงพอกับภารกิจของงาน

๒). ติดขัดปัญหาข้อกฎหมาย กล่าวคือ ตามความในมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้กำหนดให้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมด้านงบประมาณการจัดการบริการสาธารณสุข ดังนั้น การที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงอาจเป็นการกระทำที่นอกเหนืออำนาจหน้าที่ ซึ่งสำนักงานฯ อยู่ในระหว่างหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ผู้แทนกรมสุขภาพจิต ได้ชี้แจงต่อที่ประชุมว่า กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนผ่านทางสถานีโทรทัศน์ช่องต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี โดยในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายแต่ละวัย ซึ่งต้องใช้วิธีสื่อสารและความรู้ด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ทั้งวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ รวมถึงผู้พิการ

การเผยแพร่ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนผ่านช่องทางต่าง ๆ มีดังนี้

๑). ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์รูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ในรูปแบบแผ่นพับ โปสเตอร์ คู่มือ เป็นต้น

๒). ผ่านสื่อมวลชนทั้งส่วนกลางและสื่อท้องถิ่น ในรูปแบบการตอบสนองต่อข่าว การให้ข่าว และให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในสังคมภาพกว้าง ในรูปแบบการแถลงข่าว รายการโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

๓). ผ่านสื่อบุคคล ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สาธารณสุขเขตผ่านสถาบัน โรงพยาบาลจิตเวช ศูนย์สุขภาพจิต บุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขศึกษา และประชาสัมพันธ์ของทุกหน่วยงานในสังกัด (เครือข่ายนักสื่อสารงานสุขภาพจิต) เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นสาขาสุขภาพจิต

ชุมชนและวิทย์ชุมชน (เครือข่ายนักสื่อสารงานสุขภาพจิตภาคประชาชน) ในรูปแบบการส่งเนื้อหา fact sheet หรือ one page ให้กับเครือข่ายนำไปเผยแพร่ในพื้นที่

๔). ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ทุกช่องทาง เช่น website, facebook, Line เป็นต้น ในรูปแบบของเนื้อหา one page, infographic หรือ Multimedia

๕). ระบบสารสนเทศกรมสุขภาพจิต

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ มีดังนี้

๑). มีปัญหาการแปลงความรู้ทางวิชาการจากภาษาที่เข้าใจยากให้ประชาชนเข้าใจได้ง่าย
๒). ประชาชนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่องานสุขภาพจิต คิดว่า สุขภาพจิตคือคนสติไม่ดี (คนบ้า) รู้สึกว่าเป็นเรื่องไกลตัว จึงไม่สนใจที่จะรับรู้ข่าวสารสุขภาพจิตจนกว่าจะพบกับปัญหาด้วยตนเอง

๓). ประชาชนไม่ตระหนักรู้ถึงผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตต่อตนเองและสังคม

๔). ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการการเผยแพร่ความรู้สุขภาพจิต การให้ความรู้สุขภาพจิตบางส่วนยังไม่ดึงดูดความสนใจและไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

๕). ขาดการบูรณาการการสื่อสารความรู้สุขภาพจิตร่วมกับองค์กรหรือหน่วยงานอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพราะปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากหลายปัจจัย ต้องแก้ไขอย่างเป็นองค์รวม

๖). ขาดการวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต เพื่อการวางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น

๗). งบประมาณการผลิตสื่อมีจำกัด ไม่สามารถครอบคลุมประชากรเป้าหมายได้ทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

๑). ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงบริการที่มีอยู่

๒). ควรจัดทำช่องทางการให้บริการ รวมทั้งเนื้อหาที่เข้าถึง/เข้าใจง่ายและมีความทันสมัย น่าสนใจ

๓). ควรมีการบูรณาการกับองค์กรที่เกี่ยวข้องและมีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตเพื่อรับมือในเชิงรุกเพิ่มขึ้น

๔.๒.๖ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ชี้แจงว่า อย. มีการดำเนินงานเผยแพร่และให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ทั้งการผลิตและเผยแพร่สื่อด้านสุขภาพ การจัดโครงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของประชาชน การจัดทำฐานข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ครบถ้วน ทันสมัย ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้โดยสะดวก โดยใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น Oryor Smart Application เป็นต้น รวมทั้งการจัดกิจกรรมให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

๑). ผลิตและเผยแพร่ข่าวทั่วไปเกี่ยวกับความรู้ที่ถูกต้องในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ นโยบายและการดำเนินงานของหน่วยงาน ระเบียบกฎหมายใหม่ รวมทั้งความคืบหน้าการดำเนินงานที่สำคัญ

๒). จัดแถลงข่าวแก่สื่อมวลชน เมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ การชี้แจงข้อเท็จจริง การริเริ่มกิจกรรมใหม่ๆ การตรวจจับผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย เป็นต้น

๓). ผลิตและเผยแพร่สื่อบุคคล/เรื่องเร่งด่วนทางสื่อโทรทัศน์ ความยาว ๑ นาที ทางสถานีโทรทัศน์ช่องต่าง ๆ เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับรู้ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างรวดเร็วทั่วถึง

๔). ผลิตและเผยแพร่บทความเชิงรุกและเรื่องเร่งด่วนทางหนังสือพิมพ์และวารสาร เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือการดำเนินการ ของ อย. อย่างละเอียดและเข้าใจง่าย

๕). จัดกิจกรรมสื่อมวลชนเพื่อให้ผู้สื่อข่าวได้ลงพื้นที่จริงในการศึกษาสถานการณ์ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น และให้ความร่วมมือในการนำไปถ่ายทอดให้ผู้บริโภคทราบได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

๖). ตรวจสอบและวิเคราะห์ข่าวทางสื่อต่าง ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลนำเข้าในการตอบสนองด้านข่าวในมิติต่าง ๆ

๗). จัดทำวารสาร อย. Report เป็นวารสารรายเดือน เผยแพร่ให้แก่เครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภค และผู้สนใจทั่วไป

๘). จัดทำวารสาร อย. Trade Insight เป็นวารสารราย ๓ เดือน เผยแพร่ให้แก่เครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภค และ ผู้ประกอบการ

๙). ผลิตและเผยแพร่ชุดนิทรรศการ การจัดแสดงนิทรรศการ/ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้บริโภคได้เรียนรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และรับทราบถึงการดำเนินงานของ อย.

๑๐). จัดทำโครงการส่งเสริมจริยธรรมสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ (อย.ควอลิตี้อวอร์ด) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ประกอบการทั้งรายเล็กและรายใหญ่พัฒนาปรับปรุงสถานที่ผลิตให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด โดยจัดให้มีพิธีมอบรางวัล อย.ควอลิตี้อวอร์ด ให้แก่ผู้ประกอบการที่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด

๑๑). จัดทำโครงการ Oryor Smart Application เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลของ อย.

๑๒). โครงการ Data Bank เพื่อรวบรวมข้อมูลที่ อย. จัดทำขึ้นให้อยู่ที่เดียวกัน

ปัญหาอุปสรรค

ปัญหานอกเหนือจากปัญหาด้านบุคลากรและงบประมาณที่เหมือนกับหน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่

๑). ความก้าวหน้าและความรวดเร็วของสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้เกิดการส่งต่อข้อมูลผิด ๆ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นไปอย่างกว้างขวาง และมีการส่งซ้ำซาก ทำให้ผู้บริโภคเกิดความสับสนและเข้าใจผิดในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมทั้งการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของ อย.

๒). สื่อมวลชนมักไม่ให้ความร่วมมือในการตีพิมพ์ข่าวด้านบวก ข้อมูลความรู้ หรือผลการดำเนินงานของหน่วยงาน ทำให้ผู้บริโภคไม่ทราบว่าหน่วยงานมีการดำเนินการเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคในด้านใดบ้าง

๓). การทำสื่อออนไลน์ เช่น อินเทอร์เน็ต, Mobile Application เป็นต้น ให้น่าสนใจต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง และใช้บุคลากรที่เชี่ยวชาญ

๔.๒.๗ ผู้แทนคณะกรรมการการปฏิรูปการศึกษาและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ได้ชี้แจงว่า จากสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่า มีปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น โดยใน พ.ศ. ๒๕๕๑ มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ร้อยละ ๑๕.๕๐ และมีแนวโน้มอายุเฉลี่ยของแม่วัยรุ่นน้อยลงทุกปี ทั้งนี้ สืบเนื่องจากวัยรุ่นชาวไทยขาดความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ส่งผลให้เกิดปัญหาการท้องก่อนวัยอันควร ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเผยแพร่ ให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชน โดยเฉพาะเรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

๔.๒.๘ ผู้แทนคณะกรรมการการปฏิรูปการสื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้ชี้แจงว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีหน่วยงานซึ่งทำหน้าที่สื่อสาร เผยแพร่ให้ข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชนหลายหน่วยงาน แต่เนื่องจากขาดการบูรณาการและไม่มีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานร่วมกัน ส่งผลให้การเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชนไม่มีประสิทธิภาพมากเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังไม่มีมาตรการกำกับควบคุมโฆษณาสินค้าอุปโภคบริโภคที่มีประสิทธิภาพ สามารถบังคับได้จริง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

ของประชาชน ขณะนี้อยู่ระหว่างการแก้ไขกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีแนวคิดให้สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติได้ใช้อำนาจหน้าที่ควบคุมการโฆษณาสินค้าเพียงหน่วยงานเดียว

๔.๒.๙ นายพลเดช ปิ่นประทีป สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติได้ว่า ประเทศไทยมีหน่วยงานซึ่งทำหน้าที่สื่อสารเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชนหลายหน่วยงาน แต่เนื่องจากขาดการบูรณาการดำเนินการร่วมกัน รวมทั้งไม่มีนโยบายการดำเนินการร่วมกันที่ชัดเจน ส่งผลให้การให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ ประชาชนไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขและกระทบต่องบประมาณของประเทศ ดังนั้นหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีหน้าที่เผยแพร่ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนจึงต้องบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน กำหนดนโยบาย อำนาจและหน้าที่อย่างชัดเจนเพื่อไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนอำนาจหน้าที่ระหว่างกัน รวมทั้งกำหนดกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านของระบบ และการสื่อสารให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน

๔.๒.๑๐ นายธงชัย ทวีชาติ นักวิชาการอิสระได้ชี้แจงว่า อุปสรรคในการสื่อสารและให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่สำคัญคือไม่มีงบประมาณสนับสนุนด้านการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพโดยเฉพาะ โดยงบประมาณดังกล่าวในหลายหน่วยงานมักจะนำไปรวมไว้กับงบประมาณด้านอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน ดังนั้น การจัดตั้งหน่วยงานทำหน้าที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน จึงควรกำหนดงบประมาณด้านสื่อสารและเผยแพร่ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยเฉพาะเพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๔.๒.๑๑ ผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ชี้แจงต่อที่ประชุมว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดกรอบแนวคิดระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพโดยชุมชนเข้มแข็ง ๕ ประการ ดังนี้

ประการที่ ๑ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ประการที่ ๒ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ประการที่ ๓ การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

ประการที่ ๔ การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ประการที่ ๕ การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ทั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนตื่นรู้และติดตามหาทางปัญญาสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนเพื่อการมีสุขภาพดี อันจะมีผลให้เกิดความมั่นคงกับประเทศและเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันซึ่งเปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการขยายตัวของเมือง เช่น การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติ พฤติกรรมการใช้ชีวิตและการบริโภคของประชาชนทุกกลุ่มวัยที่เปลี่ยนแปลงไป การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นต้น

หลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ตามมติที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ.๒๕๕๖ มีดังนี้

๑. การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และจัดการกับภัยสุขภาพ

๒. การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

๓. การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

๔. การปฏิรูประบบการเงินการคลังและระบบหลักประกันด้านสุขภาพ

๕. การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

๔.๒.๑๒ ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม ได้ชี้แจงต่อที่ประชุมว่า สำนักงานประกันสังคมมีการดูแลสุขภาพของผู้ประกันตน ซึ่งเป็นลูกจ้างในสถานประกอบการกิจการต่างๆทั้งในระบบและนอกระบบประกันสังคมทั่วประเทศประมาณ ๑๒ ล้านคน โดยในส่วนของงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น มีการมอบหมายงานให้สำนักงานประกันสังคมประจำจังหวัดทั่วประเทศร่วมกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในทุกพื้นที่ให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการ กิจการ การออกตรวจความเรียบร้อยในการดำเนินการของสถานประกอบการแต่ละแห่ง โดยมีนโยบายสร้างเสริมความตระหนักและความปลอดภัยในการดำเนินงานของลูกจ้างในสถานประกอบการต่างๆ มีการจัดตั้งศูนย์สารสนเทศทำหน้าที่ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการ นอกจากนี้ ยังมีการเสนอขอแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๖๓ แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๕๓ โดยเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ลูกจ้าง ซึ่งปัจจุบันได้ผ่านความเห็นชอบของสภานิติบัญญัติแห่งชาติและอยู่ระหว่างรอการลงพระปรมาภิไธย ซึ่งสอดคล้องกับร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่บัญญัติให้ประชาชนมีสิทธิได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

การดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประสบปัญหา ดังนี้

๑) การเผยแพร่ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพและสิทธิประโยชน์แก่ลูกจ้างผู้ประกันตนไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยพบว่าลูกจ้างส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาลของตนดีพอ

๒) สำนักงานประกันสังคมยังขาดบุคลากรที่มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่ลูกจ้างผู้ประกันตนไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

๓) ปัญหาในการบริหารจัดการงบประมาณ กล่าวคืองบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในการกำกับดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลอยู่ในการดูแลของสำนักงานประกันสังคม ตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.๒๕๓๗ ซึ่งการที่งบประมาณทั้งสองส่วนดังกล่าวอยู่ภายใต้กำกับดูแลของหน่วยงานที่ต่างกันส่งผลให้การดำเนินการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์เท่าที่ควร

๔) นายจ้างหรือผู้ประกอบการบางรายไม่ให้ความร่วมมือกับสำนักงานประกันสังคมเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ลูกจ้างมากเท่าที่ควร

๔.๒.๑๓ ผู้แทนกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้ชี้แจงต่อที่ประชุมว่า กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานมีหน้าที่ดูแลความปลอดภัยของลูกจ้างในสถานประกอบการและสภาพแวดล้อมการทำงาน มีภารกิจหลักสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงานและการป้องกันโรคที่เกิดจากการทำงานควบคู่กับการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการ โดยกระทรวงแรงงานได้รณรงค์ให้ปี พ.ศ.๒๕๕๘ เป็นปีความปลอดภัยในการทำงานโดยมีวัตถุประสงค์ป้องกันอันตรายจากการทำงานและให้ความคุ้มครองลูกจ้างผู้ทำงานในสถานประกอบการ เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติความปลอดภัยในการทำงาน พ.ศ.๒๕๕๐

การดำเนินงานของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานประสบปัญหาดังนี้

๑) ปัญหาด้านบุคลากร กล่าวคือกระทรวงแรงงานมีเจ้าหน้าที่ออกตรวจสถานประกอบการและให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการประมาณ ๓๐๐ คน ซึ่งไม่สอดคล้องกับภาระงานในปัจจุบันที่มีมาก

๒) ปัญหาด้านงบประมาณ กล่าวคือกระทรวงแรงงานมีงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการกิจการประมาณ ๑๘ ล้านบาท ซึ่งไม่สอดคล้องกับภาระงาน ส่งผลให้การติดต่อทางปัญญาโดยให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองไม่บรรลุวัตถุประสงค์เท่าที่ควร

๓) ขาดรูปแบบการให้บริการเชิงรุกที่สามารถเข้าถึงลูกจ้างในสถานประกอบการกิจการโดยตรง ทั้งนี้สืบเนื่องจากการขาดบุคลากรและงบประมาณสนับสนุน

ผู้แทนกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ชี้แจงต่อที่ประชุมว่า กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีภารกิจหลักคือการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทุกช่วงวัย และทุกกลุ่มคนรวมทั้งลูกจ้างทั้งในระบบและนอกระบบ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคลูกจ้างในสถานประกอบการกิจการนั้น มีการดูแลโดยแบ่งเป็นสองส่วน ดังนี้

๑) ลูกจ้างผู้อยู่ในสถานสงเคราะห์หรือในสถานบริการของรัฐ มีการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของลูกจ้าง การตรวจสุขภาพ การรักษาโรค

๒) ลูกจ้างซึ่งอยู่นอกสถานบริการ เช่น แรงงานนอกระบบ เป็นต้น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีภารกิจให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคแก่บุคคลหลายกลุ่มทั้งลูกจ้างในสถานประกอบการกิจการผู้สูงอายุ และผู้พิการในทุกพื้นที่

๔.๒.๑๔ การดำเนินงานของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประสบปัญหาคือ ขาดระบบการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพและเป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศ

๔.๒.๑๕ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และ กิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ ชี้แจงในที่ประชุมว่า การขอเปิดสถานีสุขภาพแห่งชาติ เป็นช่องฟรีทีวี (National Health Channel) ผู้ประกอบการสามารถยื่นคำร้องขอเพื่อให้พิจารณาตามหลักเกณฑ์ วิธีการและ เงื่อนไขที่กำหนด

๔.๓ ผลการจัดประชุมสัมมนา ร่างนโยบายการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติเมื่อวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๘ โดยคณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณสุขฯ และผู้แทนของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข พบว่า

๔.๓.๑ นโยบายปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ ควรมีดังนี้

๔.๓.๑.๑ ให้มีการพัฒนาองค์กรและกลไกส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการทำงานด้านความรู้และการสื่อสารสุขภาพพร้อมกันทั้งภาครัฐ เอกชน และ ประชาชน เพื่อการสื่อสารที่มีข้อมูลถูกต้องเป็นปัจจุบัน ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อเกิดสุขภาพและมียุทธศาสตร์ชีวิตที่ดี

๔.๓.๑.๒ ให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์การสื่อสารด้วยการทำงานร่วมกันของหน่วยงานหลักด้านสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการ

ก. จัดทำแผนยุทธศาสตร์การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพระดับชาติ

ข. จัดทำร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการสร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๘

ค. จัดทำระบบควบคุมกำกับระบบการสร้างเรียนรู้และการสื่อสารสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานทางวิชาการและสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้

ง. จัดทำระบบบูรณาการ ยุทธศาสตร์ แผนกิจกรรม การดำเนินงานและการใช้ทรัพยากร

จ. พัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง เนื้อหา ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งทางตรง และทางอ้อม เฝ้าระวังข่าวลือ และจัดทำระบบโต้ตอบข่าวลือได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ

ฉ. พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการได้รับข่าวสารตามสิทธิประชาชน และผลลัพธ์ ความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพต่อประชาชนตามเป้าหมายการสื่อสาร

๔.๓.๑.๓ ให้มีเครือข่ายการดำเนินงาน เพื่อยกระดับการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย (e-health) และเทคโนโลยีที่ส่งเสริมการเข้าถึงในกลุ่มประชาชนทุกกลุ่มรวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนเพื่อรองรับการสร้างเสริมความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพอย่างมีคุณภาพ

๔.๓.๑.๔ ยกระดับระบบการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกระบบการศึกษา ที่สามารถส่งเสริมความรอบรู้ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้

๔.๓.๑.๕ ให้มีการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม เพื่อสนับสนุนการปฏิรูปวิธีการสื่อสาร ข้อมูลด้านสุขภาพที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๔.๓.๒ การขับเคลื่อนการปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพมีดังนี้

๔.๓.๒.๑ ให้มีคณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติมีลักษณะ เป็นคณะกรรมการระดับชาติ ประกอบด้วย นายกรัฐมนตรี เป็นประธาน มีผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นกรรมการ โดยมี อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นเลขานุการ และผู้อำนวยการกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้ช่วยเลขานุการ เพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปในระยะเริ่มแรก

โดยคณะกรรมการมีบทบาทดังนี้

๔.๓.๒.๑.๑ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ

๔.๓.๒.๑.๒ บูรณาการสหวิชาชีพเพื่อจัดทำกรสื่อสารสุขภาพมุ่งเน้นการสร้างเสริมความรอบรู้แก่ประชาชนในทุกกลุ่มวัยและทุกสถานการณ์

๔.๓.๒.๑.๓ ควบคุม กำกับกระบวนการขับเคลื่อนความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ

๔.๓.๒.๑.๔ ส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม และการวิจัยพัฒนา ด้านการสื่อสารสุขภาพเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๔.๓.๒.๑.๕ เป็นศูนย์กลางจัดการความรู้สู่ความเป็นเลิศด้านการสื่อสารสุขภาพ

๔.๔ ผลจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้เข้าประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ เมื่อ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๘ พบว่า มีการยอมรับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ที่จะมีการบูรณาการในการสื่อสารสุขภาพระดับชาติและจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้เข้าประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ คน สุ่มตัวอย่าง ๑๑๘ คน ร้อยละ ๘๗.๓ เห็นด้วยในการปฏิรูปความรอบรู้ฯ และมีคณะกรรมการดังกล่าว

๔.๕ พิจารณาแล้วเห็นว่า มีความเป็นไปได้ในการจัดตั้งคณะกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ เพื่อพัฒนากรอบปฏิรูปการสื่อสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจาก

๔.๕.๑ เป็นนโยบายของรัฐบาลที่เน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารักษาโรค

๔.๕.๒ ได้ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ มาตรา ๕๘ มาตรา ๖๑ และมาตรา ๒๙๔ กำหนดเรื่องการให้ข้อมูลสุขภาพแก่พลเมือง

๕. ข้อเสนอปฏิรูปและแนวทางการดำเนินการ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

๕.๑ สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติเห็นชอบในหลักการให้ปฏิรูปการสร้างความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ โดยให้มียุทธศาสตร์ และกลไกในการขับเคลื่อนด้านความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ มีการประเมินผลโดยเน้นผลลัพธ์ที่ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย ทั้งนี้ให้จัดตั้งคณะกรรมการสร้างความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ

๕.๒ สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติดำเนินการเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาในข้อเสนอนี้ ๕.๑

๖. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

๖.๑ ประชาชน

๖.๑.๑ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

๖.๑.๒ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๖.๑.๓ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาวะสมบูรณ์ในทุกมิติ

๖.๒ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖.๒.๑ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพแก่ประชาชนมีระบบ วิธีการ และ ช่องทางการสื่อสาร มีการคัดกรอง ตรวจสอบความถูกต้อง แม่นยำ และเชื่อถือได้ของข้อมูล และเป็นไปเพื่อการมีสุขภาพดี คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

๖.๒.๒ รัฐบาลกำหนดนโยบาย กลไกขับเคลื่อนที่เน้นผลลัพธ์ให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในทุกกลุ่มวัย

๖.๒.๓ บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ตามความรับผิดชอบได้อย่างแท้จริง

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๗.๑ ประชาชนมีอัตราการได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันมากขึ้น

๗.๒ ประชาชนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น

๗.๓ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น

๗.๔ ประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยลดลง

๗.๕ ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลลดลง

(เอกสารอ้างอิง หมายเลข ๓ และ หมายเลข ๔)

เอกสารอ้างอิง

๑. กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์และคุณภาพชีวิตจากโรคอ้วนในประเทศไทย. มปป. เอกสารอัดสำเนา.
๒. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๗). การศึกษาสถานการณ์การสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพทางช่องทางการสื่อสารสาธารณะ. พิมพ์ครั้งที่ ๒ นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
๓. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๗). การประเมินผลสัมฤทธิ์การส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กและเยาวชน. เอกสารอัดสำเนา.
๔. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๖). คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ ๑๕ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก ๓๐๒ส. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
๕. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๖). การประเมินประสิทธิภาพและต้นทุนคร้วเรือนด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าสู่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพด้วยการใช้รูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารอัดสำเนา.
๖. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (๒๕๕๗). ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (๓๐๒ส) ของกลุ่มประชาชนในช่วงอายุ ๑๕- ๕๕ ปี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
๗. ศูนย์ข้อมูลกฎหมายกลาง สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒๕๕๗). พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.๒๕๒๒ และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๔๑ ฉบับที่ ๓ (๒๕๕๖). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.
๘. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(๒๕๕๕). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
๙. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๔). ภาวะเศรษฐกิจไทยไตรมาสที่สามและแนวโน้มปี๒๕๕๔-๒๕๕๕. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(๒๕๕๔,กุมภาพันธ์). ภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่และภาพรวมปี๒๕๕๓. ๗(๕).
๑๐. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๔,พฤษภาคม). ภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี๒๕๕๔. ๘(๒).
๑๑. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๓). บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๔๕-๒๕๕๑. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็มแอนด์เอ็มเลเซอร์พรีน્ટ.
๑๒. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๓). บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๒-๒๕๕๓. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
๑๓. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๓). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.๒๕๕๒. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
๑๔. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๔). การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๑-๒๕๕๓. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

๑๕. สุปรียา ตันสกุล.(๒๕๕๐).ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ.วารสารสุขศึกษา,๓๐,๑-๑๕.
๑๖. Chin J, et al (2011). The Process-Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. *Journal of Community Health*, 16 (SUPPL 3), 222-241.
๑๗. Kickbuseh I. (2006). Health literacy: Empowering children to make health choices. *Virtually Healthy*, No.41. South Australia: Centre for health Promotion: Children, Youth and Women's Health Service.
๑๘. Mancuso JM (2009). Assessment and measurement of health literacy: an integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*,11,77-89.
๑๙. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*,15(3),259 - 267.
๒๐. Nutbeam D. (2008).The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072 - 8.
๒๑. Polprasert W, Rao C, Adair T, Pattaraarchail J, Porapakham Y, Lopez AD. (2010). Cause of death ascertainment for deaths that occur outside hospitals in Thailand: application of verbal autopsy methods. *Popul Health Metr*, 8, 8 – 13.
๒๒. Rao C, Porapakham Y, Pattaraarchachi J, Polprasert W, Sawanpanyalert N, Lopez AD. (2010). Verifying causes of death in Thailand: rationale & methods for empirical investigation. *Popul Health Metr*, 18, 8 – 11.
๒๓. Thai Working group on Burden of Disease. Burden of disease and injuries in Thailand: priority setting for policy. Bangkok: Veteran Publishing House,2002.
๒๔. US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC.
๒๕. Vapattanawong P, Prasartkul P. (2011). Under-registration of deaths in Thailand in 2005 - 2006: results of cross-matching data from two sources. *Bulletin of the World Health Organization*, 89 (11), 806-812.
๒๖. Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. (2009). Health literacy and health action: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36 (5), 860 – 77.
๒๗. World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. From www.who.org.
๒๘. World Health Organization. (2009). Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document.7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya, 26 – 30.
๒๙. World Health Organization. World Health statistics 2011.Geneva: WHO, 2011.

ภาคผนวก ง.

