

ฉบับพิเศษ

ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ใหม่

สู่การพัฒนาระบบ

..... ในเล่ม

หน้า 4

การสร้างประชาสังคมเพื่อสุขภาพ

หน้า 8

การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ

หน้า 12

การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์

อย่างเหมาะสมเพื่อสุขภาพ

หน้า 16

ปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ

จำเป็นจริงหรือ

หน้า 18

คำขานรับจากรัฐมนตรี

ช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หน้า 19

ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ

แนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ

และสิ่งแวดล้อม

เปิดระบบสาธารณสุขในอุดมทัศน์ สู่การปฏิรูปเพื่อสุขภาพ

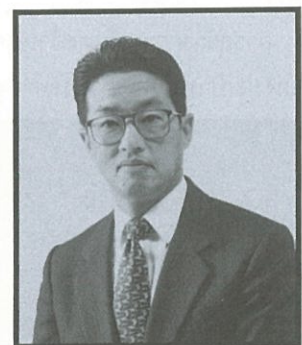
ในที่ประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาาระบบ” เมื่อวันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ ที่ผ่านมา ก่อนที่จะเข้าสู่ช่วงการนำเสนอในสามหัวข้อหลัก ได้มีปาฐกถาในหัวข้อ “ระบบสาธารณสุขเพื่อสุขภาพในอุดมทัศน์ของข้าพเจ้า” จากผู้ทรงคุณวุฒิสามท่าน คือ ม.ร.ว.จัตุมงคล โสณกุล ปลัดกระทรวงการคลัง ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ นายโสภณ สุภาพงษ์ กรรมการผู้จัดการใหญ่ บริษัท บางจาก ปิโตรเลียม จำกัด โดยมี ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย เป็นประธานในรายการ



องค์ปาฐกทั้งสามได้เสนอระบบสาธารณสุขเพื่อสุขภาพในอุดมทัศน์ของแต่ละท่าน ดังต่อไปนี้

มร.ว.จัตุมงคล โสณกุล

มร.ว.จัตุมงคล ได้กล่าวถึงระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาเปรียบเทียบกับระบบของเนเธอร์แลนด์ โดยชี้ให้เห็นว่าปัญหาในสหรัฐอเมริกาเกิดจากการใช้ระบบประกันสุขภาพที่มี “คนกลาง” แทรกอยู่หลายช่วงตอนระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ ได้แก่ นายหน้า บริษัทประกัน ธนาคาร ซึ่งทุกฝ่ายจะได้รับผลประโยชน์จากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกิดขึ้นทุกครั้ง



ทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากต้องรวมค่าบริการจัดการขององค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเข้าไปด้วย ในขณะที่เดียวกันก็มีใช้บริการการรักษาโดยไม่จำเป็น เพราะเป็นระบบที่ยังมีการรักษาบางอย่างได้เงินมาก แม้ผู้รับบริการจะไม่เดือดร้อนในระยะแรกเนื่องจากไม่ได้จ่ายเงินโดยตรง อย่างไรก็ตามผู้รับบริการก็ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นในที่สุด ในขณะที่ระบบของเนเธอร์แลนด์ มีกระบวนการที่รัดกุมและสมดุลง โดยมีการจัดแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวน 10 คนรับผิดชอบให้บริการ

อ่านต่อหน้า 2

ต่อกลุ่มประชากร 10,000 คน เมื่อประชาชนเจ็บป่วยหรือต้องใช้บริการ ก็จะไปพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปคนใดคนหนึ่ง ใน 10 คนก่อน การส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเป็นวิจารณ์ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่รับผิดชอบกลุ่มประชากรนั้น นอกจากนี้ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะตกอยู่กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเอง แพทย์จึงต้องพิจารณาตามความจำเป็นอย่างรอบคอบ เท่ากับเป็นการสกัดกั้นการใช้บริการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น

ได้ทางหนึ่ง ในขณะที่เดียวกันแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเหล่านี้ ก็สามารถต่อรองราคาค่าบริการกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้อีกทางหนึ่ง จึงไม่ทำให้เกิดระบบยิ่งรักษามากยิ่งขึ้นได้เงินมากแบบสหรัฐอเมริกา

สำหรับกรณีประเทศไทย มรว. จัตุมงคลเห็นว่าจะต้องพยายามหลีกเลี่ยงจากการเดินไปสู่ระบบของสหรัฐอเมริกา และในส่วนของการจัดระบบบริการสุขภาพนั้น น่าจะให้โรงพยาบาลของรัฐเป็นหน่วยงานอิสระ ได้รับงบประมาณสมทบหรือเงินอุดหนุนจาก

รัฐบาลเพื่อให้สามารถบริการประชาชนที่มีรายได้น้อยได้ 'แต่ไม่ถูกผูกด้วยระเบียบราชการ เพื่อสามารถบริหารจัดการได้อย่างคล่องตัว และมีรูปแบบการดำเนินการที่ต่างจากรัฐวิสาหกิจซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่ลงทุนเพื่อหากำไร โดยเน้นการให้บริการที่ไม่หวังกำไร แต่ถ้าบริหารงานได้มีประสิทธิภาพ มีรายรับสูงกว่ารายจ่ายก็ไม่ต้องส่งกำไรให้กระทรวงการคลัง สามารถนำมาจ่ายเป็นโบนัสได้ ซึ่งจะเป็แรงจูงใจในการให้บริการที่ดี

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

ศ.นพ.จรัสกล่าวถึงเรื่อง "ความมั่นคงด้านสุขภาพ" ซึ่งหมายถึงการมีชีวิตอยู่โดย

1. ไม่ตายถ้าไม่สมควรตาย
2. ไม่เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น
3. เมื่อเจ็บป่วยก็ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม
4. ไม่เกิดการหย่อนสมรรถภาพหรือพิการโดยไม่จำเป็น
5. เมื่อหย่อนสมรรถภาพหรือพิการก็ยังสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร

การสร้าง ความมั่นคงด้านสุขภาพจะต้องมุ่งเป้าหมายไปที่ประชาชนเป็น

ลำดับแรก ให้ประชาชนตระหนักถึงความรับผิดชอบที่จะต้องดูแลรักษาสุขภาพของตนเองด้วยการใช้ชีวิตให้มีสุขภาพที่ดี มีความรู้ที่จะสามารถป้องกันและรักษาโรคได้พอสมควร เป้าหมายกลุ่มที่สองคือ ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็ภาครัฐหรือเอกชน จะต้องมีความรู้ความสามารถ สามารถเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และที่สำคัญคือต้องมีคุณธรรม จริยธรรม และน้ำใจ

เป้าหมายที่สามคือรัฐ ซึ่งไม่ได้หมายถึงเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น รัฐมีบทบาทที่สำคัญสองส่วน



คือการกำกับดูแลให้ประชาชนมีความมั่นคงด้านสุขภาพ และการให้บริการ ปัจจุบันงานของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งไปที่การให้บริการเป็นหลัก รัฐต้องปรับบทบาทตัวเองมาเป็นผู้กำกับให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพด้วย

เป้าหมายที่สี่คือ ผู้ลงทุนในระบบบริการสุขภาพและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องสำอาง ฯลฯ ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ต้องสร้างคุณธรรม จริยธรรมขึ้นมากำกับ ในสภาพสังคมที่มีช่องว่างมากขึ้น จำเป็นต้องมีจริยธรรมมากขึ้น

ประเด็นที่ต้องพิจารณาดำเนินการในการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพก็คือ หนึ่ง เรื่องของเทคโนโลยี การรักษาคุณภาพ การควบคุมราคาซึ่งอยู่

ในวงจรเดียวกัน ปัจจุบัน เทคโนโลยีเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาและก่อให้เกิดความขัดแย้งเนื่องจากช่องว่างของความรู้ การกระจายข้อมูลที่มีทั้งจริงและเท็จ สังคมต้องเข้ามาจับบทบาทกำกับดูแล โดยผ่านองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรวิชาชีพ องค์กรของสังคม เพื่อให้มีการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง มีการวางแผนมาตรฐานในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ และออกระเบียบกำกับการใช้เทคโนโลยี มาตรฐานคุณภาพและราคา

สอง การเปลี่ยนแปลงบทบาทของรัฐ จากผู้ให้บริการเป็นผู้กำกับให้เกิดความมั่นคงด้านสุขภาพ

สาม มีการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น แทนการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลาง เช่น สถานื่อนามัยน่าจะขึ้นกับท้องถิ่นที่ตั้งอยู่ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแล

สี่ ต้องปฏิรูประบบการเงิน ให้ระบบบริการสุขภาพมีแหล่งรายได้หลายแหล่ง การอุดหนุนจากรัฐต้อง



กำหนดให้เหมาะสม ผู้รับบริการก็ต้องรับผิดชอบด้วย การประกันสังคมเป็นหนทางที่จะทำให้ประชาชนรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง โดยการเก็บออมในขณะที่สามารถทำงานได้ เพื่อไปใช้จ่ายเจ็บป่วย ในหลายประเทศเงินออมเหล่านี้เป็นกองทุนขนาดใหญ่ที่นำไปใช้พัฒนาเศรษฐกิจของประเทศได้เป็น

อย่างดี สำหรับประเทศไทย การประกันสุขภาพโดยสมัครใจยังอยู่ในระดับต่ำ

ห้า การพัฒนากำลังคน ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการรักษาสุขภาพ การพัฒนาอยู่ที่ระบบการศึกษาและข้อมูลข่าวสาร ซึ่งระบบการศึกษาในปัจจุบันจะต้องได้รับการปฏิรูป

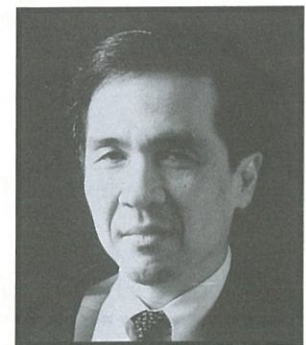
นายโสภณ สุภาพงษ์

นายโสภณ สุภาพงษ์ ได้กล่าวถึงประสบการณ์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นปัญหาของระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันว่า มีทั้งการตรวจรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม การตรวจรักษามากเกินความจำเป็นในสังคมเมืองโดยเฉพาะกับผู้มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการ การละเลยการตรวจรักษาหรือการไม่สามารถเข้าถึงบริการในชนบท เพราะมีบุคลากรไม่เพียงพอ และชี้ว่า เหล่านี้เป็นปัญหาอันเนื่องมาจากสภาพสังคม

การกระจุกตัวของความร่ำรวย การดูตึงทรัพยากรเข้ามารับใช้สังคมเมือง การพัฒนาที่ไม่เท่าเทียม คือ ปัญหาพื้นฐานของระบบสาธารณสุข การแก้ปัญหาจะต้องให้ความสำคัญกับ

