

กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ในประเทศบราซิล สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร: บทเรียนสำหรับการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ

ศิริวรรณ พัทธรังษุภย์*

หทัยชนก สุมาลี*

ลลิตา เขตต์กัญญ์**

เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร**

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ มุ่งหวังเพื่อให้เป็นเครื่องมือของทุกฝ่ายในสังคมใช้ร่วมกัน โดยวางยุทธศาสตร์เพื่อเปิดทางให้ทุกฝ่ายในสังคมเป็นเจ้าของ ดูแลรับผิดชอบร่วมกัน และกำหนดให้ตราธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่ายใช้อ้างอิง, ใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสังคม และให้ปรับปรุงธรรมนูญทุก ๕ ปี. การศึกษานี้เป็นการทบทวนเอกสาร เพื่อถอดบทเรียนจากประเทศบราซิล สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ ที่เกี่ยวกับการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ, วิวัฒนาการและบริบท, กระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ โดยมุ่งวิเคราะห์ตัวอย่างของเอกสารที่อาจเทียบเคียงได้กับธรรมนูญสุขภาพ ในประเด็นขอบเขตและสาระสำคัญของเนื้อหาในเอกสาร, กระบวนการจัดทำเอกสาร และบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง. การศึกษาพบดังนี้

- วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศบราซิล และอังกฤษ เริ่มมาตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒, โดยมีแนวคิดการสร้างหลักประกันทางสังคมให้กับคนทำงานก่อน ต่อมาจึงเปลี่ยนเป็นการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีฐานคิดในเรื่อง “สุขภาพเป็นสิทธิ”, ในขณะที่ประเทศสหรัฐยังได้เพียงในแนวคิดนี้. ในปัจจุบัน กรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพของบราซิลยังจำกัดอยู่ในเรื่องการพัฒนาบริการสุขภาพและระบบสาธารณสุขพื้นฐาน ในขณะที่ประเทศไทยมองไปถึงการจัดการปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพแล้ว. ส่วนสหรัฐก็ได้ปฏิรูปในส่วนของกรจัดการระบบสาธารณสุขเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพให้กับคนในชาติด้วยการจัดการที่ระดับมลรัฐและท้องถิ่น. ส่วนประเทศอังกฤษพัฒนาให้มีกองทุนหุ้นส่วนบริการปฐมภูมิ (Primary care trusts) ดูแลงานสุขภาพแบบบูรณาการในท้องถิ่น โดยดูแลทั้งบริการสุขภาพส่วนบุคคล และงานสาธารณสุขทั่วไป, และมองการแก้ปัญหาเชื่อมโยงกับงานด้านที่อยู่อาศัย, การจ้างงาน และการศึกษาด้วย.

- ประสบการณ์ของต่างประเทศ อาทิ ประเทศบราซิลใช้รัฐธรรมนูญเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดระบบสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๑ และมีกลไกใส่เนื้อหาของการปฏิรูปที่ต้องการให้มีผลบังคับใช้ในรัฐธรรมนูญที่ปรับปรุงใหม่ทุกครั้ง. ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาก็ได้กระจายอำนาจให้กับมลรัฐดูแลงานสาธารณสุข, ไม่พบกรอบธรรมนูญแห่งชาติ (national overarching framework). ความคิดริเริ่มในการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ระดับมลรัฐในโครงการ “จุดเปลี่ยน” ได้กระตุ้นให้หลายมลรัฐทำแผนสุขภาพของมลรัฐ ที่เป็นกรอบธรรมนูญสาธารณสุข และทำกฎหมายแม่บทด้านการสาธารณสุขระดับมลรัฐ ที่ทันสมัยด้วย. ส่วนประเทศอังกฤษมีกฎหมายสาธารณสุข ฉบับแรกตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๑๘ กำหนดให้ท้องถิ่นมีบทบาทด้านการสาธารณสุขตั้งแต่นั้นมา ซึ่งพูดถึงการควบคุมความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมด้วย

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, ปทุมธานี

และมีการปรับปรุงกฎหมายได้พัฒนาเป็นเรื่อง ๆ ไป เช่นพบว่ามีเรื่องการควบคุมการสูบบุหรี่อยู่ในกฎหมายสุขภาพฉบับ พ.ศ. ๒๕๔๕ แม้ไม่มีกรอบรัฐธรรมนูญ (overarching statutory framework) แต่รัฐบาลอังกฤษ ในสมัยของมาร์กาเรต แธตเชอร์ จัดทำแผนสุขภาพที่บูรณาการเพื่อลดโรค (พ.ศ. ๒๕๓๕) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และพัฒนาเรื่อยมา จนเป็นแผนที่ ๓ เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน ที่เรียกว่า “Our Health, Our Care, Our Say” ใน พ.ศ. ๒๕๔๕.

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพ, ประเทศบราซิล, ประเทศสหรัฐอเมริกา, ประเทศสหราชอาณาจักร, ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ

Abstract **National Health Statute and Overarching Framework for Health System Development in Brazil, United States of America, and United Kingdom: Lessons for Thailand**
Siriwan Pitayangsarit*, Hathaichanok Sumalee*, Lalida Khetkudee[†], Yaowalak Jittakoat[†], Viroj Tangcharoensathien*

*International Health Policy Program, Ministry of Public Health, [†]Faculty of Nursing, Eastern Asia University

In the contemporary development of the Thai national framework for health system development, this report has drawn the experience of Brazil, the United States of America, and the United Kingdom for lessons to be learned for Thailand. The study was conducted using document analysis carried out during August to December 2007, by searching available information from the Internet. Data sources were from published literature, the media and the websites of several organizations.

The study found that histories, political changes and reform initiatives have influenced the route of health system development of different countries in different ways. Brazil, which had been under military dictatorship for a long time during the period 1964-1985, has established a supporting mechanism for people's participation in health reform agenda-setting and health policy formulation. Widened participation successfully pushed the concept of human rights in health care to be adopted in the 1988 Thai Constitution. Since then universal access to health care has been established and financed with taxes. Every new reform direction which has been adopted in the national health conference was incorporated to revisions of the 1988 Constitution. The USA case presents a model of decentralization in health system development. The federal government supported states in extending the coverage of health-care access. A collaborative project involving academics and state governments called “Turning Point Initiative” formulated a model of the overarching public health framework and formulated the “Model State Public Health Act” which provides initiative ideas for the states to develop their own laws and development plans with a collaboration from for all stakeholders in the state. The UK case presents long experience with centralized management for controlling universal access, achieved since after the World War II. Several reforms were introduced to tackle with the cost escalation and system irresponsiveness (long queues for elective surgery, for example). Current issues include a balance of the centralized policy and decentralized management.

Thailand passed the National Health Act in January 2007 with the aim of establishing national health governance which promotes the role of individuals and civil societies in participating in health policy development and system monitoring and evaluation. Brazil's experience in the supporting mechanism for people's participation is useful for Thailand for comparison with the Thai national health assembly and for gaining knowledge for strengthening the role of civil societies in health policy development. The experience of the USA in collaborative work among academics, state officials, and the private sector would seem to be fruitful in the promotion of the deliberative policy process of health system development. An experiment in a different context, such as in Thailand, should be practical. The UK's experience shows the transitions from the state's responsibilities in people's health to the community's and individual's choices in health care. This reflects the direction of sharing responsibilities in society which Thailand has pursued in this era of health system reform. This study suggested that, in the Asian context, Thailand could adapt, but not adopt, some good concepts and procedures in health system development from these three countries in order to establish a reform mechanism and an overarching health system framework with a particular characteristic based on the wisdom of Thai.

Key words: National Health Statute, overarching framework, health system development



ภูมิหลังและเหตุผล

“พรบ.สุขภาพแห่งชาติ” เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ มุ่งหวังเพื่อให้เป็นเครื่องมือของทุกฝ่ายในสังคมใช้ร่วมกัน, โดยวางกลยุทธ์เพื่อเปิดทางให้ทุกฝ่ายในสังคมเป็นเจ้าของ ดูแลรับผิดชอบร่วมกัน, โดยให้ฝ่ายการเมือง, ราชการทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น, ฝ่ายวิชาการและวิชาชีพต่าง ๆ และฝ่ายประชาชน เข้ามาทำงานสร้าง เสนอแนะ และผลักดัน นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพร่วมกัน และกำหนดให้ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่าย ใช้อ้างอิง, ใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนสังคม และให้ปรับปรุง ธรรมนูญทุก ๕ ปี.

ดังนั้นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติจึงอาจ เทียบเคียงได้กับนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อขับเคลื่อนระบบ สุขภาพไปในทิศทางที่พึงประสงค์ จึงน่าจะได้มีการทบทวนบท เรียนจากต่างประเทศเพื่อนำมาประกอบในการกำหนดรูปแบบ และกลวิธีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของไทย.

การทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศนี้ได้กำหนดที่จะ ทบทวนประสบการณ์ของ ๓ ประเทศ คือ ประเทศบราซิล, สหรัฐอเมริกา และ อังกฤษ ซึ่งมีเหตุผลสนับสนุนการเลือก ศึกษาแบบเจาะจงดังนี้

- ประเทศบราซิลมีการจัดการประชุมสุขภาพ อนามัยมานานแล้วตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๑ และในรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. ๒๕๓๑ ก็ได้บรรจุเนื้อหาที่เป็นผลมาจากการประชุม สุขภาพด้วย จึงมีความน่าสนใจในวิวัฒนาการของการประชุม สุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อนโยบายสุขภาพ ระดับชาติ.

- ประเทศสหรัฐอเมริกามีโครงการจุดเปลี่ยนริเริ่ม (Turning Point Initiative) โดยวัตถุประสงค์เพื่อปฏิรูป และพัฒนาระบบสาธารณสุขในประเทศสหรัฐทำให้เข้มแข็ง ด้วยการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลางและเน้นการสร้างความร่วมมือ, จึงมีความน่าสนใจเนื้อหาของแนวนโยบาย และกระบวนการ ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบด้วยการเปลี่ยนแนวคิดตามนิยาม ใหม่ของระบบสาธารณสุข.

- ประเทศอังกฤษมีการจัดทำแนวนโยบายสุขภาพแห่ง

ชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๕ ชื่อว่า “สุขภาพแห่งชาติ” (“Health of the Nation”) พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๔๐ และมีวิวัฒนาการการ เปลี่ยนแผนแล้วถึง ๒ ครั้ง จนถึงปัจจุบันเป็น “Our Health, Our Care, Our Say: White Paper 2005” ซึ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและการให้บริการทางสังคม, จึงมีความ น่าสนใจในเนื้อหาของแนวนโยบายและวิวัฒนาการ.

ระเบียบวิธีศึกษา

การทบทวนเอกสาร เพื่อถอดบทเรียนจากต่างประเทศ ใช้ กรอบการศึกษา ดังนี้

๑. ค้นหาเอกสารที่ว่าด้วยแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ.

๒. วิเคราะห์ขอบเขต และสาระสำคัญของเนื้อหาใน เอกสาร แล้วจัดกลุ่มเนื้อหาเป็นประเด็น.

๓. ค้นคว้าเพิ่มเติมเพื่ออธิบายกระบวนการจัดทำเอกสาร วิวัฒนาการ บริบท บทบาทและหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง.

การวิเคราะห์ข้อเสนอเป็นการสังเคราะห์จากการทบทวน สาระของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ, ร่างพรบ.ฉบับประชาชน, รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐, บทเรียนต่างประเทศ, และ ความคิดเห็นเบื้องต้นของภาคการเมือง, ภาควิชาการ และภาค ประชาชน แล้วสรุปเป็นข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ เพื่อประกอบการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ. การศึกษานี้ใช้เวลา ๔ เดือน ดำเนินการในช่วงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ถึง ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๐.

ผลการศึกษา

การนำเสนอจะแบ่งเป็น ๓ ตอน คือ

ตอนที่ ๑ วิวัฒนาการและแนวคิดของการปฏิรูปของระบบ สุขภาพในภาพรวมในแต่ละประเทศ เพื่อแสดงให้เห็นความ เชื่อมโยงของแนวคิดการปฏิรูปกับการเปลี่ยนแปลงทางการ เมืองและสังคมในแต่ละประเทศ และเปรียบเทียบกับแนวคิด การปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศกับประเทศไทย.