ประเด็นปฏิรูปอื่น ๆ

๑. รายงานการปฏิรูประบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน หมายเลขเดียว ๑๑๒
๒. รายงานการควบคุมโฆษณาอาหารในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็กและเยาวชน
๓. รายงานการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ
ในประเด็น “ฉลากโภชนาการ”
๔. รายงานการปฏิรูปการเฝ้าระวังและควบคุมมะเร็งตับที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีและซี
๕. รายงานข้อเสนอการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวาน
๖. รายงานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน : กลไกสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ
๗. รายงานการประกันภัยสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว

ภาคผนวก ง.

๑. รายงานการปฏิรูประบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน หมายเลขเดียว ๑๑๒*

๑. หลักการและเหตุผล

เนื่องจากเหตุฉุกเฉินเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งทรัพย์สิน บาดเจ็บ ถึงกับพิการ หรือ ชีวิตของประชาชน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศจากรายงานองค์การอนามัยโลกพบว่าประเทศไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุฉุกเฉินมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับ ๑๐ ประเทศในอาเซียน

จากการศึกษาสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กระทรวงคมนาคม พบว่าผู้ใช้รถยนต์ประสบอุบัติเหตุในแต่ละปี ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๔ มีผู้ใช้รถยนต์ประสบอุบัติเหตุเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ ๑๐,๒๙๑ คน บาดเจ็บ ๕๒,๔๗๔ คน โดยสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุอันดับ ๑ เกิดจากการขับรถเร็วเกินอัตราที่กำหนด ๒๓.๓ เปอร์เซ็นต์ รองลงมา อาทิ การขับรถตัดหน้ากระชั้นชิด การฝ่าฝืนสัญญาณจราจร เมาสุรา ซึ่งก่อนหน้านั้น รายงานมูลค่าความเสียหายจากอุบัติเหตุในประเทศไทย สำนักอำนวยการความปลอดภัย กรมทางหลวง กระทรวงคมนาคม เคยคำนวณมูลค่าความเสียหายดังกล่าวในมิติเศรษฐกิจ อาทิ แรงงานและผลผลิต ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ความเสียหายที่เกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน ฯลฯ คิดเป็นมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจที่ประเทศต้องเผชิญในแต่ละปี (มูลค่าเฉลี่ยปี ๒๕๕๐) เป็นมูลค่าสูงถึง ๒.๓ แสนล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๒.๘ ของผลผลิตมวลรวมในประเทศ

ทั้งนี้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรายงานว่า ผู้ที่ควรได้รับการช่วยฉุกเฉินประมาณการปีละ ๔ ล้านครั้ง เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ ๖๐,๐๐๐ คน โดยการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ประมาณร้อยละ ๑๕-๒๐ หรือประมาณปีละ ๙,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คน (แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕)

การช่วยเหลือในกรณีเหตุฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพควรเริ่มต้นจากการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินที่ดีที่สุดซึ่งจะนำไปสู่การช่วยเหลือเร่งด่วนที่ดีในขั้นต่อไปปัจจุบันระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการช่วยเหลือเร่งด่วนในประเทศไทยได้กระจายอยู่กับหน่วยงานหลายหน่วย จากการศึกษาเอกสารและการชี้แจงของหน่วยงานที่รับผิดชอบเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินต่าง ๆ พบว่ามีหลากหลายเลขหมายได้แก่ เหตุฉุกเฉินด้านความปลอดภัย ขึ้นอยู่กับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ หมายเลขฉุกเฉินคือ ๑๙๑ เหตุฉุกเฉินการแพทย์ ขึ้นอยู่กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หมายเลขฉุกเฉินคือ ๑๖๖๙ เหตุฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการกู้ภัยดับเพลิงขึ้นอยู่กับหน่วยดับเพลิงกู้ภัยสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อตอบสนองภาวะเพลิงไหม้และกู้ภัย หมายเลขฉุกเฉินคือ ๑๙๙ กรณีนอกเหนือจากเหตุฉุกเฉินรายวัน คือ กรณีเกิดเหตุอุบัติเหตุหมู่ จนถึงภาวะภัยพิบัติซึ่งการเตือนภัยรับเหตุการณ์ภัยพิบัติ สำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย รับผิดชอบในกรุงเทพมหานครและกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยกระทรวงมหาดไทย รับผิดชอบในพื้นที่อื่น ซึ่งจะปฏิบัติตามแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ ที่กำหนดโดยสภาความมั่นคงแห่งชาติ โทรศัพท์ “นิรภัย ๑๗๘๔” ผลของการที่มีหลายหมายเลขทำให้ประชาชนเกิดความสับสน หรือจำหมายเลขไม่ได้เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินขึ้น ไม่มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน และเลขหมายฉุกเฉินปัจจุบันไม่เป็นสากล ดังนั้น

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘

จึงควรจะต้องมีการปฏิรูประบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินโดยจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน และมีหมายเลขเดียวที่มี ๓ หลัก ที่เป็นมาตรฐานสากลมีระบบแจ้งเลขหมายเพื่อระบุแจ้งตำแหน่งอัตโนมัติ ระบุตำแหน่งของผู้แจ้งได้ โดยใช้หมายเลขโทรศัพท์หมายเลขเดียวคือ ๑๑๒ ซึ่งจำง่าย สะดวก ทัวถึง และทันเวลาไม่สับสนเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉิน บุคคลทุกคนไม่ว่าจะเป็นเด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้มีความแตกต่างทางภาษาสามารถใช้บริการได้ทุกพื้นที่ของประเทศไทย ใช้โทรศัพท์ได้ทุกระบบ รวมถึงผู้ใช้โทรศัพท์ที่ถูกระงับการให้บริการสามารถติดต่อได้ทั่วถึง เป็นการสื่อสารที่ผู้ใช้บริการไม่เสียค่าใช้จ่าย มีความเป็นมาตรฐานสากล เพราะร้อยละ ๖๘ ของประเทศทั่วโลกใช้หมายเลขนี้เป็นหมายเลขฉุกเฉินโดยมีการบูรณาการกับหมายเลขฉุกเฉินภายในประเทศ และกลุ่มประเทศต่าง ๆ เพื่อให้นักท่องเที่ยวจากนานาประเทศเกิดความมั่นใจในการเข้าถึงบริการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินอันจะทำให้มีการพัฒนาขั้นตอนการปฏิบัติงานของแต่ละหน่วยงานในการช่วยเหลือประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลในที่สุด พร้อมกับมีระบบการตรวจสอบที่ดี และมีรายละเอียดของระบบศูนย์รับแจ้งเหตุที่สมบูรณ์ ที่มีองค์ประกอบดังแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิองค์ประกอบระบบศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมหมายเลข ๑๑๒ หมายเลขเดียว

ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้

๑. เครื่องมือแจ้งเหตุฉุกเฉินเร็ว
เครื่องมือที่สามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้เร็ว มีทั้งที่เป็นเครื่องโทรศัพท์และไม่ใช่เครื่องโทรศัพท์ เครื่องโทรศัพท์ประกอบด้วยโทรศัพท์มือถือ (mobile) และโทรศัพท์บ้าน (fixed line) สามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินโดยสามารถกดออกได้เพียงใช้ปุ่มเดียว จะเป็นการส่งสัญญาณด้วยเลขหมายโทรศัพท์ฉุกเฉิน ๑๑๒ ไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒ ได้ทันที
เครื่องมือที่ไม่ใช่เครื่องโทรศัพท์สามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้โดยอาศัยเพียงการกระทำครั้งเดียว เช่น ปุ่มฉุกเฉินที่ติดตั้งอยู่ที่สำนักงาน หรือที่บ้านพักอาศัย เมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกิดขึ้นสามารถแจ้งเหตุได้โดยการกดปุ่มฉุกเฉิน เครื่องมือแจ้งเหตุฉุกเฉินเฉพาะเหตุเช่นแจ้งเหตุเพลิงไหม้ในอาคาร เหตุสารเคมีรั่วไหลในโรงงาน

ผู้ให้บริการโทรศัพท์อื่นๆที่ตนไม่ได้รับบริการทั้งโทรศัพท์พื้นฐานและโทรศัพท์เคลื่อนที่ทุกระบบ ด้วยการมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเพียงศูนย์เดียวจึงสามารถรองรับได้ การมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเลขหมายเดียว ๑๑๒ เพียงศูนย์เดียวจึงสะดวกในการพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับการผู้ใช้บริการโทรศัพท์ทุกระบบและทุกเครือข่ายของผู้ให้บริการโทรศัพท์เลขหมาย



ภาพแสดงการรับบริการที่แตกต่างกันของแต่ละบริษัทผู้ให้บริการโทรศัพท์ที่สามารถส่งสัญญาณไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒

๓. แจ้งเหตุได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ห่างไกล

การมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเลขหมายเดียว ๑๑๒ เพียงศูนย์เดียว สะดวกในการพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้ที่อยู่ในที่ห่างไกลจากแหล่งชุมชน เช่น ผู้ที่อยู่ในป่า ภูเขา เกาะแก่ง ทุกพื้นที่ในประเทศไทย เพื่อให้เครือข่ายผู้ให้บริการโทรศัพท์ทุกค่ายซึ่งต้องรับผิดชอบต่อความครอบคลุมพื้นที่ให้บริการ โดยวิธีการออกข้อบังคับของ กสทช ด้วยการเพิ่ม จุดรับสัญญาณ (cell site) ที่ทั่วถึง รวมถึงวิธีการต่างๆของการรับส่งคลื่นสัญญาณ เช่น สัญญาณคลื่นความถี่โทรศัพท์มือถือ (cellular) ดาวเทียม (satellite) สายเชื่อมต่อสัญญาณ (cable) เครือข่ายสัญญาณคอมพิวเตอร์ (internet)

การมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเลขหมายเดียว ๑๑๒ เพียงศูนย์เดียว ทำให้สามารถจัดการได้สะดวก ประหยัด และลดโอกาสที่จะเกิดการโทรติดขัดพื้นที่ได้ดี



ภาพแสดงการรับบริการที่สามารถครอบคลุมทุกพื้นที่ห่างไกล ในการส่งสัญญาณไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒

๔. ประชาชนกลุ่มเปราะบางแจ้งเหตุฉุกเฉินได้สะดวก

การมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเลขหมายเดียว ๑๑๒ เพียงศูนย์เดียว สะดวกในการพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับกลุ่มบุคคลเฉพาะเช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง คนพิการประเภทต่างๆ โดยเฉพาะประเภทที่แจ้งเหตุลำบากที่สุดคือผู้พิการทางการได้ยิน เพราะต้องใช้ล่ามภาษามือ ต้องจัดระบบและเครื่องมือในการสื่อสารด้วยช่องทางต่างๆ เช่นการใช้ภาษามือผ่านโทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ตู้พิเศษหรือช่องทางเฉพาะอื่นๆที่สามารถสื่อสารด้วยภาษามือได้



ภาพแสดงการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับกลุ่มบุคคลเฉพาะในการส่งสัญญาณไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒

๕. รับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียวด้วยศูนย์เดียว

การมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมหมายเลขเดียว ทำให้สามารถพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ด้วยการเปลี่ยนจาก สัญญาณอนาล็อก (Analog Signal) เป็นสัญญาณดิจิทัล (Digital Signal) ทั้งโทรศัพท์และวิทยุสื่อสาร ด้วยการเปลี่ยนสัญญาณโทรศัพท์หรือวิทยุสื่อสารเป็นสัญญาณ บริการโทรศัพท์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต (Voice over IP) สามารถรับส่งได้ทั้งเสียงและภาพ รวมถึงข้อมูลต่างๆ ผ่าน ระบบสัญญาณคลื่นความถี่โทรศัพท์มือถือ (Cellular) ดาวเทียม (Satellite) สายเชื่อมต่อสัญญาณ (Cable) เครือข่ายสัญญาณคอมพิวเตอร์ (Internet)

การมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมหมายเลขเดียว ๑๑๒ เพียงศูนย์เดียว จะช่วยประหยัดงบประมาณและลดข้อจำกัดการลงทุน



ภาพแสดงการพัฒนาการแจ้งเหตุฉุกเฉินด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ

๖. รับแจ้งเหตุฉุกเฉินพร้อมกับรู้ตำแหน่งพิกัดผู้แจ้ง

การมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเพียงศูนย์เดียวและมีระบบเดียวสำหรับการแจ้งและรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียวจะสามารถกำหนดให้มีการระบุตำแหน่งพิกัดได้โดยสะดวก โดย สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช) ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดสรรและควบคุมกิจการโทรคมนาคม โดยไม่ให้ละเมิดสิทธิข้อมูลส่วนบุคคล ดังนั้นเพื่อประโยชน์ต่อสาธารณะ การออกกฎหมายบังคับเครือข่ายผู้ประกอบการโทรศัพท์สื่อสารให้ต้องระบุตำแหน่งพิกัดสถานที่ที่กำหนดเฉพาะหมายเลข ๑๑๒ เพียงหมายเลขเดียวย่อมกระทำได้ง่าย

การที่ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมสามารถรู้ตำแหน่งพิกัดสถานที่จากการแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลข ๑๑๒ เพียงเลขหมายเดียว เจ้าหน้าที่ศูนย์ ๑๑๒ จะสามารถเห็นตำแหน่งพิกัดผู้โทรแจ้งบนแผนที่ภูมิศาสตร์ระบุพิกัด (Geographic Map) ปรากฏขึ้น

ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยในปัจจุบัน ตำแหน่งพิกัดของผู้แจ้งนอกจากจะปรากฏขึ้นบนแผนที่ภูมิศาสตร์ของศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวม ๑๑๒ แล้ว ยังสามารถปรากฏขึ้นพร้อมกันที่ศูนย์จ่ายงานที่รับผิดชอบในเขตพื้นที่รับผิดชอบด้วย ทำให้การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒ และการจ่ายงานของศูนย์จ่ายงานในพื้นที่รับผิดชอบด้วยตำแหน่งพิกัดที่แจ้งเหตุ สามารถทำให้การแจ้งเหตุและจ่ายงานเชื่อมต่อกันทำได้ทันทีโดยไม่ต้องเสียเวลาเพิ่มขึ้น เมื่อศูนย์รับแจ้งเหตุ ๑๑๒ รับแจ้งแล้ว ศูนย์จ่ายงานในพื้นที่สามารถจ่ายงานให้ทีมปฏิบัติการออกปฏิบัติการได้เลย

การรวมศูนย์ฉุกเฉินทั้งสามประเภทไว้ด้วยกันจะทำให้สะดวก ประหยัด ควบคุมคุณภาพได้ง่าย โดยลงทุนที่เดียว ไม่ต้องลงทุนหลายจุด และสามารถบูรณาการร่วมกันได้ทันที

ระบุตำแหน่งที่แจ้ง



ภาพแสดงการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินพร้อมรู้ตำแหน่งพิกัดผู้แจ้ง

๗. รับแจ้งเหตุฉุกเฉินพร้อมกับการรู้ตัวผู้แจ้ง

เช่นเดียวกับการระบุตำแหน่งพิกัดของผู้แจ้ง การมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเพียงศูนย์เดียวและมีระบบเดียวสำหรับการแจ้งและรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียวจะสามารถกำหนดให้มีการระบุผู้แจ้ง

เพื่อประโยชน์ต่อสาธารณะ การออกกฎหมายเพื่อให้สามารถระบุผู้แจ้ง พร้อมข้อมูลส่วนบุคคลและรูปใบหน้า รวมถึงข้อมูลสุขภาพของผู้แจ้ง จะทำให้การช่วยเหลือผู้แจ้งที่เป็นผู้ประสบเหตุเองได้อย่างมีข้อมูลบุคคลและข้อมูลสุขภาพที่ดีขึ้น

ส่วนในกรณีที่ผู้ประสบเหตุไม่ได้เป็นผู้แจ้งเหตุ จะมีระบบที่เข้าถึงข้อมูลบุคคลได้โดยสอบถามจากผู้แจ้งเหตุในขณะนั้นได้ทันทีโดยผ่านเลข ๑๓ หลัก เจ้าหน้าที่ของศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินจะสอบถามเลข ๑๓ หลักของผู้ประสบเหตุจากผู้แจ้งเหตุหรือบุคคลอื่นได้ หรือผ่านเครื่องมือที่อ่านเลข ๑๓ หลักจากบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นๆที่มีเลข ๑๓ หลัก หรือจากลายพิมพ์นิ้วมือในกรณีผู้ป่วยหมดสติ ด้วยการเชื่อมข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ของกรมการปกครอง ข้อมูลสุขภาพของสปสช ข้อมูล ๔๓ แพ้มของกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ การช่วยเหลือผู้แจ้งที่เป็นผู้ประสบเหตุเองได้อย่างมีข้อมูลบุคคลและข้อมูลสุขภาพที่ดีขึ้น

ระบบผู้แจ้ง



ภาพแสดงการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินพร้อมกับการรู้ตัวผู้แจ้ง

๘. รับแจ้งเหตุฉุกเฉินด้วยศูนย์เดียวหมายเลขเดียวรองรับชาวต่างชาติ

การมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเลขหมายเดียว ๑๑๒ เพียงศูนย์เดียว สะดวกในการพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับบริการให้บริการล่ามภาษาต่างๆสำหรับคนต่างชาติทั่วทั้งประเทศ รวมถึงการใช้เลขหมาย ๑๑๒ ซึ่งเป็นเลขหมายที่ประเทศต่างๆทั่วโลกใช้ถึงร้อยละ ๖๗ ทำให้ชาวต่างชาติที่มาประเทศไทยเข้าถึงได้ง่าย และมีความตกลงในให้ใช้หมายเลข ๑๑๒ ร่วมกันในกลุ่มประเทศอาเซียน ๑๐ ประเทศ



สะดวกในการพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับการให้บริการล่ามภาษาต่างๆสำหรับคนต่างชาติทั่วทั้งประเทศ

ภาพแสดงการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินด้วยศูนย์เดียวหมายเลขเดียวในการรองรับชาวต่างชาติ

๙. ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมรองรับเหตุไม่ฉุกเฉินด้วยระบบคุณภาพ

การมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเลขหมายเดียว ๑๑๒ เพียงศูนย์เดียว สะดวกในการพัฒนาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินสำหรับการตอบสนองต่อผู้แจ้งเหตุฉุกเฉินที่ไม่ฉุกเฉิน เช่น ต้องการรับบริการไปรับผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน การขอคำปรึกษาหรือคำแนะนำ การสอบถามสิทธิคำรักษาพยาบาล การร้องเรียน การให้คำแนะนำหน่วยงานของรัฐ รวมถึงกรณีที่เป็นสายหลอก สายก่อกวน และกรณีไม่ฉุกเฉินอื่นๆ โดยมีการจัดหาบุคลากรเฉพาะเรื่อง หรือจัดให้บุคลากรของหน่วยงานอื่นมาอยู่ร่วมในศูนย์เพื่อปฏิบัติการกิจของหน่วยงานนั้น รวมถึงการเชื่อมต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆเพื่อบริการผู้แจ้งหรือบุคคลกรณีไม่ฉุกเฉินดังกล่าว



ภาพแสดงการรองรับเหตุไม่ฉุกเฉินด้วยระบบคุณภาพ

๑๐. เชื่อมระบบรับแจ้งเหตุและระบบจ่ายงานไร้รอยต่อ

การรับแจ้งแล้วการกระจายข้อมูลหรือการสื่อสารไปยังศูนย์สั่งการทั้งหลาย(เช่นดับเพลิง กู้ภัย การแพทย์ฉุกเฉิน ตำรวจ)สามารถกระทำพร้อมกันได้ทันที อันเกี่ยวข้องกับการระบุตำแหน่งพิกัดสถานที่ โทรแจ้ง ช่วยให้ทุกการจ่ายงานสั่งการที่จำเป็นเร่งด่วนสู่หน่วยปฏิบัติเกิดคู่ขนานพร้อมกันไปโดยไม่เสียเวลา อันเนื่องจากการเพิ่มมาอีก ๑ ศูนย์ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดของช่วงเวลาที่ใช้ในการรับแจ้งและการจ่ายงานอย่างเหมาะสมทันทั่วทั้งที่ เช่นรับแจ้งไม่เกิน ๑๐ วินาที จ่ายงานไม่เกิน ๖๐ วินาที เพราะผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ต้องได้รับการรักษาภายในเวลา ๘ นาที



ภาพแสดงการเชื่อมระบบรับแจ้งเหตุและระบบจ่ายงานแบบไร้รอยต่อ

๑๑. ระบบสนับสนุนการดำเนินงานโดยศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินฉุกเฉินรวมหมายเลขเดียว

ปัจจุบันศูนย์รับแจ้งเหตุและรายงานประเภทต่างๆ ทั้งการแพทย์ฉุกเฉิน ดับเพลิงและตำรวจแยก
อยู่กันคนละศูนย์ เมื่อมีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวม ๑๑๒ ศูนย์เดิมจะยังทำหน้าที่เป็นศูนย์รับแจ้ง
เหตุและรายงานเมื่อมีการแจ้งเหตุผ่านหมายเลขฉุกเฉินเดิม แต่จะเป็นเพียงศูนย์รายงานสำหรับกรณีที่มี
การแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุหมายเลขฉุกเฉินรวม ๑๑๒

การเชื่อมระบบระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวม ๑๑๒ กับศูนย์รายงานเดิม จะทำให้ศูนย์รายงาน
ได้รับข้อมูลต่างๆที่เป็นปัจจุบันจากศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวม ๑๑๒ ได้พร้อมกัน



ภาพแสดงระบบสนับสนุนการดำเนินงานโดยศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินฉุกเฉินรวมหมายเลขเดียว

๑๒. ระบบสนับสนุนชุดปฏิบัติการโดยศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมหมายเลขเดียว

เมื่อศูนย์รับแจ้งเหตุ ๑๑๒ รับแจ้งเหตุแล้ว ศูนย์รายงานซึ่งได้รับข้อมูลพร้อมกันทำการรายงานไป
ยังหน่วยปฏิบัติการแล้ว ศูนย์รายงานมีหน้าที่ประสานกำกับทีมปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัย

ระหว่างที่รอชุดปฏิบัติการเดินทางไปยังจุดเกิดเหตุ เจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒ จะส่งต่อสายพร้อมด้วยข้อมูลไปยังโต๊ะเจ้าหน้าที่ประสานงานที่อยู่ประจำศูนย์ประสานเบื้องต้นก่อนที่ชุดปฏิบัติการไปถึง หากจำเป็นต้องให้คำแนะนำพิเศษจะประสานให้ที่ปรึกษาในประเภทฉุกเฉินที่อยู่ประจำศูนย์เข้าร่วมสายสื่อสารให้คำแนะนำ หากจำเป็นต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจากหน่วยงานอื่นที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ในขณะนั้น เจ้าหน้าที่ประสานงานที่ศูนย์จะสื่อสารไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเข้าร่วมสายสื่อสารเพื่อให้ความช่วยเหลือเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการสื่อสารหลายสายพร้อมกัน ผู้ประสบเหตุหรือผู้แจ้งเหตุสามารถสื่อสารได้ทั้งเสียง ภาพ หรือวิดีโอ มายังศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินได้

เมื่อชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุ ปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึงระหว่างเคลื่อนย้ายจากจุดเกิดเหตุไปยังจุดหมายปลายทาง เจ้าหน้าที่ประสานงานจะประสานหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เป็นส่วนเสริมระบบประสานกำกับของศูนย์จ่ายงานที่มีอยู่แล้ว โดยไม่ให้เกิดความสับสนของการประสานหลายหน่วยงานขึ้น การกำกับติดตามจะสิ้นสุดเมื่อผู้ประสบเหตุพ้นภาวะฉุกเฉินรวมถึงการรับงานงานผลการปฏิบัติการของทีมปฏิบัติการด้วย



ภาพแสดงระบบสนับสนุนชุดปฏิบัติการโดยศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมหมายเลขเดียว

๑๓. ระบบติดตามประเมินผลการช่วยเหลือฉุกเฉิน

เมื่อสิ้นสุดการกำกับติดตามจนพ้นภาวะฉุกเฉินแล้ว ผู้ประสานกำกับติดตามจะส่งต่อข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่ติดตามประเมินผลการช่วยเหลือฉุกเฉิน บันทึก สรุปรายงาน วิเคราะห์ประเมินผลตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนพ้นภาวะฉุกเฉิน เพื่อเป็นฐานข้อมูล รายงานต่อผู้บังคับบัญชา เพื่อสั่งการหรือเพื่อการตัดสินใจ การแถลงข่าว การสื่อสารสาธารณะ และเพื่อการถอดบทเรียน การศึกษาวิจัยต่อไป



๑๔. ระบบจัดการฐานข้อมูล การใช้ การเชื่อม การแจ้งเหตุ และการสื่อสารสาธารณะ



ภาพแสดงระบบติดตามประเมินผลการช่วยเหลือฉุกเฉิน

๒. ประเด็นการศึกษา

๒.๑ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินเบอร์เดียวโดยเร็ว

๒.๒ เพื่อศึกษาการยอมรับที่จะมีหมายเลขฉุกเฉิน ๑๑๒ เพียงหมายเลขเดียว ส่วนหมายเลขฉุกเฉินที่ใช้ในปัจจุบันยังคงเดิมไว้ในระยะเริ่มแรก

๒.๓ เพื่อศึกษาว่าหน่วยงานใดที่เหมาะสมที่สุด มีความพร้อมมากที่สุด ที่จะป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานในระยะเริ่มแรก

๒.๔ ศึกษาแผนงานการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินในระยะเริ่มแรก

๒.๕ เพื่อศึกษาถึงประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับหลังจากมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินแห่งชาติ

๓. วิธีการพิจารณาศึกษา

๓.๑ พิจารณาศึกษาจากข้อมูลเอกสารทางวิชาการและเอกสารของหน่วยงาน และรายงาน การพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน สิทธิเสรีภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค ที่เตรียม นำเสนอต่อวุฒิสภา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๔

๓.๒ พิจารณาศึกษาโดยการเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาร่วมประชุมเพื่อชี้แจง แสดงความ คิดเห็นประกอบด้วย

๓.๒.๑ กระทรวงสาธารณสุข

๓.๒.๒ กระทรวงมหาดไทย

๓.๒.๓ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

๓.๒.๔ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

๓.๒.๕ สำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยกรุงเทพมหานคร

๓.๒.๖ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี

๓.๒.๗ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม แห่งชาติ

๓.๓ พิจารณาศึกษาดูงานการปฏิบัติงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๔. สรุปผลการพิจารณา

๔.๑ พิจารณาแล้วเห็นว่า มีความเป็นไปได้ในการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินเบอร์เดียวโดยเร็ว เนื่องจาก