สิ่งต่อไปนี้

1. การพัฒนาที่เท่าเทียม การแก้ปัญหาความยากจนเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด และต้องแยกแยะให้ได้ว่าการพัฒนาอะไรที่กระทบต่อปัญหาสาธารณสุข
2. วัฒนธรรมของการค้าที่ทำลายจิตใจ ร่างกาย สังคม จะต้องถูกระบุออกมาเหมือนจรรยาบรรณแพทยอาหาร ยาบำรุงกำลังที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และกระทบต่อระบบสาธารณสุข เป็นสิ่งที่ต้องให้ความรู้แก่ประชาชน
3. วัฒนธรรมของการใช้อำนาจ เป็นสิ่งที่ต้องต่อสู้ เพราะการใช้อำนาจทางฉ้อฉลมีอยู่มากมาย และความรู้ของนักวิชาการก็อาจถูกนำไปเป็นเครื่องมือเพื่อการฉ้อโกงได้
4. การถักทอทุกสิ่งทุกอย่างเข้า



ด้วยกันให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมคิดร่วมทำ ร่วมได้รับผลจากการทำ เพราะระบบราชการทำงานไม่ได้ผล

สิ่งที่สำคัญคือ การกระทำใด ๆ นั้นทำเพื่อใคร การสาธารณสุขของประเทศจะต้องสร้างวัฒนธรรมใหม่ มีการถักทอทุกสิ่งเข้าหากันซึ่งจะช่วยปกป้องสิ่งดีๆ ที่จะคิดและทำกันต่อไป



เสริมสุขภาพให้ก้าวร้าวติดต่อเรียได้สำเร็จ
การทำงานของ VicHealth เป็นไปตามปรัชญาที่ว่า การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพสูงสุดและมีต้นทุนต่ำสุด เมื่อเทียบกับการใช้บริการรักษาพยาบาลต่างๆ โดยวิธีการที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพมีหลากหลาย ทั้งทางระบาดวิทยา การวิจัยปฏิบัติการ การตลาดเพื่อสังคม การประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การให้การศึกษา การพัฒนาองค์กรและชุมชนให้มีส่วนร่วม การฝึกอบรมด้านส่งเสริมสุขภาพทั้งระดับบุคคลและองค์กร ทั้งหมดนี้ได้ประสานกันเป็นเครื่องจักรที่เปลี่ยนวิถีชีวิตประชาชนในรัฐวิกตอเรียไปสู่วิถีแห่งสุขภาพ โดยมีกิจกรรมการรณรงค์ที่เด่นชัด เช่น การรณรงค์ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ จากระดับปัจเจกบุคคล

ให้ตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่ ผ่านแผนการตลาดเพื่อสังคม ไปจนถึงระดับนโยบายในเรื่องการเพิ่มภาษีบุหรี่ การห้ามโฆษณา หรือ การรณรงค์เรื่องโรคเบาหวานที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมุ่งในเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสามปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุ การรณรงค์เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตัวแบบของการส่งเสริมสุขภาพของ VicHealth ได้วางแผนโดยให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรเป็นลำดับแรก โดยมีการวิจัยสถานะของแต่ละกลุ่มเพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และค้นหา-จัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ สุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนต่อมาเป็นการจำแนกองค์กรหน่วยงานต่างๆ ที่จะสามารถพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดีให้สัมพันธ์กับกลุ่มประชากรเช่น ศูนย์บริการสุขภาพ สถานที่ทำงาน โรงพยาบาล โรงเรียน หมู่บ้าน และส่งเสริมให้สถานที่หรือหน่วยงานเหล่านี้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาใช้สำหรับบุคลากรของตน

และที่สำคัญคือ หลังจากที่เข้าไปประสานส่งเสริมให้มีการรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากร ชุมชนหรือองค์กรต่างๆ แล้ว VicHealth ยังสามารถให้การสนับสนุนการดำเนินงานในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การหาทรัพยากร การนำไปใช้ การติดตามประเมินผล เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลตามวัตถุประสงค์

บทบาทประชาสังคมกับสุขภาพ ประเทศแคนาดา

Janet Hatcher Roberts

การนำเสนอบทบาทประชาสังคมกับสุขภาพ ในประเทศของแคนาดา โดย Janet Hatcher Roberts ได้เริ่มจากการแสดงภูมิหลังของสถานการณ์ในแคนาดา ซึ่งการเปลี่ยนผ่านทางเศรษฐกิจและสังคมนำไปสู่ปัญหาที่ซับซ้อนขึ้น การบรรลุจุดมุ่งหมายในการสร้างสุขภาพที่ดีโดยถ้วนหน้าจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ การสังเคราะห์ความรู้ ประสบการณ์ และความพยายามร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาสำคัญของแคนาดาในระบอบที่ผ่านมานี้ คือ ปัญหาเศรษฐกิจและการควบคุมรายจ่ายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งทำให้การให้หลักประกันสุขภาพอย่างครอบคลุมแก่ประชาชน (universal coverage) ตลอดจนจน

สวัสดิการแก่คนว่างงานและผู้สูงอายุที่มีประวัติศาสตร์อันยาวนาน เป็นตายายสังคมที่แน่นอนต้องถูกโยกคลอน และอนาคตของบริการสาธารณสุข การเข้าถึงและคุณภาพของบริการ เป็นสิ่งที่ต้องพิจารณากันใหม่

ในด้านหนึ่งมีแนวคิดว่าการมีสุขภาพที่ดีไม่ได้เป็นผลมาจากระบบสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงเรื่องอื่นของสิ่งแวดล้อมต่างๆ ด้วย แนวคิดนี้นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ หรือปรับกระบวนการต่างๆ ในระบบสุขภาพเสียใหม่ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น แนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพได้เข้ามามีบทบาทอย่างสำคัญในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยแนวคิดนี้ได้ก้าวล้ำไปจากความรับผิดชอบเฉพาะตน ไปสู่กรอบความคิดที่มีเป้าหมายรวมถึงสิ่งแวดล้อม



โดยมี นโยบายสาธารณสุขเป็นเครื่องมือ มีทักษะของบุคคลเป็นรากฐาน มีการปรับทิศทางของระบบสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้น และการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการ

J.H. Roberts ได้แสดงถึงวิวัฒนาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการที่จุดประกายโดย Lalonde Report ในปี 1974 ซึ่งเป็นเอกสารทางการเมืองฉบับแรกที่น่าเอาคำว่า “การส่งเสริม

สุขภาพ”ไปใช้ในบริบทของแนวคิดทางการเมือง นับจากนั้นเป็นต้นมา ช่วงปี 1974-1986 รัฐบาลกลางก็ให้การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังทั้งผ่านทางองค์กรต่างๆและทางกฎหมาย ให้มลรัฐและท้องถิ่นได้มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะ Ottawa Charter ในปี 1986 ซึ่งเป็นกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้สะท้อนแนวคิดใหม่ในการกำหนดนโยบายสุขภาพ โดยยึดแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการตัดสินใจ โดยเน้นถึงประโยชน์ของชุมชนว่าต้องมาก่อนเสรีภาพส่วนบุคคล คุ้มครองบทบาทขององค์การเอกชน และให้คุณค่าแก่การมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งในกระบวนการเสนอปัญหาและกระบวนการตัดสินใจ กฎหมายดังกล่าวได้เปิดประตูให้ประชาชนหรือชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมกับเหล่าผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดที่ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับคุณค่าและวิถีทัศน์เพื่ออนาคตที่ดีกว่า ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรได้มีส่วนร่วมเพื่อกำหนดว่าระบบสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองแบบใดที่พวกเขาต้องการ

การเข้ามามีบทบาทขององค์กรเอกชนนั้น แม้โดยธรรมชาติจะก่อให้เกิดความเคลือบแคลงและไม่ไว้วางกันระหว่างภาครัฐและองค์กรเอกชน แต่องค์กรเอกชนในแคนาดาซึ่งส่วนใหญ่ได้รับเงินสนับสนุนในระยะเริ่มต้นจากรัฐบาล ก็ได้มีบทบาทที่สำคัญมาอย่างต่อเนื่องในการทำงานร่วมกับภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นหลังระยะเริ่มต้นแล้วจะได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลหรือไม่ก็ตาม นี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นจุดเด่นอย่างหนึ่งขององค์กรเอกชนโดยเฉพาะด้านสุขภาพในแคนาดา และก่อให้เกิดเป็นพลังสองทางคือ ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง กับ

การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในระดับชาติในที่สุด

ตัวอย่างความสำเร็จในการแสดงบทบาทขององค์กรเอกชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน, ชุมชน ในด้านสุขภาพที่เด่นชัด คือ การรณรงค์เพื่อควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งผลักดันให้มีการห้ามโฆษณาบุหรี่ได้สำเร็จในเบื้องต้น ไปสู่การออกกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ การกำหนดให้พิมพ์คำเตือนที่ซองบุหรี่ การออกกฎหมายรับรองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ จนถึงการห้ามสูบบุหรี่ในสายการบินแคนาดาทั้งเที่ยวบินในประเทศและระหว่างประเทศ และยังมีบทบาทร่วมกับพันธมิตรในระดับนานาชาติผลักดันให้องค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศลงมติให้ห้ามสูบบุหรี่บนสายการบินทั่วโลกซึ่งจะมีผลในเดือนกรกฎาคม 1996

ความสำเร็จนี้สามารถวิเคราะห์ได้ว่า มาจากการสร้างพันธมิตรระหว่างองค์กรเอกชนต่างๆที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน มีองค์กรหลักๆจำนวนหนึ่งเป็นแกน โดยที่องค์กรต่างๆที่เป็นแนวร่วมยังมีความอิสระในการดำเนินงานของตนอยู่ การดำเนินการต่างๆ กล่าวได้ว่ามีทั้งกระตุ้นและตอบสนองประชาชนควบคู่กันไป โดยอาศัยประชาคมตีเป็นแนวทาง ทำให้การดำเนินงานก็ได้รับการสนับสนุนและเงินบริจาคจากประชาชนเป็นจำนวนมาก ทั้งยังทำให้เกิดพันธะผูกพัน ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ นอกจากนี้ข้อมูลการแพทย์ต่างๆที่แสดงชัดเจนถึงพิษภัยบุรุษก็มีน้ำหนักที่ไม่อาจปฏิเสธได้ องค์ประกอบเหล่านี้ทำให้้องค์กรเอกชนและพลังของชุมชนได้ข้ามผ่านระดับของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดชะตาทางสุขภาพของตนเอง

อย่างไรก็ตาม J.H. Roberts บอกว่า ไม่ใช่ทุกกรณีเสมอไปที่

Ottawa Charter ในปี 1986 เป็นกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้สะท้อนแนวคิดใหม่ในการกำหนดนโยบายสุขภาพ โดยยึดแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการตัดสินใจ โดยเน้นถึงประโยชน์ของชุมชนว่าต้องมาก่อนเสรีภาพส่วนบุคคล คุ้มครองบทบาทขององค์การเอกชน และให้คุณค่าแก่การมีส่วนร่วมของประชาชน

ประชาคมตีจะนำการรณรงค์ไปสู่ความสำเร็จ การมีส่วนร่วมของประชาชนและพลังของชุมชนอาจไม่เข้มแข็ง หรือไม่มีส่วนร่วมอย่างยาวนานพอ หรือแม้กระทั่งอาจหันเหทิศทางได้ ตัวอย่างที่คล้ายกันคือ Green Plan ของรัฐบาลกลางที่พัฒนาจากพื้นฐานการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นของประชาชน แคนาดาในการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม แต่ในท่ามกลางปัญหาเศรษฐกิจ การสร้างงานและการพัฒนาเศรษฐกิจกลายเป็นประเด็นที่ทั้งรัฐบาลและประชาชนให้ความสำคัญมากกว่า การดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมจึงถูกลดความสำคัญลง

นอกจากนี้ ประเด็นหนึ่งที่ J.H. Roberts นำมาตั้งข้อสังเกตก็คือ บางครั้งประชาคมตีก็ไม่ใช่การตัดสินใจที่มีเหตุผลเสมอไป โดยยกตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่า บางครั้งประชาคมตีและข้อเรียกร้องต้องการต่างๆ ก็อาจมีความสับสนและขัดแย้งกันเองได้ และต้องระมัดระวังไม่ให้การมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรเอกชนในด้านสุขภาพถูกแปรไปเป็นประเด็นการเมืองที่มุ่งเอาชนะคะคานกัน ซึ่งข้อมูลข้อเท็จจริงต่างๆกลายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญน้อยกว่าอารมณ์ความรู้สึก

การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ

เกริ่นนำโดย ศ.ดร.เทียนฉาย กีระนันทน์ คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นำเสนอโดย Prof.Dr. Anne Mills London School of Hygiene and Tropical Medicine
Dr. Phua Kai Hong National University of Singapore
นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กลยุทธ์การสร้างหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

Prof.Dr. Anne Mills



การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับทุกคนในสังคม (universal coverage) นั้น ศ.ดร.แอนน์ มิลล์ ให้ความสำคัญว่าต้องมี การวางระบบสุขภาพที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงกฎระเบียบที่จำเป็น การเลือกระหว่างระบบประกันสุขภาพภาคบังคับกับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ การกำหนดองค์กรที่จะทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการว่าควรจะเป็นองค์กรภาครัฐหรือเอกชน เรื่องของการควบคุมการให้บริการและบทบาทของรัฐ

เป็นที่ยอมรับกันว่าในระบบบริการสุขภาพ กลไกตลาดไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ จึงจำเป็นที่รัฐต้องเข้าไปแสดงบทบาท ซึ่งมีอยู่สองแนวทาง แนวทางพื้นฐานคือการที่รัฐเข้าไปควบคุมโดยการกำหนดลิสต์ประโยชน์ เบี้ยประกัน ควบคุมคุณภาพ และราคาค่าบริการ ฯลฯ อีกแนวทางหนึ่งคือการส่งเสริมให้ตลาดสามารถดูแลควบคุมกลไกต่างๆเอง ซึ่งบางประเทศในยุโรปเริ่มให้ความสนใจในระยะหลัง แต่ยังไม่ปรากฏความสำเร็จที่เด่นชัด

การประกันภาคบังคับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในกลยุทธ์การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้

ครอบคลุม ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้แนวทางนี้ในการวางระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ ข้อได้เปรียบของการประกันภาคบังคับคือ ต้นทุนบริหารจัดการต่ำ มีการกระจายเงินอุดหนุนจากคนรวยไปสู่คนจน จากผู้ที่มีสุขภาพดีไปสู่ผู้เจ็บป่วย ในขณะที่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจประสบปัญหาตั้งแต่เบื้องต้นในการกำหนดค่าเบี้ยประกัน ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดีมักจะเกี่ยวว่าสูงเกินไป และผู้ประกันก็จะเป็นกลุ่มเสี่ยงเสียเป็นส่วนใหญ่ อันจะนำไปสู่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่สูง และย้อนกลับมาเพิ่มเบี้ยประกัน ซึ่งทำให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำปฏิเสธการประกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การประกันโดยสมัครใจก็ถือได้ว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดีก่อนที่จะใช้การประกันภาคบังคับต่อไป

แต่การเลือกใช้การประกันภาคบังคับก็เป็นคนละประเด็นกับคำถามที่ว่าองค์กรที่จะบริหารดูแลการประกันสุขภาพควรเป็นของรัฐหรือเอกชน ในระยะหลังการมอบหน้าที่นี้ให้กับองค์กรภาคเอกชนเป็นแนวโน้มหลัก ด้วยเหตุผลในด้านประสิทธิภาพ และศักยภาพที่จะนำไปสู่การแข่งขันกันเองซึ่งจะให้ประโยชน์แก่ผู้ประกัน อย่างไรก็ตาม การแข่งขันอาจนำไปสู่การกีดกันกลุ่ม

เสี่ยง จึงต้องมีกลไกที่จะมากำหนดควบคุมไม่ให้มีการปฏิเสธกลุ่มเสี่ยงด้วย ปัญหาที่ไม้อาจหลีกเลี่ยงได้เมื่อมีการประกันสุขภาพก็คือ อุปสงค์ต่อการใช้บริการจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพราะข้อจำกัดเดิมในเรื่องของค่าใช้จ่ายที่ผู้ใช้บริการเป็นผู้จ่ายหมดไปแล้ว ทางออกเบื้องต้นในการควบคุมไม่ให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นจากการใช้บริการที่ไม่จำเป็น ก็คือ **พียงหลีกเลี่ยงกลไกการจ่ายแบบ fee-for-service** นอกจากนั้น จำเป็นต้องจัดระบบบริการปฐมภูมิขึ้น โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทำหน้าที่ให้บริการพื้นฐาน และให้คำแนะนำว่าเมื่อไรจึงควรไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือไปรับบริการจากโรงพยาบาล ซึ่งในอังกฤษใช้ระบบนี้มาเป็นเวลานานแล้ว

การกำหนดชุดบริการ (health care package) เป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่จะสร้างความชัดเจนในลิสต์ประโยชน์ที่ผู้ประกันจะได้รับ แทนที่จะ

เป็นระบบปลายเปิดที่ไม่มีข้อจำกัด ส่วนแนวคิดที่ว่าควรมีการกันประชากรบางกลุ่มจากระบบประกันสุขภาพหรือไม่ Prof. Anne Mills ชี้ว่าไม่สมควร เพราะเท่ากับเป็นการสูญเสียเงินที่คนกลุ่มนี้จ่ายให้กองทุนกลาง และลดโอกาสกระจายเงินอุดหนุนจากคนรวยไปสู่คนจน **แนวทางที่เหมาะสมคือการจัดบริการที่ต่างกันสำหรับกลุ่มคนที่ต่างกัน** ดังที่ธนาคารโลกให้ข้อคิดว่า “บริการที่จัดขึ้นสำหรับคนจนไม่อาจ

หลีกเลี่ยงจากการเป็นบริการที่ด้อยคุณภาพ” การบริการที่เอื้ออำนวยความสะดวกมากขึ้นสำหรับผู้ที่สามารถจะจ่ายเพิ่มขึ้นเป็นทางเลือกที่เหมาะสม ในขณะที่มาตรฐานทางการแพทย์ยังคงทัดเทียมกันในทุกกลุ่ม

และในท้ายที่สุด บทบาทของรัฐคือได้ว่าเป็นผู้ดูแลสำคัญที่จะบริหารจัดการกระบวนการทั้งหมดไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมาย **รัฐจะต้องชัดเจนในเรื่องกลไกการจ่ายค่าบริการ**

สุขภาพเพื่อที่จะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพ ให้การศึกษาแก่ผู้บริโภคเพื่อเป็นข้อมูลในการเลือกใช้บริการอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้โรงพยาบาลสามารถควบคุมตนเองและมีการพัฒนาแผนการประกันคุณภาพ ทั้งยังต้องส่งเสริมให้เกิดสำนึกทางสังคมร่วมกัน

การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพในสิงคโปร์

Dr. Phua Kai Hong

การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพในสิงคโปร์ มีวัตถุประสงค์พื้นฐาน 5 ประการคือ

1. เพื่อพัฒนาไปสู่ประเทศที่มีสุขภาพอนามัยที่ดีโดยการส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนแต่ละคน และลดการพึ่งพาสวัสดิการของรัฐ
3. เพื่อให้มีบริการสุขภาพพื้นฐานที่ดีที่สุดสำหรับประชาชน โดยประชาชนสามารถรับภาระได้
4. เพื่อให้การแข่งขันและกลไกตลาดกระตุ้นให้มีการปรับปรุงบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพ
5. เพื่อแทรกแซงระบบบริการสุขภาพโดยตรงเมื่อจำเป็น เพื่อควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพ

Dr. Phua Kai Hong ชี้ว่าปรัชญาการบริการสุขภาพของสิงคโปร์เน้นที่การสร้างสุขภาพอนามัยที่ดีโดยการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนให้ประชาชนรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองโดยผ่านระบบการออมทรัพย์ไว้เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ การออกแบบระบบบริการ

สุขภาพเพื่อปรัชญาที่เน้นที่การให้ประโยชน์แก่ผู้มีสุขภาพดี และหลีกเลี่ยงการใช้บริการที่ไม่จำเป็น

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ รัฐบาลสิงคโปร์ได้ดำเนินการปรับระบบการเงินการคลัง การปรับระบบโครงสร้างโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐ และการกำหนดกลุ่มบริการพื้นฐานทางการแพทย์

ในส่วนของระบบการเงินการคลัง Dr. Phua Kai Hong ได้อธิบายถึงหลักการพื้นฐานว่าประกอบด้วย การออมทรัพย์ของปัจเจกบุคคล (Medisave) การอุดหนุนจากรัฐ (Medifund) และการประกันสุขภาพในส่วนที่ค่าใช้จ่ายสูง (Medishield) โดยระบบ Medisave เป็นการออมทรัพย์ของปัจเจกบุคคลไว้สำหรับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คนทำงานทุกคนต้องมีบัญชี Medisave ของตัวเอง และการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากบัญชี Medisave ก็เท่ากับจ่ายเงินของตนเอง ส่วน Medifund เป็นกองทุนที่ตั้งโดยรัฐบาลเพื่อช่วยเหลือประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการการแพทย์ที่



จำเป็นได้ และ Medishield คือการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ที่พัฒนามาเพื่อแก้จุดอ่อนของ Medisave เนื่องจากระบบออมทรัพย์หากมีการสะสมเงินไว้ได้มากเกินความจำเป็นที่ต้องจ่ายจะทำให้เจ้าของบัญชีอยากใช้เงินในบัญชีแม้ไม่มีความจำเป็น Medishield ได้ขยายสิทธิประโยชน์ให้ผู้รับบริการเพิ่มจาก Medisave โดยเก็บเบี้ยประกันจากบัญชี Medisave และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นผู้เอาประกันก็ยังคงจ่ายร่วมด้วยอีก 20% ของค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากที่เป็นค่าใช้จ่ายจากบัญชี Medisave กล่าวได้ว่าทั้งสามระบบสนับสนุนสัมพันธ์กันโดยไม่ทำให้เกิดการใช้บริการที่ไม่จำเป็น

ในการให้บริการ รัฐบาลสิงคโปร์ได้เข้าไปปรับโครงสร้างโรงพยาบาลรัฐตั้งแต่ปี 1985 โดยโรงพยาบาลต่างๆ ตลอดจนศูนย์หรือสถาบันการแพทย์

เฉพาะทาง เช่น ศูนย์โรคตา ศูนย์โรคผิวหนัง มีความเป็นอิสระในการบริหารงานมากขึ้นเช่นเดียวกับบริษัทเอกชน เพียงแต่เป็นองค์กรของรัฐ การปรับโครงสร้างและการดำเนินงานมุ่งไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐาน

บริการ ควบคุมค่าใช้จ่ายของการให้บริการ และให้โรงพยาบาลมีความคล่องตัวในการตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

ที่ดำเนินการควบคู่กันไปก็คือ การกำหนดกลุ่มบริการพื้นฐานทางการ

แพทย์ (Basic Medical Care Package) ที่จัดให้ประชาชนทุกคน โดยมุ่งที่การรักษาทางการแพทย์ที่จำเป็น ได้ผลคุ้มค่า โดยไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

ทุกข์ สมุทัย ในระบบสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

นพ.วิโรจน์ ได้เริ่มการนำเสนอ โดยอ้างถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2538 ที่ได้บัญญัติว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการทางด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด โดยสามารถสรุปหลักการของบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญได้ 4 หลักการ คือ หนึ่ง-หลักความเสมอภาค โดยระบุชัดเจนว่าผู้ยากไร้ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ จะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าบริการ สอง-มาตรฐานและคุณภาพของบริการ สาม-การส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่ทำได้ สี่-การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะบริการประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งทั้งหมดนี้ตีความได้ว่า รัฐจะต้องสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ทุกคนในสังคม (universal coverage) แต่สิทธิดังกล่าว นพ.วิโรจน์ชี้ให้เห็นว่าเป็นเพียงสิทธิในกระดาษเท่านั้น

ในสภาพความเป็นจริงนั้น นพ.วิโรจน์ได้เริ่มจากการชี้ถึงปัญหาหรือ“ทุกข์” โดยพิจารณาจากรายจ่ายเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งปรากฏว่าฐานข้อมูลรายจ่ายสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยกองบัญชีประชาชาติ สำนักงาน

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ไม่สามารถจำแนกแบบแผนและทิศทางในการใช้จ่ายเพื่อจะได้วิเคราะห์ว่ามีประสิทธิภาพและเกิดความเสมอภาคต่อประชาชนกลุ่มต่างๆ เพียงไรโดยรายจ่ายเพื่อสุขภาพในปี 2535 ทั้งของภาครัฐและของประชาชนรวมเป็นเงินกว่า 148,455 ล้านบาท หรือ 5.9% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) หรือเท่ากับ 2,569 บาทต่อคนต่อปีโดยมีอัตราเพิ่มระหว่างพ.ศ. 2531-2535 เท่ากับ 11.9% ต่อปี ซึ่งสูงกว่าอัตราเพิ่มจริงของ GDP สำหรับปีพ.ศ. 2538 ที่ผ่านมานพ.วิโรจน์ได้ประมาณการว่าเท่ากับ 222,571 ล้านบาท หรือเท่ากับ 3,732 บาทต่อคนต่อปี คิดเป็น 5.7%ของ GDP ซึ่งแม้ว่าอัตราส่วนต่อ GDP ลดลง แต่เป็นเพราะ GDP ของปี 2538 สูงมาก และสำหรับปี 2539 ข้อมูลจากสำนักงานประมาณแสดงว่าอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะเพิ่มเป็น 15.1%ต่อปี ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ถ้าไม่สามารถหยุดยั้งได้ จะเป็นปัญหาสำคัญในระยะยาว

และเมื่อพิจารณาในแง่สัดส่วนรายจ่ายระหว่างภาครัฐกับประชาชนเท่ากับ 24:76 สัดส่วนที่ประชาชนจ่ายเองนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงปี



2530 ที่มีสัดส่วนประมาณ 32:68 ในขณะที่ในประเทศพัฒนาแล้ว สัดส่วนที่ภาครัฐจ่ายจะเป็นส่วนใหญ่ ตั้งแต่ 60-90% ของรายจ่ายทั้งหมด สัดส่วนรายจ่ายของภาครัฐที่ต่ำกว่า นพ.วิโรจน์กล่าวว่า สัมพันธ์กับความด้อยประสิทธิภาพของระบบการคลังสาธารณสุขของประเทศ

ในส่วนที่เชื่อมโยงกัน รายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนหรือครัวเรือนพบว่าประชาชนซื้อยากินเองลดลง ซื้อบริการจากสถานพยาบาลมากขึ้น ทั้งจากคลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐ รวมแล้วเพิ่มจาก 68.1% ในปี 2534 เป็น 82.7% ในปี 2535 เฉพาะสัดส่วนรายจ่ายที่สถานพยาบาลเอกชนได้เพิ่มขึ้นจาก 40% ในปี 2535 เป็น 51% ในปี 2539 ประเด็นสำคัญในที่นี่คือ บริการในสถานพยาบาล ถือว่ามีต้นทุนสูงแต่ให้ผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำกว่าการป้องกัน นอกจากนี้การบริโภคยาของคนไทยก็สูงถึง 35% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วที่อยู่ในระดับ 8-12% นอกจากนี้อัตราเพิ่มของรายจ่าย

ความไม่เสมอภาคในการกระจายรายได้ การจัดสรรทรัพยากร ระหว่างภาคเมืองกับชนบท การเข้าถึงและใช้บริการ ส่งผลถึง ความไม่เสมอภาคของสถานะสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิยังมีไม่เพียงพอ ในขณะที่รัฐกำลังลดบทบาท ในการให้บริการด้านสาธารณสุขลงเป็นลำดับ

ค่าายังสูงกว่าอัตราเพิ่มของรายจ่ายเพื่อสุขภาพ ซึ่งสูงกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศอยู่แล้ว

ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือเรื่องของประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข คือ การใช้จ่ายส่วนใหญ่ด้านสุขภาพเป็นไปเพื่อใช้บริการรักษาพยาบาลซึ่งให้ผลตอบแทนต่ำกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปฐมภูมิ

นพ.วิโรจน์กล่าวว่า “ทุกซ์” เหล่านี้มาจากการที่รัฐบาลได้ทำการ privatise ระบบสาธารณสุขโดยเฉพาะด้านการคลังโดยมอบภาระค่าใช้จ่ายให้เป็นของครัวเรือนและภาคเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีนิยม โดยไม่ได้พิจารณาว่า ระบบเศรษฐกิจดังกล่าวไม่สามารถทำงานได้อย่างสมบูรณ์ในบางระบบ โดยเฉพาะระบบสาธารณสุข ที่จำเป็นต้องมีการกำกับควบคุมให้มีประสิทธิภาพ

จากนั้นนพ.วิโรจน์ได้แสดงภาพของระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันว่าเป็นระบบที่ขาดความเสมอภาคและประสิทธิภาพ โดยชี้ว่าความไม่เสมอภาคครอบคลุมทั้งการกระจายรายได้ การจัดสรรทรัพยากรระหว่างภาคเมืองกับชนบท การเข้าถึงและใช้บริการ ซึ่งส่งผลไปถึงความไม่เสมอภาคของสถานะสุขภาพ ทางด้านประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขนั้น มุ่งเน้นไปที่การนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้เกินความเหมาะสมกับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม และสูงที่สุดในเอเชีย อันนำไปสู่การสั่งใช้เทคโนโลยีอย่างขาดข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

หรือบางกรณีก็ขาดจริยธรรม ส่วนประสิทธิภาพของระบบโดยรวมในการบริการระดับปฐมภูมิก็ไม่เพียงพอ ที่มีขีดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะบริการของภาครัฐ ในขณะที่ของภาคเอกชนนั้นมีปัญหาในการเข้าถึงซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายค่าบริการ

จากสภาพปัญหาดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า สาเหตุ มาจากนโยบายและทิศทางต่อระบบสาธารณสุขขาดความชัดเจน คือ ในขณะที่เห็นได้ว่าประชาชนมีส่วนร่วมในรายจ่ายเพื่อสุขภาพสูงกว่าภาครัฐ โดยเงินในระบบไหลไปสู่ภาคเอกชนมากที่สุด และภาครัฐเองก็ได้กระตุ้นการเจริญเติบโตของการบริการสุขภาพภาคเอกชน ทั้งทางตรงโดยการส่งเสริมการลงทุนแก่โรงพยาบาลเอกชน ให้การยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล 5 ปี ยกเว้นภาษีศุลกากรนำเข้าสินค้าทุน โรงพยาบาลเอกชนสามารถจดทะเบียนเป็นบริษัทมหาชนในตลาดหลักทรัพย์เพื่อระดมทุนที่มีต้นทุนต่ำ จนสามารถสรุปแนวโน้มจากตัวเลขเหล่านี้ได้ว่า รัฐกำลังลดบทบาทในการให้บริการด้านสาธารณสุขลงเป็นลำดับ แต่ในขณะที่ความไม่เสมอภาคในการกระจายรายได้ การจัดสรรทรัพยากร การเข้าถึงและใช้บริการยังมีอยู่สูง บริการภาครัฐจะเป็นที่พึงพิงของคนจนและคนด้อยโอกาสได้อย่างไร

อีกประเด็นหนึ่งที่คาบเกี่ยวกันคือเรื่องของการประกันสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งนพ.วิโรจน์ได้เปรียบเทียบการประกันสุขภาพโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. การช่วยเหลือของรัฐในการ

สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย เด็ก คนชรา

2. สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

3. การประกันสุขภาพภาคบังคับ ได้แก่ การประกันสังคม กองทุนทดแทนแรงงาน

4. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ได้แก่ การประกันสุขภาพเอกชน โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

จากการแบ่งกลุ่มนี้ จะเห็นได้ว่าระบบประกันสุขภาพมีระบบย่อยๆ มากมาย แต่รวมแล้วก็ยังมีผู้ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองอีกเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งประเทศ สำหรับการประกันในแต่ละระบบย่อย ก็มีสิทธิประโยชน์ต่างกัน ประสิทธิภาพต่างกัน และประเด็นสำคัญคือความเสมอภาคต่างกันมาก ตัวอย่างเช่น การจัดสรรงบประมาณต่อหัวคนจนต่ำมาก เมื่อเทียบกับสวัสดิการข้าราชการ หรือแม้แต่การประกันสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นอกจากจะมีคนอีกจำนวนมากที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบใดระบบหนึ่งแล้ว ในบางระบบก็ยังมีปัญหาความไม่เสมอภาคซ่อนอยู่

นพ.วิโรจน์สรุปว่า การขยายการคุ้มครองไปสู่ผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ การทำให้สิทธิประโยชน์ต่างๆ เป็นมาตรฐานเดียวกัน (standardise benefit package) รวมทั้งกลไกด้านการเงินและการจ่ายโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (standardise financing mechanism) คือประเด็นสำคัญที่ทำทลายความสามารถของนักวิชาการและผู้บริหาร ในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเมื่อจำเป็นและมีช่องว่างของความเสมอภาคแคบลง



การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ อย่างเหมาะสมเพื่อสุขภาพ

เกริ่นนำโดย **ศ.นพ.จิตร สิทธิอมร** คณบดีวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นำเสนอโดย **รศ.พญ.สยามพร ศิรินาวิน** คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.อนุวัฒน์ ศุภขุดิกุล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เกริ่นนำ