ตอนที่ ๒ เนื้อหาและกระบวนการจัดทำกรอบแนวทาง สุขภาพ เพื่อนำเสนอเจาะจงกระบวนการจัดทำและเนื้อหาของ

กรอบแนวนโยบายสุขภาพ เฉพาะกรณีนี้ที่เลือกมาศึกษาเป็นตัวอย่าง ที่จะนำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติของไทย.

ตอนที่ ๓ สรุปบทเรียนจากต่างประเทศ.

ตอนที่ ๑ วิวัฒนาการและแนวคิด

วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพกับบริบทการเมืองการปกครองและสังคม

ตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒ แนวคิดการสร้างหลักประกันทางสังคมให้กับคนทำงาน ที่มีต้นแบบมาจากประเทศเยอรมนี ที่เรียกว่ารูปแบบบิสมาร์ค (Bismarck Model) อันมีแหล่งการคลังจากเงินสมทบจากรายได้จากการทำงาน ซึ่งแพร่หลายไปในหลายประเทศ รวมทั้งอังกฤษ สหรัฐอเมริกา และบราซิล ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพ. แต่รูปแบบและพัฒนาการอาจแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมและชั้นอำนาจของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม. ประเทศอังกฤษ และบราซิลได้ขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) โดยใช้รูปแบบแหล่งการคลังจากเงินภาษี (Beveridge Model) และมีการปฏิรูประบบให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สหรัฐยังได้เถียงในแนวคิดอยู่. แม้ว่าแนวทางรัฐสวัสดิการอย่างเช่นอังกฤษ จะเป็นทิศทางที่ประชาชนในแต่ละประเทศพึงประสงค์ แต่การจัดระบบของแต่ละประเทศยังต้องคำนึงถึงการจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น, คิวรอคอยที่ยาวนาน, การได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ และจัดความพอดีในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และท้ายที่สุดต้องกลับมามุ่งเน้นให้ประชาชนดูแลตนเอง.

วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศบราซิล

ประเทศบราซิลมีกฎหมายประกันสังคมเกิดขึ้นครั้งแรกใน พ.ศ. ๒๔๖๖ ในยุคแรกของการปกครองแบบสาธารณรัฐเก่า (Old Republic) ที่มีประธานาธิบดีสืบทอดอำนาจในกลุ่มที่มาจากมลรัฐเดิม ๆ แบบระบบอุปถัมภ์. กฎหมายดังกล่าวทำให้เกิดการเจริญเติบโตของสถานพยาบาลเอกชนอย่างมาก และคุ้มครองเฉพาะคนในภาคการจ้างงานที่สามารถจ่ายเบี้ยสมทบ

ได้. ความแตกต่างเหลื่อมล้ำของความเจริญตามภูมิศาสตร์ และความแตกต่างในความคุ้มครองด้านการเข้าถึงสถานพยาบาล หยั่งรากลึกเป็นเวลานานกว่าครึ่งศตวรรษ. การปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มขับเคลื่อนตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๘ และมาสำเร็จใน พ.ศ. ๒๕๓๓ นั้น มีฐานแนวคิดแบบ “ลัทธิถ้วนหน้า” (Universalism) เพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำ เป็นแนวคิดที่ให้ทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้าด้วยเงินอุดหนุนจากภาษี (Beveridge Model) เริ่มต้นในประเทศอังกฤษ ตั้งแต่ช่วงท้ายๆของสงครามโลกครั้งที่ ๒ ร่วมกับแนวคิดสุขภาพถ้วนหน้า (Health For All) ที่เสนอในที่ประชุม Alma Ata พ.ศ. ๒๕๒๑^(๑) มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) และการป้องกันเป็นอันดับต้น ๆ.

แต่การออกแบบระบบประกันสุขภาพระบบเดียว (Unified Health System; SUS) ของบราซิลไม่ได้ใช้ประโยชน์จากสถานพยาบาลเอกชนที่เติบโตอย่างมาก ปล่อยให้สถานพยาบาลเอกชนจัดบริการแพทย์เสริมในระบบประกันที่จัดให้โดยนายจ้าง (Complementary Medical Care System; SSAM) เกิดภาคการบริการสุขภาพแยกส่วนอย่างชัดเจน. การคลังก็มีความเสี่ยงในช่วงแรกเมื่อประกันสังคมไม่ส่งเงินสมทบเข้า SUS ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๖. รัฐบาลแก้ปัญหาโดยหาแหล่งการคลังทางเลือกใหม่ (Financial transaction tax) ใช้ใน พ.ศ. ๒๕๓๙-๒๕๔๔ ในที่สุดต้องมีการแก้ไขรัฐธรรมนูญผูกพันให้รัฐบาลกลางจัดงบประมาณให้ SUS ทุกปี ไม่น้อยกว่าเดิม และปรับขึ้นด้วยค่าเงินเพื่อให้ทุกปี และผูกพันให้มลรัฐและเทศบาลต้องจัดงบประมาณสมทบเพิ่มขึ้นทุกปี จนถึงเกณฑ์ที่กำหนด.

SUS บริหารเงินทั้งการบริการสุขภาพส่วนบุคคลและการสาธารณสุขพื้นฐาน กระจายอำนาจให้กับกองทุนท้องถิ่นในการจัดการเครือข่ายสถานพยาบาลของรัฐและเริ่มเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลเอกชนแบบทั้งแข่งขันและเป็นส่วนเพิ่ม. การปฏิรูปใน พ.ศ. ๒๕๓๙ จัดวงเงินให้ท้องถิ่นเป็นอัตรารายหัว โดยแยกการจัดสรรเงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลในระบบตามจำนวนบริการของแต่ละแห่งภายใต้เพดานงบประมาณรักษาพยาบาลของท้องถิ่นนั้น ๆ และ



จัดสรรเงินให้กับกองทุนท้องถิ่นแบบรายหัวสำหรับบริการสาธารณสุขพื้นฐานและกิจกรรมวิทยาการระบาด. ท้องถิ่นบริหารจัดการแบบประสานงานและมีส่วนร่วมจากชุมชน ทำให้เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนได้เป็นอย่างดี.

บราซิลยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำของบริการสาธารณสุขในประเทศ^(๒) เพราะโครงสร้างการกระจายของแพทย์ไม่ดี เป็นไปตามอำนาจเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่. นอกจากนี้เทศบาลยังมีรายได้ที่แตกต่างกัน, ผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชนแยกตัวออกจากระบบใหญ่ และจัดบริการเฉพาะที่มีกำไร, ประกันเอกชน SSAM ไม่ยอมให้ SUS เบิกเงินคืนกรณีผู้เอาประกันไปใช้ในบริการระบบประกันสุขภาพระบบเดียว (SUS)^(๓).

วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา

ตั้งแต่ออกสงครามโลกครั้งที่ ๒ ในยุคที่แนวคิดประกันสังคมแพร่มาจากเยอรมนี นักปฏิรูปหัวก้าวหน้าในสหรัฐอเมริกา เคยเสนอการประกันสุขภาพภาคบังคับให้สำหรับคนงานเพื่อแก้ปัญหาการขาดรายได้และขาดการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๔๕๘ แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยเฉพาะสหพันธ์ผู้ใช้แรงงาน เพราะไม่มีการปรึกษากันมาก่อน. นอกจากนี้กลุ่มวิชาชีพแพทย์ที่ถูกชักชวนอย่างหนักก็ไม่เห็นด้วย และต่อต้าน เพราะกลัวว่าจะสูญเสียรายได้และขาดความเป็นอิสระ.

เมื่อเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกาเริ่มตกต่ำใน พ.ศ. ๒๔๗๑ จึงมีการรวมตัวกันเดินขบวนเรียกร้องการสร้างหลักประกันทางเศรษฐกิจให้กับคนงานและผู้สูงอายุ. กฎหมายประกันสังคมผ่านสภา พ.ศ. ๒๔๗๘ แต่ไม่มีเรื่องประกันสุขภาพ. คณะกรรมการที่พิจารณา เสนอให้รัฐบาลกลางสนับสนุนให้มลรัฐเป็นผู้จัดระบบประกันสุขภาพแทนที่จะออกกฎหมายจัดระบบที่ระดับชาติ.

การปฏิรูประบบสุขภาพในสหรัฐฯ ในช่วงต่อมาจึงเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นส่วน ๆ. การประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานกลายเป็นข้อตกลงในระดับนายจ้างผ่านบริษัทประกันเอกชน. โครงการประกันสุขภาพผู้สูงอายุระดับชาติ (Medicare) ในระบบประกันสังคม เกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๐๘. ส่วนโครงการประกันสุขภาพแก่ผู้มีรายได้น้อย เด็ก ผู้สูงอายุ

และผู้พิการ (Medicaid) ทายอดเกิดขึ้นในระดับมลรัฐตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๘. ความครอบคลุมประกันสุขภาพทั้งประเทศสหรัฐอเมริกาจนถึง พ.ศ. ๒๕๔๙ มีแคร์ร้อยละ ๘๔^(๔) แบ่งเป็นผู้ประกันโดยนายจ้างร้อยละ ๕๔, Medicare ร้อยละ ๑๒, Medicaid ร้อยละ ๑๓, และประกันสุขภาพเอกชนส่วนบุคคลร้อยละ ๕.

แนวคิดเรื่องประกันสุขภาพถูกผลักดันหลายครั้ง แต่การผลักดันมักไม่ค่อยประสบความสำเร็จ เพราะเป็นการผลักดันมาจากนักวิชาการและคนวงใน, ไม่มีแรงสนับสนุนจากภาคประชาชน, ไม่ได้พยายามผลักดันการขับเคลื่อนจากรากหญ้าและคนงานระดับล่าง^(๕) (ซึ่งต่างกับครั้งที่มีการขับเคลื่อนเรื่อง Medicare) รวมถึงรายละเอียดในแผนปฏิรูปในบางรัฐบาล (เช่นคลินตัน) ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของคนรากหญ้า เนื่องจากแผนไปสนับสนุน “health alliances” ที่เอื้อประโยชน์ปกป้องทั้งนายจ้างและอุตสาหกรรมธุรกิจประกันภัย, ในขณะที่แผนที่นักปฏิรูปอื่น ๆ เสนอขึ้นมา เช่นการจัดระบบผู้จ่ายเดียว (Single payer) ใช้เงินจากภาษี ทำให้เสียงสนับสนุนไม่เป็นเสียงเดียวกัน, ประกอบกับรายละเอียดในข้อเสนอคลินตัน มีถึง ๑,๓๔๒ หน้า มีรายละเอียดซับซ้อนและสับสนเกินกว่าที่จะจุดประกายความนิยมให้กับการขับเคลื่อนภาคประชาชน. นักเคลื่อนไหวส่วนใหญ่จึงไม่สามารถรณรงค์สนับสนุนข้อเสนอในครั้งนั้นได้ ทำให้คลินตันถอนร่างกฎหมายฉบับนั้นไปในที่สุด.

ในระยะหลังจึงมีการเคลื่อนไหวการปฏิรูปในระดับมลรัฐที่สามารถทำให้คนรากหญ้าร่วมทำงานด้วยมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะสำเร็จ เช่นในการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในรัฐเมน อนุมัติแผนตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ และคาดว่าจะสำเร็จใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นต้น. ส่วนการปฏิรูปเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสาธารณสุขเริ่มเป็นประเด็นในการพัฒนาในระดับมลรัฐ เช่นโครงการ “จุดเปลี่ยน” ในพ.ศ. ๒๕๔๐ บนหลักแนวคิดของความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพราะการสร้างความร่วมมือที่ระดับพื้นที่สามารถทำได้จริง.

แนวคิดการปฏิรูปของสหรัฐฯ ยังมีการถกเถียงต่อเนื่อง ใน พ.ศ. ๒๕๕๐. ประเด็นข้อเสนอนี้ในการหาเสียงเพื่อเลือกประธานาธิบดีสหรัฐฯ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๑ ยังคง

เป็นเรื่องประกันสุขภาพ เนื่องจากร้อยละ ๑๕.๓ ของประชากร ยังไม่มีประกันสุขภาพ รายละเอียดของนโยบายมีความแตกต่างกันในแต่ละพรรค.

