

รายงานผลการศึกษา

“ชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรม
เพื่อประเมินผลการปฏิรูประบบสุขภาพไทย”

Benchmarks of Fairness for
Evaluating the Thai Health Care Reforms

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Equity in health) มีความหมายที่เป็นนามธรรม การแปลความหมายให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนจึงเป็นประโยชน์ต่อการจรรโลงสังคมโดยรวม ในประเทศไทยแม้จะมีความพยายามของรัฐบาลหลายสมัย ที่จะกระจายทรัพยากรสุขภาพ ให้ประชาชนในเขตทุรกันดารได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ควรได้ แต่ในนโยบายรัฐบาล ไม่เคยมีสมัยไหนที่ระบุเรื่องความเป็นธรรมอย่างชัดเจน แม้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบัน จะระบุว่าลดความเหลื่อมล้ำของความไม่เสมอภาคทางด้านสุขภาพ แต่ก็ไม่สามารถบอกถึงขั้นว่า จะลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพลงจากเท่าไร ให้เหลือเท่าไร ทั้งนี้ อาจเป็นเนื่องจากหลายสาเหตุ ตั้งแต่ความซับซ้อนของการตีค่าว่าเป็นธรรมทางสุขภาพหรือไม่ การวัดว่ามีความไม่เป็นธรรมในระดับใดไปจนถึงนโยบายการแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรม อาจมีความยุ่งยากซับซ้อนยิ่งกว่า (Na Songkhla et al 1997)

เนื่องจากภาวะสุขภาพของประชาชนนั้นขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม ปัจจัยด้านพันธุกรรม และด้านบริการสุขภาพเอง ดังนั้นความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจึงเป็นภาพสะท้อนของความไม่สมดุลย์ของสังคม ที่มีสาเหตุจากหลายปัญหา ทั้งความเหลื่อมล้ำของสถานะเศรษฐกิจและสังคม (การกระจายรายได้ที่ไม่เท่าเทียม ระดับการศึกษาและอาชีพที่ต่างกัน ฯลฯ) การมีองค์ประกอบทางชีววิทยา/ธรรมชาติที่ไม่เหมือนกัน วิธีชีวิตของคนแต่ละกลุ่มที่สัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมและยากที่จะปรับปรุง ตลอดจนลักษณะของระบบสาธารณสุขว่าจะเอื้ออำนวยต่อการแก้ปัญหา หรือยิ่งเป็นตัวปัญหาเสียเอง ระบบสาธารณสุขบางประเทศ ไม่ให้โอกาสในการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม หรือระบบบางแห่งขาดประสิทธิภาพ ทำให้การกระจายทรัพยากรที่หน้าจะมีเพียงพอ กลับกระจุกตัวอยู่ที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จนเกิดปัญหาความไม่เป็นธรรม ความไม่เป็นธรรมจึงเป็นลักษณะอาการ ที่ควรได้รับการแก้ไข การหาต้นเหตุของปัญหาเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ยังไม่ทราบสาเหตุของปัญหา การเฝ้าติดตามว่า สังคมยังมี “อาการที่ไม่เป็นธรรม”หรือไม่ จึงเป็นเครื่องมือสำคัญอันหนึ่ง เสมือนแพทย์อาศัย “ไข้” (fever) ในการเฝ้าติดตามว่าผู้ป่วยหายจากการติดเชื้อแล้วหรือไม่

ความตื่นตัวด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพเริ่มมีมากขึ้นเรื่อยๆ และจะเป็นประเด็นสำคัญในทศวรรษหน้า เห็นได้จากกระแสความตื่นตัวของนักวิชาการนานาชาติในหลายๆ ด้าน เช่น นักเศรษฐศาสตร์ที่ได้รับรางวัลโนเบลปี 2541 คือ Amartya Sen ได้รับรางวัลจากการศึกษาเรื่องเศรษฐศาสตร์ของความยากจน ซึ่งเข้ากันได้ดีกับกระแสเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิมนุษยชนของทั่วโลก รวมทั้ง การตื่นตัวด้านการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ที่มีความเป็นธรรม เป็นเป้าหมายสำคัญอันหนึ่ง นอกเหนือไปจาก ประสิทธิภาพ และคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่องนี้เกิดจากแนวคิดของ Professor Norman Daniel's แห่งมหาวิทยาลัยทัฟในอเมริกา ที่ต้องการทดสอบและขยายผลการใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมในการปฏิรูประบบสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินข้อเสนอการปฏิรูปในอเมริกา มาใช้วัดในการปฏิรูปของประเทศกำลังพัฒนา กรอบแนวคิดได้รับการพัฒนาและปรับปรุงจากการจัดเชิงปฏิบัติการในสี่ประเทศ คือ ไทย ปากีสถาน โคลัมเบีย และเม็กซิโก ในปี 2542 โดยได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ รายงานฉบับนี้เป็นการทดลองนำเครื่องมือที่ได้มีการพัฒนาขึ้นในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวไปทดสอบการปฏิรูปที่เกิดขึ้นในไทย โดยมีการทดสอบใช้ในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของจังหวัด พะเยา และยโสธรซึ่งอยู่ภายใต้โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากสหภาพยุโรป และทดสอบประเมินข้อเสนอการปฏิรูปที่ทำการศึกษาโดยคณะวิจัยที่เสนอผ่านธนาคารพัฒนาเอเชีย

คณะผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข รศ. ดร.ศรัทธา เจริญพานิช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และ รศ. นพ. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้ความเห็นต่อเครื่องมือที่ใช้และร่วมให้ความเห็นในการทดสอบเครื่องมือในการประเมินข้อเสนอของธนาคารพัฒนาเอเชีย และต้องขอขอบพระคุณ แพทย์หญิง เพชรศรี ศิริรินทร์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา และนพ.ประกาย วัฒนวิภา ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร และคณะแพทย์และสาธารณสุขอำเภอ ของทั้งสองจังหวัดที่ได้ให้ความเอื้อเฟื้อในการทดสอบการใช้เครื่องมือในการประเมินการปฏิรูปของจังหวัดที่ผ่านมา ตลอดจนขอบคุณสำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข ที่ได้เอื้อเฟื้อพื้นที่สำหรับการทดสอบ และท้ายสุดต้องขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ได้ให้การสนับสนุนทุนสำหรับการวิจัย และมูลนิธิสาธารณสุขไทยในฐานะผู้บริหารโครงการ

คณะผู้วิจัย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

มาตรวัดความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพนี้พัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยแห่ง มหาวิทยาลัยทัฟในอเมริกา เพื่อใช้ประเมินเปรียบเทียบข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของอเมริกาซึ่งเสนอโดยกลุ่มบุคคลต่างๆ ต่อมาได้มีแนวคิดที่จะขยายไปใช้ในประเทศกำลังพัฒนา โดยได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการขึ้นสามครั้งในสี่ประเทศ คือ โคลัมเบีย /เม็กซิโก ไทย และ ปากีสถาน ด้วยการสนับสนุนของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ เพื่อปรับเครื่องมือดังกล่าวให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในประเทศกำลังพัฒนา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมินผลการปฏิรูประบบสาธารณสุขของจังหวัดภายใต้โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากสหภาพยุโรป และทดสอบประเมินข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพไทยที่เสนอผ่านธนาคารพัฒนาเอเชีย

ชุดมาตรวัดความเป็นธรรมที่ได้รับจากต้นแบบ ประกอบด้วยมาตรวัด 9 ด้านด้วยกัน โดยมาตรวัดแรกเป็นการสาธารณสุขสหสาขา เป็นการประเมินปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ มาตรวัดที่ 2 – 5 เป็นมาตรวัดเกี่ยวกับความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ มาตรวัดที่ 6 และ 7 ประเมินด้านประสิทธิภาพของระบบ มาตรวัดที่ 8 เป็นการประเมินความเป็นประชาธิปไตย ความรับผิดชอบต่อสังคม และการเสริมพลังให้แก่ประชาชน และมาตรวัดสุดท้ายเป็นเรื่องความเป็นอิสระของผู้ให้บริการและผู้บริโภค เมื่อพิจารณาชุดมาตรวัดดังกล่าวจะเห็นว่ามิได้จำกัดเฉพาะการประเมินด้านความเป็นธรรมแต่ได้มองอย่างรอบด้าน ทั้งนี้เนื่องจากภายใต้ภาวะทรัพยากรที่จำกัดนั้น การที่จะให้ระบบมีความเป็นธรรมมากขึ้นจำเป็นที่ระบบจะต้องมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส และมีระบบการตรวจสอบควบคุมกำกับร่วมด้วย เพื่อให้มีทรัพยากรเพียงพอในการที่จะมากระจายความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคม เครื่องมือดังกล่าวมุ่งหวังในการใช้เป็นกรอบในการประเมินความรอบด้าน จุดแข็งจุดอ่อนของข้อเสนอ/แผน และการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยอาศัยความเห็นของผู้ประเมินในการให้ค่าในลักษณะของการจัดลำดับ (ranking) สิ่งที่น่าคิดว่าเกิดขึ้น/ผลสำเร็จที่เกิดขึ้น พร้อมกับการให้เหตุผลสนับสนุนการประเมิน

จากการทดสอบการใช้เครื่องมือในการประเมินทั้งผลสำเร็จของการปฏิรูป และข้อเสนอการปฏิรูปพบว่าเครื่องมือดังกล่าวสามารถใช้ในการประเมินทั้งสองกรณี อย่างไรก็ตามก็ดีการใช้เป็นเครื่องมือประเมินข้อเสนอหรือแผนการปฏิรูปมีความเหมาะสมกว่าเพื่อตรวจสอบแผน ปัจจัยนำเข้า กลไก กฎเกณฑ์ และกระบวนการตรวจสอบว่าจะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการมากน้อยเพียงใด ในการนำไปใช้ประเมินความสำเร็จในการปฏิรูปของจังหวัดนั้นพบว่ามิใช่ได้แรงแรงมาก และมีความแปรปรวนของคะแนนที่ให้ค่อนข้างมาก สืบเนื่องจากข้อจำกัดด้านการรับรู้ข้อมูลของผู้ประเมินกลุ่มต่างๆ ดังนั้นหากเป็นการประเมินความสำเร็จของการปฏิรูปการวัดในเชิงปริมาณอาจมีความเหมาะสมมากกว่า สำหรับในการนำไปใช้นั้นจำเป็นต้องมีการปรับรายละเอียดให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละระดับและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ และควร

ต้องมีการให้เหตุผลประกอบในการให้คะแนน ทั้งนี้เครื่องมือดังกล่าวมีจุดเด่นตรงที่มุ่งตรวจสอบทั้ง แผน
ปัจจัยนำเข้า กลไก กฎเกณฑ์กระบวนการ ตลอดจนผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

เครื่องมือนี้สามารถใช้เป็นกรอบในการพิจารณาความรอบด้าน และจุดแข็งจุดอ่อนของข้อเสนอ
การปฏิรูปได้เป็นอย่างดี จากการทดสอบการใช้เครื่องมือในการประเมินข้อเสนอของธนาคารพัฒนาเอเชีย
ดังนั้นเครื่องมือนี้จึงเหมาะที่จะใช้เป็นกรอบในการประเมิน แผนการปฏิรูป/พัฒนาสาธารณสุขทั้งในระดับ
ชาติ และระดับจังหวัด เช่นแผนพัฒนาฯฉบับที่ 9 แผนการพัฒนาของรัฐบาลใหม่ แผนการพัฒนาของ
จังหวัด ฯลฯ

Executive Summary

The benchmarks of fairness for health system reform was developed by Professor Norman Daniel's of Tufts University intending to compare reform proposals for American health care system. To extend the use of these benchmarks in developing countries, three workshops were held in Columbia/Mexico, Thailand, and Pakistan supported by the Rockefeller Foundation. This study aims to test the adapted benchmarks as a tool to assess the ADB's proposal on health system development published in 1999 and to evaluate the achievement of health care reform activities in two provinces supported by EU, Payao and Yasothon.

The adapted benchmarks compose of 9 benchmarks. The first benchmark concerns with intersectional public health or intersectional efforts to improve social determinants. Benchmarks 2 – 5 relate to equity issues and benchmarks 6 - 7 intend to evaluate efficiency of the system. Benchmark 8 concerns with democracy, accountability, and empowerment, provider and consumer autonomy are the final benchmarks. The tool does not include only equity issues but also efficiency issues and accountability. According to scarce resource, then efficiency and accountability should be included to ensure that sufficient resources will be available for achieving equity. The tool is aimed to use as a framework for policy analysis, identifying strengths and weaknesses of the reform proposal, ensuring that appropriate inputs, mechanisms, and strategies are existed to achieve equity. To use the benchmarks, a scoring system is applied as a ranking on complex dimensions, not cardinal measures of some quantity, in addition to an explanation for its rationale of score provided.

In testing the adapted benchmarks, it shows that the benchmarks could be used as a tool to assess both achievement of reform and assess reform proposal. However, assessment of reform proposal may be more appropriate in use since there were large variations of score in assessing achievement in both provinces. Background and perception of evaluators determine the different of score provided, therefore, interpretation of the result should be made with caution especially, when it has been used to assess achievement of the reform. Providing information before scoring process would reduce deviation and improving reliable of the score. The details of each benchmark should be adopted to fit with the contexts of particular country or province.

The benchmarks could be used as an analytical framework to assess comprehensiveness, strengths and weaknesses of reform proposal quite well as shown in assessing the ADB's proposal. Therefore, it should be used as an analytical framework tool for assessing the reform proposal, national health plan or even provincial health plan, for examples, the Health Development Plan under the 9th Social and Economic Development Plan, the Health Development Plan of new government, the Provincial Health Plan proposed to Provincial Health Board etc.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
Executive Summary	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
1. บทนำ	1
1.1 ความเป็นมา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย	3
1.4 ระเบียบวิธีการวิจัย	4
1.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน	4
1.6 พื้นที่การวิจัย	5
1.7 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย	5
1.8 ผลลัพธ์ของชุดดัชนี	5
2. นิยาม กระแส และการติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ	6
2.1 ความเป็นธรรมหมายถึงอะไร	6
2.2 ความเป็นธรรมทางสุขภาพ	8
2.3 กระแสการศึกษความเป็นธรรมทางสุขภาพนานาชาติ	10
2.4 กระแสเรื่องความเป็นธรรมในสังคมไทย : คนจนมีสิทธิมั๊ยครับ	15
2.5 ตัวชี้วัดความเป็นธรรม และข้อมูลเพื่อการติดตาม	20
2.6 เครื่องมือและกลไกการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ	24
2.7 เครื่องมือวัดความเป็นธรรมในการปฏิรูประบบสุขภาพ	26
3. เครื่องมือวัดความเป็นธรรมในการปฏิรูประบบสุขภาพ	30
3.1 มาตรฐานที่ 1 การสาธารณสุขสาขา	30
3.2 มาตรฐานที่ 2 สิ่งกีดกั้นด้านการเงินในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม	31
3.3 มาตรฐานที่ 3 สิ่งกีดกั้นที่ไม่ใช่ตัวเงินในการเข้าถึงบริการ	32
3.4 มาตรฐานที่ 4 ความรอบด้านและการแบ่งชั้นของชุดสิทธิประโยชน์	33
3.5 มาตรฐานที่ 5 ความเป็นธรรมในระบบการคลังสุขภาพ	33

	หน้า
3.6 มาตรฐานที่ 6 ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ	34
3.7 มาตรฐานที่ 7 ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ	35
3.8 มาตรฐานที่ 8 ประชาธิปไตย ความรับผิดชอบ และพลังประชาชน	37
3.9 มาตรฐานที่ 9 ความเป็นตัวเองของผู้บริโภคและผู้ให้บริการ	37
3.10 การให้คะแนนและการนำเครื่องมือไปใช้	38
4. การทดสอบเครื่องมือวัดความเป็นธรรมในการปฏิรูประบบสาธารณสุขไทย	40
4.1 โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข	42
4.1.1 การพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดพะเยา	42
4.1.2 การพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดยโสธร	46
4.2 แผนการปฏิรูปเสนอโดยธนาคารพัฒนาเอเซีย	48
4.3 การให้คะแนนโดยใช้ชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรม	50
4.4 ข้อคิดเห็นต่อเครื่องมือที่ใช้	53
4.5 ความคิดเห็นสำหรับแต่ละมาตรฐาน	54
5. สรุปและอภิปราย	57
บทสรุปและข้อเสนอแนะ	62
6. เอกสารอ้างอิง	64
ภาคผนวก 1 แสดงรายละเอียดผลการให้คะแนนของการพัฒนาจังหวัดพะเยา	70
ภาคผนวก 2 แสดงรายละเอียดผลการให้คะแนนการพัฒนาจังหวัดยโสธร	72
ภาคผนวก 3 แสดงเครื่องมือวัดความเป็นธรรมในการปฏิรูประบบสุขภาพไทย	74

สารบัญตาราง

	หน้า
<u>ตารางที่ 2.1</u> ชุดตัวชี้วัดที่แสดงความเป็นธรรมในสังคม (Equity)	19
<u>ตารางที่ 2.2</u> ตัวชี้วัด ตัวแปร และแหล่งข้อมูลเพื่อศึกษาความเป็นธรรมทางสุขภาพ	21
<u>ตารางที่ 2.3</u> ตัวชี้วัดสำหรับติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ	22
<u>ตารางที่ 2.4</u> กรอบตัวชี้วัดสำหรับการวิจัยติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพของ ENHR	22
<u>ตารางที่ 2.5</u> กลไกในการส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพ	25
<u>ตารางที่ 2.6</u> ขั้นตอน 8 ขั้นตอนของการเฝ้าติดตามความเป็นธรรมเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย	25
<u>ตารางที่ 2.7</u> ตัวอย่างการใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมของกับระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันของสหรัฐอเมริกา	27
<u>ตารางที่ 4.1</u> สรุปรูปแบบการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันของนานาประเทศ	40
<u>ตารางที่ 4.2</u> แสดงหลักการและวัตถุประสงค์ของการปฏิรูปตามข้อเสนอ 4 ประการหลักของธนาคารพัฒนาเอเชีย	49
<u>ตารางที่ 4.3</u> คะแนนเฉลี่ยของมาตรวัดด้านต่างๆของการปฏิรูปในจังหวัดพะเยาและยโสธร	51
<u>ตารางที่ 4.4</u> ผลการให้คะแนนสำหรับข้อเสนอการปฏิรูปของธนาคารพัฒนาเอเชีย	52

1.1 ความเป็นมา

ชุดดัชนีความเป็นธรรมเพื่อประเมินผลกระทบของการปฏิรูประบบสาธารณสุข (Benchmarks of Fairness for the Health Care Reform) พัฒนาขึ้นในสหรัฐอเมริกา โดย Daniel's et al (1996) เพื่อประเมินความเหมาะสมของโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประธานาธิบดีคลินตัน เปรียบเทียบกับโครงการปฏิรูปอื่นๆ ที่ช่วงกระแสสูงในสหรัฐอเมริกา Professor Norman Daniel's ผู้พัฒนาชุดดัชนีฯ คิดว่าน่าจะนำชุดดัชนีนี้มาใช้ในการประเมินในประเทศอื่นๆ ได้ด้วย จึงขอทุนสนับสนุนในการพัฒนาต่อจาก Rockefeller Foundation เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศ เม็กซิโก โคลัมเบีย ปากีสถาน และไทย

เมื่อวันที่ 22-30 มีนาคม 2542 มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ จัดประชุมสัมมนา ดัชนีความเป็นธรรมทางสุขภาพ สำหรับประเทศไทย และประชุมกลุ่มย่อยต่อในเรื่อง ชุดดัชนีความเป็นธรรมเพื่อประเมินผลกระทบของการปฏิรูประบบสาธารณสุข เพื่อหาต้นแบบของดัชนีนี้ โดยใช้กรณีศึกษาของประเทศไทย เปรียบเทียบกับ เม็กซิโก โคลัมเบีย และปากีสถาน คณะผู้วิจัย ได้ปรับความเข้าใจเบื้องต้นเรียบร้อยแล้ว ในการสัมมนาครั้งที่ 1 และมีแผนการให้ประเทศต่างๆ ทดลองนำชุดดัชนีนี้ วัดผลกระทบด้านความเป็นธรรมของโครงการปฏิรูปที่มีอยู่ เพื่อการประชุมสัมมนาติดตามในครั้งที่ 2

อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์จากการประชุมครั้งแรก ยังมีข้อวิจารณ์ว่า ชุดดัชนียากต่อการทำความเข้าใจ เป็นดัชนีสำหรับการวัดเชิงปริมาณ (Quantitative) หรือเชิงคุณภาพ (Qualitative) เป็นการประเมินที่มีหลักฐานสนับสนุน (Objectivity) หรือเป็นการตีค่าจากความคิดเห็น (Subjectivity) ดังนั้น ก่อนที่จะสรุปว่าชุดดัชนีนี้สามารถนำมาใช้ในประเทศต่างๆ ได้จริงหรือไม่ ต้องมีขั้นตอนในการดำเนินงานอีกดังต่อไปนี้

- ทำชุดของดัชนีให้ง่าย (simplify) และชัดเจน (clarify) ต่อการใช้
- ทดสอบดัชนีกับโครงร่างข้อเสนอการปฏิรูป (validity)
- สรุปเป็นองค์ความรู้ (modify) ของดัชนีชี้วัดความเป็นธรรม

เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบความเป็นไปได้ของการใช้ชุดดัชนีนี้ระหว่างประเทศดังกล่าว จึงควรดำเนินการทดสอบชุดดัชนีนี้กับกระแสการปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศไทย ทั้งที่ดำเนินการไปแล้ว กับที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

การปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศไทย ที่กำลังดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในขณะนี้ (ตั้งแต่ปี 2540 และจะสิ้นสุดในปี 2543) ได้รับการสนับสนุนจากสหภาพยุโรป มีวัตถุประสงค์เพื่อ

“หารูปแบบระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม โดยเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ (efficiency) มีความเสมอภาค (equity) มีคุณภาพบริการที่ดี (quality of care) ตลอดจนสังคมเข้ามามีส่วนร่วมและสามารถตรวจสอบได้ (social accountability)” ประเด็นสำคัญของการปฏิรูปมี 10 ประการได้แก่ ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านสาธารณสุข การเพิ่มประสิทธิภาพโรงพยาบาลของรัฐ การพัฒนาคุณภาพบริการขั้นปฐมภูมิ การปรับบทบาทสถานบริการสาธารณสุข การพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรสาธารณสุข การพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข บทบาทของภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสาธารณสุข กฎหมายสาธารณสุข และการสังเคราะห์นโยบายสาธารณสุข โดยกรอบของการวิจัยและพัฒนาของโครงการมี 4 ด้าน ได้แก่ การวิจัยและพัฒนาระดับนโยบาย การพัฒนาโครงสร้างการจัดระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ การพัฒนานุคลากร และการมีส่วนร่วมของชุมชนและการประสานองค์กรต่างๆ

ส่วนการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทยที่กำลังจะเกิดขึ้น ได้แก่ ข้อเสนอของโครงการศึกษาการบริหารจัดการด้านสุขภาพและการคลังของประเทศไทย (Thailand: Health Management and Financing Study Project) ของธนาคารพัฒนาเอเชีย และ กรอบนโยบายของโครงการเงินกู้เพื่อปฏิรูปบริการภาครัฐของธนาคารโลก (Thailand: Public Sector Reform Loan)

โครงการศึกษาการบริหารจัดการด้านสุขภาพและการคลังของประเทศไทย ธนาคารเอเชีย มีข้อเสนอเพื่อปรับปรุงระบบสาธารณสุขในระยะสั้น 4 ระบบได้แก่ การกระจายบุคลากรสาธารณสุข ระบบส่งต่อของบริการสาธารณสุข การปรับโรงพยาบาลรัฐให้บริหารงานอย่างอิสระ และการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข (ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน สวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล และโครงการบัตรประกันสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข) นอกจากนั้น ยังมีข้อเสนอระยะกลาง ที่ให้ปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข ให้สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage) แก่ประชาชนไทยทั้งหมด และปรับระบบบริหารจัดการสาธารณสุขให้ระดับจังหวัด ให้เป็นลักษณะของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด และกระจายอำนาจการบริหารงบประมาณให้แก่คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด

กรอบนโยบายของโครงการเงินกู้เพื่อปฏิรูปบริการภาครัฐของธนาคารโลก มีข้อเสนอแนะบางส่วนที่คล้ายคลึงกันกับข้อเสนอของธนาคารพัฒนาเอเชีย โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการ ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิผลของนโยบายสาธารณสุขโดยพัฒนาการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข (Improve public resource management to enhanced policy performance) การเพิ่มคุณภาพของบริการสาธารณสุขโดยการพัฒนาระบบการจ่ายเงิน/จัดสรรงบประมาณที่ใช้มาตรฐานราคากลาง (Improve performance of public providers through standardized performance-based provider payment mechanisms for

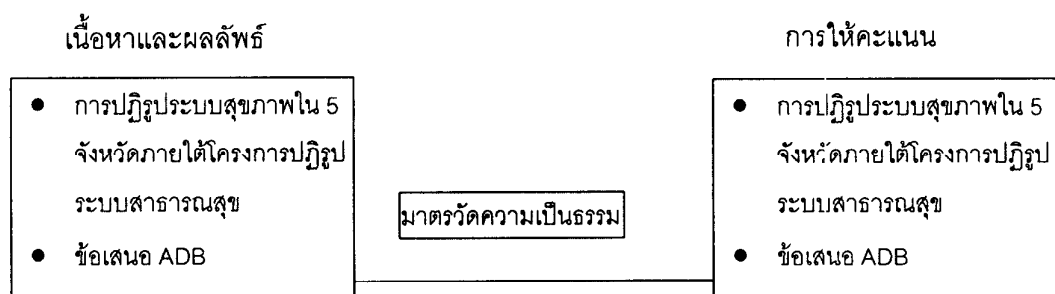
better services) การเพิ่มความรับผิดชอบของผู้ให้บริการภาครัฐต่อประชาชน (Improve accountability of public providers) และเพิ่มการตรวจสอบจากชุมชน โดยปรับระบบการบริหารจัดการให้มีความโปร่งใส (Improve transparency in governance of public providers)

ดังนั้น การใช้ชุดดัชนีความเป็นธรรม เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และจะเกิดขึ้นในอนาคต จะเกิดประโยชน์ต่อการปรับเป้าหมายของการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศไทย ให้มีความชัดเจนขึ้นได้ด้วย

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทดสอบการนำชุดดัชนีความเป็นธรรม เพื่อประเมินผลงานของโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการสนับสนุนจากสหภาพยุโรป
2. เพื่อทดสอบการนำชุดดัชนีความเป็นธรรม เพื่อประเมินโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข ที่เสนอโดย ธนาคารพัฒนาเอเชีย

1.3 กรอบแนวคิดการวิจัย



ในภาพข้างต้นของกรอบแนวคิดการวิจัย ชุดของดัชนีความเป็นธรรม จะเป็นเครื่องมือในการวัดเป้าหมายความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขใน 5 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น ยโสธร พะเยา พระนครศรีอยุธยา และสงขลา และจะใช้วัดเป้าหมายความเป็นธรรมของโครงการปฏิรูปที่เสนอโดยธนาคารพัฒนาเอเชีย และธนาคารโลก เปรียบเทียบคะแนนให้เห็นว่า ผลงานหรือแนวคิดในโครงการใด ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมมากกว่ากัน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ว่า ชุดดัชนีนี้ สามารถนำไปใช้กับสถานการณ์อื่นๆ ได้มากน้อยเพียงใดต่อไป

ชุดดัชนีความเป็นธรรมที่จะใช้วัด มี 9 ประเด็น ดังต่อไปนี้

Benchmark 1 การสาธารณสุขสหสาขา

Benchmark 2 อุปสรรคด้านการเงินของการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม

Benchmark 3 อุปสรรคนอกเหนือด้านการเงินของการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม

Benchmark 4 บุรณาการของสิทธิประโยชน์และการแบ่งชั้นของสิทธิประโยชน์

Benchmark 5 การคลังสุขภาพที่มีความเป็นธรรม

Benchmark 6 คุณค่าของเงิน และประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ

Benchmark 7 คุณค่าของเงิน และประสิทธิภาพทางการเงิน

Benchmark 8 ประชาธิปไตย ความโปร่งใส และการเสริมอำนาจประชาชน

Benchmark 9 ความเป็นอิสระของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

1.4 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัย 2 ประการได้แก่

1. การวิจัยเอกสาร
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเอกสาร มีขอบเขตดังนี้

- รวบรวมและวิเคราะห์ตัวแบบของชุดดัชนีความเป็นธรรม โดยสังเคราะห์เป็นวิธีที่จะนำไปใช้ให้คะแนน
- วิเคราะห์เอกสารรายงานผลการวิจัย ของจังหวัดทั้ง 5 ที่จะเกี่ยวข้องกับประเด็นในชุดดัชนีความเป็นธรรม
- วิเคราะห์เอกสารข้อเสนอของธนาคารพัฒนาเอเชีย ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นในชุดดัชนีความเป็นธรรม

การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึก และการประชุมกลุ่ม

- ในจังหวัดโครงการปฏิรูป ทำการสัมภาษณ์เจาะลึก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประชุมกลุ่มผู้วางแผนสาธารณสุขของจังหวัด/อำเภอ ผู้ให้บริการที่ระดับจังหวัด/อำเภอ
- ข้อเสนอของธนาคารพัฒนาเอเชีย ประชุมกลุ่มกับคณะทำงานที่ปรึกษาทางวิชาการให้กับธนาคารพัฒนาเอเชีย

1.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. สังเคราะห์ผลการประชุมปฏิบัติการครั้งที่ 1 ระหว่าง เม็กซิโก โคลัมเบีย ไทย และปากีสถาน โดยสร้างเป็นแบบเก็บข้อมูลในการประชุมกลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมกับฐานของการให้คะแนนเพื่อการเปรียบเทียบ ก่อน/หลังการปฏิรูป

2. ทดสอบการประเมินกับโครงร่างการปฏิรูป ของทั้ง 2 โครงการ (Dry run กับโครงร่างของ ADB และ World Bank)
3. ทบทวนและแก้ไข ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไข (ภายในเดือน ก.ย. 2542)
4. ทดสอบกับพื้นที่จริง ระดับจังหวัด หรืออำเภอ (ภายในเดือน ต.ค. 2542 โดยประชุมกับพื้นที่)
5. ประเมินผล และทบทวนครั้งสุดท้าย (ภายในเดือน ธ.ค. 2542 เป็นประชุมเปรียบเทียบกับประเทศอื่น)

1.6 พื้นที่ดำเนินการ

1. จังหวัดที่ดำเนินการวิจัยปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ จังหวัดพะเยา ขอนแก่น ยโสธร พระนครศรีอยุธยา สงขลา
2. ข้อเสนอการปฏิรูประบบการคลังและการบริหารสาธารณสุข ของ ธนาคารพัฒนาเอเชีย คือคณะทำงานที่ปรึกษาทางวิชาการ 7 คน

1.7 ระยะเวลาดำเนินการ

ตุลาคม 2542 – มกราคม 2543

ตุลาคม – พฤศจิกายน 2542 เก็บข้อมูลในพื้นที่

ธันวาคม 2542 เก็บข้อมูลที่กรุงเทพฯ/นนทบุรี

ธันวาคม 2542- มกราคม 2543 เขียนรายงาน

1.8 ผลลัพธ์ของการทำชุดดัชนีฯ

1. ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ประเมินผลกระทบจากการปฏิรูป
2. เป็นฐานของการอภิปราย ทิศทางของการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศไทย
3. ใช้เป็นเอกสารการสอนนิสิตแพทย์ โดยเฉพาะเรื่อง จริยศาสตร์ทางการแพทย์
4. เป็นรายวิชาหนึ่งของนักศึกษาปริญญาโท ด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุข เช่น หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฯลฯ
5. เป็นพื้นฐานของการพัฒนาโปรแกรมประเมิน ติดตั้งในเครือข่ายคอมพิวเตอร์ทั่วโลก (World Wide Web)

2. นิยาม กระแส และการติดตามประเมินความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

2.1 ความเป็นธรรมหมายถึงอะไร

ความเป็นธรรม (Equity) เป็นนามธรรมที่ต้องการคำนิยามเชิงปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ภาษาอังกฤษเองก็มีคำหลายคำที่มีความหมายคล้ายกันและอาจก่อให้เกิดความสับสน เช่น Equality Ethics Equity Fairness Justice คำแรกนั้นหมายถึงการเท่ากัน ส่วนคำที่สองนั้นหมายถึงหลักจรรยาซึ่งค่อนข้างเป็นนามธรรมมาก ส่วนสามคำหลังนั้นความหมายใกล้เคียงกัน หมายถึง ความยุติธรรม ความถูกต้อง ความเที่ยงธรรม คำศัพท์ไทยก็มีผู้ใช้คำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน 2-3 คำ ได้แก่ ความเสมอภาค ความยุติธรรม และความเป็นธรรม พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายของคำ "เสมอภาค" ว่า มีส่วนเท่ากัน เท่าเทียมกัน ซึ่งน่าจะตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า equality ส่วน "ยุติธรรม" หมายถึง ความเที่ยงธรรม ความชอบธรรม ความชอบด้วยเหตุผล และคำว่า "ธรรม" ซึ่งมีหลายความหมาย แต่นำมาอ้างในที่นี้มีความหมายคล้ายคลึงกับคำว่า ยุติธรรม คือ ความถูกต้อง เช่น ความเป็นธรรมในสังคม เนื่องจากคำว่า ยุติธรรม มีบริบทที่ใกล้เคียงกับกระบวนการทางกฎหมายมากเกินไป ดังนั้นผู้เขียน จึงเลือกใช้คำว่า "ความเป็นธรรม" เพื่อสื่อความหมายของคำภาษาอังกฤษว่า equity¹ แต่ในบางครั้งจะใช้คำว่า ความเสมอภาค เพราะคำศัพท์ในภาษาอังกฤษใช้ equalities

หลักจรรยา (Ethics) นั้นหมายถึงชุดของหลักการหรือข้อตกลง หลักปฏิบัติ และกระบวนการตัดสินใจที่ได้รับการยอมรับกันในสังคม ในการควบคุมกำกับปฏิบัติของคนในสังคมในการอยู่ร่วมกัน (Whitehead, M 1994) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมีหลักการพื้นฐานสามประการคือ การเคารพในสิทธิของผู้อื่น การเกื้อกูลกันของคนในสังคม และความยุติธรรมในการใช้อำนาจทางการเมือง ทรัพยากร การไม่แบ่งแยกคน และการให้โอกาสสำหรับบุคคลและกลุ่มต่างๆ

นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข McLachlan and Maynard (1982) เปรียบ ความเป็นธรรม เหมือนความงาม ซึ่งขึ้นอยู่กับการตีคุณค่าของผู้ตัดสิน

"...equity, like beauty, is in the mind of the beholder."