ศ.นพ.จิตร สิทธิอมร

ศ. นพ. จิตรได้ เกริ่น นำ ถึง ประโยชน์ของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ยุคใหม่ ว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก ที่เห็นได้ชัดเจนคืออายุคาดเฉลี่ยของประชากรโดยรวมเพิ่มขึ้นตามข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก โดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขรายได้ประชากรเพียงอย่างเดียว กล่าวได้ว่าเมื่อเทคโนโลยีก้าวหน้าขึ้น คนจนก็มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้พอสมควร แต่ก็มีปัญหาที่น่าพิจารณาคือ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าและราคาของเทคโนโลยี ซึ่งกระบวนการต่างๆที่เกี่ยวข้องในระบบทำให้คุณค่าสูญเสียไปมาก เช่น กระบวนการซื้อขาย การใช้ที่ไม่ถูกต้อง

ไม่เหมาะสม

ในส่วนของประชาชนเองก็มีปัญหาในเรื่องการเลือกใช้บริการ เรื่องของความเชื่อที่อาจจะไม่ถูกต้อง เช่น การฉีดยา การใช้เทคโนโลยีทันสมัย การพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่ผู้ให้บริการมีความรู้มากกว่าผู้รับบริการ ซึ่งก่อให้เกิดอุปสงค์ได้เอง

ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนเพิ่มขึ้น ซึ่งแม้ว่าจะเปิดโอกาสให้มีสิทธิเลือกได้มากเพียงไร คนจนก็ยังไม่สิทธิเลือก

จากนั้นได้มีการนำเสนอวิดีโอ แสดงทัศนคติเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี



ทางการแพทย์ เช่น การใช้เครื่องแกว่ง สำหรับบดออกกำลัง การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การใช้เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ ฯลฯ จากกลุ่มต่างๆ ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ นักวิชาการ เพื่อให้เห็นภาพโดยสังเขปในบางแง่มุมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่และความเชื่อของผู้บริโภคว่าถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ เพียงไร

การใช้ยาต้านจุลชีพและปัญหาเชื้อดื้อยาในประเทศไทย

รศ.พญ.สยามพร ศิรินาวิน

รศ.พญ.สยามพรนำเสนอว่าในภาวะที่การแพทย์การสาธารณสุขพัฒนาไปมาก โรคติดเชื้อควรจะลดลง แต่ในความเป็นจริง ปรากฏว่ารายจ่ายด้านยาต้านจุลชีพเพิ่มสูงขึ้นตลอดเวลา ในปี 1994 มีมูลค่าถึง 3.7 พัน

ล้านบาท และปี 1995 คาดว่าถึง 4 พันล้านบาท นอกจากนี้ในแง่เศรษฐกิจ การใช้ยาต้านจุลชีพยังก่อให้เกิดปัญหาจุลชีพดื้อยา ซึ่งเป็นปัญหาที่รุนแรง เพราะยานี้นอกจากใช้กับคนแล้วยังใช้ในอุตสาหกรรมปศุสัตว์จำนวนมาก โดย



เหตุที่ตัวยาเองออกฤทธิ์ต่อจุลชีพซึ่งมีความสามารถที่จะปรับตัวและกระจายไปในสิ่งแวดล้อม เมื่อใช้ยามากขึ้น อัตราเชื้อดื้อยาก็เพิ่มขึ้นโดยสามารถถ่ายทอดคุณสมบัติดื้อยาทางกรรมพันธุ์ ทำให้ต้องคิดหายาใหม่ๆ ขึ้นมาตลอดเวลาให้มีประสิทธิภาพแรงขึ้น กว้างขวางขึ้น และมีราคาแพงขึ้น ทำให้การรักษาพยาบาลต้องใช้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหลายเท่า โดยยกตัวอย่าง การติดเชื้อ E.coli อาจเริ่มต้นที่ค่ายา 420 บาทต่อ 2 สัปดาห์ แต่เมื่อมีการดื้อยาเพิ่มเป็นลำดับ อาจต้องใช้ยาที่มีราคาถึง 75,000 บาทต่อ 2 สัปดาห์ และปัญหาที่เลวร้ายกว่านั้นคือ เกิดเชื้อที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพทุกชนิดที่มีอยู่ และไม่สามารถหายารักษาได้ ซึ่งเชื้อเหล่านี้กำลังเพิ่มจำนวนขึ้น

จากนั้น รศ.พญ.สยามพร ได้วิเคราะห์ถึงปัญหาในการใช้ยาต้านจุลชีพในปัจจุบันว่า มีชนิดและตำรับมากเกินไป โดยมีตัวยาถึง 180 ชนิด จำนวน

2,750 ตำรับ โดยหลายชนิดแม้กระทั่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อก็ไม่รู้จักไม่เคยใช้ แต่นิยมใช้กันโดยแพทย์ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ และมีตัวยาถึง 40 ชนิดที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าไม่ควรมีไว้ในประเทศไทย การมีตัวยามากชนิดมากตำรับเช่นนี้ วิเคราะห์ที่ว่าส่วนหนึ่งน่าจะมาจากกระบวนการขึ้นทะเบียนตำรับยาของประเทศไทย ที่ไม่ได้พิจารณาไปถึงการคัดเลือกยาที่เหมาะสมกับการใช้ในประเทศไทย และยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านจุลชีพในเรื่องของข้อมูล ซึ่งปัจจุบันการตรวจชั้นสูตรเพื่อหาจุลชีพที่เป็นสาเหตุยังไม่เพียงพอและขาดมาตรฐาน รวมถึงความรู้ความสามารถของแพทย์ มีการส่งเสริมการใช้ยาทางการค้าที่ยังขาดการควบคุมอย่างเหมาะสม และความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย

รศ.พญ.สยามพรจึงได้เสนอแนวทางแก้ปัญหาว่า ควรมีกระบวนการให้เกิดการคัดเลือกยาที่เหมาะสมต่อการ

ใช้ในประเทศและทบทวนทะเบียนตำรับยาที่มีอยู่เดิมให้เหลือเฉพาะยาที่มีประโยชน์ กำจัดยาอันตรายออกจากตลาด รวมทั้งการคัดเลือกยาต้านจุลชีพเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ การคัดเลือกยาต้านจุลชีพเพื่อใช้ในโรงพยาบาลจะต้องมีหลักเกณฑ์พิจารณาถี่ถ้วนมากขึ้น รวมทั้งมีคณะกรรมการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อในโรงพยาบาล การกำหนดให้ยาต้านจุลชีพบางชนิดที่สามารถซื้อได้จากร้านขายยาทั่วไป เป็นยาที่ใช้เฉพาะในสถานพยาบาล หรือโดยมีใบสั่งยาจากแพทย์ ตลอดจนจำเป็นต้องมีการควบคุม กำหนดการใช้ยาต้านจุลชีพในทางปศุสัตว์ด้วย

ถึงที่สุดแล้ว รศ.พญ.สยามพรได้เสนอว่า ปัญหาการใช้ยาต้านจุลชีพที่รุนแรงขึ้นเป็นลำดับนี้ จำเป็นต้องมีนโยบายแห่งชาติด้านยาต้านจุลชีพเพื่อแก้ปัญหา กำหนดนโยบายที่เหมาะสม และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

เทคโนโลยีการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน

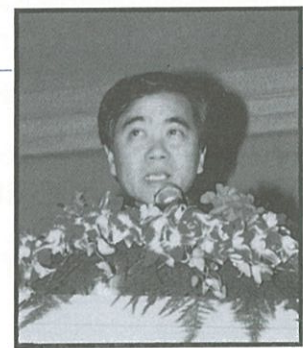
ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญไม่ใช่เฉพาะของประเทศไทย แต่เป็นปัญหาสำคัญของโลกด้วย ศ.นพ.รัชตะเสนอข้อมูลที่สำรวจโดยองค์การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนว่า ยังมีคนที่เป็นโรคขาดสารไอโอดีนประมาณหนึ่งพันล้านคน โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ประมาณกว่าสองร้อยล้านคนเป็นโรคคอพอก และกว่าห้าล้านคนเป็นโรคเอื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุความพิการทางสมองที่มีอุบัติการณ์สูงที่สุดในโลก

ผลสำคัญจากโรคขาดสารไอโอดีนนี้จากการศึกษาทั่วโลก แสดงว่านักเรียนในพื้นที่ที่ขาดสารไอโอดีนที่เรียน

หนังสือได้ตามปกติ เมื่อทดสอบแล้วจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่านักเรียนที่อาศัยในบริเวณที่ไม่ขาดสารไอโอดีนอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้โรคคอพอกก็ก่อให้เกิดผลเสียทางเศรษฐกิจมากมายควบคู่ไปด้วย ตั้งแต่การทดสอบทางการแพทย์ การพบแพทย์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การผ่าตัด ความสำคัญของโรคขาดสารไอโอดีนนี้เห็นได้จากการที่องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟได้กำหนดให้แก้ปัญหานี้ให้หมดไปในปี ค.ศ. 2000

สำหรับประเทศไทย ศ.นพ.รัชตะชี้ให้เห็นว่าอัตราการคอพอกลดลงจนเกือบ



จะเป็นศูนย์หลังจากที่มีการรณรงค์ให้เกลือเสริมไอโอดีนแก่กลุ่มจังหวัดทางภาคเหนือในพ.ศ. 2505 แต่การสำรวจใหม่ในปีพ.ศ. 2525 อัตราคอพอกได้เพิ่มขึ้น มีประชากรกลุ่มเสี่ยงประมาณ 15.3 ล้านคน สาเหตุที่ปัญหาการขาดสารไอโอดีนยังไม่หมดไป สรุปได้ดังนี้

1. ไม่มีเกลือเสริมไอโอดีนใช้อย่างเพียงพอ

2. ขาดการเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง
3. ปัญหาการเมือง
4. ไม่มีการมอบหมายให้มีการดำเนินการที่แน่นอน
5. ประชาชนขาดการตระหนักถึงปัญหานี้

อย่างไรก็ตาม ในระยะ 5-6 ปีที่ผ่านมา มีความตื่นตัวที่จะแก้ปัญหาเป็นอย่างมาก การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนก้าวหน้าขึ้นอย่างเป็นที่ยอมรับทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้เป็นผลจากการที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ โดยมีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์ประธาน ในปีพ.ศ. 2534 และมีการวางแผนแม่บทของการควบคุมการขาดสารไอโอดีนแห่งชาติในเวลาต่อมา โดยมีเป้าหมายลดอัตราคอปอกในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาให้เหลือไม่เกินร้อยละ 5 ในปีพ.ศ. 2538 โดยใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นมาตรการหลัก แต่ก็ยังไม่บรรลุผลตามที่ตั้งไว้

ศ.นพ. รัชตะวิเคราะห์ว่าจากสถานการณ์ปัจจุบัน การกำจัดโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดไปน่าจะสำเร็จได้ประมาณปีค.ศ. 2000 ซึ่งล่าช้ากว่าเป้า

หมาย ทั้งนี้เพราะกลุ่มเป้าหมายที่วางไว้ที่เด็กวัยประถมศึกษาชั้นนั้นน่าจะเป็นการลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายคลาดเคลื่อน ศ.นพ. รัชตะชี้ว่าเด็กในวัย 3-4 ขวบแรกซึ่งเป็นช่วงที่สมองกำลังเจริญเติบโตน่าจะมีมีความสำคัญมากกว่า เป้าหมายจึงน่าจะมุ่งไปที่หญิงวัยเจริญพันธุ์ให้ผู้ที่ตั้งครรภ์มีสารไอโอดีนในร่างกายเพียงพอ

