



สู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

Equity in Health

Equity in Health

แผนยุทธศาสตร์สุขภาพไทย ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕)
“การจัดการความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เอื้อประโยชน์แก่ทุกคน”

แผนยุทธศาสตร์
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ปี 2554-2558

"การจัดการความรู้
สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน"

เป้าหมายของการวิจัยระบบสุขภาพ
คือ การสร้างและการจัดการ
“ความรู้เชิงระบบ”
เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพ
ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
แก่ประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน

คำนำ

แผนยุทธศาสตร์เป็น “เครื่องมือ” หนึ่งในกระบวนการสนับสนุนการทำงานร่วมกันของบุคลากรในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภายในและระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญร่วมกัน การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์จึงต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย พร้อมๆ กับการใช้ข้อมูล ความรู้ และชุดประสบการณ์ต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อประกอบการกำหนดยุทธศาสตร์ที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและพัฒนางานด้านต่างๆ ได้จริง

ที่ผ่านมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การวิจัยระบบสุขภาพเป็นระยะๆ ทุก 3 ปี และแผนยุทธศาสตร์ฉบับล่าสุดได้สิ้นสุดในปี 2553 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่ดำเนินการไปภายใต้หลักการดังกล่าว ผ่านการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มทั้งในระดับสากลและภายในประเทศ ผ่านการประชุมแลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานวิจัย นักวิชาการ และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง จนสรุปเป็นข้อเสนอฯ ที่คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ให้ความเห็นชอบในการประชุมเดือนมิถุนายน 2553 ที่ผ่านมา

แผนยุทธศาสตร์การวิจัยระบบสุขภาพฉบับใหม่ ปรับกรอบระยะเวลาของแผนฯ จากแผนฯ ระยะ 3 ปี เป็นแผนฯ ระยะ 5 ปี เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดำเนินงานมากขึ้น โดยแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ มุ่งเน้นการจัดการความรู้ สนับสนุนการพัฒนา “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน” ซึ่งสอดคล้องกับ กระแสการขับเคลื่อนกลไกทุกภาคส่วนของสังคมใน “การปฏิรูปประเทศไทย” ในปัจจุบัน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขตระหนักดีว่า สถาบันเป็นเพียงกลไกเล็กๆ กลไกหนึ่งในระบบสุขภาพ และเป้าหมายการพัฒนา “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน” นั้น ยิ่งใหญ่เกินกว่าที่สถาบันฯ จะผลักดันให้สำเร็จได้โดยลำพัง หวังว่า แผนยุทธศาสตร์การวิจัยระบบสุขภาพ พ.ศ. 2554-2558 นี้ จะช่วยประสาน ความพยายามของทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามที่ คาดหวังไว้ในที่สุด

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ตุลาคม 2553

สารบัญ

รู้จัก สวรส.

9

แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี 2554-2558

“การจัดการความรู้ ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน”

สถานการณ์และแนวโน้มปัจจัยกำหนดการวิจัยระบบสุขภาพ 12

แนวคิด/หลักการสำคัญในการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพ 30

พัฒนาการแนวคิดและประเด็นวิจัยระบบสุขภาพ 36

พัฒนาการระบบวิจัยสุขภาพและการวิจัยระบบสุขภาพ 48

ข้อเสนอแผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขปี 2554-2558 54

ตัวชี้วัดความสำเร็จตามยุทธศาสตร์ 72

ภาคผนวก

มุมมองทางวิชาการในประเด็นความหมาย 82

“ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ”

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
เป็นองค์กรของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ
จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535
ทำหน้าที่วิจัยสร้างความรู้
เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ
สวรส. กำลังจะมีอายุครบ 20 ปี
ในปี พ.ศ. 2555





แผนยุทธศาสตร์
เป็นเหมือนนโยบายขององค์กร
หลายแห่งมักจะเปลี่ยนไปตามผู้บริหาร
แผนยุทธศาสตร์ สวรส. นี้
ผ่านการคิดมาอย่างครอบคลุม
จึงควรจะมีการจัดพิมพ์ไว้เพื่ออ้างอิง
เป็นเอกสารหลักขององค์กร
เพื่อจะได้ทำให้เกิดความต่อเนื่องทางปัญญา
(Continuity of wisdom)
ซึ่งเป็นกุญแจของความสำเร็จ
ขององค์กรทุกประเภท

ศ.นพ.ประเวศ วะสี
กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



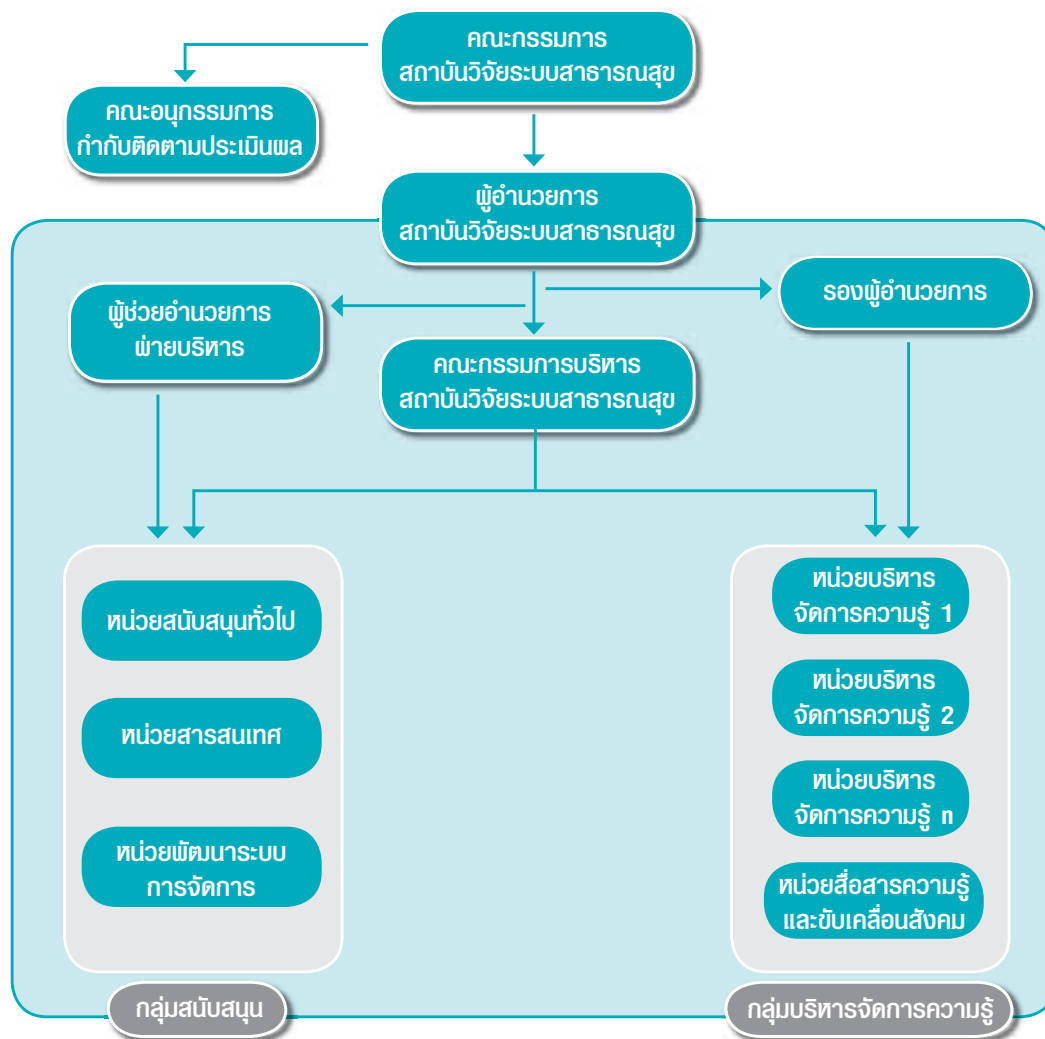
รู้จัก สวรส.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นองค์กรของรัฐที่มีไข่มุกส่วนราชการ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พร้อมๆ กับการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) โดยมีโครงสร้างองค์กรและการบริหารที่เน้นความคล่องตัว เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายในการจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพ (Better Knowledge Management for Better Health Systems)

จุดแข็งหนึ่งของ สวรส. คือ การทำงานแบบเครือข่าย (network) และการสร้าง “องค์กรลูก” ที่เป็นกลไกเชิงสถาบันซึ่งทำงานวิจัยอย่างเชื่อมประสานกันกับองค์กรภาคีต่างๆ องค์กรลูกหลายองค์กรได้รับการจัดตั้งเป็นองค์กรอิสระในระยะเวลาต่อมา ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ปัจจุบัน สวรส. มีองค์กรลูกที่เรียกว่า “เครือข่าย” จำนวนทั้งหมด 7 เครือข่าย ประกอบด้วย

1. สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกล.)
2. สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษาพยาบาล (สพตร.)
3. สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)
4. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
5. สถาบันสุขภาพวิถีไทย (สสว.)
6. สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)
7. สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (สพกส.)