นางฮิลลารี คลินตัน พรรคประชาธิปไตยสหรัฐฯ เสนอนโยบายเพื่อให้ทุกคนสามารถจ่ายประกันสุขภาพได้ ด้วยกลยุทธ์ด้านการเงินการคลังคือลดหย่อนภาษี และสร้างทางเลือกการประกันใหม่ที่จัดโดยภาครัฐที่คล้ายโครงการประกันสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรัฐอุดหนุนเบี้ยประกันในส่วนที่เกินสัดส่วนเพดานที่กำหนดต่อรายได้ คาดว่าจะใช้เงินในแผนนี้ ๑๑๐ พันล้านเหรียญสหรัฐ^(๖) พยายามทำให้ทุกคนที่มีและไม่มีประกันมาก่อนรู้สึกได้ว่าจะได้ประโยชน์กันถ้วนหน้า และพยายามเพิ่มคุณภาพของบริการ^(๗) ในขณะที่ผู้แข่งขันจากพรรคประชาธิปไตยคนอื่น ๆ เช่น จอห์น เอ็ดเวิร์ด และบารัค โอบามา มีแผนขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพแบบหลายระบบเช่นกัน ส่วน Dennis Kucinich สนับสนุนระบบผู้จ่ายเดียว ในขณะที่พรรครีพับลิกันสัญญาว่าจะขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพโดยระบบตลาด เพิ่มการแข่งขันของระบบประกันสุขภาพเอกชน เพื่อลดอัตราเบี้ยประกันที่ประชาชนต้องจ่าย และคืนภาษี ๗,๕๐๐ เหรียญสหรัฐต่อคน และ ๑๕,๐๐๐ เหรียญสหรัฐต่อครอบครัว เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปจ่ายเบี้ยประกันได้^(๘).

โดยสรุป รูปแบบของระบบสุขภาพในสหรัฐอเมริกาอิงระบบตลาดมากที่สุด เป็นประเทศพัฒนาแล้วที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บริษัทประกันสุขภาพเอกชนมีบทบาทสูง, แพทย์มีความเป็นอิสระสูงจนคำปรึกษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการผลักดันระบบประกันสังคมสำหรับผู้สูงอายุใน พ.ศ. ๒๕๐๘ ด้วย. ในขณะที่สหรัฐยังคงระบบตลาด, โครงการประกันสุขภาพของรัฐ เช่นโครงการประกันสุขภาพผู้มีรายได้น้อย ก็หาทางควบคุมค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยวิธีการ "Managed care หรือ Managed competition" โดยการซื้อบริการกับองค์กรซ่อมบำรุงสุขภาพ (Health Maintenance Organization; HMO) อาจเป็นบริษัทประกันก็ได้ ซึ่งผู้ป่วยต้องขึ้นทะเบียนกับแพทย์ภายใต้สัญญาของ HMO แล้ว Medicaid จ่ายเบี้ยประกันให้ HMO

เป็นรายเดือน.

วิวัฒนาการและแนวความคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอังกฤษ

ประเทศอังกฤษเป็นต้นแบบของรูปแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยแหล่งเงินจากภาษีรูปแบบบีเวอร์ริดจ์. แต่ก่อนหน้านั้น ช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒ อังกฤษได้อิทธิพลแนวคิดเรื่องประกันสังคมมาจากเยอรมนี (Bismarck Model) เช่นกัน ที่ใช้แหล่งเงินจากเงินสมทบของประชาชนที่มีรายได้มาจากการทำงาน. ใน พ.ศ. ๒๔๕๔ รัฐบาลพรรคเสรีนิยมออกกฎหมายการประกันสุขภาพให้กับคนงานในประเทศ อังกฤษโดยคนงานขึ้นทะเบียนกับแพทย์โดยตรง และกองทุนจ่ายในอัตรารายหัวให้กับแพทย์. การออกแบบระบบโดยวิธีการขึ้นทะเบียนตรงกับแพทย์และจ่ายในอัตรารายหัว เป็นแนวคิดสำคัญที่เป็นรากฐานของระบบสุขภาพของอังกฤษจนถึงทุกวันนี้.

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพภาครัฐถูกพัฒนาขึ้นอย่างมากทั่วประเทศ ในช่วงท้ายของสงครามโลกครั้งที่ ๒ อันเนื่องมาจากประชาชนจำนวนมากได้รับบาดเจ็บจากกองทัพเยอรมัน จึงเกิดการจัดตั้งบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) เชื่อมโยงระบบทั่วประเทศ ทั้งเครือข่ายโรงพยาบาล, เครือข่ายห้องปฏิบัติการ, ระบบคลังเลือด, ระบบจัดบริการ ผ่าตัด, ประสาทวิทยา, จิตวิทยา และเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งเป็นประวัติศาสตร์รากฐานตอบคำถามว่าทำไมระบบบริการสุขภาพภาครัฐในอังกฤษจึงเข้มแข็งกว่าภาคเอกชนมากนัก.

การเปลี่ยนแปลงระบบการประกันสุขภาพจากรูปแบบบิสมาร์คมาเป็นรูปแบบที่ใช้ภาษีจัดประกันสุขภาพให้กับทุกคนใน พ.ศ. ๒๔๙๑ จึงเกิดขึ้นได้บนความพร้อมของโครงสร้างบริการสุขภาพภาครัฐ, แนวคิดของแผนฟื้นฟูสังคมบูรณาการของ Sir William Beveridge ที่มีแนวคิดที่จะลดความแตกต่างของมาตรการช่วยเหลือของรัฐที่ปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมาย, ประกอบกับความสามารถของผู้นำ (รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข Aneurin Bevan) ที่สามารถสร้างแรงสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพทั่วประเทศโดยการส่งข้อเสนอไปที่ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งชวนให้เห็นว่าการใช้ภาษีของระดับ



ประเทศในโครงการสุขภาพจะช่วยแก้ปัญหาความสามารถที่แตกต่างกันของท้องถิ่นในการหารายได้, และใช้ความได้เปรียบของรัฐบาลพรรคแรงงานในรัฐสภาผ่านกฎหมายได้ในที่สุด. การปฏิรูปครั้งนั้นให้สิทธิพิเศษมากมายกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดแรงต้าน และเกิดโครงสร้างระบบย่อยไตรภาคี (Tripartite structure) คือ ๑) ระบบโรงพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญภายใต้การจัดการของคณะกรรมการภูมิภาค ๑๔ คณะ, ๒) เวชปฏิบัติทั่วไป ภายใต้สัญญาที่บริหารโดยระดับประเทศ, และ ๓) บริการสุขภาพชุมชน เช่น พยาบาลเยี่ยมบ้าน, ผดุงครรภ์, งานอนามัยแม่และเด็ก, การป้องกันโรค อยู่ภายใต้การจัดการของรัฐบาลท้องถิ่น. ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๑๗ บริการของโรงพยาบาลและของท้องถิ่นถูกรวมไปจัดการภายใต้ฝ่ายเจ้าหน้าที่สุขภาพภูมิภาค (Regional Health Authorities).

บริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ยุคแรกนี้เป็นยุคที่ให้ความสำคัญกับระบบโรงพยาบาล (hospital-dominated system) ประชาชนต้องเลือกขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. การรักษาแบบฉุกเฉินที่โรงพยาบาลจะได้รับการรักษาทันที ในขณะที่บริการเฉพาะทางอื่น (elective specialty care) ต้องรอคิวนาน (เฉลี่ย ๔๖ วัน) จึงมีผู้ซื้อประกันเอกชนอยู่ส่วนหนึ่งประมาณร้อยละ ๑๑.๕ ของประชากร.

จากปัญหาเศรษฐกิจถดถอยมายาวนานในช่วง พ.ศ. ๒๕๐๕-๒๕๒๒ รัฐบาลเปลี่ยนไปมาในการเลือกตั้งแต่ละครั้ง (ครั้งละ ๔ ปี) ระหว่างพรรคอนุรักษนิยมกับพรรคแรงงาน จนกระทั่งกรณีพิพาทรุนแรงระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างที่เกิดขึ้นในภาคอุตสาหกรรม ในช่วงรัฐบาลพรรคแรงงาน (พ.ศ. ๒๕๒๑) ทำให้พรรคอนุรักษนิยมใช้จุดอ่อนของพรรคแรงงานในการเอาชนะการเลือกตั้งที่มีขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๒๒ มีผลให้นางมาร์กาเรต แทตเชอร์ เป็นนายกรัฐมนตรียาวนานถึง ๓ สมัย (ค.ศ. ๑๙๗๙-๑๙๙๐). มาตรการต่าง ๆ ด้านเศรษฐกิจ ถูกนำมาใช้เพื่อลดรายจ่ายภาครัฐ และเพิ่มการแข่งขัน.

รัฐบาลแทตเชอร์ได้นำมาตรการการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาประสิทธิภาพมาใช้กับ NHS เริ่มตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๒๖ แนวคิดเรื่องตลาดภายใน เริ่มใน พ.ศ. ๒๕๓๒ และผ่าน

กฎหมายบริการสุขภาพแห่งชาติและบริการรักษุชุมชน (National Health Service & Community Care Act พ.ศ. ๒๕๓๓) ที่เปลี่ยนบทบาท NHS จากการบริหารโรงพยาบาลเองมาเป็นผู้ซื้อบริการจากโรงพยาบาลของตนเองและโรงพยาบาลในสังกัดอื่น. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกลายเป็นผู้ถือเงินที่สามารถซื้อบริการต่อจากผู้จัดบริการอื่นให้กับผู้ป่วยที่ลงทะเบียนไว้กับตน. ส่วนผู้ให้บริการกลายเป็นกองทุนหรือหุ้นส่วนอิสระ (Independent trusts) ที่บริหารโดยคณะกรรมการ ๕ ชุดคือ กองทุนการบริบาลปฐมภูมิ, กองทุนโรงพยาบาล, กองทุนบริการรถพยาบาล, กองทุนการบริบาลรักษา, และกองทุนบริการสุขภาพจิต เรียกว่าเป็นยุคปฏิรูปเพื่อสนับสนุนการถือเงินของแพทย์เวชปฏิบัติ (GP fundholding).

แนวคิดเรื่องลดคนเจ็บ และลดอัตราการตาย เพื่อลดรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประเทศ ปรากฏอยู่ในแผนสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕- ๒๕๔๐ จัดทำโดยกรมอนามัย เป็นแผนแม่บทด้านสุขภาพแผนแรกที่จัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพสูงสุด ๕ อันดับ และกำหนดเป้าหมายการทำงานที่จะลดโรค และเสริมสร้างสถานะสุขภาพของประชาชนโดยรวมอย่างชัดเจน, มีการทำงานประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย, แต่ผลการทำงานไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากไม่มีแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชนกับรัฐ.

ต่อมาพรรคแรงงานได้เป็นรัฐบาลตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๐ นโยบายเปลี่ยนจากการแข่งขันการจัดการ (Managed competition) เป็นความร่วมมือการจัดการ (Managed cooperation) สร้างความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนมากขึ้น, พัฒนาให้มีกองทุนการบริบาลมูลฐาน ที่รวมเอางานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเข้าไว้กับงานบริการชุมชนและเชื่อมกับประเด็นนโยบายด้านสาธารณสุข, พัฒนาโครงการประสานความเชื่อมโยงด้านที่อยู่อาศัย, การจ้างงาน และการศึกษา, กระจายงบประมาณส่วนกลางไปให้กองทุนการบริบาลมูลฐาน ให้มากที่สุด และสนับสนุนให้กองทุนสร้างความเชื่อมโยงกับแพทย์เฉพาะทางกับโรงพยาบาล, สร้างความเข้มแข็งให้ตลาดสุขภาพมากขึ้น เช่น สนับสนุนให้รับช่วงบริการ (outsourcing of medical ser-

vices) หรือสร้างโรงพยาบาลโดยเอกชน.

แผนสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๒ ที่จัดทำโดยกรมอนามัยในยุคนายโทนี แบลร์ "Saving lives: Our Healthier Nation" เสนอยุทธศาสตร์ใหม่ที่มีบทบาทร่วมกันทั้งของบุคคล ชุมชน และรัฐ เปลี่ยนมุมมองจากการที่เน้นแก้ปัญหาโรค มาเป็นการมองสุขภาพที่ดีและที่ดีกว่า, มียุทธศาสตร์ในเรื่องทักษะด้านสุขภาพ.

แผนสุขภาพล่าสุด Our Health, Our Care, Our Say พ.ศ. ๒๕๔๙ มุ่งไปที่กระจายอำนาจอย่างไร จึงเหมาะสม เพราะมีความขัดแย้งของการรวมอำนาจและกระจายอำนาจ, ท้องถิ่นไม่มีอิสระ. นอกจากนี้ยังมีความขัดแย้งระหว่าง NHS กับแพทย์ โดยเฉพาะการบริหารมูลฐาน.

อังกฤษเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และรัฐมุ่งเน้นรัฐสวัสดิการ. รัฐมีรายได้จากภาษีเป็นอัตราที่สูง และรัฐเป็นผู้ริเริ่มในการจัดบริการและรับประกันสิทธิในการเข้าถึงบริการ. วิวัฒนาการจวบจนทุกวันนี้มีการขยายขอบเขตการบริการไปสู่บริการในชุมชนและบริการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ. แต่ระหว่างทางจะต้องจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น, การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง, คิวรอคอยที่ยาวนาน, การได้รับงบประมาณที่ไม่เพียงพอ^(๓) และจัดความพอดีในการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และท้ายที่สุดต้องกลับมามุ่งเน้นให้ประชาชนดูแลตนเอง. มีข้อสังเกตว่ามีการใช้วิชาการเป็นฐานในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก แต่กลับไม่พบการเคลื่อนไหวของกลุ่มประชาชนเพื่อผลักดันในเรื่องนโยบายสุขภาพนอกสภา เพราะถือว่าประชาชนใช้สิทธิโดยการเลือกผู้แทนไปทำหน้าที่ในสภาผู้แทนและสามารถแสดงบทบาทได้เต็มที่ในองค์กรผู้บริโภค ที่เรียกว่า สภาสุขภาพชุมชน.

มีประเด็นสำคัญ ๓ ประเด็น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของประชาชน คือ

๑. ประชาชนมีส่วนในการตัดสินใจในการรักษาของตน โดยสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับกองทุนการบริหารมูลฐานใดก็ได้.

๒. ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนา ติดตาม และตรวจสอบการให้บริการในสภาสุขภาพชุมชน.

๓. การมีส่วนร่วมของสาธารณะชนโดยทั่วไป เช่น

- การจัดตั้งองค์กรทางสุขภาพ เช่น สภาสุขภาพชุมชน.
- การแสดงความคิดเห็นของประชาชน โดยการร้องเรียนกับ NHS หรือสื่อ.
- การตรวจสอบคุณภาพ.
- กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และกลุ่มรณรงค์.

นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่รับเรื่องราวร้องเรียนด้านสุขภาพ (Health Ombudsman) ซึ่งจะทำหน้าที่สืบสวนเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ จากประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการของ NHS แต่เจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถดำเนินการสอบสวนกรณีต่าง ๆ ซึ่งอยู่ในกระบวนการของศาลได้. กระบวนการศาลจะเป็นกระบวนการสุดท้ายที่ประชาชนสามารถไปฟ้องร้องโดยอิสระ. กลยุทธ์ที่สำคัญของเจ้าหน้าที่คือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทำให้เป็นข่าว ซึ่งจะพิมพ์ในเอกสารปีละ ๒ ครั้ง อย่างกว้างขวางในสื่อมวลชนต่าง ๆ. รายงานของเจ้าหน้าที่รับเรื่องเรียน จะได้รับการตรวจสอบโดยคณะกรรมการสิทธิการของรัฐบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ. คณะกรรมการนี้ทำให้เกิดการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มอำนาจของเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนในทางอ้อม. คณะกรรมการสิทธิการของรัฐบาลสามารถเรียกผู้มีอำนาจจัดการด้านสุขภาพ (Health Authorities) หรือผู้ที่เกี่ยวข้องและซักถามผู้บริหารถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นและปฏิกิริยาของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการร้องเรียนนั้น ๆ เกิดแรงกดดันทางจิตใจมากกว่าแรงกดดันทางกฎหมาย ส่งผลให้มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการร้องเรียนตามมา.

วิวัฒนาการและแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพเปรียบเทียบประเทศไทยกับต่างประเทศ

ตารางที่ ๑ แสดงเหตุการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศบราซิล สหรัฐฯ อังกฤษและไทย ตามช่วงเวลาในประเทศสหรัฐฯและอังกฤษอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว. ประเทศไทยกับบราซิลอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา แต่บราซิลมีรายได้ประชาชาติต่อหัวสูงกว่าของไทย (ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ของบราซิลและไทยเป็น ๓,๔๖๐ และ ๒,๙๕๐ เหรียญสหรัฐฯ ตามลำดับ). ประเทศสหรัฐฯ และบราซิลมีการปกครองแบบ



ตารางที่ ๑ วิวัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศบราซิล, สหรัฐอเมริกา, อังกฤษ และไทย

ช่วงเวลา	บราซิล	สหรัฐอเมริกา	อังกฤษ	ไทย
ก่อนสงครามโลกครั้งที่ ๒	พ.ศ. ๒๔๖๖ เริ่มมีกฎหมายประกันสังคมครอบคลุมประกันสุขภาพ เฉพาะคนงานในเขตเมือง และกลุ่มวิชาชีพ	พ.ศ. ๒๔๗๘ มีกฎหมายประกันสังคมแต่ไม่ครอบคลุมสุขภาพ	พ.ศ. ๒๔๕๔ ประกันสุขภาพสำหรับคนทำงานครอบคลุมบริการสุขภาพปฐมภูมิ	-
สงครามโลกครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๔๘๒- ๒๔๘๘	-	-	บริการแพทย์ฉุกเฉิน	-
หลังสงครามโลกครั้งที่ ๒	-	พ.ศ. ๒๕๐๘ ประกันสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๐๘ ประกันสุขภาพผู้มีรายได้น้อย จัดโดยมลรัฐแบบสมัครใจ	พ.ศ. ๒๔๙๑ บริการสุขภาพแห่งชาติยุกระบบโรงพยาบาลครอบครัว	พ.ศ. ๒๔๙๕ ตั้งกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๔๙๗ ออกพรบ.ประกันสังคมแต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ พ.ศ. ๒๔๙๘ สวัสดิการทดแทนการขาดเจ็บจากการทำงาน สำหรับข้าราชการ
สุขภาพถ้วนหน้า / การแข่งขันการจัดการถึงปัจจุบัน	พ.ศ. ๒๕๑๘ มีการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพบนหลักการถ้วนหน้า ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนประชาธิปไตย พ.ศ. ๒๕๑๑ ร่างนโยบายสุขภาพ ที่จัดตั้งระบบสุขภาพรวมเป็นหนึ่งในรัฐธรรมนูญ ประกาศใช้ พ.ศ. ๒๕๓๓ พ.ศ. ๒๕๓๓ เกิด SUS ครอบคลุมประชากรทุกคน ๑๗๔.๖ ล้านคน จัดบริการโดยสถานพยาบาลภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ควบคู่ไปกับ Complementary Medical Care System (SSAM) ที่เป็นประกันสุขภาพเอกชนผูกกับการจ้างงาน ครอบคลุมประชากร ๓๓ ล้านคน (๑๙%) พ.ศ. ๒๕๓๘ รัฐบาลพยายามแก้กฎหมายให้ SSAM จ่ายค่ารักษาของผู้มีประกันสุขภาพเอกชนให้โรงพยาบาลใน SUS แต่ไม่สำเร็จ พ.ศ. ๒๕๓๙ SUS จ่ายบรายหัวให้ท้องถิ่น	จะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ไม่สำเร็จ พ.ศ. ๒๕๔๐-๔๖ ปฏิรูประบบการสาธารณสุขในระดับมลรัฐ “จุดเปลี่ยน” พ.ศ. ๒๕๕๐ ประเด็นการขยายหลักประกันสุขภาพเป็นอีกหนึ่งในการหาเสียงเลือกตั้งประธานาธิบดีปี ๒๕๕๑	พ.ศ. ๒๕๒๕ รัฐบาลริชาร์ดเซอร์ใช้กลยุทธ์ปฏิรูปการจัดการทั่วไปใน NHS พ.ศ. ๒๕๓๓ ออกกฎหมายปฏิรูป NHS จากการจัดการรวมศูนย์ไปเป็นการแข่งขันการจัดการ - ตลาดภายใน ยุคการถือเงินของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๓๕ ออกแผนสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๓๕-๒๕๔๐) เพื่อลดรายจ่ายค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๓๙ รัฐบาล Tony Blair มีนโยบายปฏิรูปจากการแข่งขันเป็น “หุ้นส่วน” และ “ความร่วมมือ” พ.ศ. ๒๕๔๐ ปรับโครงสร้าง NHS มี Primary health care Trusts พ.ศ. ๒๕๔๒ ออกแผนสุขภาพ Saving lives: Our Healthier Nation. พ.ศ. ๒๕๔๕ ออกแผนสุขภาพ: Our Health, Our Care, Our Say.	พ.ศ. ๒๕๑๖ กองทุนทดแทนแรงงาน พ.ศ. ๒๕๑๘ สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย พ.ศ. ๒๕๒๒ สาธารณสุขมูลฐาน พ.ศ. ๒๕๒๓ สวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ พ.ศ. ๒๕๒๙ บัตรสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๓๓ กฎหมายประกันสังคมมีผลบังคับใช้ เกิดระบบประกันสุขภาพให้กับคนทำงาน พ.ศ. ๒๕๔๔ โครงการ ๓๐ บาทที่มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ พรบ.สร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๕ พรบ.หลักประกันสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๕-๔๙ แผน ๙ นั้น All for Health.

ประชาธิปไตยแบบสหพันธรัฐ มีประธานาธิบดีบริหารประเทศ และรัฐบาลกลาง. ส่วนอังกฤษและไทยมีการปกครองแบบประชาธิปไตย ที่มีนายกรัฐมนตรีบริหารรัฐบาลของประเทศ.

การวางรากฐานระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐของไทย เชื่อมโยงกับสถาบันพระมหากษัตริย์ ทำให้เกิดการจัดตั้งการพัฒนากำลังคนและโรงพยาบาลด้านการแพทย์แผนตะวันตกขึ้น และขยายเป็นโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งได้ถูกพัฒนาเป็นลำดับหลังมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. ๒๔๙๕ ตามพรบ.ปรับปรุงกระทรวงทบวงกรม พ.ศ. ๒๔๙๕ จนถึงช่วง พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๓๐ มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ และสถานีอนามัย ครบทุกอำเภอและตำบล และพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานอย่างกว้างขวาง. แม้ว่าการแพทย์แผนไทย จะเคยถูกรบรจู่ไว้ในการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ของไทยตั้งแต่เมื่อตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งแรก พ.ศ. ๒๔๓๒ แต่ก็ถูกยกเลิกการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยไปใน พ.ศ. ๒๔๕๙ เนื่องจากลักษณะการสอนไม่เข้ากับการแพทย์แผนตะวันตก และหาครูแพทย์ไทยที่มีความรู้ดีและเต็มใจถ่ายทอดวิชาไม่ได้^(๑๐). ประวัติศาสตร์ดังกล่าวทำให้ไทยมีโครงสร้างระบบบริการในภาครัฐเป็นการแพทย์แบบตะวันตก และภาครัฐใหญ่กว่าภาคเอกชน คล้าย ๆ กับอังกฤษ ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชน เพิ่งเริ่มโตหลังระบบประกันสังคมประกาศใช้ใน พ.ศ. ๒๕๓๓ และเศรษฐกิจเฟื่องฟูเป็นลำดับ.

แนวคิดการพัฒนาคนถูกผนวกในนโยบายด้านสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ ๔ เป็นครั้งแรก เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. ๒๕๔๓” ซึ่งปรากฏการณ์นั้นนับว่า เป็นจุดเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ เน้นส่งเสริมสุขภาพในเชิงป้องกันการเกิดโรค มากกว่าการรักษา โดยประชาชนควรได้รับการสนับสนุนให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัว. นับเป็นการเริ่มต้นของการปรับเปลี่ยนการพัฒนาสังคมจากการกระจายบริการสังคมไปสู่ประชาชน ไปสู่การพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสังคมมากยิ่งขึ้น^(๑๑) ซึ่งเป็นประเด็นที่ประเทศอังกฤษกลับมาให้ความสำคัญในขณะนี้.