นอกจากนี้ เกลือไอโอดีนที่คนบริโภคอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอจะต้องพยายามให้ครอบคลุมไปถึงปศุสัตว์และอุตสาหกรรมอาหารด้วย นอกจากนี้ในบางพื้นที่ของประเทศไทยที่นิยมปรุงอาหารด้วยน้ำปลา ก็เป็นปัจจัยที่ควรพิจารณาประกอบ

ในส่วนของเกลือเสริมไอโอดีนปัจจุบันมีแหล่งผลิต 81 แห่ง ผลผลิตปีละ 120,000 ตัน (ในจำนวนนี้มาจากโรงงานผลิตขนาดใหญ่แห่งเดียวประมาณ 100,000 ตัน) และถ้าประชาชนมีอุปสงค์ต่อเกลือไอโอดีนพร้อมกันทั่วประเทศ ก็จะมีเกลือเสริมไอโอดีนไม่เพียงพอ นอกจากนี้จากการเก็บข้อมูลพบว่าเกลือเสริมไอโอดีนมีไม่ถึงร้อยละ 40 ของเกลือที่มีในตลาด บางยี่ห้อที่ระบุว่า เป็นเกลือเสริมไอโอดีนก็ไม่มีสารไอโอดีน

อยู่เลย ในแง่ที่ศ.นพ. รัชตะได้เสนอประสบการณ์ของต่างประเทศที่แก้ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนสำเร็จแล้วว่ามี การควบคุมการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนโดยสนับสนุนโรงงานขนาดใหญ่เพียงหนึ่งหรือสองโรง ซึ่งสามารถควบคุมการผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า การคอยเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจสอบและควบคุมคุณภาพจากโรงงานย่อยๆจำนวนมาก

ดัชนีวัดความสำเร็จในการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ศ.นพ. รัชตะได้เสนอนอกจากการใช้อัตราคอปอกในเด็กนักเรียนโดยการคลำแล้ว ยังต้องพิจารณาถึงปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ อุบัติการณ์ผู้เป็นโรคเอื้อ เพราะปัจจุบันยังไม่มีความตระหนักที่ลงไปถึงทารก และการคลำคอปอกในเด็กนักเรียนนั้นก่อบุคลากรในเด็กค่อนข้างเล็ก มีโอกาสผิดพลาดได้ง่าย ควรมีวิธีการที่นำเทคโนโลยีอื่นๆมาใช้เพื่อให้ได้ผลแน่นอนมากขึ้น เช่น งานวิจัยของศ.นพ. รัชตะเองได้ทำการตรวจเลือดจากสายสะดือเด็กแรกเกิดว่าขาดสารไอโอดีนหรือไม่ ซึ่งสามารถทำได้แม้ในระดับโรงพยาบาลชุมชน

การบริหารจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

นพ.อนุวัฒน์เริ่มต้นโดยการศึกษาว่า แม้ในช่วงที่ผ่านมา จะมีผู้วิจารณ์ว่าประเทศไทยใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพสูง แต่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพยังด้อยกว่าประเทศเพื่อนบ้านเช่น มาเลเซีย ศรีลังกา แต่ถ้าพิจารณาจากตัวเงินที่ใช้จ่ายจริง แทนการพิจารณาเทียบเป็นสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ประเทศไทยยังอยู่ในฐานะที่ได้เปรียบคือ ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพไม่มากนักเมื่อเทียบ

กับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยที่สถานะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับประเทศยากจนอีกครั้งโลก อย่างไรก็ตามแนวโน้มกำลังเริ่มจะเปลี่ยนไปในทางที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น แต่**ปัญหา คือ สุขภาพอนามัยของประชาชนจะดีขึ้นสมกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นหรือไม่ ค่าตอบแทนจะอยู่ที่การใช้เทคโนโลยีอย่างชาญฉลาด มีประสิทธิภาพ**



จากตัวอย่างที่นำเสนอผ่านวิดีโอเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้เทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ๆ การผ่าตัดที่ไม่จำเป็นต้องลดจนเรื่องของการใช้จ่ายปฏิชีวนะ

หรือการไม่ใช้องค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วในกรณีโรคขาดสารไอโอดีน ที่มีผู้อภิปรายไปแล้ว ส่วนแสดงถึงความสูญเสียในการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม ความสูญเสียเหล่านี้เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การแข่งขันเพื่อชื่อเสียง แข่งขันเพื่อความเป็นเลิศทางวิชาการ แรงจูงใจทางเศรษฐกิจ การได้รับข้อมูลที่ไม่มีสมบูรณ์ การใช้ความรู้สึกและประสบการณ์ในการตัดสินใจ แต่ที่เป็นพื้นฐานสำคัญคือการไม่ตั้งคำถามว่า เทคโนโลยีนั้นส่งผลกระทบต่ออะไรต่อการดูแลผู้ป่วย ต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดกับผู้ป่วย และสังคม ผลดีที่เพิ่มขึ้นคุ้มกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นหรือไม่ การหาคำตอบต่อคำถามเหล่านี้ต้องพิจารณาทั้งในบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนและในบริบทของสังคม

การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมหรือชาญฉลาด นพ.อนุวัฒน์ได้เสนอยุทธศาสตร์ใหม่ในการบริหารจัดการเทคโนโลยี ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ (evidence-based decision making) เป็นการเชื่อมโยงโลกวิทยาศาสตร์และโลกวิชาการ กับโลกของการตัดสินใจ ซึ่งการตัดสินใจนี้หมายถึงการตัดสินใจของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้บริหารกองทุนสุขภาพ ผู้กำหนดนโยบายของประเทศ

ทั้งนี้ต้องอาศัยกิจกรรมพื้นฐาน ดังนี้ คือ การสร้างความรู้ การสังเคราะห์ความรู้ การไตร่ตรองความรู้ และเทคโนโลยี การตัดสินใจ การกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติ และติดตามผลการปฏิบัติ ทั้งนี้หลังจากกิจกรรมลำดับแรกๆ ที่จำกัดในกลุ่มนักวิชาการแล้ว กิจกรรมอื่นเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก ต้องถกทอกับผู้คนที่เกี่ยวข้องและถกทอกิจกรรม

ทั้งหมดเข้าด้วยกัน เพื่อให้สมาชิกของสังคมได้ประโยชน์สูงสุดจากเทคโนโลยีที่มีอยู่

อย่างไรก็ตามการประเมินเทคโนโลยีไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ปัจจัยที่สำคัญกว่าคือระบบบริการสุขภาพและระบบการเงินการคลัง ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ ต้องรอบคอบและใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง จึงต้องดำเนินการควบคู่กันไป

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การร่วมมือและความเป็นภาคี (participation and partnership) โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้รับบริการ ควรเปลี่ยนจากการให้ผู้ประกอบวิชาชีพเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพทุกเรื่อง ไปสู่ความเป็นภาคีและตัดสินใจร่วมกัน โดยผู้ประกอบการวิชาชีพเป็นผู้ให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ความรับผิดชอบร่วมกันของกลุ่มวิชาชีพ (professional group responsibility) เป็นการเปลี่ยนความรับผิดชอบในฐานะปัจเจกของผู้ประกอบวิชาชีพมาสู่ความรับผิดชอบร่วมกันของผู้ที่อยู่ในวิชาชีพเดียวกัน และในอนาคตควรมีระบบที่กำหนดว่าใครมีสิทธิในการใช้เทคโนโลยีที่ต้องอาศัยการฝึกอบรมหรือทักษะเป็นพิเศษ เพื่อมิให้ผู้ป่วยเป็นเครื่องตอบสนองความสนใจใคร่รู้ของแพทย์จนเกินขอบเขต

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ข้อมูลข่าวสารเป็นสมบัติสาธารณะ ต้องสร้างสมดุลของข้อมูลข่าวสารให้เกิดขึ้นในสังคม เพราะในปัจจุบันประชาชนยังขาดความรู้เท่าทันไม่ทราบข้อมูลที่แท้จริง เจ้าหน้าที่รัฐเองก็ต้องระมัดระวังในการให้ข้อเท็จจริงเพราะอาจถูกฟ้องร้องได้ ต้องทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้าต่างๆ ทั้งทางบวกและลบเป็นข้อมูลที่สามารเปิดเผยต่อสาธารณะได้ เพื่อให้ผู้บริโภค

ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 สมดุลระหว่างการควบคุมจากภายนอกและการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นภายในกลุ่มผู้ให้บริการ โดยอาศัยระบบการเงินการคลัง เพราะระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบ fee-for-service ในปัจจุบัน ก่อให้เกิดการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น แม้ว่าการควบคุมค่าใช้จ่ายจะเป็นสิ่งที่ไม่ไม่มีใครชอบ แต่ประเทศที่ร่ำรวยทรัพยากรก็ยังไม่จำเป็นต้องใช้มาตรการในการควบคุม โดยอาศัยความจำเป็นด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดจำนวนสถานพยาบาล การบริการ การใช้เทคโนโลยี แต่ก็ต้องระมัดระวังไม่ให้เป็นการควบคุมที่เข้มงวดเกินไปอันจะนำไปสู่การต่อต้านและการควบคุมเฉพาะภาครัฐหรือเอกชนหรือระบบการควบคุมต่างกันก็จะทำให้เกิดการไม่ยอมรับ

นพ.อนุวัฒน์สรุปว่า ประเทศที่มีหน่วยงานรับผิดชอบในการประสานกิจกรรมประเมินเทคโนโลยีสามารถประสบความสำเร็จในการใช้เทคโนโลยีอย่างชาญฉลาด โดยหน่วยงานนั้นควรเป็นหน่วยงานอิสระ มีความเป็นกลาง เปิดกว้างรับความเห็นของผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย และมีช่องทางในการนำเสนอข้อมูลต่อผู้เกี่ยวข้องได้ชัดเจน และที่สำคัญกว่าองค์กรนั้นก็คือ เราพร้อมหรือยังที่จะตั้งคำถามว่า ทำไมต้องใช้เทคโนโลยีนี้กับผู้ป่วย มีเทคโนโลยีอื่นหรือทางเลือกอื่นที่ปลอดภัยกว่า เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าหรือไม่



ปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพจำเป็นจริงหรือ

โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



การปฏิรูปไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง
เหมาะสม จำเป็นต้องมีการวิจัย
เพื่อให้รู้ว่าการะแสใหญ่ของ
การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและ
มีผลกระทบต่อสุขภาพมีอะไรบ้าง
เป็นอย่างไร แนวโน้มในอนาคต
หากไม่มีการปรับเปลี่ยน
จะนำไปสู่ผลอะไร อันจะนำไปสู่
วิสัยทัศน์ว่าจำเป็นต้องปฏิรูป
อย่างไร โดยการวิจัยต้องเป็น
การคิดเชิงระบบ (system
thinking) ที่มองเห็นภาพ
ทั้งหมด ไม่ใช่การมองแบบ
แยกส่วน แล้วต้องอาศัยการ
จัดการ (management) เป็น
ตัวตั้ง เพราะการจัดการจะทำให้
เห็นทั้งระบบ เพื่อจะได้กำหนด
ยุทธศาสตร์ใหม่ได้ครบวงจร