ส่วน Whitehead, M (1994) ได้ให้นิยามไว้ว่าหมายถึง ความยุติธรรมที่เกี่ยวกับกฎของสังคมหรือสิทธิของคน นั่นคือความเป็นธรรมในสังคมจะเกิดขึ้นเมื่อกลุ่มบุคคลหรือปัจเจกชนได้รับสิ่งที่เขามีความชอบธรรมจะได้รับตามธรรมชาติหรือตามหน้าที่การงาน

¹ Equity n. (U) fairness; right judgment; (esp., English law) principles of justice used to correct law when these would apply unfairly in special circumstances (Hornby et al 1971). Equity = fairness, social justice.

“ justice according to natural law or right.....it is clearly related to social justice, which exists when conditions allow associations and individuals to obtain what they are entitled to according to their nature or vocation ”

แบบไหนถึงจะเรียกว่ามีความเป็นธรรม กรณีแรก การปันส่วนอย่างเท่ากัน (to each an equal share) เช่นการแบ่งของ /ห้องพัก /ที่ดิน เป็นสองส่วนให้กับลูกสองคนเท่าๆกัน กรณีนี้ดูแล้วก็น่าจะเป็นธรรมดี อีกกรณีหนึ่งพ่อแม่แบ่งอาหารให้ลูกสองคนเท่ากัน แต่อายุต่างกันหรือต่างเพศกัน กรณีนี้ดูแล้วก็อาจบอกว่าไม่เป็นธรรม เนื่องจากวัยที่ต่างกันความต้องการปริมาณอาหารไม่เท่ากันหรือเพศที่ต่างกันก็ทำให้ความต้องการพลังงานต่างกัน ดังนั้นกรณีนี้การปันส่วนตามความจำเป็น (to each according to need) น่าจะมีความเป็นธรรมมากกว่า กรณีต่อไปในการทำงานนั้นหากทุกคนได้รับผลตอบแทนเท่ากันก็จะไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน นอกจากนั้นก็อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรมสำหรับคนที่ทำงานมากกว่า การปันส่วนตามความสามารถ (to each according to effort) จึงดูจะเหมาะสมกว่า อีกรูปแบบหนึ่งของการปันส่วนคือการปันส่วนตามการจ่ายเงินล่วงหน้า (to each according to contribution) เช่นการถือหุ้นในธุรกิจ คนที่มีหุ้นมากกว่าก็ย่อมจะได้รับผลตอบแทนมากกว่าเป็นสัดส่วนกันตามจำนวนหุ้นที่ถือ ในกรณีการคัดเลือกคนให้เข้ามาทำการบริหารบ้านเมืองหรือหน่วยงานบุคคลที่มีคุณสมบัติและความเหมาะสมก็น่าจะได้รับการแต่งตั้งหรือส่งเสริมให้ก้าวหน้าในหน้าที่การงานเป็นการปันส่วนตามคุณธรรม (to each according to merit) นอกจากนั้นในระบบการตลาดแบบเสรี คนที่มีเงินก็สามารถซื้อสินค้าและบริการมากก็สามารถได้รับบริการที่มากกว่าเป็นการปันส่วนตามความสามารถในการจ่าย (to each according to ability to pay) ในกรณีต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า นิยามของความเป็นธรรมนั้นไม่ได้มีความหมายอย่างเดียวกันในบริบทที่ต่างกัน นอกจากนั้นก็ยังแปรเปลี่ยนไปได้ตามการให้คุณค่าของสังคม ตามลักษณะของสังคม วัฒนธรรม และการเมืองของสังคมนั้นๆ แต่อย่างหนึ่งที่ชัดเจนคือ ความเป็นธรรมนั้นมิได้หมายความว่าเท่ากัน และต้องมีเงื่อนไข และบริบทกำกับ การให้คำจำกัดความของความเป็นธรรมจึงเป็นเรื่องยาก เพราะเกี่ยวกับการตีคุณค่าซึ่งให้ความสำคัญที่แตกต่างกันไประหว่างนักคิดสาขาต่างๆ the Commission of Social Justice ในอังกฤษได้กำหนดหลักการพื้นฐานสำคัญสี่ประการสำหรับความเป็นธรรมในสังคมคือ

- (1) คนทุกคนมีค่าเท่ากัน
- (2) ทุกคนมีความชอบธรรมที่จะได้รับความยอมรับและเป็นตัวของตัวเอง และเข้าถึงโอกาสต่างๆได้อย่างเท่าเทียมกัน
- (3) ทุกคนมีความชอบธรรมที่จะสามารถเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ รายได้ อาหาร ที่อยู่อาศัย การศึกษา และสุขภาพ
- (4) ความไม่เท่าเทียมกันที่ไม่ยุติธรรมควรต้องลดลงหรือขจัดให้หมดไป

2.2 ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข Mooney (1986) ให้คำจำกัดความของความไม่เสมอภาคทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมโดยนำคณิตศาสตร์ของการมีส่วนร่วมเท่ากัน (equality) มาเป็นเกณฑ์วัดความเป็นธรรมได้ตามความหมาย 7 ข้อดังนี้:

1. ความเสมอภาคของรายจ่ายต่อหัว (Equality of expenditure per capita)
2. ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าต่อหัว (Equality of inputs per capita)
3. ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of inputs for equal need)
4. ความเสมอภาคของการเข้าถึงสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of access for equal need)
5. ความเสมอภาคของการใช้บริการสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of utilisation for equal need)
6. ความเสมอภาคของความจำเป็นต่อหน่วยสุดท้ายที่สัมฤทธิ์ผล (Equality of marginal met need)
7. ความเสมอภาคของสุขภาพ (Equality of health)

คำจำกัดความข้อที่ 1-2 เป็นการหารต่อหัวอย่างง่ายทางเลขคณิต ซึ่งเสี่ยงต่อการวิพากษ์ว่า ไม่น่าจะใช่ความเป็นธรรมอย่างแท้จริง ส่วนคำจำกัดความที่ 3-5 เป็นการเปรียบเทียบต่อความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากัน ซึ่งเป็นแนวคิดของความไม่เสมอภาคทางแนวราบ ที่จะอภิปรายต่อไป คำจำกัดความที่ 6 เป็นวิธีมองอย่างนักเศรษฐศาสตร์เพื่อจัดสรรงบประมาณที่มีจำกัด ให้สามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์ต่อหน่วยสุดท้ายในทุกๆ สังคม ส่วนคำจำกัดความที่ 7 น่าจะเป็นเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ

ย้อนหลังไปถึงยุคของอริสโตเติล มีการจัดกลุ่มความเป็นธรรม เป็น 2 ประเภทคือ ความเป็นธรรมในแนวตั้ง และ ความเป็นธรรมในแนวราบ โดยความเป็นธรรมในแนวตั้งหมายถึง การได้รับการดูแลที่แตกต่างกันเมื่อมีความจำเป็นที่ต่างกัน (Unequal treatment for unequal need) และความเป็นธรรมในแนวราบคือ การได้รับการดูแลที่เหมือนกันเมื่อมีความจำเป็นอย่างเดียวกัน (Equal treatment for equal need) ซึ่ง Culyer (1991) ได้อภิปรายถึงระดับต่างๆ ของความเป็นธรรมทั้งสองอย่าง ไว้ว่า:

ความเป็นธรรมในแนวราบ (Horizontal equity)

ระดับ H1 การได้รับการดูแลที่เท่ากันสำหรับผู้ที่มีสถานะสุขภาพเริ่มแรกเท่ากัน (Equal treatment of those with equal initial health)

ระดับ H2 การได้รับการดูแลเท่ากันเมื่อมีความจำเป็นเท่ากัน (Equal treatment for equal need)

ระดับ H3 การได้รับการดูแลเท่ากันสำหรับผู้ที่มีความหมายว่าจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เท่ากัน (Equal treatment for those with equal expected final health)

ความเป็นธรรมในแนวดิ่ง (Vertical equity)

ระดับ V1 การได้รับการดูแลที่มากกว่า สำหรับผู้ที่มีสถานะสุขภาพเริ่มแรกที่ย่ำแย่กว่า (More favourable treatment for those with worse initial health)

ระดับ V2 การได้รับการดูแลที่มากกว่า สำหรับผู้ที่มีความจำเป็นที่มากกว่า (More favourable treatment for those with greater need)

ระดับ V3 การได้รับการดูแลที่มากกว่าสำหรับผู้ที่มีความหมายว่าจะมีสถานะสุขภาพสุดท้ายที่ต่ำกว่า (More favourable treatment for those with worse expected final health)

ความหมายของ Culyer มีความสอดคล้องกับของ Mooney พอสมควร เพราะเมื่อตีความว่า การได้รับการดูแล “treatment” หมายถึง รายจ่าย บัณฑิตยนำเข้า การเข้าถึง หรือการให้บริการ ความหมายของ Culyer มีความต่อเนื่องของเวลามากกว่า นั่นคือ ระดับที่ 1 หมายถึงสถานะสุขภาพในระยะเริ่มต้น และ ระดับที่ 3 หมายถึง การมองถึงผลลัพธ์ที่จะได้ในระยะสุดท้าย

Pereira (1989) สรุปว่า คำจำกัดความที่ดีของความเป็นธรรม จะต้องบรรลุคุณสมบัติต่อไปนี้คือ สามารถเข้าใจได้ง่าย (easily comprehensible) มีความเจาะจงและทนทาน (specific and rigorous) ใช้ถ้อยคำตามแบบของเศรษฐศาสตร์ปทัสถาน (normative economics) ไม่ต้องการข้อมูลที่มาเกินไปจำเป็น และเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง สำหรับการบรรลุถึงนโยบายความเป็นธรรมทางสุขภาพ

Whitehead, M (1990) ได้ให้หลักการว่า ความเป็นธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้นหมายถึง ประชาชนทุกคนควรได้รับโอกาสอย่างเป็นธรรมในการที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีตามศักยภาพของร่างกาย หรือทางปฏิบัติคือไม่ควรมีคนที่ย่ำแย่โอกาสในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง หากสามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้น การส่งเสริมความเป็นธรรมในด้านสุขภาพจึงเกี่ยวกับ การสร้างโอกาส และการจัดสิ่งกีดขวางในการพัฒนาสุขภาพให้ติดตามศักยภาพร่างกายสำหรับประชาชนทุกคน ซึ่งจะเกี่ยวกับการกระจายทรัพยากรที่จำเป็นอย่างยุติธรรม การเข้าถึงโอกาสที่มีให้อย่างยุติธรรม และการสนับสนุนเกื้อกูลของสังคมต่อคนป่วย

Braveman, P (1998) ได้ให้ความเห็นว่า ความเป็นธรรมด้านสุขภาพหมายถึง การที่ประชาชนทุกคนบรรลุถึงสถานะสุขภาพที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้ ทั้งทางกาย ทางจิต และสังคมตามที่สภาพร่างกายอำนวย หรือในทางปฏิบัติหมายถึง การลดความแตกต่างที่สามารถหลีกเลี่ยงของสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ต้องให้เหลือน้อยที่สุด ระหว่างกลุ่มคนต่างๆในสังคม นั้นหมายความว่าไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในด้านระบบบริการสุขภาพเท่านั้น สำหรับความเป็นธรรมด้านระบบสาธารณสุขนั้น หมายถึง ทรัพยากรสาธารณสุขถูกจัดสรรไปตามความจำเป็นด้านสุขภาพ การได้รับบริการสุขภาพเป็นไปตามความจำเป็น และการจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพนั้นควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่าย ทั้งนี้เนื่องจากหากปล่อยให้การจ่ายเป็นไปตามการใช้บริการจะทำให้ประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ นั่นคือยอมรับว่า ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ดี มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และเป็นที่ยอมรับ

โดยสรุปแล้วความเป็นธรรมด้านสุขภาพก็คือ **การให้โอกาส (Opportunities)** ที่ทัดเทียมกันสำหรับประชาชนทุกคนในการที่จะพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามสภาพร่างกาย อำนวย ซึ่งประเด็นเรื่องความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพมีความสำคัญเนื่องจาก การเจ็บป่วยหรือความพิการที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นการปิดโอกาสของคนในการเข้าถึงโอกาสอื่นๆในสังคมไปด้วย บริการสุขภาพมีความเหมือนกับบริการด้านการศึกษาที่เป็นปัจจัยกำหนดและส่งเสริมความเท่าเทียมกันใน โอกาสของประชาชนด้านต่างๆ (Daniels M, 1996)

2.3 กระแสการศึกษาเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพนานาชาติ

กระแสการศึกษาเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพนั้นสามารถจำแนกได้เป็นสามกลุ่มหลัก คือ กระแสของนักสาธารณสุขศาสตร์ นักเศรษฐศาสตร์ และนักสังคมศาสตร์ สืบเนื่องจากความจำเพาะของศาสตร์ในแต่ละสาขา ทำให้การมอง ความเป็นธรรม มีความละเอียดที่แตกต่างกัน แต่การมองของ 3 กระแสหลักนี้ก็มีส่วนที่คาบเกี่ยวและส่งเสริมซึ่งกันและกัน

กระแสของนักสาธารณสุขศาสตร์

การวางแผนทางสาธารณสุขศาสตร์ เป็นจุดเริ่มต้นของการสะท้อนความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในด้านการจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข โดยคณะทำงานจัดสรรงบประมาณของอังกฤษ (Resource Allocation Working Party, RAWP) จัดตีพิมพ์ผลการศึกษาในปี 2519 ว่า การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุขของประเทศอังกฤษที่ผ่านมาเป็นการเพิ่มตามประวัติศาสตร์มากกว่าการสะท้อนความจำเป็นทางสุขภาพ (Needs for health care) คณะทำงานเสนอตัวชี้วัดความจำเป็นทางสุขภาพหลายตัว เช่น จำนวนประชากร โครงสร้างอายุ/เพศของประชากร อัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardized mortality ratio, SMR) อัตราการเจริญพันธุ์ (Fertility rate) การข้ามเขตรับบริการ ฯลฯ เมื่อใช้ตัวแปรเหล่านี้ทำนายงบประมาณที่ควรได้ พบว่ามีความแตกต่างจากที่จัดสรรจริงเป็นอันมาก คณะทำงานเสนอแนะว่า ควรมีเป้าหมายลดความแตกต่างเหล่านี้ให้ชัดเจนด้วยกระบวนการจัดสรรงบประมาณ แต่ทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป (DHSS 1976) น่าสังเกตว่าในเอกสารนั้น ไม่เคยเอ่ยถึงคำว่า ความเป็นธรรม (equity) แต่ประการใด

หลังจากงานของคณะทำงาน RAWP เสร็จสิ้นแล้ว ต่อมาปี 2520 รัฐบาลพรรค Labour ของอังกฤษ ได้แต่งตั้งคณะทำงานอีกชุดหนึ่งเพื่อศึกษาถึงความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ (Inequalities in health) โดยรวบรวมหลักฐานความแตกต่างทางสุขภาพในระดับประเทศและเปรียบเทียบกับนานาชาติ เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ไขความแตกต่างเหล่านั้น หัวหน้าคณะทำงานคือ Sir Douglas Black ซึ่งดำรงตำแหน่งประธานราชวิทยาลัยแพทย์ มีคณะทำงานที่มาจากสาขาแพทย์เป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งมีคณะทำงานจากสาขาสังคมศาสตร์ด้วย คณะทำงานชุดนี้เสนอผลงานความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ ที่มีชื่อเรียกว่า The Black Report (1980) ต่อรัฐบาลชุดใหม่ที่มาจากพรรค Conservative เนื่องจากผลของการศึกษาไม่เป็นที่พอใจของรัฐบาลจึงไม่ได้พิมพ์เผยแพร่ รัฐมนตรีสาธารณสุขบอกแต่เพียงว่า "... การแก้ปัญหาตามข้อเสนอแนะของรายงาน .. ต้องใช้เงินเพิ่มมากถึง 2 พันปอนด์ต่อปี ... ซึ่งไม่สามารถเป็นไปได้ในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันหรือในอนาคต ... จึงไม่สามารถจัดทำตามข้อเสนอแนะของคณะทำงานได้" (Townsend and Davidson 1988) ดังนั้นความรู้ที่ได้ จึงเป็นที่รู้กันเฉพาะแวดวงนักวิชาการ

องค์การอนามัยโลก ได้ทำคำประกาศที่เมืองอัลมา อตา ในปี 2521 ตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (HFA2000) โดยพูดเรื่องความเป็นธรรมไว้อย่างชัดเจนว่า

"ที่ประชุมยืนยันอย่างหนักแน่นว่า สุขภาพดีไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น แต่หมายถึง สภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม การทำให้ทุกคนมีสุขภาพดีที่สุดของแต่ละคนที่เป็นไปได้ นั่น ถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และเป็นเป้าหมายทางสังคมที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งต้องอาศัยการลงมือปฏิบัติจากภาคสังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ นอกเหนือจากภาคสาธารณสุข" (WHO 1978)

คำประกาศขององค์การอนามัยโลก ได้รับการขานรับเป็นอย่างดี จาก Faculty of Community Medicine ราชวิทยาลัยแพทย์ของอังกฤษ โดยการจัดประชุมวิชาการในปี 2530 ที่กรุงลอนดอน โดยเรียกร้องให้แพทย์เวชศาสตร์ชุมชน (community physician) ที่ทำหน้าที่วางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ตระหนักถึงปรัชญาสำคัญ 3 ประการของ HFA2000 ได้แก่ (Zealley 1988)

- ความเป็นธรรมทางสุขภาพ (equity in health)
- การมีส่วนร่วม (participation)
- ความร่วมมือระหว่างสหสาขา (multisectoral co-operation)

ในการประชุมครั้งนี้ ตัวอย่างของความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ ที่ Black Report นำเสนอไว้ ได้นำมาเป็นเนื้อหาหลักของการพิสูจน์ว่า เกิดความไม่เป็นธรรมขึ้นในระบบสุขภาพของอังกฤษ พร้อมกับหลักฐานอื่นๆ อีกมากที่เกิดจากการวิจัยในยุคนั้น เช่น Identification of Underprivileged Areas (Jarman 1983, 1984), Inequalities in Health in the Northern Region (Townsend et al 1986),

Health and Deprivation: Inequality and the North (Townsend et al 1987), The Health Divide (Whitehead 1988)

การศึกษาความแปรปรวนของการให้บริการทางการแพทย์ (Medical practice variations) มีมากทั้งในสหรัฐอเมริกา อังกฤษ และยุโรปอื่นๆ ในยุคปี 1980 (Anderson and Mooney 1990) นอกจากเป็น การแสดงว่า แบบแผนการรักษาของแพทย์ในแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันแล้ว การศึกษาใน ประเทศเดียวยังสามารถแสดงได้ว่า เวชปฏิบัติเกิดความไม่เป็นธรรมขึ้นหรือไม่ โดยมีการเลือกปฏิบัติที่เป็น ไปตามรายได้ของครัวเรือนมากกว่าความจำเป็นทางสุขภาพหรือไม่ (Wenbergh et al 1987, McPherson 1995)

ความสนใจเรื่องความเป็นธรรมทางสุขภาพในกระแสของสาธารณสุขศาสตร์ ได้แผ่เบาไประยะ หนึ่ง เนื่องจากกระแสปฏิรูประบบสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในประเทศอังกฤษซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิรูป ระบบสาธารณสุขในประเทศต่างๆ ได้เน้นไปที่การปฏิรูปประสิทธิภาพ มากกว่าการปฏิรูปด้านความเป็น ธรรม อาจเป็นเนื่องจากประเทศอังกฤษถูกปกครองด้วยพรรค Conservative เป็นระยะเวลายาวนาน อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลก ซึ่งประกาศ HFA2000 ไว้ ตั้งแต่ปี 2521 เห็นว่าเป้าหมายของปี 2543 นั้นใกล้เข้ามา ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งเป็นปรัชญาสำคัญอันหนึ่งของ HFA2000 จึงกลับมาเป็น ประเด็นสู่ความสนใจอีกครั้ง คราวนี้ถือเป็นบทบาทสำคัญขององค์การอนามัยโลก (Mills 1998) ในการ เรียกร้องให้ประเทศต่างๆ เฝ้าติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญของการปรับนโยบาย สุขภาพ (Braveman 1998)

กระแสของนักเศรษฐศาสตร์

การถกเถียงถึงปรัชญาของความเป็นธรรม (Equity) เป็นกระแสหลักอันหนึ่งของเศรษฐศาสตร์ที่ คอยถ่วงดุลกับกระแสประสิทธิภาพ ความคิดของกลุ่มนักเศรษฐศาสตร์ความเป็นธรรมวางบนรากฐานการ ตีคุณค่า (value judgment) ตามเศรษฐศาสตร์ปทัสสถาน (Normative economics) โดย Pareto (1848-1923) เป็นนักเศรษฐศาสตร์คนแรกที่ใช้คณิตศาสตร์ในการอธิบายการกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม ที่ เรียกว่า Pareto optimum² และเป็นพื้นฐานสำคัญของเศรษฐศาสตร์สวัสดิการ (Welfare economics)

นักเศรษฐศาสตร์ที่อธิบายความเป็นธรรมทางสุขภาพ ยุคแรกๆ คือ Anderson (1975) นักเศรษฐ ศาสตร์ชาวอเมริกัน อธิบายว่า การกระจายบริการสาธารณสุขที่เป็นธรรม จะเกิดขึ้นเมื่อการรับบริการนั้น แปรผันตรงกับตัววัดความจำเป็นทางสุขภาพ ไม่ใช่รายได้ เพราะรายได้ไม่ได้แสดงความจำเป็นทางสุขภาพ

² คือการกระจายทรัพยากรจากฝ่ายหนึ่งไปยังอีกฝ่าย โดยเพิ่มประโยชน์ให้แก่ฝ่ายที่ได้รับ ในขณะที่ฝ่ายที่ถูกย้าย ทรัพยากรไม่เสียประโยชน์

ภาพ ซึ่งคำจำกัดความนี้ Benham and Benham (1975) นำไปใช้กับการประเมินความเป็นธรรมของการให้บริการสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา เมื่อเริ่มใช้โครงการ Medicare และ Medicaid และนักเศรษฐศาสตร์ชาวอังกฤษ Le Grand (1978) ก็นำมาใช้ประเมินกับการกระจายทรัพยากรด้านสาธารณสุขว่า ควรเป็นไปตามความจำเป็นทางสุขภาพ มากกว่าสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

นักเศรษฐมิติ Kakwani (1977) พัฒนาคำนี้ชื่อ Kakwani เพื่อเปรียบเทียบอัตราความก้าวหน้าของระบบภาษีในประเทศต่างๆ ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญมากที่ Wagstaff et al (1989) นำมาใช้ในการประเมินความเป็นธรรมของระบบการคลังสาธารณสุข และการให้บริการสาธารณสุข โดยเป็นการประเมินความเป็นธรรมในแนวตั้งสำหรับการคลังสาธารณสุข กล่าวคือ การคลังสาธารณสุขควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่าย ผู้ที่มีฐานะดีกว่า ควรจ่ายมากกว่า ส่วนการให้บริการสาธารณสุขเป็นการประเมินความเป็นธรรมในแนวราบ โดยใช้ดัชนีการกระจาย (Concentration index) คือ ถ้าสามารถปรับให้ประชากรทุกกลุ่มมีความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากันแล้ว ปริมาณการให้บริการสุขภาพก็ควรที่จะเท่ากันด้วย

การใช้ดัชนี Kakwani และดัชนีการกระจาย เพื่อวัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ ได้รับความสนใจจากกลุ่มประเทศยุโรปและสหรัฐอเมริกา โดย van Doorslaer et al (1993, 1997) ทำการเปรียบเทียบความไม่เสมอภาคทางสุขภาพในประเทศเหล่านั้น และมีข้อสรุปว่า ระบบสาธารณสุขในประเทศต่างๆ มักจะมีความเอนเอียงไปข้างคนที่มีฐานะดีกว่า ความไม่เท่าเทียมมีมากในสหรัฐอเมริกา และอังกฤษ เมื่อเทียบกับประเทศยุโรปอื่นๆ แล้ว สวีเดน ฟินแลนด์และ ส่วนที่เคยเป็นเยอรมนีตะวันออก มีความไม่เสมอภาคต่ำที่สุด นอกจากนี้ ยังใช้วิธีนี้ วัดความเป็นธรรมของระบบสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาอย่างจาไมก้า ได้ด้วย (Wagstaff and van Doorslaer 1998)

อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าว ยังมีข้อจำกัด แม้ในบรรดานักเศรษฐศาสตร์ด้วยกัน ยังเห็นว่า ดัชนีที่นำเสนอ มีความซับซ้อนเกินกว่าที่ผู้วางแผนเชิงนโยบายจะเข้าใจได้ทันที ดังนั้นจึงเป็นอุปสรรคต่อการนำไปใช้ในเชิงนโยบาย นักเศรษฐศาสตร์ทั่วไป อาจเห็นประโยชน์จากการเปรียบเทียบความไม่เป็นธรรมในลักษณะที่เข้าใจได้ง่ายมากกว่า เช่น การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพในรูปกราฟ ระหว่างประชากรในกลุ่มเศรษฐกิจฐานที่แตกต่างกัน ดังเช่น การศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาที่ได้รับการสนับสนุนจาก USAID (Makinen 1997, Bitran et al 1998, Ram 1998, Almagambetova 1998)

กระแสของนักสังคมศาสตร์

นักสังคมศาสตร์ในที่นี้จะกล่าวรวมๆ ถึงนักนิติศาสตร์ รัฐศาสตร์ สังคมศาสตร์และปรัชญาอื่นๆ กระแสหลักของกลุ่มนี้ มาจากความเชื่อใน *สิทธิมนุษยชน (Human rights) ของประชาชนทุกคน* ซึ่งคำประกาศ Universal Declaration of Human Rights มาตราที่ 25 ระบุว่า

“ทุกคนมีสิทธิที่จะได้อยู่ในที่ที่มีมาตรฐานอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ของตัวเอง และครอบครัว ทั้งนี้รวมถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พักอาศัย การดูแลรักษาทางแพทย์ และความมั่นคงในชีวิต เมื่อเขาต้องประสบกับการเจ็บป่วยหรือความพิการ”

กระแสของสิทธิมนุษยชน มักเป็นแนวคิดที่ไหลบ่ามาจากฝั่งตะวันตก และสามารถกดดันให้ปรากฏอยู่ในคำประกาศต่างๆ ได้ แม้แต่สิทธิที่ทุกคนควรจะได้ทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม เช่น ใน International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights มาตรา 12 ระบุสิทธิทางด้านสุขภาพ อย่างชัดเจนว่า

“ประเทศที่ลงนามในอนุสัญญานี้ ยอมรับว่า เป็นสิทธิของประชาชนทุกคนที่จะได้รับมาตรฐานอันสูงที่สุดของสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและทางจิต”

อย่างไรก็ตาม ประเทศสหรัฐอเมริกาเอง ยังไม่ให้สัตยาบันต่อ Covenant นี้ เพราะเกรงว่า การให้สิทธิทางสังคม จะทำให้ละเมิดต่อสิทธิทางแพ่งและการเมืองอื่นๆ ประเด็นที่น่าสนใจคือ ในทัศนะของชาวตะวันออกนั้น มองเรื่องความเป็นธรรม และเรื่องสิทธิต่างๆ ที่ประชาชนควรจะได้อย่างไร จะเห็นว่า ผู้นำของประเทศอินเดีย สิงคโปร์ หรือประเทศจีน ให้ความสำคัญต่อสิทธิของการพัฒนา มากกว่าสิทธิมนุษยชนส่วนบุคคล ดังนั้นประเทศเหล่านี้จึงถือว่า รัฐสามารถอ้างว่าเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจในภาพรวมได้โดยไม่ต้องเคารพสิทธิส่วนบุคคล (Sen 1997, Ng 1997, Lie R 1998) สำหรับกรณีที่สุดขั้ว Sen (1999) เห็นว่าทุกภิกขภัยขนาดใหญ่ เช่น การขาดอาหารอย่างรุนแรง จะไม่เกิดในประเทศที่มีประชาธิปไตย เพราะจริงๆ แล้วอาหารไม่เคยขาดแคลนอย่างสมบูรณ์ และรัฐบาลมีความรับผิดชอบต่อประชาชนอย่างเพียงพอ

การประเมินความเป็นธรรมทางสุขภาพในเชิงสิทธิมนุษยชน ดูไม่ต่างจากการประเมินของ 2 กระแสข้างต้นเท่าใดนัก ตัวอย่างที่ยกมาข้างล่างนี้ เป็นการเสริมให้เห็นว่า การให้สัตยาบันในคำประกาศใดๆ ของประเทศหนึ่งๆ ต้องคำนึงถึงความสามารถทำให้บรรลุในบุคคลทุกกลุ่มของประเทศนั้นด้วย

“ยุทธศาสตร์ของสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543

- 5% ของ GNP จ่ายเพื่อสุขภาพ
- รายได้ประชาชาติต่อหัว มากกว่า US\$500
- อัตราการรู้หนังสือ มากกว่า 70%
- อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด มากกว่า 60 ปี
- อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี น้อยกว่า 70 ต่อ 1000 เด็กเกิดมีชีวิต

- อัตราตายทารก น้อยกว่า 50 ต่อ 1000 เด็กเกิดมีชีวิต"

สถาบันที่สนใจศึกษาความเป็นธรรมทางสุขภาพในแง่ของสิทธิมนุษยชน คือ Department of Philosophy, University of Bergen โดยจะทำการศึกษา Human Rights, Equity and Health Sector Reform ใน 3 ประเทศเปรียบเทียบกับัน ได้แก่ บังคลาเทศ ศรีลังกา และไทย ระหว่างปี 2541-42 โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก TDR/WHO (Ethica 1999)

2.4 กระแสเรื่องความเป็นธรรมในสังคมไทย: คนจนมีสิทธิมีศรีรับ

สังคมไทยเราไม่ได้มีการพูดคุยประเด็นเรื่องความเป็นธรรมกันอย่างชัดเจน ว่าสังคมให้ค่ากับเรื่องนี้อย่างไร แต่หากมองย้อนในอดีตจะเห็นว่าสังคมไทยพัฒนามาในลักษณะของการมีชนชั้นต่างๆที่ไม่เท่าเทียมกัน และในความรู้สึกของประชาชนก็ดูเหมือนจะยอมรับความแตกต่างนี้ ดังจะเห็นจากความเชื่อในเรื่อง บาปกรรมที่สร้างมาจากชาติก่อน ประเด็นด้านการขาดความเป็นธรรมในระบบสุขภาพก็มีภาพให้เห็นอยู่ได้ทั่วไป ในสื่อต่างๆ เช่น การไม่สามารถเข้าถึงบริการของประชาชนบางกลุ่ม หรือในสื่อภาพยนตร์ที่หญิงสาวต้องขายตัวเพื่อนำเงินไปรักษาพ่อแม่ หรือการต้องขายที่ขายนา หรือกู้เงิน เพื่อนำเงินมารักษาคนในครอบครัว ภาพต่างๆเหล่านี้แม้ว่าในปัจจุบันลดลงแต่ก็ยังคงปรากฏให้เห็นได้ หากสังคมให้ความสำคัญในเรื่องการให้โอกาสที่ทัดเทียมกันของคนในสังคมด้านต่าง ประเด็นด้านความเป็นธรรมในสุขภาพหรือระบบสุขภาพก็คงต้องมีความสำคัญและต้องได้รับการแก้ไข

สำหรับกระแสความเป็นธรรมด้านสุขภาพในสังคมไทย แม้จะไม่ได้มีการพูดถึงชัดเจนในประเด็นด้านความเป็นธรรม แต่ในทางปฏิบัติรัฐบาลเองก็ได้มีความพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น นโยบายสาธารณสุข ของรัฐบาลนายปรีดี พนมยงค์ เมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2489 คำนี้ถึงการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขโดยพยายามจัดสร้างโรงพยาบาลให้ทั่วทุกจังหวัด หรือรัฐบาล พล.ร.ต.ถวัลย์ ธำรงนาวาสวัสดิ์ ประกาศนโยบายเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2489 ให้กระจายโรงพยาบาลตามจังหวัด และสุศาลาตามตำบลอันเป็นชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข 2531) นอกจากความพยายามในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขที่มีมาอย่างต่อเนื่องแล้ว การแก้ไขปัญหารัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ในปี 2518 ให้ผู้มีรายได้น้อยสามารถได้รับการรักษาความเจ็บป่วยโดยไม่เสียค่ารักษา เป็นความพยายามในการแก้ปัญหาความเป็นธรรมโดยใช้มาตรการทางการคลัง นโยบายสุขภาพดีทั่วหน้าในปี 2543 และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (2530-2534) และฉบับ 7 (2535-2539) ที่ผ่านมาก็ได้มีการขยายระบบโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการไปในพื้นที่ชนบทอย่างกว้างขวาง มีการจัดสร้างสถานอนามัยครบทุกตำบลและโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ มีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ตลอดจนมีการวางแผนการพัฒนามาตรการยกระดับสถานะสุขภาพของประชาชนในภาพรวม แต่ไม่ได้มีการวางแผนในการลดระดับความแตกต่างของสถานะสุขภาพระหว่างคนในกลุ่มต่างๆอย่างชัดเจน ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ได้มีการพูดในประเด็นนี้มากขึ้น ได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ 3. ให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพแบบองค์รวม ที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรม..... ได้มีการกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพ 100% และพยายามขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนแบบสมัครใจผ่านทางโครงการบัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลจากการศึกษาหลายชิ้นก็พบว่าแนวโน้มความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพระหว่างเขตเมืองและชนบทลดลงในช่วงของการพัฒนาที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามพบว่าความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพนั้นก็ยังคงปรากฏอยู่ [Pannarunothai and Mills (1997), Rehnberg and Pannarunothai (1998), Donalson, Pannarunothai, and Tancharoensatien (1998) สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ 2543 (1) (2)] การแสดงความตื่นตัวด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศไทย สูงขึ้นมากในปี 2540 เพราะในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ที่ผ่านการทำประชามติได้ประกาศไว้ชัดเจนถึงความมีสิทธิที่เสมอกันทางสุขภาพเป็นครั้งแรก³