ในด้านหลักประกันด้านค่ารักษาพยาบาล ประเทศไทย

เคยมีกฎหมายประกันสังคมมาแล้วครั้งหนึ่งถูกประกาศใช้ใน พ.ศ. ๒๔๙๗ แต่กฎหมายนั้นไม่สามารถประกาศใช้เพราะมีแรงต้านจากบริษัทประกันภัยเอกชนและวิสาหกิจ รวมทั้งรัฐวิสาหกิจ^(๑๒). ภายหลังมีการขับเคลื่อนของหลายภาคส่วนในสมัยรัฐบาลที่ “พณฯท่าน พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี และผลักดันให้มีกฎหมายประกันสังคมประกาศใช้ใน พ.ศ. ๒๕๓๓ ที่ใช้มาจนถึงทุกวันนี้ ระบบเป็นรูปแบบบิสมาร์ค (จ่ายเงินสมทบ ๓ ฝ่าย จากลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐ) คล้ายประกันสังคมของบราซิลในยุคแรกๆ ที่ให้โรงพยาบาลเอกชนมาจัดบริการให้กับผู้ประกันตน. แต่สำหรับประเทศไทยให้โรงพยาบาลรัฐร่วมในโครงการด้วย และจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวเหมือนการบริหารแบบจัดการ (managed care). ในช่วงก่อนที่กฎหมายประกันสังคมจะใช้งานได้จริง มีสวัสดิการทดแทนการขาดเงินจากการทำงานสำหรับข้าราชการเกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๔๙๙ ที่พัฒนาจนขยายความคุ้มครองการเจ็บป่วยทั่วไป ไปเป็นสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการตามมติคณะรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๒๓, และยังมีกองทุนเงินทดแทนการขาดเงินจากการทำงานสำหรับคนทำงานภาคเอกชนเกิดขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๓๑ ก่อนกฎหมายประกันสังคมประกาศใช้.

ส่วนการช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนทั่วไป มีแนวคิดที่เริ่มจากการสงเคราะห์คนจน พัฒนาไปเป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยถือว่าสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๘ รัฐบาลได้เริ่มให้สวัสดิการกับคนจนก่อนด้วยงบประมาณ แล้วขยายความคลุมไปยังกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ. สำหรับแรงงานนอกภาคการจ้างงานในชนบทมีโครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ใน พ.ศ. ๒๕๒๙ (ร่วมจ่ายระหว่างเอาผู้ประกันและรัฐ) แต่เมื่อรวมทุกโครงการแล้วไม่สามารถขยายความครอบคลุมการประกันสุขภาพได้มากกว่าร้อยละ ๖๙ ของประชากรทั้งประเทศ (พ.ศ. ๒๕๔๓). ในที่สุดพรรคการเมืองพรรคไทยรักไทยนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปหาเสียง และชนะการเลือกตั้งในเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๔๔ ทำให้ระบบประกันสุขภาพของรัฐมี ๓ ระบบหลักคือการประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การ



ประกันสังคม, และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งมีรายละเอียดของรายจ่ายและวิธีจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่ต่างกันอยู่บ้าง. การที่ไทยยังคงระบบประกันสังคมไว้ ได้ช่วยให้การเปลี่ยนผ่านของไทยไม่ประสบกับปัญหาการขาดแคลนงบประมาณมากเกินไป ซึ่งต่างจากบราซิลที่ล้มเลิกระบบประกันสุขภาพในประกันสังคมทันที. บทเรียนจากบราซิลชี้ให้เห็นว่า แม้จะมีการเปลี่ยนให้ทั้งระบบเป็นแบบระบบเดียว (สร้างความเท่าเทียม) แต่ไม่ได้วางแผนการคลังรองรับไว้ ทำให้ระบบประสบปัญหางบประมาณ และโรงพยาบาลเอกชนแยกตัวออกจากการประกันสุขภาพภาครัฐไปเป็นส่วนเสริมเท่านั้น ซึ่งทำให้ระบบมีประสิทธิผลลดลง.

ในขณะที่พรรคการเมืองให้ความสนใจกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นก่อนหน้านั้นด้วย ที่เห็นชัดเจนใน ๒ เรื่อง คือ

๑) การออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๔๓ และพัฒนาจนมาเป็นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีพร.รับรองตั้งแต่วันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๔. การผลักดันให้มี สสส.มาจากแนวคิดเรื่องของการสนับสนุนให้สังคมขับเคลื่อนเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อ และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อคุณภาพชีวิต และจัดระบบการคลังให้มั่นคงโดยผูกกับรายได้จากภาษีสุราและบุหรี่^(๑๓). สสส.เป็นนวัตกรรมที่ก่อให้เกิดการทำงานนอกกระทรวงสาธารณสุข มีจุดเน้นทั้งในแง่การส่งเสริมสุขภาพ และในแง่การขับเคลื่อนสังคม.

๒) การจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ (สปร.) ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๒ มีแนวคิดที่จะวางยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนสังคม ให้ทุกภาคส่วนมาร่วมกันดูแลสุขภาพของตนและคนในสังคม บนแนวคิดทุกอย่างเพื่อสุขภาพ, มุ่งสู่สุขภาพถ้วนหน้า (All for health, toward Health for All) ซึ่งแนวคิดนี้ถูกบรรจุในแผนพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ ๙ ด้วย และมองระบบสุขภาพในนิยามที่กว้างกว่าเดิม ซึ่งผลของการขับ

เคลื่อนได้มาซึ่งพร.สุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดโครงสร้างยุทธศาสตร์ของรัฐที่ยั่งยืนในการสนับสนุนกระบวนการทำงานร่วมกันของรัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ.

ซึ่งยุทธศาสตร์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติของไทย น่าจะเทียบได้กับ Secretariat for Participatory Management ของบราซิล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการเสนอกฎยุทธ์และกลวิธีในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ SUS แบบประชาธิปไตย โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานของสภาสุขภาพในระดับมลรัฐและระดับเทศบาล.
- จัดทำกลวิธีประเมินผลงานของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง.
- นำเสนอกฎยุทธ์ในการพัฒนาและส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมในการเข้าร่วมการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ, สภาสุขภาพ และเครือข่ายสภาสุขภาพแห่งชาติ.
- จัดอบรม สมาชิกสภาสุขภาพ.
- ประสานงานระหว่างระดับบริหารของ SUS.
- ประสานงานกับหน่วยงานที่เป็นตัวแทนด้านสิทธิของประชาชน.

แต่อย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพของบราซิลยังจำกัดอยู่ในเรื่องการพัฒนากระบวนการสุขภาพและระบบสาธารณสุขพื้นฐาน ในขณะที่ประเทศไทยมองไปถึงการจัดการปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มากระทบต่อสุขภาพแล้ว. ส่วนสหรัฐก็ได้ปฏิรูปในส่วนของการจัดวางระบบสาธารณสุขเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพให้กับคนในชาติด้วยการจัดการที่ระดับมลรัฐและท้องถิ่นที่มีกลยุทธ์ของสภาสุขภาพเป็นหลักที่ให้เกิดธรรมาภิบาลในระบบ. ส่วนประเทศอังกฤษพัฒนาให้มีกองทุนบริบาลมูลฐาน ดูแลงานสุขภาพแบบบูรณาการในท้องถิ่น โดยดูทั้งบริการสุขภาพส่วนบุคคลและงานสาธารณสุขทั่วไป และมองการแก้ปัญหาเชื่อมโยงกับงานด้านที่อยู่อาศัย การจ้างงาน และการศึกษาด้วย.

จากความรู้ข้างต้น จึงมีข้อคิดเห็นสำหรับแนวทางการปฏิรูปในประเทศไทย คือ “จัดรัฐสวัสดิการแต่พอประมาณให้

ระวางรายจ่ายที่ควบคุมไม่ได้ เสริมหนุนประชาชนให้ดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชนดูแลสิ่งแวดล้อม ออกแบบกระจายอำนาจให้พอดี”.

ตอนที่ ๒ เนื้อหาและกระบวนการ

เนื้อหาและกระบวนการจัดทำกรอบแนวทางสุขภาพ

จากการค้นคว้าประสบการณ์ของต่างประเทศ ธรรมนูญสุขภาพของไทย (พรบ.สุขภาพฉบับ พ.ศ. ๒๕๕๐) น่าจะเปรียบได้กับ Overarching statute - ‘umbrella legislation’ ซึ่งเป็นกรอบกฎหมายที่เป็นร่มใหญ่ ที่ระบุหลักการและค่านิยมเพื่อใช้เป็นกรอบปฏิบัติทางสาธารณสุข (a statement of the values and principles which we agree as a framework for public health practice). จากการค้นคว้าพบว่าประเทศบราซิลใช้รัฐธรรมนูญเป็นกรอบแนวทางในการกำหนดระบบสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๑ และมีการใส่เนื้อหาของการปฏิรูปที่ต้องการให้มีผลบังคับใช้ในรัฐธรรมนูญที่ปรับปรุงใหม่ทุกครั้งด้วย.

ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกากระจายอำนาจให้กับมลรัฐดูแลงานสาธารณสุข โดยรัฐบาลกลาง U.S. Department of Health and Human Services ดูแลภาพรวมแต่มีกรมต่าง ๆ รับผิดชอบงานแยกส่วนกัน เช่นมีศูนย์ควบคุมโรค ดูแลงานควบคุมโรค, สำนักป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยต่างก็มีแผนระยะยาวของตนเอง จึงไม่พบกรอบธรรมนูญแห่งชาติ แต่ความคิดริเริ่มในการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ระดับมลรัฐในโครงการจุดเปลี่ยนได้กระตุ้นให้หลายมลรัฐได้ทำแผนสุขภาพของมลรัฐที่เป็นกรอบธรรมนูญสาธารณสุขและทำกฎหมายแม่แบบด้านการสาธารณสุขระดับมลรัฐ ที่ทันสมัยด้วย.

ส่วนประเทศอังกฤษมีกฎหมายสาธารณสุขฉบับแรกตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๑๘ และกำหนดให้ท้องถิ่นมีบทบาทด้านการสาธารณสุขตั้งแต่นั้นมา ซึ่งพูดถึงการควบคุมความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมด้วย แต่การปรับปรุงกฎหมายได้พัฒนาเป็นเรื่อง ๆ ไป เช่น พบว่ามีเรื่องการควบคุมการสูบบุหรี่อยู่ในกฎหมายสุขภาพ ๒๐๐๖ แต่ไม่พบว่ามี overarching

statutory framework^(๑๔). รัฐบาลอังกฤษ ตั้งแต่สมัยของมาร์กาเรต แทตเชอร์จัดทำแผนสุขภาพที่บูรณาการเพื่อลดโรค (พ.ศ. ๒๕๓๕) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และพัฒนาเรื่อยมา จนเป็นแผนที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน “Our Health, Our Care, Our Say” จัดทำขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๙.

ส่วนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของไทย น่าจะถอดบทเรียนจากองค์ประกอบในกรอบธรรมนูญเหล่านี้ มาช่วยกำหนดองค์ประกอบของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ที่เป็นรายละเอียดเชื่อมโยงจากพรบ.สุขภาพแห่งชาติ. การทบทวนบทเรียนในตอนนีจึงเน้นไปที่กระบวนการจัดทำและเนื้อหาของระบบสุขภาพในรัฐธรรมนูญของประเทศบราซิล, แผนสุขภาพระดับมลรัฐในสหรัฐฯ, และแผนสุขภาพ “Our Health, Our Care, Our Say” ของประเทศอังกฤษ.

กรอบและกระบวนการจัดทำแนวทางสุขภาพของประเทศบราซิล

กรอบแนวทางระบบสุขภาพของบราซิล อยู่ในเนื้อหาของรัฐธรรมนูญ. เนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพถูกจัดไว้ในหมวดสังคม จากทั้งหมด ๙ หมวด จัดทำจากการประชุมของคณะกรรมการสุขภาพใน ๓ ระดับ คือ ระดับประเทศ ระดับมลรัฐ และระดับเทศบาล และได้มีการนำผลสรุปจากการประชุมไปเป็นวาระการประชุมสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๒๙ โดยมีประเด็นที่สำคัญ คือ สุขภาพของประชาชนเป็นหน้าที่ของรัฐ และเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในเรื่องสุขภาพจะต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพโดยเน้นเรื่องการเข้าถึงและครอบคลุมของบริการสุขภาพ การบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ, การกระจายอำนาจการบริหารสู่ระดับท้องถิ่น และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยประเด็นดังกล่าวได้ถูกผลักดันให้ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๓๑.

กระบวนการจัดทำได้รับอิทธิพลมาจากการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนของรัฐบาลใหม่ที่มาจากการเลือกตั้ง หลังจากการปกครองของรัฐบาลทหารได้สิ้นสุดลงใน พ.ศ. ๑๙๘๕ และรัฐบาลใหม่ที่มาจากการเลือกตั้งได้ให้ความสำคัญกับเรื่องของประชาธิปไตยเป็นอย่างมาก จึงได้ดำเนินการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มีมากขึ้น



ภายใต้แนวคิดที่สำคัญคือ “ทุกอย่างเพื่อสังคมประชาชน” (All for social people). ขณะเดียวกันนี้การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพก็มีความชัดเจนมากขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน.

การประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๒๙ มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นครั้งแรกที่ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยบุคคลจากหลายภาคส่วนของสังคม คือ ประธานาธิบดี, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพ และผู้เข้าร่วมประชุมจากภาคส่วนต่างๆรวมทั้งสิ้นกว่า ๕,๐๐๐ คน ดังนี้

- เจ้าหน้าที่จากกระทรวงสุขภาพ
- ตัวแทนจากกระทรวงศึกษาธิการ, มหาดไทย, สวัสดิการและประกันสังคม, พัฒนาชุมชนเมือง, วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และจากหน่วยการวางแผนด้านสุขภาพ.
- ตัวแทนจากสภานิติบัญญัติ
- ตัวแทนจากสหภาพแรงงาน
- รัฐและสมาคมวิชาชีพ
- ตัวแทนจากหน่วยงานด้านสุขภาพในระดับรัฐและท้องถิ่น.
- ตัวแทนจากผู้ใช้บริการสุขภาพ
- ผู้สังเกตการณ์จากองค์กรต่างประเทศ.
- ตัวแทนจากองค์กรภาครัฐ.
- ตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆที่ได้รับเชิญจากกระทรวงสุขภาพ.

ผลจากการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ ได้นำไปสู่การดำเนินการโดยมีการเผยแพร่ผลการประชุมและมีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ, สภานิติบัญญัติ, องค์กรภาคประชาชนต่าง ๆ เพื่อร่วมกันพัฒนาร่างกฎหมายที่จะใช้บังคับในระบบสุขภาพใหม่ ซึ่งสาระหลักในโครงร่างจะประกอบไปด้วยแนวคิดเรื่องสุขภาพลิขิ้นพื้นฐานด้านสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยประเด็นหลักของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนประกอบไปด้วย.

- การบริหารงานเครือข่ายสุขภาพแห่งชาติต้องเกิดมาจากการมีส่วนร่วมของรัฐบาล, ผู้ใช้บริการ, ผู้ให้บริการและตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ.

- การตัดสินใจ, การวางแผนการบริหารจัดการ, การควบคุมและประเมินผลของบริการที่จัดขึ้นโดยเครือข่ายสุขภาพแห่งชาติต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพของทุกภาคส่วน.

- สภาสุขภาพแห่งชาติซึ่งทำหน้าที่ในการประสานงานกับกระทรวงสุขภาพ ในการจัดทำและควบคุมการดำเนินงานด้านนโยบายสุขภาพระดับประเทศ. ในระดับท้องถิ่นต้องมีสภาสุขภาพในแต่ละระดับเช่นเดียวกัน.

- การบริหารในระบบสุขภาพต้องมีสภาสุขภาพเป็นกรรมการในการบริหารซึ่งต้องประกอบไปด้วยผู้บริหาร, ผู้ปฏิบัติงานและต้องมีส่วนของผู้ใช้บริการร่วมด้วยเสมอ.

- งบประมาณในระดับประเทศ รัฐและท้องถิ่นอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสุขภาพ แต่ในระดับท้องถิ่นต้องมีการออกเสียงของกรรมการบริหารและอยู่ภายใต้การดูแลของสภาสุขภาพด้วย.

ประเด็นต่าง ๆ ได้ถูกนำไปเสนอไว้ในกฎบัตรธรรมนูญบราซิล ๒๕๓๑ (Brazilian Constitutional Charter 1988) และยังผลให้เกิดการจัดตั้งสภาสุขภาพขึ้น และมีการประชุมวิชาการสุขภาพทุก ๔ ปี โดยสภาสุขภาพระดับชาติและระดับท้องถิ่นจะเป็นแกนนำในการจัดการประชุมว่าด้วยการจัดทำนโยบายสุขภาพในแต่ละระดับสมาชิกของสภาสุขภาพ. ร้อยละ ๕๐ มาจากผู้ใช้บริการ, ตัวแทนรัฐบาลจาก ๒๖ มลรัฐและ ๕,๔๕๑ เทศบาล, ตัวแทนจากองค์กรต่าง ๆ ในสังคม, ผู้ให้บริการ และบุคลากรทางการแพทย์.

การดำเนินการของสภาสุขภาพในแต่ละระดับอาจมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ต้องมีการประสานงานในแต่ละระดับ. นอกจากนี้สภาสุขภาพยังต้องประสานงานกับฝ่ายบริหารของรัฐบาล ซึ่งบางครั้งอาจเกิดปัญหาบ้างเนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน.

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า สภาสุขภาพและการประชุมวิชาการสุขภาพเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศบราซิล. นอกจากการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๘ ได้ส่งผลให้เกิดสภาสุขภาพแล้วยังนำไปสู่การออกกฎหมายองค์การอนามัย (Law 8080/90) และ

Law 8142/90 ซึ่งกฎหมายทั้ง ๒ ฉบับประกอบไปด้วยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันและรักษาโรค, อำนาจหน้าที่และทรัพยากรในแต่ละระดับของรัฐบาล, กลวิธีการ บริหารจัดการระบบ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ตลอดจนสภา สุขภาพและการประชุมวิชาการสุขภาพ โดยกฎหมายที่มีความ สำคัญกับระบบสุขภาพต้องผ่านการพิจารณาจากสภานิติบัญญัติ.

แม้เนื้อหาในรัฐธรรมนูญของบราซิลจะพูดถึงระบบสุขภาพ ในมุมมองของการจัดบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ แต่มีความ น่าสนใจที่ได้กำหนดกลวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้อย่าง ชัดเจน.

กรอบและกระบวนการจัดทำแนวทางสุขภาพของประเทศ สหรัฐอเมริกา

ในการปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมา รัฐบาลกลางสหรัฐฯ ให้ความสนใจไปในทางการขยายหลักประกันสุขภาพด้านการ รักษาพยาบาล. ความพยายามในช่วงกลางทศวรรษ ๑๙๖๐ เป็นการขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีราย ได้น้อย ซึ่งประสบความสำเร็จ แต่ความพยายามในช่วงต้น ทศวรรษ ๑๙๙๐ ที่พยายามจะสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้าพร้อมกับการควบคุมค่าใช้จ่ายประสบความสำเร็จล้มเหลว.

ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๔๐ มีการรวมตัวกันของนักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐจำนวนหนึ่ง จัด ตั้งโครงการชื่อ “ความคิดริเริ่มจุดเปลี่ยน (Turning Point Initiative)” มุ่งเน้นไปที่การปฏิรูประบบในระดับมลรัฐ โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อปฏิรูปและพัฒนาระบบสาธารณสุขใน ประเทศสหรัฐฯ ให้เข้มแข็งด้วยการยึดชุมชนเป็นศูนย์กลาง และเน้นการสร้างความร่วมมือ โดยมุ่งประเด็นไปที่การ ปรับปรุงระบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ให้เอื้อต่อการเข้ามาร่วมรับผิดชอบ และปฏิบัติ.

โครงการนี้ให้ความสำคัญต่อศักยภาพของระบบ สาธารณสุขในการรับมือกับสิ่งท้าทายที่เกิดขึ้นใหม่ในระบบ สาธารณสุข โดยเฉพาะศักยภาพของระบบในการทำงานร่วมกับ ประชาชนจากหลายภาคส่วนในการเสริมสร้างสถานะ สุขภาพของประชาชนในชุมชน.

โครงการจุดเปลี่ยน ได้สร้างเครือข่ายหนึ่งซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนจากส่วนกลางและตัวแทนจาก ๒๓ มลรัฐจากทั่วประเทศ ที่รวมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพภาคเอกชน, ภาคการศึกษา, ภาค ตุลาการ, ภาคการศาสนา, ภาคธุรกิจ และอื่น ๆ ร่วมกับการ สร้างกลุ่มความร่วมมือระดับชาติเพื่อการปฏิรูป ๕ ด้าน เป็นการทำงานทั้งในแนวราบและเชิงลึกทางวิชาการ โดยระบบ ทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของเครือข่ายที่ต้องทำงานร่วมกันทั้งหมด, ภาคาระดับมลรัฐ, ภาคาระดับท้องถิ่น และกลุ่มความร่วมมือ ระดับชาติ ๕ คณะ ตัวอย่างเช่น เครือข่ายมีหน้าที่กำหนดปัญหา, ประเมินสุขภาพ, จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับทุกคน. ภาคาระดับท้องถิ่น มีหน้าที่เก็บข้อมูลเพื่อบอกสถานะสุขภาพ ทรัพยากรที่มีอยู่, ระบุปัญหาที่สำคัญที่อยู่ในความสนใจของชุมชน, รวบรวม ทรัพยากรจากแหล่งต่างๆในระดับท้องถิ่นเพื่อจัดทำแผน กิจกรรมตามการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพ และสื่อสารความต้องการของท้องถิ่น, ปัญหาที่สำคัญ และวิธีการจัดลำดับความสำคัญให้กับตัวแทนภาคการเมือง และหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้ช่วยพัฒนาโยบายสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพแก้ปัญหาได้ตรงจุด. ภาคาระดับมลรัฐมีหน้าที่ กำหนดนโยบายสาธารณสุขที่ดี, ขยายเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้ชุมชนในท้องถิ่นสามารถใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหาสุขภาพ ในท้องถิ่นได้, และกระตุ้นให้หน่วยงานภาครัฐพัฒนาแผน พัฒนาสุขภาพร่วม ที่มีเนื้อหาครอบคลุมปัญหาที่เกี่ยวกับ สุขภาพในนิยามใหม่.

กลุ่มความร่วมมือระดับชาติ ๕ คณะ มีหน้าที่ทำงานเพื่อ ปฏิรูประบบในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- การปรับปรุงกฎ ระเบียบด้านสาธารณสุขให้ทันสมัย.
- การสร้างระบบที่สามารถตรวจสอบได้เพื่อวัดผลการ ปฏิบัติงานของหน่วยงานด้านสุขภาพ.
- การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อกำหนดสถานะ ปัญหาสุขภาพ และบอกสถานะด้านทรัพยากร.
- การลงทุนในด้านการตลาดเพื่อสังคมเพื่อเปลี่ยน พฤติกรรมด้านสุขภาพ.



- การพัฒนาผู้นำในการสร้างความร่วมมือ.

แผนบูรณาการสาธารณสุขระดับมลรัฐมีขึ้นตามที่กฎบัญญัติของแต่ละมลรัฐได้บัญญัติไว้ ตัวอย่างเช่น ที่รัฐวิสคอนซินที่มีคนจากทุกภาคส่วนมาร่วมกันจัดทำ ใช้เวลาประมาณ ๒ ปี จัดทำขึ้นเพื่อเป็นกรอบและแนวทางนโยบายให้ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกันใน ๑๐ ปีข้างหน้าเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของทุกคน โดยมีคณะทำงานจัดวางกระบวนการให้นโยบาย ข้อมูล ภาควิชา และการวัดผลไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของประชาชน และเพิ่มศักยภาพของระบบสาธารณสุข โดยทั้งหมดมุ่งเน้นไปที่กระบวนการเพื่อการเปลี่ยนแปลง ดังประโยคที่ว่า “The Turning Point Initiative is Wisconsin’s statewide policy process for change”.

ในแผนนี้มีการระบุคำจำกัดความของคำว่า “การสาธารณสุข-Public health” และกำหนดบริการสาธารณสุขที่จำเป็น และจัดลำดับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ๑๑ เรื่อง และระบบที่สำคัญ ๕ ระบบ เพื่อการดำเนินงานโครงการสาธารณสุขในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า.

ระบบที่สำคัญลำดับต้น ๆ ๕ ระบบ ซึ่งกำหนดโดยเงื่อนไขที่จะต้องเป็นระบบที่จะสามารถสนับสนุนศักยภาพของภาคีให้ทำงานแก้ไขปัญหาที่สำคัญเร่งด่วนและจัดสภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดี อันได้แก่

- ระบบข้อมูลข่าวสารที่ผสมผสานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์.
- แผนและกระบวนการพัฒนาสุขภาพของชุมชน.
- การประสานงานระหว่างรัฐและภาคีในระบบสาธารณสุขระดับท้องถิ่น.
- กำลังคนที่เพียงพอและมีศักยภาพ.
- การเงินการคลังที่เป็นธรรม พอเพียง และยั่งยืน.