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้บรรยาย
ในหัวข้อ “ปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ
จำเป็นจริงหรือ” ว่า การปฏิรูป
ทั้งหมดเป็นธรรมชาติ เพราะตามหลักสัจ
ธรรมอันหนึ่งคือความเป็นอนิจจังของ
สรรพสิ่งที่เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงไป
การกระทำต่างๆก็ต้องปรับตัวตาม ต้อง
ปฏิรูปได้ทุกอย่าง โดยศ.นพ.ประเวศได้
ยกตัวอย่างระบบราชการของสหรัฐอเมริกา
ซึ่งเมื่อ 100 ปีก่อนถือว่าเป็นระบบที่
ดีเยี่ยม แต่ในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการ
ปฏิรูป โดยมีแนวทางที่เรียกว่า re-
inventing government ระบบราชการ
ไทยก็เช่นกัน

ในเรื่องของสุขภาพ มีความ
เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย เช่น
ระบาดวิทยาของปัญหาต่างๆ เศรษฐกิจ
สังคม เทคโนโลยี ทำให้เกิดผลกระทบ
ต่อระบบบริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้อง
ปฏิรูป

การปฏิรูปไปสู่แนวทางที่ถูกต้อง
เหมาะสม จำเป็นต้องมีการวิจัยเพื่อให้
รู้ว่าการะแสใหญ่ของการเปลี่ยนแปลงที่
เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อสุขภาพมี
อะไรบ้าง เป็นอย่างไร แนวโน้มใน
อนาคตหากไม่มีการปรับเปลี่ยนจะนำ
ไปสู่ผลอะไร อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ว่า
จำเป็นต้องปฏิรูปอย่างไร โดยการวิจัย
ต้องเป็นการคิดเชิงระบบ (system
thinking) ที่มองเห็นภาพทั้งหมด ไม่
ใช่การมองแบบแยกส่วน แล้วต้องอาศัย
การจัดการ (management) เป็น
ตัวตั้ง เพราะการจัดการจะทำให้เห็น
ระบบทั้งระบบ เพื่อจะได้กำหนด
ยุทธศาสตร์ใหม่ได้ครบวงจร โดยมี

ความรู้จากการวิจัยมาสนับสนุนการ
จัดการให้ได้ผล

ศ.นพ.ประเวศยังได้ให้ความ
สำคัญกับประเด็นที่ว่าใครจะเป็นผู้ปฏิรูป
โดยได้ยกตัวอย่างความล้มเหลวของ
ประธานาธิบดีคลินตันในการปฏิรูป
ระบบบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกา
และการปฏิรูประบบยาในฟิลิปปินส์
ของประธานาธิบดีอาคีโน ทั้งที่เป็น
ประธานาธิบดีที่มาจากทางเลือกตั้งและ
ได้รับการสนับสนุนจากประชาชน ทั้งนี้
ก็เพราะสังคมในปัจจุบันถักทอด้วยโครง
สร้างของผลประโยชน์อย่างแน่นหนา
ใช้อำนาจแบบเดิมไม่ได้ผลอีกต่อไป
ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีทำงานใหม่ คือ
การสร้างความรู้ที่ละเอียดในทุก
องค์ประกอบของระบบ และการ
เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participa-
tory learning) ของผู้เกี่ยวข้อง
ทั้งหมด อันจะนำไปสู่พลังทางสังคม
(social energy) และมีวิสัยทัศน์
ใหม่ร่วมกัน (shared vision)

ดังนั้นแนวทางการปฏิรูประบบ
เพื่อสุขภาพ ประการแรก จึงต้องให้
ประชาชนหรือสังคมทั้งหมดต้องเห็น
ร่วมกันว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุด
ซึ่งในปัจจุบันสังคมไม่เห็นเช่นนี้ แต่
เห็นความสำคัญของเงินทองและอำนาจ
มากกว่า ในประเด็นนี้ต้องมีการวิจัยด้วย
เพื่อแสดงให้เห็นคุณค่าของการมี
สุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านคุณภาพชีวิต
และคุณค่าต่อสังคม ต่อเศรษฐกิจ เพื่อ
ให้สังคมมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน

ประการที่สอง ต้องมีการสร้าง
เครื่องชี้วัดระดับสุขภาพเชิงสังคม ซึ่ง

ต้องเป็นเครื่องชี้วัดที่สังคมสามารถเข้าใจและนำไปใช้เป็นเครื่องมือติดตามและเปรียบเทียบระดับสุขภาพประชาชนกลุ่มต่างๆได้ ไม่ว่าจะเป็นคนเมืองกับคนชนบท คนจนกับคนรวย ซึ่งจะสามารถนำไปสู่ประเด็นทางสังคมและการเมือง (social and political issue) อันจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้เกิดการปฏิรูปได้ เพราะนักการเมืองจะทำตามความต้องการของประชาชน ไม่ทำตามความต้องการของนักวิชาการ

ประการที่สาม เนื่องจากระบบบริการสุขภาพมีราคาแพงและยากต่อการแก้ไข กลยุทธ์อย่างหนึ่งก็คือการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ทำอย่างไรให้ประชาชนพึ่งพาระบบบริการสุขภาพน้อยที่สุด โดยสร้างสุขภาพไว้ในวิถีชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการกิน การอยู่ การออกกำลังกาย เรื่องศาสนา และทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต เป็นสุขภาพเชิงวัฒนธรรม (cultural health)

ประการที่สี่ ต้องปฏิรูประบบบริการสุขภาพให้เป็นระบบที่ให้ผลคุ้มค่า ซึ่งต้องสามารถวัดผลได้ในเรื่องของความเสมอภาค คุณภาพ ประสิทธิภาพ (equity, quality, efficiency-EQE)

ตามแนวคิด หลักการ และแนวทางข้างต้น ศ.นพ.ประเวศ ได้สรุปเป็น

มรรค 8 แห่งการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ **หนึ่ง**-สร้างระบบผู้มีส่วนร่วมในการปฏิรูป **สอง**-การวิจัยแนวโน้มนำใหญ่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ **สาม**-การวิจัยเพื่อสร้างคุณค่าของสุขภาพและเครื่องชี้วัดสุขภาพของสังคม **สี่**-การวิจัยเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพเชิงวัฒนธรรม **ห้า**-การวิจัยประเมินผลของระบบบริการสุขภาพ **หก**-การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ **เจ็ด**-การส่งเสริมประชาคมเพื่อสุขภาพ **แปด**-การวิจัยเพื่อยกร่างกฎหมายสาธารณสุขแห่งชาติ หรือ พรบ.ปฏิรูประบบสุขภาพ

โดยศ.นพ.ประเวศ ได้เน้นถึงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพว่าสามารถสร้างรูปแบบในอุดมคติตามสภาพสังคมไทยขึ้นมา แล้ววิจัยสภาพความเป็นจริงของระบบบริการที่ดำรงอยู่เพื่อแสดงความคลาดเคลื่อนจากอุดมคติที่วางไว้ (mismatch) และการปฏิรูปเพื่อแก้ไข รวมถึงการวิจัยอนุระบบของระบบบริการ เช่น ระบบกำลังคน ระบบเทคโนโลยี ทำการวิจัยการปฏิรูปบทบาทของรัฐและสังคม เพื่อสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการ สุดท้ายคือการวิจัยติดตามประเมินผลของการปฏิรูประบบ

การสร้างรูปแบบระบบบริการใน

อุดมคติ ศ.นพ.ประเวศเสนอลักษณะ 5 ประการ (เบญจลักษณ์) ดังนี้ **หนึ่ง**-ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง (basic essential health care) **สอง**-ระบบบริการมีความหลากหลาย ทั้งของภาครัฐ ภาคเอกชนทั้งที่ค้ากำไรและไม่ค้ากำไร ตลอดจนของชุมชน ของประชาชน **สาม**-มีการแข่งขันกันทำความดี **สี่**-ประชาชนมีทางเลือกและมีความรู้ที่จะเลือก ซึ่งต้องอาศัยการคุ้มครองผู้บริโภค และระบบการจ่ายค่าบริการที่เพิ่มอำนาจต่อรองของประชาชน **ห้า**-เป็นระบบที่สามารถตรวจสอบได้ (accountability)

สุดท้าย ศ.นพ.ประเวศได้ชี้ถึงความสำคัญของมรรคข้อที่ 8 คือความจำเป็นต้องมีกฎหมายปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพหรือกฎหมายสาธารณสุขแห่งชาติ เพราะกฎหมายเป็นเครื่องมือสำคัญ มีอำนาจในเรื่องการจัดการ โดยยกตัวอย่างการส่งเสริมสุขภาพ ถ้ามีกฎหมายส่งเสริมสุขภาพ กฎหมายจะกำหนดชัดเจนถึงรัฐมนตรีที่รับผิดชอบประมาณ องค์กร จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเพื่อจะได้ประมวลองค์ประกอบสำคัญทั้งหมดรวมไว้ในกฎหมายดังกล่าว



ระบบข้อมูลอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย

การศึกษาเปรียบเทียบระบบข้อมูลการรายงานอุบัติเหตุจราจรทางบก และแนวทางในการปรับปรุง

ผลงานล่าสุดจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ราคาปก 180 บาท สมาชิกวารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข สั่งซื้อได้ในราคา 160 บาท

สั่งซื้อโดยส่งธนาคาณัติ/ตัวแลกเงิน สั่งจ่ายในนาม

“วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข” ปทพ.ตลาดขวัญ นนทบุรี



คำขานรับ จาก รัฐมนตรีช่วยว่าการ กระทรวงสาธารณสุข

ภายหลังการนำเสนอในหัวข้อต่างๆ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้กล่าวรายงานสรุปประเด็นสำคัญและข้อเสนอแนะเบื้องต้นที่ประมวลได้จากการประชุมทั้งสองวัน

จากนั้น รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายธวัชวงศ์ ณ เชียงใหม่ ได้กล่าวปิดการประชุม โดยมีความบางส่วน ดังต่อไปนี้

“ในความคิดเห็นของผม คิดว่า ‘สุขภาพ’ หรือภาวะแห่งความสุขนี้จะเกิดขึ้นได้ ย่อมมีองค์ประกอบสำคัญสามองค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่หนึ่ง มีระบบสุขภาพที่ดี มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และพื้นฐานวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของแต่ละประเทศ

ระบบสุขภาพ แท้ที่จริงก็เป็นระบบย่อยในระบบใหญ่ จึงไม่อาจพัฒนาไปโดยโดดเดี่ยวได้ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงเคียงคู่ไปกับการพัฒนาของระบบอื่นๆ อาทิเช่น ระบบการเมือง การปกครอง ระบบกฎหมายและระเบียบวินัยของสังคม ระบบวัฒนธรรม และวิถีชีวิต เป็นต้น หากมองในรากฐานของปัญหาแล้ว คงต้องมุ่งประเด็นปัญหาไปที่ภาพรวมของการพัฒนาประเทศ กระผมคิดว่าพวกเราทุกคนคงจะเห็นพ้องต้องกันในที่นี้ว่า การพัฒนาบ้านเมืองที่ผ่านมา เป็นการพัฒนาที่ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียม มีความแตกต่างระหว่างเมืองกับชนบท ภาคกลาง

กับภาคอื่นๆ ความไม่เท่าเทียมนี้ก่อให้เกิดสภาวะคนมีโอกาสน้อยและขาดโอกาส อาทิ ขาดโอกาสในการศึกษา โอกาสในการรับรู้ข่าวสารข้อมูลอย่างแท้จริง โอกาสในการรับบริการต่างๆ ตามสภาพความต้องการของตน และที่สำคัญที่สุดคือ โอกาสในการเลือกในสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมกับสภาพของตนเอง กระผมจึงเห็นว่า ความพยายามของเราในการปฏิรูปหรือพัฒนาระบบสาธารณสุขให้ดี มีประสิทธิภาพ และเอื้อประโยชน์ต่อสาธารณสุขชนนั้น จะเกิดขึ้นได้จริงก็ต่อเมื่อการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงนี้ดำเนินควบคู่ไปกับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงของระบบอื่นๆ ของสังคมไทย

องค์ประกอบที่สอง วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนไทยทุกคนจะต้องดำเนินไปในวิถีแห่งสุขภาพ

ทุกวันนี้ ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นปัญหาอันเกิดเนื่องมาจากวิถีหรือการดำเนินชีวิต อาทิเช่น บริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดภาวะอ้วนหรือโรคเรื้อรังต่างๆ การอยู่ในที่แออัดในสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดื่มยาเสพติด หรือเสพยาอย่างไม่เหมาะสม และที่ชัดเจนคือปัญหาโรคติดต่ออย่างเช่น โรคเอดส์ ก็เกิดการระบาดอย่างมากมายทั้งในประเทศและในโลก ก็เพราะพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

กระผมคิดว่าในฐานะนักการสาธารณสุข พวกเราทุกคนจะต้องถือเป็นภาระหน้าที่หลัก ที่จะต้องเปลี่ยน

แปลงและส่งเสริมวิถีชีวิตของประชาชนไทยทุกคนให้เป็นวิถีชีวิตแห่งสุขภาพ จะต้องร่วมกันสร้างสรรค์วัฒนธรรมการดำเนินชีวิตใหม่ ให้ทุกคนมีจิตสำนึกในการคัดเลือก ตัดสินใจในทุกหน้าที่แห่งการ ‘กิน-อยู่-พักผ่อน-ออกกำลังกาย’ ของโรงพยาบาล สถานือนามัย คงจะลดลงไปมาก บุคลากรสาธารณสุขจะได้มีเวลาหันมาทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเต็มที่

องค์ประกอบที่สาม การจัดการงานสาธารณสุขที่ดี

ท่านอาจารย์ประเวศได้ย้ำกับพวกเราเสมอว่า จะทำอะไรให้สำเร็จบรรลุผลได้ ก็ต้องอาศัยการจัดการที่ดี กระผมเองเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า ‘การจัดการคือการใช้ความรู้เพื่อสร้างความรู้’ หากเรามีการจัดการที่ดี ทุกสิ่งทุกอย่างที่เรากระทำจะอยู่บนรากฐานของความรู้จริง ซึ่งจะพัฒนาขยายตัว มีการสะสมความรู้ทั้งด้านกว้างและด้านลึกไปอย่างมหาศาล ทำให้เรารู้เท่าทันปัญหาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จะมีวิจาร์ณญาณในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมทันเวลา และมีประสิทธิภาพ แม้เราจะมีระบบสาธารณสุขที่ดี แต่หากขาดการจัดการที่ดี ก็คงจะพาระบบล้มเหลวไปได้เช่นกัน กระผมจึงเห็นว่าเป็นภาระหน้าที่ของกระผมในฐานะผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุขที่จะต้องเร่งรัดพัฒนาให้กระทรวงสาธารณสุขมีนักบริหารที่มีประสิทธิภาพ แล้วก็จะต้องมีนักจัดการที่เก่งกาจด้วย”

ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ แนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ตามที่การประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาาระบบ” ระหว่างวันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539 นั้น ได้มีการนำเสนอบทวิเคราะห์ทางวิชาการเรื่อง “ประชาสังคม (Civil Society) กับการพัฒนาสุขภาพ” โดย นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และวิทยากรรับเชิญจากต่างประเทศ 2 ท่าน คือ Rhonda Galbally พูดเรื่อง “นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพรัฐวิกตอเรีย” และ Janet Hatcher Roberts พูดเรื่อง “บทบาทของประชาสังคมกับสุขภาพประเทศแคนาดา” โดยมี ดร.เอนก เหล่าธรรมทัศน์ รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เป็นผู้วิจารณ์และให้ข้อคิดเห็น

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ได้เล่าถึงความเป็นมาของการนำเสนอแนวคิดใหม่เรื่องประชาสังคม ว่าเกิดขึ้นจากนักวิชาการกลุ่มหนึ่งทั้งในและนอกสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีความสนใจร่วมกัน โดยที่เห็นว่า เป็นทางออกที่น่าสนใจใน

การแก้ปัญหาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่นับวันจะมีความสลับซับซ้อน ยากต่อการแก้ไขเยียวยาโดยหน่วยงานของรัฐเพียงลำพัง แนวคิด Civil Society เพื่อพัฒนาสุขภาพจึงได้เกิดขึ้น ชุมชนทางวิชาการที่มารวมตัวกัน ได้แก่ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.สุวิทย์ วิบุล-ผลประเสริฐ อ.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ คุณยวดี คาคการณ์ไกล ได้มีการประชุมกันหลายครั้งในเวลาอันจำกัด จึงได้บทวิเคราะห์ทางวิชาการด้านนี้ 6 บทความด้วยกัน และบทสัมภาษณ์นักคิดในสังคมไทยอีก 4 ท่าน (ดังรายละเอียดของการนำเสนอหน้า 4)

หลังจากการประชุมวิชาการครั้งนั้น ทางมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ได้จัดให้มีการประชุมเพื่อปรึกษาหารือขึ้นที่สภาการศึกษาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ ที่ผ่านมา โดยมีศ.นพ.ประเวศ วะสี เป็นประธานที่ประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมจากหน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ

สังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนท้องถิ่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ประชุมได้อภิปรายแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง ได้ข้อสรุปในเบื้องต้นว่า ควรมีเวทีวิชาการที่ประกอบด้วยนักวิชาการที่มีฉันทะในเรื่องนี้ จากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน มาประชุมกันเป็นประจำ โดยที่ทางสกว.จัดตั้งฝ่ายส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนขึ้น เพื่อทำการบริหารจัดการในเรื่องนี้อย่างจริงจัง โดยมีดร.สีลาภรณ์ นาคทรพรพ เป็นผู้รับผิดชอบ นอกจากนี้ ทางสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจะเป็นร่วมใหญให้มีการพัฒนาวิชาการด้านนี้ต่อไป ทั้งนี้สืบเนื่องจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้เสนอให้มีประชาคมจังหวัดในแผนฯ 8 ด้วยแล้ว ▲

สำหรับผู้ที่พลาดการประชุม

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ

‘ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาาระบบ’

ทั้งหมด 9 เล่ม ครอบคลุมสาระสำคัญที่นำเสนอในการประชุมครบถ้วน

ราคาพิเศษ ชุดละ 600 บาท

สั่งซื้อที่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยส่งชานาติ/ตัวแลกเงิน

สั่งจ่ายในนาม “วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข” ปทฝ.ตลาดขวัญ นนทบุรี

ปลายกระแส

ในการปาฐกถาหัวข้อ “ระบบสาธารณสุขเพื่อสุขภาพในอุดมทัศน์ของข้าพเจ้า” ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา ได้กล่าวถึงความมั่นคงด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึงการมีชีวิตอยู่โดยไม่เสียชีวิตจากเหตุอันไม่สมควร ไม่เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น ไม่หย่อนสมรรถภาพหรือพิการโดยไม่จำเป็น เมื่อเจ็บป่วยแล้วได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม เมื่อพิการยังสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร

สถานะสุขภาพของคนไทยเมื่อเปรียบเทียบกับนิยามข้างต้นแล้ว อาจกล่าวได้ว่าเป็นสุขภาพที่คลอนแคลน ขาดความมั่นคง เนื่องจากปัญหาในระบบสุขภาพของประเทศยังมีอยู่มากมายดังที่วิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้หยิบยกมาวิเคราะห์และนำเสนอในการประชุมวิชาการ “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ” รวมทั้งได้พยายามเสนอแนะการแก้ปัญหา และหาทางออก

เนื้อหาสาระจากการประชุมที่นำมาสรุปบันทึกไว้ใน “จับกระแส” ฉบับนี้ อาจไม่ได้หมายถึงข้อสรุปของแนวทางการแก้ปัญหาและพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย แต่สิ่งที่สำคัญคือ ความตั้งใจร่วมกันในหมู่ผู้เข้าร่วมประชุมในการที่จะขยายความรู้ความเข้าใจ ร่วมกันแสวงหาแนวทางปฏิบัติ ระดมความร่วมมือจากภาคีรัฐตลอดจนบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ และประชาชน เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างสรรค์สุขภาพบนฐานขององค์ความรู้ อันจะนำไปสู่เป้าหมายการสร้างระบบสุขภาพที่ดีร่วมกัน

บรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ศ. นพ.วิฑูร แสงสิงแก้ว

ศ. นพ.ประเวศ วะสี

ศ. นพ.วิจารณ์ พานิช

ผู้อำนวยการ

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

บรรณาธิการ

นพ.ชูชัย ศุภวงศ์

นายปณิธาน หล่อเลิศวิทย์

ผู้จัดการ

นส.ดวงพร เสงบุญพันธ์

คณะบรรณาธิการ

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นพ.วิฑูร พูลเจริญ

นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

นพ.สุภกร บัวสาย



“จับกระแส” เป็นจดหมายข่าวรายเดือน จัดทำโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยระบบสาธารณสุข และการดำเนินงานของสถาบันฯ

“จับกระแส” ยินดีที่จะเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ขององค์กร หน่วยงานต่างๆ ที่มีเนื้อหาสอดคล้อง เกี่ยวเนื่อง กับระบบสาธารณสุข โดยสามารถส่งข่าวสารต่างๆ ได้ที่ บรรณาธิการ

การขอรับเป็นสมาชิก และการติดต่อขอนำข้อมูล บทความที่ดีพิมพ์ไปเผยแพร่ต่อ กรุณาติดต่อ ผู้จัดการ

จดหมายข่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
จับกระแส

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน

ใบอนุญาตที่ 4/2537

ปพ. ตลาดขวัญ

นางสาวดวงพร เสงบุญพันธ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชั้น 2 อาคารศูนย์พัฒนาการแพทย์และสาธารณสุข ซ.ทิมแลนด์ ถ.งามวงศ์วาน อ.เมือง นนทบุรี 11000

เหตุขัดข้องนำจ่ายผู้รับไม่ได้
เจ้าหน้าที่ไม่ชัดเจน
ไม่มีเลขที่บ้านตามเจ้าหน้าที่
ไม่ยอมรับ
ไม่มีผู้รับตามเจ้าหน้าที่
ไม่มารับภายในกำหนด
ตาย
เลิกกิจการ
ย้ายไม่ทราบที่อยู่ใหม่
เลขที่บ้านไม่ตรง
บ้านรื้อถอน
เลขที่ขาดหายไป
อื่นๆ
ลงชื่อ