อาจกล่าวได้ว่า การแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของรัฐบาลไทยยังทำได้ไม่ดีขึ้น เพราะการศึกษาทางวิชาการที่เน้นความเป็นธรรมทางสุขภาพมีไม่มากนัก การศึกษาในระยะแรกๆ เพียงแต่เปรียบเทียบในมิติของความแตกต่างระหว่างภูมิภาค ความแตกต่างระหว่างเขตเมือง-ชนบท หรือระดับการศึกษา โดยยังไม่ถึงความแตกต่างทางสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเท่าใดนัก

จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขแสดงถึงความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข โดยเฉพาะการกระจายตามภาคต่างๆ พบอย่างต่อเนื่องว่า ทรัพยากรสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร มีมากกว่าทรัพยากรในภาคอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประชากรเฉลี่ยยากจนที่สุด เปรียบเทียบข้อมูลปี 2522 และ 2529 พบว่า ความไม่เป็นธรรมของปัจจัยนำเข้าทางสาธารณสุขยังคงมีอยู่ แต่ได้ลดลงอย่างมากในบางรายการ เช่น ความไม่เป็นธรรมในการกระจายแพทย์ ลดลงจากความแตกต่าง 21 เท่า เหลือ 9 เท่า ทันตแพทย์จาก 40 เท่าเหลือ 26 เท่า พยาบาลจาก

³ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ในหมวดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ระบุว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ"

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์การปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์"

และมาตรา 81 ในหมวดหลักการพื้นฐานในการกำหนดนโยบายของรัฐ ระบุว่า "รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง"

18 เท่าเหลือ 7 เท่า การกระจายเฝ้าชกรยังมีความไม่เป็นธรรมสูงคือ มีความแตกต่าง 98 เท่า ลดลงมาเพียง 65 เท่า

เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ (2532) เปรียบเทียบการตายระหว่างประชาชนในภูมิภาคต่างๆ จากปี 2507-2529 ซึ่งว่า อัตราการตายของประชากรในทุกภาคมีค่าที่ลดลง และความแตกต่างระหว่างภูมิภาคลดน้อยลงในระยะ 20 ปีที่เปรียบเทียบ และให้ข้อสังเกตว่า อัตราตายทารกยังอยู่ในระดับสูง ทั้งที่สภาพแวดล้อมทางการแพทย์และสาธารณสุขน่าจะมีอัตราตายทารกที่ต่ำกว่านั้น เช่น ในปี 2528-29 ภาคเหนือมีอัตราทารกตายสูงที่สุด (48.0 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต) การศึกษานี้ ยกปัญหาความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล เพราะผลการศึกษาก็อีกแหล่งหนึ่งในปีใกล้เคียงกัน ให้ภาพที่แตกต่างกัน คือ เฉลิมสุข บุญไทย (2529) ใช้ข้อมูลการสำรวจของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านปี 2526 สรุปว่า ภาคใต้มีอัตราตายทารกสูงที่สุด คือ 54.5 ส่วนภาคเหนือ 48.3 ต่อ 1,000

การศึกษาของสถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล (Institute of Population and Social Research 1988) แสดงความแตกต่างของอัตราตายทารก ระหว่างแม่ที่มีภูมิลำเนาในเขตเมืองและเขตชนบท เปรียบเทียบกัน นอกจากนั้นยังเปรียบเทียบระหว่างการศึกษาของแม่ด้วย การศึกษานี้ ใช้ข้อมูลการสำรวจลำมะโนประชากรเปรียบเทียบกันระหว่างปี 2513 และ 2523 และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรในปี 2527-9 พบว่า อัตราตายทารกของแม่ที่มีภูมิลำเนาในเขตชนบท สูงกว่า แม่ที่มีภูมิลำเนาในเมือง และแม่ที่ไร้การศึกษาจะมีอัตราตายทารกมากกว่าแม่ที่มีการศึกษาดี

หลังจากประเทศไทยลงสัตยาบันรับรองคำประกาศขององค์การอนามัยโลกเรื่อง สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้คิดกลวิธีในการบรรลุเป้าหมาย ด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน และให้กระทรวงหลัก 4 กระทรวง⁴ มีส่วนร่วมกันในการพัฒนา การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ด้ความเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ทุกคนควรควรมี เรียกว่า “ความจำเป็นพื้นฐาน” (จปฐ. หรือ Basic Minimal Need) ของประชาชนในหมู่บ้าน ที่ทุกหมู่บ้านควรพัฒนาให้ถึง ตัวชี้วัดจปฐ. จึงมีความครอบคลุมที่มากกว่าด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว และถูกนำมาใช้เป็นเกณฑ์การทำแผนพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช.) โดยออกแบบให้ทุกหมู่บ้านทำแผนพัฒนาตามส่วนที่ยังขาดจากมาตรฐาน ให้ 4 กระทรวงหลักนั้นนำไปจัดทำแผนงบประมาณ ซึ่งต่อมาโครงการจปฐ. พัฒนาเป็นโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีตัวชี้วัดที่สำคัญ 8 หมวด 32

⁴ ได้แก่ มหาดไทย เกษตร ศึกษา และสาธารณสุข

ตัวชี้วัด⁵ แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าระหว่าง การจัดทำแผนทศ.ปี 2530-2534 ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับประเทศอย่างเป็นระบบจากข้อมูลที่รายงานตามระบบตัวชี้วัดเหล่านี้

แนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและการพัฒนาสังคม ได้รับความสนใจจากคณะผู้วิจัยของ สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (อศิน รพีพัฒน์ และคณะ 2542) ซึ่งอภิปรายแนวคิดของคุณภาพชีวิต และการพัฒนาสังคม ไว้อย่างกว้างขวาง ได้แก่

- แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ของปัจเจกบุคคล และเกี่ยวข้องกับมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม
- แนวคิดความเป็นอยู่ที่ดี คือ สิ่งที่ดีที่ทุกคนควรมีเหมือนกัน ซึ่งมักจะเป็นเรื่องทางกายภาพ แต่เรื่องทางวัฒนธรรมหรือจิตวิญญาณ แต่ละสังคมมักมีภาพที่ดีที่ต่างกัน
- แนวคิดการพัฒนาสังคม ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพื่อจัดความยากจน กระจายความยุติธรรม และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน เรื่องที่ดำเนินการคือ ประชากร สุขภาพอนามัย การศึกษา การจ้างงาน ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติ อาชญากรรม และความมั่นคงในชีวิต
- แนวคิดพัฒนามนุษย์ เน้นการพัฒนาปัจเจกบุคคลตลอดช่วงชีวิต ให้กลมกลืนกับสังคมและธรรมชาติ ไม่ทำลายสังคมและสิ่งแวดล้อม สร้างความเป็นธรรมทางสังคม
- แนวคิดความมั่นคงของชีวิตมนุษย์ หมายถึงการที่คนสามารถดำรงชีวิตและทำมาหากินได้ โดยปราศจากความหวาดกลัวภัยที่อาจคุกคามความอยู่รอด สุขภาพอนามัย

คณะผู้ศึกษาวิจารณ์ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นเรื่องที่ไม่อาจดำเนินการให้ลุล่วงในเวลาอันรวดเร็ว การใช้ตัวชี้ จปฐ. เป็นการบ่งชี้ความไม่พัฒนามากกว่า จะช่วยแสดงผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนา จึงเสนอตัวชี้วัดชุดใหม่ที่แสดงศักยภาพการเรียนรู้เพื่อการพึ่งตนเอง (self-reliance) การพัฒนาที่ยั่งยืนของชุมชน โดยแสดงให้เห็นการรวมตัวขององค์กรประชาชน (people's organisation) การมีส่วนร่วมของประชาชน (participation) และความเป็นธรรมในสังคม (equity) รวม 57 ตัวชี้วัด สำหรับตัวชี้วัดความเป็นธรรมในสังคม มี 12 ข้อดังแสดงในตารางที่ 2.1

การศึกษาด้านความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการมีสิทธิในการประกันสุขภาพ Pannarunothai and Mills (1997) ศึกษาการเจ็บป่วย การแสวงหาบริการ และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในเขตเมืองพิษณุโลกในปี 2534 พบว่า ครัวเรือนที่ยากจนต้องมีการะในการ

⁵ ตัวชี้วัด 8 หมวดของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ 1. อาหารดี 2. มีบ้านอาศัย 3. ศึกษาอนามัยถ้วนทั่ว 4. ครอบครัวปลอดภัย 5. รายได้ดี 6. มีลูกไม่มาก 7. ยากร่วมพัฒนา 8. พาสู่คุณธรรม ต่อมาในแผน 7 เพิ่มเป็น 9 หมวด คือ บำรุงสิ่งแวดล้อม และเพิ่มตัวชี้วัดเป็น 37 ตัวชี้วัด (กระทรวงสาธารณสุข 2535)

ตารางที่ 2.1 ชุดตัวชี้วัดที่แสดงความเป็นธรรมในสังคม (Equity)

ด้าน	ตัววัด	ตัวอย่างตัวชี้วัด
สภาพพื้นฐานและสิ่งแวดล้อม	การเข้าใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ	1. สัดส่วนการเข้าใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติระหว่างนายทุนและราษฎรยากจน
เศรษฐกิจชุมชนชนบท	ส่วนต่างของราคาข้าวเปลือกต่อราคาข้าวสาร	2. สัดส่วนของราคาข้าวเปลือกต่อราคาข้าวสารที่บริโภคในปีที่ผ่านมาเทียบกับปีปัจจุบัน
เศรษฐกิจชุมชนเมือง	การประกอบอาชีพโดยไม่ต้องจ่ายเงินนอกระบบ	3. ร้อยละของครัวเรือนในชุมชนที่ประกอบอาชีพโดยไม่ต้องจ่ายเงินนอกระบบ
สุขภาพอนามัยและสาธารณสุข	การตรวจสุขภาพ	4. ร้อยละของประชากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)
	การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	5. ร้อยละของผู้ป่วยที่ป่วยจนไม่สามารถทำงานได้ ที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้เมื่อต้องการ
ข้อมูลข่าวสารและการเรียนรู้	รับคลื่นวิทยุได้ทั้งAMและ FM	6. ร้อยละของประชาชนที่สามารถรับคลื่นวิทยุได้ทั้งAM และ FM
	การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของรัฐ	7. ร้อยละของประชาชนที่สามารถเข้าถึงข่าวสารของรัฐที่พึงเปิดเผยต่อประชากรที่ต้องการข้อมูลทั้งหมด
การศึกษาและทรัพยากรมนุษย์	การมีโอกาสเข้าศึกษาของเด็กที่อยู่ในเกณฑ์อายุ	8. ร้อยละของเด็กในชุมชนที่อายุอยู่ในเกณฑ์ แต่ไม่ได้เข้าเรียนในระดับประถมศึกษา
วัฒนธรรมและจิตใจ	งบประมาณ อบต. เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรม	9. ร้อยละของงบประมาณอบต. เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมต่องบประมาณอบต.ทั้งหมด
ประชาสังคม ความมั่นคงของชีวิต และสิทธิเสรีภาพ	สวัสดิการของคนพิการ/ผู้ด้อยโอกาส	10. สัดส่วนของคนพิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่ได้รับสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวก
	สตรีที่เป็นผู้นำชุมชน	11. ร้อยละของสตรีในชุมชนที่เป็นผู้นำชุมชน ต่อจำนวนผู้นำในชุมชนทั้งหมด
ครอบครัวและชุมชน	การทารุณกรรมเด็ก	12. ร้อยละของเด็กถูกทารุณกรรม (ล่วงละเมิดทางเพศ ใช้แรงงานไม่ถูกต้อง คำประเวณี)ต่อเด็กทั้งหมด

ที่มา: อคิน รพีพัฒน์ และคณะ (2542)

จ่ายเงินด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนที่สูงจากรายได้ครัวเรือน เมื่อเทียบกับครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่า และ การที่ครัวเรือนขาดหลักประกันสุขภาพ ต้องมีการจ่ายเงินจากรายได้ครัวเรือนสูงกว่าเช่นกัน การศึกษาข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Mongkolsmai et al (1996) ที่สำรวจครัวเรือนในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร ปี 2538 พบว่าครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำ มีรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือนสูงกว่าครัวเรือนที่มีรายได้สูง คือ ครัวเรือนรายได้ต่ำ มีรายจ่ายด้านสุขภาพ 3.5% ของรายได้ครัวเรือน ส่วนครัวเรือนรายได้ระดับกลางมีรายจ่าย 1.3% และครัวเรือนรายได้สูง มีรายจ่ายด้านสุขภาพเพียง 1% เท่านั้น

การศึกษาความเป็นธรรมทางสุขภาพในด้านการคลังสาธารณสุขของประเทศไทย โดยใช้วิธีที่ซับซ้อนทางเศรษฐศาสตร์ ใช้ข้อมูลการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2529 และ ปี 2535 เป็นฐานในการคำนวณ ร่วมกับแหล่งข้อมูลอื่นๆ พบว่า Kakwani index

สำหรับการคลังสาธารณสุขโดยรวมของไทยมีสภาพที่ถดถอย⁶มากในปี 2529 คือ อยู่ระหว่าง -0.219 ถึง -0.176 แต่สภาพที่ไม่เป็นธรรมดีขึ้นเล็กน้อยในปี 2535 ความไม่เป็นธรรมลดลงมาถึง -0.115 ถึง -0.071 ใกล้เคียงกับสหรัฐอเมริกา แต่ต่างจากสวีเดน และอังกฤษ ที่มีความเป็นธรรม เพราะเป็นอัตราที่ก้าวหน้า⁷ การคลังสุขภาพที่มีแหล่งจากการจ่าย ณ จุดรับบริการจะมีอัตราที่ถดถอยมาก รวมทั้งการคลังที่มาจาก ระบบภาษีทางอ้อม (ภาษีสินค้าและบริการ) เนื่องจากมิได้เป็นไปในลักษณะของตามความสามารถในการจ่ายของครัวเรือน

การศึกษาความเป็นธรรมของการให้บริการสาธารณสุข โดยวิธีดัชนีการกระจาย ใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2529 และ 2534 แต่เนื่องจากการสำรวจอนามัยฯ ไม่มีข้อมูลรายได้ของครัวเรือน จึงต้องนำระดับรายได้จากการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนมาแทนค่า เพื่อสามารถแบ่งครัวเรือนตามชั้นของรายได้ โดยศึกษาค่าดัชนีการกระจายของการเจ็บป่วยเฉียบพลันในปี 2529 เทียบกับปี 2534 ตามวิธีที่ไม่ปรับค่ามาตรฐาน (ตามกลุ่มอายุ/เพศ) และปรับค่ามาตรฐาน พบว่า การเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบมากในกลุ่มคนจนมากกว่ากลุ่มคนรวยสำหรับการให้บริการโดยรวม (ตั้งแต่การซื้อยากินเอง จนถึงการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยไม่คิดว่าต้องจ่ายเงินเพื่อการรับบริการหรือไม่) ค่าที่ไม่ปรับมาตรฐานพบว่า ในปี 2529 มีความโน้มเอียงไปทางคนรวย (คือคนรวยใช้บริการจากแหล่งต่างๆ มากกว่า) แต่เมื่อปรับค่ามาตรฐานแล้ว การใช้บริการโน้มเอียงไปทางคนจน (ศุภสิทธิ์ พรพรรณารุณทัย และคลาส เรนเบอร์ก 2541) และเมื่อเทียบดัชนีการกระจายระหว่างเขตชนบท/เมือง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความเป็นธรรมในแนวราบ (ปรับให้คนจนและรวยมีการเจ็บป่วยที่เท่าๆ กันแล้ว) บริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพมีแนวโน้มเอียงเข้าข้างคนรวยมากกว่าบริการสาธารณสุขในเขตเมือง และเขตชนบท

2.5 ตัวชี้วัดความเป็นธรรมและข้อมูลเพื่อติดตาม

ตามที่ได้เสนอไว้ในตอนที่ 2.3 การศึกษาด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ ไม่ว่าจะมาจากกระแสของ นักสาธารณสุขศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ หรือสังคมศาสตร์ ตัวชี้วัดเพื่อติดตามความเป็นธรรมจะมีความคาบเกี่ยวกัน ทั้งตัวข้อมูลเองและแหล่งที่มาของข้อมูล ตารางที่ 2.2 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรต้นที่เป็นตัวจำแนกความแตกต่างของกลุ่มประชากรจะมีความคล้ายคลึงกัน รวมทั้งแหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อนำมา

⁶ สภาพถดถอย (Regressive) หมายถึงสภาพที่รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนนั้นมิได้เป็นไปในลักษณะของการจ่ายตามความสามารถของการจ่ายหรือรายได้ของครัวเรือน แต่กลับไปอิงกับปริมาณการให้บริการแทน ซึ่งจะ使人จนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ในกรณีที่มีสภาพถดถอยค่า ดัชนี kakwani จะมีค่าเป็นลบ

⁷ อัตราก้าวหน้า หมายถึงรายจ่ายด้านสุขภาพนั้นเป็นไปในลักษณะตามความสามารถในการจ่าย คือคนรวยจะจ่ายเป็นสัดส่วนของรายได้มากกว่าคนจน เช่นเดียวกับในกรณีของการกำหนดอัตราภาษีแบบก้าวหน้า

วิเคราะห์ ความแตกต่างที่ชัดเจน อยู่กับการนำข้อมูลเหล่านั้นมาเสนอเป็นดัชนี หรือตัวชี้วัดที่มีความเข้าใจกันในกลุ่มเฉพาะทางเหล่านั้น เช่นกลุ่มนักสาธารณสุขศาสตร์ ดัชนี จะเน้นไปที่สถานะสุขภาพ หรือกลุ่มนักเศรษฐศาสตร์ จะเน้นที่ดัชนีการกระจาย ส่วนนักสังคมศาสตร์โดยเฉพาะนักสิทธิมนุษยชน จะสนใจเน้นไปที่ตัวชี้วัดโดยรวมว่า รัฐได้ให้ความสำคัญแก่กลุ่มชนต่างๆ อย่างเท่าเทียมกันหรือไม่

ตารางที่ 2.2 ตัวชี้วัด ตัวแปร และแหล่งข้อมูลเพื่อศึกษาความเป็นธรรมทางสุขภาพ

กระแสการศึกษา/ดัชนี/ตัวชี้วัด	ตัวแปรต้น	แหล่งข้อมูล
นักสาธารณสุขศาสตร์ 1. Health status: เช่น SMR 2. ตัวกำหนดสถานะสุขภาพที่สำคัญ 3. ดัชนีระบบสาธารณสุข เช่น การคลัง การจัดสรรงบประมาณ การให้บริการ คุณภาพ	แบ่งประชาชน/ครัวเรือนตามกลุ่ม 1. รายได้ครัวเรือน 2. สินทรัพย์ของครัวเรือน 3. ระดับการศึกษาของหัวหน้า 4. อาชีพ 5. ถิ่นที่อยู่ 6. เพศ 7. เชื้อชาติ	ข้อมูลจากหลายแหล่งให้เลือก 1. ทะเบียนราษฎร์ การเกิด/ตาย 2. การสำมะโนประชากร 3. การสำรวจทางสุขภาพโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย 4. การสำรวจเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน 5. ระบบเฝ้าติดตามด้านสุขภาพ
นักเศรษฐศาสตร์ Kakwani index of progressivity Concentration index	แบ่งประชากรเช่นเดียวกับข้างต้น	เช่นเดียวกับข้างต้น
นักสังคมศาสตร์ เป็นดัชนีรวมว่า รัฐ/ประเทศได้ให้ความสำคัญต่อประเด็นต่างๆใหม่	เช่นเดียวกับข้างต้น รวมทั้งกลุ่มที่ยากลำบาก ชนกลุ่มน้อยอื่นๆ	เช่นเดียวกับข้างต้น และข้อมูลในเชิงคุณภาพอื่นๆ

ตารางที่ 2.3 แสดงรายละเอียดของตัวแปรที่ใช้ติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ ตามกระแสหลักของนักสาธารณสุขศาสตร์ ที่เสนอโดย Braveman ต่อองค์การอนามัยโลกโดยแบ่งตัวชี้วัดที่ควรติดตามเป็น 3 กลุ่มคือ ตัวชี้สถานะสุขภาพ ตัวชี้ปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพ และตัวชี้ระบบสาธารณสุข ความเหลื่อมของตัวชี้ระหว่างสาธารณสุขศาสตร์และเศรษฐศาสตร์เห็นชัดขึ้น เมื่อพูดถึงตัวชี้ของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านการคลังและการจัดสรรงบประมาณ อย่างไรก็ตามความเหลื่อมเหล่านี้ น่าจะเป็นผลดีเพราะเป็นการมองวิเคราะห์ในลักษณะผสมผสานของสหสาขา

ตารางที่ 2.3 ตัวชี้วัดสำหรับติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ดัชนีสถานะสุขภาพ	ดัชนีตัวกำหนดสถานะสุขภาพ	ดัชนีระบบสาธารณสุข
● การเจริญเติบโตของเด็กและสภาวะโภชนาการของเด็กต่ำกว่า 5 ปี ● อัตราการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี (NMR, PNMR, IMR and TMR) ● อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุ 5 ปี ● อัตราส่วนการตายของแม่ ● อัตราการสูบบุหรี่ ● การควบคุมโรคเรื้อรัง	ตัวชี้เหล่านี้ เป็นได้ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และ พื้นที่ ● น้ำสะอาดและสุขาภิบาล ● การมี/กระจายของอาหาร ● ลักษณะที่อยู่อาศัย ● ความยากจน ● การศึกษา ตัวชี้ในระดับพื้นที่ ● ดัชนีการกระจายรายได้หรือสัดส่วนรายได้ที่เป็นของครัวเรือนที่มีฐานะจนที่สุด 20% ของครัวเรือนทั้งหมด	การคลังสาธารณสุข ● สัดส่วนการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพจากรายได้ครัวเรือน การจัดสรรงบประมาณ ● รายจ่ายภาครัฐต่อหัว ● การกระจายบุคลากร ● การกระจายบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ จตุรภูมิ การใช้บริการ คุณภาพบริการ ● การรับวัคซีนของทารก ● การอนามัยแม่และเด็ก ● คุณภาพของบริการปฐมภูมิ ● การเข้าถึงบริการส่งต่อผู้ป่วย

แหล่งอ้างอิง: ดัดแปลงจาก Braveman (1998)

ในการศึกษาของ Essential National Health Research กำหนดตัวชี้วัดความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อติดตามเปรียบเทียบระหว่าง 10 ประเทศให้ครอบคลุมถึง ตัวชี้ความเป็นธรรม (ตัวชี้วัดสุขภาพตามกลุ่มประชากร, ตัวชี้วัดบริการสุขภาพ ตามกลุ่มประชากร, วิถีชีวิตของกลุ่มประชากร ระหว่างปี 1990 และ ปี 1997, ปัจจัยนำเข้าที่นอกเหนือด้านสุขภาพ ตามกลุ่มประชากร ระหว่างปี 1990 และ ปี 1997, ตัวชี้วัดการพัฒนา ตามกลุ่มประชากร) และตัวชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระหว่างความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพ และความยั่งยืน (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ประชาชาติ, ค่าใช้จ่ายต่อ IMR และ อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ของประชากรกลุ่มต่างๆ, ความสามารถในการจ่าย, ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพตามกลุ่มประชากร ระหว่างปี 1990 และ ปี 1997, การกระจายอำนาจและบริการภาคเอกชน ระหว่างปี 1990 และ ปี 1997) โดยเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี 1990 และปี 1997 (ดูรายละเอียดในตารางที่ 2.4)

ตารางที่ 2.4 กรอบตัวชี้วัดสำหรับการวิจัยติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพของ ENHR

ตัวชี้วัด	1990	1997	%เปลี่ยนแปลง
ตัวชี้วัดสุขภาพ ● อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ตามกลุ่มประชากร ● อัตราตาย ตามกลุ่มประชากร (ทารก มารดา ปรีกำเนิด เด็กต่ำกว่า 5 ผู้สูงอายุ) ● อัตราป่วยของโรคสำคัญ ต่อ 1,000 ของประชากรกลุ่มต่างๆ (อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พุโภชนาการ ทารกน้ำหนักน้อย วัณโรค ใช้เลือดออก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความดันโลหิตสูง)			
ตัวชี้บริการสุขภาพ ● % เข้าถึงบริการสุขภาพ ตามกลุ่มประชากร			

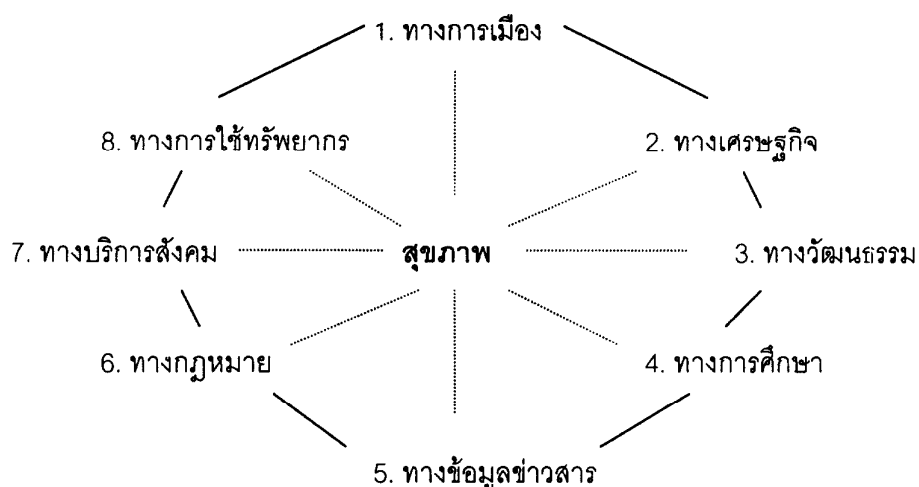
ตัวชี้วัด	1990	1997	%เปลี่ยนแปลง
- อัตราความครอบคลุมตามกลุ่มประชากร (การรับภูมิคุ้มกันโรค การดูแลก่อนคลอด การคุมกำเนิด อนามัยแม่และเด็ก เวชปฏิบัติฉุกเฉิน) - จำนวนสถานพยาบาลต่อ 100,000 ประชากร ตามเขตภูมิศาสตร์ (ร.พ. สถานบริการอื่นๆ การสาธารณสุขมูลฐาน ร้านยา การบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ จำนวนเตียง) - การคลังสุขภาพตามกลุ่มประชากร (รายจ่ายสุขภาพต่อหัว การอุดหนุนต่อหัวให้ผู้มีรายได้น้อย ประกันสังคม ประกันสุขภาพแบบสมัครใจ การอุดหนุนต่อหัวสำหรับบริการพิเศษ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การบริการฉุกเฉิน รายจ่ายจากกระเป๋า ตามกลุ่มประชากร) - ทรัพยากรกำลังคนด้านสาธารณสุข ต่อ 100,000 ประชากร ตามเขตภูมิศาสตร์ (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ในภาครัฐ เอกชน และที่ทำงานทั้ง 2 ภาค)			
ตัวชี้บริการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากสุขภาพ - ประชากร (อัตราเพิ่มประชากรตามกลุ่มประชากร %ประชากรในเขตเมือง อัตราการรู้หนังสือตามกลุ่ม %ประชากรที่สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตามกลุ่ม %ประชากรที่มีรายได้เพียงพอ มีเหลือเก็บ และมีสินทรัพย์ ตามกลุ่มประชากร %ประชากรที่มีหนี้สิน ตามกลุ่มประชากร) - การเคหะ (ขนาดของครัวเรือนตามกลุ่มประชากร ความหนาแน่นของสมาชิกต่อห้องในครัวเรือน) - การสุขาภิบาลและไฟฟ้า (%ครัวเรือนที่มีน้ำสะอาด ตามกลุ่มประชากร %ครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ ตามกลุ่มประชากร)			
ตัวชี้วิถีชีวิต ความชุกของผู้สูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การค้าบริการทางเพศ ชายที่มีคู่นอนหลายคน ตามกลุ่มประชากร			
ดัชนีการพัฒนามนุษย์ ตามกลุ่มประชากร			
ตัวชี้วัดประสิทธิภาพ - รายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ประชาชาติ (รายจ่ายจากรัฐ รายจ่ายสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ สำหรับการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู การจ่ายเพื่อประกันสุขภาพ หรือจ่ายจากกระเป๋า) - รายจ่ายด้านสุขภาพ ต่อ อัตราตายทารก ตามกลุ่มประชากร - รายจ่ายด้านสุขภาพ ต่ออายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดตามกลุ่ม			
ตัวชี้วัดคุณภาพ ความรู้ต่อคุณภาพทางเทคนิคของบริการภาครัฐ/เอกชนตามกลุ่มประชากร ระยะเวลาที่รอคอยในภาครัฐ/เอกชน ตามกลุ่ม ความสามารถในการเลือกผู้ให้บริการภาครัฐ/ภาคเอกชน ตามกลุ่มประชากร			
ตัวชี้วัดความสามารถในการจ่าย การให้เงินอุดหนุน การประกันสังคม การประกันสุขภาพสมัครใจ การเก็บเงินตามรายกิจกรรม			
ตัวชี้วัดความยั่งยืน จำนวนสถานบริการที่เป็นของรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่นและเอกชน			

ตัวชี้วัด	1990	1997	%เปลี่ยนแปลง
• การใช้บริการสำหรับผู้ป่วยนอกตามกลุ่มประชากร (สถานบริการของรัฐส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น ของชุมชน ของเอกชน ร้านยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน) • การใช้บริการสำหรับผู้ป่วยในตามกลุ่มประชากร (สถานบริการของรัฐส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น ของชุมชน ของเอกชน)			

ที่มา: Asian ENHR Group (1999)

2.6 กลไกและเครื่องมือการติดตามความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

ประเวศ วะสี (2542) กล่าวในปาฐกถาำของการเสวนา ตัวชี้วัดการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ว่า ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ เป็นอาการแสดงของความไม่เป็นธรรม 8 อย่างที่มีอยู่ในสังคม (ดูรูปที่ 2.1) แม้ภาพที่ออกมาของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ จะก่อความสะเทือนใจได้ง่าย เพราะเกี่ยวข้องกับชีวิต เลือดเนื้อ และความตายของประชาชน แต่การเคลื่อนไหวเพื่อเป้าหมายของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ต้องเชื่อมโยงกับรากของปัญหาทั้ง 8 ประการ จึงจะเกิดความรู้ที่แท้จริง และเกิดพลังในการติดตาม



รูปที่ 2.1 ความเชื่อมโยงระหว่างความไม่เป็นธรรมทางสังคมกับความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

ตารางที่ 2.5 กลไกในการส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ระดับนโยบาย	ผู้รับผิดชอบ	บทบาทของ WHO	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
นโยบายเศรษฐศาสตร์มหภาค เช่น อัตราภาษีก้าวหน้า แรงงานยุติธรรม การเติบโตทางเศรษฐกิจ/กระจาย	กระทรวงสาธารณสุข การคลัง กระทรวงอื่นๆ องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก	เฝ้าติดตาม ประเมินผล หาผลกระทบของนโยบาย สาธารณะต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ	นโยบายระดับโลก เช่น การลดภาระหนี้ ลดความยากจน ผลการติดตามแนวโน้มความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ วิจัยผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้น
นโยบายการลงทุนทางสังคมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เช่น การศึกษาภาคบังคับ การเคหะ การขนส่ง	เหมือนข้างต้น	บทบาทเป็นผู้ส่งเสริม เช่น การรู้หนังสือในสตรี การเคหะ การจ้างงาน	เพิ่มอัตราการรู้หนังสือในสตรี ลดความยากจน เสริมอำนาจของสตรีและชนกลุ่มน้อย ลดอัตราตายทารก
ระบบสาธารณสุข และสุขภาพประชากร เช่น การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การสุขภาพิบาล	กระทรวงสาธารณสุข การคลัง NGO ภาคเอกชน ประชาสังคม องค์การอนามัยโลก	สนับสนุนทางความรู้ การวิจัย การแบ่งปันประสบการณ์ ช่วยเหลือบริการสาธารณสุขเพื่อลดความไม่เสมอภาค	การวัดความไม่เสมอภาคในระดับต่างๆ การพัฒนาศักยภาพและวิจัย ขจัดปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุข

ที่มา: Mills (1998)

องค์การอนามัยโลก เริ่มกลับมาให้ความสนใจกับประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพ จึงให้ Mills (1998) และ Braveman (1998) เสนอบทบาทที่ควรทำขององค์การอนามัยโลกและองค์กรอื่นๆ Mills จึงเสนอกลไกในการขูประเด็นเพื่อแก้ปัญหาความเป็นธรรมทางสุขภาพ เป็น 3 ระดับ คือ นโยบายเศรษฐศาสตร์มหภาค นโยบายการลงทุนทางสังคมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และนโยบายระบบสาธารณสุข (ดังตารางที่ 2.5)

Braveman (1998) เสนอขั้นตอนในการเฝ้าติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพไว้ 8 ขั้นตอน โดยการหาประเด็นความไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้น การสร้างระบบข้อมูลเพื่อหาตัวชี้วัดต่างๆ อย่างต่อเนื่อง จนได้แนวโน้มตามอนุกรมเวลา ปรัชญาผู้รู้ ประชาสังคม และผู้วิเคราะห์นโยบาย เพื่อให้เห็นความสำคัญของการร่างเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ควรแก้ไข (ดูตารางที่ 2.6)

ตารางที่ 2.6 ขั้นตอน 8 ขั้นของการเฝ้าติดตามความเป็นธรรมเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ขั้นตอน	ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
1. ค้นหากลุ่มทางสังคมที่ควรให้ความสนใจ	โดยปรัชาผู้รู้ หรือประชาสังคม
2. ค้นหาประเด็นความแตกต่างทางสุขภาพที่สำคัญที่สามารถหลีกเลี่ยงได้	โดยปรัชาผู้รู้ หรือประชาสังคม
3. ค้นหาแหล่งข้อมูลในกลุ่มคน และประเด็นที่สนใจ	
4. ค้นหาตัวชี้วัดด้านสุขภาพและตัวกำหนดสถานะสุขภาพ รวมทั้งระบบบริการ	

ขั้นตอน	ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
5. อธิบายแบบแผนความแตกต่างของสถานะสุขภาพ ตัวกำหนดสถานะสุขภาพ และการให้บริการ ในกลุ่มสังคมที่สนใจ	
6. อธิบายแนวโน้มตามอนุกรมเวลา	
7. สร้างกระบวนการสังเคราะห์นโยบาย	โดยร่วมปรึกษาผู้รู้ ประชาสังคม นักวิเคราะห์นโยบาย และนักวิชาการจากภาคสังคมต่างๆ
8. พัฒนาและกำหนดแผนกลยุทธ์เพื่อการเปลี่ยนแปลงของนโยบาย การติดตามความเป็นธรรม และการวิจัย	