เนื้อหาประกอบด้วย ๘ บทคือ

๑. หลักการและเหตุผลในการปฏิรูป
๒. กรอบแนวคิดของระบบสาธารณสุขแนวใหม่
 - คำจำกัดความของระบบสาธารณสุข
 - ภาควิชาของระบบสาธารณสุข

- หน้าที่ของระบบสาธารณสุข
- ๑๒ บริการพื้นฐานด้านสาธารณสุข

๓. วิสัยทัศน์

- เป้าหมายของระบบสุขภาพ
- ๔. หลักการพื้นฐานและค่านิยมร่วมกัน
- ๕. ระบบโครงสร้างที่สำคัญ ๕ ระบบ
- ๖. ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ๑๑ เรื่อง
- ๗. วิธีการจัดลำดับสำคัญของปัญหา
- ๘. ประเด็นเฉพาะอื่น ๆ.

โดยสรุป แผนบูรณาการสาธารณสุขระดับมลรัฐของสหรัฐ มีการให้หลักการและความหมายของระบบสุขภาพที่กว้างกว่าการจัดบริการสุขภาพ และให้คุณค่ากับระบบข้อมูลข่าวสาร และการประสานงาน ที่จะเพิ่มการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพได้ดี.

**กรอบและกระบวนการจัดทำแนวทางสุขภาพของประเทศ
อังกฤษ**

เครื่องมือที่รัฐบาลอังกฤษใช้ในการปฏิรูปให้เกิดขึ้น คือการประกาศแผนนโยบาย และตามด้วยการออกกฎหมาย ในทุก ๆ ครั้งของการปฏิรูปจะเริ่มต้นโดยการที่รัฐบาลตั้งคณะทำงาน และในที่สุดคณะทำงานนั้น ๆ จะเสนอเป็นแผนนโยบายที่เรียกว่า White Paper เป็นแผนแม่บท. หลังจากนั้นรัฐบาลใช้เครื่องมือผ่านทางรัฐสภาโดยการออกกฎหมายที่ระบุถึงรายละเอียดและกลวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม และให้มีผลบังคับใช้ต่อไป.

แผนแม่บท (ฉบับขาว) “Our Health, Our Care, Our Say” จัดทำขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๔๙ พัฒนามาจากแผนสุขภาพแห่งชาติฉบับแรก “The Health of the Nation” (๒๕๓๕-๒๕๔๐) และ “Saving lives: Our Healthier Nation” (๒๕๔๒ - ๒๕๔๘) โดยแผน พ.ศ. ๒๕๔๒ เพิ่มความตระหนักในการเป็นเจ้าของร่วมกันกับชุมชนและรัฐ และแผนสุดท้าย พ.ศ. ๒๕๔๙ เน้นการบริการชุมชนแบบเชิงรุก.

แผนแม่บทฉบับนี้ เป็นการรับรองเอกสารฉบับเขียว (Green Paper) ที่มีเนื้อหาจากการพิจารณาหารือแผนงานครั้งใหญ่ที่สุดที่จัดโดยกรมสุขภาพ เมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๔๘

ซึ่งเป็นกระบวนการในการปรึกษาหารือร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข, กลุ่มผู้ให้บริการ, ผู้รับบริการ, สมาชิกและอาสาสมัครจากหน่วยงานพันธมิตรด้านสุขภาพ, การเคหะชุมชน, องค์กรสุขภาพอื่น ๆ รวมถึงตัวแทนของภาคเอกชน เพื่อหาข้อเสนอและตอบสนองกับแผนงานแห่งชาติ ซึ่งเน้นเรื่องการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยจัดให้มีการบริการที่ยืดหยุ่น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยทำให้ต่อเนื่องจากที่เคยปฏิบัติมา, พยายามเน้นบริการให้เข้าถึงประชาชนมากกว่าที่จะให้ประชาชนเป็นฝ่ายเข้ามาใช้บริการ เน้นการทำงานในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก ๔ ข้อคือ

๑. การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อความ เป็นอยู่ที่ดีขึ้น.

๒. เสนอทางเลือกที่ดีกับประชาชนและควบคุมดูแล การรักษาที่ประชาชนควรจะได้รับ.

๓. จัดบริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สะดวกสบาย รวดเร็ว ใกล้เคียงบ้าน รวมทั้งดูแลผลกระทบเรื่องค่าใช้จ่าย.

๔. ให้การสนับสนุนดูแลประชาชนแบบระยะยาว.

ขอบเขตของเนื้อหาในเอกสารประกอบด้วย ๕ ส่วน คือ

๑. การเข้าถึงชุมชน

๒. สิทธิทางสุขภาพ เสรีภาพและความเป็นอยู่ที่ดี.

๓. การได้รับสิทธิในการรักษาขั้นพื้นฐานที่ดีขึ้น.

๔. การเข้าถึงบริการชุมชนที่ดีขึ้น.

๕. สนับสนุนความต้องการของประชาชนในระยะยาว.

๖. การดูแลสุขภาพในครัวเรือน.

๗. การจัดให้มีการปฏิรูปเพื่อให้ประชาชนอยู่ภายใต้

การปกป้องของระบบ.

๘. การปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลง.

๙. ตารางเวลาสำหรับการปฏิบัติ.

แนวคิดที่ได้จากการทบทวนบทเรียนของประเทศอังกฤษ คือ แนวคิดการจัดบริการเชิงรุก ที่รวมอยู่ในบริการสุขภาพ แห่งชาติ. นอกจากนี้ อังกฤษยังได้ริเริ่ม ระบบบริการสุขภาพ แห่งชาติแนวทางใหม่ "Life Check" เป็นการประเมินชีวิต ความเป็นอยู่ตามวิถีชีวิตของประชาชน เพื่อเป็นทางเลือกที่ดี ต่อสุขภาพ.

ตอนที่ ๓ สรุปบทเรียนจากต่างประเทศ

๑. แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพในเรื่องการต่อสู้ให้ ได้มาซึ่งสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม เป็น ประเด็นปฏิรูปเบื้องต้นของทุกประเทศที่จะแก้ปัญหาความ ทุกข์ร้อนเบื้องต้นของประชาชน. สำหรับประเทศที่ก้าวผ่านมา ในระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว แนวคิดการปฏิรูปจะ เปลี่ยนไปตามยุคสมัยของสังคมการเมือง เช่น การเพิ่ม ประสิทธิภาพของระบบ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลตนเองและชุมชน ไปจนถึงการจัดการปัจจัยสิ่งแวดล้อมและโครงการด้านสังคมเพื่อแก้ปัญหาความไม่เท่า เทียมกันด้านสุขภาพ. ส่วนในประเทศที่มีนักวิชาการทำงาน ร่วมกับท้องถิ่นได้ดีอาจจะสามารถมองการปฏิรูปแบบบูรณา การในระดับพื้นที่ได้ดี (ปรับปรุงโครงสร้างและกลยุทธ์ของ ระบบในพื้นที่ให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ) โดยการสร้างความ ร่วมมือ และค่านิยมร่วมกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่ อันจะนำไปสู่เป้าหมายที่เป็นรูปธรรมใหญ่คือ การขจัดความไม่เท่าเทียมกัน ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพถ้วนหน้า.

๒. กรอบแนวทางของระบบสุขภาพ ควรมีการระบุความ หมายและหน้าที่ของระบบสุขภาพให้ชัดเจน. การระบุระบบที่ สำคัญต่อสุขภาพทำให้การทำแผนกิจกรรมไปในทิศทางเดียวกัน โดยควรระบุว่าจะระบบดังกล่าวสำคัญอย่างไร, ประเมินสถานะ ปัจจุบัน, วางทิศทางของการพัฒนา, กำหนดส่วนขาดว่ามีอะไร ที่ต้องแก้ไขหรือพัฒนา.

๓. การสร้างค่านิยมร่วมกันในการจัดลำดับสำคัญของ ปัญหา โดยนำไปสู่การระบุปัจจัยเสี่ยง จะช่วยให้ชุมชนแก้ ปัญหาของตนเองได้เอง โดยนักวิชาการควรช่วยทำเครื่องมือให้ ง่ายต่อการใช้งาน.

๔. การระบุบทบาทหน้าที่ของความร่วมมือของฝ่าย ต่าง ๆ ให้ชัดเจน เช่น เครือข่ายมีหน้าที่อะไร, กระทรวง สาธารณสุขระดับส่วนกลางมีหน้าที่อะไร, สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และหน่วยงานระดับภูมิภาคมีหน้าที่อะไร, แล้วท้องถิ่นมีหน้าที่อะไร จะช่วยให้แต่ละฝ่ายรู้และสามารถแสดงบทบาท ของตนเองได้เต็มที่.



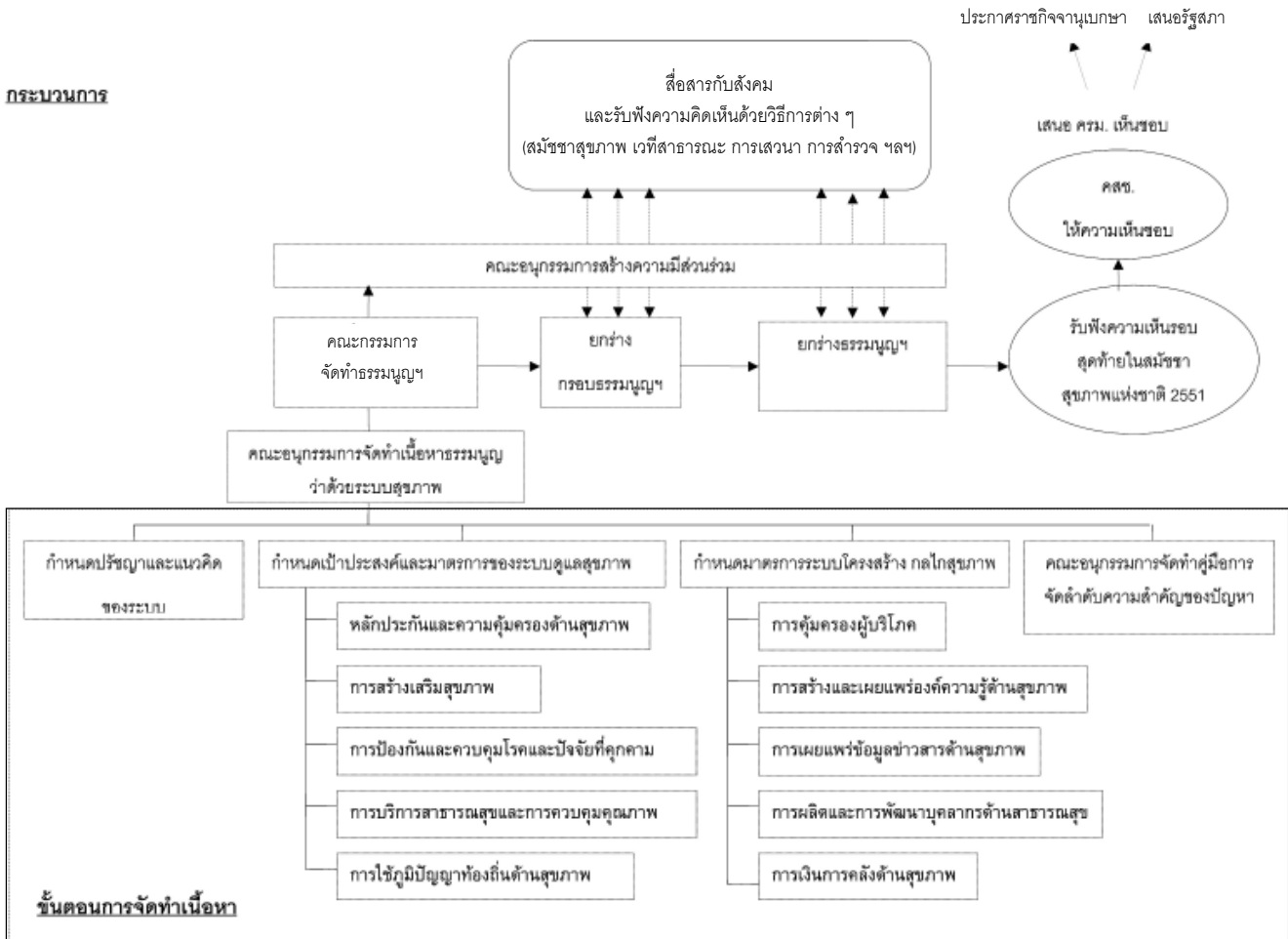
ข้อเสนอแนะต่อองค์ประกอบของเนื้อหาในธรรมนูญ ด้วยระบบสุขภาพ

มาตรา ๔๖ ในพรบ.สุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า “ให้ คณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการ กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพ ของประเทศ”.