๔.๑.๑ ปัจจุบัน ประเทศไทย เป็นสมาชิกของสหภาพโทรคมนาคมระหว่างประเทศ (International Communication Union: ITU) ซึ่งมีข้อเสนอและสนับสนุนให้ประเทศสมาชิกกำหนดให้มี หมายเลขฉุกเฉินเลขหมายเดียว (Single Initial Emergency Number) โดยเสนอให้ใช้ เลขหมาย ๑๑๒ หรือ ๙๑๑ โดยหมายเลข ๑๑๒ มีการใช้ถึงร้อยละ ๖๗ ทั่วโลก

๔.๑.๒ คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม แห่งชาติได้จัดสรรเลขหมาย ๑๑๒ และได้มีประกาศเป็นหมายเลขฉุกเฉินหมายเลขเดียวของประเทศไทย เมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๗ เพื่อรับแจ้งเหตุฉุกเฉินทั้งด้านการแพทย์ฉุกเฉิน อาชญากรรม งานจราจร และ แจ้งเหตุเพลิงไหม้

๔.๑.๓ ในประกาศคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการ โทรคมนาคมแห่งชาติเมื่อวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ได้กำหนดให้ผู้ผลิตอุปกรณ์ที่มีมาตรฐานของตัวเครื่อง โทรศัพท์มือถือในรุ่นต่างๆ ผู้ผลิตต้องโปรแกรมเลขหมายสำหรับโทรออกในกรณีฉุกเฉินแม้กรณีเครื่อง ล็อคหรือ ไม่มีซิมการ์ด

๔.๑.๔ เทคโนโลยี อุปกรณ์สื่อสาร ปัจจุบันสามารถ พัฒนาเพื่อนำไปสู่ระบบศูนย์แจ้งเหตุ ฉุกเฉินที่สมบูรณ์แบบได้

๔.๒ พิจารณาแล้วเห็นว่า มีการยอมรับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะมีหมายเลขฉุกเฉิน ๑๑๒ เพียงหมายเลขเดียว และคงหมายเลขฉุกเฉินเดิมที่ใช้ในปัจจุบันไว้ในระยะเริ่มแรก จนกระทั่งประชาชนเกิด ความคุ้นเคยและ มั่นใจกับเลขหมาย ๑๑๒ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความเห็น ดังนี้

๔.๒.๑ กระทรวงสาธารณสุขเห็นด้วยกับการกำหนดหมายเลขฉุกเฉินเป็นหมายเลขเดียว ทั่วประเทศ และควรกำหนดเป็นหมายเลขสามหลัก เพื่อความสะดวกกับประชาชน

๔.๒.๒ กระทรวงมหาดไทยเห็นด้วยกับการกำหนดหมายเลขฉุกเฉินเป็นหมายเลขเดียวทั่วประเทศ

๔.๒.๓ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดใหญ่ มีการบริหารจัดการรับแจ้งเหตุ โดยเฉพาะการแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายเลขเดียว คือ หมายเลข ๑๖๖๙ ในระดับจังหวัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเห็นด้วยกับการกำหนดหมายเลขฉุกเฉินเป็นหมายเลขเดียวทั่วประเทศ และควรกำหนดเป็นหมายเลขสามหลัก โดยเสนอว่า ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินการเกี่ยวกับเหตุฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คือ มีศูนย์สั่งการเดียวและท้องถิ่นแต่ละแห่งส่วนใหญ่มีศักยภาพในการดูแลประชาชน

๔.๒.๔ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเห็นด้วยการกับการปฏิรูปสายด่วนหมายเลขเดียว และเห็นควรให้ท้องถิ่นเข้ามาบทบาทในการดำเนินการในเรื่องนี้ โดยดำเนินการรับแจ้งเหตุ (Call Center) เป็นศูนย์เดียว

๔.๒.๕ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เห็นด้วยกับการปฏิรูปการแจ้งเหตุฉุกเฉินโดยใช้มีหมายเลขเดียว แต่ต้องมีการกำหนดให้ชัดเจนว่า หน่วยงานไหนจะเป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบดำเนินการ หากมีการรวมศูนย์สั่งการแล้ว ควรมีเอกภาพในการดำเนินการนอกจากนี้ หากเอาระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินของสำนักงานตำรวจแห่งชาติไปรวมไว้ หน่วยงานที่มาดำเนินการต้องคำนึงถึงการให้บริการคู่สายในจำนวนมาก เพราะเรื่องความปลอดภัยในชีวิตร่างกายและทรัพย์สินเป็นเรื่องที่มีการแจ้งมาเป็นจำนวนมากในแต่ละเดือน

๔.๒.๖ สำนักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานรับผิดชอบให้บริการรับแจ้งเหตุอัคคีภัยและสาธารณภัยอื่น ๆ ขอเสนอให้ตั้งศูนย์สั่งการกระจายไปในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้การเข้าถึงเหตุเป็นไปมาตรฐานสากล คือ ไม่เกิน ๘ นาที ภายหลังจากรับแจ้งเหตุ ทั้งนี้ ขอเสนอว่า ศูนย์รับแจ้งเหตุ (Call Center) กับศูนย์สั่งการควรเป็นคนละประเด็นกัน โดยศูนย์การรับแจ้งเหตุควรเป็นเพียงข้อมูลหนึ่งที่จะให้ศูนย์สั่งการนำไปพิจารณาดำเนินการ ซึ่งศูนย์สั่งการเป็นที่บูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานในภาวะที่มีเหตุฉุกเฉินเกิดขึ้น มิใช่เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุ และศูนย์สั่งการที่เหมาะสมควรอยู่ระดับจังหวัด

๔.๒.๗ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบริหารจัดการเลขหมายโทรคมนาคมของประเทศไทย หน่วยงานเห็นด้วยกับการปฏิรูประบบฉุกเฉินมีหมายเลขเดียว ซึ่งหน่วยงานได้มีการกำหนดหมายเลข ๑๑๒ เพื่อดำเนินการในส่วนนี้ตามมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้แล้ว สอดคล้องกับทางปฏิบัติของทั่วโลกที่กำหนดการแจ้งเหตุฉุกเฉินเป็นเบอร์เดียว อาทิ สหรัฐอเมริกามีหมายเลขแจ้งเหตุหมายเลขเดียว คือ หมายเลข ๙๑๑ และ สหภาพยุโรปมีหมายเลขแจ้งเหตุหมายเลขเดียว คือ หมายเลข ๑๑๒ การกำหนดหมายเลขฉุกเฉินเป็นหมายเลขเดียวนั้น ประชาชนย่อมได้ประโยชน์ โดยการลดภาระในการจำหมายเลขโทรศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องฉุกเฉินที่มีเป็นจำนวนมาก แต่การดำเนินการจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ อยู่ที่การบริหารจัดการภายในของแต่ละประเทศ หน่วยงานมีการกำหนดเรื่องนี้อยู่ในแผนเลขหมายโทรคมนาคมของประเทศมีการกำหนดหมายเลขฉุกเฉินสำหรับการใช้โทรแจ้งเหตุฉุกเฉินของประเทศ ได้มีการขอความร่วมมือ หน่วยงาน และผู้ใช้หมายเลขที่ทับซ้อนกับ หมายเลข ๑๑๒ อาทิ ๑๑๒๓ ๑๑๒๔ ๑๑๒๕ และ ๑๑๒๖ ให้ยุติการใช้หมายเลขดังกล่าวหากมีการดำเนินการกำหนดให้ หมายเลข ๑๑๒ เป็นหมายเลขการแจ้งเหตุฉุกเฉินของชาติได้เกิดเป็นรูปธรรมการเชื่อมต่อเบอร์โทรศัพท์เป็นหมายเลขเดียว หน่วยงานไม่มีข้อขัดข้องหรืออุปสรรคทางเทคนิค

๔.๓ พิจารณาหน่วยงานที่มีความเหมาะสมในระยะเริ่มแรกเห็นว่าสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีความเหมาะสมและมีความพร้อมมากที่สุดที่จะเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานในเบื้องต้นเนื่องจาก

๔.๓.๑ หน่วยงานนี้ เป็นหนึ่งในสามของการปฏิบัติฉุกเฉิน ๓ ประเภท ที่ทั่วโลกนิยมใช้ หมายเลขเดียว ๑๑๒ตามข้อเสนอของสหภาพโทรคมนาคมระหว่างประเทศ ได้แก่การแพทย์ฉุกเฉิน เหตุเพลิงไหม้ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน

๔.๓.๒ จากสถิติการออกปฏิบัติการฉุกเฉินทั่วโลกพบว่าการปฏิบัติการฉุกเฉินมากกว่าร้อยละ ๙๐ เป็นการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจุบันมีการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินถึง ๑,๒๐๐,๐๐๐ ครั้งต่อปีแยกเป็นการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๗๒โดยองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร(มูลนิธิ) ร้อยละ ๒๔.๐๕และ โดยโรงพยาบาลรัฐและเอกชนร้อยละ ๒๓.๙๒

๔.๓.๓ มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ รองรับ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินมีสถานะเป็นองค์กรอิสระ ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การดำเนินการมีความต่อเนื่อง ผู้บริหารและพนักงานสามารถส่งสมประสงค์และความชำนาญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

๔.๓.๔ มีแผนสำหรับศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียวอยู่ในแผนพัฒนา รวมทั้งมีแผนการประชาสัมพันธ์ของระบบ ประกอบกับมีการดูงานศึกษาเปรียบเทียบ การบริหารระบบ ๑๑๒ ของประเทศในสหภาพยุโรป

๔.๓.๕ เมื่อมีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒ ขึ้น ในการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านหมายเลข ๑๑๒ การดำเนินงานเพื่อการออกปฏิบัติการสามารถกระทำได้ดีทันทีเพราะปัจจุบันมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เชื่อมต่อกับหน่วยงานส่วนใหญ่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้แล้ว ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งออกปฏิบัติการทั้งการแพทย์ฉุกเฉินและการดับเพลิงองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร(มูลนิธิกู้ภัยและกู้ชีพ) ขาดเพียงการเชื่อมระบบสารสนเทศกับสำนักงานตำรวจซึ่งออกปฏิบัติการด้านความปลอดภัยเท่านั้น

๔.๔ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน(สพฉ)มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ โดยมีแผนการดำเนินงานในระยะเริ่มแรกดังนี้

๔.๔.๑ ด้านระบบ

๔.๔.๑.๑ ได้ออกแบบระบบสารสนเทศการแจ้ง การรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ด้วยระบบบริการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (Public Safety Answering Point: PSAP) มีระบบแจ้งเลขหมายเพื่อระบุผู้โทร และระบบแจ้งตำแหน่งอัตโนมัติ โดยโครงข่ายโทรศัพท์ประจำที่และโทรศัพท์เคลื่อนที่ ด้วยอุปกรณ์สื่อสารระบบไอพีและฐานข้อมูลแผนที่ รวมถึงฐานข้อมูลบันทึกข้อมูลการให้บริการรับแจ้งเหตุ และระบบเชื่อมโยงกับศูนย์จ่ายงานปฏิบัติการฉุกเฉินทั้ง ๓ ประเภท เพื่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยการบูรณาการกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ รวมถึงหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และออกแบบระบบกรณีแจ้งเหตุไม่ฉุกเฉินเชื่อมและประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกรณีที่ต้องดำเนินการกรณีเหตุไม่ฉุกเฉิน

๔.๔.๑.๒ ได้ขออนุมัติต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเป็นหน่วยงานประสานให้มีระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมโดยหมายเลขโทรศัพท์หมายเลข ๑๑๒ หมายเลขเดียว

๔.๔.๑.๓ ได้ประสานกับสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช) เพื่อขอให้ อนุมัติเลขหมาย ๑๑๒ ให้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน(สพฉ) เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการ และ ขอความร่วมมือสำนักงานคณะกรรมการกิจการ

กระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช) ในการกำหนดข้อบังคับ ให้
เครือข่ายผู้ให้บริการโทรศัพท์ ดำเนินการจัดการด้านเทคนิคให้สามารถโทรแจ้งเหตุฉุกเฉินได้โดยกดปุ่ม
ฉุกเฉินเพียงปุ่มเดียวในโทรศัพท์เคลื่อนที่และโทรศัพท์พื้นฐาน มาয়งศุนย์รับแจ้งเหตุ ๑๑๒ และให้สามารถ
แจ้งเหตุฉุกเฉินได้แม้ไม่มีซิมการ์ด หรือเป็นเครื่องเปล่าและจับสัญญาณอย่างใดอย่างหนึ่งได้

๔.๔.๑.๔ ได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านอุปกรณ์ที่
ไม่ใช่เครื่องโทรศัพท์ เช่นปุ่มอุปกรณ์แจ้งเหตุฉุกเฉินที่ติดตั้งในอาคาร การยกหรือกดปุ่มฉุกเฉินต่างๆเช่นแจ้ง
เหตุดับเพลิง หรือเปิดตู้เพื่อหิบบเครื่องกระตุกหัวใจ (AED) เป็นต้น เป็นการแจ้งเหตุฉุกเฉินไปยังศุนย์รับแจ้ง
เหตุ ๑๑๒

๔.๔.๑.๕ มีแผนในการประสานเครือข่ายผู้ให้บริการติดตั้งโครงข่าย จุดรับสัญญาณ
(cell site) เพื่อให้สามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินครอบคลุมทุกพื้นที่แม้เป็นพื้นที่ห่างไกลชุมชน สามารถทดแทน
ข้ามเครือข่ายได้ทั้งหมด

๔.๔.๑.๖ สามารถออกแบบระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินให้มีการระบุพิกัดและระบุผู้แจ้ง
เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินงานให้หน่วยปฏิบัติการที่มีทีมปฏิบัติการฉุกเฉินไปยังจุดเกิดเหตุได้สะดวกและ
รวดเร็วและรู้ข้อมูลบุคคลและสุขภาพของผู้แจ้งหรือผู้ที่ประสบภัยผ่านเลขบัตรประชาชน ๑๓ หลัก

๔.๔.๑.๗ สามารถประสานหน่วยงานกระทรวงต่างประเทศ สถานทูตต่างๆที่
เกี่ยวข้อง จัดให้มีล่ามภาษาต่างประเทศที่ศุนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒ และเชื่อมระบบสื่อสารกับศุนย์อื่น

๔.๔.๑.๘ สามารถจัดให้มีระบบรองรับกรณีที่เป็นเหตุไม่ฉุกเฉินได้แก่กรณีโทรมา
เพื่อขอคำแนะนำ ต้องการปรึกษาเรื่องใดๆ ต้องการร้องเรียน และอื่นๆ กรณีเป็นเหตุฉุกเฉิน แต่อาจจะ
เพียงแนะนำผู้ประสบภัยโดยวิธีการผ่านสื่อสารทางไกล



ภาพแสดงระบบการจัดการให้มีระบบรองรับกรณีที่เป็นเหตุไม่ฉุกเฉิน

๔.๔.๑.๙ มีการออกแบบและประสานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้กลุ่ม
เปราะบางได้แก่เด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้เจ็บป่วยเรื้อรังสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้โดยสะดวก เช่น
ประสานกับเครือข่ายผู้พิการ สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย ศุนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และ
คอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC) ร่วมกับศุนย์บริการถ่ายทอดการสื่อสารแห่งประเทศไทย (TTRS) จัดให้มี

ล่ามภาษามือที่ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒ และเชื่อมระบบสื่อสารกับศูนย์บริการถ่ายทอดการสื่อสารแห่งประเทศไทย (TTRS) ระบุพิกัดหลังคาเรือนที่มีบุคคลที่เป็นผู้เปราะบางไว้ล่วงหน้าในภูมิสารสนเทศ ระบุพื้นที่แสดงระดับความเสี่ยง พัฒนาอุปกรณ์ติดตามตัวกลุ่มเปราะบาง เช่น ระบบที่ช่วยบอกตำแหน่งที่อยู่บนพื้นผิวโลก โดยอาศัยสัญญาณดาวเทียม (GPS) และระบบซิมการ์ดเพื่อให้สามารถติดตามได้แม้ไม่ได้อยู่ที่บ้าน



การกระจายตัวของคนพิการทางการมองเห็น



การกระจายตัวของคนพิการทางการได้ยิน



ภาพการออกแบบและประสานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้กลุ่มเปราะบางสามารถส่งสัญญาณมาที่ศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒ และการระบุพิกัดหลังคาเรือนที่มีบุคคลที่เป็นผู้เปราะบางเพื่อให้สามารถติดตามได้แม้ไม่ได้อยู่ที่บ้าน

๔.๔.๑.๑๐ สามารถประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลข ๑๑๒ หมายเลขเดียว โดยได้จัดทำแผนงานโครงการและแผนงบประมาณ ด้านการลงทุนและด้านการดำเนินงาน รวมทั้งจัดทำแผนโครงสร้างบริหารและแผนปฏิบัติงาน พัฒนาอบรมบุคลากร

๔.๔.๒ ด้านบุคลากร

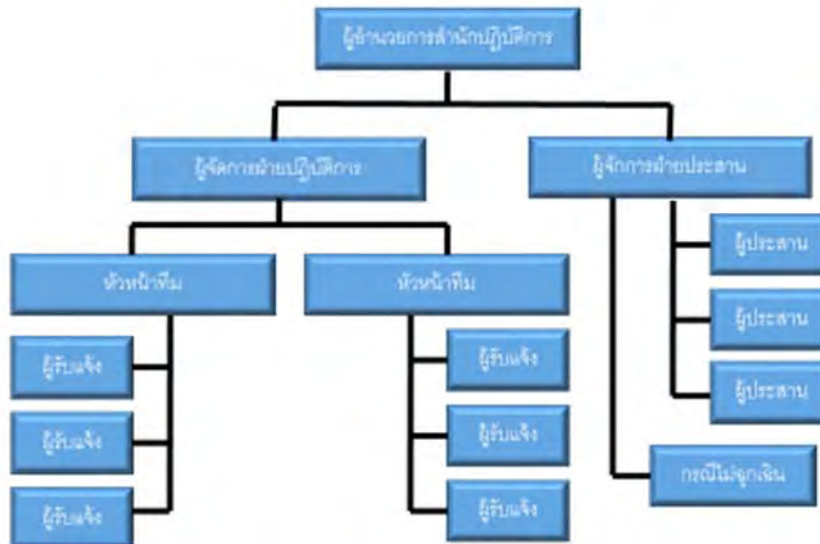
๔.๔.๒.๑ ตั้งคณะทำงานจากผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดทิศและยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนสู่การมีระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมโดยหมายเลขโทรศัพท์หมายเลข ๑๑๒ หมายเลขเดียว

๔.๔.๒.๒ ในการจัดโครงสร้างการปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒ แบ่งเป็น ๓ ส่วน คือ ๑.ส่วนบริหารจัดการและพัฒนาศูนย์ ๒.ส่วนรับแจ้งเหตุฉุกเฉินและประสานความช่วยเหลือ ๓.ส่วนสนับสนุนภายในและภายนอก

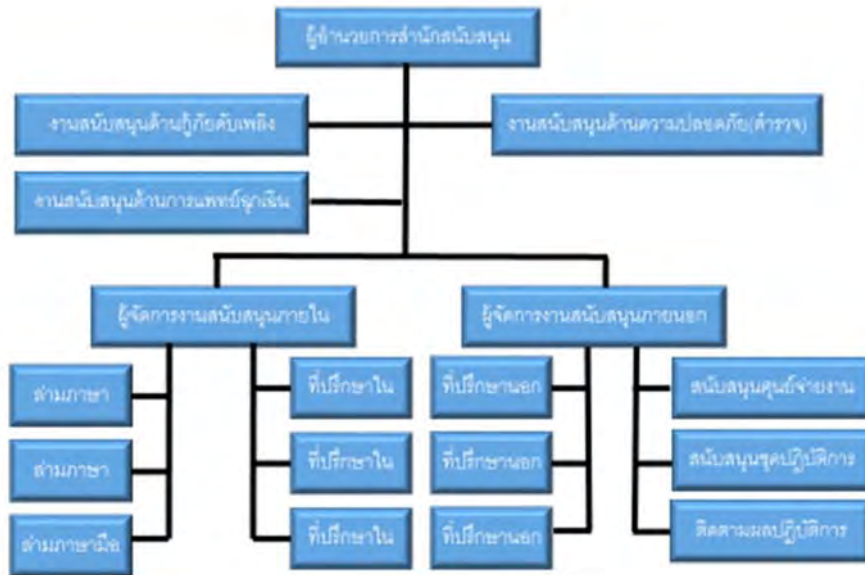


๑.ส่วนบริหารจัดการและพัฒนาศูนย์

๒.ส่วนรับแจ้งเหตุฉุกเฉินและประสานความช่วยเหลือ



๓. ส่วนสนับสนุนภายในและภายนอก



ภาพแสดง ๓ ส่วนโครงสร้างการปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๑๒

๔.๔.๒.๓ ในการดำเนินการในระยะต่อไป ได้มีการแบ่งเป็น ๓ ระยะ ของการพัฒนาเปลี่ยนผ่านไปสู่ระบบศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียวศูนย์เดียว และการขยายศูนย์จ่ายงานในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



ระยะที่ ๒ แต่ละจังหวัดรวมศูนย์ย้ายงานฉุกเฉินทั้ง ๓
ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนสามารถแจ้ง
เหตุผ่านหมายเลข ๑๑๒ และหมายเลขเดิมได้



112 Call Center

เชื่อม ๑๑๒



ศูนย์รับแจ้งเหตุ
และจ่ายงาน
๑๖๖๙ ๑๙๑ ๑๙๙
ศูนย์จ่ายงาน ๑๑๒

ศูนย์จ่ายงานที่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น(อบจ)

ระยะที่ ๓ แต่ละจังหวัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขยายศูนย์จ่ายงาน
เพิ่มขึ้นใกล้จุดพื้นที่มากขึ้น เป็น ๓-๕ แห่งต่อจังหวัด หมายเลขอื่นใช้
น้อยลงและยกเลิก กงเหลือหมายเลข ๑๑๒ หมายเลขเดียว



112 Call Center

เชื่อม ๑๑๒

เชื่อม ๑๑๒

เชื่อม ๑๑๒



ศูนย์จ่ายงาน ๑๑๒

ศูนย์จ่ายงาน ๑๑๒

ศูนย์จ่ายงาน ๑๑๒

ขยายศูนย์จ่ายงานที่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น(อบจ)

ภาพแสดงการพัฒนาเปลี่ยนผ่านไปสู่ระบบศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียวศูนย์เดียว
และการขยายศูนย์จ่ายงาน

๔.๔.๓ ด้านงบประมาณ

๔.๔.๓.๑ งบประมาณ ในปีแรกๆที่ดำเนินการ จำนวน ๑๗๑,๕๐๔,๐๐๐ บาท

โดยเป็นงบลงทุน จำนวน ๔๗,๘๘๐,๐๐๐ บาท และงบดำเนินงาน จำนวน ๘๓,๐๔๔,๐๐๐ บาท ต่อมาในปี
ที่ ๒ สนับสนุนงบดำเนินงาน จำนวน ๘๓,๐๔๔,๐๐๐ บาท และในปีถัดๆไป เป็นงบดำเนินงาน เพิ่มขึ้นอีก
ร้อยละ ๕ ของงบดำเนินงานที่ได้รับ (๘๓,๐๔๔,๐๐๐ บาท) เพื่อใช้ในการซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์

๔.๕ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๔.๕.๑ มีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลข ๑๑๒ หมายเลขเดียว จำนวน ๑ ศูนย์
- ๔.๕.๒ ประชาชนสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินด้วยหมายเลขฉุกเฉิน ๑๑๒ ได้ทุกจังหวัด จำนวน ๗๗ จังหวัด
- ๔.๕.๓ ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินสามารถรับแจ้งเหตุฉุกเฉินด้วยหมายเลขฉุกเฉิน ๑๑๒ ได้ภายในเวลา ๑๐ วินาที
- ๔.๕.๔ ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลข ๑๑๒ หมายเลขเดียวสามารถระบุตำแหน่งได้แม่นยำไม่เกิน ๒๐๐ เมตร
- ๔.๕.๕ ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลข ๑๑๒ หมายเลขเดียวสามารถเชื่อมข้อมูลกับศูนย์รายงานการแพทย์ฉุกเฉิน ดับเพลิงกู้ภัยและตำรวจได้อย่างเป็นปัจจุบัน ที่ตรงกับพื้นที่รับผิดชอบที่เป็นจุดเกิดเหตุ
- ๔.๕.๖ ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลข ๑๑๒ หมายเลขเดียวมีประสิทธิภาพให้ศูนย์รายงานสามารถรายงานได้ภายใน ๖๐ วินาทีนับตั้งแต่รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน
- ๔.๕.๗ ประชาชนในประเทศไทยได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ เท่าเทียม ทั้งถึงผ่านระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขฉุกเฉิน ๑๑๒ หมายเลขเดียวได้ทุกจังหวัด จำนวน ๗๗ จังหวัด
- ๔.๖ ผลประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ จากศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว ๑๑๒ มีดังนี้
 - ๔.๖.๑ จัดทำได้ง่าย แม้ในสถานการณ์ฉุกเฉิน สามารถกดปุ่มโทรฉุกเฉินได้ทันที
 - ๔.๖.๒ สามารถเข้าถึงกลุ่มบุคคลเฉพาะเช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง คนพิการ ประเภทต่างๆ
 - ๔.๖.๓ ประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่ายสะดวก ครอบคลุมได้อย่างทั่วถึง
 - ๔.๖.๔ ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว ๑๑๒ จะสามารถระบุตำแหน่งพิกัดสถานที่โทรแจ้ง นำไปสู่ปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ทันเวลา
 - ๔.๖.๕ ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การบูรณาการระหว่างหน่วยปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินต่างๆ ทำให้ การร่วมปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินเกิดประสิทธิภาพ ลดการสูญเสียชีวิต และทรัพย์สินอันจะนำไปสู่การช่วยเหลือในขั้นสูงต่อไป
 - ๔.๖.๖ ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว ๑๑๒ จะเป็นสากลเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

๕. ข้อเสนอประเด็นการปฏิรูปและแนวทางการดำเนินการที่นำเสนอสภาพัฒนาการแห่งชาติพิจารณา

จากการศึกษาและพิจารณาของคณะกรรมการเห็นว่า การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินของประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่มี การบูรณาการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินระหว่างหน่วยงาน ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากล และมีหมายเลขฉุกเฉินหลายหมายเลข ทำให้ประชาชนไม่สามารถจดจำได้ในขณะเกิดภาวะฉุกเฉิน จึงนำไปสู่การปฏิบัติการช่วยเหลือที่ล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เพราะแต่ละหน้าที่ที่ล่าช้าอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนและประเทศชาติเพิ่มขึ้น ดังนั้น