ที่มา: Braveman (1998)

2.7 เครื่องมือวัดความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสุขภาพ (Benchmarks of Fairness)

ในสหรัฐอเมริกา ยุคเลือกตั้งประธานาธิบดีคลินตันสมัยแรก การปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศเป็นประเด็นหาเสียงสำคัญ มีแผนปฏิรูปหลายแผน นำเสนอขึ้นมาเพื่อทดสอบความเห็นของประชาชน Daniels et al (1996) จึงเสนอเครื่องชี้วัดในการประเมินโครงร่างการปฏิรูปเหล่านั้น โดยเน้นประเด็นความเป็นธรรมเป็นหลัก และได้ชุดของเครื่องมือวัดความเป็นธรรมในการปฏิรูปซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่างๆ 10 ประการ ดังตารางที่ 2.7 ทั้งนี้ในชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมของ Daniels นั้น ไม่ได้จำกัดการวัดเฉพาะประเด็นด้านความเป็นธรรมอย่างเดียวแต่วัดประสิทธิภาพด้วย ทั้งนี้เนื่องจาก แม้เราจะยอมรับว่าบริการด้านสุขภาพนั้นเป็นสิ่งจำเป็นและประชาชนทุกคนควรมีโอกาสในการเข้าถึงที่เป็นธรรม แต่ก็เป็นที่ทราบกันว่า บริการสุขภาพนั้นมีค่าใช้จ่ายทั้งหมดจะมีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อสุขภาพเท่าเทียมกัน บริการบางอย่างอาจมิได้มีผลต่อสถานะสุขภาพแต่เป็นไปเพื่อความสวยงาม เช่น ศัลยกรรมตกแต่ง นอกจากนั้นบริการบางอย่างก็มิได้มีผลการศึกษาที่ชัดเจนว่ามีประโยชน์และคุ้มกับการลงทุน การที่มีทรัพยากรที่จำกัดและต้องการให้เกิดความเป็นธรรมในระบบสุขภาพมากขึ้นจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับประเด็นด้านประสิทธิภาพของระบบด้วย หากระบบมีประสิทธิภาพก็จะทำให้เราสามารถใช้จ่ายทรัพยากรในการกระจายความเป็นธรรมมากขึ้น จำเป็นต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการศึกษาด้านต้นทุนประสิทธิภาพของการจัดบริการ

เครื่องมือที่ Daniels พัฒนาขึ้นนั้น เน้นที่การประเมิน ระบบ แผน กฎระเบียบ การปฏิบัติ และระบบการตรวจสอบ ของการปฏิรูป ทั้งนี้เนื่องจากชุดเครื่องมือดังกล่าวพัฒนาขึ้นมาเพื่อการประเมินโครงร่างการปฏิรูประบบสุขภาพของอเมริกา ซึ่งยังมีได้ดำเนินการ จึงมุ่งประเมินในประเด็นต่างๆ เพื่อตรวจสอบว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้หรือไม่ นอกจากนั้นสืบเนื่องจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพนั้นมีปัจจัยหลายอย่างกำหนดทั้งที่สามารถแก้ไขได้และบางอย่างก็ไม่สามารถแก้ไขได้ ดังนั้น ผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้น ถือได้ว่ามีความเป็นธรรมหรือยุติธรรมก็ต่อเมื่อกระบวนการ หรือการปฏิบัติในการพัฒนา

สุขภาพนั้นมีความเป็นธรรม ดังนั้นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้จึงต่างจากข้อเสนอของ Braveman และ Essential National Health Research ที่มุ่งวัดที่ผลลัพธ์ (health outcome) และปัจจัยกำหนดต่างๆ แต่ชุดเครื่องมือนี้มุ่งประเมินและวัดระบบ กลไก กระบวนการ กฎระเบียบ และระบบการตรวจสอบ เพื่อให้แน่ใจว่าการปฏิรูปนั้นจะสามารถบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการได้มากกว่าที่จะมุ่งวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแล้ว

ตารางที่ 2.7 ตัวอย่างการใช้เครื่องมือวัดความเป็นธรรมของกับระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันของสหรัฐอเมริกา

มาตรวัด	ประเด็น	ตัวอย่าง	คะแนนที่ได้
1	การเข้าถึงบริการถ้วนหน้า - การมีหลักประกันและมีส่วนร่วม	การมีหลักประกันแบบบังคับ การโยกย้ายสิทธิได้เมื่อย้ายที่อยู่	-0.75
2	การเข้าถึงบริการถ้วนหน้า - ลดสิ่งกีดขวางที่ไม่ใช่เงินตรา	ลดการกระจายที่ไม่เท่าเทียม ปฏิรูปการเรียนรู้/สอน ลดอุปสรรคทางภาษา/วัฒนธรรม การศึกษา ข้อมูล	+0.25
3	สิทธิประโยชน์ครอบคลุมผสมผสานและมีสิทธิประโยชน์เหมือนกัน	ความผสมผสาน ลดการแข่งขัน และมีคุณภาพเหมือนกัน	+1.0
4	ความเป็นธรรมของการคลัง - อัตราเบี้ยประกันตามกลุ่ม	ใช้อัตราเฉลี่ยจากกลุ่ม ลดการแบ่งแยกที่เกิดจากการจ่ายด้วยเงินสด	-0.25
5	ความเป็นธรรมของการคลัง - จ่ายตามความสามารถ	เป็นไปตามความสามารถในการจ่าย	0
6	คุณค่าของเงิน - สัมฤทธิ์ผลทางคลินิก	เน้นบริการปฐมภูมิ เน้นสาธารณสุขและการป้องกัน ประเมินผลลัพธ์	+0.9
7	คุณค่าของเงิน - ประสิทธิภาพทางการเงิน	ลดการบริหารจัดการ เน้นการทำสัญญาต่อรอง ลดการเบี่ยงต้นทุน	-0.4
8	ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ	การประเมินผลให้ชุมชนมีส่วนร่วม จัดสรรงบประมาณเป็นประชาธิปไตย	-1.25
9	ความสามารถในการเปรียบเทียบกันได้	ความสามารถเปรียบเทียบกันได้	0
10	ระดับที่ผู้บริโภคสามารถเลือกได้	ทางเลือกของบริการปฐมภูมิ ผู้เชี่ยวชาญ และวิธีการรักษา	-1.75

ที่มา: Daniel et al (1996)

ถึงแม้ในสหรัฐอเมริกาจะไม่มีแผนปฏิรูประบบสาธารณสุขแผนใดที่นำมาใช้อย่างเป็นจริงเป็นจัง การเปลี่ยนแปลงแบบเก็บเล็กผสมน้อยในสหรัฐก็ยังมีอยู่ ได้แก่แนวโน้มที่เกิดขึ้น 6 ประการคือ การลดต้นทุนของรัฐโดยลดงบประมาณระดับรัฐและระดับประเทศ การขยายตัวของ managed care, การให้บริการสุขภาพเป็นอิสระ การเพิ่มจำนวนของผู้ไม่มีหลักประกันและผู้มีหลักประกันไม่พอเพียง แนวโน้มที่เพิ่มของรายจ่ายจากกระเป๋า และการขยายตัวของบริการผู้ป่วยนอกและบริการชุมชน ที่ทำให้บริการโรงพยาบาลหดตัวลง Daniels et al ได้ลองใช้ชุดของเครื่องชี้วัดนี้ ประเมินกับแนวโน้มต่างๆที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพของอเมริกา ได้ค่าคะแนนดังตารางที่ 2.7

หลังจากนั้น Daniels et al (1998) ได้เกิดแนวคิดที่ว่าหากชุดเครื่องมือดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ในประเทศกำลังพัฒนาได้ก็คงจะเป็นประโยชน์ จึงได้ทดลองนำชุดเครื่องมือดังกล่าวมาทำการทดลองปรับและใช้ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนาจำนวนสี่ประเทศคือ เม็กซิโก/โคลัมเบีย ปากีสถาน และไทย เพื่อดูว่า เครื่องชี้วัดที่พัฒนาจากประเทศพัฒนาแล้ว สามารถปรับใช้กับประเทศกำลังพัฒนาได้หรือไม่ Daniels (1999) ได้ปรับชุดของเครื่องชี้วัดสำหรับการประชุมที่เม็กซิโก คือ

1. เพิ่มหัวข้อแรก เป็นการให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขระหว่างสาขา ทั้งการจัดหาน้ำสะอาด การสุขภาพ การศึกษา/สุขภาพ ฯลฯ
2. รวมเรื่องความเป็นธรรมของการคลัง 2 ข้อไว้ในหัวข้อเดียวกัน (ข้อ 4-5 ในตารางที่ 4.2)
3. ตัดข้อ 9 ความสามารถในการเปรียบเทียบกันได้ ออกจากชุดของเครื่องชี้วัด

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยและปากีสถาน ในเดือน มีนาคมและเมษายน 2542 เห็นด้วยกับแนวการปรับชุดเช่นเดียวกับในเม็กซิโก โดยให้ความสำคัญกับข้อแรก "การสาธารณสุขระหว่างสาขา" กว้างขวางขึ้น คือครอบคลุมไปถึงสาเหตุต่างๆ ของความไม่เป็นธรรม และให้ความสำคัญกับ ความรับผิดชอบ ต่อสาธารณะ และสุดท้ายคือความเป็นอิสระของผู้ป่วย และผู้ให้บริการ

ประเด็นที่มีการถกเถียงกันคือ ชุดเครื่องมือดังกล่าวจะใช้สำหรับการประเมินความตั้งใจและแผนการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือใช้สำหรับการประเมินความสำเร็จของการปฏิรูป ทั้งนี้เนื่องจากชุดเครื่องมือดังกล่าวพัฒนามาเพื่อให้ประเมินโครงการปฏิรูปหลายๆ โครงร่างที่เสนอของกลุ่มต่างๆ ในอเมริกา นอกจากนั้นประเด็นที่มีการวิจารณ์กันมากในชุดเครื่องมือดังกล่าวในสัมมนาที่จัดในประเทศไทยคือ การวัดนั้นใช้การให้คะแนนและมีได้มีการกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจน ดังนั้นจึงขึ้นกับความเห็นและการให้ค่าของผู้ประเมินเป็นหลัก ผลของคะแนนที่ได้จึงขึ้นกับองค์ประกอบผู้ให้คะแนนว่าเป็นใคร ให้ค่าต่อประเด็นต่างๆ อย่างไร และมีความรับรู้ต่อเรื่องการปฏิรูปมากน้อยเพียงใด รายละเอียดของเครื่องมือจะได้กล่าวในตอนต่อไป

3. เครื่องมือวัดความเป็นธรรมในการปฏิรูประบบสุขภาพ

ตัวเครื่องมือต้นแบบที่ใช้ในการวัดความเป็นธรรมในการปฏิรูประบบสุขภาพของอเมริกาซึ่งพัฒนาโดย Daniels นั้นประกอบด้วย มาตรฐานทั้งหมด 10 ด้านด้วยกัน คือ ความครอบคลุมการมีหลักประกันแบบถ้วนหน้า, การลดสิ่งกีดขวางการเข้าถึงบริการที่ไม่ใช่ตัวเงิน, ความรอบด้านและเสมอภาคของชุดสิทธิประโยชน์, การคิดเบี่ยประกันในอัตราความเสี่ยงของชุมชนแทนตามความเสี่ยงของปัจเจกชน, การจ่ายเป็นไปตามความสามารถในการจ่าย, สัมฤทธิ์ผลทางคลินิก, ประสิทธิภาพทางการเงิน, ความรับผิดชอบต่อสังคม, ความสามารถเปรียบเทียบได้ของงบประมาณด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ, และ การมีทางเลือกของผู้บริโภค โดยพัฒนาขึ้นมาสำหรับบริบทของอเมริกาเป็นหลัก และไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐาน และปัจจัยนอกระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากอเมริกาไม่ได้มีปัญหาเรื่องนี้ เมื่อมีแนวคิดที่จะนำไปใช้ในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีสภาพปัญหาที่ต่างไปมาก จึงจำเป็นต้องมีการปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละประเทศ ได้มีการจัดสัมมนาขึ้นในสี่ประเทศรวมสามครั้ง คือ เม็กซิโก/โคลัมเบีย ไทย และปากีสถาน และได้มีการปรับตัวเครื่องมือ โดยลดจาก 10 มาตรฐานเหลือเพียง 9 มาตรฐาน โดยยุบเรื่องการคิดเบี่ยประกันและการจ่ายเข้าด้วยกัน ตัดเรื่องความสามารถในการเปรียบเทียบกันได้ในเรื่องงบประมาณด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ ขณะเดียวกันก็เพิ่มมาตรฐานด้านการสาธารณสุขสหสาขาขึ้นสำหรับรายละเอียดของมาตรฐานแต่ละตัวเป็นดังนี้

3.1 มาตรฐานที่ 1 การสาธารณสุขสหสาขา

มาตรฐานตัวแรกนี้ไม่ได้อยู่ในเครื่องมือต้นแบบของอเมริกาแต่ถูกเพิ่มขึ้นในการสัมมนาที่ เม็กซิโกและโคลัมเบียและมีการปรับเพื่อความเหมาะสมในการสัมมนาในเอเชีย ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์สามประการ คือ ต้องการให้ความสนใจกับปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพซึ่งอยู่นอกบริบทของระบบสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบข้อมูลเพื่อติดตามความเป็นธรรมทั้งนี้เนื่องจากคงเป็นไปได้ยากที่จะลดความไม่เป็นธรรมลงได้หากไม่มี ระบบข้อมูลที่ดี และเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆในการปฏิรูป ดังนั้นในมาตรฐานแรกนี้ก็จะแบ่งเป็นสามหลักเกณฑ์ย่อย คือ ผลของการปฏิรูปต่อการมีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพต่างๆของประชาชนตามภูมิภาคต่าง ถึงแม้ว่าในการ ปฏิรูปปกติแล้วไม่ได้ครอบคลุมไปในทุกเรื่องแต่หากการปฏิรูปนั้นมีผลกระทบทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆในกลุ่มประชาชน กลุ่มต่างๆลดลงก็จะทำให้ระบบมีความเป็นธรรมมากขึ้น หลักเกณฑ์ที่สองเรียกร้องให้ต้องมีระบบข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวัดและติดตามความเป็นธรรมที่ชัดเจนตลอดจนการศึกษาวิจัยเพื่อหามาตรการที่มีประสิทธิผลในการลดความไม่เป็นธรรม และหลักเกณฑ์สุดท้ายคือให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆในการปฏิรูป ทั้งนี้ในรายละเอียดแล้วคงต้องมีการปรับให้เข้ากับสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละประเทศอีกครั้ง เนื่องจากแต่ละประเทศจะมีสภาพปัญหาและบริบทต่างกัน

Benchmark 1 การสาธารณสุขสหสาขา

- ผลกระทบของการปฏิรูปต่อการเพิ่มความครอบคลุมของประชากรกลุ่มต่างๆ ในด้านต่อไปนี้:
 - โภชนาการพื้นฐาน
 - การเคหะ ความแออัดของที่พักอาศัย คนไร้ที่อยู่
 - สิ่งแวดล้อมที่ถูกละเลย: น้ำสะอาด สุขาภิบาล อากาศสะอาด การสัมผัสมลพิษ
 - การศึกษา และสุขศึกษา: การอ่านออกเขียนได้ การศึกษาพื้นฐาน เพศศึกษา/การส่งเสริมสุขภาพ การรณรงค์และส่งเสริมการไม่สูบบุหรี่ การป้องกันสารเสพติด
 - ความปลอดภัยในสถานที่สาธารณะ: การลดอุบัติเหตุทางรถ การลดความรุนแรง
- การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อติดตามความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ
 - มีการให้ข้อมูลผลการวัดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพด้วยดัชนีที่เหมาะสม
 - การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อลดความไม่เป็นธรรมของสถานะสุขภาพ
- ระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆในระดับท้องถิ่น ภาค และระดับประเทศในการพัฒนาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มด้อยโอกาสในการพัฒนา

3.2 มาตรการที่ 2 สิ่งกีดกันด้านการเงินในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม

สิ่งกีดกันด้านการเงินนับเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่สำคัญ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่ยังไม่สามารถจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนอย่างทั่วหน้า มาตรการตัวนี้ปรับมาจากชุดเครื่องมือต้นแบบที่พัฒนาในอเมริกาโดยมีการเพิ่มประเด็นการวัดสำหรับกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้มีรายได้ประจำ (informal sector) ซึ่งเป็นคนกลุ่มใหญ่ในประเทศกำลังพัฒนาและมักเป็นกลุ่มที่ยากจนที่สุดในสังคม ดังนั้นการจัดบริการที่จำเป็นให้แก่คนกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐทั้งหมดหรือเป็นส่วนใหญ่ วัตถุประสงค์หลักของมาตรการนี้คือ ต้องการประเมินว่าโครงการปฏิรูปหรือการพัฒนาได้ให้ความสนใจในการแก้ปัญหาเรื่องสิ่งกีดกันด้านการเงินในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชนหรือไม่ โดยในกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้มีรายได้ประจำมีประเด็นย่อยที่วัดคือ ความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการแบบทั่วหน้าของชุดสิทธิประโยชน์แบบต่างๆ (มีสองมิติที่พิจารณาคือ ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการ และชุดสิทธิประโยชน์มีความรอบด้านมากน้อยเพียงใด) และความต่อเนื่องของสิทธิเมื่อมีการเปลี่ยนงานหรือเปลี่ยนที่อยู่

สำหรับในประชาชนกลุ่มที่มีรายได้ประจํา นั้น ปกติในกลุ่มนี้จะเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับภายใต้ระบบประกันสังคม หรือไม่อย่างนั้นก็เป็นสวัสดิการของรัฐ เช่นในกรณีของสวัสดิการข้าราชการของไทย ดังนั้นเมื่อเป็นการประกันภาคบังคับปัญหาที่จะประสมมักเป็นในเรื่องของการบังคับใช้กฎหมาย การหลีกเลี่ยงของกลุ่มต่างๆ และปัญหาใน ด้านความแตกต่างของสิทธิประโยชน์และคุณภาพบริการของระบบประกันต่างๆภายในกลุ่มเอง ดังนั้นประเด็นหลักที่จะวัดในกลุ่มนี้จึงเป็นการติดตามดู การเพิ่มขนาด

ของประชาชนที่ครอบคลุม(ประสิทธิผลของการบังคับใช้กฎหมายและการครอบคลุมไปยังบุคคลในครอบครัว) การลดความเหลื่อมล้ำของชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ และการประสานระบบประกันสุขภาพของกลุ่มนี้เข้าด้วยกัน

Benchmark 2 สิ่งกีดกันด้านการเงินในการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม

ก. ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำ (informal sector)

- ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการของชุดบริการพื้นฐานที่เหมาะสม เช่น
 - ชุดบริการขั้นต่ำ (minimal package) เช่น บริการ 12 รายการของเม็กซิโก
 - ชุดบริการเบื้องต้น (primary care package) ของ PAHO (มากกว่าเม็กซิโก เล็กน้อย)
 - ชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน (basic benefit package) ของโคลัมเบีย
 - ครอบคลุมเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- ความต่อเนื่องของสิทธิเมื่อมีการเปลี่ยนงานหรือที่อยู่

ข. ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่มีรายได้ประจำ (formal sector)

- การลดอุปสรรคที่มีต่อการขยายความครอบคลุม ในด้านต่อไปนี้
 - การทุจริตและการบังคับใช้กฎหมาย การเข้าร่วม/การจ่ายเบี้ยประกัน
 - แรงต้านจากลูกจ้าง และแรงต้านจากนายจ้างในสถานประกอบการขนาดเล็ก
- ความครอบคลุมสมาชิกในครอบครัว
- ความครอบคลุมประเภทและชนิดของยาในชุดสิทธิประโยชน์

3.3 มาตรการที่ 3 สิ่งกีดกันที่ไม่ใช่ตัวเงินในการเข้าถึงบริการ

สิ่งกีดกันที่ไม่ใช่ตัวเงิน เช่น การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข การแบ่งแยกคนและการเลือกปฏิบัติของบุคลากร วัฒนธรรม ภาษา ฯลฯ ในประเทศกำลังพัฒนานั้นจะมีปัญหาต่างๆ เหล่านี้มากกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วหรืออเมริกาที่เป็นต้นแบบของเครื่องมือนี้ โดยกรอบของการวัดตัวนี้ได้เริ่มจากการประชุมที่ เม็กซิโกและโคลัมเบีย และมีการปรับอีกครั้งในการประชุมในเอเชีย โดยได้มีการแบ่งสิ่งกีดกันเป็น การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขที่ไม่เป็นธรรม การกีดกันทางเพศ การกีดกันที่เกิดจากความไม่เข้าใจในวัฒนธรรม และการแบ่งแยกคน

Benchmark 3 สิ่งกีดกั้นที่ไม่ใช่ตัวเงินในการเข้าถึงบริการ

- การลดความไม่เป็นธรรมของการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข เช่น สถานพยาบาล, บุคลากรสาธารณสุข (ประเภทต่างๆและการฝึกอบรม), วัสดุ/ครุภัณฑ์, ยา, เวลาการให้บริการ, การคมนาคม
- สิ่งกีดกั้นทางสถานภาพชาย-หญิง (อาจมีความสำคัญต่อสถานภาพของสตรีในชนกลุ่มน้อย)
- สิ่งกีดกั้นด้านวัฒนธรรม เช่น ภาษา,ทัศนคติต่อโรคและสุขภาพ, การพึ่งพาผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่ได้รับการอบรมอย่างถูกต้อง, ความรับรู้ต่อคุณภาพของบริการภาครัฐ
- การแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติตาม เชื้อชาติ ศาสนา ชนชั้น เพศ โรคที่เป็น และกลุ่มที่ได้รับบัตรสงเคราะห์

3.4 มาตรฐานที่ 4 ความรอบด้านและการแบ่งชั้นของชุดสิทธิประโยชน์

มาตรวัดตัวมาจากหลักการเบื้องต้นว่า ประชาชนกลุ่มต่างๆไม่ว่าจะเป็นเพศ กลุ่ม หรือ ชนชั้นใด จะมีความจำเป็นด้านสุขภาพในภาพรวมที่ไม่ต่างกัน ดังนั้นโดยหลักการแล้วการเข้าถึงบริการเหล่านั้นก็เป็นสิ่งที่สังคมควรต้องจัดให้มีขึ้น ความเหลื่อมล้ำของความรอบด้านของชุดสิทธิประโยชน์/คุณภาพบริการที่ต่างกัน(การแบ่งชั้น; "tiering") เช่นการมีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานสำหรับคนส่วนใหญ่และหากใครมีอำนาจจ่ายมากขึ้นก็สามารถจ่ายเพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ เมื่อมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มที่ต่างกันย่อมมีความไม่เป็นธรรมเกิดขึ้น ซึ่งก็ขึ้นกับขนาดและความแตกต่างด้วย ดังนั้นในมาตรวัดนี้จึงมีวัตถุประสงค์ประเมินโครงร่าง/ผลการปฏิรูปต่อความรอบด้านและการแบ่งชั้นของชุดสิทธิประโยชน์ว่ามากขึ้นหรือลดลงเพียงใด

Benchmark 4 ความรอบด้านและการแบ่งชั้นของชุดสิทธิประโยชน์ (Tiering)

- บริการที่มีประสิทธิผลและจำเป็น สามารถจัดให้ได้อย่างเป็นจริง โดยผู้ให้บริการทุกระดับและไม่มีการเลือกปฏิบัติ
- การปฏิรูป ช่วยลดการแบ่งชั้นของคุณภาพ หรือช่วยให้คุณภาพเท่าเทียมกันหรือไม่

3.5 มาตรฐานที่ 5 ความเป็นธรรมในระบบการคลังสุขภาพ

แนวคิดหลักของมาตรวัดนี้คือระบบการคลังด้านสุขภาพนั้นควรตรงข้ามกับการเข้าถึงบริการ กล่าวคือ การเข้าถึงบริการนั้นควรเป็นไปตามความจำเป็นด้านสุขภาพ แต่การจ่ายเงินนั้นควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่าย ระบบการคลังด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนานั้นส่วนใหญ่แล้วจะอิงกับสามระบบ คือ การคลังสุขภาพจากระบบภาษี เช่นการสนับสนุนของรัฐต่อระบบบริการสุขภาพ การจัดโครงการสำหรับคนจน เป็นต้น การคลังจากระบบการประกันสุขภาพ และการจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการ ทั้งนี้หากยึดบนหลักการข้างต้นระบบการคลังที่มาจากภาษีจะมีความเป็นธรรมมากที่สุดหาก

ภาษีเป็นอัตราก้าวหน้าและส่วนใหญ่มาจากภาษีรายได้บุคคล ส่วนระบบการคลังที่มาจากภาษีจาก กระเป๋าครัวเรือนก็จะมีความเป็นธรรมน้อยที่สุดเนื่องจากจ่ายเป็นไปตามปริมาณการใช้บริการและจะเป็น สิ่งกีดกันคนจนในการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตามการจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนในระดับหนึ่งก็ยังเป็นสิ่งที่ดี และมีอยู่ในทุกระบบการคลังเพื่อควบคุมการใช้บริการของประชาชนไม่ให้มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

Benchmark 5 ความเป็นธรรมในระบบการคลังสุขภาพ

- การคลังตั้งบนฐานของความสามารถในการจ่ายหรือไม่
 - ในระบบที่มาจากภาษี
 - การคลังสุขภาพเป็นลักษณะก้าวหน้าตามกลุ่มย่อยของประชาชนหรือไม่
 - สัดส่วนการจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนสำหรับบริการสุขภาพตามกลุ่มย่อยต่างๆ
 - ในระบบประกันสุขภาพ
 - การคิดเบี้ยประกันอยู่บนฐานเฉลี่ยความเสี่ยงของชุมชนหรือไม่ในระบบย่อยต่างๆ
 - ต้องพึ่งการจ่ายจากกระเป๋าเงินเพียงใดในแต่ละระบบย่อย

3.6 มาตรการที่ 6 ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพบริการ

แม้เครื่องมือนี้จะเป็นชุดเครื่องมือสำหรับการวัดความเป็นธรรม แต่เนื่องจากการมีทรัพยากรที่ จำกัดในขณะที่ความต้องการในบริการนั้นมีอยู่มากอย่างไม่จำกัด ประกอบกับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นมีค่าใช้จ่ายจะมีผลต่อสุขภาพที่เท่าเทียมกัน จึงจำเป็นต้องมีการจัดลำดับความสำคัญและ ต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพของการจัดบริการ เพื่อให้มีทรัพยากรเพียงพอที่จะนำมากระจายเพื่อบริการให้ เกิดความเท่าเทียมกันมากขึ้นในสังคม โดยในประเด็นด้านประสิทธิภาพนั้นมุ่งเน้นการวัดใน 3 ด้านหลัก ด้วยกันคือ (1) การให้ความสำคัญกับการจัดบริการปฐมภูมิในระดับชุมชน เนื่องจากเป็นบริการที่มีต้นทุน ต่ำสามารถครอบคลุมประชากรได้มาก ขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึง การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การ จัดสรรงบประมาณ ตลอดจนขวัญและกำลังใจของบุคลากรในการทำงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การจัดบริการ (2) การส่งเสริมการจัดบริการที่อิงกับหลักฐานข้อเท็จจริงในทุกด้าน (Evidence-based practice) ไม่ว่าจะเป็นการวางแผน การจัดบริการด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค ตลอดจนการบริหาร จัดการ ซึ่งจะเป็นอย่างนี้จะต้องมีการส่งเสริมให้มีระบบโครงสร้างพื้นฐานข้อมูลที่ดี และการศึกษาวิจัยเพื่อ สนับสนุนข้อเท็จจริงต่างๆ (3) คุณภาพบริการ เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพบริการ ก็คงต้องมีกระบวนการใน การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร ระบบการตรวจสอบและประกันคุณภาพบริการ และการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการประเมินคุณภาพบริการ

ประเด็นปัญหาที่พบประการหนึ่งในประเทศที่ลองนำเครื่องมือไปใช้คือ ปัญหาในเรื่องระบบส่งต่อ ประชาชนข้ามขั้นตอนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเนื่องจากขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการในระดับปฐม

ภูมิ ซึ่งมีผลให้มีความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้การพัฒนาคุณภาพบริการเป็นไปได้อย่างจำกัด ขณะเดียวกันทรัพยากรที่รัฐลงทุนไปในระดับล่างก็ไม่ได้ถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการให้ความสำคัญกับระบบการส่งต่อและการให้ประชาชนใช้บริการอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของระบบ อย่างไรก็ตามประเด็นนี้อาจมีความขัดแย้งกับประเด็นด้านเสรีภาพของประชาชนในการเลือกใช้บริการและประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญมากขึ้นคือคุณภาพของบริการที่ระดับปฐมภูมิและความเข้าใจของประชาชนในเรื่องนี้

Benchmark 6 ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพของบริการ

- ให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ (Primary Health Care focused)
 - การฝึกอบรมการจัดบริการปฐมภูมิในชุมชน (ยึดประชาชนเป็นหลัก, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ผลสัมฤทธิ์กับระบบอื่นๆ และการร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ในการพัฒนาสุขภาพ)
 - ระบบการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
 - การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมสู่บริการปฐมภูมิ
 - การมีส่วนร่วมของชุมชนรวมถึงกลุ่มประชาชนที่ด้อยโอกาส
- การดำเนินการ/จัดบริการอิงหลักฐานข้อเท็จจริง (Evidence-based practice)
 - นโยบายสาธารณสุข
 - โครงการสาธารณสุขและบริการทางคลินิกในการป้องกันโรค
 - บริการด้านการรักษาพยาบาล; การสร้างแรงจูงใจในการให้บริการตาม clinical guidelines, มีการประเมินผลวิธีที่ใช้ในการบริหารการให้บริการ)
 - ระบบโครงสร้างพื้นฐานของข้อมูลและฐานข้อมูล (มีการศึกษาวิจัยทางคลินิกและมาตรการทางสาธารณสุข การวิจัยระบบบริการสาธารณสุข, การศึกษาความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนและพฤติกรรมและการแสวงหาบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ)
- มาตรการในการพัฒนาคุณภาพบริการ
 - มีการสำรวจคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนเรื่องความพึงพอใจในบริการ โดยให้มีส่วนร่วมของชุมชนตามความเหมาะสม
 - มีระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและแผนงาน
 - การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านวิชาชีพ (ให้ความสำคัญกับการออกแบบระบบที่เป็นธรรม และมีระบบการศึกษาต่อเนื่อง)

3.7 มาตรฐานที่ 7 ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

ประเด็นด้านการขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเป็นสิ่งที่มีความเห็นตรงกันในที่ที่ทำการสัมมนาในทั้งสี่ประเทศว่ามีปรากฏจริง ทั้งนี้ประเด็นต่างๆที่จะทำการวัดนั้นเป็นประเด็นปัญหาที่มีการพูดคุยกันทั้งสี่ประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการทุจริตคอร์รัปชัน การแต่งตั้งคนที่ไม่เหมาะสม การเบียดบังเวลา

หลวง ฯลฯ เป็นต้น ทั้งนี้ในการแก้ไขจะต้องทำให้ระบบมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น ตลอดจนมีความโปร่งใสให้สามารถตรวจสอบได้ ดังนั้นในการพิจารณานั้นมาตริวัดที่ 6-8 อาจต้องพิจารณาร่วมกัน โดยมีประเด็นในการวัดทั้งหมดสี่ด้านหลัก คือ การลดค่าบริหารจัดการของระบบการจัดบริการและระบบประกันสุขภาพ การลดต้นทุนของวัสดุและเวชภัณฑ์ด้วยกระบวนการจัดซื้อที่เหมาะสมและการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การลดการโยกต้นทุนจากระบบหนึ่งไปอีกระบบหนึ่ง และลดการโกงและช่องโหว่ต่างๆ รวมถึงระบบค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม

Benchmark 7 ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

- การลดค่าบริหารจัดการ
 - การมีใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม (การซื้อการบำรุงรักษาและมีอุปกรณ์)
 - การมีค่าใช้จ่ายทางการตลาดที่สูงเกินควรของโรงพยาบาล/ระบบประกัน
 - การใช้นุ้คลากรที่มีประสิทธิภาพ(ไม่มีมากเกินงานระบบการแต่งตั้งส่งเสริมขึ้นกับความสามารถ)
 - ขนาดของการจัดบริการมีความเหมาะสม ทั้งในบริการของโรงพยาบาล ระบบประกัน
 - ลดความซ้ำซ้อนของโครงสร้างบริการ และการประสานบริการในแนวตั้ง
 - ลดต้นทุนทางธุรกรรม ในการเปลี่ยนระบบประกัน การย้ายของบุคลากร/ผู้ป่วย การสูญเสียบุคลากร
 - ปริมาณบริการบางอย่างมีมากเกินไปในบางแห่ง
- ลดต้นทุนวัสดุและเวชภัณฑ์ในกระบวนการจัดซื้อ
 - ลดความแปรปรวนของราคา
 - การจัดซื้อยารวมเพื่อลดราคาให้ต่ำลง
 - การใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติและการใช้ชื่อสามัญแทนชื่อการค้า
- ลดการโยกต้นทุน
 - การโยกต้นทุนจากบริการปฐมภูมิไปยังบริการของโรงพยาบาล
 - การโยกต้นทุนไปให้ผู้ป่วย
 - การโยกต้นทุนไปให้ระบบประกันหรือภาครัฐ
 - การโยกต้นทุนระหว่างระบบประกันด้วยกัน
- ลดการทุจริต การอาศัยช่องโหว่ และการให้ค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม
 - เบียดบังเวลาราชการไปทำงานส่วนตัว /เอกชน
 - แพทย์นัดผู้ป่วยไปให้คลินิกตนเอง
 - ขยายสถานพยาบาลเอาเงินเข้ากระเป๋าตนเอง
 - การเบิก/เรียกเก็บเกินจริง การแยกใบเสร็จ หรือแยกรายป่วย
 - การให้ค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม : การให้สิ่งจูงใจหรือผลตอบแทนแก่แพทย์ในการสั่งยา สั่งการขั้นสูตรที่มีราคาแพง การให้ค่าตอบแทนแก่รถในการนำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาล
 - การใช้ทรัพยากรของรัฐที่เหมาะสมสำหรับบริการแบบเอกชน