พรบ.สุขภาพแห่งชาติ (มีคำขวัญว่า “พรบ.สร้างน่า ช่อม”) เมื่อ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ เปรียบได้เป็น”ธรรมนูญ

สุขภาพของคนไทย” เป็นเหมือนร่มคันใหญ่ที่เป็นกรอบหลักการ และทิศทางของระบบสุขภาพของประเทศ. แต่ที่ยังขาดอยู่ คือ ทิศทาง, หลักการและมาตรการสำคัญของระบบย่อยที่เป็น ส่วนประกอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเดิมมีอยู่ในร่าง พรบ.ฉบับประชาชน และถูกตัดออกให้ไปเขียนในธรรมนูญว่า ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ. ดังนั้นน่าจะตีความได้ว่า **ธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพ หมายถึงกรอบหลักการ ทิศทางและ มาตรการสำคัญของระบบทั้งมวล และระบบย่อยของระบบ สุขภาพ.**

กระบวนการ



แผนภูมิที่ ๑ ข้อเสนอขั้นตอนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ

องค์ประกอบของเนื้อหา

มาตรา ๔๖ ในพรบ.สุขภาพแห่งชาติกำหนด “ให้คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบ และแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ” และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

- (๑) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
 - (๒) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
 - (๓) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
 - (๔) การสร้างเสริมสุขภาพ
 - (๕) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
 - (๖) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
 - (๗) การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ, การแพทย์แผนไทย, การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ.
 - (๘) การคุ้มครองผู้บริโภค
 - (๙) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
 - (๑๐) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
 - (๑๑) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
 - (๑๒) การเงินการคลังด้านสุขภาพ
- ซึ่งทั้ง ๑๒ ข้อ สามารถจัดเป็นกลุ่มได้ ๓ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ แนวคิดและหลักการของระบบสุขภาพโดยรวม ซึ่งประกอบไปด้วย ๒ ข้อ คือ ข้อ ๑ ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ และข้อ ๒ คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ.

กลุ่มที่ ๒ ระบบดูแลสุขภาพและความเสี่ยง (Health care and health risk protection systems) ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อ ๓ ถึงข้อ ๗ คือ การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ, การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ, และการส่งเสริมสนับสนุน, การใช้และ

การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ, การแพทย์แผนไทย, การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ.

กลุ่มที่ ๓ ระบบโครงสร้างและระบบสนับสนุนประกอบไปด้วย ข้อ ๘ ถึง ข้อ ๑๒ คือ การคุ้มครองผู้บริโภค, การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ, การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, การผลิตและการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข, และการเงินการคลังด้านสุขภาพ.

ดังนั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพควรมีอย่างน้อย ๓ หมวด คือ **หมวดที่ ๑ ความมุ่งหมายและหลักการ, หมวดที่ ๒ เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบดูแลสุขภาพ, และ หมวดที่ ๓ เป้าประสงค์และแนวทางมาตรการของระบบโครงสร้างและกลยุทธการสนับสนุน.** นอกจากนี้ควรมีหมวดที่ ๔ ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญด้วย รายละเอียดแต่ละหมวดมีดังนี้

หมวดที่ ๑ ความมุ่งหมายและหลักการ มี ๒ ส่วนคือ

ส่วนที่ ๑ ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นการกล่าวถึงแนวคิดของระบบสุขภาพในนิยามใหม่, หลักการพื้นฐานและค่านิยมร่วมกัน, และให้คำจำกัดความของระบบสุขภาพ, ภาวคิของระบบสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานรัฐ กับภาคีต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ, และหน้าที่ของระบบสุขภาพ.

ส่วนที่ ๒ คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ เป็นการกล่าวถึงวิสัยทัศน์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ.

หมวดที่ ๒ เป้าประสงค์และมาตรการของระบบดูแลสุขภาพ มีอย่างน้อย ๕ ส่วน ประกอบด้วย หลักประกันและความคุ้มครองด้านสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ, การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ, และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ.

ในแต่ละส่วนจะประกอบด้วยเป้าประสงค์ของระบบย่อย ซึ่งต้องสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสุขภาพด้วย และแนวทางและมาตรการของระบบย่อยนั้น ๆ (เช่นเดียวกับร่างฉบับประชาชน) อาจเพิ่มการประเมินสถานะปัจจุบัน (แสดงตัว



ชีวิตที่สำคัญบางตัว) และระบุว่าเมื่อไรที่ต้องแก้ไขหรือพัฒนา เพื่อช่วยให้การประเมินผลในอีก ๓-๔ ปีข้างหน้าทำได้เป็นรูปธรรมมากขึ้น.

หมวดที่ ๓ เป้าประสงค์และมาตรการของระบบโครงสร้าง และกลวิธีสนับสนุน เป็นระบบที่สำคัญที่จะช่วยเอื้อให้ทุกฝ่ายทำงานร่วมกันได้ ซึ่งควรจะมีอย่างน้อย ๕ ส่วน ประกอบด้วย การคุ้มครองผู้บริโภค, การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้าน สุขภาพ, การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข, และการเงินการคลังด้าน สุขภาพ.

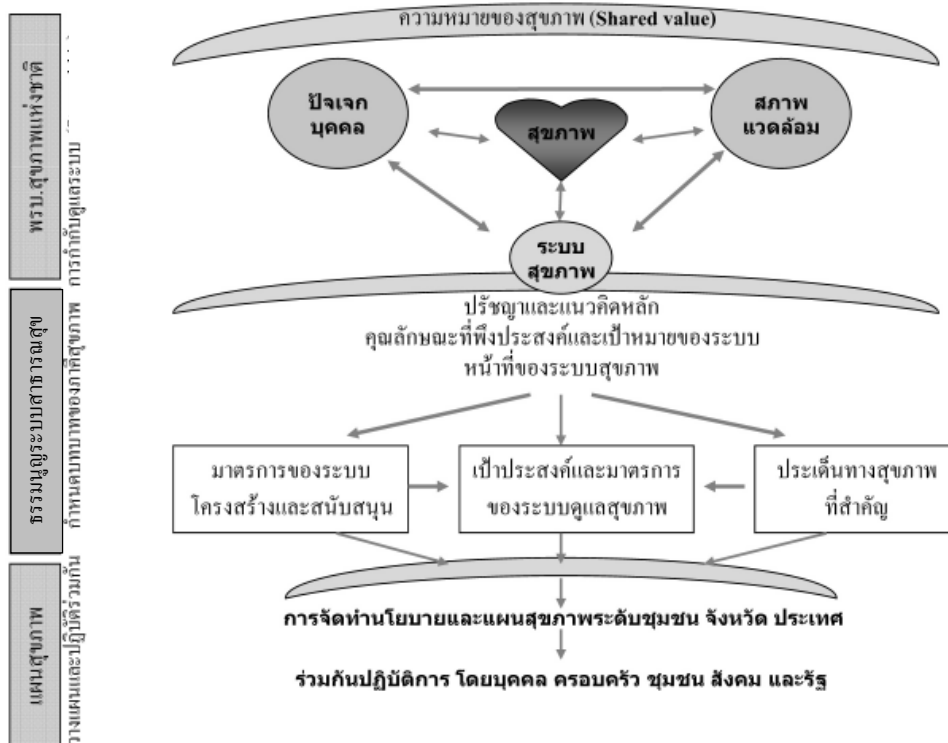
นอกจากนี้ควรเพิ่มอีก ๔ ระบบ ที่เป็นวิถีทางในการ เพิ่มความมีส่วนร่วมของประชาชน ตามเจตนารมณ์ของ พรบ.สุขภาพแห่งชาติด้วย คือ ๑) ระบบการกำกับดูแลการขับ

เคลื่อนระบบสุขภาพ (stewardship) ที่มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอำนวยการตามพรบ.สุขภาพแห่งชาติ, ๒) ระบบการประสานงานระหว่างภาครัฐและภาคีในระบบ สุขภาพที่ระดับท้องถิ่น, ๓) ระบบการจัดทำนโยบายสาธารณะ ด้านสุขภาพ, และ ๔) ระบบการจัดทำแผนและกระบวนการ พัฒนาสุขภาพของจังหวัด/ชุมชน.

หมวดที่ ๔ ประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย ประเด็นที่คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญว่าเป็นปัญหาสุขภาพ ในลำดับต้น ๆ ๑๐-๑๒ อันดับ ซึ่งเน้นที่การระบุประเด็น ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการ และใช้ระเบียบวิธีการจัดลำดับความสำคัญอย่างง่าย ที่คน ส่วนใหญ่เข้าใจได้ มาเป็นเครื่องมือ.

เหตุผลที่ให้มีการจัดลำดับความสำคัญประเด็นทาง

ความเชื่อมโยงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ



แผนภูมิที่ ๒ สรุปความเชื่อมโยงของธรรมนูญสุขภาพกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติและแผนสุขภาพ

สุขภาพ เพราะธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพจะมีการปรับเปลี่ยนทุก ๕ ปี ในการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพจึงควรมีการจัดลำดับประเด็นทางสุขภาพที่สำคัญ ที่เป็นจุดเน้นไว้ด้วย ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการจัดลำดับความสำคัญดังกล่าวขึ้นด้วย.

แผนภาพแสดงความเชื่อมโยงของธรรมนูญสุขภาพกับ พรบ.สุขภาพแห่งชาติและแผนสุขภาพ (ดูแผนภูมิที่ ๒). พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดการกำกับดูแลระบบสุขภาพ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอำนาจการกำกับระบบ และได้มองสุขภาพของบุคคล และสังคมเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม. ระบบสุขภาพกำหนดให้มีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ซึ่งจะช่วยกำหนดบทบาทของภาคีสุขภาพ และทิศทางระบบสุขภาพที่พึงประสงค์. รายละเอียดมาตรการของระบบสุขภาพจะเป็นแนวทางให้ภาคส่วนจัดทำแผนสุขภาพไปสู่เป้าหมายร่วมกัน.

เอกสารอ้างอิง

๑. Behague DP, Goncalves H, Dias Da Costa DJ. Making medicine for the poor: primary health care interpretation in Pelotas, Brazil. *Health Policy & Planning* 2002;17:131-43.
๒. Eduardo P, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider. *Am J Pub Hlth* 2003;93:44-8.
๓. Farias Pedro CL. Social Security in Brazil: problems and trends. Report. George Washington University, Institute of Brazilian Issues, The Minerva Program. Fall; 1998.
๔. <http://www.statehealthfacts.org/comparebar.jsp?ind=125&cat=3>
๕. Hoffman B. Health care reform and social movements in the United States. *Am J Pub Hlth* 2003;93:75-85.
๖. Burger K. 2008 Presidential Election Promises Change for Health Insurance Industry. *FinanceTech*. <http://www.financetech.com/featured/showArticle.jhtml?articleID=202805135>
๗. New York Times Newspaper, Unveiling Health Care 2.0, Again. 16 September 2007, <http://www.nytimes.com/2007/09/16/weekinreview/16toner.html?ref=views>
๘. New York Times <http://politics.nytimes.com/election-guide/2008/issues/healthcare/index.html>
๙. Light D. Universal health care: Lessons from the British experience. *Am J Pub Hlth* 2003;93:25-30.
๑๐. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๔- ๒๕๔๗. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๘.
๑๑. หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ คอลัมน์แพลนนิ่ง ประสพการณ์จากการเรียนรู้ ประชาชาติธุรกิจ วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๔๖ ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๓๔๕๐ (๒๖๕๐) คอลัมน์ แพลนนิ่ง ประสพการณ์จากการเรียนรู้. ประชาชาติธุรกิจ. วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๔๖ ปีที่ ๒๗ ฉบับที่ ๓๔๕๐ (2690) หน้า 6 <http://www.nidambe11.net/ekonomiz/2003q2/article2003june23p4.htm>
๑๒. นิคม จันทรวิฑูร. การประกันสังคม ๓๐ ปีที่รอคอย. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง; ๒๕๒๘.
๑๓. ปาริชาติ ศิวะรักษ์. กำเนิดกองทุน สสส. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ; ๒๕๔๒.
๑๔. Coker R, Martin R. Introduction: the importance of law for public health policy and practice. *J Roy Int Pub Health* 2006-07; 5:1-6.