๕.๑ เหตุผลที่ต้องมีการปฏิรูป

การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินของประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่มี การบูรณาการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินระหว่างหน่วยงาน ไม่เป็นไปตามมาตรฐานสากล และมีหมายเลขฉุกเฉินหลายหมายเลข ทำให้ประชาชนไม่สามารถจดจำได้ในขณะเกิดภาวะฉุกเฉิน จึงนำไปสู่การปฏิบัติการช่วยเหลือที่ล่าช้า และไม่มีประสิทธิภาพ

เท่าที่ควร เพราะแต่ละนาที่ที่ล่าช้าอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนและประเทศชาติเพิ่มขึ้น

๕.๒ สิ่งที่ประชาชนจะได้รับจากการปฏิรูป

เบอร์เดียว ๑๑๒ สามารถจดจำได้ง่าย แม้ในสถานการณ์ฉุกเฉิน สามารถกดปุ่มโทรฉุกเฉิน ได้ทันที เข้าถึงกลุ่มบุคคลเฉพาะเช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง คนพิการประเภทต่างๆ ประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่ายสะดวก ครอบคลุมได้อย่างทั่วถึง

ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว ๑๑๒ จะสามารถระบุตำแหน่งพิกัดสถานที่โทรแจ้ง นำไปสู่ปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ทันเวลา

ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การบูรณาการระหว่างหน่วยปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินต่างๆ ทำให้ การร่วมปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินเกิดประสิทธิภาพ ลดการทุพพลภาพ สูญเสียชีวิต และทรัพย์สินอันจะนำไปสู่การช่วยเหลือในขั้นสูงต่อไป

ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว ๑๑๒ จะเป็นสากล และ เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

๕.๓ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๕.๓.๑ สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติเห็นชอบในหลักการปฏิรูประบบการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ด้วยการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินแห่งชาติ โดยใช้หมายเลขโทรศัพท์หมายเลขเดียว ๑๑๒ และเสนอรายงานฉบับดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

๕.๓.๒ สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติดำเนินการเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเรื่อง จัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินแห่งชาติขึ้น และให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาและมีคำสั่งอนุมัติงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการตามแผนงานจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ให้กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยรายละเอียดงบประมาณในระยะเริ่มต้น ในปีแรกที่ดำเนินการ จำนวน ๑๗๑,๕๐๔,๐๐๐ บาทโดยเป็นงบลงทุน จำนวน ๔๗,๘๘๐,๐๐๐ บาท และงบดำเนินงาน จำนวน ๘๓,๐๔๔,๐๐๐ บาท ต่อมาในปีที่ ๒ สนับสนุนงบดำเนินงาน จำนวน ๘๓,๐๔๔,๐๐๐ บาท และในปีถัดๆไป เป็นงบดำเนินงาน เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ ๕ ของงบดำเนินงานที่ได้รับ(๘๓,๐๔๔,๐๐๐ บาท) เพื่อใช้ในการซ่อมบำรุงรักษาอุปกรณ์

๕.๓.๓ คณะรัฐมนตรีมีคำสั่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบปฏิบัติการเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทยโดยกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรุงเทพมหานคร สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นต้น ให้ความร่วมมือและสนับสนุนในการดำเนินการต่างๆ ตามแผนงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับประชาชน

ดังนั้น เพื่อเป็นการคุ้มครองประชาชนในเหตุฉุกเฉิน คณะกรรมาธิการปฏิรูประบบสาธารณสุข สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ จึงขอเสนอรายงานการปฏิรูปการแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียว ๑๑๒ ต่อสถาปนาปฏิรูปแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบและเสนอรายงานฉบับดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

๑. ประกาศคณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติเรื่องหลักเกณฑ์การจัดสรรและบริหารเลขหมาย โทรคมนาคมพ.ศ. ๒๕๕๗
๒. พระราชบัญญัติองค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓
๓. ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๘๐/๒๕๕๗. เรื่องการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วย องค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และ กิจการโทรคมนาคม
๔. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ลงวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑. สำนักงานคณะกรรมการ กฤษฎีกา
๕. กรมทางหลวง. สืบค้นจาก http://www.boh10suphanburi.com/prof_file/e-book/s2554.pdf. เข้าถึงเมื่อวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗
๖. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานการศึกษาความคุ้มค่าการพัฒนาประสิทธิผลของการ ปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันที่. ๒๕๕๔
๗. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. สถิติการจราจร, สืบค้นจาก www.royalthaipolice.go.th เข้าถึงเมื่อ วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗
๘. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สสำรวจความพิการ (The ๒๐๑๒ Disability survey) พ.ศ.๒๕๕๕ หน่วยเฝ้าระวังและสะท้อนสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน. สืบค้นจาก <http://trso.thairoads.org/statistic/national/N-SPI-B2-02> เข้าถึงวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗
๙. องค์การอนามัยโลก. Global Status Report on Road Safety 2013. สืบค้นจาก http://www.who.int/violence.injury_prevention/road_safety_status/2013/report/en. เข้าถึงเมื่อวันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗.

ภาคผนวก ง.

๒. รายงานการควบคุมโฆษณาอาหารในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็กและเยาวชน*

๑. หลักการเหตุผล

ตามที่กรมประชาสัมพันธ์ได้ออกประกาศกรมประชาสัมพันธ์เรื่อง “หลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจที่มีผลกระทบต่อเด็กทางสถานีวิทยุโทรทัศน์ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๑” และต่อมามีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๕๑ มีผลให้ประกาศกรมประชาสัมพันธ์ฉบับดังกล่าวถูกยกเลิกไป จึงมีประเด็นผลกระทบจากกรบังคับใช้กฎหมายพระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ เกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของกรมประชาสัมพันธ์ รวมถึงบรรดากฎกระทรวง ประกาศ ระเบียบของกรมประชาสัมพันธ์ว่าจะยังมีผลใช้บังคับอยู่หรือไม่ ซึ่งประกาศหลายฉบับมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสุขภาพเด็กและเยาวชน เช่น หลักเกณฑ์การโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนทางสถานีวิทยุโทรทัศน์ เป็นต้น รวมถึงประเด็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กทช.) ในการกำกับดูแลกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ในบางเรื่อง เป็นการชั่วคราวตามพระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑

กรมประชาสัมพันธ์ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ตามพระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๔๘ ซึ่งสิ้นสุดไปแล้วนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบที่รัฐโดยรวมมิได้เตรียมการรองรับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการประกาศพระราชบัญญัติการประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๑ แม้ว่าเครือข่ายองค์กรภาคประชาชนด้านสื่อและการคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชน การคุ้มครองผู้บริโภคจะได้ทำหนังสือถึงรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี (นายจักรภพ เพ็ญแข) เมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๑ แล้วก็ตาม

จนกระทั่ง มีการจัดตั้งคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ตามพระราชบัญญัติองค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ เพื่อทำหน้าที่ในการจัดสรรคลื่นความถี่ กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ซึ่งรวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านต่าง ๆ ทั้งนี้ กสทช. ได้ออกประกาศ กสทช. เรื่อง การกระทำที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งกำหนดให้การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่หน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่พิจารณาแล้วว่าเป็นการกระทำผิดกฎหมายว่าด้วยอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ถือว่าเป็นการกระทำที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคด้วย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อกำหนดด้านการควบคุมโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็กและเยาวชน เป็นการเฉพาะ

เป็นที่ทราบว่าการบริโภคอาหารมีความสำคัญกับการเจริญเติบโตของเด็ก คุณภาพชีวิตของเด็ก และเยาวชนในปัจจุบันได้เปลี่ยนไปในทิศทางที่น่าเป็นห่วง กล่าวคือ ร้อยละ ๘๗ ของเด็กไทยดูทีวีสูงกว่าวัยอื่น ๆ และในขณะที่ใช้เวลาดูโทรทัศน์เป็นช่วงเวลาที่บริโภคขนมขบเคี้ยวมากที่สุด เนื่องจากเด็กใช้เวลา

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

ส่วนใหญ่ไปกับสื่อ ทำให้เด็กแสวงหาความสุขตามกระแสตะวันตก และได้รับการกระตุ้นจากการโฆษณา ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมผู้บริโภค ความเชื่อ ทศนคติ ของเด็ก ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

สืบจนกระทั่ง มีการจัดตั้งคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ตามพระราชบัญญัติองค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ เพื่อทำหน้าที่ในการจัดสรรคลื่นความถี่ กำหนดนโยบาย และกำกับดูแลกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ซึ่งรวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านต่าง ๆ ทั้งนี้ กสทช. ได้ออกประกาศ กสทช. เรื่อง การกระทำที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งกำหนดให้การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่หน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่พิจารณาแล้วว่าเป็นการกระทำผิดกฎหมายว่าด้วยอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ ถือว่าเป็นการกระทำที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคด้วย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อกำหนดด้านการควบคุมโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็กและเยาวชน เป็นการเฉพาะ

ต่อมา เครือข่ายองค์กรภาคประชาชนด้านสื่อและการคุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชน กับการคุ้มครองผู้บริโภคได้มีหนังสือ เมื่อวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๗ ขอให้ กสทช. กำกับดูแลการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในรายการโทรทัศน์โดยเสนอให้มีการออกระเบียบเรื่องนี้ขึ้นเป็นการเฉพาะ รวมทั้งจัดให้มีกลไกติดตามตรวจสอบ มิให้มีแต่การดำเนินการรอรับเรื่องร้องเรียนเท่านั้น ซึ่งทาง กสทช. สุกัญญา กลางณรงค์ ได้มอบหมายให้สำนักงาน กสทช. ดำเนินการ ทางสำนักงาน กสทช. จึงได้จัดทำ (ร่าง) ประกาศ สำนักงาน กสทช. เรื่องการกระทำที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ตามข้อ ๕(๑๒) ของประกาศคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ เรื่อง การกระทำที่เป็นการเอาเปรียบผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคตามมาตรา ๓๑ แห่งพระราชบัญญัติองค์กรจัดสรรคลื่นความถี่และกำกับการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ และนำร่าง ประกาศฯ ดังกล่าวเข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคก้านกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ครั้งที่ ๒๓/๒๕๕๗ และ๒๔/๒๕๕๗ วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๕๗ และ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ทางคณะกรรมการฯ พิจารณาแล้วเห็นควรให้มีการสมมนารับฟังความเห็นจากผู้บริโภคและภาคประชาสังคม รวมทั้งจากฝ่ายกฎหมาย

ผลจากการสมมนารับฟังความเห็นจากผู้บริโภคมีข้อเสนอแนวปฏิบัติเป็น ๒ ทางเลือก ทางเลือกแรก ห้ามการโฆษณาสินค้าและบริการในรายการสำหรับเด็ก เยาวชนและครอบครัว ไม่ว่าจะโฆษณาตรงหรือแอบแฝง รวมทั้งห้ามโฆษณาก่อนและหลังรายการ ทางเลือกที่ ๒ อนุญาตให้โฆษณาได้ แต่ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เช่น ไม่มีเนื้อหาประเด็นเรื่องเพศ ความรุนแรง และค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง ห้ามใช้เด็กเป็นพรีเซ็นเตอร์ในการโฆษณาสินค้า ห้ามให้บริษัทอาหารและเครื่องดื่มที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสมเป็นสปอนเซอร์รายการสำหรับเด็ก ห้ามใช้กลยุทธ์ลด แลก แจกแถมเพื่อโน้มน้าวการบริโภค เป็นต้น ส่วนกลไกนั้น เสนอให้มีคณะกรรมการที่มาจากทุกภาคส่วนบูรณาการแนวคิดและร่วมกันทำงาน การโฆษณาขนมเด็กควรมีผู้เชี่ยวชาญที่เป็นนักจิตวิทยาเข้าร่วมด้วย ควรมีเครือข่ายครู ผู้ปกครองร่วมทำงานในการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับเด็ก เป็นต้น ทั้งนี้ ในปัจจุบัน (มกราคม ๒๕๕๘) อยู่ระหว่างการพิจารณาจัดทำร่างหลักเกณฑ์ดังกล่าว เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคฯ และคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ (กสท.) ใน กสทช. เพื่อพิจารณาตามลำดับ

ข้อมูลจากการสำรวจโฆษณาทางโทรทัศน์ที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก ในสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และอีก ๘ ประเทศในยุโรป พบว่า ความถี่ของการโฆษณาทางโทรทัศน์ (จำนวนโฆษณาต่อชั่วโมง) มีความสัมพันธ์

กับการมีภาวะน้ำหนักเกินในสังคม โดยเฉพาะไขมันสูงและอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ กล่าวคือ ยังมีจำนวนไขมันมาก ยิ่งเพิ่มอัตราภาวะน้ำหนักเกินของเด็กมากขึ้นด้วย นอกจากนี้ จากการศึกษาสถานการณ์การโฆษณาในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็กไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๑ พบว่า รูปแบบ ความถี่ และปริมาณการโฆษณามีผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคของเด็กอย่างชัดเจน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในรายการสำหรับเด็กๆ กระตุ้นความต้องการบริโภคโดยเฉพาะอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสม ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กอย่างชัดเจน ในขณะที่มีข้อมูลเชิงวิชาการยืนยันถึงผลกระทบของการโฆษณาอาหารที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก แต่ประเทศไทยยังขาดทั้งกฎหมายในการควบคุมการโฆษณาอาหารในช่วงเวลา/รายการเด็ก อีกทั้งกฎหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการควบคุมการโฆษณาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่ครอบคลุมรูปแบบและเนื้อหาที่มีอยู่ในชิ้นงานโฆษณาที่ปรากฏในรายการสำหรับเด็กๆ รวมทั้งกลไกการกำกับดูแลและการติดตามตรวจสอบยังไม่เข้มแข็งหรือมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เด็กจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญโดยเร่งด่วน

๒. ประเด็นการศึกษา

การศึกษาศถานการณ์การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในรายการสำหรับเด็ก ทางฟรีทีวี ช่อง ๓, ๕, ๗ และ ช่อง ๙ เพื่อติดตามสถานการณ์การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในรายการสำหรับเด็ก ระหว่างวันที่ ๒๔ มีนาคม - ๗ เมษายน ๒๕๕๗ วันจันทร์ - ศุกร์ ช่วงเวลา ๑๕.๐๐ - ๒๐.๐๐ น. และ วันเสาร์ - อาทิตย์ ช่วงเวลา ๐๖.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. และ ๑๕.๐๐ - ๒๐.๐๐ น. (ช่วงปิดเทอม) ซึ่งอิงจากกำหนดตามระเบียบของ กสทช. เรื่องช่วงเวลาออกอากาศรายการสำหรับเด็ก และเพิ่มเติมจากการวิเคราะห์เนื้อหารายการตามผังออกอากาศ โดยแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [Food and Nutrition Policy for Health Promotion หรือ FHP] และ โครงการเสริมสร้างสื่อมวลชนศึกษาเพื่อสุขภาพ [Media Monitor] มูลนิธิสื่อมวลชนศึกษา [Foundation for Media Studies]

๓. วิธีพิจารณาศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อศึกษารูปแบบของโฆษณาตรงและโฆษณาแฝง รวมถึงการโฆษณาที่กฎหมายที่เกี่ยวข้องและแนวทางปฏิบัติ โดยมีกรอบอ้างอิงในการศึกษาแบ่งออกเป็น

๑. กฎหมายและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย คือ พระราชบัญญัติอาหารและยา พ.ศ. ๒๕๒๒, ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๐ เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารสำเร็จรูปฯ, ประกาศคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. ๒๕๕๑, พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ และกฎกระทรวง ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๓๔), และแนวทางปฏิบัติด้านโฆษณาสินค้าประเภทอาหารและขนมขบเคี้ยวที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็ก โดยสมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย

๒. กฎหมายและแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติด้านการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กของประเทศอังกฤษและออสเตรเลีย

๓. แนวคิดในการจัดกลุ่มอาหารและเครื่องดื่ม และเกณฑ์การจำแนกอาหาร

๔. ทฤษฎีการพัฒนามนุษย์

๕. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบเรื่องการทำการตลาดและโฆษณา

วิธีการศึกษาใช้การสำรวจโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มจากนั้นทำการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม คัดคะแนนทางโภชนาการ และตัดเกรดอาหารและเครื่องดื่มเหล่านั้น เพื่อจำแนกกลุ่มอาหารและเครื่องดื่ม

ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ จากนั้นจะวิเคราะห์รูปแบบและเนื้อหาการโฆษณาในผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ของ Sixsmith และ Furnham (๒๐๐๙) เป็นกรอบในการจำแนกรูปแบบและเนื้อหาโฆษณา ได้แก่ Health Claim, นำเสนอเชิงวิทยาศาสตร์, อนิเมชัน/เนื้อเรื่องเหนือจริง, ใช้ความฉลาด, เดินเรื่องด้วยเพลง, ใช้เสียงเด็กบรรยาย, ภาพสินค้าใหญ่เกินจริง, ใช้ดาราทัวร์ผู้มีชื่อเสียง, ใช้ตัวละครหรือตัวการ์ตูน, นำแสดงโดยเด็ก ๓-๑๒ ปี, ใช้ราคาเป็นจุดขาย, ใช้ส่วนประกอบสำคัญ, และมีเนื้อหาทางเพศ

๔. สรุปผลการพิจารณา

ผลจากการติดตามเฝ้าระวังการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในรายการสำหรับเด็ก ทางฟรีทีวี ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ร้อยละ ๙๔ ของโฆษณาตรงเป็นโฆษณาอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพของเด็ก โดยโฆษณากลุ่มอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพที่มีสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม รองลงมาคือ กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับนม กลุ่มขนมขบเคี้ยว กลุ่มอาหารสำเร็จรูป และกลุ่มขนมหวาน ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มเป้าหมายหลักของโฆษณาในช่วงเวลาที่ศึกษา ได้แก่ ๑) กลุ่มเด็กเล็ก ๒) กลุ่มวัยรุ่น ๓) กลุ่มผู้ใหญ่ และ ๔) ทุกวัย ในส่วนเทคนิคการโฆษณาสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ ๑) ใช้ตัวแสดง เช่น คนดัง ดารา การ์ตูน ๒) ทำภาพสินค้าใหญ่เกินจริง ๓) อ้างถึงประโยชน์ คุณภาพ และความปลอดภัย ๔) ใช้สีสัน และ ๕) เนื้อเรื่องเหนือจริง ในประเด็นของการส่งเสริมการขาย พบว่า ใช้วิธีลดแลกแจกแถม การชิงโชค และการกำหนดเงื่อนไขให้ซื้อสินค้าเพื่อรวมกิจกรรม

เนื้อหาที่นำเสนอของโฆษณาตรง พบว่า ในกลุ่มขนมขบเคี้ยวนำเสนอเกี่ยวกับรสชาติ ความสุข และความสนุกสนาน, กลุ่มขนมหวาน นำเสนอเกี่ยวกับเนื้อเรื่องเหนือจริง และมิตรภาพ, กลุ่มเบเกอรี่นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการบริโภคแทนอาหารมื้อหลัก, กลุ่มอาหารสำเร็จรูปและกึ่งสำเร็จรูป มีเนื้อหาเกี่ยวกับรสชาติเหมือนอาหารจริง, กลุ่มธัญพืช ซีเรียล นม และผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับนม มุ่งเน้นเนื้อหาด้านคุณประโยชน์ ความสะดวก คุณภาพ และการมีรูปร่างดี, และกลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการมีรูปร่างดีและมีเสน่ห์ ความทันสมัย ความสะดวก คุณภาพ และความสดชื่น

การโฆษณาแฝงเกือบทั้งหมดหรือร้อยละ ๙๘ ของโฆษณาแฝงเป็นโฆษณากลุ่มอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ โดยรูปแบบของโฆษณาที่ใช้มากที่สุด คือ ภาพกราฟิก รองลงมาคือ สปอตสั้น/VTR แฝงวัตถุ แฝงเนื้อหา และแฝงบุคคล เมื่อแบ่งตามเรตของรายการพบว่า โฆษณาแฝงอยู่ในรายการ ท. ที่มีลักษณะทั่วไปมากที่สุด รองลงมาคือ ท. ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับเด็ก และ ท. ที่เป็นรายการการ์ตูน

การโฆษณากับกฎหมายที่เกี่ยวข้องในโฆษณาตรง พบว่า การแสดงเลขที่ใบอนุญาต (ขอ.) จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตามหลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร มีส่วนที่ไม่พบเครื่องหมาย ขอ. ๒๖ ขึ้นจาก ๒๑๐ ขึ้น โดยโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่แสดงเครื่องหมาย ขอ. สูงสุดได้แก่ โฆษณาอาหารพาสต์ฟู้ดและอาหารสำเร็จรูปแปรรูปแช่แข็ง รองลงมาคือ โฆษณานมหรือผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับนม และโฆษณาอื่น ๆ ตามลำดับ

ในส่วนของการขออนุญาตให้มีการแสดงคำเตือน พบว่า กลุ่มอาหารที่ไม่แสดงข้อความหรือแสดงไม่ครบถ้วนไข่มากที่สุด คือ กลุ่มขนมขบเคี้ยว รองลงมาคือ อาหารกึ่งสำเร็จรูป นอกจากนี้ ประเด็นเรื่องการกล่าวอ้างพบว่ามีกรกล่าวอ้างถึง “ส่วนประกอบ” มากที่สุด รองลงมาคือ การกล่าวอ้างว่ามี “ประโยชน์” และการอ้างว่า “แคลเซียมสูง ไขมันต่ำ” การโฆษณากับแนวทางปฏิบัติของประเทศไทย อังกฤษ และ

ออสเตรเลีย พบว่า ประเทศไทยยังไม่มีในเรื่องของการกำหนดให้ไม่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมเฉื่อยชา ไม่แสดงภาพให้เด็กหรือผู้ปกครองรู้สึกผิดหวังหรือด้อยกว่าหากไม่ได้บริโภค และการใช้คำในลักษณะ เช่น “เท่านั้น” “เพียงแค่นี้” เพื่อจูงใจและเร่งรัดให้ซื้อ เมื่อนำผลการสำรวจการโฆษณาเทียบกับแนวปฏิบัติทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การโฆษณาโดยการใช้คำเร่งรัดให้ซื้อ มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือ การส่งเสริมให้บริโภคเกินความจำเป็น และการทำให้เด็กหรือผู้ปกครองรู้สึกเหนือกว่าและการมีเนื้อหาสื่อไปทางเพศ

๕. ข้อเสนอประเด็นการปฏิรูปและแนวทางการดำเนินงานที่นำเสนอสภาปฏิรูปแห่งชาติเพื่อพิจารณา

๑. ออกประกาศเพื่อการคุ้มครองสุขภาพเด็กไทย

๑.๑ ควรเร่งรัดให้สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ออกประกาศเรื่อง หลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจที่มีผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนในกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ โดยมีเนื้อหาที่สอดคล้องตามประกาศกรมประชาสัมพันธ์ เรื่อง หลักเกณฑ์และระยะเวลาสำหรับการโฆษณาและบริการธุรกิจที่มีผลกระทบต่อเด็กทางสถานีวิทยุโทรทัศน์ ลงวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๕๑

๑.๒ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ควรตั้งคณะทำงานถาวรเพื่อออกระเบียบเรื่องการโฆษณาให้มีเนื้อหาครอบคลุมทั้งโฆษณาตรงและโฆษณาแฝง ให้ชัดเจน รวมทั้ง พิจารณาข้อบังคับที่กำหนดให้ ไม่มีการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม ในรายการสำหรับเด็ก หรือ กำหนดให้ผลิตภัณฑ์เดียวกัน จัดทำโฆษณาแยกกัน คือ โฆษณาที่มีเนื้อหาไม่เป็นพิษภัยต่อเด็กเพื่อเผยแพร่ในช่วงเวลา/รายการสำหรับเด็ก และโฆษณาที่มีเนื้อหาสำหรับคนทั่วไป

๒. ควรมีกลไกติดตามและตรวจสอบ การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในรายการ/ช่องสถานีสำหรับเด็ก ที่มีประสิทธิภาพ

๒.๑ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ควรมีกลไกหลังจากโฆษณาได้รับอนุญาตให้สถานีโทรทัศน์ทุกช่องสถานีดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และตามประกาศหรือระเบียบ ดังกล่าว เน้นการกำกับดูแลการสื่อสารการตลาดทางสื่อโทรทัศน์ อย่างคำนึงถึงผลกระทบต่อผู้บริโภคโดยเฉพาะการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ค่านิยม และพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสมของเด็กและเยาวชน

๒.๒ ในการติดตามและตรวจสอบ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) อาจสนับสนุน หรือ ดำเนินการร่วมกับ หน่วยงาน/องค์กร ด้านการศึกษา วิจัย การคุ้มครองผู้บริโภค หรือ ภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [Food and Nutrition Policy for Health Promotion หรือ FHP] และ มูลนิธิสื่อมวลชนศึกษา [Foundation for Media Studies] โครงการเสริมสร้างสื่อมวลชนศึกษาเพื่อสุขภาพ [Media Monitor]. การโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่ม ในช่วงเวลายายการสำหรับเด็กและเยาวชน. ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ๒๕๕๗.

รูปแบบการโฆษณาในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๑, แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ และกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจสื่อมวลชน พ.ศ. ๒๕๕๑ (วิทยุและโทรทัศน์), สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Lobstein T, Dobb S. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and childhood overweight. *Obes Rev* ๒๐๐๕; ๖(๓): ๒๐๓-๘.

ภาคผนวก ง.