โครงสร้างองค์กร





1

สถานการณ์และแนวโน้ม ปัจจัยกำหนดการวิจัย ระบบสุขภาพ

การปรับตัวของสังคมไทยในกระแสโลกาภิวัตน์
แนวคิดเกี่ยวกับตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม
ปัญหาสิ่งแวดล้อมและภาวะโลกร้อน
ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่
การมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
และกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม
รวมถึงการที่สังคมไทยเข้าสู่ยุคของสังคมผู้สูงอายุ
ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นตัวกำหนดการวิจัยระบบสุขภาพ





คำว่าความเป็นธรรม
หรือ Equity มีหลายมิติ
แผนยุทธศาสตร์นี้
มีการกำหนดกรอบการวิจัยหลายประเด็น
เพื่อมุ่งสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ
ซึ่งในที่สุดแล้ว ต้องไม่ลืมที่จะบูรณาการเชื่อมโยงกัน
เพื่อป้องกันการแยกส่วนปฏิบัติ

นางจุรี วิจิตรวาทการ
กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



สถานการณ์และแนวโน้มปัจจัยกำหนดการวิจัยระบบสุขภาพ

1) โลกาภิวัตน์ (Globalization and regionalization)

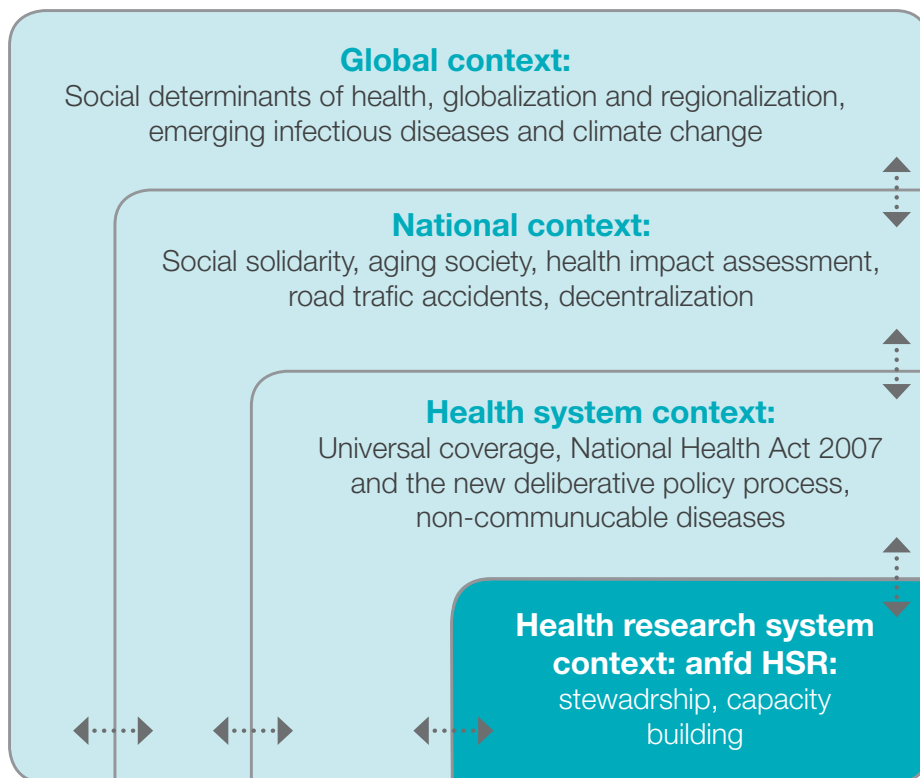
ผลกระทบของโลกาภิวัตน์ได้ขยายตัวอย่างกว้างขวาง ไม่จำกัดอยู่เฉพาะด้านการค้าเท่านั้น แต่ขยายไปครอบคลุมประเด็นทางด้านสังคม วัฒนธรรม สาธารณสุข และอื่นๆ ด้วย ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดนมีข้อจำกัดลดลง โรคติดต่อข้ามพรมแดนและการแพร่กระจายไปทั่วโลกพบได้บ่อยขึ้น (ล่าสุดคือ กรณีการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในปี 2552) แรงงานต่างชาติกลายเป็นกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจในหลายพื้นที่ ชาวต่างชาติที่แต่งงานกับหญิงไทยได้กลายเป็นสมาชิกของครอบครัวจำนวนมากในหลายหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วัฒนธรรมเกาหลีได้รับความนิยมอย่างมากในกลุ่มวัยรุ่นไทย ฯลฯ ล่าสุดแนวคิดการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community) ที่จะดำเนินการในปี 2563 และการประกาศเขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA) โดยลดภาษีนำเข้าสินค้าทุกประเภทให้เหลือร้อยละ 0 - 5 และยกเลิกอุปสรรคทางการค้าที่มีใช้อยู่ระหว่างกัน ซึ่งได้เริ่มดำเนินการแล้ว บริบทเหล่านี้จะมีผลให้การเชื่อมโยงประเทศภายในภูมิภาคมีความเข้มข้นมากขึ้น

ประเทศไทยเริ่มมีบทบาททางด้านสุขภาพมากขึ้นในเวทีโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรัฐบาลประกาศนโยบายขับเคลื่อนประเทศไทย ให้เป็น ศูนย์กลางการให้บริการทางการแพทย์ในระดับโลก (Medical hub) เนื่องจาก เห็นศักยภาพของระบบบริการการแพทย์ไทย ความได้เปรียบด้านค่าใช้จ่าย และ จุดแข็งด้านการท่องเที่ยว ทำให้มีผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการจำนวนมาก และ สร้างรายได้ให้กับประเทศมหาศาล แต่ก็ทำให้ปัญหาสมองไหลจากโรงพยาบาล ภาครัฐไปสู่โรงพยาบาลเอกชนที่จัดบริการดังกล่าวเพิ่มขึ้น¹ ล่าสุดที่กำลังเป็น ประเด็นที่มีการถกเถียงกันมากคือ การเปิดหลักสูตรแพทยนานาชาติขึ้นใน สถาบันการศึกษาภาครัฐแห่งหนึ่ง ด้วยเหตุผลเพื่อรองรับการเข้าสู่โลกาภิวัตน์ ของระบบบริการสาธารณสุขไทย ขณะที่ข้อโต้แย้งว่า ทรัพยากร/กำลังคนเพื่อ รองรับความต้องการบริการสำหรับประชาชนไทยยังมีไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหว อีกด้านหนึ่งก็คือ ประเทศไทยประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (compulsory licensing) กรณียาต้านไวรัสเอดส์² และยาที่มีราคาแพงอื่นๆ อีก จำนวนหนึ่ง เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงยาดังกล่าวผ่านระบบหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผลการดำเนินการดังกล่าว ทำให้เกิดปฏิกิริยาจากบริษัทยา ข้ามชาติและรัฐบาลแห่งประเทศถิ่นที่ตั้งของบริษัทเหล่านั้น

¹ อัญญา ณ ระนอง และคณะ (2551). แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพของประเทศไทย: รายงานการวิจัยเสนอคณะทำงานเศรษฐกิจภาคบริการ สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

² Tantivess, S., Walt, G. (2008). The role of state and non-state actors in the policy process: the contribution of policy networks to the scale-up of antiretroviral therapy in Thailand. Health Policy Plan 23: 328-338.

กรอบแนวคิดในการพัฒนายุทธศาสตร์



2) ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Social Determinants of Health: SDH)

ในปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลกได้ตั้งคณะทำงานขึ้นมา 1 คณะ (Commission on Social Determinants of Health: CSDH) โดยมี Sir Michale Marmott เป็นประธาน เพื่อพัฒนาข้อเสนอในการลดความไม่
เป็นธรรมด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ คณะ
ทำงานดังกล่าวได้จัดทำรายงานแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2551³ รายงานฉบับนี้ได้
กระตุ้นประชาคมโลกให้ตื่นตัวต่อประเด็นปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ
และนำไปสู่มติสมัชชาอนามัยโลกในปี 2552⁴ เพื่อเรียกร้องให้ประเทศสมาชิก
เร่งแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยกำหนดเป็นหนึ่งในเป้าหมาย
สำคัญของนโยบายต่างๆ

³ CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization

⁴ World Health Organization (2009). Resolution WHA62.14 on reducing health inequities through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization.

การเคลื่อนไหวและการพัฒนานโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในประเทศไทย มีการดำเนินการมานาน แต่เป็นการดำเนินการเพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเป็นหลัก และมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นความสำเร็จที่สำคัญ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2552 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมา 1 คณะเพื่อขับเคลื่อนประเด็นดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเด็นรูปธรรมระยะแรกก็ยังคงเป็นเรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจยังขาดความชัดเจนเท่าที่ควร

3) ปัญหาสิ่งแวดล้อมและภาวะโลกร้อน (Environmental problem and global warming)

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change) และภาวะโลกร้อน (global warming) ที่เป็นผลมาจากการพัฒนาอุตสาหกรรม ได้กลายเป็นปัญหาสำคัญของโลก ที่ผู้นำประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญและนำไปสู่การจัดทำพิธีสารเกียวโต (Kyoto Protocol) เมื่อปี 2540 มีเป้าหมายเพื่อให้ประเทศอุตสาหกรรมลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (greenhouse gases) ในปี 2553 ลงร้อยละ 5.2 เมื่อเทียบกับปี 2533 จนกระทั่งถึงปี 2549 มี 169 ประเทศที่ให้สัตยาบัน ยกเว้นสหรัฐอเมริกาและจีน ซึ่งเป็นประเทศที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกในอันดับต้นๆ ของโลกที่ยังไม่ยอมให้สัตยาบัน และระหว่างปี 2543-2549 อัตราการปล่อยก๊าซเรือนกระจกยังเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2.3⁵ อย่างไรก็ตาม ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในประเทศต่างๆ ในระยะหลัง คาดว่าน่าจะเป็นผลกระทบมาจากภาวะโลกร้อน ทำให้เกิดแรงกดดันต่อผู้นำของทั้งสองประเทศในการประชุมครั้งล่าสุดที่กรุงโคเปนเฮเกน ประเทศสวีเดน แต่ท้ายที่สุด จีน สหรัฐอเมริกา และประเทศยักษ์ใหญ่ของฝั่งประเทศกำลังพัฒนา และประเทศอุตสาหกรรม ที่มีปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกอันดับต้นๆ ยังไม่สามารถตกลงกันได้เรื่องความรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้การประชุมครั้งต่อไปจะมีขึ้นที่ประเทศเม็กซิโก ในปี พ.ศ. 2553 เพื่อหาบทสรุปกันอีกครั้ง

⁵ UNFCCC. (2008). National greenhouse gas inventory data for the period 1990-2006. UN Framework Convention on Climate Change. United Nation.

ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันต่อพิธีสารเกียวโตแล้วตั้งแต่ปี 2545 ในเรื่อง
ของกลไกพัฒนาที่สะอาด (Clean Development Mechanism) ซึ่งสามารถ
เลือกดำเนินการตามความสมัครใจ การรณรงค์เรื่องภาวะโรคร้อนในประเทศ
ไทยเริ่มมีบ้าง โดยเน้นความร่วมมือของประชาชนในการประหยัดพลังงาน แต่
ประเด็นที่นักวิชาการไทยให้ความสนใจมากกว่า จะเป็นประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อม
ที่เป็นผลมาจากการพัฒนาอุตสาหกรรม ล่าสุดที่เป็นประเด็นถกเถียง
กันมากคือ ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด ซึ่งเริ่มมี
ปัญหาเรื่องกลิ่นรบกวนในปี 2543-2546 ปัญหาการขาดแคลนน้ำในปี 2548
และตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา เริ่มมีความเคลื่อนไหวให้ประกาศเป็นเขตควบคุม
มลพิษ จนกระทั่งเดือนมีนาคม 2552 ศาลปกครองได้มีคำสั่งให้คณะกรรมการ
สิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ประกาศให้เขตเทศบาลมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียงเป็น
เขตควบคุมมลพิษเพื่อดำเนินการควบคุม ลด และขจัดมลพิษ ขณะที่ภาค
เอกชนเห็นว่า การประกาศเขตควบคุมมลพิษดังกล่าวอาจกระทบต่อการลงทุน
และการขยายตัวของเศรษฐกิจ ปัญหาสิ่งแวดล้อมจากการพัฒนาอุตสาหกรรม
ประกอบกับข้อกำหนดตามรัฐธรรมนูญ 2550 มาตรา 67 และ พ.ร.บ.สุขภาพ
แห่งชาติ 2550 มาตรา 10, 11, 25 (5) ทำให้การประเมินผลกระทบด้าน
สุขภาพ (Health Impact Assessment - HIA) กลายเป็นระบบ เครื่องมือ และ
กระบวนการสำคัญในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว การเฝ้าระวังผลกระทบทาง
ด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งกลไกเฝ้าระวังความเสียหาย/ความทุกข์
ของประชาชนเป็นอีกส่วนหนึ่งของกลไกที่อยู่ระยะต้นของการพัฒนา⁶

⁶ ยุวดี คาดการณ์ไกล. (2522) เอกสารชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายและขับเคลื่อน
ระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ปีที่ 1 โดยการสนับสนุนของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

4) โรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging infectious diseases: EID)

ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น และมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสุขภาพของประชาชนทั่วโลกอย่างมหาศาล (ปัญหาครั้งหลังสุดคือ การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 ในปี 2552) ในสามทศวรรษที่ผ่านมา โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ป่า ไม่ว่าจะเป็นโรคไข้หวัดนกที่มีความเกี่ยวข้องกับนกอพยพและนกป่าตามธรรมชาติ และโรคซาร์สที่มาจากขะมด ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสนใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ในการจัดการเชิงสุขภาพที่เรียกว่า สุขภาพของสิ่งมีชีวิตในระบบนิเวศ (Ecological Health) ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของระบบนิเวศ (Ecosystem Health) สุขภาพของมนุษย์ (Human Health) และสุขภาพของสัตว์ (Animal Health) เป็นการจัดการเชิงบูรณาการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการเกิดโรคในคน การเกิดโรคในสัตว์ และการเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อม ที่สามารถใช้อธิบายการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรคอุบัติใหม่ได้เป็นอย่างดี⁷

⁷ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2522). โรคติดต่ออุบัติใหม่: เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ระเบียบวาระที่ 3.2. นนทบุรี, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

การจัดการกับปัญหาโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภายในและระหว่างประเทศอย่างกว้างขวาง บนพื้นฐานของการจัดการความรู้ และการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ อาทิเช่น เทคโนโลยีในการตรวจวินิจฉัยโรค วัคซีนป้องกันโรค ฯลฯ เพื่อรับมือกับความต้องการอย่างเร่งด่วน ขณะเดียวกันต้องมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค โดยเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม แทนที่จะดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลักเหมือนอดีตที่ผ่านมา

การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 เมื่อเดือนธันวาคม 2522 ยังมีมติเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติขึ้น เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างบูรณาการให้แล้วเสร็จภายใน 1 ปีและจัดทำข้อเสนอการจัดตั้งกลไกระดับชาติเพื่อจัดการกับปัญหาดังกล่าวด้วย

5) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกระบวนการนโยบายสาธารณะ

การประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของระบบสุขภาพไทย เพราะได้ปฏิรูปแนวคิดว่าด้วย “สุขภาพ” ให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา โดยใช้คำว่า “สุขภาวะ” เพื่อสื่อความหมายใหม่นี้ นอกจากนี้ยังได้พัฒนากลไก/โครงสร้างเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ (healthy public policy) แบบมีส่วนร่วม โดยการจัดให้มีสภาสุขภาพแห่งชาติ สภาสุขภาพระดับพื้นที่ และสภาสุขภาพเฉพาะประเด็น นอกจากนี้กฎหมายยังกำหนดให้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับองค์กรภาคี และภาคส่วนต่างๆ ได้ร่วมกันพัฒนาข้อเสนอธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น มีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมสนับสนุนเพื่อให้เกิดการใช้ข้อมูล/ความรู้ประกอบการพัฒนานโยบาย ทำให้ได้ข้อเสนอที่มาจากการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยใช้ข้อมูลและความรู้ที่มีอยู่ประกอบการพิจารณาอย่างรอบด้าน ทั้งนี้คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบธรรมนูญฯ ในการประชุมเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2552 อาจกล่าวได้ว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เป็นทั้งเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบสุขภาพโดยกำหนดกรอบเวลาถึงปี พ.ศ. 2563⁸

⁸ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2552). ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552: ฉบับที่ผ่านความเห็นชอบคณะรัฐมนตรี วันที่ 30 มิถุนายน 2552. นนทบุรี, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

6) สังคมผู้สูงอายุไทย

จำนวนประชากรสูงอายุในสังคมไทยเพิ่มขึ้นอย่างมากจากจำนวน 1.5 ล้านคน ในปี 2503 เป็นประมาณ 7.4 ล้านคนในปี 2551 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 17.7 ล้านคน ในปี 2573⁹ ซึ่งจะมีจำนวนถึง 1 ใน 4 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ผู้สูงอายุวัยนี้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการทำกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนปัญหาสุขภาพจะมีมากขึ้น ทั้งหมดนี้ทำให้อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนลดลงอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ในปี 2551 มีประชากรวัยแรงงาน 6 คนให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน แต่ในอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีคนในวัยแรงงานเพียง 2 คนที่ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คน การเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างมากในปัจจุบัน และจะยิ่งสำคัญมากขึ้นในอนาคต

⁹ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2551). การคาดประมาณการประชากรของประเทศไทย 2543 - 2573 (ข้อสมมุติภาวะเจริญพันธุ์ปานกลาง)

ที่ผ่านมา สวรส. ได้ร่วมมือกับกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา
ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(สสส.) สนับสนุนงานวิจัย 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านสุขภาพ
- 2) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- 3) ด้านหลักประกันรายได้
- 4) ด้านการเรียนรู้

ซึ่งผลผลิตที่เป็นชุดความรู้ในด้านที่ 1 และ 2 นั้น ได้แก่

- 1) ตัวแบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชนในเขตเมือง
- 2) ตัวแบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวและชุมชนในเขตชนบทไทย
- 3) โครงการการดูแลระยะยาวในสถาบัน
- 4) โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนภาคเหนือของประเทศไทยในการ
ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
- 5) โครงการการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร



ความรู้ทั้งหมดได้ใช้เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญในการจัดทำข้อเสนอ
นโยบายระบบการดูแลระยะยาว และข้อเสนอดังกล่าวได้เสนอผ่านการพิจารณา
ของที่ประชุมสมัชชาผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ คณะอนุกรรมการ
ผลักดันการจัดระบบการดูแลระยะยาว และที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 2 ในเดือนธันวาคม 2552

ส่วนชุดความรู้ด้านที่ 3 ซึ่งสนับสนุนโดย สสส. และ สวรส. เป็น
ผู้บริหารจัดการตั้งแต่ปี 2551 ได้แก่ โครงการวิจัยการออกแบบระบบบำนาญ
แห่งชาติระยะที่ 1 และ 2 นั้น ได้ใช้เป็นปัจจัยสำคัญในการจัดทำข้อเสนอ
นโยบายระบบบำนาญแห่งชาติ โดยร่วมมือกับสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง และ
สำนักงานเศรษฐกิจการคลังได้พัฒนาต่อเป็นนโยบายกองทุนการออมแห่งชาติ
(กอช.) ขณะนี้ได้พัฒนาจนเป็น พ.ร.บ.กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) ที่ผ่าน
ความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้ว และกำลังอยู่ในขั้นพิจารณาของสำนักงาน
คณะกรรมการกฤษฎีกา



แนวคิด/หลักการสำคัญ ในการพัฒนาการวิจัย ระบบสุขภาพ

การสร้างเสริมเข้มแข็งของระบบวิจัยระบบสุขภาพ
และระบบสุขภาพตามหลักการ INNE
หรือ Individual, Node, Network
และ Environment
และหลักการจัดการความรู้
(knowledge management)
โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและบริหารจัดการ
แทนที่จะทำหน้าที่เป็นหน่วยวิจัย (research institute) เอง





ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ควรต้องบูรณาการกัน
และกำหนดจังหวะช่วงเวลา
ที่จะเน้นหนักงานแต่ละส่วนตามลำดับความสำคัญ
รวมทั้งน่าจะนำเอามิติทางสังคม วัฒนธรรม
มาเป็นบริบทในการศึกษาวิจัย
เพื่อการหาคำตอบให้กับการพัฒนาระบบสุขภาพด้วย
เพราะสิ่งเหล่านี้มีผลอย่างมากกับสุขภาพ

นางสุวรรณี คำมั่น
รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



แนวคิด/หลักการสำคัญในการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพในระยะ 5 ปี
จากนี้ไป (พ.ศ. 2554-2558)

1) เป้าหมายของการวิจัยระบบสุขภาพ

เป้าหมายของการวิจัยระบบสุขภาพ คือ การสร้างและจัดการ “ความรู้
เชิงระบบ” เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่
ประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน จุดเน้นของการวิจัยระบบ
สุขภาพจึงอยู่ที่

- การใช้เป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นตัวกำหนดประเด็น
การสร้างความรู้ และใช้ความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเป้าหมาย/
รูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพ
- การเชื่อมโยงความรู้สู่การตัดสินใจเชิงนโยบาย (link research to
policy and action) มากกว่าการเน้นตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสาร
วิชาการ (publication) การจัดการเพื่อให้มีการใช้ความรู้ให้เกิด
ประโยชน์มากที่สุด (knowledge translation: KT)¹⁰ จึงมีความ
สำคัญมากพอๆ กับการสร้างความรู้ (knowledge creation)