3.8 มาตรฐานที่ 8 ประชาธิปไตย ความรับผิดชอบ และการเสริมพลังให้ประชาชน

ทั้งสี่ประเทศที่เข้าร่วมในการพัฒนาดังเห็นตรงกันว่า เรื่องความรับผิดชอบต่อทางสังคมเป็นหัวใจสำคัญของความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก ระบบสุขภาพนั้นต้องทำให้สุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มต่างๆดีขึ้นอย่างเป็นธรรม และประชาชนแต่ละกลุ่มจะเป็นผู้รับผลกระทบด้านความเป็นอยู่จากการตัดสินใจและนโยบายที่กำหนด ดังนั้นกระบวนการตัดสินใจและนโยบายนั้นจะต้องกระทำด้วยความรอบคอบและรอบด้าน และไม่สามารถปล่อยให้ไปโดยขาดความรับผิดชอบต่อสังคมได้ ตลอดจนต้องทำให้มีความโปร่งใส สามารถอธิบายได้แก่สาธารณชน มีกระบวนการที่เป็นธรรม มีมาตรการในการบังคับให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด อย่างไรก็ตามมาตรการต่างๆเหล่านี้จะมีประสิทธิผลก็ต่อเมื่อประชาสังคมมีความเข้มแข็งขึ้น ทั้งนี้ในมาตรฐานนี้มีประเด็นที่วัด 6 ด้านด้วยกันคือ (1) ต้องมีระบบการประเมินการจัดบริการที่ชัดเจนและรายงานต่อสาธารณชน (2) มีกระบวนการจัดสรรงบประมาณที่โปร่งใสและมีความเป็นธรรม (3) ระบบงบประมาณแบบยอหดรวม เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย (4) มีกระบวนการแก้ปัญหาข้อร้องเรียนที่เหมาะสม (5) มีการคุ้มครองความเป็นส่วนตัวที่เพียงพอ (6) มีมาตรการในการบังคับใช้กฎหมายและระเบียบต่างๆ

Benchmark 8 ประชาธิปไตย ความโปร่งใส และการเสริมอำนาจประชาชน

- ต้องมีระบบการประเมินการจัดบริการที่ชัดเจนและรายงานต่อสาธารณชน; รายงานการให้บริการ, รายงานผลการดำเนินงาน, รายงานการปฏิบัติตามแนวทาง, การใช้ที่ปรึกษาที่มีขีดความสามารถเพียงพอ
- กระบวนการจัดสรรงบประมาณมีความโปร่งใส มีความเป็นธรรม
- ใช้ระบบงบประมาณยอหดรวม
- กระบวนการแก้ปัญหาข้อขัดแย้ง/การร้องเรียนที่เหมาะสม ; กระบวนการทางกฎหมาย (การประพฤติผิดวิชาชีพ)) กระบวนการที่นอกเหนือทางกฎหมาย ในการยุติข้อขัดแย้ง
- การคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลที่เพียงพอ
- การบังคับใช้กฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ ; การเสริมความเข้มแข็งให้ประชาสังคม, การสนับสนุนการเคลื่อนไหวของกลุ่มต่างๆ, กระตุ้นให้สาธารณชนมีการถกเถียงกันในประเด็นต่างๆรวมถึงการมีส่วนร่วมของกลุ่มด้วยโอกาส

3.9 มาตรฐานที่ 9 ความเป็นอิสระของผู้ให้บริการและทางเลือกของผู้บริโภค

ข้อนี้ให้ความสำคัญกับเรื่องความเป็นอิสระของผู้ให้บริการและทางเลือกของผู้บริโภค ประเด็นนี้ดัดแปลงมาจากต้นแบบโดยของต้นแบบนั้นกล่าวถึงเฉพาะเสรีภาพหรือทางเลือกของผู้บริโภค แต่ได้มีการเพิ่มความอิสระของผู้ให้บริการเข้าไปด้วยในการสัมภาษณ์ในประเทศ ทั้งนี้ในอเมริกานั้นค่อนข้างให้ความสำคัญ

สำคัญกับเรื่องเสรีภาพและทางเลือกต่างๆให้ประชาชนได้ตัดสินใจเองด้วยกลไกของตลาดและข้อมูล เช่นเดียวกันในกลุ่มของผู้ให้บริการ ความมีอิสระในการตัดสินใจของวิชาชีพในการให้บริการก็เป็นสิ่งที่กลุ่มวิชาชีพเรียกร้องเพื่อคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง แทนที่จะให้ระบบใดระบบหนึ่งมากำหนด หากพิจารณาจะเห็นว่าประเด็นนี้อาจมีข้อขัดแย้งกันเองในสองกลุ่ม ขณะเดียวกันมาตรวัดนี้ก็ขัดแย้งกับมาตรวัดที่ 6 ในการที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการที่เน้นบริการปฐมภูมิและจัดระบบการส่งต่อ การจัดบริการที่อิงกับหลักฐานข้อเท็จจริง

Benchmark 9 ความเป็นอิสระของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

- ระดับทางเลือกของผู้รับบริการ
 - ตอบบริการขั้นต้น
 - ตอบบริการเฉพาะทาง
 - ต่อผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ
 - ต่อหัตถการ/วิธีการรักษา
- ระดับความเป็นอิสระของผู้ให้บริการ

3.10 การให้คะแนนและการนำเครื่องมือไปใช้

Daniels ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมินโครงร่างการปฏิรูประบบสุขภาพของอเมริกาที่เสนอ โดยหลายๆฝ่ายเปรียบเทียบกัน นอกจากนั้นก็ได้นำไปใช้ในการประเมินสถานการณ์และแนวโน้มในระบบบริการสุขภาพของอเมริกาว่าที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (รายละเอียดดังที่ได้เสนอไปในบทที่แล้ว) นอกจากนั้นยังได้กล่าวว่าอาจมีความเป็นไปได้ที่จะนำตัวเครื่องมือนี้ไปใช้ในการประเมินความเป็นธรรมของระบบสุขภาพของประเทศต่างๆเปรียบเทียบกัน จุดประสงค์ของ Daniels ที่พัฒนาตัวเครื่องมือนี้ขึ้นมาขึ้นเพื่อต้องการสังคมพิจารณาและทบทวนการปฏิรูปอย่างรอบด้านว่าจะทำให้สถานการณ์ด้านความเป็นธรรมดีขึ้นหรือแย่ลง จึงได้ใช้วิธีการให้คะแนนตามความเห็นของแต่ละบุคคลในมาตรวัดแต่ละตัว และข้อมูลเชิงคุณภาพ มากกว่าที่จะสร้างเครื่องมือที่วัดออกมาเป็นในเชิงปริมาณ ซึ่งก็มีข้อวิพากษ์ว่าค่อนข้างเป็นนามธรรมมากไป และใช้ความเห็นของผู้ประเมินเป็นหลักแทนที่จะเป็นข้อเท็จจริง อย่างไรก็ตามในการนำเครื่องมือไปใช้นั้นนอกจากการให้คะแนนแล้ว ต้องมีการให้รายละเอียดของการปฏิรูปและผลที่เกิดขึ้นเพื่อเป็นการตรวจสอบความตรงของการให้คะแนนไปในตัว เหตุผลที่นำแนวทางนี้มาใช้นั้นก็เนื่องจากต้องการให้มีการพูดคุยและถกเถียงกันของคนในสังคมต่อการปฏิรูปและให้มีการทบทวน พิจารณาให้รอบคอบ โดยเฉพาะในประเด็นที่มีคนเห็นไม่ตรงกัน หากประเด็นใดที่คนเห็นสอดคล้องกันไปทิศทางเดียวกันใน

ทิศทางที่จะทำให้สถานการณ์ด้านความเป็นธรรมดีขึ้นก็แสดงว่าการปฏิรูปเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม หากได้คะแนนไปในทิศทางที่จะทำให้สถานการณ์แย่ลงก็ควรต้องพิจารณาและทบทวนใหม่

ในการให้คะแนนนั้นได้กำหนดให้ตั้งแต่ -5 ไปจนถึง +5 โดยหากมีเครื่องหมายเป็นลบหมายถึงสถานการณ์จะแย่ลง แยกที่สุดคือ -5 และ 0 คือจุดที่คิดว่าไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหรือแย่ลง หากเป็นบวกแสดงว่าดีขึ้นสูงสุดคือ +5 โดยในการให้คะแนนนี้เป็นการจัดลำดับของความเห็นซึ่งแน่นอนส่วนหนึ่งถูกกำหนดด้วยการให้คุณค่าของคนแต่ละคนในประเด็นด้านนั้นๆ ด้วย เพื่อให้การให้คะแนนมีน้ำหนักและความน่าเชื่อถือมากขึ้น ต้องมีการให้เหตุผลและข้อมูลประกอบการให้คะแนนด้วย นอกจากนั้นในกรณีของบางมาตรวัดที่สามารถมีข้อมูลเชิงปริมาณประกอบก็จะทำให้การวัดนี้เป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น ดัชนีต่างๆ ด้านสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามผู้พัฒนาเครื่องมือนี้ไม่ต้องการให้มีการจำกัดการใช้ที่จะต้องให้มัธยฐานที่สามารถวัดได้เป็นในเชิงปริมาณในทุกมาตรวัด ทั้งนี้เนื่องจากวัตถุประสงค์ของเครื่องมือนี้ต้องการกระตุ้นให้มีการพูดคุยและพิจารณาให้รอบด้านจากผู้คนสหวิชาชีพต่างๆ ที่มีแนวคิดและความเห็นตลอดจนการให้คุณค่าในประเด็นด้านความเป็นธรรมที่ต่างกันในสังคม

การให้คะแนนในแต่ละมาตรวัดจะทำให้สามารถบอกได้ว่า โครงร่างการปฏิรูป/แผนการพัฒนานั้น มีช่องว่างหรือจุดอ่อนตรงไหน มาตรการใช้/กลวิธีที่ใช้มีความรอบด้านและละเอียดพอหรือไม่ในการแก้ปัญหาด้านความเป็นธรรม ขณะเดียวกันก็สามารถบอกได้ว่าเป้าหมาย วัดประสิทธิผลและกลวิธีในการดำเนินการนั้นสอดคล้อง เกื้อกูลกันหรือไม่ที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ ในการใช้เครื่องมือในการประเมิน โครงร่างการปฏิรูป/แผนนั้นดูจะไม่ค่อยมีปัญหามากนัก เนื่องจากเป็นการประเมินความตั้งใจและการวางแผน ส่วนผลลัพธ์ยังไม่เกิด ดังนั้นการให้คะแนนเชิงความเห็นจึงไม่มีข้อโต้แย้งเนื่องจากยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้น ประเด็นข้อสงสัยและยังถกเถียงกันคือ เครื่องมือนี้จะสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลสำเร็จของการปฏิรูป/พัฒนาได้หรือไม่ ซึ่งในการศึกษานี้ก็ได้มีการลองนำเครื่องมือไปใช้ในการประเมินผลการปฏิรูประบบสาธารณสุขในพื้นที่ทดลองของโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากสหภาพยุโรป ซึ่งจะได้ให้รายละเอียดในบทถัดไป

4. การทดสอบชุดเครื่องมือ

วัดความเป็นธรรมของการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทย

กระแสการปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบ มีความตื่นตัวมากทั่วโลกในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งในด้านระบบการคลังและระบบการจัดบริการ โดยอาศัยกลไกและมาตรการต่างๆ เช่น การใช้กลไกการแข่งขันเข้ามาเป็นประยุคดีใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในระบบการคลังและระบบการจัดบริการ การสร้างระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ การประกันคุณภาพบริการ การให้หลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า ระบบการรับรองและการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย การสร้างกลไกในการตรวจสอบเพื่อเพิ่มความรับผิดชอบและความโปร่งใส การเสริมความเข้มแข็งให้กับประชาชนและกลุ่มผู้บริโภค เป็นต้น รูปแบบต่างๆของการปฏิรูปที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆพอสรุปได้ในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 สรุปรูปแบบการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันของนานาประเทศ

แหล่งเงิน	วิธีการจัดสรรเงิน	การจัดบริการ
• กลไกการแข่งขันระหว่างบริษัทประกันเอกชน (เช่น HMOs) • การเพิ่มประกันสุขภาพเอกชนแบบสมัครใจ • การเพิ่มประกันสุขภาพแบบบังคับ	• การทำสัญญาจ้างเหมาบริการ (Negotiated contracting) • การเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชน (Fee for service with capping) • ให้สถานพยาบาลระดับต้นหรือมีกรรมการถือเงินในการจ่ายให้แก่โรงพยาบาล (GP fund holder) • จ่ายแบบเหมาจ่ายผสมกับวิธีอื่นให้แก่ GP • กำหนดราคา (Reference pricing) • การกำหนดบัญชียา (Positive lists) • การให้มีส่วนจ่ายร่วมของผู้ป่วยในการใช้บริการ (Co-payment and deductibles)	• โรงพยาบาลเป็นอิสระในการบริหารจัดการ (Quasi-autonomous management of public hospitals) • ให้มีการแข่งขันในการจัดบริการระหว่างแพทย์และโรงพยาบาล • กระจายอำนาจการจัดบริการ (Decentralization service delivery) • ให้ GP เป็น gatekeeper • Privatizing service providers • เพิ่มการประสานงานระหว่างบริการสาธารณสุขและบริการทางสังคมเช่นในกลุ่มผู้สูงอายุ • การเพิ่มคุณภาพของการจัดบริการ (Quality improvement)
การพัฒนาระบบข้อมูล (Improved information systems) เน้นการจัดบริการด้านการป้องกันโรค (Enhanced preventive services) สิทธิผู้ป่วย (Patient rights)		

ที่มา: Saltman R. (1995) Applying Planned Market Logic to Developing Countries' Health System: An Initial Exploration.

สำหรับกระแสการปฏิรูปในสังคมไทยก็ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับตั้งแต่มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ทั้งนี้เนื่องจากรัฐธรรมนูญคือแม่บทหลักที่กำหนด เรื่อง สิทธิ หน้าที่ ตลอดจนความ

สัมพันธ์ขององค์กรต่างๆในสังคม ทำให้ต้องมีการปฏิรูปของระบบต่างๆตามมา ประกอบกับการประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจจากค่าเงินบาทและเศรษฐกิจฟองสบู่ ยิ่งสะท้อนภาพความจำเป็นที่ต้องมีการปฏิรูปไม่ว่าจะเป็นด้าน การเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา รวมไปถึงด้านสาธารณสุข โครงการปฏิรูปด้านสาธารณสุขนั้นได้มีการเสนอโครงการปฏิรูปจากหลายองค์กรด้วยกัน โครงการแรกเป็นโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากสหภาพยุโรปและมีสำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล โครงการนี้ค่อนข้างครอบคลุมเนื้อหากว้างขวางในเกือบทุกด้าน มีทั้งการพัฒนาและเคลื่อนไหวด้านนโยบาย การศึกษาทดลองและพัฒนารูปแบบในพื้นที่ การศึกษาวิจัย การสร้างแนวร่วมการปฏิรูป ฯลฯ แต่หลายเรื่องก็ดำเนินการเฉพาะในลักษณะของการประสานงานเท่านั้น

ข้อเสนอที่สองสำหรับการปฏิรูปคือ ข้อเสนอของ Management Sciences for Health ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขของไทย ที่เสนอผ่านธนาคารพัฒนาเอเชียในการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย มีการเสนอการปฏิรูปในสี่ด้านคือ การกระจายกำลังคน การพัฒนาระบบการส่งต่อ การให้โรงพยาบาลมีอิสระในการบริหารจัดการ และการปฏิรูประบบการคลังและประกันสุขภาพ ข้อเสนอดังกล่าวมิได้ถูกนำโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิรูป

และโครงการที่สามที่เกี่ยวกับการปฏิรูประบบสาธารณสุขคือ การปฏิรูประบบราชการที่เสนอโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนและได้รับการสนับสนุนจากธนาคารโลก เน้นอนรวมในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขด้วย โครงการนี้มุ่งปรับโครงสร้างและกระบวนการทำงานของระบบราชการเป็นหลัก ประกอบด้วย 5 ด้านหลัก คือ แผนการปรับเปลี่ยนบทบาท ภารกิจ และวิธีการบริหารงานของภาครัฐ แผนการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณเป็นระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานและผลลัพธ์ แผนการปรับเปลี่ยนระบบบริหารงานบุคคล แผนการปรับเปลี่ยนกฎหมาย และแผนการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมและค่านิยม ในการปรับเปลี่ยนการจัดการระบบงบประมาณมีการวางแผนไว้ 5 เรื่องที่สำคัญ คือ การจัดทำระบบงบประมาณให้มีลักษณะที่มุ่งเน้นผลงาน มีความรับผิดชอบ กระจายอำนาจ และมีความครอบคลุม การจัดทำประมาณการงบประมาณรายจ่ายล่วงหน้า การกระจายอำนาจระหว่างรัฐบาลกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการจัดการทางการเงินโดยรวม และกรอบด้านกฎหมายซึ่งเกี่ยวข้องกับการงบประมาณ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามร่วมกับสำนักงานงบประมาณเพื่อทำการปฏิรูประบบงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปทั้ง 92 แห่งโดยในปีงบประมาณ 2544 โรงพยาบาลทั้งหลายจะได้รับการจัดสรรงบประมาณในลักษณะ Block grant ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์และผลงานของโรงพยาบาล ข้อมูลด้านต้นทุน และระบบในการตรวจสอบข้อมูล นอกจากนั้นก็ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการด้านการคลังสาธารณสุข จัดตั้งคณะทำงานในการพัฒนาสูตรในการจัดสรรงบประมาณ มีรูปแบบการจ่ายเงินที่เป็นมาตรฐาน และพัฒนาฐานข้อมูลรายจ่ายสุขภาพของจังหวัดและองค์กรในการตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

สำหรับในการทดลองใช้ตัวเครื่องมือในการประเมินการปฏิรูปนั้นจะดำเนินการในสองโครงการคือการนำไปทดลองใช้วัดความสำเร็จของการปฏิรูปในพื้นที่ทดลองของโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข และการทดลองใช้ประเมินข้อเสนอที่ผ่านทางธนาคารพัฒนาเอเชีย ซึ่งจะให้รายละเอียดของทั้งสองโครงการต่อไป

4.1 โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2540 และจะสิ้นสุดในปี 2543 ได้รับทุนสนับสนุนจากสหภาพยุโรป มีวัตถุประสงค์เพื่อ “หารูปแบบระบบบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม โดยเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ (efficiency) มีความเสมอภาค (equity) มีคุณภาพบริการที่ดี (quality of care) ตลอดจนสังคมเข้ามามีส่วนร่วมและสามารถตรวจสอบได้ (social accountability)” โดยมีการกำหนดประเด็นของการปฏิรูปไว้ 10 ประการได้แก่ ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการด้านสาธารณสุข การเพิ่มประสิทธิภาพโรงพยาบาลของรัฐ การพัฒนาคุณภาพบริการขั้นปฐมภูมิ การปรับบทบาทสถานบริการสาธารณสุข การพัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรสาธารณสุข การพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข บทบาทของภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสาธารณสุข กฎหมายสาธารณสุข และการสังเคราะห์นโยบายสาธารณสุข ทั้งนี้ในการดำเนินงานนั้นมิได้มีการดำเนินงานในทุกประเด็นเนื่องจากมีหน่วยงานอื่นดำเนินการอยู่ในบางเรื่องแล้ว เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานประกันสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้กรอบของการวิจัยและพัฒนาของโครงการจึงกำหนดไว้ 4 ด้าน ได้แก่ การวิจัยและพัฒนาระดับนโยบาย การพัฒนาโครงสร้างการจัดระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ การพัฒนาบุคลากร และการมีส่วนร่วมของชุมชนและการประสานองค์กรต่างๆ ในการนำชุดเครื่องมือไปทดลองใช้นี้จะใช้ประเมินการดำเนินการปฏิรูปในพื้นที่จังหวัดทดลองเป็นหลัก คือจังหวัด พะเยา และ ยโสธร เนื่องจากทั้งสองจังหวัดสามารถดำเนินการได้ตามรูปแบบที่กำหนดมากที่สุด

4.1.1 การพัฒนาสาธารณสุขในจังหวัดพะเยา

จังหวัดพะเยาเป็นหนึ่งในห้าจังหวัดที่ได้เข้าร่วมโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขตั้งแต่ต้น โดยได้มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาของจังหวัดและพบว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาหลักของจังหวัดและระบบบริการที่จัดอยู่ในปัจจุบันนั้นไม่สามารถรองรับและจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการปรับแนวคิด กระบวนการในการจัดบริการ การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร และการปรับองค์กรให้เหมาะสมตลอดจนการประสานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากการแก้ปัญหาโรคเอดส์นั้นมีไม่เพียงแต่การจัดการกับโรคแต่เป็นปัญหาของสังคมโดยรวม โดยได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินการให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุข

สุขที่มีคุณภาพ อย่างทั่วถึง และเป็นธรรม โดยกระบวนการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพและสามารถตรวจสอบได้จากชุมชน ทั้งนี้ได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะไว้ 8 ประการคือ

1. เพื่อกำหนดบริการหลักทางด้านสุขภาพรวมทั้งมาตรฐานการดูแลสุขภาพที่ผสมผสานเป็นองค์รวม และต่อเนื่อง ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านการเงิน
2. เพื่อให้โครงสร้างการบริหารจัดการด้านบริการของสถานบริการและหน่วยบริการแต่ละระดับมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้บริการภาคเอกชนและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการที่มีคุณภาพ
4. เพื่อจัดระบบการตรวจสอบคุณภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของผู้ให้บริการ
5. เพื่อให้มีข้อมูลข่าวสารที่สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการ ขั้นตอนต่างๆของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
7. เพื่อให้เกิดการจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ
8. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีศักยภาพ และความพึงพอใจต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ทั้งนี้ได้มีการกำหนดกิจกรรมหลักไว้ 8 ประการคือ การกำหนดประเภทของกิจกรรมบริการและมาตรฐานของสถานพยาบาลแต่ละระดับ การจัดองค์กรของหน่วยบริการ การฝึกอบรมบุคลากร การกำกับและตรวจสอบคุณภาพบริการ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การปฏิรูปการจัดการด้านการเงิน การจัดองค์กรบริหารโครงการ และการประเมินผลการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

การสัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

นายแพทย์สาธารณสุขคนปัจจุบันได้ย้ายมาปฏิบัติงานที่จังหวัดพะเยาตั้งแต่ปี 2538 และตระหนักว่าปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาหลักของจังหวัดและระบบบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไม่สามารถรองรับได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเกิดแนวคิดว่าจะต้องมีการปรับแนวคิดของบุคลากรและกระบวนการทำงานใหม่ โดยเริ่มวิเคราะห์ปัญหาที่ระดับล่างสุดคือสถานีนามัย พบว่า เจ้าหน้าที่มีภาระกิจที่ต้องดำเนินการที่สั่งการมาจากส่วนกลางมาก ทำให้ไม่มีเวลาคิด มีหลายงานที่ทำไปด้วยเหตุผลเพียงว่าเพราะเคยทำอยู่ และมีหลายงานที่ซ้ำซ้อน และต้องทำเพียงเพราะมีรายงานที่ต้องส่ง เช่น การรายงานการชั่งน้ำหนักเด็กทุกๆที่ อสม.ก็ทำอยู่แล้ว ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดว่าจะอย่างไรจึงจะให้เหลืองานน้อยที่สุดเพื่อให้มีเวลาไปทำงานที่เป็นปัญหาของพื้นที่จริงๆ สิ่งแรกที่พัฒนากันคือการพัฒนากระบวนการเพื่อลดความซ้ำซ้อนของรายงาน

ต่างๆ โดยมีการพัฒนาระบบรายงานตามแผนงานเพื่อชี้วัดความสำเร็จของงาน และในสถานีนอมนัยมีการพัฒนาระบบข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายประชากร

ปัญหาโรคเอดส์ที่เพิ่มขึ้นมาก ทำให้ต้องมาคิดวิธีการ และระบบงานใหม่ เพื่อให้เข้าใจปัญหามากขึ้น และให้มีเวลามากขึ้นเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว นอกจากนั้นปัญหาเอดส์ก็ทำให้ตระหนักว่าสาธารณสุขไม่สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้คนเดียว จำเป็นต้องมีการมองปัญหาอย่างรอบด้านและเข้าใจปัญหามากขึ้น ต้องมีการจัดบริการอย่างรอบด้าน ทั้งในด้านการให้การปรึกษา การแก้ปัญหาเศรษฐกิจ และการปรับทัศนคติทั้งของเจ้าหน้าที่และของชาวบ้าน

โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่เข้ามามีบทบาทและเป็นตัวนำคือ การปฏิรูประบบการคลังบริการสาธารณสุข มีการปรับการบริหารงบประมาณบริการสาธารณสุข โดยมีการรวมยอดเงินสำหรับบริการภาครัฐ คืองบบริการสาธารณสุขบางส่วน งบ สปร. และบัตรประกันสุขภาพ และใช้หลักเกณฑ์และกระบวนการจัดสรรงบประมาณเดียวกันใหม่ ให้เป็นไปตามผลงานผลลัพธ์มากขึ้น เพื่อกระตุ้นผลผลิตภาพของสถานพยาบาลระดับต่างๆ โดยจัดสรรเงินให้กับเครือข่ายสถานพยาบาลระดับต้นตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ และจัดสรรเงินให้กับบริการผู้ป่วยในตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม นอกจากนั้นก็มีการพัฒนาบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ที่สถานพยาบาลแต่ละระดับต้องให้บริการได้ เรียกกันว่า Core Health Services โดยพิจารณาจาก ศักยภาพของบุคลากรและสถานพยาบาลแต่ละระดับ ขณะเดียวกันก็ต้องมีการปรับบทบาทของหน่วยงานโดยในระยะแรกนั้นคิดว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ

ในการพัฒนาองค์กรนั้น จากการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลญี่ปุ่น (JICA) ก็พบว่า สภาพพื้นที่แต่ละแห่งนั้นมีความแตกต่างกัน การสร้างรูปแบบที่เหมือนกันนั้นจะแก้ปัญหาไม่ได้ และได้บทเรียนจากโครงการนั้นว่า ในการแก้ปัญหานั้นต้องมีการพัฒนาหลักๆ สามด้านคือ

- การสร้างคนให้คิดเองและคิดเป็น
- การทำงานต้องเป็นแบบสหสาขา
- การพัฒนาและเรียนรู้จากการทำงาน

จึงเกิดแนวคิดให้มีหน่วยปฏิบัติการระดับอำเภอ ให้อำเภอดูแลรับผิดชอบประชาชนของอำเภอเอง วางแผนในการแก้ปัญหาเฉพาะของตน

จากโครงการโรคเอดส์ ได้มีโครงการต่อเนื่องที่ได้รับการสนับสนุนจาก JICA คือโครงการพัฒนาบุคลากร โดยมีระยะเวลาดำเนินงาน 5 ปี ตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นมา โดยมีแนวคิดหลักคือ

1. การปฏิรูปทัศนคติในการทำงาน (Attitude Reform) โดยเป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิรูปคือต้องสร้างทัศนคติให้กับเจ้าหน้าที่ให้อยากเรียนรู้ โดยอาศัยกลวิธีการเก็บข้อมูล การศึกษาชุมชน (Community assessment) และมีการทำงานเป็นทีมของระดับอำเภอ
2. การสร้างระบบใหม่ (New System Formulation) ปรับการทำงานเข้าระบบใหม่โดยอาศัยการวางแผนที่มีการใช้ข้อมูลเป็นหลัก (Evidence based planning) ซึ่งในขณะนี้มีการดำเนินงานอยู่ในสามอำเภอ คือ จุน ปง และเชียงม่วน และจะมีการขยายออกไปอีกในปีต่อไปอีก 3 อำเภอ มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่โดยใช้ระบบ in-services training
3. Consolidation and stabilization เพื่อฝึกให้อำเภอคิดเป็น วางแผนเป็น ใช้เงินเป็นก้อนและกระจายอำนาจให้อำเภอดำเนินงาน โดยจะมีการนิเทศติดตามจากทีมจังหวัดลงไปทำงานร่วมกับอำเภอ ทั้งนี้ทีมจังหวัดก็ต้องพัฒนาให้คิดเป็นด้วย

ในระบบบริการนั้น โรงพยาบาลทั่วไปต้องทำงานด้านเทคนิค มาตรฐานบริการ แต่มีปัญหาด้านบริการที่เป็นภาระมาก และมีปัญหาด้านการบริหารจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจึงต้องเข้าไปทำด้านบริหารจัดการให้ การทำเรื่อง การตรวจสอบคุณภาพบริการ (Medical audit) เป็นอีกส่วนหนึ่งที่โรงพยาบาลทั่วไปน่าจะช่วยในการพัฒนาคุณภาพบริการได้ดี

สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชน (Good governance) นั้นที่ผ่านมาการมีส่วนร่วมเป็นในลักษณะร่วมในสิ่งที่เราบอกให้ร่วม ยังไม่ได้เป็นไปอย่างมีส่วนร่วมเต็มที่ โครงการเมื่อนำอยู่ มีแนวคิดให้ส่วนต่างๆ ทั้งหมดเข้ามาช่วยกันร่วมคิดร่วมทำ มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันและวางแผนการทำงาน โดยมีการแบ่งเป็นสองส่วนคือ ในเขตเมืองเทศบาลรับผิดชอบและ ในเขตชนบทมีองค์การบริหารส่วนตำบลรับผิดชอบ โดยในระยะแรกนั้นมีการดำเนินงานเฉพาะในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่การที่จะทำให้เมื่อนำอยู่นั้นคงมีใช่เฉพาะด้านสิ่งแวดล้อม แต่ต้องเอาคนเป็นตัวตั้ง ดังนั้นต้องมีการปรับกระบวนการทัศนในการทำงานใหม่ โดยต้องมีการร่วมกันทั้งในส่วนของเทศบาลและองค์กรเอกชน

สำหรับงานสาธารณสุขมูลฐานนั้นต้องมีการปรับระบบการคลังในการสนับสนุนใหม่หลักทั้งสามด้านคือ การพัฒนาศักยภาพของชุมชน การแก้ปัญหาชุมชน และ การจัดบริการในชุมชน เพื่อให้มีทิศทางการพัฒนาที่ดี คล้ายกับการทำงานแก้ปัญหาโรคเอดส์ ที่พยายามให้มีการดำเนินการโดยทางองค์กรชุมชน เสนอมาและมีกรรมการเอดส์ของอำเภอเป็นคนพิจารณา

ในปี 2542 ได้มีการนำเอาโครงการเมื่อนำอยู่ งานสาธารณสุขมูลฐานและโครงการเอดส์มารวมกัน และสร้างทีมอำเภอขึ้นในลักษณะที่เป็นสหสาขา มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดโครงการเป็นและวางแผนเป็น ทั้งนี้ในระดับจังหวัดมีคณะกรรมการติดตามประเมินผลแผนการ

พัฒนาของจังหวัดโดยมี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน โดยเป็นการมองภาพรวมการพัฒนาของจังหวัด เพื่อให้มีลักษณะเป็นสหสาขามากขึ้น แต่ปัญหาที่ประสบคือ ระบบงบประมาณจากส่วนกลาง และระบบการสั่งการจากส่วนกลางนั้นเป็นอุปสรรคในการประสานโครงการต่างๆของแต่ละหน่วยงาน ทำให้ไม่คล่องตัวในการดำเนินงานและอาจไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของจังหวัด

4.1.2 การพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

การปฏิรูประบบสาธารณสุขของจังหวัดยโสธรได้เริ่มต้นตั้งแต่ปี 2539-40 โดยได้มีการพัฒนาโครงสร้างการปฏิรูปของจังหวัดจากการที่ส่วนกลางได้มาชี้แจงรายละเอียด และส่วนกลางได้มีการคัดเลือกภาคละ 1 จังหวัด โดยเน้นที่ตัว นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นหลัก ทั้งนี้โดยจังหวัด ขอนแก่นมาขอเข้าด้วยภายหลัง หลังจากมีการพัฒนาโครงสร้างวิจัย ใช้เวลาประมาณ 8 เดือนจึงได้รับคำตอบว่าอนุมัติ ทั้งนี้ระหว่างนั้นมีเพียงการชี้แจงที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลให้ทราบเท่านั้น

ในการเสนอโครงการปฏิรูปนั้นได้มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาของจังหวัดและพบว่า ระบบบริการสุขภาพนั้นมีปัญหาด้านการขาดคุณภาพและมาตรฐานของบริการที่จัดของสถานพยาบาลแต่ละระดับ และขาดระบบการส่งเสริมให้ผู้ให้บริการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ที่ควรจะเป็นของตนเอง ขณะเดียวกันก็ขาดระบบการตรวจสอบและควบคุมมาตรฐานการให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน ประชาชนก็ยังขาดความรู้ความเข้าใจในระบบบริการ ระบบการเงินการคลังก็ขาดประสิทธิภาพ มีแหล่งเงินหลากหลาย กระจัดกระจาย และไม่มีแรงกระตุ้นให้สถานพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการให้บริการเท่าที่ควร ในด้านบุคลากรก็พบว่ามีปัญหาการขาดแคลนแพทย์ และบุคลากรอื่นๆก็ขาดการพัฒนาเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาของพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ในการปฏิรูปได้มีการเสนอ กลยุทธ์หลักไว้ 4 ด้าน คือ การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ระบบการจัดการด้านการเงินการคลัง การพัฒนาบุคลากร และการปรับการบริหารจัดการ โดยดำเนินการในลักษณะของการพัฒนาและวิจัย ทั้งนี้ได้มีการกำหนดแผนการพัฒนามาเป็นสามช่วงและขยายพื้นที่ดำเนินการปีละ 3 อำเภอ โดยจะเต็มพื้นที่ในปี 2542

สัมภาษณ์ผู้บริหารจังหวัด (ผู้อำนวยการพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน)

การพัฒนาสาธารณสุขของจังหวัดยโสธรในช่วงปี 2536 เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนาเชิงวิชาการมากขึ้น โดยมีการได้ทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมาทำการวิจัย มีการพัฒนานักวิจัยระดับอำเภอ พัฒนาวิชาการด้านการสอบสวนโรคระดับอำเภอ มีการเน้นการพัฒนาด้านวิชาการและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานมากขึ้น สำหรับทุนวิจัยที่ได้มาส่งผลต่อการพัฒนานักวิชาการของ สสจ. มีการสร้างนักวิชาการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ค่อยได้เน้นการวิจัยระบบสาธารณสุขมากนัก