๓. รายงานการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ
ในประเด็น “ฉลากโภชนาการ”*

๑. หลักการและเหตุผล

โรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลก จนกลายเป็นวาระของการประชุมในระดับโลกหลายการประชุม และได้มีคำแนะนำรวมทั้งมีการกำหนด ยุทธศาสตร์และเป้าหมายระดับโลกในการแก้ปัญหาดังกล่าว การเพิ่มขึ้นของอัตราชุกของโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นเกิดจากสภาพแวดล้อมด้านอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสำคัญ ในประเทศไทย การบริโภคอาหารสำเร็จรูปมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและอาหารสำเร็จรูปกำลังจะกลายเป็นแหล่งอาหารที่สำคัญของคนไทย ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศไทยจึงควรให้ความสำคัญกับนโยบายในการจัดการสินค้าอาหารสำเร็จรูป โดยเฉพาะมาตรการฉลากโภชนาการ ซึ่งการมีฉลากโภชนาการที่ดีนั้นนอกจากจะเป็นการรักษาสิทธิของผู้บริโภคตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ.๒๕๒๒ และ ๒๕๔๑ ในการได้รับทราบคุณสมบัติของสินค้าก่อนตัดสินใจเลือกซื้อแล้ว ยังจะช่วยให้ ผู้บริโภคสามารถเลือกซื้อสินค้าอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมได้ และฉลากโภชนาการนับว่าเป็นมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มีความคุ้มค่าประสิทธิผลในการป้องกันโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

หลายประเทศทั่วโลกต่างก็ให้ความสำคัญกับการแสดงฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป และมี แนวโน้มที่จะพัฒนาแนวทางการดำเนินงานให้ดีขึ้นเรื่อยๆ โดยมีการแสดงฉลากโภชนาการในหลากหลาย รูปแบบ ทั้งการแสดงปริมาณสารอาหารหลายชนิดอย่างละเอียด ทั้งการแสดงผลผลิตภัณฑ์ที่แสดง เฉพาะปริมาณหรือระดับของสารอาหารที่สำคัญ และการแสดงสัญลักษณ์เพื่อบ่งบอกคุณสมบัติบาง ประการ มีประเทศผู้นำหลายประเทศที่สามารถกำหนดให้มีการแสดงฉลากโภชนาการแบบเต็มในอาหาร สำเร็จรูปทุกชนิดไม่ว่าจะมีการกล่าวอ้างสรรพคุณหรือไม่ก็ตาม เช่น ประเทศในทวีปยุโรป สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ จีน ประเทศในแถบอเมริกาใต้ กัวเตมาลา ฮอนดูรัส เป็นต้น สำหรับการแสดงฉลาก ผลิตภัณฑ์และสัญลักษณ์ ส่วนใหญ่ยังคงเป็นการแสดงแบบสมัครใจ แต่อย่างไรก็ตาม มีหลายประเทศที่ สามารถบังคับแสดงฉลากผลิตภัณฑ์ได้แล้ว เช่น ประเทศเกาหลีใต้บังคับแสดงฉลากสัญลักษณ์สีจางจร ในขนมและเครื่องดื่ม และเอกวาดอร์ บังคับแสดงฉลากสัญลักษณ์สีจางจรในอาหารสำเร็จรูปในภาชนะบรรจุ ทุกชนิด นอกจากนี้ยังมีคำแนะนำให้แสดงปริมาณสารอาหารที่ค้นพบว่าก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไขมันทรานส์ เป็นต้น ซึ่งในปัจจุบันมี ๙ ประเทศและ ๑ เขตปกครองที่สามารถบังคับให้แสดงปริมาณ ไขมันทรานส์ได้ ได้แก่ อาร์เจนตินา บราซิล แคนาดา ชิลี ปาราไกว เกาหลีใต้ ไต้หวัน สหรัฐอเมริกา อูรุกวัย และฮ่องกง ซึ่งได้มีการประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลของการแสดงฉลากโภชนาการในหลายประเทศ และพบว่าประสิทธิภาพประสิทธิผลของการดำเนินงานนั้นมีความแตกต่างกันไป โดยปัจจัยที่มีผลทำให้เกิด ประสิทธิภาพ ได้แก่ รูปแบบของฉลากที่เข้าใจง่าย และความรู้ความตระหนักด้านโภชนาการและสุขภาพของ ผู้บริโภค

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

การดำเนินงานเรื่องฉลากโภชนาการในประเทศไทย เริ่มต้นอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๑ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๘๒ ซึ่งกำหนดให้สินค้าอาหารบางชนิดที่มีการกล่าวอ้างสรรพคุณ และอาหารที่ระบุกลุ่มผู้บริโภค หรืออื่นๆ ตามที่กำหนด แสดงฉลากโภชนาการที่ระบุคุณค่าทางโภชนาการเต็มรูปแบบมาตรฐาน (ดังรูปที่ ๑) ซึ่งเป็นการแสดงตารางข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการอย่างละเอียด โดยประกาศบังคับใช้ดังกล่าวไม่ครอบคลุมอาหารส่วนใหญ่ในท้องตลาด ต่อมาในปีพ.ศ.๒๕๕๐ ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับ ๓๐๕ ที่กำหนดให้ขนม ๕ ประเภท ซึ่งได้แก่ มันฝรั่งทอดหรืออบกรอบ ข้าวโพดคั่วทอดหรืออบกรอบ ข้าวเกรียบหรืออาหารขบเคี้ยวชนิดอบพอง ขนมปังกรอบหรือแครกเกอร์ บิสกิต และเวเฟอร์สอดไส้ แสดงฉลากโภชนาการเต็มรูปแบบหรือโภชนาการแบบย่อ (ดังรูปที่ ๒) การเคลื่อนไหวดังกล่าวทำให้มีการแสดงคุณค่าทางโภชนาการในอาหารหลากหลายประเภทมากขึ้นแต่ยังคงเป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับอาหารสำเร็จรูปที่มีในท้องตลาด ซึ่งได้มีเสียงเรียกร้องจากหลายฝ่ายว่าฉลากโภชนาการทั้งแบบเต็มและแบบย่อที่มีการบังคับใช้นั้นมีความซับซ้อนและยากต่อการทำความเข้าใจ ต่อมาใน พ.ศ.๒๕๕๔ ได้มีการบังคับใช้ฉลากหน้าผลิตภัณฑ์ ในรูปแบบฉลากจีดีเอ (Guideline Daily Amounts: GDA) ในขนม ๕ ประเภทดังที่ระบุในประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๓๐๕ โดยในการแสดงฉลากโภชนาการจีดีเอนั้นต้องมีการแสดงฉลากโภชนาการแบบเต็มหรือแบบย่อควบคู่ไปด้วย

ข้อมูลโภชนาการ	
ส่วนที่ 1	หนึ่งหน่วยบริโภค : (.....) จำนวนหน่วยบริโภค ;
ส่วนที่ 2	คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค พลังงานทั้งหมด กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน กิโลแคลอรี)
ช่วงที่ 1	ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน *
ช่วงที่ 2	ไขมันทั้งหมด ก.%
	ไขมันอิ่มตัว ก.%
	โคเลสเตอรอล มก.%
	โปรตีน ก.%
	คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด ก.%
	ใยอาหาร ก.%
	น้ำตาล ก.%
โซเดียม มก.%	
ช่วงที่ 3	ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน *
	วิตามินเอ% วิตามินบี 1%
	วิตามินบี 2% แคลเซียม%
	เหล็ก%
ส่วนที่ 3	* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี
	ความต้องการพลังงานของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ผู้ที่ต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ควรได้รับสารอาหารต่าง ๆ ดังนี้
	ไขมันทั้งหมด น้อยกว่า 65 ก.
	ไขมันอิ่มตัว น้อยกว่า 20 ก.
	โคเลสเตอรอล น้อยกว่า 300 มก.
	คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด 300 ก.
	ใยอาหาร 25 ก.
	โซเดียม น้อยกว่า 2,400 มก.
	พลังงาน (กิโลแคลอรี) ต่อกรัม : ไขมัน = 9 ; โปรตีน = 4 ; คาร์โบไฮเดรต = 4

รูปที่ ๑ ตัวอย่างของรูปแบบฉลากโภชนาการเต็มรูปแบบที่มีการบังคับใช้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๑๘๒ พ.ศ.๒๕๔๑ และฉบับที่ ๓๐๕ พ.ศ.๒๕๕๐

ข้อมูลโภชนาการ	
หนึ่งหน่วยบริโภค ()	
จำนวนหน่วยบริโภคต่อ	
คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค	
พลังงานทั้งหมด กิโลแคลอรี	
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*	
ไขมันทั้งหมด ก. %
โปรตีน ก.	
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด ก. %
น้ำตาล ก.	
โซเดียม มก. %
* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี	

รูปที่ ๒ ตัวอย่างของฉลากโภชนาการแบบย่อที่มีการบังคับใช้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ ๓๐๕ พ.ศ.๒๕๕๐



รูปที่ ๓ ตัวอย่างของฉลากจีดีเอ ที่มีการบังคับใช้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแสดงฉลากของอาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันทีบางชนิด พ.ศ.๒๕๕๔

จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานด้านฉลากโภชนาการของไทยมีการพัฒนาขึ้นเป็นลำดับ แต่ยังมีจุดอ่อนที่ต้องการการพัฒนาและค่อนข้างล่าช้าหลังเมื่อเทียบกับนานาชาติ จึงควรมีการทบทวนความเหมาะสมของฉลากโภชนาการของไทย เพื่อให้มีการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่มาตรการฉลากโภชนาการของประเทศไทยต่อไป

๒. ประเด็นการศึกษา

ศึกษาความเหมาะสมของฉลากโภชนาการในประเทศไทย เพื่อทราบส่วนขาดที่ควรมีการปรับปรุงพัฒนาให้ฉลากโภชนาการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๓. วิธีพิจารณาศึกษา

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบข้อบังคับในการแสดงฉลากโภชนาการ รายงานการศึกษาประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพประสิทธิผลของฉลากโภชนาการ

๔. สรุปผลการพิจารณา

พิจารณาแล้ว เห็นว่ามาตรการฉลากโภชนาการของประเทศไทยมีจุดอ่อนหลายประการ ที่ควรมีการแก้ไขปรับปรุงได้แก่

๑. ฉลากโภชนาการไม่ครอบคลุมอาหารสำเร็จรูปทุกชนิด

เนื่องจากกฎหมายได้กำหนดให้มีการแสดงฉลากโภชนาการเฉพาะในอาหารสำเร็จรูปเพียงไม่กี่ประเภท ซึ่งได้แก่ อาหารสำเร็จรูปที่มีค่ากลูตาอัม อาหารที่ระบุกลุ่มผู้บริโภค ขนมันฝรั่งทอดหรืออบกรอบ ข้าวโพดคั่วหรืออบกรอบ ข้าวเกรียบหรือขนมขบเคี้ยวชนิดพอง ขนมปังกรอบ และเวเฟอร์สอดไส้ อาหารเครื่องดื่มสำเร็จรูปส่วนใหญ่ในท้องตลาดจึงไม่ได้ถูกกำหนดให้แสดงฉลากโภชนาการ แต่ผู้ประกอบการโดยเฉพาะบริษัทข้ามชาติมีการแสดงฉลากโภชนาการโดยสมัครใจแต่เนื่องจากไม่มีระเบียบข้อบังคับทำให้มีการแสดงฉลากในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากกฎหมายกำหนดและไม่ได้ถูกตรวจสอบติดตาม ซึ่งในบางครั้งอาจก่อให้เกิดความสับสนในกลุ่มผู้บริโภค เช่น กฎหมายกำหนดให้มีการแสดงปริมาณสารอาหารต่อขนาดบรรจุ แต่มีการแสดงปริมาณสารอาหารต่อหน่วยบริโภคซึ่งก่อให้เกิดความสับสนหากขนาดบรรจุไม่เท่ากับหน่วยบริโภคมาตรฐาน จากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาใน พ.ศ.๒๕๕๖ พบว่ามีอาหารสำเร็จรูปร้อยละ ๒๖.๓ ที่ไม่มีการแสดงฉลากโภชนาการไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ซึ่งในจำนวนฉลากที่แสดงนั้นมีเพียงส่วนน้อยที่อยู่ในระบบหรือแสดงตามข้อกำหนดของกฎหมาย ผู้บริโภคจึงบริโภคอาหารเครื่องดื่มโดยที่ไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพหรือได้รับข้อมูลแบบบิดเบือน ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่สำคัญของมาตรการฉลากโภชนาการและอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้อให้มีการบริโภคอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๒. ประชาชนส่วนใหญ่ไม่เข้าใจข้อมูลบนฉลาก และไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าอาหารได้

รูปแบบของฉลากโภชนาการในปัจจุบันนั้นค่อนข้างเข้าใจยาก เนื่องจากเป็นการให้ข้อมูลปริมาณสารอาหาร (Informative scheme) แต่ไม่ได้ช่วยในการตีความ (Interpretative scheme) ซึ่งผู้บริโภคต้องมีความรู้ด้านโภชนาการพอสมควรจึงจะสามารถเข้าใจได้ถูกต้องและใช้ประโยชน์จากฉลากโภชนาการได้ โดยใน พ.ศ.๒๕๕๕ มีการสำรวจความเข้าใจและการใช้ฉลากโภชนาการในประเทศไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชากรร้อยละ ๕๑.๙ (๑,๐๓๗ คน) ไม่รู้จักฉลากโภชนาการแบบ GDA ร้อยละ ๓๖.๗ (๗๓๕ คน) ยังไม่เข้าใจข้อมูลในฉลากโภชนาการแบบ GDA อย่างถูกต้อง และร้อยละ ๔๗.๖ (๙๕๑ คน) ไม่สามารถนำข้อมูลในฉลากโภชนาการแบบ GDA มาประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง และการสำรวจในจังหวัดใหญ่ในแต่ละภาค จำนวน ๕ จังหวัดพบว่าผู้บริโภคมากกว่าร้อยละ ๕๐ ไม่เข้าใจฉลากจีดีเอ นอกจากนี้ยังมี การใช้ประโยชน์จากฉลากจีดีเอน้อยมาก แต่อย่างไรก็ตาม ผู้บริโภคส่วนใหญ่ยังต้องการให้มีการแสดงฉลากโภชนาการแต่ให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ซึ่งแสดงว่ารูปแบบฉลากโภชนาการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันและการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ต่างๆ ไม่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย จึงทำให้การดำเนินงานยังไม่เกิดประสิทธิผล

๓. ข้อมูลค่าอ้างอิงมีความล้าหลัง และไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ข้อกำหนดในการแสดงฉลากโภชนาการมีความล้าหลัง เนื่องจากเป็นเวลากว่าทศวรรษแล้ว ที่ไม่เคยมีการปรับปรุงปริมาณสารอาหารอ้างอิง โดยในระหว่างนั้นได้มีข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่เกิดขึ้นใหม่มากมายที่บ่งชี้ว่าข้อกำหนดปริมาณสารอาหารอ้างอิงไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยเฉพาะในส่วนของปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ควรได้รับต่อวันซึ่งเท่ากับ ๒,๐๐๐ กิโลแคลอรี ซึ่งเป็นการอ้างอิงข้อมูลจากประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงที่ได้มีการริเริ่มพัฒนาฉลาก โดยคนในประเทศสหรัฐอเมริกามีความ

ต้องการพลังงานจากอาหารมากกว่าคนไทยเนื่องจากมีรูปร่างที่สูงใหญ่กว่า จากรายงานการสำรวจในพ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่าคนไทยวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่ต้องการพลังงานมากที่สุด มีการบริโภคพลังงานเฉลี่ยเพียงแค่ ๑,๓๐๐ ถึง ๑,๗๐๐ กิโลแคลอรีต่อวัน และมีการใช้พลังงานต่อวันเฉลี่ย ๑,๓๑๑ กิโลแคลอรี จะเห็นได้ว่าความต้องการพลังงานที่แท้จริงของคนไทยต่ำกว่าค่าพลังงานที่กำหนดในฉลากโภชนาการค่อนข้างมาก ซึ่งการที่พลังงานอ้างอิงมีค่าสูงเกินไปนี้อาจทำให้ประชาชนที่บริโภคอาหารตามปริมาณที่แนะนำ ต้องบริโภคพลังงานและสารอาหารที่ให้พลังงานสูงเกินไปและก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ นอกจากนี้ปริมาณสารอาหารที่แนะนำต่อวันอื่นๆ ที่อิงกับปริมาณพลังงาน คือ คาร์โบไฮเดรต น้ำตาล โปรตีน และไขมัน ก็จะถูกกำหนดไว้สูงกว่าความต้องการของร่างกายตามไปด้วย ซึ่งจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวให้สูงขึ้น จากกรณีดังกล่าวได้มีกลุ่มนักโภชนาการทำการทบทวนฉลากโภชนาการและได้เสนอให้กำหนดค่าอ้างอิงพลังงานที่เหมาะสมสำหรับคนไทยสูงกว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเล็กน้อย เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ซึ่งเท่ากับ ๑,๘๐๐ กิโลแคลอรี นอกจากนี้ยังพบว่ารายการสารอาหารที่กำหนดให้มีการแสดงไม่ครอบคลุมสารอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไขมันทรานส์ (Trans-fat) ซึ่งได้มีหลักฐานยืนยันแล้วว่าไขมันทรานส์เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

จะเห็นได้ว่าข้อกำหนดของฉลากโภชนาการของไทยมีจุดอ่อนทั้งด้านความครอบคลุมชนิดของอาหารที่มีจำหน่ายในท้องตลาด การกำหนดปริมาณสารอาหารอ้างอิงไม่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน ข้อกำหนดรายการสารอาหารที่ต้องแสดงไม่ครอบคลุมถึงสารอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ และไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคเนื่องจากไม่ช่วยในการตีความ ดังนั้นผู้บริโภคจึงตกอยู่ในภาวะเสี่ยงโดยที่ไม่มีการคุ้มครองที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

๕. ข้อเสนอประเด็นการปฏิรูปและแนวทางการดำเนินงานที่นำเสนอสภาปฏิรูปแห่งชาติเพื่อพิจารณา

๑. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงรูปแบบของฉลากหน้าผลิตภัณฑ์ให้เข้าใจง่ายมากขึ้น และขยายกลุ่มอาหารที่ต้องแสดงฉลากหน้าผลิตภัณฑ์ ให้ครอบคลุมอาหารขบเคี้ยวทุกชนิด ซ็อกโกแลต อาหารกึ่งสำเร็จรูปอาหารหมักหลักแช่เย็นหรือแช่แข็ง ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ และขยายให้ครอบคลุมอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดในปี พ.ศ. ๒๕๖๐

๒. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่าย สนับสนุนให้มีการจัดทำสัญลักษณ์โภชนาการ (Simplified symbol) โดยความสนใจในอาหารเครื่องดื่มที่บรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท เพื่อให้ความรู้แก่ผู้บริโภค และสนับสนุนให้อุตสาหกรรมอาหารปรับปรุงสูตรอาหารให้มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการเพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้บริโภค

๓. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการปรับฐานค่าอ้างอิงความต้องการพลังงานทั้งหมดที่ควรได้รับต่อวันจาก ๒,๐๐๐ กิโลแคลอรี เป็น ๑,๘๐๐ กิโลแคลอรี

๔. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มีการแสดงปริมาณสารอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพเป็นพิเศษ เช่น กำหนดให้แสดงปริมาณไขมันทรานส์ในอาหาร เป็นต้น

๕. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่าย ประชาสัมพันธ์สื่อสารให้ผู้บริโภคเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ฉลากโภชนาการเพื่อเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

๑. จิราภรณ์ ยอดเดือน กลางกมล จันทราสุทธิ อารยะ โรจนวณิชชากร พชระ รัตนทิฆัมพร กันต์ ปาน ประยูร. การสำรวจสถานการณ์การใช้ฉลากโภชนาการแบบ GDA ของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๕ (National surveys in Use of GDA nutrition labeling 2012). สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และคณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๕๕.
๒. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๕๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๑๘๒ พ.ศ.๒๕๕๑, ราชกิจจานุเบกษาฉบับทั่วไปเล่มที่ ๑๑๕, ตอนที่ ๔๗. (ลงวันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๑)
๓. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๒๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๓๐๕ พ.ศ.๒๕๕๐, ราชกิจจานุเบกษาฉบับทั่วไปเล่มที่ ๑๒๔, ตอนพิเศษ ๑๑๘ง. (ลงวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๕๐)
๔. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๒๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๓๓๖ พ.ศ.๒๕๕๐, ราชกิจจานุเบกษา ๑๒๘, ตอนพิเศษ ๕๘ง. (ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๔)
๕. วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, วิชัย เอกพลากร, รัชดา เกษมทรัพย์, หทัยชนก พรรคเจริญ. รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๒: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๔.
๖. สิรินทร์ยา พูลเกิด. การศึกษาความเข้าใจของผู้บริโภคต่อฉลากโภชนาการหน้าบรรจุภัณฑ์รูปแบบต่างๆ. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. นนทบุรี; ๒๕๕๖.
๗. สำนักวิจัยเอแบค โพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. รายงานผลโครงการสำรวจการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกายและภาวะอ้วนลงพุงของคนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยเอแบค โพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, ๒๕๕๑.
๘. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๒. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๕
๙. Cecchini M, Sassi F, Lauer JA, Lee YY, Guajardo-Barron V, Chisholm D. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. Lancet; 2010; 376:1775-84.
๑๐. European Food Information Council. Global update on nutrition labelling. European Food Information Council. Brussels; 2013.
๑๑. Oh K, Hu B F, Manson E J, Stampfer J M, Willett C W. Dietary fat intake and risk of coronary heart disease in woman: 20 years of follow-up of the nurses' health study. Oxford Journal; 2004; 161 (7):672-679.
๑๒. United Nations. Prevention and control of non-communicable diseases. Report of the Secretary-General of the 66th session of the United Nations General Assembly; September 2011 ; New York, US.

୧୩. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020. Geneva; 2013
୧୪. World Cancer Research Fund International. Nutrition labels [online]. 2014 [cited 20 Dec 2014]. Available from: URL:<http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework/nutrition-labels>

ภาคผนวก ง.

๔. รายงานการปฏิบัติการเฝ้าระวังและควบคุมมะเร็งตับที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบีและซี*

๑. หลักการและเหตุผล

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. ๒๕๕๓ คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับ ๑ คนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็ง ๒๔๑,๐๕๑ รายหรือ ๘๐,๓๕๐ ราย/ปี หรือประมาณ ๑๒๐ -๑๔๐ รายต่อประชากร ๑ แสนคน และพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งสูงถึงปีละ ๕๖,๐๕๘ คน หรือ ๘๘.๓๔ ราย ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ชนิดของมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย อันดับ ๑ คือ มะเร็งตับ และทางเดินน้ำดี อันดับ ๒ มะเร็งปอด อันดับ ๓ มะเร็งลำไส้ใหญ่ ในเพศหญิง อันดับ ๑ คือ มะเร็งเต้านม อันดับ ๒ มะเร็งปากมดลูก อันดับ ๓ มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี ในกลุ่มมะเร็งตับและทางเดินน้ำดี ประมาณ ๙๕ % เป็นมะเร็งเซลล์ตับ

โรคมะเร็งตับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของมะเร็งในประเทศไทย พบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นไม่ต่ำกว่าปีละ ๒ หมื่นราย ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเซลล์ตับ มะเร็งตับปฐมภูมิในประเทศไทยที่พบบ่อยมี ๒ ชนิด คือ

มะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma, HCC) มะเร็งตับร้อยละ ๙๕ เป็นมะเร็งเซลล์ตับ พบได้ทุกภาค มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ภาวะตับอักเสบริื้อรัง และตับแข็ง และมะเร็งท่อน้ำดีในตับ (Cholangiocarcinoma) เกิดจากพยาธิใบไม้ในตับ จากการกินอาหารพวก ปลาสำม ปลาจ๋า สุกๆ ดิบๆ ซึ่งพบมากที่สุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าใน พ.ศ. ๒๕๕๓ ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งตับ ๒๓,๔๑๐ ราย เสียชีวิต ๒๐,๓๓๔ ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตวันละ ๕๕ คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๒ คน และคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๗๓ จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งตับในเสียชีวิตสูงถึงวันละ ๗๐ คน หรือชั่วโมงละ ๓ คน ปัจจัยที่ทำให้เกิดมะเร็งเซลล์ตับ มีดังนี้

๑. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในประเทศไทยการศึกษาจากหลายสถาบันพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับสูงถึง ๕๐-๘๐ % พบว่าผู้ที่เป็นพาหะของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง ๒๒๓ เท่า และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นพาหะเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จะเสียชีวิตเนื่องจากโรคตับอักเสบริื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับในที่สุด ภาวะไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง มักจะไม่แสดงอาการใดๆ ผู้ป่วยอาจมีชีวิตยืนยาวได้เท่าคนปกติ หากมีจำนวนเชื้อไวรัสในเลือดไม่มากนักและไม่มีย้อมรอยที่แสดงว่ามีการอักเสบของเนื้อตับเกิดขึ้น แต่สามารถทราบได้ว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากการตรวจพบแอนติเจนของไวรัสตับอักเสบบีในเลือดโดยเฉพาะแอนติเจนชนิดผิว (Hepatitis B Surface Antigen, HBsAg) ซึ่งหลายคนอาจตรวจพบได้เมื่อบริจาคโลหิต ตรวจร่างกายประจำปี และจากการตรวจติดตามเมื่อหายป่วยจากไวรัสโรคตับอักเสบบีแล้ว สาเหตุหลักของภาวะไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ประมาณร้อยละ ๙๐ ของเด็กเกิดใหม่ เป็นผลมาจากการติดเชื้อจากมารดาที่เป็นพาหะ และการติดเชื้อในวัยเด็ก เนื่องจากในวัยเด็กยังไม่มีย้อมต้านทานของร่างกายที่เพียงพอที่จะขจัดไวรัสออกจากร่างกาย หลังจากที่ย้อมได้รับเชื้อแล้ว นอกจากนี้ยังสามารถแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นได้ทำนองเดียวกัน

* รายงานนี้จัดทำโดยคณะกรรมการปฏิบัติการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยผ่านความเห็นชอบของสภาปฏิรูปแห่งชาติ เมื่อ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และได้นำส่งคณะรัฐมนตรี เมื่อ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๕๘

กับไวรัสเอชไอวี จากการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง การใช้เข็มและวัตถุฉีดยาร่วมกัน การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการได้รับเลือดที่ติดเชื้อ

๒. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การศึกษาทางระบาดวิทยาในต่างประเทศ เช่น ญี่ปุ่น และประเทศในทวีปยุโรป พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคมะเร็งตับติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี สูงถึง ๕๐-๘๓ % และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง ๕๒ เท่า สำหรับในประเทศไทยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบประมาณ ๑๐-๒๐ % ของผู้ป่วยมะเร็งตับเท่านั้น แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คาดว่าไวรัสตับอักเสบบี จะเป็นปัญหาที่สำคัญในอนาคต

๓. ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ โรคตับแข็ง สารอะฟลาทอกซิน แอลกอฮอล์ บุหรี่ ไนโตรซามีน ไวนิลคลอไรด์ สารหนู การเป็นโรคอ้วน โรคไขมันพอกตับ และโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

จากการศึกษาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ พบว่าปัจจัยสาเหตุสำคัญของมะเร็งตับในประเทศไทยมาจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีแบบเรื้อรัง ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีนป้องกันในวัยเด็ก สำหรับไวรัสตับอักเสบบี และการให้ยารักษาการติดเชื้อเรื้อรังเมื่อมีข้อบ่งชี้ว่าเกิดภาวะตับอักเสบบี หรือมีปริมาณไวรัสมากเกินไปในผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั้ง ๒ ชนิด