¹⁰ Canadian Institutes of Health Research (CIHR) เป็นหน่วยงานแรกที่ใช้คำว่า KT โดยให้ความหมายว่าเป็น a dynamic interactive process that includes synthesis, disseminate, exchange and ethically-sound application of knowledge to improve health of the Canadian, provide more effective health services and products and strengthen the health care system. (from <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>)



2) การพัฒนาระบบสุขภาพพื้นฐาน ของการใช้ความรู้

ประเด็นนี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการเชื่อมโยงระหว่าง “การสร้างความรู้” กับ “ผู้กำหนดนโยบาย” และ “ภาคประชาสังคม” ตามทฤษฎี “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ดังนั้นการวิจัยระบบสุขภาพตามหลักการนี้จะเน้น

- การมีส่วนร่วม (participation) ของผู้กำหนดนโยบาย และภาคประชาสังคมตลอดกระบวนการจัดการงานวิจัย

3) การสร้างความเข้มแข็งของระบบวิจัย ระบบสุขภาพและระบบสุขภาพ

เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งของระบบวิจัยระบบสุขภาพและระบบสุขภาพตามหลักการ INNE หรือ Individual, Node, Network และ Environment และหลักการจัดการความรู้ (knowledge management) โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและบริหารจัดการงานวิจัย (research management unit) และบริหารจัดการความรู้ (knowledge management unit) แทนที่จะทำหน้าที่เป็นหน่วยวิจัย (research institute) เอง

3

พัฒนาการแนวคิด และประเด็นวิจัยระบบ สุขภาพที่สำคัญ

ยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำ
ระหว่างกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ อยู่
และประชาชนจำนวนหนึ่ง
ที่มีปัญหาเรื่องสุขภาพยังไม่ได้รับสิทธิ
ในขณะที่ประชาคมให้ความสำคัญ
กับความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ
ที่เป็นผลมาจากตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม
(Social determinants of Health : SDH) มากขึ้น





เรื่อง Social Determinants of Health (SDH)
น่าจะถูกดึงขึ้นมาเป็นเสาหลักหนึ่งที่ชัดเจน
เพราะเรื่องนี้เป็นผลกระทบกับสุขภาวะมาก
เป็นสาเหตุของปัญหาต่างๆ
แล้วก็มาลงที่งานสาธารณสุขทั้งหมด
จึงจำเป็นที่จะต้องทำให้เกิดการทำงานวิจัยสุขภาพ
ที่ย้ายขอบเขตไปจากงานสาธารณสุข

นพ.มงคล ณ สงขลา
กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



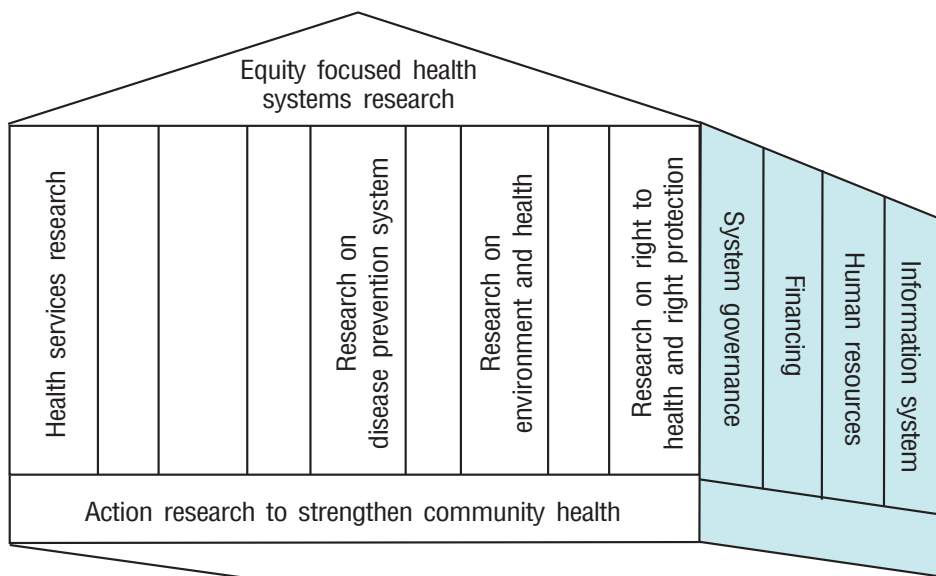
พัฒนาการแนวคิด และประเด็นวิจัยระบบสุขภาพที่สำคัญ มีที่มาดังนี้

- 1) หากยึดหลักการการใช้เป้าหมายการพัฒนา ระบบสุขภาพ เพื่อกำหนดประเด็นการวิจัยระบบสุขภาพ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับภาคีภาคส่วนต่างๆ พัฒนาขึ้น และคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2552 เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ มีกรอบเวลาเป้าหมายเป็นภาพรวมของระบบสุขภาพระยะยาว (จากปัจจุบันจนถึงปี พ.ศ. 2563) ดังนั้น**ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 จึงน่าจะเป็นเป้าหมายในการพัฒนาระบบสุขภาพที่สำคัญ ที่การวิจัยระบบสุขภาพควรยึดเป็นกรอบในการดำเนินงาน**
- 2) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ เป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไว้ค่อนข้างครอบคลุมอย่างน้อย 12 ด้านตามที่กฎหมายกำหนด (มาตรา 47 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) **โดยแนวโน้มทิศทางที่สำคัญคือ การให้ความสำคัญกับบทบาทและศักยภาพของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการจัดการกับปัญหา “สุขภาวะ” ในระดับชุมชน**

- 3) การวิจัยระบบสุขภาพเพื่อสนับสนุนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 จึงอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนหรือ “ระบบสุขภาพชุมชน” และการวิจัยเชิงนโยบายในประเด็นต่างๆ (issue based policy research) โดยมีกลุ่มประเด็นหลักทั้งหมด 5 กลุ่ม ตามองค์ประกอบย่อยของระบบสุขภาพ ได้แก่ การวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ระบบเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรค สภาพแวดล้อมและสุขภาพ สิทธิและการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ¹¹
- 4) หากพิจารณาจากพัฒนาการของระบบสุขภาพปัจจุบัน ที่คนไทยทุกคนควรได้รับความคุ้มครองในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ผ่าน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่ยังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ อยู่ และประชาชนจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาเรื่องสิทธิขาดิยังไม่ได้รับสิทธิ ขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาความเคลื่อนไหวของประชาคมโลกที่ให้ความสำคัญกับประเด็นเรื่องความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพที่เป็นผลมาจากตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Social Determinants of Health: SDH) มากขึ้น รวมทั้งการเริ่มเคลื่อนไหวประเด็นดังกล่าว

¹¹ ข้อเสนอคณะทำงาน ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อสนับสนุนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นการจัดกลุ่มเนื้อหา 12 ด้านตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ใหม่ ทั้งนี้ในแต่ละองค์ประกอบย่อย ยังประกอบด้วยระบบย่อยๆ อีก 3 ระบบคือ ระบบการอภิบาล ระบบการเงินการคลัง และระบบกำลังคน

กรอบการวิจัยระบบสุขภาพเพื่อสนับสนุนธรรมาภิบาล
ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งเสริมสร้างความเป็นธรรม



- 5) ภายหลังคนไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันของประชาชนผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพแตกต่างกัน เริ่มเป็นปัญหาที่สังคมให้ความสำคัญ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ได้พิจารณาปัญหาดังกล่าวและมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พัฒนาข้อเสนอเพื่อลดความเหลื่อมล้ำดังกล่าว สช. และ สวรส.ได้พัฒนาข้อเสนอโดยเชื่อมโยงปัญหาความเหลื่อมล้ำและปัญหาประสิทธิภาพระบบหลักประกันสุขภาพด้วยกัน และเห็นควรจัดตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ” และ “สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น เพื่อเป็นกลไกพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการแก้ไขปัญหาในระยะยาว โดยการออกเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เห็นชอบข้อเสนอดังกล่าวในการประชุมเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2553

- 6) ปัญหาความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพเป็น “ปัญหาเชิงระบบ/เชิงโครงสร้าง” โดยสาเหตุของปัญหานั้นแทรกซึมอยู่ในทุกส่วนทุกกลไกของระบบสุขภาพ และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลทำให้สุขภาพของประชาชนโดยรวมดีขึ้นนั้น ไม่จำเป็นว่าจะทำให้ปัญหาความไม่เป็นธรรมลดลง ¹² การทบทวนประสบการณ์จากต่างประเทศพบว่า นโยบายที่มุ่งหวังให้ประชาชนทุกคนได้รับประโยชน์ (universal interventions) กลับพบว่าคนที่มีฐานะดีมักจะได้รับประโยชน์มากกว่าประชาชนกลุ่มอื่น ¹³ ขณะที่ประสบการณ์ในประเทศไทยกรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า คนจนได้รับประโยชน์มากกว่าคนรวย ^{5,6} แต่ก็มีข้อโต้แย้งว่าคุณภาพบริการยังไม่ดีพอ

¹² Graham H, Kelly MP. (2004). Health inequalities: concepts, frameworks and policy. London, Health Development Agency.

¹³ Kelly MP, Bonney J, Morgan A, Florenzano F. (2006). The development of the evidence base about the social determinants of health. Geneva: WHO/CSDH, Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN) Available at: http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_paper.pdf.

ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคือการไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพต้องการ “ความรู้เชิงระบบ” อย่างมาก ขณะที่ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับ “สถานการณ์ และข้อเสนอเชิงระบบ” เพื่อลดการไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในสังคมไทยนั้น มีอยู่ค่อนข้างจำกัด แม้กระทั่งระบบบริการสุขภาพที่มีระบบข้อมูลค่อนข้าง สมบูรณ์ ยังขาดการวิเคราะห์และขาดการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การเข้าถึง บริการของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ อย่างครอบคลุมและต่อเนื่องเพียงพอ ข้อมูล ที่มีส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการและการได้รับประโยชน์จากระบบ บริการของประชาชนที่มีฐานะยากจน ^{14,15} ปัญหาการขาดหลักประกันสุขภาพ ของคนไทยที่มีปัญหาเรื่องสถานะ ^{16,17} ดังนั้นการกำหนดประเด็นเน้นหนักการ

¹⁴ O'Donnell O, van Doorslaer E, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Harbianto D, Garg CC, Hanvoravongchai P, Huq MN, Karan A, Leung GM, Ng CW, Pande BR, Tin K, Tisayaticom K, Trisnantoro L, Zhang Y, Zhao Y. The incidence of public spending on healthcare: Comparative evidence from Asia. The World Bank Economic Review 2007; 21: 93-123.

¹⁵ Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: Lessons from Thailand. Advances in Health Economics and Health Services Research 2009; 21: 57-81

¹⁶ ปิ่นแก้ว อุณแก้ว (2551). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายหลักประกันสุขภาพ ของคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในประเทศไทย. นนทบุรี. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน สุขภาพไทย.

¹⁷ จุติมาศ สุกใส (2551). สถานการณ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลเพื่อการเข้าถึงสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ “ทางเลือก” สำหรับคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ. นนทบุรี. สำนักงานวิจัย เพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

วิจัยระบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ จึงเป็นการลดช่องว่างทางความรู้ (knowledge gap) ที่สำคัญ และเป็นการมองสุขภาพในมิติที่กว้างที่เชื่อมโยงกับมิติทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย

- 7) **การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (community empowerment) เป็นส่วนหนึ่งของแกนหลักที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ**¹⁸ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนหรือระบบสุขภาพชุมชน จึงเป็นการการวิจัยเพื่อสนับสนุนการสร้างความเป็นธรรมได้อีกทางหนึ่ง
- 8) พัฒนาการระบบสุขภาพไทยที่ให้ความสำคัญกับประเด็น “ความไม่เท่าเทียม” หรือ “ความไม่เป็นธรรม” ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจมากขึ้นนั้น **ทิศทางนี้สอดคล้องกับพัฒนาการระบบสุขภาพของประเทศที่หลังจากรัฐสามารถจัดการกับโรคระบาด (epidemics) และได้สร้างระบบหลักประกันสุขภาพ (universal health coverage) และมุ่งเน้นการส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) แล้ว จะให้ความสำคัญกับเรื่องความไม่เป็นธรรมมากขึ้น**¹⁹

¹⁸ Global Equity Gauge Alliance (2003). The Equity gauge: concepts, principles and guidelines. Durban, South Africa: Global Equity Gauge Alliance and Health System Trust. Available from:

http://www.gega.org.za/download/gega_guide.pdf.

¹⁹ Glouberman S (2001). Towards a new perspective of health policy. Ottawa, Canadian Policy Research Networks.

- 9) การให้ความสำคัญกับประเด็น “ความไม่เป็นธรรม” ของระบบสุขภาพ อาจกระทบต่อประเด็นการพัฒนา “ประสิทธิภาพ” ของระบบได้ เนื่องจาก เกิด efficiency-equity trade-off ยกเว้นจะมีการจัดการอย่างเหมาะสม²⁰ กรณีการปฏิรูประบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งมีปัญหาการควบคุมค่าใช้จ่าย และจำเป็นต้องพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จะเป็น ตัวอย่างของความพยายามในการพัฒนาประสิทธิภาพของระบบ ซึ่งส่งผล ทำให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างกองทุนประกันสุขภาพมากขึ้นได้

²⁰ Blank R M. (2002). Can equity and efficiency complement each other? A paper prepared as the Adam Smith Lecture, European Association of Labour Economists, September 15, 2001. Available from <http://www.fordschool.umich.edu/research/papers/PDFfiles/02-001.pdf>

- 10) ความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้กำหนดนโยบายต้องการการสนับสนุนทางด้านวิชาการเพื่อประกอบการตัดสินใจมากยิ่งขึ้น²¹ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดี อย่างไรก็ตาม หากบริหารจัดการความต้องการดังกล่าวไม่ดี จะทำให้ประเด็นวิจัยระบบสุขภาพมุ่งเน้นตอบสนองประเด็นปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการพัฒนาระบบสุขภาพในระยะยาว การจัดให้มีกลไกจัดลำดับความสำคัญของความต้องการดังกล่าว พร้อมๆ กับการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นประเด็นพัฒนาที่สำคัญในระยะต่อไปเช่นกัน

²¹ ตัวอย่างของนโยบายที่ผู้กำหนดนโยบายต้องการการสนับสนุนทางด้านวิชาการ ได้แก่ การประเมินผลโครงการบัตรเดียวใช้บริการทั่วทั้งจังหวัด การพัฒนาข้อเสนอการปฏิรูประบบค่าตอบแทนบุคลากรสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาข้อเสนอระบบการคลังโรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ (U-hosnet) การพัฒนาข้อเสนอหลักประกันสุขภาพสำหรับคนไร้รัฐ ฯลฯ

4

พัฒนาการ ระบบวิจัยสุขภาพ และการวิจัยระบบสุขภาพ

ผลของความพยายาม
ในการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพ
เพื่อสนับสนุนธรรมาภิบาลว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
ได้นำไปสู่การพยายามพัฒนาภาพรวมระบบวิจัยสุขภาพ
(health research system) ขึ้นอีกครั้ง
โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นควร
ให้พัฒนากลไกนโยบายระบบวิจัยสุขภาพขึ้น
(health research policy unit) เป็นกลไกชั่วคราว
ทำงานร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย (network)
โดยมอบให้ สวรส. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
พัฒนากลไกดังกล่าวขึ้น





การสร้างนักวิจัยสุขภาพมือฉมัง
เป็นเรื่องสำคัญที่อาจจะต้องพัฒนา
เป็นกรอบงานใหม่ขึ้นมา
ในทางปฏิบัติ สวรส.อาจจะร่วมมือ
กับองค์กรที่เคยทำงานพัฒนากำลังคน
ด้านการวิจัยสำเร็จมาแล้ว เช่น
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เป็นต้น
เพื่อจะได้นักวิจัยที่มาทำงานเชิงระบบ
ได้เพิ่มขึ้นต่อไป

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช
กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



พัฒนาการระบบวิจัยสุขภาพและการวิจัยระบบสุขภาพ มีประเด็นสำคัญ
ดังนี้

1) การพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อสนับสนุนธรรมาภิบาลด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติ

ผลของความพยายามในการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อสนับสนุนธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา ได้นำไปสู่การพยายามพัฒนาภาพรวมระบบวิจัยสุขภาพ (health research system) ขึ้นอีกครั้ง²² ด้วยความร่วมมือระหว่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) และสำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นควรให้พัฒนากลไกนโยบายระบบวิจัยสุขภาพขึ้น (health research policy unit) เป็นกลไกชั่วคราว ทำงานร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย (network) ประสานการพัฒนานโยบาย (กำหนดประเด็นนโยบายวิจัยที่มีความสำคัญ) การลงทุนในด้านการวิจัยและการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบวิจัย ฯลฯ โดยมอบให้ สวรส. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้พัฒนากลไกดังกล่าวขึ้น²³

²² ความพยายามครั้งล่าสุดเกิดขึ้นในปี 2550 สมัยนพ.มงคล ณ สงขลา เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อยกร่าง พ.ร.บ.ส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยสุขภาพ พ.ศ.... ขึ้น อย่างไรก็ตาม ไม่ได้มีการเสนอร่างกฎหมายดังกล่าวเพื่อให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาแต่อย่างใด

²³ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2552). รายงานการประชุม “จุดประกายความคิดและเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาระบบวิจัยสุขภาพไทย” วันที่ 6 พฤศจิกายน 2552 โรงแรมสยามซิตี้ กรุงเทพฯ

2) การจัดลำดับความสำคัญของประเด็น วิจัยระบบสุขภาพ

การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยระบบสุขภาพ (priority setting of health systems research agenda) อย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ยังไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจัง แม้จะเริ่มมีการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยระบบสุขภาพอย่างเป็นระบบในกรณีของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) แต่ยังไม่ได้ขยายไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของการวิจัยระบบสุขภาพในภาพรวม การพัฒนาเครื่องมือและกลไกจัดลำดับความสำคัญของการวิจัยระบบสุขภาพ จึงมีความจำเป็นในฐานะเป็นกลไกระบบวิจัยสุขภาพที่สำคัญในอนาคต

3) การพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย วิจัยระบบสุขภาพ

การพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายวิจัยระบบสุขภาพที่ผ่านมา มีการปรับกลไก ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริหารจัดการ เครือข่ายวิจัยต่างๆ มีความคล่องตัว ขณะเดียวกันก็มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามหลักธรรมาภิบาล อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดหลายประการ ที่ยังต้องเร่ง พัฒนา ประกอบด้วย

- 3.1) การส่งเสริมให้นักวิจัยที่มีศักยภาพ และการพัฒนาศักยภาพนักวิจัย/ผู้จัดการงานวิจัย ที่ผ่านมามีการดำเนินการได้ค่อนข้างจำกัด แม้ว่าจะมีแผนงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) เพื่อสนับสนุน แต่ก็ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น เช่นเดียวกับการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการงานวิจัย ซึ่งเพิ่งเริ่มดำเนินการอย่างจริงจังในปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2552)
- 3.2) การพัฒนากลุ่มวิจัยระบบสุขภาพ (HS research cluster) เพื่อเป็นกลไกการทำงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของนักวิจัยระบบสุขภาพในแผนงานวิจัยต่างๆ ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ส่วนหนึ่งเนื่องจากนักวิจัยบางกลุ่มมีจำนวนน้อยจนเกินไป และขาดความสนใจในการร่วมกิจกรรม รวมทั้งอาจเป็นเพราะเป้าหมายและประโยชน์ที่จะได้จากการทำงานร่วมกันไม่ชัดเจน
- 3.3) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานวิจัยโดยรวมยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ทั้งในด้านความสามารถในการส่งผลงานทันตามเวลาที่กำหนด (น้อยกว่าร้อยละ 50) และการส่งเสริมให้มีการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

5

ข้อเสนอแผนยุทธศาสตร์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี 2554-2558

ยุทธศาสตร์ที่ 1

การสร้างและจัดการความรู้
ผ่านการบริหารทุนที่มีในระบบวิจัยสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2

การสร้างและจัดการความรู้
ผ่านการขยายทุนการวิจัยระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3

การจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบาย

ยุทธศาสตร์ที่ 4

การเสริมสร้างศักยภาพระบบวิจัย





การนำเอางานวิจัยไปสู่การกำหนดนโยบาย
อาจจะเป็นประเด็นวิจัยหนึ่งที่ สวรส.
อาจจะต้องสร้างองค์ความรู้ว่า
รูปแบบหรือกลไกแบบใดที่จะทำให้เมื่อเราได้องค์ความรู้แล้ว
จะนำไปพัฒนาหรือส่งต่อให้กับนักการเมือง
หรือผู้กำหนดนโยบายได้
เพื่อที่จะทำให้สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเกิดขึ้นจริง

นพ.วินัย สวัสดิวร
เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



ข้อเสนอแผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขปี 2554-2558

หากพิจารณาจากสถานการณ์และแนวโน้มระบบสุขภาพ พัฒนาการของระบบวิจัยสุขภาพ สถานการณ์และแนวโน้มปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับสากล จะสามารถสรุปข้อเสนอแผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขปี 2554 - 2558 ได้ดังนี้

วิสัยทัศน์

การจัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน

พันธกิจ

1. พัฒนาความรู้และข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อลดปัญหาความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบสุขภาพ
2. สนับสนุนและส่งเสริมการใช้ความรู้ในกระบวนการนโยบายสาธารณะ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน
3. สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของระบบวิจัยสุขภาพและการวิจัยระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 1

การสร้างและจัดการความรู้ ผ่านการบริหารทุนที่มีในระบบวิจัยสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 1 การปรับแผนงานวิจัยที่มีอยู่ เพื่อให้ตอบสนองเป้าหมาย การสร้างความเป็นธรรม

การดำเนินงานภายใต้กลยุทธ์นี้ เป็นการใช้มุมมองเรื่องความเป็นธรรม (equity lens) กับแผนงานวิจัยต่างๆ ที่ สวรส. ให้การสนับสนุนอยู่ปัจจุบัน เพื่อสร้างความรู้และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมในส่วนย่อยๆ ของระบบสุขภาพ การปรับแผนงานต่างๆ เพื่อรองรับกลยุทธ์นี้ประกอบด้วย

เครื่องสถาบัน/แผนงานวิจัย	ประเด็นวิจัยและพัฒนา
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา หลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และสำนักงานพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO)	- สถานการณ์ความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ - กลไกเฝ้าระวังความไม่เป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพ - การสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนการจัดตั้งสำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ - ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพ
สำนักงานกลางสารสนเทศ บริการสุขภาพ (สทส.) และสำนักงานพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO)	- ชุดข้อมูลและดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ - ระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

เครื่องสถาบัน/แผนงานวิจัย	ประเด็นวิจัยและพัฒนา
สถาบันสร้างเสริมสุขภาพ คนพิการ (สสพ.)	- สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนา - การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคนพิการ - การสื่อสารด้านสุขภาพสำหรับคนพิการ
โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) หรือแผนงานวิจัยและพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และระบบการประเมินผลกระทบ ด้านสุขภาพ (HPP-HIA)	- การพัฒนาเครื่องมือประเมินนโยบายสุขภาพ ที่เน้นความเป็นธรรม (Equity focused health impact assessment) - การติดตามผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบาย สาธารณะ (Health impact monitoring-HIM)
สำนักงานวิจัยและพัฒนา ระบบ สุขภาพชุมชน (สพช.) และแผนงาน พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R)	- การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและระบบสุขภาพชุมชน - ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ และการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายผ่านงาน “มหกรรมสุขภาพชุมชน”
สำนักงานสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย (สสท.)	- สถานะสุขภาพประชาชนไทยจำแนกตามกลุ่มต่างๆ
แผนงานวิจัยและพัฒนา ธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	- ข้อเสนอการอภิบาลระบบสุขภาพที่มุ่งเน้น การมีส่วนร่วมของประชาชน - รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 2 การปรับแผนงานวิจัยที่มีอยู่ เพื่อให้ตอบสนองเป้าหมาย การพัฒนาระบบสุขภาพในระยะยาว

2.1 การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ

เน้นการพัฒนาระบบข้อมูลภายใต้เครือข่ายสถาบัน/เครือข่ายวิจัยหลัก ประกอบด้วย สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO) สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) และแผนงานวิจัยอื่นๆ เพื่อ

พัฒนาและปรับปรุงตัวชี้วัดสถานะ/สมรรถนะระบบสุขภาพแห่งชาติ
และระบบสุขภาพในระดับจังหวัด

สนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูลที่มีความสำคัญประกอบด้วย
ระบบข้อมูลระบบบริการสุขภาพ ระบบข้อมูล (สำรวจ) ทรัพยากรสุขภาพ
และระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพในระดับพื้นที่

สนับสนุนการพัฒนากลไกกลางเพื่อกำหนดมาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพ

นำเสนอข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เน้นการวิเคราะห์ปัจจัย
ที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอเชิงนโยบาย และประเด็นคำถามงานวิจัยที่สำคัญ

สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ที่ผ่านความเห็นชอบจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นแล้ว

2.2 การพัฒนาประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

เน้นการพัฒนาข้อเสนอเชิงโครงสร้างและเครื่องมือ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ผ่านเครือข่ายสถาบัน/เครือข่ายวิจัยหลัก ประกอบด้วย สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และเครือข่ายวิจัยระบบยา เพื่อ

พัฒนาข้อเสนอมาตรการและกลไกควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในระบบสุขภาพ โดยเริ่มจากการควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และเชื่อมโยงกับนโยบายของคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยการเข้าถึงยาถ้วนหน้า

พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

พัฒนารูปแบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการ (provider payment) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจ่ายเงินตามกลุ่มจำแนกโรค (case based payment) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และปรับปรุงระบบการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) สำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยการจัดตั้งศูนย์พัฒนาระบบการจ่ายเงินผู้ให้บริการตามกลุ่มจำแนกโรค (Case mix centre) ขึ้น

2.3 การพัฒนาสมรรถนะระบบสุขภาพเพื่อรองรับภัยคุกคามใหม่

เน้นการพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงานที่มีอยู่ ได้แก่ แผนงานวิจัยสุขภาพและสิ่งแวดล้อม แผนงานวิจัยและพัฒนาาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ (EID) แผนงานวิจัยและพัฒนากำลังคน เน้นผลกระทบจากนโยบาย medical tourism และ AFTA แผนงานวิจัยและพัฒนา ระบบยา เน้นผลกระทบจาก FTA ที่มีต่อการเข้าถึงยาของประชาชนไทย

กลยุทธ์ที่ 3 การประสานเชื่อมโยงความรู้จากกลไกจัดการความรู้สาขาอื่น

การสร้างความรู้ เพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพที่เป็นธรรมที่เชื่อมโยงกับตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (SDH) นั้น จำเป็นต้องอาศัยความรู้ที่หลากหลายสาขานอกเหนือจากความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ หลายประเด็นมีหน่วยงานอื่นดำเนินการอยู่แล้ว แต่ขาดการเชื่อมโยงความรู้เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ขณะที่หลายประเด็นต้องการการทำงานร่วมกันเพิ่มเติม เพื่อเติมเต็มช่องว่างความรู้ที่มีอยู่ การเชื่อมโยงความรู้และการทำงานร่วมกับกลไกจัดการความรู้สาขาอื่น จึงนับเป็นกลยุทธ์สำคัญ หน่วยงานที่จะเป็นภาคีสำคัญจะประกอบด้วย หน่วยงานวิชาการด้านสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และรัฐศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 2

การสร้างและจัดการความรู้ ผ่านการขยายทุนการวิจัยระบบสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 1 การพัฒนาแผนงานวิจัยเพื่อรองรับเป้าหมายการสร้าง ความเป็นธรรม

เน้นการพัฒนาโครงการและแผนงานวิจัยขั้นใหม่ เพื่อให้รองรับประเด็น
การวิจัยระบบสุขภาพที่ยังไม่มีการดำเนินการ ประกอบด้วย

โครงการศึกษาความหมายของ “สุขภาวะ” และ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ”
ในมุมมองของประชาชนกลุ่มต่างๆ ในสังคม
โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และผลกระทบของมุมมองดังกล่าว
ต่อการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

แผนงานวิจัยเรื่อง “สิทธิและสุขภาพ” เน้นสร้างความเข้าใจ “ความหมาย”
และพัฒนา “ระบบส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ” ของประชาชนตาม
พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

แผนงาน “วิจัยและพัฒนากลไกสื่อสารสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส”

แผนงานวิจัย “ประเมินผลนโยบาย” เน้นประเมินผลกระทบ
จากนโยบายของรัฐต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

แผนงาน “วิจัยและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน”
เน้นการสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
สำหรับประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน

ยุทธศาสตร์ที่ 3

การจัดการความรู้ เพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบาย

กลยุทธ์ที่ 1 สนับสนุนการเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับกระบวนการนโยบาย

เน้นการพัฒนาจุดเชื่อมต่อ (interface) ระหว่างนักวิจัยและกระบวนการบริหารจัดการงานวิจัย (research management process) กับผู้กำหนดนโยบายและกระบวนการนโยบาย (policy process) โดยกลยุทธ์ที่สำคัญคือ การพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยและผู้จัดการงานวิจัยในการสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย (knowledge utilization or knowledge translation) ตามยุทธศาสตร์ที่ 4 การผลักดันให้มีการใช้โอกาสจากทางเลือกกระบวนการนโยบายใหม่ๆ เช่น สัมมนาสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฯลฯ

กลยุทธ์ที่ 2 การสื่อสารและการจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการเคลื่อนไหวทางสังคม

เน้นการสื่อสารความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะและสาธารณชนในวงกว้าง และการบริหารจัดการความรู้เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความตระหนักในประเด็นปัญหา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวในระยะยาว

กลวิธีการดำเนินงานในการสื่อสาร จะผ่านการสนับสนุนจากหน่วยสื่อสารความรู้และขับเคลื่อนสังคมของ สวรส. และแผนงาน “สื่อสารความรู้และขับเคลื่อนสังคม” ที่พัฒนาขึ้นใหม่ ขณะที่การบริหารจัดการความรู้เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของแผนงาน/โครงการวิจัย

ผลักดันให้แผนงาน “สื่อสารความรู้และขับเคลื่อนสังคม” ประสานเครือข่ายบุคลากรและหน่วยงานที่ทำงานลักษณะเดียวกัน จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อยกระดับความรู้ในระดับฝังลึก (tacit knowledge) ให้เป็นความรู้ในระดับที่สามารถถ่ายทอดได้ (explicit knowledge) มุ่งเน้นสร้างความรู้และความเข้าใจเรื่อง “กระบวนการทางนโยบาย (policy process)” และ “การเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement)”

ยุทธศาสตร์ที่ 4

การเสริมสร้างศักยภาพระบบวิจัย

กลยุทธ์ที่ 1 การพัฒนาการอภิบาลระบบวิจัยสุขภาพ (health research system governance)

1.1 การพัฒนากลไกประสานและพัฒนานโยบายวิจัยสุขภาพ

เน้นการพัฒนาต่อเนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดกลไกประสานและพัฒนานโยบายวิจัยสุขภาพและนโยบายวิจัยระบบสุขภาพ (health research policy unit) ที่เป็นรูปธรรม ด้วยการประสานงานกับหน่วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

1.2 การพัฒนาระบบการภิบาลหน่วยงานวิจัยระบบสุขภาพ

เน้นการพัฒนาต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ สวรส. ปี 2550 - 2553 โดยให้มีระบบเฝ้าระวัง (ผ่านการใช้ดัชนีชี้วัดธรรมาภิบาลของหน่วยบริหารจัดการงานวิจัยที่พัฒนาขึ้น แต่ต้องการการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง และผ่านระบบตรวจสอบ การประเมินผลภายในที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น) และระบบการพัฒนาย่างต่อเนื่อง ด้วยการสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย/เครือข่ายวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ 2 การขยายและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายวิจัยระบบสุขภาพ

2.1 การพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่ายวิจัยใหม่

เน้นการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของเครือข่ายวิจัยระบบสุขภาพใหม่ ที่เกิดขึ้นในช่วงแผนยุทธศาสตร์ สวรส. ที่ผ่านมา เพื่อให้เป็นกลไกเชิงสถาบันในการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพในประเด็นเฉพาะนั้นๆ ได้ในระยะยาว เครือข่ายวิจัยดังกล่าวประกอบด้วย

เครือข่ายวิจัยและพัฒนาระบบยา
โดยสนับสนุนการวิจัยในประเด็นเชิงระบบที่สำคัญ
และขยายกิจกรรมไปสู่กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของนักวิจัยในเครือข่าย

เครือข่ายวิจัยโรคติดเชื่ออุบัติใหม่
โดยสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการวิจัยระดับภูมิภาค (APEIR)
กับเครือข่ายนักวิจัยในระดับประเทศ โดยเชื่อมโยงกับแผนงานวิจัย
และพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื่ออุบัติใหม่
ที่กำลังจะดำเนินการภายใต้การสนับสนุนของ สสส.

เครือข่ายการจัดการความรู้
เพื่อสนับสนุนงานวิจัยจากงานประจำ (R2R)
โดยสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของกลไกสนับสนุนส่วนกลาง
และพัฒนาให้มี node และ network ครอบคลุมทุกภูมิภาค
ที่จะสนับสนุนการดำเนินงานในหน่วยงานทุกระดับ

เครือข่ายวิจัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

2.2 การขยายเครือข่ายวิจัยใหม่และการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่

เน้นการพัฒนาเครือข่ายวิจัยใหม่ที่มีศักยภาพ

เครือข่ายวิจัยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับภูมิภาค
โดยสนับสนุนการเชื่อมโยงเครือข่ายนักวิจัยภายในประเทศ
กับเครือข่ายนักวิจัยในระดับภูมิภาค
ผ่านกลไกประสานงานที่กำลังจะจัดตั้งขึ้น
ด้วยการสนับสนุนของมูลนิธิ Rockefeller

เครือข่ายนักวิจัยประเมินผล

เครือข่ายนักวิชาการด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

การส่งเสริมให้เกิดนักวิจัยรุ่นใหม่
โดยกำหนดเงื่อนไขให้แผนงานวิจัยต่างๆ
ต้องมีองค์ประกอบของนักวิจัยรุ่นใหม่ในทีมวิจัย
การประสานกับแหล่งทุนต่างๆ
เพื่อให้เกิดการลงทุนระยะยาวในการพัฒนานักวิจัยเพิ่มขึ้น

2.3 การพัฒนาศักยภาพระบบวิจัยในด้านต่างๆ ที่มีความสำคัญ

การพัฒนาศักยภาพ (capacity building) ครอบคลุมทั้งการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรและระบบการจัดการ โดยมีประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งพัฒนา ศักยภาพ ดังนี้

**การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัย
(priority setting of research topic)**

โดยประยุกต์หรือพัฒนาต่อยอดกระบวนการ
จัดลำดับความสำคัญของประเด็นวิจัยแบบมีส่วนร่วม
ของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย (research utilization or knowledge translation)

ครอบคลุมตั้งแต่การสื่อสารงานวิจัย (research communication)
ในบริบทต่างๆ รวมถึงการบริหารจัดการสื่อ (media management)
การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis)
และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
(stakeholder involvement)

การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานวิจัย ด้วยการพัฒนากระบวนการ
ติดตามและสนับสนุนการดำเนินงาน การพัฒนาแรงจูงใจต่างๆ เพื่อให้ทีมนักวิจัย
สามารถดำเนินงานได้ตามแผนมากยิ่งขึ้น



6

ตัวชี้วัดความสำเร็จ ตามยุทธศาสตร์

แผนยุทธศาสตร์นี้
วัดผลสำเร็จทางด้าน
กลไกสนับสนุนความเป็นธรรม
และความยั่งยืน
ด้านความเข้มแข็งของระบบวิจัย
และด้านนโยบายเพื่อส่งเสริมความเป็นธรรม





การเชื่อมโยงประสานงาน สวรส.
กับแผนงานของคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ
เป็นประเด็นสำคัญ
ซึ่งก็ได้เคยมีการประชุมร่วมกันมาแล้วครั้งหนึ่ง
และคงจะมีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดมากขึ้น
เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกันของการวิจัยสุขภาพ
กับระบบวิจัยแห่งชาติ

นางยศวดี อังวิเชียร
แทนเลขาธิการคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ



ตัวชี้วัดความสำเร็จตามยุทธศาสตร์

	การพัฒนาความรู้	พัฒนากลไก
ความเป็นธรรมและ ความยั่งยืนในระบบ บริการสุขภาพ	ชุดข้อมูลและดัชนีชี้วัด ความเป็นธรรมในระบบ บริการสุขภาพ	ระบบข้อมูลการให้บริการสุขภาพแห่งชาติ (integrated national health service information system) และกลไกพัฒนา และกำหนดมาตรฐานระบบข้อมูล ข่าวสารระบบสุขภาพ
	รายงานสถานการณ์ ความเป็นธรรมในระบบ บริการสุขภาพ (key equity stratifiers, health gaps ²⁴ , health gradients ²⁵)	กลไกเฝ้าระวังความไม่เป็นธรรมในระบบ บริการสุขภาพและระบบสุขภาพ (Equity monitoring mechanism: Health observatory mechanism)
	ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อ ลดความเหลื่อมล้ำของ กองทุนประกันสุขภาพ/ ลดความไม่เป็นธรรม ระหว่างพื้นที่	คณะกรรมการและสำนักงานพัฒนา ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ แห่งชาติ และการจัดตั้ง Case Mix Centre (CMC)
	ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ เน้นบริการปฐมภูมิและ ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน	

²⁴ Health gaps focuses on differences between the worst off and every body else.

²⁵ Health gradient focuses on the health differences across the whole spectrum of the population.

ตัวชี้วัดความสำเร็จตามยุทธศาสตร์

	การพัฒนาความรู้	การพัฒนากลไก
	ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส	เครือข่ายผู้ด้อยโอกาส หรือคนทำงานเพื่อผู้ด้อยโอกาส
	ข้อเสนอและการดำเนินงานการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	กลไกกำหนดราคากลางยา (reference pricing mechanism)
กลไกสนับสนุน ความเป็นธรรม และความยั่งยืน ของระบบสุขภาพ	นิยามและความหมายของ “สุขภาพะ” และ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ” ในมุมมองของกลุ่มต่างๆ ในสังคมและผลกระทบต่อ การสร้างความเป็นธรรม	
	ข้อเสนอการปฏิรูประบบอภิบาลระบบสุขภาพ (reform of health system governance)	
	ข้อเสนอระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจระดับพื้นที่	
	เครื่องมือการประเมินนโยบายสุขภาพที่มุ่งเน้นความเป็นธรรม	เครือข่ายนักวิจัยและประเมินผลนโยบายสุขภาพ

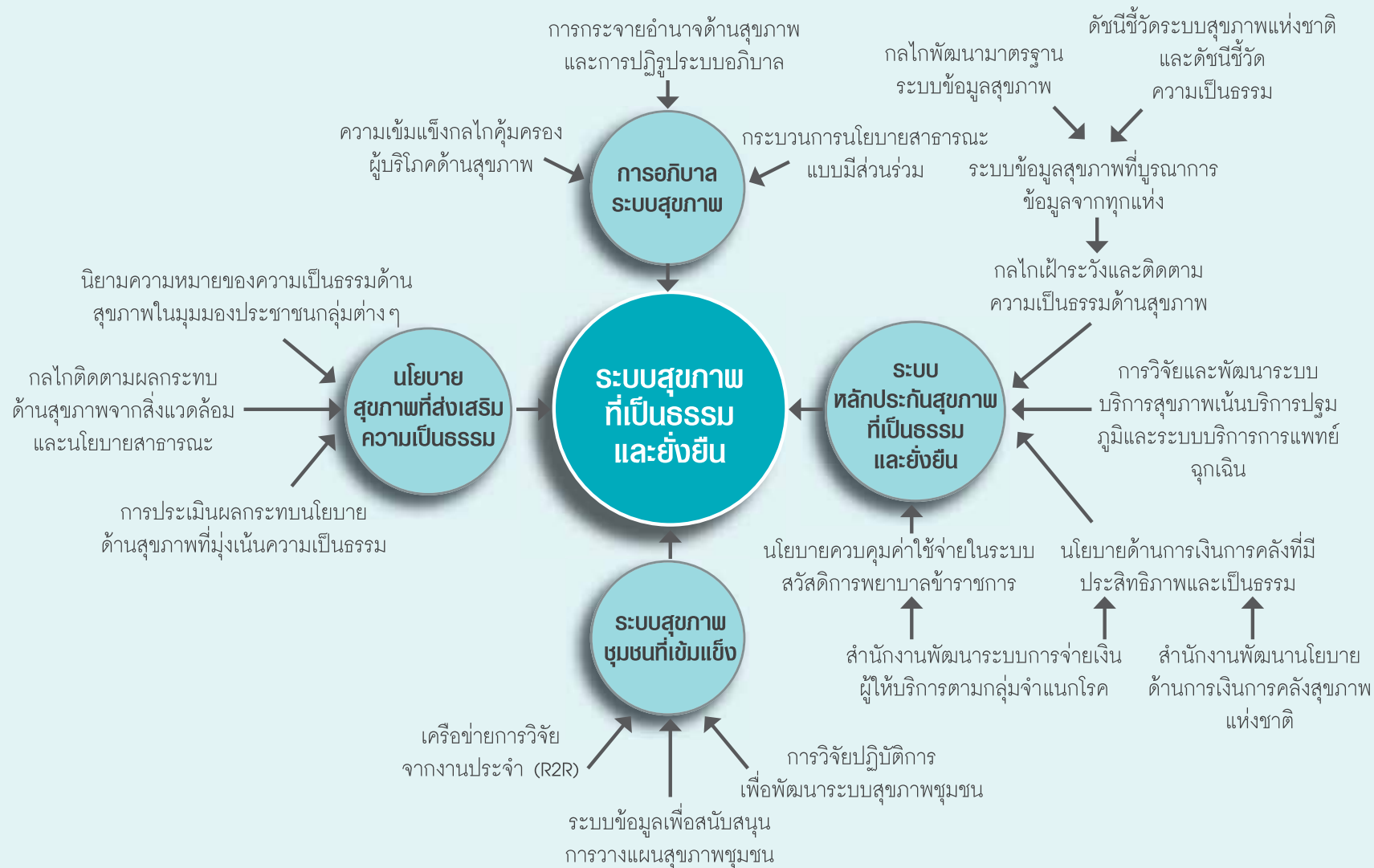
ตัวชี้วัดความสำเร็จตามยุทธศาสตร์

	การพัฒนาความรู้	การพัฒนากลไก
	ระบบการสื่อสารสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม	กลไกการสื่อสารสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม
	ความรู้ความเข้าใจ “สิทธิและกลไกส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ” ข้อเสนอกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และข้อเสนอรูปแบบองค์กรอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค	เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งและเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชนขึ้นมาองค์กรอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคตามรัฐธรรมนูญ
	การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนหรือระบบสุขภาพชุมชน	เครือข่ายการจัดการความรู้ การสนับสนุนงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) ในระดับพื้นที่
	ข้อเสนอระบบการเฝ้าระวังและเฝ้าระวังความเสียหายของประชาชนกรณีได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม	กลไกเฝ้าระวังผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพ
นโยบายสุขภาพเพื่อส่งเสริมความธรรม	การประเมินผลกระทบจากนโยบายต่างๆ กับการแก้ไขปัญหาค่าความไม่เป็นธรรม (Health equity auditing and equity focused health impact assessment) และการติดตามผลกระทบด้าน	กลไกประเมินผลกระทบจากนโยบายด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นลดความไม่เป็นธรรม

ตัวชี้วัดความสำเร็จตามยุทธศาสตร์

	การพัฒนาความรู้	การพัฒนากลไก
	สุขภาพของนโยบายสาธารณะ (Health impact monitoring -HIM)	
ระบบวิจัยสุขภาพ	แนวทางการจัดลำดับความสำคัญ ของประเด็นวิจัยสุขภาพและการวิจัยระบบสุขภาพ ที่มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	กลไกประสานและพัฒนานโยบายการวิจัยสุขภาพ (health research policy unit)
	การวิจัยประเมินผลระบบวิจัยสุขภาพ	
	ชุดความรู้และกระบวนการเพื่อสร้างความเข้มแข็ง การจัดการงานวิจัย	งานวิจัยแล้วเสร็จตามกำหนดเวลาเพิ่มขึ้น (อย่างน้อยร้อยละ 75) คุณภาพงานวิจัยและการใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้น
	การพัฒนานักวิจัยระบบสุขภาพให้มีจำนวน และศักยภาพมากขึ้น	จำนวนนักวิจัยระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น จำนวน 2 คน/โครงการ

พังกุณศาสตร์การวิจัยระบบสุขภาพ ปี 2554-2558







มุมมองทางวิชาการในประเด็นความหมาย “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ”

ความเป็นธรรม (equity)

ความเป็นธรรมมีแนวคิดที่มาจากพื้นฐานของความยุติธรรม (fairness and justice) ²⁶ แนวคิดเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพนั้น ยังเป็นเรื่องที่ไม่อาจจะหาฉันทามติได้โดยง่าย ขึ้นอยู่กับทฤษฎีทางสังคม (Theory of society) ของแต่ละสังคม ²⁷

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (equity in health หรือ health equity)

ความเป็นธรรมด้านสุขภาพอาจมองได้จากหลายมุม เช่น จากสถานะสุขภาพ (health status) ความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) การเข้าถึง (access) บริการดูแลรักษาพยาบาล (treatment) ไปจนถึงมิติของการรับภาระค่าใช้จ่าย (การคลังสุขภาพ หรือ health care financing) ²⁸

²⁶ สุวจี จันทร์ถนอม-ก๊อด (2543) การค้นหาแนวคิดเรื่องสิทธิสุขภาพและความเป็นธรรมในสุขภาพจากมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมเพื่อการปฏิรูปการดูแลสุขภาพในประเทศไทย: รายงานวิจัยเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

²⁷ ศุภสิทธิ์ พรธนนารุณทัตย์ (2543) ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ. นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

²⁸ วิโรจน์ ณ ระนอง และ อัญชนา ณ ระนอง (2550). การใช้ข้อมูลการสำรวจมาวัดผลกระทบของโครงการ 30 บาทยุทธศาสตร์สุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนและการลดความยากจนและการสร้างดัชนีชี้วัดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ: รายงานวิจัยเสนอสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

แม้ว่าจะมีมุมมองหรือข้อพิจารณาที่แตกต่างหรือคาบเกี่ยวกัน มากบ้าง น้อยบ้างเกี่ยวกับความหมายของความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ก็พอสรุปได้ว่า โดยหลักการที่เป็นที่ยอมรับได้ทั้งในกลุ่มของนักปรัชญาสังคมและนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข มักจะยอมรับว่า ความเป็นธรรมด้านสุขภาพจะเกิดได้ เมื่อบรรลุเงื่อนไขสำคัญ 2 ประการนี้ คือ

- 1) มีความเป็นธรรมในด้านการรับบริการที่จำเป็น (equity in health care utilization) โดยประชาชนทุกคนได้รับบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ (health needs) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะไม่เอาเศรษฐกิจฐานะของแต่ละคนมาเป็นเงื่อนไข
- 2) มีความเป็นธรรมในด้านการคลังสุขภาพ (equity in health care finance) การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการระดมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามความสามารถในการจ่าย (ability to pay) ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับเศรษฐกิจฐานะ

ความเสมอภาค (equality)

ความเป็นธรรมกับความเสมอภาคนั้น เป็นคนละอย่างกัน เพราะการทำให้คนในสังคมเสมอภาคกัน หมายถึง การทำให้เกิดความใกล้เคียงกันหรือลดความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ดีที่สุดกับกลุ่มที่แย่ที่สุด อาจหมายถึง การทำให้คนในสังคม “แยะ” ลงถ่วงน้ำหนักกัน และในหลายกรณี สังคมที่มีความไม่เสมอภาคกันก็อาจเป็นสังคมที่มีความเป็นธรรมแล้วก็ได้²⁹

²⁹ ศุภสิทธิ์, 2543 (อ้างแล้ว)

ความเท่าเทียม

ความเท่าเทียมมักเน้นไปที่สิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนพึงมีพึงได้ เมื่อกล่าวถึงความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือการได้รับบริการสุขภาพ มักมีความหมายที่เน้นไปที่คุณภาพบริการที่ได้รับ ที่ทุกคนภายใต้ระบบเดียวกัน ควรจะได้รับบริการที่ดีเท่ากันหรือเหมือนกัน³⁰

สิทธิสุขภาพ

สิทธิสุขภาพ เป็นสิทธิหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ตามหลักสิทธิมนุษยชนสากล คำนี้มีการใช้อยู่ในสามลักษณะใหญ่ๆ คือ สิทธิในสุขภาพ (health as right หรือ right to health) สิทธิในการได้รับการดูแลสุขภาพ (right to health care) และ สิทธิในการได้รับการคุ้มครองทางสุขภาพ (right to health protection) โดยสิทธิในการได้รับการดูแลสุขภาพมักถูกกล่าวถึงในทางปฏิบัติมากกว่า เพราะเป็นเรื่องที่นำมาปรับปรุงแก้ไขได้และมีองค์กร/สถาบันที่รับผิดชอบโดยตรง³¹

³⁰ สุวจี, 2543 (อ้างแล้ว)

³¹ สุวจี, 2543 (อ้างแล้ว)

สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

เลขมาตรฐานสากล 978-974-299-151-7

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2553 จำนวน 3,000 เล่ม

จัดทำโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2951 1286-93 โทรสาร 0 2951 1295

www.hsri.or.th

อนุเคราะห์ภาพปก

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)

รูปเล่ม

นายวัฒนสินธุ์ สุวรรธนานนท์

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒน์ไพศาล