หลังจากที่จังหวัดได้รับการคัดเลือกให้เข้าร่วมโครงการ ได้มีการตั้งคณะทำงานขึ้น 4 คณะ มาจากทั้งระดับจังหวัดและอำเภอบางส่วน คือ คณะทำงานด้านการเงินการคลัง การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาระบบบริการ และการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนหลังนั้นเป็นของโรงพยาบาลโสธร โดยคณะทำงานทั้งสี่มีหน้าที่ในการพัฒนาโครงร่างวิจัยส่งให้จังหวัด และมีการตั้งฝ่ายวิจัยขึ้นในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รับผิดชอบการประสานงานกับพื้นที่และส่วนกลาง ทั้งนี้โครงร่างการวิจัยมีการปรับประมาณ 4 ครั้ง

การพัฒนาบุคลากร มีการสร้างนักวิชาการ ทั้งการส่งไปศึกษาต่อจากโครงการ คือ ปริญญาโท การอบรมส่วนกลาง และการพัฒนาในระดับจังหวัดเอง มีการอบรมภายในจังหวัดในเรื่อง Primary Medical care (PMC), Referral system, District Health team การพัฒนา PMC เน้นที่พัฒนาระบบมากกว่าการบังคับประชาชนให้ไปใช้บริการ สำหรับความสำเร็จที่ได้นั้น ใน 9 อำเภอ ได้ผลไม่เท่ากัน เนื่องจากให้แต่ละอำเภอดำเนินการกันเอง อำเภอค้อวังไปได้ไกลกว่าอำเภออื่นๆ อำเภออื่นๆอาจไม่ได้ตาม concept ทั้งหมด ทั้งนี้ส่วนหนึ่งก็ขึ้นกับตัวเจ้าหน้าที่เป็นหลักว่ามีความสนใจเพียงใด

ระบบ PMC และ ระบบ Finance ยังเชื่อมกันไม่สนิทนัก แต่มีแนวคิดที่ต้องให้เชื่อมกัน มีการกันเงินไว้ที่ระดับอำเภอ 10% สำหรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แต่ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะจัดการกับเงินก้อนนี้อย่างไรดี การปฏิรูประบบการคลังทำให้สถานีนีออนามัยรู้สึกว่าจะต้องดูแลคนของตนไม่เช่นนั้นจะต้องตามไปจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามความคิดนี้อาจเกิดขึ้นไม่เท่ากันในแต่ละอำเภอ ความรู้สึกที่ถูกหักเงินหากคนไข้มาโรงพยาบาลเกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด มีการสะท้อนว่าคนไข้บางกลุ่มโรงพยาบาลควรต้องส่งให้สถานีนีออนามัยดูแลได้ ทั้งนี้โรงพยาบาลต้องส่งข้อมูลรายบุคคลให้กับสถานีนีออนามัยตรวจสอบว่าเป็นคนของตนจริงหรือไม่และมาใช้บริการอะไรที่โรงพยาบาลทุกเดือน (สถานีนีออนามัยจะสามารถตรวจสอบข้อมูลได้ดี เนื่องจากในแต่ละเดือนมีปริมาณไม่มากและส่วนใหญ่จะรู้จักประชาชนดี กว่า) และมีการจัดทำทะเบียนแยกโรคว่าโรคอะไรที่สถานีนีออนามัยควรดูแลได้หรือไม่ได้ สิ่งที่ได้เห็นได้ชัดว่าเกิดขึ้นจากการปฏิรูปคือทำให้ระบบข้อมูลดีขึ้น อย่างไรก็ตามการปฏิรูปจะมีแรงกระตุ้นให้สถานีนีออนามัยต้องพัฒนาคุณภาพบริการหรือไม่ ภาพยังไม่ชัดนัก แต่มีการเบิกยาของสถานีนีออนามัยเพิ่มขึ้น

สำหรับในส่วนประชาชนว่ามีความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ คิดว่าประชาชนอาจไม่ทราบ สำหรับประเด็นว่าจะมีการยกเลิกแนวคิดนี้หรือไม่หากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารหรือเมื่อจบโครงการ คิดว่าคงเลิกยากเพราะรูปแบบดังกล่าวเกิดจากการระดมความคิดเห็นจากคนกลุ่มใหญ่ ส่วนใหญ่เห็นด้วย อย่างไรก็ตามก็ต้องมีการปรับองค์กรในการรองรับระยะยาวในระดับจังหวัด คือต้องมีสำนักงานบริหารโครงการเกิดขึ้น

4. 2 แผนการปฏิรูประบบโดยธนาคารพัฒนาเอเชีย (Project ADB)

โครงการศึกษาการบริหารจัดการด้านสุขภาพและการคลังของประเทศไทย ธนาคารเอเชีย มีข้อเสนอเพื่อปรับปรุงระบบสาธารณสุขในระยะสั้น 4 ระบบได้แก่ การกระจายบุคลากรสาธารณสุข ระบบส่งต่อของบริการสาธารณสุข การปรับโรงพยาบาลรัฐให้บริหารงานอย่างอิสระ และการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข (ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน สวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล และโครงการบัตรประกันสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข) โดยมีข้อเสนอระยะสั้นดังนี้

มาตรการสำหรับการกระจายกำลังคน ให้มีการปรับปรุงการประสานนโยบายในระดับส่วนกลาง และให้มีผู้รับผิดชอบเรื่องการบริหารบุคคลเต็มตัวในการที่เตรียมข้อมูล วิเคราะห์ และเสนอทางเลือกด้านนโยบายให้แก่ผู้บริหาร ให้มีการจัดสรรเงินในลักษณะเป็นก้อนให้แก่พื้นที่ขาดแคลนบุคลากร การเพิ่มค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทำงานในพื้นที่ขาดแคลน และให้มีการศึกษาที่ต่อเนื่อง

สำหรับในเรื่องการส่งต่อนั้นข้อเสนอมีทั้งมาตรการด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในด้านผู้รับบริการเสนอให้มีการกำหนดราคาที่แตกต่างกันสำหรับสถานพยาบาลต่างระดับ กล่าวคือสถานพยาบาลระดับสูงให้กำหนดราคาที่สูงกว่า และใช้มาตรการนี้กับกลุ่มที่ถือบัตรสวัสดิการที่ไม่ผ่านการส่งต่อด้วย สำหรับมาตรการด้านผู้ให้บริการให้ระดับอำเภอมีหน้าที่และความอิสระในการบริหารงบประมาณมากขึ้น และให้มีการทดลองดำเนินการเพื่อประเมินผล

สำหรับเรื่องโรงพยาบาลในกำกับของรัฐนั้น ทางที่มิวิจัยได้เสนอคู่มือสำหรับการดำเนินการของโรงพยาบาลในกำกับของรัฐให้แก่ทางกระทรวงสาธารณสุข และเสนอให้ต้องมีการประเมินติดตามผลอย่างใกล้ชิดเพื่อดูผลกระทบที่จะเกิดขึ้น

ในด้านการปฏิรูประบบการคลังและประกันสุขภาพ เสนอให้มีการขยายความครอบคลุมของระบบประกันสังคมไปยังกลุ่มครอบครัวของลูกจ้าง และผู้ประกอบการอาชีพอิสระ ให้มีการรวมกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนและแยกบริหารเงินสามส่วนสำหรับการจ่ายเหมาจ่ายรายหัว การจัดบริการภายในสถานประกอบการ การปรับปรุงความปลอดภัยในการทำงาน สำหรับโครงการบัตรประกันสุขภาพ ข้อเสนอคือให้กำหนดราคาให้ครอบคลุมต้นทุนทั้งหมดและลดการสนับสนุนจากภาครัฐลง สำหรับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาลเสนอให้องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการออกบัตรและต้องมีการร่วมสนับสนุนงบประมาณ

ตารางที่ 4.2 หลักการและวัตถุประสงค์ของการปฏิรูปตามข้อเสนอหลักของธนาคารพัฒนาเอเชีย

หลักการ	การกระจายบุคลากร	ระบบส่งต่อ	โรงพยาบาลอิสระ	ระบบการคลัง
เน้นการพัฒนาสุขภาพมากกว่าโรค				
ความเป็นธรรม	X			X
ประสิทธิภาพ				
เชิงการผลิต		X	X	X
เชิงการจัดสรร	X		X	X
การกระจายอำนาจ	X	X	X	X
คุณภาพบริการ	X	X	X	
ความรับผิดชอบ ความโปร่งใส			X	
การมีส่วนร่วมของประชาชน		X	X	
ความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชน				
ทางเลือกของประชาชน		X		X

นอกจากนั้น ทางทีมวิจัยยังมีข้อเสนอระยะกลาง ที่ให้ปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข ให้สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage) แก่ประชาชนไทยทั้งหมดด้วยระบบภาษี และให้มีส่วนร่วมจ่ายระดับหนึ่ง ปรับระบบบริหารจัดการสาธารณสุขให้ระดับจังหวัด ให้เป็นลักษณะของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด และกระจายอำนาจการบริหารงบประมาณให้แก่คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด อย่างไรก็ตามข้อเสนอต่างของทีมวิจัยได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงบางประเด็นจากบางหน่วยงานเท่านั้น ไม่มีองค์กรในการเตรียมแผนสำหรับการปฏิรูปตามข้อเสนอดังกล่าว

สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอของธนาคารพัฒนาเอเชีย

สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอของทีมวิจัยในการปฏิรูปนั้นสามารถนัดหมายได้เพียงสามท่าน คือ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และ รศ. ดร. ศิริรัชา เจริญพานิช ประเด็นการพูดคุยจะเป็นในด้านเบื้องหลังของข้อเสนอและวิเคราะห์ถึงเหตุที่ทำให้ข้อเสนอดังกล่าวมิได้ถูกนำไปปฏิบัติและความเห็นต่อเครื่องมือ

เรื่องโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ เป็นประเด็นที่มีการพูดคุยกันมากที่สุด การผลักดันของกลุ่มผู้นำท้องถิ่นของบ้านแล้ว แสดงให้เห็นว่าท้องถิ่นมองแต่เพียงโรงพยาบาลไม่ได้มองในภาพรวมทั้งหมด ต้องการเป็นอิสระโดยไม่ต้องให้ส่วนกลางเข้ามายุ่งเกี่ยวเลย ประเด็นที่ต้องระมัดระวังคือจะมีผลกระทบด้านลบสูงมาก มีโอกาสที่จะทำให้เกิดการเล่นพรรคเล่นพวก การให้ รพ.ออกทีละโรงจะมีผลกระทบตามมาก ต้องมีกลไกที่จะทำงานร่วมกันและปรับไม่ให้มีการพัฒนาไปในทิศทางที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้มีตัวอย่างที่ดีของการออกนอกกรอบของโรงพยาบาล ขณะนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กำลังทบทวนจัดทำกรอบสำหรับการศึกษาคิดตามประเด็นเรื่องนี้อยู่

ประเด็นการออกนอกระบบของโรงพยาบาลนั้น ต้องมีการพิจารณาถึงโครงสร้างองค์ประกอบอื่นๆ ที่สัมพันธ์อย่างรอบด้านและชัดเจนในประเด็นต่างๆ เช่น ระบบงบประมาณเพิ่มขึ้นหรือไม่ แนวคิดคือ Deregulate หรือ autonomous hospital หากทุก รพ.ออกเพียงอย่างเดียวอาจมีผลกระทบทางลบมาก สถานะของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างไร ข้าราชการที่ออกจะเป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) ได้หรือไม่ ฯลฯ

สำหรับเหตุผลที่ข้อเสนอนี้ไม่ถูกนำไปใช้นั้นคงขึ้นกับ คุณภาพและบริบทของทีมนั้นๆ จริงๆ แล้ว TOR นั้นถูกกำหนดโดยผู้ใช้อยู่แล้ว และในขณะทำก็มีการปฏิสัมพันธ์กันตลอด แต่ปัญหาคือ การปรับเข้าหากันไม่ได้เนื่องจากคนเสนอต้องการให้มีการปฏิรูปแต่ผู้รับผิดชอบไม่ต้องการทำ นอกจากนั้นอาจมีปัญหาว่าสิ่งที่เสนอนั้นเกินกว่า TOR ส่วนปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องคือสิ่งที่เสนอนั้นใหญ่เกินกว่าที่ทางผู้รับจะรับได้ คำถามคือ ทางธนาคารพัฒนาเอเชียเห็นด้วยกับข้อเสนอหรือไม่ ประเด็นนี้คิดว่าทางธนาคารฯ ไม่ค่อยได้สนใจ comprehensive health reform เข้ามาเพียงเพื่อต้องการผลักดันนโยบายบางอย่างเท่านั้น สนใจเฉพาะเงื่อนไขที่กำหนด มีมติ ครม.ออกมาหรือไม่ นอกจากนั้นก็คงมีปัญหาในกระบวนการทำงาน ไม่มีกระบวนการผลักดันเพื่อให้เกิดผลปฏิบัติจริง ข้อสรุปที่ได้จากเรื่องนี้ให้บทเรียนว่า การใช้ภาวะวิกฤตเป็นโอกาสนั้นไม่ถ่วงน้ำหนัก สำหรับฝ่ายการเมืองนั้นอาจมีแรงจูงใจในการทำตามข้อเสนอมากกว่าฝ่ายข้าราชการประจำ แต่ไม่มีความตั้งใจที่จะปฏิรูปจริงคิดเพียงจะเอาเงินเข้าประเทศเท่านั้น ทบอรรถวิฤตประสงค์แล้วก็ไม่ได้สนใจดำเนินการต่อ หน่วยงานที่ปฏิบัติจะกังวลกับรายละเอียดมากกว่าฝ่ายการเมือง

4.3 การให้คะแนนโดยใช้ชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรม

ในการประเมินโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดพะเยาและยโสธรนั้นได้มีการปรับให้เป็นการประเมินการพัฒนาสาธารณสุขของจังหวัดในช่วงที่ผ่านมาในภาพรวม ไม่ได้มุ่งประเมินเฉพาะโครงการปฏิรูป ส่วนแผนที่เสนอของธนาคารพัฒนาเอเชียนั้นประเมินเฉพาะตัวแผน การประเมินของจังหวัดพะเยาสืบเนื่องจากข้อจำกัดของเวลา ทำให้สามารถประเมินได้เฉพาะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และกลุ่มสาธารณสุขอำเภออีก 8 ท่าน สำหรับจังหวัดยโสธรดำเนินการสนทนากลุ่มได้ทั้งสามกลุ่มคือ กลุ่มผู้บริหารของจังหวัด (ผชพว. และหัวหน้าฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน) กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลจำนวน 8 ท่าน และกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 10 ท่าน ส่วนของธนาคารพัฒนาเอเชียมีผู้ให้คะแนนเพียงสองท่าน (เป็นนักกฎหมายหนึ่งท่านและเป็นแพทย์อีกหนึ่งท่าน ส่วนอีกท่านหนึ่งติดภาระกิจและได้เดินทางกลับก่อนจึงมิได้ให้คะแนน)

ในการประเมินผลการปฏิรูป ผู้เข้าร่วมสนทนาจะถูกขอให้ต้องให้คะแนนตามมาตรวัดในเครื่องมือที่ใช้ โดยจะมีการอธิบายความหมายและวัตถุประสงค์ของแต่ละมาตรวัด และให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์และบริบทของการปฏิรูป หลังจากนั้นก็จะขอให้ให้คะแนนในแต่ละข้อ

ย่อยของมาตรวัด และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแต่ละมาตรวัด และสุดท้ายให้คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมทั้งหมด สำหรับในจังหวัดพะเยาและยโสธรได้ให้ประเมินการพัฒนาในช่วงสองปีที่ผ่านมา โดยกำหนดให้สถานการณ์ ณ. ปี 2539 เป็นจุดเริ่มต้น (0), หากสถานการณ์ ณ. ขณะที่ประเมินดีขึ้นมากที่สุดให้คะแนนเท่ากับ +5 ในทางกลับกันหากสถานการณ์แย่ลงมากก็ให้ -5 ตารางที่ 4.2 แสดงคะแนนเฉลี่ยของการดำเนินงานที่ผ่านมาของทั้งสองจังหวัด จะเห็นว่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละมาตรวัดจะอยู่ที่ประมาณ +1 ถึง +2 นั้นหมายความว่าในทุกกลุ่มมองว่าสถานการณ์ในปี 2541 นั้นดีขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2539 ถึงแม้จะไม่มากนักก็ตาม รายละเอียดของคะแนนในแต่ละประเด็นย่อยแสดงในภาคผนวก

ตารางที่ 4.3 คะแนนเฉลี่ยของมาตรวัดด้านต่างๆของการปฏิรูปในจังหวัดพะเยาและยโสธร

มาตรวัด	พะเยา*	ยโสธร
1 การสาธารณสุขสาขา	1.8	2.0
2 สิ่งกีดกันด้านการเงินในการเข้าถึงบริการ	2.6	2.2
3 สิ่งกีดกันที่มีตัวตนในการเข้าถึงบริการ	2.7	2.0
4 ความรอบด้านของชุดสิทธิประโยชน์และการแบ่งชั้น	1.4	2.1
5 ความเป็นธรรมในระบบการคลังสาธารณสุข	1.5	1.5
6 ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ	2.1	2.0
7 ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ	1.8	1.5
8 ประชาธิปไตย ความรับผิดชอบ และการเสริมพลังประชาชน	3.8	1.9
9 ทางเลือกของประชาชนและความเป็นอิสระของผู้ให้บริการ	1.6	0.8
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.1	1.8

* คะแนนของจังหวัดพะเยาที่เสนอเป็นคะแนนเฉลี่ยของเฉพาะกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ 8 ท่านเท่านั้น

ผลจากการให้คะแนนของจังหวัดพะเยา มาตรวัดที่ 8 คือ ความเป็นประชาธิปไตย ความรับผิดชอบ และการเสริมพลังประชาชน ได้รับคะแนนสูงสุด และมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งในความเห็นของท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและกลุ่มสาธารณสุขอำเภอ ในขณะที่มาตรวัดที่ 4 คือความรอบด้านของชุดสิทธิประโยชน์และการแบ่งชั้นนั้นได้คะแนนต่ำสุด และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดของแต่ละกลุ่ม (ภาคผนวก 1) พบว่าตัวผู้บริหารของจังหวัดให้คะแนนสูงในมาตรวัดที่ 1 คือการสาธารณสุขสาขา มาตรวัดที่ 4 ความรอบด้านของชุดสิทธิประโยชน์และการแบ่งชั้น และมาตรวัดที่ 7 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ โดยทั้งสี่มาตรวัดให้คะแนน 4 เท่ากันหมด ซึ่งต่างจากการให้คะแนนของกลุ่มสาธารณสุขอำเภอค่อนข้างมาก ได้คะแนนเฉลี่ยเพียง 1.8, 1.4, และ 1.8 ตามลำดับในมาตรวัดดังกล่าว ความแตกต่างของคะแนนที่เกิดขึ้นนั้นสามารถอธิบายได้จากระดับความรู้ที่ต่างกันเป็นสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากตัวนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเองนั้นได้มีบทบาทอย่างมากในการแก้ปัญหาเอดส์ร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับท้องถิ่นและองค์กรต่างๆ ขณะเดียวกันก็ได้พยายามแก้ปัญหาระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับบริการอย่างทั่วถึง

ในจังหวัดยโสธรนั้น มาตรการที่ 2 สิ่งกีดกั้นการเข้าถึงบริการด้านการเงิน ได้คะแนนสูงสุด ในขณะที่มาตรการที่ 9 ความเป็นอิสระของผู้ให้บริการและทางเลือกประชาชน ได้รับคะแนนต่ำสุด ในจังหวัดยโสธรนั้นสามารถดำเนินการให้คะแนนในทั้งสามกลุ่ม ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดของคะแนนในแต่ละกลุ่มแล้วพบว่ามีความสอดคล้องกันของการให้คะแนนในกลุ่มของผู้บริหารในระดับจังหวัดและอำเภอ แต่แตกต่างกับการให้คะแนนในกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นผู้ให้บริการอย่างชัดเจน (ภาคผนวก2) มาตรการที่ 2 นั้นกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอให้คะแนนสูงสุดคือ 3.3 และ 2.6 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนให้คะแนนเพียง 0.8 คะแนนสูงสุดที่กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนให้คือในมาตรการที่ 6 ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และคุณภาพของการจัดบริการแต่ก็ได้คะแนนเพียง 1.3 คะแนนที่ทั้งสามกลุ่มเห็นตรงกันคือในมาตรการที่ 9 คือให้คะแนนต่ำสุดเหมือนกัน คือ กลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัดให้ 1.7, กลุ่มสาธารณสุขอำเภอให้ 0.2, และกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนให้เฉลี่ย -0.4 ความแตกต่างของคะแนนที่ได้สนับสนุนเหตุผลที่ได้กล่าวไปแล้วของจังหวัดพะเยาคือเกิดจากระดับความรู้และข้อมูลที่ต่างกันของแต่ละกลุ่ม และอาจเกิดจากทัศนคติที่ต่างกัน

ในการประเมินข้อเสนอผ่านธนาคารพัฒนาเอเชีย ของทีมวิจัยร่วมระหว่าง Health Sciences Management และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นั้น มีผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมสนทนาพูดคุยจำนวนเพียง 3 ท่าน ไม่รวมผู้วิจัยอีกหนึ่งท่านที่รับผิดชอบงานนี้ด้วย แต่มีผู้ให้คะแนนเพียงสองท่าน เนื่องจากอีกหนึ่งท่านติดภาระกิจจึงไม่ได้ให้คะแนน หลังจากมีการอภิปรายเกี่ยวกับตัวเครื่องมือ และเบื้องหลังของข้อเสนอแล้ว ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับการร้องขอให้ต้องให้คะแนนในแต่ละมาตรการ สำหรับผลการให้คะแนนได้เสนอในตารางที่ 4.3 ในภาพเฉลี่ยของแต่ละมาตรการ เนื่องจากการประเมินนี้เป็นการประเมินข้อเสนอตามความคิดเห็นของแต่ละท่านอย่างอิสระ พร้อมทั้งให้ความเห็นประกอบ คะแนนก็เป็นเช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น คะแนน +5 หมายถึงผลกระทบที่ดีมากที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ส่วน -5 จะเป็นผลกระทบด้านลบที่มากที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้น และ 0 คือไม่มีผลกระทบหรือข้อเสนอไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบตามมาตรวัดนั้นๆ

ตารางที่ 4.4 ผลการให้คะแนนสำหรับข้อเสนอการปฏิรูปของธนาคารพัฒนาเอเชีย

มาตรการ	คะแนน
1 การสาธารณสุขสาขา	0
2 สิ่งกีดกั้นด้านการเงินในการเข้าถึงบริการ	3, 4
3 สิ่งกีดกั้นที่ใช้ตัวเงินในการเข้าถึงบริการ	2, 3
4 ความรอบด้านของชุดสิทธิประโยชน์และการแบ่งชั้น	3
5 ความเป็นธรรมในระบบการคลังสาธารณสุข	4, 5
6 ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ	4
7 ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ	4
8 ประชาธิปไตย ความรับผิดชอบต่อ และการเสริมพลังประชาชน	3, 5
9 ทางเลือกของประชาชนและความเป็นอิสระของผู้ให้บริการ	3

มาตรวัดที่ 1 คือ การสาธารณสุขสหสาขานั้นไม่ได้รับคะแนนเนื่องจากในข้อเสนอของธนาคารพัฒนาเอเชียไม่ได้คำนึงประเด็นด้านนี้ มาตรวัดที่ได้รับคะแนนสูงสุดคือ มาตรวัดที่ 5 ในเรื่องความเป็นธรรมในระบบการคลังสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากได้มีการเสนอให้มีการขยายหลักประกันให้กับประชาชนกลุ่มที่เหลื่อมด้วยระบบภาษี และให้มีส่วนร่วมจ่ายระดับหนึ่งจากประชาชน มาตรวัดที่ได้รับคะแนนต่างกันสำหรับผู้ประเมินสองท่านคือมาตรวัดที่ 8 คือเรื่องประชาธิปไตย ความรับผิดชอบ และการเสริมพลังให้กับประชาชน ผู้ประเมินที่เป็นนักกฎหมายให้ +5 ในขณะที่อีกท่านที่เป็นแพทย์ให้เพียง +3 สำหรับนักกฎหมายที่ให้คะแนนสูงเนื่องจากมองว่าข้อเสนอนี้จะให้อำนาจกับประชาชนค่อนข้างมาก สามารถเข้ามามีบทบาทในการกำหนดและควบคุมกำกับการบริหารระบบสุขภาพ ด้วยการเป็นกรรมการของโรงพยาบาลอิสระภายใต้กำกับของรัฐ และกรรมการในคณะกรรมการบริหารของจังหวัด ซึ่งต่างจากระบบเดิมที่เป็นอยู่มาก ส่วนท่านที่เป็นแพทย์นั้นยังไม่ค่อยพึงพอใจกับข้อเสนอมากนัก โดยเฉพาะประเด็นเรื่องความเป็นธรรมในระบบการร้องเรียน ทั้งนี้หากได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเหตุผลต่างๆมากขึ้นคาดว่าจะแก้ความแตกต่างของความเห็นได้

มาตรวัดที่ได้รับคะแนนสูงอีกสองมาตรวัดคือ มาตรวัดที่ 6 และ 7 ประสิทธิภาพของระบบที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากข้อเสนอได้ให้ความสำคัญการพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิผ่านทางทีมสาธารณสุขระดับอำเภอ ร่วมกับการการให้มีอิสระในการบริหารงบประมาณและเป็นผู้ถือ (fund holding arrangements) ด้านคุณภาพบริการก็ได้เสนอให้มีแนวทางการให้บริการและร่วมกับโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ดำเนินการอยู่แล้วของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในด้านประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ ตามข้อเสนอก็ได้มีการเสนอให้มีการกระจายอำนาจร่วมกับมีกระบวนการตรวจสอบเพื่อป้องกันการโกง

มาตรวัดที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ มาตรวัดที่ 3 คือเรื่องสิ่งกีดขวางการเข้าถึงบริการที่ไม่ใช่เงิน แม้จะมีการเสนอให้มีการกระจายบุคลากรให้เหมาะสม แต่ก็ไม่ได้มีการแตะในประเด็นย่อยอื่นๆ เช่นด้านภาษา วัฒนธรรม

4.4 ข้อคิดเห็นต่อเครื่องมือที่ใช้

ในการดำเนินการทดลองใช้แบบประเมินในการประเมินการพัฒนาสาธารณสุขในแต่ละจังหวัดซึ่งเป็นการประเมินการพัฒนาในภาพรวมสองสามปีที่ผ่านมา ประเด็นที่ได้รับการวิพากษ์มากที่สุดมีสองประเด็นคือ ระดับความเข้าใจและการตีความตัววัดแต่ละตัวของผู้ประเมิน ค่อนข้างลำบากและอาจมีปัญหาด้านความตรงของการวัด ประเด็นที่สองคือแบบประเมินนั้นเป็นการให้ความคิดเห็นซึ่งเป็นนามธรรมมาก ทำให้แต่ละคนอาจมีความเห็นต่างกันไปขึ้นกับทัศนคติของแต่ละคนและระดับของการรับรู้ จังหวัดแรกที่เริ่มดำเนินการคือจังหวัดพะเยา ซึ่งในครั้งแรกของการประเมินพบว่าปัญหาหลักที่พบคือความชัดเจนของข้อความในแต่ละตัววัด ต้องใช้เวลาในการอธิบายมาก จึงได้มีการปรับข้อความและความ

เหมาะสมให้มีความตรงและชัดเจนมากขึ้นในการใช้แบบประเมินที่จังหวัดยโสธร ส่วนประเด็นที่สองที่มีการวิพากษ์กันนั้นคือไม่ได้มีการวัดจริงๆ ไม่ได้มีการใช้ข้อมูลในการประเมินทำให้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนั้นก็มีการวิพากษ์ว่าในรายละเอียดของแต่ละตัววัดนั้นอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของไทย เช่นด้านการเคหะ บางประเด็นก็ไม่ได้อยู่ภายใต้สิ่งที่จังหวัดสามารถดำเนินการได้เอง เนื่องจากในบริบทของไทยนั้นเป็นการรวมศูนย์อำนาจที่ส่วนกลางมิได้มีการกระจายอำนาจให้จังหวัดสามารถกำหนดเองได้ เช่นประเด็นด้านความเป็นธรรม อย่างไรก็ตามก็มีความเห็นตรงกันว่าหากเป็นการประเมินตัวแผนการปฏิรูปหรือแผนการพัฒนาสาธารณสุขในระดับจังหวัดเพื่อดูว่าแผนดังกล่าวได้มีความครอบคลุมมากน้อยเท่าใดและคาดว่าจะมีผลกระทบอย่างไรนั้นมีความเป็นไปได้

สำหรับการทดลองใช้แบบประเมินข้อเสนอของธนาคารพัฒนาเอเซียนั้น มีการวิพากษ์ตั้งแต่กรอบแนวคิด ความหมาย และประเด็นของความตรงต่างๆของแต่ละตัววัดดังนี้

Benchmark ในความหมายนั้นหมายถึง จุดที่เป็นสังเกต หรือมาตรฐานที่ใช้ในการอ้างอิงของการวัดสิ่งต่างๆ นั้นหมายความว่าควรต้องสามารถวัดได้ สำหรับความหมายของคำว่า Fairness ได้มีการวิพากษ์ว่าความหมายของคำดังกล่าวควรแปลว่าอะไร หากแปลว่าความเป็นธรรมหรือความเท่าเทียมกันแล้ว อาจทำให้สับสนว่ามีหลายประเด็นที่ไม่เกี่ยวกับความเป็นธรรม โดยเฉพาะตัววัดที่ 1, 6, 7, 8, 9 ดังนั้นหากจะใช้ในลักษณะรอบด้านควรแปลว่า ดี นั้นคือแผนการปฏิรูปดังกล่าวดีพอหรือไม่ ได้มีการมองอย่างรอบด้านหรือไม่

ประเด็นที่สองที่ได้มีการพูดคุยกันคือ การประเมินควรเป็นการประเมินเพียงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขหรือการประเมินการปฏิรูประบบสุขภาพ สำหรับในบริบทของประเทศที่พัฒนาแล้วบริบทนอกบริการสุขภาพค่อนข้างดีอยู่แล้วอาจพิจารณาเฉพาะระบบบริการได้ แต่ในประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายที่ระบบต่างๆรอบด้านยังไม่พัฒนาเท่าที่ควร ควรต้องมองทั้งระบบมากกว่าที่จะเน้นที่ระบบบริการสุขภาพอย่างเดียว ดังนั้นมาตรวัดที่ 1 ที่เพิ่มเข้าไปนั้นมีความเหมาะสม

4.5 ความคิดเห็นสำหรับแต่ละมาตรวัด

สำหรับมาตรวัดที่จะใช้ในการประเมินนั้น หากเป็นการปฏิรูประบบสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพที่ดี ก็ต้องพิจารณาปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อสุขภาพ การกระจายและประสิทธิภาพของระบบ รวมด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการมีสุขภาพดีนั้น นอกจากระบบบริการสาธารณสุขที่ดีแล้วยังขึ้นกับปัจจัยอื่นๆในลักษณะสหสาขาด้วย ส่วนการที่จะให้ประชาชนทุกคนได้รับผลดังกล่าวนี้หมายความว่าต้องมีมิติของการกระจายของบริการที่ดี และต้องมีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้เพียงพอสำหรับการจัดบริการให้ได้อย่างทั่วหน้า สำหรับประเด็นหลักๆที่ต้องพิจารณา

นั่นน่าจะเป็น ผลลัพธ์ที่ต้องการ ส่วนในรายละเอียดควรเป็น กฎเกณฑ์ กลไก และอาจรวมถึงกระบวนการที่จะทำให้บรรลุผลลัพธ์ดังกล่าว ทั้งนี้ก็อาจเป็นได้ทั้งการประเมินแผน หรือความสำเร็จของการดำเนินงาน แต่ทั้งนี้คงต้องมีการพัฒนาตัวชี้วัดเชิงปริมาณขึ้นอีกครั้งสำหรับการวัด

ตัววัดที่ 1, 8, 9 เป็นการให้ความสำคัญกับ human dimension โดยที่ตัววัดที่ 1 เป็นการมองระบบที่จะทำให้มีสุขภาพดี เป็นการมองแบบสหสาขาและปัจจัยต่างๆที่ส่วนใหญ่อยู่บนกรอบบริบทและอำนาจจัดการของสาธารณสุข ส่วนตัววัดที่ 8 เป็นการมองระบบที่จะทำให้ประชาชนมีอำนาจมากขึ้น และตัววัดที่ 9 เป็นการใช้อำนาจของคน

ตัววัดที่ 2, 3, 4 นั้นเป็นตัววัดด้านอุปสรรคขัดขวางในการเข้าถึงบริการ (barrier of access to care) อาจไม่มีความจำเป็นต้องแยกย่อยออกไป ทั้งนี้ในตัววัดที่ 4 นั้นไม่น่าจะให้ความสำคัญกับชุดสิทธิประโยชน์มากนักแต่ควรเน้นที่กลไกในการทำให้ประชาชนได้รับ

ตัววัดที่ 6 และ 7 เป็นตัววัดด้าน ประสิทธิภาพ คุณภาพ และ ค่าของเงินซึ่งก็น่าจะรวมกันได้ ในการประเมินนั้นควรพิจารณา กลไก กฎเกณฑ์ + - กระบวนการตรวจสอบ ว่าระบบมีประสิทธิภาพ ไม่จำเป็นที่ต้องวัด evidence based เพื่อการันตีว่าจะมีประสิทธิภาพ หัวข้อควรเป็นสิ่งที่อยากได้ แต่ในรายละเอียดควรเป็นกลไก ที่ทำให้ได้สิ่งที่อยากได้นั้นๆ

มาตรวัดที่ 1 การสาธารณสุขสหสาขา

- หลายเรื่องอยู่นอกเหนือบริบทที่สาธารณสุขเข้าไปเกี่ยวข้อง บางเรื่องก็เหนือระดับที่จังหวัดจะเป็นผู้ดำเนินงาน
- ใช้คำว่ามีแผนงาน/นโยบายที่ครอบคลุมประชาชนกลุ่มสำคัญในเรื่องต่อไปนี้ อาจทำให้สามารถตอบคำถามได้ดีขึ้น และให้อยู่ในบริบทที่สามารถเข้าไปดำเนินการได้ ไม่ว่าจะเป็นระดับกระทรวงหรือจังหวัด และอาจมีคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง
- โภชนาการอาจใช้คำว่า food security แทน เรื่องการเคหะ อาจต้องมาปรับให้เข้ากับบริบทไทยมากขึ้นและขาด เรื่องมลภาวะ
- Health literacy การรู้จักการดูแลตนเอง รู้เรื่องการเจ็บป่วย การศึกษาเพื่อให้คนพึ่งตนเอง / ความรู้ความสามารถพื้นฐาน /ความสามารถในการแสดงออกในศักยภาพของตนเอง/ ศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ควรรวมทั้งการศึกษาในและนอกระบบ รวมการสร้างสิ่งแวดล้อมในสังคมให้เหมาะสม
- สำหรับระบบข้อมูล อาจแยกเป็นมาตรวัดต่างหาก เพื่อแสดงถึง intelligent and feedback ของระบบ อาจสอดคล้องมากกับบริบทของสังคมไทยที่ขาดทั้งสติ ขาด awareness กลไกในการสร้าง

ความรู้ ความสามารถในการเผยแพร่ข้อมูลนั้นควรต้องมีรูปธรรมของ healthy policy ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแสดงถึง commitment ของหน่วยงานแทนที่จะเป็นเพียงความร่วมมือ

มาตรวัดที่ 2 สิ่งกีดกั้นด้านการเงินต่อการเข้าถึงบริการ

- ต้องระบุให้ชัดว่าประชาชนหมายถึงกลุ่ม un-served หรือประชาชนทั้งหมด หากกำหนดเฉพาะกลุ่มจะทำให้มีความขัดแย้งมาก
- ขึ้นกับการตีความและแนวคิดของสังคมว่า หลักประกันในการเข้าถึงบริการ is it a right or not/ entitlement to pre-defined package ซึ่งอาจจะแยกก็ได้ การกำหนดให้ชัดอาจไม่ดีก็ได้ สิ่งที่ดีควรเป็นคือให้มีความยืดหยุ่น มีการกระจายอำนาจ แต่ต้องให้เป็นคนคิดเป็น ต้องเก่ง
- ไม่ควรกำหนดให้ rigid เกินไป หากไม่ได้มีการกำหนดให้ชัดก็ประเมินจากปัญหาที่เกิดขึ้น ไปวัดในสิ่งที่ exclusion

มาตรวัดที่ 4 ความรอบด้านของชุดสิทธิประโยชน์และการแบ่งชั้น

- ไม่น่าจะ hi-light เรื่อง package เนื่อนั้นไม่ใช่เรื่อง package แต่เป็น คุณภาพบริการและกลไกการตรวจสอบ ดังนั้นอาจต้องเปลี่ยนทั้งเนื้อหาและหัวข้อใหม่ (Quality / discrimination)
- คำถามคือควรจะ assure อะไรบ้าง แล้วจะรู้ได้อย่างไรว่าได้รับการ assure
- working class/ elderly เป็นเรื่อง rationing มากกว่า บางครั้งก็เป็นจากความเชื่อ value ที่ให้กับคนแต่ละกลุ่ม
- กลไกการตรวจสอบควรรู้อยู่ในข้อใด (ข้อ 8 ก่อนข้างเป็น lay ส่วนข้อนี้ควรเป็น professional monitor)

Benchmark 5 ความเป็นธรรมในระบบการคลังบริการสุขภาพ

- จะเพิ่มดัชนี kakwani index
- implied ว่าต้องเป็นระบบ collective finance
- สิ่งที่จะควรจะได้ควรเท่ากัน แต่การจ่ายไม่เท่ากัน การกำหนด basic package จำเป็นแต่ไม่ใช่ minimal package (basic / catastrophic/ all/ or 80%) ต้องพูดถึงด้วยกับ basic package แยกกันไม่ได้

Benchmark 8 ประชาธิปไตย ความโปร่งใส และการเสริมอำนาจให้กับประชาชน

- ควรเป็นกลไกในการสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนในด้านต่างๆดังนี้ อำนาจในการต่อรอง อำนาจในการร้องเรียน ตรวจสอบ ร่วมตัดสินใจ
- อาจต้องมีการแยก governance ภายในองค์กรด้วย

5. สรุปและข้อเสนอแนะ

เครื่องมือประเมินความเป็นธรรมของการปฏิรูปที่ผู้พัฒนาได้ทำการพัฒนาขึ้นนั้นสามารถใช้ในการประเมินทั้งข้อเสนอสำหรับการปฏิรูปและความสำเร็จของการปฏิรูป แต่จำเป็นต้องมีการปรับในรายละเอียดให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละระดับและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ เนื่องจากในรายละเอียดของแต่ละมาตรวัดนั้นอาจมีปัญหในที่หนึ่งแต่ไม่ได้มีปัญหาในที่อื่น เช่นเดียวกับการที่ต้องปรับเพื่อความเหมาะสมเมื่อนำเครื่องมือต้นแบบที่พัฒนาขึ้นในอเมริกามาใช้ในประเทศกำลังพัฒนา ประเด็นด้านชื่อและความหมายของแต่ละประเด็นในแต่ละมาตรวัดก็เป็นสิ่งที่ควรต้องทำให้มีความชัดเจนก่อนนำไปใช้ เครื่องมือดังกล่าวมีจุดเด่นตรงที่ไม่ได้ตรวจสอบเพียงผลลัพธ์อย่างเดียว แต่มุ่งตรวจสอบทั้ง แผน ปัจจัยนำเข้า กลไก หลักเกณฑ์ กระบวนการตรวจสอบ ตลอดจนผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหรือที่เกิดขึ้นจริง นอกจากนั้นคะแนนที่ได้ก็มีใช้วัดดูประสิทธิผลของการใช้เครื่องมือนี้แต่วัดดูประสิทธิผลก็ต้องมีการพิจารณาการปฏิรูปให้รอบคอบ และรอบด้าน และใช้เป็นมาตรวัดเพื่อตรวจสอบว่าแผนหรือการดำเนินงานที่ผ่านมามีช่องโหว่ในประเด็นใดบ้าง ในการให้คะแนนก็เป็นการให้ความเห็นในลักษณะของการประเมินว่าจะทำให้สถานการณ์ด้านความเป็นธรรมดีขึ้นหรือแย่ลง มิได้มีวัตถุประสงค์จะให้เป็นการให้คะแนนในลักษณะของเชิงปริมาณ ทั้งนี้เนื่องจากประเด็นด้านความเป็นธรรมนั้นเป็นการให้คำของสังคมต่อความเห็นในเรื่องนี้ ถึงแม้จะมีการวัดในเชิงรูปธรรม การให้คำของคนในต่างสังคมหรือแม้ในสังคมเดียวกันก็อาจต่างกัน

มาตรวัดที่พัฒนาขึ้นนี้มีวัตถุประสงค์สำหรับการประเมินการปฏิรูประบบสุขภาพโดยรวม ไม่จำกัดเฉพาะระบบบริการสุขภาพอย่างเดียว มาตรวัดที่ 1 การสาธารณสุขสหสาขา นั้นเป็นการมองอย่างรอบด้านและเป็นการเชื่อมโยงการปฏิรูปกับระบบต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพโดยรวม ไม่ว่าจะเป็นด้าน การศึกษา การเมือง กฎหมาย สังคม และการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของอาจารย์ประเวศ วะสี (2542) ที่กล่าวว่า ภาวะความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอาการและการแสดงของการขาดความเป็นธรรมในสังคมในด้านต่างๆ เช่น ด้านการศึกษา เศรษฐกิจ การเมือง กฎหมาย บริการสังคม วัฒนธรรม ข้อมูล และการเข้าถึงทรัพยากรธรรมชาติ การที่จะลดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญและคำนึงกับประเด็นเหล่านี้ หากให้ความสำคัญเฉพาะการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจำนวนมากนั้นอยู่นอกบริบทของระบบบริการสุขภาพ

มาตรวัดที่ 2-5 สิ่งกีดกันด้านการเงินในการเข้าถึงบริการ สิ่งกีดกันที่ไม่ใช่เงินในการเข้าถึงบริการ ความรอบด้านของชุดสิทธิประโยชน์และการแบ่งชั้น และความเป็นธรรมในระบบการคลังสุขภาพ นั้นมีความสัมพันธ์และเกี่ยวเนื่องกัน ได้มีการเสนอให้ยุบรวมกันเหลือเพียงสองมาตรวัด คือ ระบบการคลัง

แบบรวมหมู่ที่จะทำให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการอย่างทั่วหน้า และการมีชุดสิทธิประโยชน์แบบรอบด้านที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพ นอกจากนั้นก็มีความเห็นว่าการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้มีความชัดเจนมากอาจทำให้มีข้อจำกัดและมีผลเสียต่อระบบบริการ ทั้งนี้เนื่องจากในระบบปัจจุบันนั้นได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์แบบกว้างๆในการให้บริการสำหรับประชาชนทุกกลุ่มตามความจำเป็นอยู่แล้ว การกำหนดหลักการกว้างๆเพียงประชาชนควรได้รับบริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพและจ่ายตามความสามารถในการจ่าย และให้ความยืดหยุ่นกับผู้บริหารในการจัดบริการที่จะทำให้ระบบมีความเป็นธรรมมากขึ้น

สำหรับข้อเสนอให้มีการยุบรวม มาตราวัดที่ 2 กับ 5 และ 3 กับ 4 นั้น จะยุบหรือไม่ควรต้องดูผลการทดสอบการให้คะแนนว่ามีความเหมาะสมที่จะยุบหรือไม่ ซึ่งเมื่อพิจารณาคะแนนที่ได้ของมาตราวัดที่ 2 และ 5 ค่อนข้างจะสอดคล้องกันเมื่อวัดข้อเสนอของธนาคารพัฒนาเอเชีย (ตารางที่ 4.3) แต่ค่อนข้างต่างกันในการประเมินการพัฒนาของจังหวัด (ตารางที่ 4.2) ความแตกต่างของคะแนนที่ได้นั้นเกิดจากมุมมองที่ต่างกันในด้านสิ่งกีดกันด้านการเงินในการเข้าถึงบริการ มาตราวัดที่ 2 เน้นความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มประชาชนที่มีรายได้ประจำกับกลุ่มที่ไม่ได้มีรายได้ประจำ (formal and non-formal sectors) แต่มาตราวัดที่ 5 เน้นความเป็นธรรมในแหล่งเงินที่ใช้ในระบบการคลังสุขภาพ ความแตกต่างของคะแนนที่ได้จากการทดสอบทำให้น่าจะยังคงมาตราวัดทั้งสองแยกจากกันมากกว่าที่จะนำมายุบรวมกัน

สำหรับมาตราวัดที่ 3 และ 4 มีความสอดคล้องกันของคะแนนในการประเมินข้อเสนอการปฏิรูปของธนาคารพัฒนาเอเชีย และการปฏิรูปของจังหวัดยโสธร แต่มีความต่างกันในการประเมินการพัฒนาของจังหวัดพะเยา โดยหลักการแล้ว มาตราวัดที่ 3 เน้นที่การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข และการเข้าถึงบริการตามลักษณะการกระจายทางภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม และปัจจัยด้านสังคม ส่วนมาตราวัดที่ 4 นั้นเน้นที่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพ และมีแนวคิดประชาชนทุกกลุ่มมีความจำเป็นด้านสุขภาพเหมือนกันดังนั้นไม่ควรมีการแบ่งชั้นของชุดสิทธิประโยชน์ ดังนั้นมาตราวัดทั้งสองก็ควรจะยังคงแยกกัน

มาตราวัดที่ 6 และ 7 เน้นประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ และประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ แม้ว่าจะใช้ชื่อว่ามาตราวัดความเป็นธรรมก็ตาม แต่การที่จะให้ระบบมีความเป็นธรรมมากขึ้นภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดนั้น จำเป็นต้องให้ระบบมีประสิทธิภาพด้วยเพื่อให้มีทรัพยากรเพียงพอที่จะกระจายความเป็นธรรมในสังคม นอกจากนั้นการจะยกระดับความเป็นธรรมในสังคมก็ต้องมีต้นทุน โดยทั่วไปแล้วประเด็นด้านความเป็นธรรมนั้นจะได้รับความสำคัญมากขึ้นก็ต่อเมื่อประเทศมีทรัพยากรที่เพียงพอระดับหนึ่งในการจัดบริการ หากมีทรัพยากรจำกัดมากๆโอกาสที่จะทำให้ระบบมีความเป็นธรรมมากขึ้นนั้นก็ยิ่งจำกัดมากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าความไม่เท่าเทียมกันในสังคมนั้นจะเกิดขึ้นสูงในประเทศยากจนและ

ประเทศด้อยพัฒนาทั้งหลาย การให้ความสำคัญกับมาตรวัดทั้งสองจึงเป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะในบริบทของประเทศกำลังพัฒนาอย่างเช่นในประเทศไทย

ประเด็นต่างๆในมาตรวัดที่ 8 ประชาธิปไตย ความรับผิดชอบ และการเสริมพลังประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ที่สนับสนุนแนวคิดในการกระจายอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบให้ท้องถิ่นมากขึ้น ในมาตรวัดนี้มีการให้คะแนนในแต่ละประเด็นที่ต่างกันชัดเจนในแต่ละกลุ่มที่ศึกษา ในการประเมินข้อเสนอการปฏิรูปของธนาคารพัฒนาเอเชีย ผู้ให้คะแนนสองท่านก็ให้คะแนนต่างกัน ท่านหนึ่งเป็นนักกฎหมายและเป็นคนนอกกระบวนการสุขภาพ ให้คะแนนข้อนี้ +5 ในขณะที่อีกท่านหนึ่งซึ่งเป็นแพทย์ให้คะแนนข้อนี้เพียง +3. การประเมินในจังหวัดพะเยา ตัวนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดให้คะแนนรวมการพัฒนาจังหวัดในระยะที่ผ่านมาในมาตรวัดนี้ปานกลาง 3 และให้คะแนน 0 สำหรับกระบวนการแก้ปัญหาข้อร้องเรียน การคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคล และการปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย กลุ่มสาธารณสุขอำเภอให้คะแนนเฉลี่ยรวม 3.8 ให้ความพึงพอใจต่อความโปร่งใสต่อระบบการจัดสรรงบประมาณ และแสดงความไม่พึงพอใจต่อการคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคล สำหรับจังหวัดยโสธร ทั้งสามกลุ่มแสดงความพึงพอใจต่อความโปร่งใสของการจัดสรรงบประมาณและการจัดสรรงบประมาณตามงบประมาณรวม แต่ไม่พึงพอใจต่อการบังคับใช้กฎหมายและระเบียบ ประเด็นที่ได้รับการให้คะแนนหรือมีความเห็นที่ต่างกัมนั้นจำเป็นต้องมีการศึกษารายละเอียดต่อไป เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น และหากได้มีการให้เหตุผลสนับสนุนในการลงคะแนนจะทำให้เข้าใจได้ดีขึ้น

มาตรวัดที่มีข้อเสนอให้ควรมีการเพิ่มในการสนทนากับผู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอธนาคารพัฒนาเอเชีย คือ ระบบข้อมูลสำหรับการตัดสินใจที่เป็นธรรม โดยการแยกออกมาจากมาตรวัดที่ 1 และ 6 เพื่อเป็นการให้ความสำคัญกับการต้องมีระบบข้อมูล เพื่อ ตระหนักถึงปัญหา ติดตาม และเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ในปัญหาความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และภายในมาตรวัดนี้ ต้องมีการพัฒนากลไกสำหรับการติดตาม และการให้โอกาสแก่กลุ่มต่างๆในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ระบบข้อมูลควรต้องมีการรายงานให้แก่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอทั้งในด้าน ความคิดเห็นของประชาชน ข้อมูลด้านค่าใช้จ่าย และข้อมูลด้านสุขภาพ

ในการให้คะแนนโดยใช้เครื่องมือในการประเมินการพัฒนาระบบสาธารณสุขของจังหวัดพะเยาและยโสธร เป็นการให้ความเห็นของผู้ประเมินต่อภาพการพัฒนาที่ผ่านมา โดยไม่ได้มีการใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมประกอบการพิจารณาเนื่องจากมีข้อจำกัดของเวลาและข้อมูล หากมีการใช้ข้อมูลประกอบอาจทำให้ความแปรปรวนของคะแนนที่แต่ละท่านให้ลดลงก็เป็นได้ แนวคิดในการให้คะแนนในแต่ละประเด็นและมาตรวัดนั้นมีวัตถุประสงค์ที่จะให้ผู้ประเมินให้ค่าและความเห็นที่ระบุเจาะจงมากขึ้น แต่คะแนนที่ให้นี้ไม่ได้มีวัตถุประสงค์จะเป็นมาตรวัดในเชิงปริมาณ (cardinal scale) เพียงแต่ต้องการให้พิจารณาในเชิง

คุณภาพว่า การปฏิรูปนั้นทำให้สถานการณ์ดีขึ้นหรือแย่ลงเพียงใด (ranking) คะแนนที่ให้หากมีการอธิบายเหตุผลประกอบก็น่าจะทำให้มีความชัดเจนและเข้าใจได้มากขึ้น ทั้งนี้ตัวคะแนนไม่ใช่ผลลัพธ์ที่ต้องการสำหรับการประเมิน สิ่งที่ต้องการมากกว่าคือคำอธิบาย ได้มีการเสนอให้มีการศึกษาเก็บข้อมูลก่อนและมีการนำเสนอข้อมูลให้กับผู้ประเมินก่อนลงคะแนน อย่างไรก็ตามก็ไม่แน่ว่าเมื่อเห็นข้อมูลแล้วผู้ประเมินจะให้คะแนนเหมือนกัน เนื่องจากการลงคะแนนนั้นก็ต้องใช้ความเห็นและการให้คำเมื่อเห็นข้อมูลแล้ว นี่เป็นเหตุผลที่ทำให้คณะผู้วิจัยไม่ได้ให้ผู้ประเมินต้องให้น้ำหนักในแต่ละข้อที่ประเมินก่อนที่จะให้คะแนนรวมเฉลี่ยในแต่ละมาตราวัดและคะแนนเฉลี่ยรวม ดังนั้นในการแปลผลคะแนนที่ได้ต้องคำนึงด้วยว่าผู้ประเมินคือใคร และมีระดับการรับรู้เพียงใดในการปฏิรูป ซึ่งเห็นชัดเจนในการประเมินการปฏิรูปของจังหวัดพะเยา คะแนนที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดให้กับกลุ่มสาธารณสุขอำเภอให้กันต่างกันในมาตราวัดต่างๆ ในจังหวัดยโสธร กลุ่มผู้บริหารทั้งในระดับอำเภอและจังหวัดก็มีความเห็นต่างจากกลุ่มแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ และมีความแปรปรวนของคะแนนสูง ซึ่งสะท้อนถึงระดับการรับรู้ที่ต่างกันในการประเมินและความจำเป็นที่ต้องมีข้อมูลเชิงปริมาณประกอบในการลงคะแนน

ประเด็นที่น่าสนใจต่อมาคือ **เครื่องมือนี้จะใช้ในการประเมินแผน/ข้อเสนอสำหรับการปฏิรูป หรือประเมินความสำเร็จของการปฏิรูป/พัฒนา** จากที่ได้มีการทดลองใช้เครื่องมือในการทดสอบภาคสนามพอจะสรุปได้ว่าสามารถใช้ได้ทั้งในสองกรณีแต่มีข้อจำกัดมากกว่าสำหรับการประเมินความสำเร็จในการพัฒนา ทั้งนี้หากจะใช้วัดความสำเร็จต้องมีข้อมูลสถานการณ์ประกอบเพื่อให้ระดับการรับรู้ข้อมูลใกล้เคียงกัน จะได้ไม่มีความแปรปรวนของคะแนนมาก นอกจากนั้นควรต้องมีการให้เหตุผลสนับสนุนในการให้คะแนนในแต่ละมาตราวัด ในกรณีของการประเมินแผนหรือข้อเสนอการปฏิรูป จะมีข้อจำกัดน้อยกว่าและค่อนข้างเหมาะสมในการใช้ชุดเครื่องมือดังกล่าว เพราะเป็นการพิจารณาความเหมาะสมของข้อเสนอหรือแผนและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ว่าข้อเสนอดังกล่าวได้มีการพิจารณาและวางแผนอย่างรอบด้าน มีการให้ปัจจัยนำเข้า กลไก มาตรการ และกระบวนการตรวจสอบการดำเนินงานเพื่อให้มีความมั่นใจว่าปัญหาดังกล่าวจะได้รับการแก้ไขหรือไม่ ซึ่งค่อนข้างมีความเหมาะสมในการใช้เครื่องมือดังกล่าวในการให้ความเห็น อย่างไรก็ตามก็ดีการมีข้อมูลประกอบก็จะแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องแก้ไขประเด็นต่างๆด้วย

เครื่องมือชุดนี้จึงเหมาะสมหรับการใช้เป็นกรอบการประเมินข้อเสนอการปฏิรูป แผนการพัฒนา ด้านสาธารณสุขทั้งในระดับชาติ และระดับจังหวัด เช่น ใช้เป็นกรอบประเมิน แผนพัฒนาสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่กำลังเริ่มพัฒนาสำหรับการใช้ในช่วงปี พ.ศ. 2545 – 2549 นอกจากนั้นยังอาจใช้ในการประเมิน แผนการพัฒนาด้านสาธารณสุขของพรรคการเมือง/ รัฐบาล ที่ได้รับการแต่งตั้งใหม่ รวมถึงการให้ผู้ได้รับการแต่งตั้งเป็นปลัดกระทรวงฯ / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ให้ต้องมีการเสนอแผนการพัฒนาด้านสาธารณสุขในช่วงที่ตนดำรงตำแหน่ง โดยเฉพาะในบริบทที่กำลังจะ

มีการกระจายอำนาจ หากในอนาคตมีคณะกรรมการบริหารด้านสาธารณสุขของจังหวัด (Provincial Health Board) ตามข้อเสนอของธนาคารพัฒนาเอเชีย เครื่องมือนี้ก็อาจใช้ในการประเมินแผนที่ผู้ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่จะต้องนำเสนอแผนต่อคณะกรรมการดังกล่าว ซึ่งหากเป็นไปได้อย่างที่เสนอ ก็จะทำให้แผนการพัฒนาต่างๆมีความชัดเจนและให้ความสำคัญกับประเด็นด้านการกระจายความเป็นธรรมด้านสุขภาพและสังคมมากขึ้น

สำหรับ **คนที่จะเป็นผู้ประเมินนั้น** ก็สามารถเป็นได้ทั้งกลุ่มนักวิชาการที่เป็นสหสาขา และชุมชนสาธารณสุขอื่นๆ เช่น กลุ่มประชาสังคมในจังหวัดต่างๆ กลุ่มนักพัฒนาสังคมด้านต่างๆ นักคิด และประชาชนทั่วไป หากแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับก็จะต้องมีการจัดการอบรมให้แก่ทั้งผู้บริหารและสมาชิกในชุมชนสาธารณสุขให้มีความเข้าใจในหลักการ แนวคิด และวิธีใช้เครื่องมือดังกล่าว รวมทั้งต้องมีการให้ข้อมูลประกอบเพื่อให้ระดับความรับรู้ใกล้เคียงกัน

ในการใช้เครื่องมือดังกล่าวในการประเมินแผนการปฏิรูประยะกลางที่เสนอโดย MSH/HSRI ผ่านทางธนาคารพัฒนาเอเชียนั้น พบว่ามีจุดอ่อนหลายประการและมีข้อเสนอให้ต้องมีการปรับจุดอ่อนที่พบดังนี้

- แผนการปฏิรูปควรมีความรอบด้านมากขึ้น และให้ความสำคัญกับ การสาธารณสุขสหสาขามากขึ้น
- ควรต้องมีข้อมูลของกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพว่า มีความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากนักน้อยเพียงใด เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น
- ประเด็นด้านการขาดความเป็นธรรม ในด้านเพศ ศาสนา วัฒนธรรม และชนกลุ่มน้อยต่างๆ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม
- ความไม่เท่าเทียมกันของชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพมีผลต่อความไม่เท่าเทียมกันของสถานะด้านสุขภาพของกลุ่มต่างๆมากนักน้อยเพียงใด เป็นประเด็นที่ควรต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม
- สามารถใช้ดัชนี Kakwani ในการลองประเมินระดับของการมีส่วนร่วมจ่ายจากครัวเรือน (co-payment) เพื่อดูผลต่อด้านความเป็นธรรมในระบบการคลังสุขภาพว่าเป็นไปในลักษณะก้าวหน้าเพียงใด (progressivity of health care financing)
- ควรต้องมีมาตรการในการเชื่อมระบบการให้บริการที่มีหลักฐานชัดเจนว่ามีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ (Evidence-based practice) กับระบบการคลังด้านสุขภาพ
- ต้องมีมาตรการในการลดความซ้ำซ้อนของการบริหารจัดการในระดับประเทศและท้องถิ่นที่ได้รับการกระจายอำนาจ

- ระบบการแก้ปัญหาการร้องเรียนและการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไข
- ความอิสระของวิชาชีพในการให้บริการ ได้มีการกล่าวถึงกันในการประเมินทั้งสามโครงการ อย่างไรก็ตามก็ควรต้องมีกลไกในการกำกับและไม่ให้ความอิสระของวิชาชีพเป็นผลเสียต่อระบบสุขภาพโดยรวม
- ควรต้องมีการกำหนดระบบข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการประเมินผล ติดตาม และกำกับการพัฒนาที่ชัดเจน

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

นักวิจัยและผู้บริหารทั้งในระดับประเทศและจังหวัดต่างเห็นด้วยว่า มาตรฐานนี้สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์นโยบายและแผนในด้านความเป็นธรรมได้เป็นอย่างดี โดยมาตรฐานนี้ไม่ได้คำนึงเพียงประเด็นด้านความเป็นธรรมอย่างเดียวแต่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านประสิทธิภาพ คุณภาพ และความรับผิดชอบต่อสังคมโดยรวมด้วย นอกจากนั้นในการวัดของเครื่องมือนี้พิจารณา แผน กลไก หลักเกณฑ์ และกระบวนการตรวจสอบ เป็นหลักมากกว่าที่จะเน้นที่ผลลัพธ์ของการปฏิรูปเพียงอย่างเดียว ประเด็นที่ควรระมัดระวังคือ ชื่อและความหมายของมาตรฐานแต่ละตัวและประเด็นย่อยในแต่ละมาตรฐาน จำเป็นต้องมีความชัดเจนในนิยามเชิงปฏิบัติการ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน และจะต้องปรับให้เข้ากับสภาพปัญหาของแต่ละท้องถิ่น

ประเด็นด้านความเป็นธรรมควรต้องมีการระบุให้ชัดเจน เป็นรูปธรรม และเปิดเผย ในเป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติของประเทศไทย และเครื่องมือประเมินความเป็นธรรมในการปฏิรูประบบสาธารณสุขชุดนี้ เหมาะสำหรับการใช้ในการประเมินแผน/ข้อเสนอ เพื่อดูว่าข้อเสนอ/แผนดังกล่าวมีความเหมาะสม รอบด้าน มีมาตรการและกลไกที่จะแก้ปัญหาได้อย่างจริงจังเพียงใด มากกว่าการใช้ประเมินความสำเร็จในการปฏิรูปหรือพัฒนา เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวเป็นการลงคะแนนตามระดับความคิดเห็นของผู้ประเมินมากกว่าที่จะเป็นการวัดอย่างเป็นรูปธรรม การประเมินด้วยการใช้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมอาจเหมาะสมกว่าสำหรับการประเมินความสำเร็จในการพัฒนา/การปฏิรูป

นอกจากเครื่องมือนี้จะสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินแผน/ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพแล้ว ยังสามารถนำไปเป็นกรอบในการวิเคราะห์และประเมิน แผน/นโยบาย ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด เช่นการประเมิน แผนการพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545 – 2549) ซึ่งกำลังเริ่มดำเนินการร่างกันอยู่ เพื่อดูว่าแผนดังกล่าวได้มีการให้ความสำคัญในด้านการกระจายความเป็นธรรมด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด และมีแผน กลไก มาตรการที่เหมาะสมในการลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพในสังคมไทยเพียงใด ตลอดจนผลที่คาดว่าจะได้รับ

เครื่องมือดังกล่าวยังสามารถนำไปใช้ในการประเมิน นโยบายและข้อเสนอการพัฒนา/ปฏิรูป ระบบสาธารณสุข ของพรรคการเมืองต่างๆในช่วงที่มีการรณรงค์หาเสียงเลือกตั้ง แต่ทั้งนี้พรรคการเมือง ต่างๆต้องมีการเสนอแผนในการพัฒนาด้วยนอกจากนโยบาย ที่ผ่านมาในแต่ละพรรคการเมืองนั้นจะมี เพียงการเสนอนโยบายกว้างๆเท่านั้นโดยไม่มีแผนที่เป็นรูปธรรม เช่นการเสนอให้หลักประกันสุขภาพกับ ประชาชนทุกคนของพรรคการเมืองใหม่พรรคหนึ่งในปัจจุบัน ก็ยังไม่มี ความชัดเจนว่าจะมีแผนในการ ดำเนินการอย่างไร สิ่งที่เป็นไปได้และมีความเป็นรูปธรรมมากกว่าก็คือการใช้เป็นเครื่องมือในการ ประเมิน นโยบายและแผนการพัฒนาสาธารณสุขของรัฐบาลใหม่/หรือปลดกระทรวงใหม่ที่ได้รับการแต่งตั้งว่าจะมีนโยบายและแผนการดำเนินการอย่างไรด้านสุขภาพ เช่นต้องมีการเสนอแผนการพัฒนาภายใน สามเดือนหลังจากได้รับการแต่งตั้งเพื่อให้ นักวิชาการและชุมชนสาธารณสุขได้พิจารณา

ประเด็นที่อาจมีความเป็นไปได้อีกหนึ่งกรณีคือ ในอนาคตหากแผนการปฏิรูปที่เสนอโดยคณะนัก วิจัยที่ผ่านทางธนาคารเอเชียได้ถูกนำไปใช้จริง คือให้มีการกระจายอำนาจไปยังจังหวัด มีการจัดสรรงบประมาณเป็นก้อนให้กับจังหวัด และมีคณะกรรมการบริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด โดยองค์ประกอบ ของคณะกรรมการมาจากกลุ่มต่างๆและท้องถิ่น และเป็นผู้ควบคุมกำกับการทำงานของ ผู้บริหารระดับ จังหวัด คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กรณีนี้ก็สามารถใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินแผนการพัฒนาที่ เสนอโดย นายแพทย์สาธารณสุขใหม่ที่ได้รับการแต่งตั้ง/คัดเลือก หรือผู้ที่สมัครเข้าดำรงตำแหน่งดังกล่าว เพื่อให้คณะกรรมการเป็นผู้พิจารณาว่าแผนดังกล่าวมีความรอบด้าน/และให้ความสำคัญกับประเด็นด้าน ความเป็นธรรมมากน้อยเพียงใด

ในการที่จะนำเครื่องมือนี้ไปใช้นั้นจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมแก่ทั้งผู้บริหาร และสมาชิกในชุมชนสา ธารณสุขให้มีความเข้าใจใน หลักการ แนวคิด และวิธีการใช้เครื่องมือดังกล่าว รวมทั้งต้องมีการจัดทำคู่มือ คำอธิบายต่างๆให้ชัดเจน

6. เอกสารอ้างอิง

- ประเวศ วะสี (2542) ปาฐกถา นำ ในการประชุมเสวนา เครื่องชี้วัดการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย วันที่ 22 มีนาคม 2542 ณ โรงแรมโซลทวิน ทาวเวอร์ รongเมือง กรุงเทพมหานคร มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2539) ทุกข์, สมุทัยในระบบสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพคนไทย เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปี ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ” วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2543) การลงทุนด้านสุขภาพในเด็กและเยาวชน ใน ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ และคณะ ชุดโครงการวิจัยการลงทุนในเด็ก รายงานต่อสภาการวิจัยแห่งชาติ
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2543) สถานะสุขภาพและทิศทางนโยบายด้านหลักประกันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ตอน 1 บทความสังเกตพิมพ์ในวารสาร
- ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ (2539) การจัดสรรงบประมาณสาธารณสุข กระบวนการในประเทศไทยและในต่างประเทศ บทบทวนวรรณกรรมเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญ และคลาส เรนเบอร์ก (2541) ความเป็นธรรมของการให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย รายงานวิจัยเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- อดิน รพีพัฒน์ และคณะ (2542) การสร้างและพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและการพัฒนาสังคม อ้างอิงใน ประชาคมวิจัย ฉบับที่ 24 ประจำเดือน มีนาคม 2542 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
- Almagambetova N (1998) Social Services Household Survey Data Analysis Kyrgyzstan Data. Major Applied Research into Equity of Health Sector Revenue Generation and Allocation. Partnerships for Health Reform.
- Anderson R (1975) Health service distribution and equity. In Anderson R, Kravits J and Anderson O (eds) Equity in health services. Cambridge, Massachusetts: Ballinger.
- Asian Essential National Health Research Group (1999) ENHR: An Essential Link to Equity in Development? A research proposal, version two.

- Bankowski Z., Bryant J.H., and Gallagher J. (eds) (1997) *Ethics, Equity, and the Renewal of WHO's Health-For-All Strategy*. Proceeding of the XXIXth CIOMS Conference, Geneva.
- Benham L and Benham A (1975) *Utilisation of physician services across income groups 1963-1970*. In Anderson R, Kravits J and Anderson O (eds) *Equity in health services*. Cambridge, Massachusetts: Ballinger.
- Bitran R, Ubilla G and Prieto L (1998) *Equity of Health Sector Revenue Generation and Allocation in Paraguay*. Major Applied Research into Equity of Health Sector Revenue Generation and Allocation. Partnerships for Health Reform.
- Black Report (1980) *Inequalities in Health: Report of a Research Working Party*. London: Department of Health and Social Security.
- Braveman, P. (1999) *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle income countries*. World Health Organization, Geneva.
- Culyer AJ (1991) *Health, health expenditures and equity*. York: Centre for Health Economics. Discussion paper 52.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute of Future Studies, Stockholm.
- Daniels N (1999) *Report on Mexico/Colombia Benchmark Workshop 17-20 January 1999*.
- Daniels N, Bryant J, Khan K et al (1998) *Benchmarks of Fairness for Evaluating Health Care Reform in Developing Countries*. A proposal to the Rockefeller Foundation.
- Daniels N, Light DW and Caplan RL (1996) *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform*. New York: Oxford University Press.
- Department of Health and Social Security (1976) *Sharing Resources for Health in England*. Report of the Resource Allocation Working Party. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Ethica (1999) *Ethics and Health: An International and Comparative Arena*. Newsletter 1:1999.
- Health Care Reform Office (1997) *Health Care Reform Project*. The Joint Project between the Royal Thai Government and the European Union. Nonthaburi: MOPH.

- Hollingsworth JR, Hage J and Hanneman RA (1990) *State Intervention in Medical Care. Consequences for Britain, France, Sweden, and the United State, 1890-1970.* New York: Cornell University Press.
- Hornby AS, Gatenby EV and Wakefield H (1971) *The Advanced Learner's Dictionary of Current English.* Second edition. London: Oxford University Press.
- Institute of Population and Social Research, Mahidol University (1988) *The Morbidity and Mortality Differentials: A Report on the Secondary Data Analysis.* ASEAN Population Programme Phase III.
- Jarman B (1983) Identification of Underprivileged Areas. *British Medical Journal*, 286, 1705-9.
- Jarman B (1983) Underprivileged Areas: Validation and Distribution of Scores. *British Medical Journal*, 289, 1587-92.
- Kakwani NC (1977) Measurement of tax progressivity: an international comparison. *Economic Journal*, 87, 71-80.
- Le Grand J (1978) The distribution of public expenditure: the case of health care. *Economica*, 45, 125-42.
- Lie R (1998) Human Rights, Equity and Health Sector Reform. A research proposal.
- Makinen M (1997) Health Spending Inequalities and Government's Role in Zambia. Major Applied Research into Equity of Health Sector Revenue Generation and Allocation. Partnerships for Health Reform.
- Management Science for Health and Health Systems Research Institute (1999a) Final Integrated Report. Nonthaburi: HSRI, ADB#2997-THA.
- Management Science for Health and Health Systems Research Institute (1999b) Health Financing in Thailand. Nonthaburi: HSRI, ADB#2997-THA.
- Management Science for Health and Health Systems Research Institute (1999c) Hospital Autonomy in Thailand. Nonthaburi: HSRI, ADB#2997-THA.
- Management Science for Health and Health Systems Research Institute (1999d) Human Resources for Health. Nonthaburi: HSRI, ADB#2997-THA.

- Management Science for Health and Health Systems Research Institute (1999e) Referral System. Nonthaburi: HSRI, ADB#2997-THA.
- Maynard A (1988) Distributing Resources. In Equity A Prerequisite For Health. The Proceedings of the 1987 Summer Scientific Conference of the Royal Colleges of Physicians of United Kingdom in Collaboration with the World Health Organisation.
- McLachlan G and Maynard A (1982) A Public/Private Mix for Health. London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- McPherson K (1995) How should health policy be modified by the evidence of medical practice variations? In Marinker M (ed.) Controversies in health care policies. Challenges to practice. London: BMJ.
- Mills A (1991) Exempting the poor: the experience of Thailand. *Social Science and Medicine*, 33, 11, 1241-1252.
- Mills C (1998) Equity in Health: Key issues and WHO's Role. Geneva: WHO.
- Mongkolsmai D, Khoman S, Satsanguan P et al (1996) The Epidemiology of Inequity: The Case of Slum Dwellers in Thailand. Bangkok: Faculty of Economics, Thammasat University.
- Mooney G (1986) Economics, Medicine and Health Care. Sussex: Wheatsheaf.
- Na Songkhla M, Suksirisereekul S, Chunharas S, and Wibulpolprasert S (1997) Equity in Health and Health Care in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute.
- Ng M (1997) Why Asia needs democracy. *Journal of Democracy*, 8, 10-23.
- Pannarunothai S and Mills A (1997) The poor pay more: health-related inequity in Thailand. *Social Science and Medicine*, 44, 12, 1781-1790.
- Pareira J (1989) What does equity in health mean? York: Centre for Health Economics. Discussion paper 61.
- Ram S (1998) Equity in Health: Findings from Household Data from Three Provinces in Burkina Faso. Major Applied Research into Equity of Health Sector Revenue Generation and Allocation. Partnerships for Health Reform.

- Rehnberg C and Pannarunothai S (1998) Equity of health care financing in Thailand. A research report to the Swedish-Thai Collaboration in Health System Development.
- Sen A (1997) Human rights and Asian values. *New Republic* (July 14-21): 33;39.
- Sen A (1999) Amartya Sen on democracy and poverty. In Yoon S. Thai Talk. The Nation, March 16, 1999, p A6.
- Saltman R. (1995) Applying Planned Market Logic to Developing Countries' Health System: An Initial Exploration. Forum on Health Sector Reform. Discussion paper no. 4. WHO
- Townsend P and Davidson N (1988) *Inequalities in Health*. London: Penguin Book.
- Townsend P, Phillimore P and Beattie A (1986) *Inequalities in Health in the Northern Region*. Northern Regional Health Authority and Bristol University.
- Townsend P, Phillimore P and Beattie A (1987) *Health and Deprivation: Inequality and the North*. London: Croom Helm.
- van Doorslaer E, Wagstaff A and Bleichrodt H et al (1997) Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 16, 93-112.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A and Rutten F (1993) *Equity in the finance and delivery of health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Wagstaff A and Van Doorslaer E (1998) *Inequalities in Health: Methods and Results for Jamaica*. Paper prepared for the Human Development Department of the World Bank.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E and Paci P (1989) Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*, 5, 89-112.
- Wasi P (1999) The Keynote Speech for the Seminar on Indicators for Health Equity in Thailand. 22 March 1999 at Sol Twin Towers Hotel, Bangkok, the National Health Foundation.
- Wenberg JE, Freeman JL and Culp WJ (1987) Are hospital services rationed in New Haven or over utilised in Boston? *Lancet*, 1185-8.
- Whitehead (1988) *The Health Divide*. In Townsend P and Davidson N (eds.) *Inequalities in Health*. London: Penguin Book.

- Whitehead, M. (1992) The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 22, 429-45.
- Whitehead, M. (1994) Equity and Ethics in Health. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO (1996) Equity in Health and Health Care; a WHO/SIDA initiative, WHO, Geneva.
- World Bank (1993) Investment in health. Washington DC: World Bank.
- World Health Organisation (1978) Health For All by the year 2000. Geneva: WHO.
- World Health Organisation (1996) European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Copenhagen: WHO.
- Zealley H (1988) The Faculty Charter and Equity. In Equity A Prerequisite For Health. The Proceedings of the 1987 Summer Scientific Conference of the Royal Colleges of Physicians of United Kingdom in Collaboration with the World Health Organisation.

ภาคผนวก 1 ผลการให้คะแนนของการพัฒนาระบบสุขภาพของจังหวัดพะเยา

Benchmarks	PCMO	DHO (8)	SD	Mode	Median
มาตรฐานที่ 1 การสาธารณสุขสหสาขา	4	1.8	0.8	2.0	2.0
1.1 เพิ่มความครอบคลุมการให้บริการด้านสังคมที่จำเป็น	4	2.0	1.4	3.0	3.0
1.2 การพัฒนาโครงสร้างระบบข้อมูล	2	1.3	1.0	2.0	1.5
มาตรฐานที่ 2 สิ่งกีดกั้นด้านการเงินในการเข้าถึงบริการ	0	2.6	1.2	3.0	3.0
1. กลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำ	0	2.8	0.7	3.5	2.8
ความครอบคลุมแบบถ้วนหน้าในชุดบริการที่เหมาะสม	0	3.3	0.9	4.0	3.5
การเชื่อมต่อของสิทธิเมื่อมีการย้ายถิ่น ย้ายงาน	0	2.4	1.1	3.0	3.0
2. กลุ่มประชาชนที่มีรายได้ประจำ	0	1.5	2.4	3.0	2.0
มาตรฐานที่ 3 สิ่งกีดกั้นที่ไม่ใช่ตัวเงินในการเข้าถึงบริการ	0	2.7	1.0	3.0	2.8
การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข	0	2.8	1.3	4.0	3.0
สถานภาพทางเพศ ในชนกลุ่มน้อยบางกลุ่ม	0	2.0	1.6	2.0	2.0
วัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษา การพึ่งพิงหมอเถื่อน	0	2.3	1.2	2.0	2.0
มาตรฐานที่ 4 ความรอบด้านของสิทธิประโยชน์และการแบ่งปัน	4	1.4	1.5	-	1.3
บริการที่จำเป็นและสามารถจ่ายได้ตามารถจัดให้ได้อย่างไม่มีกัเว้น	4	1.9	1.6	-	2.0
การปฏิรูปช่วยลดความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์และการแบ่งปัน	3	1.6	1.5	1.0	1.0
มาตรฐานที่ 5 ระบบการคลังสุขภาพที่เป็นธรรม	0	1.5	1.1	1.0	1.0
มาตรฐานที่ 6 ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ	3	2.1	1.2	3.0	1.8
เน้นบริการปฐมภูมิและความยอมรับค่าบริการปฐมภูมิ	5	2.6	1.4	4.0	3.0
การให้บริการที่อิงกับหลักฐานข้อเท็จจริง	4	1.9	1.6	1.0	1.5
ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินคุณภาพบริการ	0	1.6	1.2	2.0	2.0
มีมาตรการในการรับรองคุณภาพของแผนและบริการของโรงพยาบาล	2	1.3	1.8	1.0	1.0
มีระบบการศึกษาต่อเนื่อง	0	1.5	1.3	1.0	1.0

PCMO = นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด DHO = สาธารณสุขอำเภอ

Benchmarks	PCMO	Mean (8)	SD	Mode	Median
มาตรฐานที่ 7 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ	4	1.8	1.0	2.0	2.0
การลดต้นทุนการบริหารจัดการให้ต่ำสุด	0	2.1	1.5	3.0	3.0
การลดต้นทุนของการจัดซื้อ	4	1.6	1.4	2.0	2.0
การลดการโยกย้ายต้นทุนจากกระบวนการหนึ่งไปอีกกระบวนการหนึ่ง	0	1.1	1.3	2.0	1.0
ลดการโกงและระบบแรงจูงใจที่ไม่เหมาะสม	3	1.1	0.9	2.0	1.0
มาตรฐานที่ 8 ประสิทธิภาพโดย ความรับผิดชอบ พลังประชาชน	3	3.8	0.8	3.0	3.8
มีการควบคุมการประเมินและรายงานผลต่อสาธารณชน	2	3.1	0.9	4.0	3.0
มีการควบคุมการจัดสรรงบประมาณที่มีเหตุผลและโปร่งใส	5	3.7	1.1	4.0	4.0
มีการควบคุมรายจ่ายด้านระบบงบประมาณยอดรวม	5	3.2	1.3	3.0	3.0
มีการควบคุมการแก้ปัญหาการเรียนที่เป็นธรรม	0	1.9	2.5	4.0	2.0
มีการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลที่เพียงพอ	0	1.7	2.1	4.0	1.5
มีระบบการรับรองคุณภาพบริการ	2	3.0	1.3	4.0	3.5
การปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย	0	2.3	1.4	3.0	2.5
สร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มประชาสังคม	4	2.5	2.1	5.0	2.0
มาตรฐานที่ 9 ทางเลือกของประชาชนและอิสระของผู้ให้บริการ	2	1.6	1.5	1.0	1.0
ระดับทางเลือกของประชาชน	1	2.3	1.5	1.0	2.0
ระดับความเป็นอิสระของผู้ให้บริการ	0	2.0	1.4	1.0	1.5
Overall score	2-3	2.1	0.7	2.0	2.0

PCMO = นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด DHO = สาธารณสุขอำเภอ

ภาคผนวก 2 ผลการให้คะแนนการพัฒนากระบวนการสุขภาพจังหวัดยโสธร

Benchmarks	Mean	SD	Mode	Median	PHO(5)	PHO, sd	DH(8)	DH, sd	DHO (10)	DHO, sd
มาตรวัดที่ 1 การสาธารณสุขสหสาขา	2.0	1.5	1.6	2.5	3.0	0.9	0.5	0.6	2.4	0.8
1.1 เพิ่มความครอบคลุมการให้บริการต่อไปนี้	1.6	1.6	0.8	1.6	2.1	1.8	0.2	0.5	2.5	0.8
โภชนาการพื้นฐาน	1.9	1.5	0.0	2.0	2.8	1.3	0.3	0.5	2.8	0.8
ที่อยู่อาศัย ความแออัด การไร้ที่อยู่	1.5	1.6	0.0	1.0	1.6	1.8	0.3	0.5	2.4	1.5
อนามัยสิ่งแวดล้อม	2.0	1.4	1.0	2.0	2.8	1.6	0.6	0.9	2.8	0.6
การศึกษาและความรู้ด้านสุขภาพ	1.7	1.8	4.0	2.0	2.2	2.5	0.4	1.1	2.6	1.2
ความปลอดภัยในชีวิตและอุบัติเหตุ	0.8	1.9	-1.0	1.0	1.0	2.8	-0.5	0.8	1.7	1.4
1.2 การพัฒนาโครงสร้างระบบข้อมูล	2.3	1.5	1.0	3.0	3.6	0.5	0.7	0.5	2.8	1.4
1.3 ความร่วมมือระหว่างองค์กรในการพัฒนาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ	2.1	1.3	3.0	3.0	3.6	0.5	0.9	1.0	2.4	0.8
มาตรวัดที่ 2 สิ่งกีดกั้นด้านการเงินในการเข้าถึงบริการ	2.1	1.3	3.0	2.1	3.3	0.8	0.8	0.6	2.6	1.1
1. กลุ่มประชากรที่ไม่มีรายได้ประจำ	2.2	1.6	4.0	2.0	3.7	0.3	1.5	1.7	2.1	1.5
ความครอบคลุมแบบถ้วนหน้าในชุดบริการที่เหมาะสม	2.7	1.4	4.0	3.0	3.8	0.4	1.8	1.7	2.9	1.0
การเชื่อมต่อของสิทธิมีสิทธิการย้ายถิ่น ย้ายงาน	1.7	2.2	4.0	2.0	3.6	0.5	1.3	1.8	1.0	2.6
2. กลุ่มประชากรที่มีรายได้ประจำ	2.1	1.6	3.0	2.3	3.0	1.4	0.4	0.6	2.9	1.0
ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย	2.0	1.7	0.0	2.0	3.0	2.1	0.6	0.7	2.6	1.4
ความครอบคลุมสมาชิกในครอบครัว	2.7	1.7	4.0	3.0	3.8	1.1	0.8	1.0	3.7	0.9
สิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบ	1.5	1.8	0.0	2.0	2.2	1.5	-0.3	0.9	2.5	1.4
มาตรวัดที่ 3 สิ่งกีดกั้นที่ไม่ใช่ตัวเงินในการเข้าถึงบริการ	2.0	1.4	1.0	2.0	3.5	1.2	0.7	0.8	2.4	0.8
การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข	2.1	1.2	3.0	2.0	3.4	0.5	1.5	1.3	1.9	0.9
สถานการณ์ทางเพศ ในชนกลุ่มน้อยบางกลุ่ม	2.0	1.9	0.0	2.0	3.0	2.1	0.1	0.4	2.6	1.3
วัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษา การพึ่งพิงหมอเถื่อน	1.7	1.9	2.0	2.0	3.0	1.4	0.3	1.4	2.2	1.9
มาตรวัดที่ 4 ความครอบคลุมด้านของสิทธิประโยชน์และการแบ่งปัน	2.1	1.4	1.0	2.0	3.5	0.6	0.8	1.0	2.4	1.1
บริการที่จำเป็นและสามารถจ่ายได้สามารถจัดให้ได้โดยไม่ยกเว้น	1.7	1.7	2.0	2.0	3.4	0.9	0.5	1.1	1.7	1.8
การปฏิรูปช่วยลดความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์และการแบ่งปัน	2.4	1.4	3.0	3.0	3.6	0.9	1.3	1.0	2.8	1.1

Benchmarks	Mean	SD	Mode	Median	PHO(5)	PHO, sd	DH(8)	DH, sd	DHO (10)	DHO, sd
มาตรวัดที่ 5 ระบบการคลังสุขภาพที่เป็นธรรม	1.5	1.4	1.0	1.3	1.9	1.5	0.3	0.8	2.3	1.2
รัฐบาลสนับสนุนระบบประกันสุขภาพที่มีความสามารถจ่ายของกลุ่ม	1.9	1.8	1.0	2.0	3.2	1.6	0.1	1.0	2.6	1.3
ครัวเรือนจ่ายเบี้ยประกันตามความสามารถในการจ่าย	1.6	1.8	2.0	1.5	3.0	2.1	0.0	1.0	2.0	1.3
สัดส่วนของรายจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือน	0.8	1.7	1.0	1.0	-0.8	2.8	0.8	0.9	1.7	1.1
มาตรวัดที่ 6 ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ	2.0	1.5	1.0	2.0	3.0	1.0	1.3	1.7	2.1	1.2
เน้นบริการปฐมภูมิและความยอมรับผิดชอบต่อบริการปฐมภูมิ	2.3	1.7	1.0	2.0	4.0	0.7	1.3	1.8	2.4	1.3
การให้บริการที่อิงกับหลักฐานข้อเท็จจริง	2.2	2.1	3.0	2.0	3.4	1.3	1.5	1.9	2.1	2.5
ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินคุณภาพบริการ	1.5	1.6	1.0	1.0	1.6	1.7	1.1	1.9	1.7	1.6
มีมาตรการในการรับรองคุณภาพของแผนและบริการของโรงพยาบาล	1.9	1.4	2.0	2.0	2.4	1.3	1.6	1.7	1.8	1.1
มีระบบการศึกษาดูต่อเนื่อง	2.2	1.7	1.0	2.0	2.8	1.5	1.3	1.8	2.7	1.6
มาตรวัดที่ 7 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ	1.5	1.3	1.0	1.2	2.7	1.6	0.7	1.1	1.5	0.7
การลดต้นทุนการบริหารจัดการให้ต่ำสุด	1.3	1.5	2.0	2.0	1.6	2.1	0.8	1.6	1.7	1.2
การลดต้นทุนของการจัดซื้อ	1.7	1.5	2.0	2.0	3.4	1.1	1.1	1.1	1.3	1.3
การลดการโยกต้นทุนจากระบบหนึ่งไปอีกระบบหนึ่ง	1.2	1.4	1.0	1.0	2.6	2.1	0.8	0.7	0.8	1.1
ลดการโกงและระบบแรงจูงใจที่ไม่เหมาะสม	1.5	1.7	1.0	1.0	3.2	1.8	0.4	1.3	1.6	1.3
มาตรวัดที่ 8 ประชาธิปไตย ความรับผิดชอบ พลังประชาชน	1.8	1.1	3.0	1.9	2.8	1.1	0.9	0.8	2.1	0.7
มีกระบวนการประเมินและรายงานผลต่อสาธารณชน	1.0	1.1	1.0	1.0	1.2	1.3	0.3	1.2	1.5	0.7
มีกระบวนการจัดสรรงบประมาณที่มีเหตุผลและโปร่งใส	2.3	1.6	2.0	2.0	4.2	0.4	1.3	1.3	2.2	1.3
มีการควบคุมรายจ่ายด้านระบบงบประมาณโดยรวม	2.2	1.4	2.0	2.0	3.2	1.1	1.3	1.0	2.4	1.3
มีกระบวนการแก้ไขปัญหาการเรียนที่เป็นธรรม	1.6	1.3	2.0	2.0	2.2	1.8	0.9	0.6	1.8	1.2
มีการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลที่เพียงพอ	1.9	1.4	1.0	2.0	3.2	1.6	0.8	0.9	2.2	0.9
มีระบบการรับรองคุณภาพบริการ	2.2	1.3	1.0	2.0	3.0	1.2	1.6	1.5	2.2	0.9
การปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย	1.7	1.6	0.0	2.0	3.0	1.9	0.4	1.0	1.9	1.1
สร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มประชาสังคม	1.4	1.2	1.0	1.0	2.2	1.5	0.6	0.5	1.7	1.1
มาตรวัดที่ 9 ทางเลือกของประชาชนและอิสระของผู้ให้บริการ	0.8	1.4	0.5	1.0	1.2	1.3	-0.4	1.3	2.0	0.7
ระดับทางเลือกของประชาชน	0.5	1.9	1.0	1.0	-0.4	2.5	-0.1	1.4	1.5	1.6
ระดับความเป็นอิสระของผู้ให้บริการ	1.3	1.9	0.0	1.0	2.8	1.9	-0.6		2.0	0.8
Overall score	1.8	1.1	3.0	1.7	2.8	0.9	0.6	0.6	2.2	0.7

ภาคผนวก 3 แสดงเครื่องมือวัดความเป็นธรรมสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพไทย

Benchmarks	ประเด็นในการพิจารณาในการให้คะแนน	ข้อมูลประกอบที่ควรมี
มาตรฐานที่ 1 การสาธารณสุขสาขา 1.1 ความครอบคลุมการได้รับบริการต่อไปนี โภชนาการพื้นฐาน ที่อยู่อาศัย (สภาพความมั่นคงถาวรของบ้านเรือน, สัดส่วนประชากรในสลัม, การไร้ที่อยู่) อนามัยสิ่งแวดล้อม	การมีแผน ตลอดจน กลวิธี มาตรการที่ใช้ในการแก้ปัญหาดังกล่าว และงบประมาณที่เพียงพอ การมีแผนแก้ปัญหาการขาดสารอาหาร/ขาดสารไอโอดีนในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ การมีแผนในการแก้ปัญหาด้านที่อยู่อาศัยให้กับประชาชนรวมถึงการแก้ปัญหาน้ำเด็กเรื้อรัง การมีแผนและมาตรการในการแก้ปัญหาด้านสุขอนามัยในครัวเรือน การมีแผนและมาตรการในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ และ แก้ปัญหาการปนเปื้อนของสารพิษในอาหาร ผักสด ผลไม้ การมีแผนและมาตรการในการ เฝ้าระวัง ตรวจสอบ ป้องกัน และดำเนินการแก้ไขปัญหาน้ำเสียของแหล่งน้ำสาธารณะ การมีแผนและมาตรการในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ ป้องกัน และดำเนินการแก้ไขปัญหามลพิษ การมีนโยบาย/แผนการส่งเสริมการศึกษาต่อโดยเฉพาะสำหรับประชาชนบางกลุ่ม แผนและมาตรการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง แผนการส่งเสริมสุขภาพและการบริโภคอาหาร การมีมาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบและการดื่มสุรา มาตรการในการควบคุม ป้องกันและแก้ปัญหา ยาเสพติด	ความครอบคลุมและภาระงานของบริการพื้นฐานตามภูมิภาค/เขตปกครอง และประชาชนบางกลุ่ม สัดส่วนการขาดสารอาหารของกลุ่มเด็กต่ำกว่า 5 ปี สัดส่วนน้ำหนักเด็กแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม สัดส่วนการขาดสารไอโอดีนในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สัดส่วนครัวเรือนที่มีบ้านพักถาวรมั่นคง สัดส่วนประชากรที่อาศัยในเขตสลัมจำนวนเด็กเรื้อรัง สัดส่วนครัวเรือนที่มี/ใช้สุขอนามัยที่ดี สัดส่วนครัวเรือนที่มีน้ำสะอาดบริโภค ร้อยละของอาหาร/น้ำปนเปื้อนสารพิษ ร้อยละของแม่น้ำที่มีคุณภาพในระดับอันตราย ร้อยละของพื้นที่ที่มีปัญหาด้านอากาศเป็นพิษ อัตราการไม่รู้หนังสือ อัตราการเข้าถึงยางอนามัย, การติดเชื้อเอดส์ สัมพันธ, การติดเชื้อเอดส์ อัตราการมีภาวะโภชนาการเกิน อัตราการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา อัตราการเสพติดสิ่งเสพติดในประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น

Benchmarks	ประเด็นในการพิจารณาในการให้คะแนน	ข้อมูลประกอบที่ควรมี
ความปลอดภัยในชีวิตและอุบัติเหตุ	การมีแผนและมาตรการในการควบคุมเพื่อลดการเกิดและการตายจากอุบัติเหตุจราจร การมีมาตรการ และแผนในการสร้างจิตสำนึกด้านความปลอดภัยให้กับประชาชนกลุ่มต่างๆ มาตรการในการป้องกันเหตุรุนแรงต่างๆในสังคม	อัตราการบาดเจ็บ/ตายจาก อุบัติเหตุจราจร อัตราการบาดเจ็บ/ตาย จากอุบัติเหตุอื่นๆ อัตราการบาดเจ็บ/ตายจากจากการถูกทำร้ายร่างกาย
1.2 การพัฒนาโครงสร้างระบบข้อมูล	มีโครงสร้างเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมและฐานข้อมูล ที่สามารถให้ข้อมูลเชิงระบบในด้านต่างๆจำแนกตามกลุ่มประชาชนได้ โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ด้อยโอกาส และพร้อมใช้ มีแผนการศึกษาวิจัย สํารวจ ตลอดจนการสำรวจเพื่อวิเคราะห์ปัญหา มาตรการในการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ	มีข้อมูลด้านระบบาตวิทยาของโรค และปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ มีข้อมูลการป่วย การตาย การให้บริการ
1.3 ความร่วมมือระหว่างองค์กรในการพัฒนาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ	การมีประชาชนในท้องถิ่นเข้าร่วมเป็นกรรมการคณะต่างๆ บทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรประชาสังคม ในการแก้ปัญหาในด้านต่างๆในท้องถิ่น	
มาตรฐานที่ 2 สิ่งกีดกั้นด้านการเงินในการเข้าถึงบริการ		
1. กลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำ		
ความครอบคลุมแบบถ้วนหน้าในชุดบริการที่เหมาะสม	การมีกฎหมาย/ แผนการขยายหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มที่ไม่มีรายได้ประจำ	ร้อยละของการมีหลักประกันด้านสุขภาพ
การเชื่อมต่อของสิทธิเมื่อมีการย้ายถิ่น ย้ายงาน	การมีนโยบาย/แผนการออกบัตร ชำนาญเขต/บัตรย้ายถิ่น	สัดส่วนการได้รับบัตรย้ายถิ่นในกลุ่มเคลื่อนย้ายแรงงาน
2. กลุ่มประชาชนที่มีรายได้ประจำ		
ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย	การมีแผนการขยายไปยังสถานประกอบการขนาดเล็ก การมีมาตรการบังคับใช้กฎหมายในการดำเนินการกับนายจ้างที่หลีกเลี่ยง	ร้อยละของแรงงานที่อยู่ในภายใต้โครงการประกันสังคม
ความครอบคลุมสมาชิกในครอบครัว	แผนการขยายความครอบคลุมไปยังสมาชิกในครอบครัว	
สิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบ	ความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด	

Benchmarks	ประเด็นในการพิจารณาในการให้คะแนน	ข้อมูลประกอบที่ควรมี
มาตรวัดที่ 3 สิ่งกีดกันที่ไม่ใช่ตัวเงินในการเข้าถึงบริการ -การกระจายทรัพยากรสาธารณสุข -สถานภาพทางเพศ ในชนกลุ่มน้อยบางกลุ่ม -วัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษา การพึ่งพิงหมอเถื่อน -การเลือกปฏิบัติตามเชื้อชาติ ศาสนา ชนชั้น เพศ โรคที่เป็น หลักประกัน ฯลฯ มาตรวัดที่ 4 ความรอบด้านของสิทธิประโยชน์และการแบ่งปัน บริการที่จำเป็นและสามารถจ่ายได้สามารถจัดให้ได้หรือไม่ยกเว้น	การมีมาตรการ/แผนในการกระจายบุคลากร/ทรัพยากรไปยังในชนบทพื้นที่ขาดแคลน การมีแผนและมาตรการในการขยายบริการไปยังกลุ่มด้อยโอกาส การมีมาตรการในการลด/ป้องกันพฤติกรรมของผู้ให้บริการในการเลือกปฏิบัติในการให้บริการ เช่นมาตรการด้านการกระจายเงิน มีระบบข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวัง พฤติกรรมของการให้บริการของสถานพยาบาล มีหลักเกณฑ์การจ่ายเงินที่ไม่ต่างกันสำหรับระบบประกันสุขภาพต่างๆ มีแผนการปฏิรูปที่มีการลดความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์ การมีนโยบายด้านการคลังสาธารณสุขของรัฐบาลที่จะสนับสนุนระบบประกันสุขภาพต่างๆให้สอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายของแต่ละกลุ่ม การกำหนดอัตราเบี้ยประกันในลักษณะอัตราที่กำหนด การกำหนดอัตราส่วนร่วมจ่ายของครัวเรือน	ความครอบคลุมการให้บริการกระจายตามภูมิภาค/เขตปกครอง/ เพศ/ ชนกลุ่มน้อย สัดส่วนบุคลากร/เตียง ต่อ 1,000 ประชากร อัตราการป่วยและการใช้บริการทางการแพทย์ อัตราการได้รับ ANC, EPI, FP การมีหลักฐานการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการในกลุ่มที่มีหลักประกันสุขภาพต่างๆ เช่น การใช้จ่าย การได้รับการผ่านเปลี่ยนเลนส์ในต้อกระจก งบประมาณต่อหัวที่รัฐบาลสนับสนุนระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบ ดัชนี Kakwani สัดส่วนรายจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนตามระดับรายได้

Benchmarks	ประเด็นในการพิจารณาในการให้คะแนน	ข้อมูลประกอบที่ควรมี
มาตรฐานที่ 6 ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ เน้นบริการปฐมภูมิและความยอมรับต่อบริการปฐมภูมิ	การมีแผนการฝึกอบรมบุคลากร แพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว และการศึกษาต่อเนื่องสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การจัดสรรงบประมาณเป็นก้อนให้กับทีมสาธารณสุขระดับอำเภอ การมีระบบการจ่ายค่าตอบแทนให้กับบุคลากรในสถานพยาบาลปฐมภูมิที่จะสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติงาน การมีชาวบ้านเข้ามาเป็นกรรมการของสถานพยาบาล การมีการศึกษา/ระบบข้อมูลสนับสนุนด้านประสิทธิภาพของมาตรการ/นโยบายต่างๆ การมีแนวทางการให้บริการที่กำหนด และกระบวนการทบทวนความเหมาะสมในการให้บริการ	สัดส่วนแพทย์เฉพาะทาง : แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว/ทั่วไป สัดส่วนงบประมาณที่ยังคงสถานอนามัย /รพช.
การให้บริการที่อิงกับหลักฐานข้อเท็จจริง		
มาตรการในการพัฒนาคุณภาพบริการ	มีระบบการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนในบริการที่ได้รับ มีกระบวนการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล มีแผนการฝึกอบรม/พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง	คะแนนความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ จำนวนโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ จำนวนบุคลากรที่ได้รับการศึกษาต่อเนื่อง
มาตรฐานที่ 7 ประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ การลดต้นทุนการบริหารจัดการให้ต่ำสุด	การมีแผนมาตรการในการควบคุมสถานพยาบาล/ครุภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง การมีแผนในการลดต้นทุนในการบริหารจัดการของระบบประกันสุขภาพ เช่น การจัดเก็บเบี้ยประกัน วิธีการเรียกเก็บ การจ่ายเงิน เป็นต้น มาตรการในการลดความซ้ำซ้อนของการมีหลักประกันสุขภาพ มีมาตรการ/กระบวนการในการจัดซื้อยา วัสดุ ครุภัณฑ์ โดยการจัดซื้อรวม มีการให้ยารายการในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีการส่งยาตามข้อสั่งการ	จำนวนสถานพยาบาล/เตียง/เครื่องมือแพทย์ต่อประชากร กรในแต่ละพื้นที่ ร้อยละของรายจ่ายด้านค่าบริหารจัดการของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ร้อยละของประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพซ้ำซ้อน ร้อยละของมูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มีการจัดซื้อรวม สัดส่วนรายจ่ายค่ายาตามรายการในนอกบัญชียาหลัก สัดส่วนของยาที่สั่งโดยใช้ชื่อการค้า/ชื่อสามัญ
การลดต้นทุนของการจัดซื้อ		
การลดการโยกต้นทุนจากระบบหนึ่งไปอีกระบบหนึ่ง	การมีอัตราการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก/ใน หัตถการที่เหมาะสม การมีมาตรการในการป้องกันการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยนอกจากที่กำหนด การมีอัตราการจ่ายที่มาตรฐานสำหรับระบบประกันสุขภาพทุกประเภท การมีระบบในการตรวจสอบเวชระเบียนและการเรียกเก็บเงินของสถานพยาบาล	ไม่มีการเรียกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยในเพื่อการเบิกเงิน ไม่มีการสนับสนุนข้ามระบบระหว่างโครงการประกันสุขภาพต่างๆโดยโรงพยาบาล อัตราการเรียกเก็บเงินเท็จ / การเรียกเก็บเงินจริง / ข้อมูล DRG creep การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ที่ไม่เหมาะสม
ลดการโกงและระบบแรงจูงใจที่ไม่เหมาะสม	การมีมาตรการในการแก้ปัญหาการให้สิ่งตอบแทนแก่แพทย์ในการสั่งตรวจ/ขึ้นสูตรทางห้องปฏิบัติการต่างๆ	

Benchmarks	ประเด็นในการพิจารณาในการให้คะแนน	ข้อมูลประกอบที่ควรมี
มาตรฐานที่ 8 ประชาธิปไตย ความรับผิดชอบ หลังประชาชน		
มีกระบวนการประเมินและรายงานผลต่อสาธารณชน	มีระบบข้อมูลในการรายงานต่อสาธารณชนสม่ำเสมอ	
มีกระบวนการจัดสรรงบประมาณที่มีเหตุผลและโปร่งใส	การมีหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณตามระดับความจำเป็นด้านสุขภาพให้แก่จังหวัด/อำเภอ	
มีการควบคุมรายจ่ายด้านระบบงบประมาณยอดรวม	มีการจัดสรรงบประมาณเป็นยอดรวม	
มีกระบวนการแก้ปัญหาการเรียนที่เป็นธรรม	มีหน่วยงาน/องค์กรในการรับเรื่องเรียน/แก้ปัญหา	
มีการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลที่เพียงพอ	มีการประกาศสิทธิผู้ผู้ป่วยและมีการปฏิบัติจริง	
มีระบบการรับรองคุณภาพบริการ	มีโครงการรับรองคุณภาพบริการ	
การปฏิบัติตามระเบียบ กฎหมาย		
สร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มประชาสังคม	การมีกลุ่มประชาสังคมต่างๆ การมีส่วนร่วมในการการแก้ปัญหาสาธารณสุข	
มาตรฐานที่ 9 ทางเลือกของประชาชนและอิสระ ของผู้ให้บริการ		
ระดับทางเลือกของประชาชน	การมีสิทธิเลือกสถานพยาบาล/ประเภทบริการ/วิธีการรักษา	
ระดับความเป็นอิสระของผู้ให้บริการ	ความอิสระของแพทย์ในการตัดสินใจเลือกวิธีมาตรวจรักษาในการรักษา	