จากข้อมูลความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในชายหนุ่มไทยวัยใกล้เคียงกันที่มีสถานภาพต่างกัน ในปี ๒๕๕๔-๒๕๕๕ พบว่ามีความแตกต่างกันคือ ความชุกของการติดเชื้อในผู้บริจาคโลหิตที่เป็นพลทหารประมาณ ๔ % ในขณะที่ความชุกในนักเรียนแพทย์ทหารและนักเรียนเตรียมทหาร เป็น ๐ % แสดงว่าการได้รับวัคซีนเมื่อแรกเกิดและวัยเด็กไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลจากหน่วยบริการสาธารณสุข

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บริจาคโลหิตและตรวจพบว่ามี การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ส่วนใหญ่ไม่ได้ไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะตับอักเสบบีเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับได้

ในปัจจุบันการเฝ้าระวังและควบคุมไวรัสตับอักเสบบีและซี ไม่มีตัวเลขความชุกของการติดเชื้อที่ชัดเจน ไม่ทราบว่าจะอัตราการติดเชื้อลดลงมากน้อยเพียงใดในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย ทำให้ไม่มีข้อมูลตัวเลขที่แน่นอนสำหรับการวางแผนป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ในขณะที่ไทยกำลังก้าวสู่ประชาคมอาเซียน จะมีแรงงานต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้น มีการตรวจพบว่าแรงงานเหล่านี้มีการติดเชื้อไวรัสที่ติดต่อทางโลหิตคือ ไวรัสตับอักเสบบีและซี รวมทั้งเอชไอวีสูงกว่าประชากรไทย จึงมีโอกาสมากที่จะมีการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีในไทยจะส่งผลให้มีผู้ป่วยมะเร็งตับในประเทศไทยมากขึ้น

การที่จะลดความชุกและการตายของผู้ป่วยของมะเร็งตับในประเทศไทยสามารถทำได้โดย

๑. ทำการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในเด็กแรกเกิดให้มีความครอบคลุมมากขึ้น
๒. ทำให้อัตราการเข้าถึงการรักษาไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรังเพิ่มขึ้น

๒. ประเด็นการปฏิรูป

- ๒.๑ เพิ่มอัตราการครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กแรกเกิด
- ๒.๒ มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี
- ๒.๓ เพิ่มอัตราการเข้าถึงการรักษาอย่างเหมาะสมของผู้ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบีและซีเรื้อรัง

๓. วิธีการศึกษา

- ๓.๑ ศึกษาจากเอกสารทางวิชาการและวารสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ๓.๒ เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาชี้แจง ได้แก่
 - ๓.๒.๑ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 - ๓.๒.๒ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
 - ๓.๒.๓ ศูนย์โรคตับ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
 - ๓.๒.๔ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 - ๓.๒.๕ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔. สรุปผลการศึกษาวิเคราะห์

- ๔.๑ ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในชายหนุ่มไทยที่เป็นพลทหารกองประจำการที่บริจาคโลหิตสูงถึงประมาณ ๓-๔ % ในขณะที่ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในนักเรียนแพทย์ทหารและนักเรียนเตรียมทหารซึ่งอยู่ในวัยใกล้เคียงกับพลทหาร เป็น ๐ %
- ๔.๒ ยังไม่มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ที่ชัดเจนเป็นรายปี ทำให้ไม่ทราบแนวโน้มของการติดเชื้อเพื่อการประเมินผลและวางแผนการควบคุมโรคในแต่ละจังหวัดทั่วประเทศได้
- ๔.๓ มีการเจาะเลือดตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ในผู้บริจาคโลหิตทุกราย และมีการเจาะเลือดตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในหญิงที่ฝากครรภ์ ซึ่งสามารถปรับใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ในแต่ละจังหวัดทั่วประเทศได้
- ๔.๔ ผู้ที่บริจาคโลหิตแล้วทราบว่าติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซีมารับบริการตรวจเพิ่มเติมเป็นจำนวนน้อย
- ๔.๕ กองทุนรักษาพยาบาลทั้ง ๓ กองทุนให้สิทธิในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี แบบเรื้อรัง

๕. ข้อเสนอปฏิรูปและแนวทางดำเนินการ

- ๕.๑ ให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำกับดูแลการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ให้ครอบคลุมแก่เด็กเกิดใหม่ทั่วประเทศ
- ๕.๒ ให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจัดทำข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยประสานขอใช้ข้อมูลจากผู้บริจาคโลหิตรายใหม่เพศชาย อายุ ๒๐ - ๒๓ ปี และหญิงตั้งครรภ์ และจัดทำข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยใช้ข้อมูลจากผู้บริจาคโลหิตรายใหม่เพศชาย อายุ ๒๐ - ๒๓ ปี
- ๕.๓ ให้หน่วยบริการสุขภาพที่ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี แจ้งผลแก่ผู้ติดเชื้อและแนะนำให้ไปรับบริการตรวจเพิ่มเติมเพื่อการรักษาที่เหมาะสมจากหน่วยรักษาพยาบาล

๖. ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้

- ๖.๑ การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในเด็กแรกเกิดมีความครอบคลุมมากขึ้น
- ๖.๒ ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชากรไทยลดลง
- ๖.๓ อัตราการเข้าถึงการรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังเพิ่มขึ้น

๖.๔ อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งตับลดลง

๖.๕ อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับลดลง

๗. ตัวชี้วัดความสำเร็จตามผลลัพธ์

๗.๑ ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีในเด็กแรกเกิด

๗.๒ ความซุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชากรไทย

๗.๓ อัตราการเข้าถึงการรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

๗.๔ อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ

๗.๕ อัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับ

เอกสารอ้างอิง

- บุญเต็ม แสงดิษฐ และคณะ. แนวโน้มการติดเชื้อไวรัสทางโลหิตในชายหนุ่มไทยที่บริจาคโลหิตในภาคกลาง. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต ๒๕๕๗; ๒๔ (๒): ๑๘๑.
- เยาวลักษณ์ วิปสูงเนิน และคณะ. ความชุกของการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบีซี ไวรัสเอชไอวี และซิฟิลิส โลหิตบริจาคที่ส่งตรวจ ณ ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ ๙ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต ๒๕๕๗; ๒๔ (๒) : ๒๒๑.
- กนกอร พิมเสน และคณะ. ความชุกของการติดเชื้อในผู้บริจาคโลหิตของภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ ๖ จังหวัดขอนแก่น. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต ๒๕๕๗; ๒๔ (๒): ๒๒๐.
- ไพโรจิต ตานัน และคณะ. ความชุกของการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบีซี ไวรัสเอชไอวี และซิฟิลิส ในผู้บริจาคโลหิตครั้งแรกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต ๒๕๕๗; ๒๔ (๒): ๒๒๒.
- บุญเต็ม แสงดิษฐและคณะ. ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสทางโลหิตในชายหนุ่มไทยที่บริจาคเลือด. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต.๒๕๕๖;๒๓ (๔): ๓๒๘.
- ทรงฤทธิ์ เลิศไพศาลกุล, สาธิต เทศสมบุญ. ความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิส เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และซี ในผู้บริจาคโลหิตครั้งแรกที่ส่งตรวจ ณ ภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ ๘ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต ๒๕๕๖; ๒๓(๓): ๑๘๗-๑๙๔.
- สมรัก เพชรโฉมฉาย และคณะ. ความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิส เอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบีซี เอชไอวี และซิฟิลิส ในผู้บริจาคโลหิตจากการตรวจคัดกรองของภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ ๔ จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๖; ๒๒ (๑): ๑๔๑-๑๔๗.
- ศรวิไล ตระกูลเกษมสิริ, เจริญศักดิ์ ทัพโยธา. ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดซี เอชไอวี และซิฟิลิส ในผู้บริจาคโลหิตครั้งแรกของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาอากาศไทย ระหว่างปี ๒๕๕๐-๒๕๕๔. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ ๒๕๕๕; ๔๕ (๒): ๑๔-๒๑.
- ยง ภู่วรรณ และคณะ. ไวรัสตับอักเสบบีในแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. วารสารราชบัณฑิตยสถาน. ๒๕๕๕; ๓๗ (๑): ๑๔๙-๑๖๐.
- บุญเต็ม แสงดิษฐ และคณะ. การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในชายหนุ่มไทย: ปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข. เวชสารแพทย์ทหารบก ๒๕๕๗; ๖๗ (๒): ๔ (๒): ๗๙-๘๔.
- บรรณาธิการ. การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. วารสารโรคมะเร็ง ๒๕๕๖; ๓๓ (๑): ๑-๓.
- ยง ภู่วรรณ, ปิยะวัฒน์ โกมลมิศร์. จับเข้าคู่กันเรื่องไวรัสตับอักเสบบี ภัยเงียบที่ป้องกันและรักษาได้. พิมพ์ครั้งที่ ๓ กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินท์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, ๒๕๕๒.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, ๒๕๕๖.
- Asia – Pacific Working Party on Prevention of Hepatocellular Carcinoma. Prevention of hepatocellular carcinoma in the Asia – Pacific region: consensus statements. Journal of Gastroenterology and Hepatology 2010; 25(4): 657-63.

- Bridges JFP, Dong L, Gallego G, Blauvelt BM, Joy SM, Pawlik TM. Prioritizing strategies for comprehensive liver cancer control in Asia: a conjoint analysis. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 376.
- McMahon BJ. The natural history of chronic hepatitis B virus infection. *Hepatology* 2009; 49(5): S45-S55.
- Chongsrisawat V, Yoocharoen P, Theamboonlers A, Tharmapornpilas P, Warinsathein P, Sinlaparatsamee S, Paupunwatana S, Chaiear K, Khwanjaipanich S, Poovorawan Y. Hepatitis B seroprevalence in Thailand: 12 years after hepatitis B vaccine integration into the national expanded programme on immunization. *Tropical Medicine and International Health* 2006; 2 (10): 1496-1501.
- Han YF, Zhao J, Ma LY, Yin JH, Chang WJ, Zhang HW, Cao GW. Factors predicting occurrence and prognosis of hepatitis-B-virus-related hepatocellular carcinoma. *World Journal of Gastroenterology* 2011; 17(38): 4258-70.
- Kew MC. Hepatocellular carcinoma in developing countries: prevention, diagnosis and treatment. *World Journal of Hepatology* 2012; 4 (3): 99-104.
- Nwokediuko SC. Chronic hepatitis B: management challenges in resource-poor countries. *Hepatitis Monthly*, 2011; 11 (10): 786-793.
- Pisani P. The cancer burden and cancer control in developing countries. *Pisani Environmental Health* 2011; 10 (Suppl 1): S2.
- Sharma v, Kerr SH, Kavar Z, Kerr DJ. Challenges of cancer control in developing countries: current status and future perspective. *Future Oncology* 2011; 7(10): 1213-1222.

ส่วนขาดของการจัดเก็บภาษีเครื่องตีของประเทศไทยในปัจจุบัน

พระราชบัญญัติพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิต พ.ศ.๒๕๒๗ มาตราที่ ๑ ถึง ๖ ได้กำหนดให้มีการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องตีที่ไม่มีแอลกอฮอล์ที่บรรจุภาชนะที่ปิดสนิทและเครื่องตีที่จำหน่ายโดยเครื่องจำหน่ายบางประเภท ได้แก่ น้ำแร่เทียม น้ำโซดา น้ำอัดลมทั้งที่เติมน้ำตาลหรือสารให้ความหวานอื่นๆ น้ำพีชผักและผลไม้ และเครื่องตีอื่นๆ ตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรายได้ให้รัฐและเครื่องตีที่ถูกจัดเก็บภาษีนั้นถูกจัดเป็นสินค้าฟุ่มเฟือย โดยมีอัตราการจัดเก็บภาษีแตกต่างกันไปตามประเภทของเครื่องตีและสามารถเลือกจัดเก็บภาษีตามมูลค่าหรืออปริมาณก็ได้ โดยเลือกจัดเก็บด้วยวิธีที่ทำรายได้ให้รัฐได้มากกว่า โดยในการจัดเก็บตามมูลค่านั้นจัดเก็บในอัตราร้อยละ ๒๐ - ๒๕ ของมูลค่าเครื่องตี การจัดเก็บตามปริมาณนั้นจัดเก็บในอัตรา ๐.๑๑ - ๐.๗๗ บาท/๔๔๐ ซีซี (หรือภาชนะหากมีปริมาตรไม่เกิน ๔๔๐ ซีซี) โดยเครื่องตีที่เติมน้ำตาลหรือสารให้ความหวานมีอัตราการจัดเก็บที่ต่ำกว่าเครื่องตีที่ไม่เติมนอกจากนี้ได้มีการยกเว้นภาษีสำหรับเครื่องตีประเภทพีชผักผลไม้บางชนิดที่มีส่วนผสมของพีชผักผลไม้ตามประกาศกรมสรรพสามิต ซึ่งมีอัตราส่วนผสมของพีชผักหรือผลไม้ต่อปริมาตรสุทธิอยู่ในช่วงร้อยละ ๐.๒- ๒๐ แตกต่างกันไปตามชนิดของพีชผักผลไม้ เพื่อสนับสนุนให้มีการใช้พีชผักและผลไม้ในประเทศเป็นส่วนผสมของเครื่องตี แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลที่บ่งบอกว่าการยกเว้นภาษีดังกล่าวสามารถสนับสนุนการใช้พีชผักและผลไม้ในประเทศมากน้อยเพียงใด และทำให้ได้ประโยชน์หรือเสียประโยชน์อย่างไร

แนวทางการจัดเก็บภาษีดังกล่าว ก่อให้เกิดข้อกังขาจากหลายฝ่าย โดยในภาคธุรกิจเห็นว่าการเลือกจัดเก็บภาษีในเครื่องตีเพียงบางชนิดก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรม ในขณะที่หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขเห็นว่ารูปแบบการจัดเก็บภาษีดังกล่าวไม่เป็นไปเพื่อปกป้องสุขภาพของคนไทยตามเจตนารมณ์ของการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตที่ระบุว่าต้องมีการจัดเก็บสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แต่กลับมีการจัดเก็บเครื่องตีที่เติมน้ำตาลต่ำกว่าเครื่องตีที่ไม่เติมน และมีการยกเว้นการจัดเก็บเครื่องตีที่มีน้ำตาลหลายชนิดที่อาจเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค ซึ่งพิกัดการจัดเก็บภาษีดังกล่าวไม่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะเวลานานหลายทศวรรษ ในขณะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของสินค้าในตลาดทั้งในแง่ของความปลอดภัยของประเภทสินค้าและส่วนแบ่งตลาดของสินค้าอยู่ตลอดเวลา จึงควรมีการทบทวนพิกัดการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ถึงแม้ว่ากระทรวงการคลังได้มีจัดทำร่างประมวลกฎหมายภาษีสรรพสามิต ซึ่งได้มีการบูรณาการกฎหมายภาษีสรรพสามิต เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม โปร่งใส และเป็นสากล โดยหากสามารถผ่านกฎหมายดังกล่าวจะเป็นการวางรากฐานเพื่อให้การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตเอื้อต่อการคุ้มครองสุขภาพประชาชนมากยิ่งขึ้น แต่ในปัจจุบันยังไม่สามารถผ่านร่างกฎหมายดังกล่าวได้

การจัดเก็บภาษี พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์ และผลต่อสุขภาพ

มาตรการภาษีจะมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานก็ต่อเมื่อการจัดเก็บภาษีนั้นทำให้สินค้ามีราคาสูงขึ้นจนถึงจุดที่ผู้บริโภคลดการบริโภคลง ซึ่งจุดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมอาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบท จากการศึกษาในต่างประเทศซึ่งใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์พบว่า การจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์มีผลทำให้ลดปริมาณการบริโภค และในบางการศึกษาพบว่า มีผลลดน้ำหนักตัวได้

การศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอินเดีย แอฟริกาใต้ และเม็กซิโก บ่งชี้ว่าไม่ว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนา มาตรการการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มี

แอลกอฮอล์มีศักยภาพในการลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน รวมถึงปัญหาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคอ้วนและโรคเบาหวาน เมื่อจัดเก็บภาษี และเพิ่มรายได้ให้รัฐอย่างมหาศาล โดยจะเริ่มเห็นผลทางสุขภาพเมื่อจัดเก็บภาษีที่อัตราร้อยละ ๑๐ และเห็นผลมากขึ้นหากเก็บในอัตราร้อยละ ๒๐ ของราคา ในประเทศไทย มีการสำรวจในเด็กและเยาวชนทั่วประเทศโดยเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานใน พ.ศ.๒๕๕๖ พบว่าหากขึ้นราคาน้ำอัดลมเป็นร้อยละ ๒๐ - ๒๕ ของราคาปัจจุบัน ผู้บริโภคจะลดลงถึงร้อยละ ๘๕ และจะหันไปบริโภคนม น้ำผลไม้และน้ำเปล่าทดแทน

อย่างไรก็ตามมีอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่อาจขัดขวางการลดลงของปัญหาสุขภาพเมื่อจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวาน ซึ่งได้แก่ ปรากฏการณ์การบริโภคอาหารชนิดอื่นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันเพื่อทดแทน (Substitution effect) หนทางในการลดหรือป้องกันการเกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวสามารถทำได้โดยการขยายฐานภาษีให้ครอบคลุมอาหารหรือเครื่องดื่มรสหวานทุกชนิด พร้อมทั้งมีมาตรการอื่นเสริม เช่น การจัดระเบียบการจำหน่ายเครื่องดื่มที่ปรุงจำหน่ายทันที และการดำเนินมาตรการด้านการสื่อสารสังคม เป็นต้น ซึ่งมีการศึกษาจากรูปแบบการใช้จ่ายของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเมื่อมีการขึ้นภาษีน้ำอัดลม ผู้บริโภคจะหันไปบริโภคน้ำเปล่า นม และน้ำผลไม้ทดแทนน้ำอัดลม ซึ่งนมและน้ำผลไม้ถือว่าเป็นอาหารที่มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพเมื่อเทียบกับน้ำอัดลม

ข้อดี ข้อเสีย และผลข้างเคียงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตหากมีการจัดเก็บภาษี

ขณะนี้ยังไม่มีการศึกษาที่สามารถระบุข้อดี ข้อเสีย และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามมีการคาดประมาณโดยกรมสรรพสามิตว่าหากมีการจัดเก็บภาษีรสหวานให้ครอบคลุมเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ โดยไม่รวมน้ำเปล่าและน้ำที่มีส่วนผสมของผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรของไทยในอัตราที่กำหนด (ซึ่งเครื่องดื่มในท้องตลาดส่วนใหญ่มีน้ำตาลมากกว่า ๖กรัม/๑๐๐ มล.) ในอัตราร้อยละ ๒๐ ของราคารวมใน จะทำให้รัฐมีรายได้เพิ่มกว่า ๓,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้ยังสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคอ้วนได้ในระยะยาว โดยใน พ.ศ. ๒๕๕๒ ประเทศไทยมีค่าคาดประมาณค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคอ้วนเท่ากับ ๑๒,๑๔๒ ล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ ๐.๑๓ ของ GDP สำหรับผลกระทบต่อภาคอุตสาหกรรมนั้นยังไม่สามารถคาดประมาณได้ในขณะนี้ อย่างไรก็ตามพบว่าความนิยมดื่มเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จึงน่าจะเป็นโอกาสอันดีสำหรับอุตสาหกรรมเครื่องดื่มในการจำหน่ายเครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ ส่วนอุตสาหกรรมน้ำตาลอาจได้รับผลกระทบซึ่งต้องมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม

นอกจากนี้ยังมีข้อกังวลถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับภาคเกษตรกรรมและแรงงาน ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลที่สามารถชี้ชัดได้ แต่อย่างไรก็ตามเครื่องดื่มรสหวานที่มีส่วนผสมจากผลผลิตทางการเกษตรในประเทศในปัจจุบัน ส่วนใหญ่แล้วมีส่วนผสมค่อนข้างต่ำ ยกเว้นน้ำผักผลไม้ ภาคการเกษตรจึงอาจไม่ได้รับผลกระทบมากนัก ส่วนกรณีผักผลไม้อาจพิจารณากำหนดสัดส่วนขั้นต่ำในปริมาณที่เป็นประโยชน์ต่อทั้งภาคอุตสาหกรรมและภาคสุขภาพ ในส่วนของผลกระทบต่อแรงงาน จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานไม่ส่งผลกระทบต่อภาคแรงงานและภาคแรงงานสามารถปรับตัวได้

ประสบการณ์ในการผลักดันขับเคลื่อนนโยบายภาษีเครื่องดื่มรสหวานจากต่างประเทศ

ขณะนี้หลายประเทศที่จัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวาน โดยการเก็บภาษีส่วนใหญ่เก็บภาษีเพื่อเพิ่มรายได้ให้รัฐ แต่อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่เก็บภาษีโดยอิงตามเหตุผลทางสุขภาพโดยใช้ปริมาณน้ำตาลเป็นเกณฑ์การจัดเก็บ ยกตัวอย่างเช่น ประเทศฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ฟิจิ เม็กซิโก เปรู โพลินีเซีย กัวเตมาลา ฮังการี นอร์เวย์ และบางรัฐของสหรัฐอเมริกา จากประสบการณ์การผลักดันขับเคลื่อนนโยบายภาษีเครื่องดื่มรสหวานของต่างประเทศพบว่า มีบทเรียนที่หลากหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ ๓ กรณีศึกษา ได้แก่ ประเทศที่สามารถผลักดันนโยบายได้และยังสามารถจัดเก็บภาษีได้จนถึงปัจจุบัน ประเทศที่สามารถผลักดันได้แต่ถูกถอดถอนในภายหลัง และประเทศที่ไม่สามารถผลักดันข้อเสนอเป็นนโยบายได้

ประเทศที่สามารถผลักดันนโยบายได้และยังสามารถจัดเก็บภาษีได้จนถึงปัจจุบัน ในกลุ่มนี้มีหลายประเทศ โดยปัจจัยที่ทำให้สามารถจัดเก็บภาษีได้คือ ผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายเห็นความสำคัญและมีการดำเนินงานอย่างจริงจัง อีกทั้งมีข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่เข้มแข็งและสามารถสื่อสารกับสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการสื่อสารสร้างความเข้าใจกับสังคมอาจจะต้องอาศัยแรงขับเคลื่อนจากองค์กรทางสังคมที่ไม่หวังผลกำไร อีกทั้งการมีแนวทางจากการใช้ประโยชน์จากภาษีที่เก็บได้ที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ดังเช่นกรณีศึกษาในประเทศเม็กซิโก ที่ได้มีการสื่อสารกับสังคมถึงของผลเสียต่อสุขภาพของเครื่องดื่มรสหวาน ผลประโยชน์ที่ประเทศจะได้ออกจากการจัดเก็บภาษี และแนวทางการจัดสรรรายได้จากการจัดเก็บภาษี จนสามารถผลักดันนโยบายได้ และหลังจากที่สามารถจัดเก็บภาษีได้ร้อยละ ๑๐ ของราคาขายต่อลิตรเป็นระยะเวลาประมาณ ๑ ปี ผลปรากฏว่าสามารถลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานลงได้ร้อยละ ๑๖ โดยชุดมาตรการที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักในอันตราย ควบคุมการบริโภคของตนเองและคนในครอบครัว ซึ่งมีการคาดประมาณว่าจะสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ ๖๓๐,๐๐๐ ราย ใน พ.ศ. ๒๕๗๓

ประเทศที่สามารถผลักดันได้แต่ถูกถอดถอนในภายหลัง ได้แก่ ในบางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา เช่น หลุยส์เซียน่า ยกเลิกภาษีในเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์แบบบรรจุขวดและน้ำเชื่อมในปี ค.ศ. ๑๙๙๗, รัฐมิสซิสซิปปี ยกเลิกภาษีในเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์ น้ำผลไม้แต่งกลิ่น ชาแบบบรรจุขวดในปี ค.ศ. ๑๙๙๒ และรัฐนิวยอร์ก ยกเลิกภาษีในน้ำอัดลมในปี ค.ศ. ๑๙๙๙ ซึ่งการยกเลิกภาษีเป็นผลมาจากผลักดันของกลุ่มอุตสาหกรรม ด้วยประเด็นหลักคือ ความไม่ชัดเจนของเกณฑ์สินค้าที่ควรถูกเก็บภาษี และการสูญเสียรายได้รัฐจากอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การทำสัญญากับอุตสาหกรรมผลิตขวดและกระป๋องที่รัฐจะได้รับค่าตอบแทนจากการสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกกว่า ๕๐ ล้าน USD จากผู้ผลิต เป็นต้น โดยผ่านการลอบบี้เจ้าหน้าที่ของรัฐ นอกจากนี้ในประเทศเดนมาร์กซึ่งมีการเก็บภาษีอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวเป็นส่วนประกอบมากกว่าร้อยละ ๒.๓ ผลจากการดำเนินการ พบว่า ประชาชนลดการบริโภคอาหารจำพวกไขมันสูง เช่น เนยเหลว เนยเทียม ถึงประมาณร้อยละ ๑๐-๑๕ อย่างไรก็ตาม การเก็บภาษีไขมันในประเทศเดนมาร์กได้ถูกยกเลิกเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ภายหลังจากการประกาศใช้นโยบายนี้เพียง ๑ ปี เนื่องจากประชาชนจำนวนมากหันไปซื้ออาหารประเภทอื่นที่มีราคาถูกกว่าจากเยอรมันนีซึ่งอยู่ใกล้เคียง ทำให้เกิดการต่อต้านจากอุตสาหกรรมอาหารภายในประเทศ และรัฐบาลมองว่าอาจจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศในอนาคตได้ นอกจากนี้ รัฐบาลเตรียมที่จะยกเลิกการเก็บภาษีเครื่องดื่มที่มีรสหวานในปีนี้ (พ.ศ. ๒๕๕๗) อันเนื่องมาจากผลกระทบที่ใกล้เคียงกับการยกเลิกการเก็บภาษีไขมันในอาหาร

ประเทศที่ไม่สามารถผลักดันนโยบายได้ กรณีศึกษาที่เห็นได้ชัดคือ การผลักดันนโยบายการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์ในบางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา การผลักดันให้มีการเก็บภาษีในเครื่องดื่มที่มีรสหวาน (Soda tax) ในบางรัฐของสหรัฐอเมริกา (ประมาณ ๓๐ รัฐ) เช่น รัฐนิวยอร์ก รัฐ

ฮาวาย รัฐฟิลาโดเฟีย มีอุปสรรคหลายประการ เช่น การโน้มน้าวจากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มรายใหญ่ และสมาคมเครื่องดื่มในอเมริกา (American Beverage Association) ที่ใช้งบประมาณจำนวนมาก (๗๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐ) และการโฆษณาเพื่อต่อต้านการเก็บภาษีจากรัฐบาล ตัวอย่างข้อโต้แย้งจากสมาคมเครื่องดื่มในอเมริกา ได้แก่ การขาดรายได้ในเชิงเศรษฐกิจ หรือการจำกัดสิทธิของผู้บริโภค เป็นต้น ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดการต่อต้านจากกลุ่มผู้ต่อต้านการเก็บภาษี ซึ่งมีการขึ้นป้ายต่อต้านการขึ้นภาษีอย่างชัดเจน

บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บทสรุป

๑. การจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีช่องโหว่สำคัญได้แก่ รัฐเลือกจัดเก็บเฉพาะเครื่องดื่มในบางประเภทจึงก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรม และมีแนวทางการจัดเก็บที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพคนไทย

๒. การบริโภคเครื่องดื่มรสหวานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้คนไทยได้รับน้ำตาลมากเกินไป จนอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล

๓. การจัดเก็บภาษีสรรพสามิต นอกจากจะเป็นการหารายได้ให้แก่รัฐแล้ว ยังสามารถส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้ ซึ่งการจัดเก็บภาษีจะมีผลลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานได้ก็ต่อเมื่อมีอัตราการจัดเก็บที่สูงพอที่จะทำให้ผู้บริโภครู้สึกถึงความเปลี่ยนแปลงของราคาและมีความแตกต่างของราคาสินค้า และราคาของสินค้าในต่างประเทศโดยเฉพาะประเทศใกล้เคียงต้องไม่ถูกกว่า ซึ่งในกรณีที่ราคาสินค้าในต่างประเทศมีราคาถูกกว่า ต้องโน้มน้าวให้ประเทศใกล้เคียง เช่น ประเทศในประชาคมอาเซียนดำเนินนโยบายราคาและภาษีเครื่องดื่มรสหวานที่มีความสอดคล้องกัน

๔. ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานคือ ก่อให้เกิดความได้เปรียบเสียเปรียบระหว่างสินค้าที่ถูกจัดเก็บและไม่ถูกจัดเก็บภาษี และอาจส่งผลให้ประชาชนหันไปบริโภคสินค้าอื่นที่มีรสชาติใกล้เคียงและมีผลเสียต่อสุขภาพไม่แพ้กัน จึงควรขยายฐานภาษีให้ครอบคลุมสินค้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน และดำเนินการอย่างรอบคอบ

๕. การจะผลักดันนโยบายได้นั้น ต้องสร้างแรงจูงใจ ขับเคลื่อนสังคม และดำเนินการด้วยความโปร่งใสเป็นไปเพื่อประโยชน์สาธารณะ

๖. การผลักดันขับเคลื่อนนโยบายจะได้รับแรงต่อต้านและถูกขัดขวางอย่างมากจากภาคธุรกิจที่เสียผลประโยชน์ ภาคธุรกิจที่มีความแข็งแกร่งสามารถยับยั้งการผลักดันนโยบายได้โดยไม่ต้องมีข้อมูลหลักฐานสนับสนุนที่เพียงพอ หากภาคธุรกิจนั้นมีอิทธิพลต่อผู้ที่มีอำนาจกำหนดนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. เร่งผลักดันการพิจารณาผ่านร่างพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายสรรพสามิต พ.ศ. เพื่อให้การจัดเก็บภาษีสรรพสามิตมีความเป็นธรรม โปร่งใส เป็นสากล เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม และเอื้อต่อการคุ้มครองสุขภาพประชาชน

๒. ประเทศไทยควรมีการทบทวนการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์ให้ครอบคลุมเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดที่มีน้ำตาลต่อปริมาตรเครื่องดื่ม เกิน ๖ กรัม/๑๐๐ มล. ในอัตราการจัดเก็บอย่างน้อยร้อยละ ๒๐-๒๕ ของราคาขายปลีก เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องและเพิ่มรายได้ให้แก่รัฐเพื่อจัดสรรให้แก่การดำเนินมาตรการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนไทย

๓. ในการดำเนินมาตรการจำกัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มีแอลกอฮอล์ ควรมีมาตรการเสริมเพื่อทำความเข้าใจแก่สังคม สร้างแรงขับเคลื่อนจากฝั่งผู้บริโภค และสร้างเสริมทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้ควรพิจารณามาตรการชดเชยให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบตามสมควร โดยการมีส่วนร่วมจากภาควิชาการและภาคประชาสังคม

๔. ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่ประเทศไทยยังขาดข้อมูล เช่น การติดตามประเมินพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานและสัดส่วนของน้ำตาลที่ได้รับจากอาหารต่างๆ ของประชาชนไทย และผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจำกัดเก็บภาษีเครื่องดื่มรสหวาน เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพประสิทธิผลมากที่สุด และลดผลกระทบที่อาจขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

๑. จันทนา อึ้งชูศักดิ์. การใช้มาตรการทางภาษีและราคาของอาหารเพื่อลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน. สัมมนาเวทีสาธารณะรับฟังความคิดเห็นเรื่อง “มาตรการทางภาษีและราคาของอาหารและเครื่องดื่มในประเทศไทย เพื่อการจัดการภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน”; ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๔; โรงแรมริชมอนด์. นนทบุรี.
๒. คณะทำงานศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๒. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๒. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๒.
๓. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สาระสุขภาพ: เรื่องเด่นประจำสัปดาห์. กระทรวงสาธารณสุข. ๑๙-๒๓ มีนาคม ๒๕๕๔; ปีที่ ๔ ฉบับที่ ๒๕.
๔. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวนและอัตราผู้ป่วยในพ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๖. [ออนไลน์]. [สืบค้น ๕ กันยายน ๒๕๕๗] เข้าถึงได้จาก : <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
๕. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๒๒. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๑๘๒ พ.ศ.๒๕๔๑, ราชกิจจานุเบกษาฉบับทั่วไปเล่มที่ ๑๑๕, ตอนที่ ๔๗. (ลงวันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๔๑)
๖. พระราชบัญญัติ พิกัดอัตราภาษีสรรพสามิต พ.ศ.๒๕๒๗. ลงวันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๒๗.
๗. กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. คลังจ่อเก็บภาษี ชาเขียว-กาแฟ. [หนังสือพิมพ์ออนไลน์] ๒๕๕๗. [สืบค้น ๕ กันยายน ๒๕๕๗] เข้าถึงได้จาก : <http://www.bangkokbiznews.com/>
๘. สิรินทร์ยา พูลเกิด, ทักษพล ธรรมรังสี. โอกาสในการใช้นโยบายทางภาษีและราคาในเครื่องดื่มเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพของประเทศไทย. ใน: สิรินทร์ยา พูลเกิด, เพียววี ผ่อนสุข. รายงานประจำปี ๒๕๕๖ แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ; ๒๕๕๖. หน้า ๑๐๑-๑๑๔.
๙. ไทยรัฐออนไลน์. เผยคนไทยติดกินหวาน ดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ [online]. ๒๕๕๖ [เข้าถึงเมื่อ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๗]. Available from: URL: <http://www.thairath.co.th/content/๓๒๕๓๘๒>
๑๐. Lim L, Banwell C, Bain C, Banks E, Seubsman S, Kelly M, Yiangprugsawan V, Sleigh A. Sugar sweetened beverages and weight gain over 4 years in a Thai national cohort-A prospective analysis. PLoS ONE. 2014; 9(5):e95309. doi:10.1371/journal.pone.0095309

୧୧. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380: 2224–2260.
୧୨. Hu F B. Resolved: there is sufficient scientific evidence that decreasing sugar-sweetened beverage consumption will reduce the prevalence of obesity and obesity-related diseases. *Obesity Review*. 2013; 14: 606-619.
୧୩. Hawkes C. The worldwide battle against soft drinks in school. *American Journal of Preventive Medicine*. 2010; 38: 457-461.
୧୪. Sacks G, Rayner M, Stockley L, Scarborough P, Snowdon W, and Swinburn B. Applications of nutrient profiling: potential role in diet-related chronic disease prevention and the feasibility of a core nutrient-profiling system. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2011; 65: 298–306.
୧୫. Chriqui JF¹, Chaloupka FJ, Powell LM, Eidson SS. A typology of beverage taxation: multiple approaches for obesity prevention and obesity prevention-related revenue generation. *J Public Health Policy*. 2013; 34(3):403-23.
୧୬. Euromonitor International. Who drinks what: Identifying international drinks consumption trends. Euromonitor International Ltd; London. 2011. p54.
୧୭. Briggs AD, Mytton OT, Madden D, O'Shea D, Rayner M, Scarborough P. The potential impact on obesity of a 10% tax on sugar-sweetened beverages in Ireland, an effect assessment modelling study. *BMC Public Health* 2013; 17: 13:860.
୧୮. Finkelstein EA¹, Zhen C, Nonnemaker J, Todd JE. Impact of targeted beverage taxes on higher- and lower-income households. *Arch Intern Med*. 2010; 170 (22):2028-34.
୧୯. Basu S, Vellakkal S, Agrawal S, Stuckler D, Popkin B, Ebrahim S. Averting Obesity and Type 2 Diabetes in India through Sugar-Sweetened Beverage Taxation: An Economic-Epidemiologic Modeling Study. *PLoS Med*. 2014; 11(1).
୨୦. Manyema M, Veerman LJ, Chola L, Tugendhaft A, Sartorius B, Labadarios D, Hofman KJ. The Potential Impact of a 20% Tax on Sugar-Sweetened Beverages on Obesity in South African Adults: A Mathematical Model. *PLoS One*. 2014; 9(8).
୨୧. Boseley S. Mexico enacts soda tax in effort to combat world's highest obesity rate. *The Guardian* [Internet]. [updated 2014 Jan 16; cited 2014 Nov 13] Available from: URL: <http://www.theguardian.com/world/2014/jan/16/mexico-soda-tax-sugar-obesity-health>
୨୨. Smith A T, Lin B, Lee J. Taxing caloric sweetened beverages: Potential effects on beverage consumption, calorie intake, and obesity, ERR-100, U.S. Department of Agriculture. 2010.

୧୩. Fletcher J. Soda taxes and substitution effects: Will obesity be affected? *Choices*. 2011; 26 (3).
୧୪. Pitayatiennan P, Butchon R, Yothasamut J, Aekplakorn W, Teerawattananon Y, Suksomboon N, Thavorncharoensap M. Economic costs of obesity in Thailand: a retrospective cost-of-illness study. *BMC Health Services Research* 2014, **14**:146
୧୫. International Markets Bureau. Consumer trends non-alcoholic drinks in Thailand. Agriculture and Agri-Food Canada; 2010.
୧୬. Powell LM, Wada R, Persky JJ, and Chaloupka FJ. Employment Impact of Sugar-Sweetened Beverage Taxes. *American Journal of Public Health*. 2014; 104; 672-677.
୧୭. Jacobson M, Brownell K. Small taxes on soft drinks and snack foods to promote health. *Am J Public Health*. 2000; 90(6).
୧୮. Sturm R, Powell L, Chiqui J, Chaloupka F. Soda taxes, soft drink consumption, and children's body mass index. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29(5): 1052-8.
୧୯. Jensen J., Smed S. The Danish tax on saturated fat – Short run effects on consumption, substitution patterns and consumer prices of fats. *Food Policy* 2013;42: 18–31.
୨୦. BBC. Denmark to abolish tax on high-fat foods [online]. 2012 [cited 3 April 2014]. Available from: URL: <http://www.bbc.com/news/world-europe-20280863>
୨୧. Stanford DD. Anti-obesity soda tax fails as lobbyists spend millions: retail. *Bloomberg*: 2012 [cited 2014 Nov 13] Available from: URL: <http://www.bloomberg.com/news/2012-03-13/anti-obesity-soda-tax-fails-as-lobbyists-spend-millions-retail.html>

ภาคผนวก ง.

๖. รายงานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน : กลไกสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ*

บทนำ

ปัจจัยที่ผลักดันให้ต้องปฏิรูประบบสุขภาพในทศวรรษที่สองของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผลพวงจากการเปลี่ยนแปลงด้าน เศรษฐกิจ สังคม ประชากร ภาวะโรค การสื่อสารคมนาคม และการก้าวสู่ประชาคมอาเซียน จากการทบทวนการปฏิรูปในทศวรรษที่ผ่านมาทำให้กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพซับซ้อนขึ้นและต้องทำงานเชิงพหุภาคีมากขึ้น ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทด้านนี้ถดถอยลง สถานการณ์ปัจจุบันบ่งชี้ให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยโตเร็วกว่าระบบเศรษฐกิจและภาระรายจ่ายภาครัฐด้านนี้สูงขึ้นต่อเนื่อง ในขณะที่ยังมีปัญหาการขาดประสิทธิภาพและความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ แม้ว่าแนวคิดการแยกบทบาทการซื้อจากการให้บริการ (Provider – Purchaser Split) จะทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองดูแลดีขึ้น มีการเกื้อกูลกันระหว่างหน่วยบริการในเครือข่ายระดับอำเภอเพิ่มขึ้น แต่การเชื่อมโยงเกื้อหนุนระหว่างต่างเครือข่ายอำเภอยังมีปัญหา มีการปฏิเสธการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย และมีความแออัดของบริการในโรงพยาบาลใหญ่อันเนื่องจากศักยภาพของโรงพยาบาลต่างกันมาก ปัจจัยหลักสำคัญที่ยังไม่มีการปรับรื้อได้คือ สถานพยาบาลรัฐขาดความคล่องตัวในการบริหารจัดการทรัพยากร และขาดความชัดเจนในระบบการรับผิดชอบต้องพึ่งพากลไกส่วนกลาง ทำให้ขาดประสิทธิภาพและไม่ตอบสนองต่อคนในพื้นที่ วิถีคิดของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับยังมองภาพเอกชนเป็นศัตรู แทนที่จะมองเห็นพลังแห่งความร่วมมือที่ภาครัฐไม่สามารถยื่นบริการสุขภาพไปให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ได้ กลยุทธ์สำคัญคือ การจัดระบบให้ทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ มีการแข่งขันกันด้านคุณภาพการให้บริการ (Positive Sum Game) แทนที่กรอบแนวคิดการแย่งทรัพยากรกันเพื่อลดคุณภาพ (Zero Sum Game) ดังนั้น วัตถุประสงค์ในการปฏิรูปจึงต้องชัดเจนคือ ต้องมีกลไกการอภิบาลและกำกับทิศระบบสุขภาพไทยที่มีเอกภาพและมีธรรมาภิบาล ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาลในระบบประกันสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการซื้อและจัดบริการสุขภาพ และตอบสนองต่อประชาชนในพื้นที่

แนวคิดหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกหลักระดับชาติในการอภิบาลและกำกับทิศระบบสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีระยะห่างระหว่างบทบาทการอภิบาลระบบสุขภาพและการจัดบริการของกระทรวงสาธารณสุข และผ่องถ่ายให้เลื้อบทบาทเพียงแค่อภิบาลระบบสุขภาพให้เกิดความสมดุลและยั่งยืน มีการบูรณาการการบริหารระบบประกันสุขภาพหลักเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำ แยกบทบาทภารกิจจัดการระบบประกันที่ชัดเจนเพื่อให้มีธรรมาภิบาล กระจายภารกิจและการซื้อและจัดบริการสุขภาพไปยังระดับเขต และมีการจัดบริการในลักษณะพวงบริการในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ ซึ่งมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการทรัพยากร และกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ของระบบสำหรับหน่วยงานแต่ละระดับเพื่อการติดตามกำกับ

แนวทางการปรับปรุงระบบสุขภาพในระดับเขตบริการสุขภาพ ถือเป็นกลไกหลักสำคัญในการจัดทําบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ คุ่มค่าและประชาชนเข้าถึงได้ ดังนั้น การปรับรื้อวิถีคิดของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการในระดับเขตจึงเป็นใหญ่ที่ต้องเร่งดำเนินการ การบริหารการเปลี่ยนแปลงในเขตบริการสุขภาพซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตหลักประกันสุขภาพ และกระทรวงอื่น ๆ ในเขตพื้นที่ จำเป็นต้อง

* รายงานนี้จัดทำโดย ศาสตราจารย์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล

ร่วมกันทำแผนระยะสั้น เพื่อสนับสนุนการปฏิรูปในช่วง ๓ ปี ทบทวนแก้ไขกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิรูป กำหนดกรอบการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public-Private Partnership : PPP) พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนและติดตามประเมินผล รวมไปถึงการพัฒนา รูปแบบและขีดความสามารถการบริหารจัดการบุคลากรในภารกิจบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อสถานการณ์ และพัฒนาศักยภาพของกลไกการอภิบาลระบบระดับต่าง ๆ ให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดรับกับตัวชี้วัดที่กำหนดตามภาวะโรคในแต่ละเขตพื้นที่บริการ

การกระจายบทบาทการซื้อและจัดบริการสุขภาพไปในระดับเขตเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร และเพิ่มประสิทธิภาพเชิงขนาดและมีการเชื่อมโยงสนับสนุนทรัพยากรระหว่างสถานพยาบาลในเขตพื้นที่บริการ ลดปัญหาการปฏิเสธผู้ป่วยในกรณีส่งต่อ และตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม โดยมีคณะกรรมการระดับเขตที่เชื่อมโยงบูรณาการบทบาทการซื้อและจัดบริการมีการวางแผนพัฒนาระบบและจัดหาบริการและติดตามผลบริการร่วมกัน ภายใต้กรอบนโยบาย กติกา และเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนด ทั้งนี้ อาจกระจายบทบาทการซื้อบริการปฐมภูมิไปยังระดับจังหวัด และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคไปยังพวงบริการระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพเชิงขนาดและตอบสนองต่อประชาชนในพื้นที่อย่างเหมาะสม และคล่องตัวในการริเริ่มการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาบริการระยะกลางและบริการระยะยาว รวมถึงการพัฒนาบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

การประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์และตอบสนองนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมุ่งปรับปรุงองค์ประกอบหลักในระบบสุขภาพให้ไวต่อการตอบสนองความต้องการของประชาชน พระราชบัญญัติที่ร่างขึ้นเพื่อให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐได้แก้ปัญหาเรื่องระเบียบการใช้จ่ายเงินบำรุง ข้อจำกัดหลักคือ งบประมาณกลาง เนื่องจากห้ามทำสัญญาผูกพันเกินหนึ่งปี ทำให้ใช้เงินบำรุงไม่ได้ ทำให้เกิดการตกลงกันนอกระบบ ซึ่งเสี่ยงต่อผู้บริหารโรงพยาบาล และยิ่งก่อให้เกิดปัญหาติดขัดในการลงทุนจากภาคเอกชนมาในปัจจุบัน หากกฎหมายนี้ผ่านจะทำให้กรมบัญชีกลางต้องยอมรับสถานการณ์ตอนนี้มีหลายแห่งใช้เอกชนมาให้บริการ เช่น หน่วยไตการทำสัญญากับเอกชนในการใช้เตียงห้องผ่าตัด การให้เอกชนมาสร้างอาคาร เสนอให้ต้องการตั้งหน่วยสนับสนุน รวมถึงระบบการจ่ายต้องทำข้อตกลงกับกรมบัญชีกลางอย่างไรที่ยอมรับได้

เรื่อง PPP เป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องทำให้สำเร็จเป็นรูปธรรม การจัดตั้ง Transaction supporting unit (TSU) หรือ Capital budgeting and negotiation เพื่อมาต่อรองผลประโยชน์ที่ภาครัฐควรได้อย่างเหมาะสมและต้องคล่องตัวในการจัดการเพื่อความคุ้มทุนของภาคเอกชนด้วย การจัดการด้วยการบริหารจัดการแบบเอกชน การจัดตั้งหน่วยงานพิเศษให้บริการแบบเอกชน (ในรูปของมูลนิธิ) จัดสร้างอาคารจอดรถในโรงพยาบาล การลงทุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง เป็นต้น ให้มีการสื่อสารไปยังภาคประชาชนให้เข้าใจมากขึ้น เพื่อไวต่อการตอบสนองความต้องการของประชาชนเป็นหลัก คือ

๑) ให้เอกชนร่วมลงทุน (Co - investment) ก่อให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้สถานที่เครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพง ภาพรวมการ utilize ทรัพยากรด้านสุขภาพจะดีขึ้น ในการบริการโรงพยาบาลรัฐ ให้เป็นเชิงธุรกิจเพื่อหารายได้มาจุนเจือ โรงพยาบาลมากขึ้น การเอาภาคเอกชนมาลงทุนก็เพื่อลดภาระของภาครัฐ ในเรื่องนี้เสนอให้ทำระหว่างหน่วยงานรัฐด้วยกันเองก่อน

๒) โมเดล “ศิริราชมหากรุณย์ หรือ Premium Rama” เพื่อเพิ่มรายได้ให้แก่บุคลากรวิชาชีพที่เป็นความต้องการของภาคเอกชน ป้องกันการไหลออกไปยังภาคเอกชน

๓) Shared resource services ระหว่างภาครัฐและเอกชน ในเรื่องการบริหารเตียง เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ โลจิสติกส์ ฯลฯ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและผลิตภาพของประเทศได้ การ Pool หมอ เพื่อไปอยู่เวรในโรงพยาบาลต่าง ๆ หากไม่ยอมย้ายก็ต้องมีการมาช่วยกันนอกเวลา เป็นต้น รวมถึงเครื่องมือบางอย่าง เช่น เครื่องช่วยหายใจ โดยมีระบบทะเบียนเครื่องมือแพทย์ เพื่อให้รู้ว่าที่ไหนมีเท่าไร ทยิบยืมกันได้ภายในพวงบริการเดียวกัน ไม่ว่าจะมาจากภาครัฐหรือภาคเอกชน

๔) SME's การมอบสัมปทานให้ภาคเอกชนรับต่อช่วงไปดูแลคนสูงอายุ พิกการ ผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐจำเป็นต้องลงทุนสูงในด้านเทคโนโลยี สถานที่ที่ให้บริการสุขภาพ ซึ่งไม่มีภาคเอกชนสนใจร่วมลงทุนอยู่แล้ว การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนพัฒนา SME เพื่อรองรับงานบริการที่รัฐจัดทำให้ไม่ครอบคลุมทั้งหมด นอกจากจะช่วยบรรเทาปัญหาการเข้าถึง ยังควบคุมคุณภาพได้อีกด้วย และที่สำคัญ ภาคเศรษฐกิจที่เติบโตจาก SME เหล่านี้ที่มีขนาดเพิ่มขึ้นจะช่วยพยุงเศรษฐกิจมหภาคให้ระบบสุขภาพเจริญได้อย่างยั่งยืนอีกด้วย

ภาคผนวก ง.

๗. รายงานการประกันภัยสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว*

๑. ที่มา

ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมคนไทยทุกคน แต่ยังไม่มีการจัดระบบประกันภัยสุขภาพอย่างเป็นระบบให้กับคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว สำหรับกรณีที่อยู่อาศัยในประเทศไทยไม่เกิน ๑ ปี ทั้งคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทยระยะสั้น ด้วยวัตถุประสงค์ต่างกัน เช่น การท่องเที่ยว ติดต่อธุรกิจ ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ รักษาพยาบาล รอเดินทางต่อไปประเทศอื่น (Transit) พักผ่อนในระยะเวลาไม่เกิน ๑ ปี สำหรับประเทศไทยมีเงื่อนไขคนต่างด้าวที่เข้ามาในประเทศไทยคล้ายกับนียบัตรต่างประเทศ โดยมีการกำหนดเงื่อนไขสำหรับระยะเวลาที่อยู่ในประเทศตั้งแต่ ๓๐ วันถึง ๒ ปี หรือตามที่กฎหมายกำหนด^๑

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีคนต่างด้าวเดินทางเข้าประเทศไทยชั่วคราวทั้งสิ้นประมาณ ๒๓ ล้านคน (ตารางที่ ๑) โดยเดินทางมาทางเครื่องบินผ่านด่านตรวจคนเข้าเมืองที่สนามบินจำนวนประมาณ ๑๗ ล้านคน และเดินทางผ่านเข้ามาทางด่านอื่นอีกประมาณ ๖ ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นนักท่องเที่ยว ประมาณ ๒๐ ล้านคน ซึ่งโดยเฉลี่ยจะพำนักในประเทศไทยประมาณ ๙.๕๑ วัน

กลุ่มคนต่างด้าวกลุ่มใหญ่อีกกลุ่มหนึ่ง คือ คนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยไม่มีใบอนุญาตทำงาน (Work permit) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนพม่า กัมพูชา และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งอาจเข้าเมืองโดยใช้ VISA แบบนักท่องเที่ยว หรือเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย โดยมีกระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งในเขตเมือง และชนบท จากจากการประเมินขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติคาดว่า มีแรงงานข้ามชาติรวมทั้งครอบครัวที่หลบหนีเข้าเมืองทั้งหมดน่าจะมีไม่น้อยกว่า ๓ ล้านคนทั่วประเทศ (Huguet & Chamrathirong, ๒๐๑๑) คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้ผ่อนผันให้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้อยู่ในประเทศไทยได้และให้มีการจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาวและกัมพูชา เมื่อวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๔๙ และเมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๐ โดยเป็นการพิจารณาผ่อนผัน

* รายงานนี้จัดทำโดย นายถาวร สกุกพณิชย์

^๑ มาตรา ๓๕ คนต่างด้าวซึ่งเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามมาตรา ๓๔ อธิบดีหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งอธิบดีมอบหมายจะอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรภายใต้เงื่อนไขใด ๆ ก็ได้

ระยะเวลาที่จะอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรให้กำหนดดังนี้

(๑) ไม่เกินสามสิบวัน สำหรับกรณีตามมาตรา ๓๔ (๔) (๘) และ (๙)

(๒) ไม่เกินเก้าสิบวัน สำหรับกรณีตามมาตรา ๓๔ (๓)

(๓) ไม่เกินหนึ่งปี สำหรับกรณีตามมาตรา ๓๔ (๕) (๑๐) (๑๑) (๑๒) (๑๓) (๑๔) และ (๑๕)

(๔) ไม่เกินสองปี สำหรับกรณีตามมาตรา ๓๔ (๖)

(๕) ตามกำหนดระยะเวลาตามความจำเป็น สำหรับกรณีตามมาตรา ๓๔ (๑) และ (๒)

(๖) ตามกำหนดระยะเวลาที่คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนพิจารณาเห็นสมควรสำหรับกรณีตามมาตรา ๓๔ (๗)

ในกรณีที่คนต่างด้าวมีเหตุจำเป็นจะต้องอยู่ในราชอาณาจักรเกินระยะเวลาที่กำหนดใน (๑) (๒) (๓) และ (๔) ให้อธิบดีเป็นผู้พิจารณาอนุญาตให้อยู่ต่อไปได้ครั้งละไม่เกินหนึ่งปี และเมื่อได้อนุญาตแล้วให้รายงานต่อคณะกรรมการเพื่อทราบพร้อมด้วยเหตุผลภายในเจ็ดวันนับแต่วันอนุญาต

การขออนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวต่อไปแต่ละครั้งให้คนต่างด้าวยื่นคำขอตามแบบและเสียค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในกฎกระทรวงในระหว่างรอฟังคำสั่งให้

เป็นรายปี รวมทั้งมอบให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการออกมาตรการและแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพโดยมีภารกิจและกิจกรรมที่สำคัญ ๔ ด้าน ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี การบริการด้านการรักษาพยาบาลและการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการเฝ้าระวังโรค

ตารางที่ ๑ จำนวนผู้เดินทางเข้าประเทศไทย

ประเภท	วิธีเดินทางเข้าเมือง		
	เครื่องบิน	พาหนะอื่น	รวม
นักท่องเที่ยว	๔,๖๓๔,๗๓๘	๓๔๘,๘๔๑	๔,๙๘๓,๕๗๙
คนอยู่ชั่วคราว	๘๗๓,๓๘๔	๔๙๐,๙๖๑	๑,๓๖๔,๓๔๕
คนเดินทางผ่าน	๔๑,๔๕๑	๒๕,๙๔๑	๖๗,๓๙๒
ยกเว้นการตรวจลงตรา	๑๑,๕๖๒,๓๔๓	๔,๗๐๙,๕๓๖	๑๖,๒๗๑,๘๗๙
ประเภทอื่น	๘๑๐,๐๕๕	๓๙๑,๕๘๑	๑,๒๐๑,๖๓๖
รวม	๑๗,๙๒๑,๙๗๑	๕,๙๖๖,๘๖๐	๒๓,๘๘๘,๘๓๑

ที่มา กองบังคับการตรวจคนเข้าเมือง

๒. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว

ปัจจุบันยังไม่มีรายงานหรืองานวิจัยที่แสดงให้เห็นปัญหาสุขภาพของคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว แต่หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ามีคนต่างด้าวจำนวนมากไม่มีประกันสุขภาพคุ้มครองทำให้เกิดปัญหาเมื่อมีการเจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ ในบางครั้งยังเป็นปัญหาต่อเนื่องมาถึงสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน เนื่องจากคนต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาล

ในส่วนของนักท่องเที่ยวนั้น จากสถิติของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน พบว่ามีชาวต่างชาติค้างชำระค่าบริการประมาณ ๑๐๐ ล้านบาทต่อปี โดยยังไม่รวมการไปรับบริการในคลินิกเอกชนอื่นๆ แต่ ถ้าประมาณการขนาดของปัญหาจากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ พบว่ามีรายงานระบุว่านักท่องเที่ยวจากประเทศที่พัฒนาแล้วร้อยละ ๒๐ - ๗๐ จะเกิดปัญหาสุขภาพในระหว่างการเดินทางทั้งเล็กน้อยและรุนแรง โดยร้อยละ ๑ - ๕ ต้องได้รับการรักษา ร้อยละ ๐.๐๑ - ๐.๑ ต้องได้รับการส่งต่อ อัตราตายประมาณ ๑ ต่อแสน (Ryan, Wilson, & Kain, ๒๐๐๒) ถ้าใช้ตัวเลขในรายงานนี้ ประมาณการสถานการณ์การเจ็บป่วยของนักท่องเที่ยวที่เข้ามาประเทศไทย ๒๐ ล้านคน จะมีคนต้องเข้ารับการรักษา ๒๖,๐๕๔ ครั้ง (๐.๐๕ ครั้งต่อคนต่อปี) ต้องส่งต่อ ๒๐,๐๐๐ ราย และตาย ๒๐๐ คน โรคที่มีการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากการศึกษาข้อมูลของประเทศออสเตรเลีย (Leggat & Leggat, ๒๐๐๒) พบที่มีการเบิกค่าใช้จ่ายมากที่สุดในกลุ่มคนอายุมากกว่า ๕๕ (๕๓.๒%) เป็น Medical and dental claims = ๖๖.๖% ส่วนอื่นได้แก่ loss, theft, damage ๓๓.๓%

สำมะโนประชากรและเคหะ ๒๕๕๓ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรที่อยู่ในประเทศไทยร้อยละ ๔.๙ (๓.๒ ล้านคน) ไม่มีสัญชาติไทย โดยส่วนใหญ่เป็นคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยโดยไม่มีใบอนุญาตทำงาน จากงานวิจัยพบว่า หนึ่งในสามของแรงงานที่เป็นคนต่างด้าวอยู่เมืองไทยมากกว่า ๕ ปี แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการจัดระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มนี้ แต่เป็นการดำเนินการในลักษณะชั่วคราวตามมติคณะรัฐมนตรี โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ แรงงานที่เป็นคนต่างด้าวขึ้น

ทะเบียนประกันสุขภาพประมาณ ๙ แสนคน มีการให้บริการผู้ป่วยนอกปีละประมาณ ๖๐๐,๐๐๐ ครั้งต่อปี บริการผู้ป่วยในปีละ ๑๐๐,๐๐๐ ครั้งต่อปี โดยมีหนี้สูญประมาณ ๓๐๐ ล้านบาทต่อปี จากแรงงานที่เป็นคนต่างด้าวที่อยู่นอกระบบประกันสุขภาพ ซึ่งน่าจะยังต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากยังไม่ได้รวมการไปรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน

๓. หลักการและแนวคิดในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพให้คนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว

หลักการในการให้ความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องพิจารณาบนหลักการที่สำคัญดังนี้ คือ

๑. หลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งบริการสุขภาพจัดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานเรื่องหนึ่ง ซึ่งบุคคลต้องได้รับจากสังคม โดยไม่คำนึงถึง เชื้อชาติ สัญชาติ ดังนั้นการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนต่างด้าวที่อยู่ในประเทศไทยเป็นการดำเนินการที่สอดคล้องกับหลักการคุ้มครองความมั่นคงขั้นพื้นฐาน (Social Protection Floor) ของสหประชาชาติ

สำหรับประเทศไทยนั้น มาตรา ๕๑ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ รับรองความเสมอภาคของคนไทย ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ รวมทั้งบริการสุขภาพ และมาตรา ๘๐ ที่กำหนดให้รัฐต้อง ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน

โดยธรรมนูญสุขภาพ ซึ่งออกตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งเป็นกฎหมายลูกของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้กำหนดไว้ใน ข้อ ๑๖ ว่าหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพจะต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย โดยไม่มีการแบ่งแยกตามฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพทางกาย ความพิการ เพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อและอุดมการณ์ทางการเมือง ตามพันธระกรณีของประเทศไทยในฐานะรัฐภาคีแห่งปฏิญญาและสนธิสัญญาต่างๆ ระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน และสร้างความมั่นคงทางด้านสุขภาพในประเทศ และมีมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑ ข้อที่ ๑.๘ พ.ศ. ๒๕๕๑ เร่งรัดให้มีการดำเนินการสร้างความคุ้มครอง คนต่างด้าว และคนไร้รัฐ

ซึ่งปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพที่ได้มีการดำเนินการชัดเจนให้กับคนต่างด้าว มีเฉพาะผู้ที่เข้ามาประกอบอาชีพในหน่วยงานเอกชนที่ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสังคม และผู้ที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ส่วนคนต่างด้าวกลุ่มอื่นต้องซื้อประกันภัยสุขภาพจากบริษัทประกันภัยเอกชนเอง

ภายใต้แนวคิดนี้ ประกันภัยสุขภาพที่ให้กับคนต่างด้าวตามหลักสิทธิมนุษยชนควรเป็นครอบคลุมในเพียงสิทธิประโยชน์ระดับพื้นฐานแบบบังคับ (Compulsory health insurance) ซึ่งหลักการนี้มีการดำเนินการอยู่ในหลายประเทศ เช่น ประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป ได้กำหนดให้คนต่างด้าวที่จะขอ Schengen Visa ต้องมีหลักฐานการซื้อประกันภัยสุขภาพที่ครอบคลุมระยะเวลาที่จะอยู่ในสหภาพยุโรป เช่น ถ้าจะขอ Visa แบบนักท่องเที่ยว ๗ วัน ต้องมีประกันภัยสุขภาพคุ้มครองไม่น้อยกว่า ๘ วันเป็นต้น และต้องมีประกันภัยสุขภาพสำหรับประกอบการขอ Residence permit ในกรณีขอ Visa เพื่อศึกษาต่อในสหภาพยุโรป เป็นต้น โดยเปิดให้มีทางเลือกในการจัดหาประกันภัยสุขภาพจากบริษัทประกันภัยเอกชนเพิ่มเติมโดยอาศัยกลไกตลาด

๒. หลักความยั่งยืนทางการคลัง เพื่อให้การดำเนินการจัดประกันภัยสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวไม่เป็นการต่อรัฐบาล ซึ่งจะมีผลต่อการนำเอาภาษีของคนไทยไปใช้สนับสนุนคนต่างด้าว วันแต่เป็นไปตามหลักการข้อที่หนึ่ง แต่การดำเนินการภายใต้กรอบมนุษยธรรมก็ต้องมีขีดจำกัดที่ระดับหนึ่งที่ไม่เป็นการต่อทางการคลังของรัฐบาลและสภาพเศรษฐกิจโดยรวม โดยในทางทฤษฎี การดำเนินการจัดระบบหลักประกันสุขภาพต้องสามารถจ่ายเงินเพื่อชดเชยความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้เอาประกันภัยได้เสมอไม่มีบิณฑล ซึ่งสามารถแสดงเป็นสมการอย่างง่ายที่เรียกกันว่าสมการแสดง “สมดุลทางการเงิน” (financial equilibrium) ดังนั้นในทางปฏิบัติ บริษัท/กองทุนประกันภัยสุขภาพต้องมีเงินสำรองอย่างน้อยเท่ากับหนี้สิน (full funding insurance scheme) และกองทุนต้องมีการคำนวณทางคณิตศาสตร์การประกันภัยแสดงให้เห็นว่ากองทุนมี “ความสมดุลทางการเงิน” รวมทั้งมีการตรวจสอบรับรองโดยหน่วยงานของรัฐที่มีความสามารถที่จะประเมินความเสี่ยงดังกล่าว

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการจัดตั้งกองทุนเฉพาะสำหรับดำเนินการจัดประกันภัยสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวโดยมีแหล่งรายได้จากเบี้ยประกันและผลตอบแทนการลงทุนจากเงินในกองทุน เพื่อใช้จ่ายในการชดเชยค่าบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยเบี้ยประกันที่คำนวณต้องคำนึงถึงต้นทุนการจัดบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ และส่วนเพิ่มสำหรับการปรับปรุงคุณภาพบริการทั้งในเรื่องการจัดหาบุคลากรและการลงทุนระยะยาวในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและครุภัณฑ์ทางการแพทย์

๓. หลักประสิทธิภาพ โดยการดำเนินการจัดประกันภัยสุขภาพให้คนต่างด้าวนั้นต้องมีการบริหารจัดการให้คุ้มค่าเงิน โดยเฉพาะการประกันภัยสุขภาพนักท่องเที่ยวที่ผู้เอาประกันภัยสมัครใจเดินทางมาประเทศไทยซึ่งมีระบบการให้บริการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน ทำให้มีโอกาสที่คนต่างด้าวที่มีปัญหาสุขภาพจะซื้อประกันภัยสุขภาพเพื่อมาใช้บริการในประเทศไทย (Adverse selection) ในการจัดระบบประกันในกลุ่มนี้จึงควรทำการประกันแบบ High deductible insurance with ceiling โดยผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายส่วนแรกก่อน เช่น ๓,๐๐๐ บาทแรก และจำกัดวงเงินที่กองทุนจะจ่าย เช่น ไม่เกิน ๑ ล้านบาท เป็นต้น และมี exclusion list และมีการทำ underwrite

๔. การจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับชาวต่างชาตินี้เป็นการปรับเปลี่ยนภาระทางการเงินที่เกิดขึ้น มาเป็นแหล่งเงินสำหรับพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้ เนื่องจากเป็นการปรับจากการที่คนต่างด้าวต้องจ่ายเงินเองเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพมาเป็นการทำประกันสุขภาพ ซึ่งจำนวนเบี้ยประกันไม่สูงมาก แล้วใช้เงินจากประกันสุขภาพนี้มาจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามอัตราค่าบริการที่กำหนด ทำให้ลดหนี้สูญจากการที่คนต่างด้าวโดยเฉพาะนักท่องเที่ยวไม่มีเงินก้อนใหญ่สำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาลราคาแพง

ทั้งนี้หลักการดังกล่าวจะมีความขัดแย้งกันในบางประเด็น เช่นหลักมนุษยธรรมอาจขัดแย้งกับหลักประสิทธิภาพ ในทางปฏิบัติสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าว จึงต้องมีการกำหนดลำดับความสำคัญ และความยืดหยุ่นของหลักการแต่ละข้อ โดยให้หลักมนุษยธรรมมีความสำคัญสูงสุด ถัดลงมาเป็นหลักความมั่นคงทางการเงิน และหลักประสิทธิภาพ ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามคนต่างด้าวที่อยู่ในประเทศไทยมีลักษณะเฉพาะกลุ่มที่แตกต่างกัน การดำเนินการจัดระบบหลักประกันสุขภาพซึ่งต้องเป็นมาตรการบังคับให้คนต่างด้าวต้องมีประกันภัยสุขภาพ จึงจำเป็นต้องดำเนินการเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากกลุ่มนักท่องเที่ยวก่อน แล้วจึงขยายในกลุ่มอื่นต่อไปให้ครอบคลุมทั้งหมดในที่สุด

๔. การประกันภัยสุขภาพสำหรับการเข้าเมืองระยะสั้น

๔.๑ สิทธิประโยชน์

กรมธรรม์ทั้งหมดจะมี ๔ แบบ

๑. Border Pass (สำหรับผู้ผ่านแดนทางบก)

๒. AOT (สำหรับผู้ผ่านแดนมาทางอากาศและ/หรือทางเรือ)

๓. Multiple Entry (สำหรับผู้ที่ต้องการเข้า/ออกประเทศไทยทางอากาศหลายครั้งใน ๑ ปี, แต่รวมทั้งหมดต้องอยู่ไม่เกิน ๙๐ วัน ใน ๑ ปี)

๔. Long Stay (ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ได้ ๑ ปี)

ความคุ้มครองประกอบด้วย

๑. การรักษาพยาบาลครอบคลุมการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Emergency medical expenses and care)

๒. การส่งกลับ (Repatriation) ซึ่งครอบคลุมทั้งค่าเดินทางกลับในกรณีที่มีปัญหา หรือกรณีอุบัติเหตุ (Emergency evacuation) การถูกส่งตัวกลับ (refoulement) การจัดการเรื่องศพและการส่งกลับ (Funeral & Repatriation of remains)

ทั้งนี้การจัดสิทธิประโยชน์สามารถทำเป็นทางเลือกของวงเงินคุ้มครองให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย คือ

๑. สิทธิประโยชน์พื้นฐานสำหรับการเข้าเมืองครั้งเดียว กำหนดวงเงินคุ้มครองไม่เกิน

..... บาท

๒. สิทธิประโยชน์สำหรับการเข้าเมืองหลายครั้ง (Multiple Entry)

๓. สิทธิประโยชน์สำหรับผู้ที่ได้รับ Resident permit และ Work permit

(ตัวอย่างตามเอกสารแนบ “Standard Individual Health Policy wording”, “AOT”, Border Pass_๑”, “Border Pass_๒”, “Border Pass_๓”)

๔.๒ กองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับคนต่างด้าวที่พำนักในประเทศไทย

เป็นนิติบุคคล

ลดความเสี่ยงโดยทำ reinsurance

๔.๓ วิธีบริหาร

สามารถดำเนินการได้ใน ๒ รูปแบบ คือ

ทำเอง (Insurer, ๑๐๐% Retention)

จ้างงานบางส่วน เช่น การตรวจสอบการขอชดเชยค่าบริการ (Third party administration) และ/หรือประกันภัยต่อ (Reinsure)

๔.๔ หน่วยงานรับผิดชอบ

หน่วยงานที่จะทำหน้าที่ดำเนินการขยายความคุ้มครองประกันภัยสุขภาพล่วงหน้าให้ครอบคลุมคนต่างด้าวที่อยู่ในประเทศไทยเป็นภารกิจใหม่จำเป็นต้องหาหน่วยงานรับผิดชอบ ซึ่งมีทางเลือกดำเนินการได้หลายวิธี ตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ทางเลือกหน่วยงานรับผิดชอบภารกิจขยายความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมคนต่างด้าว

ทางเลือก	ข้อดี	ข้อเสีย
ส่วนราชการ	เป็นหน่วยราชการ มีอำนาจทางกฎหมาย	- ต้องปฏิบัติตามระเบียบราชการในการบริหารงานบุคคล การจัดซื้อจัดจ้าง งานพัสดุ ซึ่งไม่คล่องตัวในการปฏิบัติงาน
สำนักงานประกันสังคม	เป็นหน่วยราชการ มีอำนาจทางกฎหมาย	- ต้องปฏิบัติตามระเบียบราชการในการบริหารงานบุคคล การจัดซื้อจัดจ้าง งานพัสดุ ซึ่งไม่คล่องตัวในการปฏิบัติงาน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน เนื่องจากใช้ระเบียบของหน่วยงานเองในการบริหารงานบุคคล การจัดซื้อจัดจ้าง งานพัสดุ	๑. อำนาจทางกฎหมายมีจำกัด ดำเนินการในส่วนของคนต่างประเทศ ๒. มีภารกิจหนักในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพของคนไทยอยู่แล้ว การขยายการดำเนินการมายังคนต่างด้าวอาจทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ ๓. ไม่มีความชำนาญในการบริการการประกันสุขภาพกับคนต่างชาติ ซึ่งต้องการทักษะทางภาษา กฎหมายระหว่างประเทศ และการเชื่อมโยงกับบริษัทประกันต่างประเทศ
หน่วยงานรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการ เช่น องค์กรมหาชน รัฐวิสาหกิจ บริษัทที่รัฐบาลถือหุ้นทั้งหมด	๑. มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน เนื่องจากใช้ระเบียบของหน่วยงานเองในการบริหารงานบุคคล การจัดซื้อจัดจ้าง งานพัสดุ ๒. เป็นองค์กรขนาดเล็กที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน	- ไม่มีอำนาจทางกฎหมายโดยตรง หรือถ้าต้องการมีอำนาจทางกฎหมาย ต้องมีการทำเป็น พรบ. แต่อาจใช้อำนาจทางกฎหมายจากกระทรวงต้นสังกัดได้
บริษัทประกันภัยเอกชน	มีความคล่องตัวในการดำเนินการ	๑. ไม่มีอำนาจทางกฎหมาย ๒. กระบวนการจ่ายเงินชดเชยมีความซับซ้อน ดังเช่นในกรณี พรบ ผู้ประสบภัยจากรถ ทำให้เกิดปัญหาสภาพคล่องในสถานพยาบาลได้ ๓. ค่าบริหารจัดการสูง

เมื่อพิจารณาข้อดีข้อเสียทั้งหมดแล้ว วิธีที่เหมาะสมที่สุด คือ การตั้งหน่วยงานใหม่ที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการที่ควรอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยการใช้อำนาจทางกฎหมายสามารถใช้อำนาจทางกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข และประสานกับหน่วยราชการอื่น ซึ่งดูแลระบบหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว การให้บริษัทประกันภัยเอกชนน่าจะทำให้ต้นทุนการดำเนินการสูงกว่า และอาจเกิดปัญหาในกรณีการจ่ายประกัน เช่นในกรณี พรบ ผู้ประสบภัยจากรถ

บรรณานุกรม

- Leggat, P., & Leggat, F. (2002). Travel insurance claims made by travelers from Australia. . *Journal of travel medicine*, 9(2), 59-65.
- Ryan, E., Wilson, M., & Kain, K. (2002). Illness after international travel. *New England Journal of Medicine*, 347(7), 505-16.
- Yanni , E., Marano, N., Stauffer, W., Barnett , E., & Cano , M. (2009). Health status of visitors and temporary residents, United States. *Emerging infectious diseases*, 1715-1720.

ภาคผนวก จ.

คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข
คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ
คณะอนุกรรมการปฏิรูปการแพทย์แผนไทย
คณะอนุกรรมการปฏิรูปนโยบายสาธารณะ
คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ
คณะทำงานปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และ
จัดการภัยคุกคามสุขภาพ

ภาคผนวก จ.

คณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| ๑. นางพรพันธุ์ บุญรัตน์พันธุ์ | ประธานกรรมการ |
| ๒. พลเอก ชูศิลป์ คุณาไทย | รองประธานกรรมการ |
| ๓. นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | รองประธานกรรมการ |
| ๔. นายวิทยา กุลสมบูรณ์ | รองประธานกรรมการ |
| ๕. นายสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ | รองประธานกรรมการ |
| ๖. นายประเสริฐ ศัลย์วิวรรธน์ | เลขาธิการคณะกรรมการ |
| ๗. นายชัยพร ทองประเสริฐ | โฆษกกรรมการ |
| ๘. นายบุญถิ่น มั่นเกษวิทย์ | โฆษกกรรมการ |
| ๙. นาวาอากาศเอก ไพศาล จันทรพิทักษ์ | โฆษกกรรมการ |
| ๑๐. นายไกรราศ แก้วดี | ที่ปรึกษากรรมการ |
| ๑๑. พลอากาศเอก ขวัญชัย เอี่ยมรักษา | ที่ปรึกษากรรมการ |
| ๑๒. นายเฉลิมพล ประทีปะวงนิช | ที่ปรึกษากรรมการ |
| ๑๓. พลเรือเอก ชาญชัย เจริญสุวรรณ | ที่ปรึกษากรรมการ |
| ๑๔. นายชิงชัย หาญเจนลักษณ์ | ที่ปรึกษากรรมการ |
| ๑๕. นายเดชฤทธิ์ ปัญจะมูล | ที่ปรึกษากรรมการ |
| ๑๖. นายนิพนธ์ คำพา | ที่ปรึกษากรรมการ |
| ๑๗. พลเอก วรวิทย์ พรรณสมัย | ที่ปรึกษากรรมการ |
| ๑๘. นายวิบูลย์ คูหิรัญ | ที่ปรึกษากรรมการ |
| ๑๙. นายศุภชัย ยาวะประภาช | กรรมการ |
| ๒๐. นางสาวสุภัทรา นาคะผิว | กรรมการ |

คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

- | | |
|--|--------------------------------|
| ๑. นายสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ | ประธานอนุกรรมการ |
| ๒. นายไกรราศ แก้วดี | รองประธานอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ | รองประธานอนุกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. นางทัศนีย์ บัวคำ | เลขานุการคณะอนุกรรมการ |
| ๕. นาวาอากาศเอก ไพศาล จันทรพิทักษ์ | อนุกรรมการ |
| ๖. รองศาสตราจารย์วรรณดี แต่โสติกุล | อนุกรรมการ |
| ๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภูดิท เตชาติวัฒน์ | อนุกรรมการ |
| ๘. นายอำนาจ กาจันะ | อนุกรรมการ |
| ๙. นายพินิจ หิรัญโชติ | อนุกรรมการ |
| ๑๐. นายยงยุทธ พงษ์สุภาพ | อนุกรรมการ |
| ๑๑. นายสมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์ | อนุกรรมการ |
| ๑๒. นายธีรวัฒน์ กรศิลป์ | อนุกรรมการ |
| ๑๓. นายรัฐพล เตரியมิชานนท์ | อนุกรรมการ |
| ๑๔. นางอภิรมย์ เวชภูติ | อนุกรรมการ |
| ๑๕. นางสาวสุรรัตน์ ตรีมรรคา | อนุกรรมการ |

คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| ๑. พลอากาศเอก ขวัญชัย เอี่ยมรักษา | ประธานอนุกรรมการ |
| ๒. นายชัยพร ทองประเสริฐ | รองประธานอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายเฉลิมพล ประทีปวงนิช | รองประธานอนุกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. นายประเสริฐ ศัลย์วิวรรธน์ | เลขานุการคณะอนุกรรมการ |
| ๕. นายนิพนธ์ คำพา | ที่ปรึกษาอนุกรรมการ |
| ๖. นายบุญถิ่น มั่นเกษวิทย์ | ที่ปรึกษาอนุกรรมการ |
| ๗. นายวิบูลย์ คูหิรัญ | ที่ปรึกษาอนุกรรมการ |
| ๘. นางสาวสุภัทรา นาคะผิว | อนุกรรมการ |
| ๙. นายบุญชัย กิจสนาโยธิน | อนุกรรมการ |
| ๑๐. นายสมชาย กิจสนาโยธิน | อนุกรรมการ |
| ๑๑. นายนิมิตร เทียนอุดม | อนุกรรมการ |
| ๑๒. นายทิวา ลี้จากภัย | อนุกรรมการ |
| ๑๓. นายไพโรจน์ สุรัตน์วิช | อนุกรรมการ |
| ๑๔. นายสวัสดิ์ เกกิงเดช | อนุกรรมการ |
| ๑๕. นายเอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ | อนุกรรมการ |

คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

๑. นางพรพันธุ์ บุญรัตน์	ประธานอนุกรรมการ
๒. นายประเสริฐ ศัลย์วิวรรณ์	รองประธานอนุกรรมการ
๓. นางสาวอังสนา บุญธรรม	อนุกรรมการและเลขานุการ
๔. พลเอก ชูศิลป์ คุณาไทย	อนุกรรมการ
๕. นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	อนุกรรมการ
๖. นายฐิติ วุฒิโกวิท	อนุกรรมการ
๗. นายถาวร สกุกพานิชย์	อนุกรรมการ
๘. นายเทียม อังสาชน	อนุกรรมการ
๙. นายบุญชัย กิจสนาโยธิน	อนุกรรมการ
๑๐. ศาสตราจารย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	อนุกรรมการ
๑๑. นางสุนธรา คงศีล	อนุกรรมการ
๑๒. นายสมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล	อนุกรรมการ
๑๓. นางอภิรมย์ เวชภูติ	อนุกรรมการ
๑๔. พลอากาศตรี อิทธิพร คณะเจริญ	อนุกรรมการ

คณะทำงานปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และจัดการภัยคุกคามสุขภาพ

๑. นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	หัวหน้าคณะทำงาน
๒. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	คณะทำงาน
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรีดา อุดยานนท์	คณะทำงาน
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรรยาพร ศรีศัลักษณ์	คณะทำงาน
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย	คณะทำงาน
๖. นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์	คณะทำงาน
๗. นายค่านวณ อึ้งชูศักดิ์	คณะทำงาน
๘. นายพิษณุ แสนประเสริฐ	คณะทำงาน
๙. นางสาวศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์	คณะทำงาน
๑๐. นางวงเดือน จินดาวัฒนะ	คณะทำงาน
๑๑. นายบุญเรือง ขาวนวล	คณะทำงาน

พิมพ์ที่ : สำนักงานพิมพ์
สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร