

รายงานการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูปของประเทศเกาหลีใต้ในประเด็น :

การคุ้มครองผู้บริโภค การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ

บุคลากรสุขภาพ : แพทย์พื้นบ้าน

กรณีศึกษาปัญหาคอรัปชั่น

และ

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

รายงานนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทสรุปผู้บริหาร

การพัฒนานโยบายสุขภาพในหลายประเทศมีแนวโน้มที่จะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวแทนผู้มีบริโภคร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพ หน่วยงานหลักในประเทศเกาหลีใต้ที่เป็นตัวแทนผู้บริโภคและมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพได้แก่ Consumer Protection Board เป็นองค์กรได้รับการสนับสนุนการเงินจากรัฐบาล มีการจัดองค์กรที่มีหน่วยงานรับผิดชอบแต่ละเรื่องอย่างชัดเจน เช่น การค้นหาประเด็นที่เป็นปัญหาต่อผู้บริโภคด้วยการทำสำรวจ การประเมินเพื่อความปลอดภัยจากการอุปโภคและบริโภคสินค้า และมีหน่วยงานให้ความช่วยเหลือผู้บริโภคหากมีการฟ้องร้องเกิดขึ้นที่สำคัญมีคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภายนอกมาร่วมด้วยเพื่อสร้างความโปร่งใสในการทำงาน Consumer Protection Board สามารถทำรายงานข้อเสนอเชิงนโยบายให้แก่หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการผลักดันด้านนโยบายต่อไป

ประเทศเกาหลีใต้ยังไม่มีกลไกหรือกระบวนการสนับสนุนให้ตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ และกลุ่มผู้บริโภคเข้าไปเกี่ยวข้องในขั้นตอนการตัดสินใจนโยบาย ดังนั้นกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนจะเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการค้นหาประเด็นสุขภาพและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่ไม่จำเป็นเสมอไปที่หน่วยงานรัฐจะนำข้อเสนอเหล่านั้นไปผลักดันให้เกิดนโยบายที่สอดคล้องกับข้อเสนอของ Consumer Protection Board

การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่กล่าวถึงในรายงานนี้เป็นการทบทวนวิวัฒนาการของแพทย์พื้นบ้านของเกาหลีใต้ที่เรียกว่า oriental medical doctor การทบทวนได้แสดงถึงความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพโดยเฉพาะระหว่างแพทย์ OM (oriental medicine) กับแพทย์ปัจจุบันและเภสัชกร ปัญหาหลักของความขัดแย้งระหว่างกลุ่มอยู่ที่ความไม่ชัดเจนของบทบาทและหน้าที่ของวิชาชีพในแต่ละกลุ่ม และความพยายามของแต่ละกลุ่มวิชาชีพที่กล่าวเพื่อลบล้างรัฐบาลดำเนินนโยบายที่เอื้อประโยชน์แก่กลุ่มกลุ่มตนให้มากที่สุด ฉะนั้นภาพการต่อรองอำนาจระหว่างกลุ่มส่วนใหญ่จะผ่านกระบวนการการเมืองมากกว่าการต่อรองและตกลงระหว่างกลุ่มอย่างตรงไปตรงมา

จุดด้อยที่เด่นชัดของการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเกาหลีใต้ คือ การไม่สามารถแยกบทบาทระหว่างแพทย์ OM แพทย์ปัจจุบัน และ เภสัชกรให้ชัดเจน ประเด็นนี้สะท้อนความอ่อนแอของภาครัฐที่ไม่สามารถแสดงบทบาทเป็นผู้นำกับได้ดี ขณะเดียวกันระบบสุขภาพเกาหลีใต้ที่นำเอาหลักการส่วนใหญ่มาจากอเมริกาที่อาศัยพื้นฐานระบบตลาดเป็นหลักทำให้เกิดแรงจูงใจด้านเศรษฐกิจของแต่ละกลุ่มวิชาชีพที่ต้องการพัฒนาอำนาจกลุ่มของตนให้เป็นอิสระและได้ผลประโยชน์สูงสุด ระบบสุขภาพจึงสะท้อนภาพการขาดความเชื่อมโยงอย่างมากและไม่ได้ส่งเสริมให้ระบบมีประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร การโน้มน้าวให้เกิดการใช้บริการเกินจำเป็นโดยผู้ให้บริการจึงเกิดขึ้น อีกทั้งระบบการจ่ายที่ยังเป็น fee-for-service ยิ่งส่งเสริมให้มีการให้บริการอย่างมากมายเพื่อหวังผลกำไร ในขณะที่บทบาทของกลุ่มผู้บริโภคต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพยังดูเหมือนถูกละเลยที่จะเปิดโอกาสให้เข้ามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและความต้องการในเรื่องนี้อย่างไรบ้าง

ปัจจัยหลักที่พอจะอนุมานได้จากการทบทวนที่ทำให้แพทย์ OM ของเกาหลีใต้มีการเติบโตที่เข้มแข็งและสามารถต่อรองกับกลุ่มวิชาชีพแพทย์ปัจจุบัน ได้แก่ ประการแรก พลัสนับสนุนจากประชาชน เนื่องจากการแพทย์ปัจจุบันเข้ามามีอิทธิพลพร้อมกับชาวญี่ปุ่นช่วงสมัยญี่ปุ่นเป็นหนึ่งในประเทศล่าอาณานิคม ทำให้ชาวเกาหลีจำนวนมากต่อต้านการแพทย์สมัย

ใหม่และให้การสนับสนุนการแพทย์ OM ประการที่สอง การที่รัฐบาลภายใต้การปกครองของญี่ปุ่นกีดกันแพทย์ OM ไม่ให้บริการในภาครัฐ และไม่ให้เข้าไปมีบทบาทด้านนโยบาย กับเป็นแรงผลักดันทำให้แพทย์ OM เติบโตในภาคเอกชนอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะตอบสนองต่อชุมชนในพื้นที่ห่างไกลที่มีแพทย์ปัจจุบันจำนวนน้อยได้เป็นอย่างดี ประการที่สาม การปรับการศึกษาของแพทย์ OM ให้ทันสมัยตอบสนองต่อความต้องการสังคมมากขึ้น เช่น ปรับหลักสูตรของตนให้การเรียนรู้วิชาด้าน biomedicine ร่วมกับขยายหลักสูตรเป็น 6 ปีเทียบเท่าสาขาวิชาแพทย์ปัจจุบัน ทำให้การแพทย์ OM ร่วมสมัย และเป็น evidence-based medicine มากขึ้น ได้รับการยอมรับจากผู้บริโภค

การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเกาหลีใต้สามารถแบ่งออกเป็นได้สามรูปแบบ คือ การควบคุมโดยตรงต่อแต่ละสาขาวิชาชีพ เช่น การบังคับให้ต้องได้รับใบอนุญาตก่อนจะให้บริการสุขภาพ การพัฒนาหลักสูตรการศึกษาเพื่อพัฒนาให้กำลังคนในแต่ละสาขาวิชา ตัวอย่างเช่นแพทย์ OM และ OM pharmacist มีความรู้ความสามารถตามที่ต้องการ และการจัดการด้านการคลังสุขภาพที่อาจจะไม่ใช่นโยบายกำลังคนโดยตรงแต่มีผลต่อการพัฒนากำลังคน เช่น กำหนดให้สิทธิพื้นฐานของหลักประกันครอบคลุมงานบางอย่างของแพทย์ OM ช่วยสนับสนุนการพัฒนางานแพทย์ OM ที่ได้รับการคุ้มครองให้มีมาตรฐานและคุณภาพ โดยเฉพาะในแง่ต้นทุน-ประสิทธิผล จากจุดนี้ช่วยเร่งให้รัฐหรือหน่วยงานประเมินผลเทคโนโลยีต้องเร่งพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพของการแพทย์ OM อย่างจริงจัง นอกจากเพื่อพัฒนาคุณภาพแพทย์ OM ยังเป็นการสร้างความมั่นใจในกลุ่มชาวต่างประเทศต่อการบริการการแพทย์พื้นบ้าน และยังเป็นการสนับสนุนการส่งออกบริการสุขภาพ

จากการที่หลายประเทศประสบกับปัญหาค่าต้นทุนด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ทำให้เพิ่มโอกาสสำหรับประเทศที่มีค่าต้นทุนด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าสามารถขยายการให้บริการสุขภาพแก่ประชากรในประเทศที่มีค่าต้นทุนสูงกว่า เกาหลีใต้เป็นอีกประเทศหนึ่งที่อาศัยโอกาสนี้ ด้วยการพัฒนางานบริการการแพทย์ OM ร่วมกับต่างประเทศ หรือส่งบุคลากรเหล่านี้ไปให้บริการต่างประเทศ ร่วมกับการพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านนี้เพื่อสร้างความมั่นใจต่อผู้รับบริการทั้งประชาชนเกาหลีใต้เองและชาวต่างประเทศ ทั้ง UNCTAD (United Nations Conference on Trade and Development) และ WHO เห็นตรงกันว่า การพัฒนาการค้าระหว่างประเทศ นอกจากสินค้าทั่วไปแล้วงานบริการสุขภาพควรสนับสนุนให้สามารถส่งออกได้เช่นกัน จุดเด่นสองประการสำหรับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาสองประการ คือ งานบริการที่มีค่าต้นทุนต่ำกว่าประเทศพัฒนาแล้ว และ งานบริการสุขภาพของประเทศเหล่านี้หลายอย่างไม่เหมือนกับแพทย์ปัจจุบัน โดยเฉพาะการแพทย์พื้นบ้านบางชนิดสามารถให้ผลการรักษาที่ใกล้เคียง มีต้นทุน-ประสิทธิผลที่ดี และมีความปลอดภัยในระดับหนึ่ง

องค์การการค้าระหว่างประเทศ หรือ World Trade Organization (WTO) เป็นอีกองค์กรที่มีบทบาทต่อนโยบายการค้าของประเทศสมาชิก ปี 1995 เกาหลีได้เข้าเป็นสมาชิก WTO ส่งผลให้รัฐบาลเกาหลีใต้ต้องดำเนินนโยบายการค้าเสรีหลายๆอุตสาหกรรม รวมทั้งตลาดยาและเทคโนโลยีสุขภาพ ตรงนี้เป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพจำเป็นต้องเร่งพัฒนาและส่งผลให้นโยบายปกป้องยาที่ผลิตในประเทศบางตัวต้องยกเลิกไปในที่สุด ขณะเดียวกันผู้ผลิตข้ามชาติจากหลายประเทศเข้าตั้งฐานผลิตในประเทศเกาหลีใต้เนื่องจากตลาดยาภายในประเทศเกาหลีใต้มีมูลค่าสูง ผลจากการที่อุตสาหกรรมยาเจริญเติบโตอย่างมาก ทำให้แต่ละปีมีชนิดยาจำนวนมากที่ผู้ประกอบการไม่ว่าจะเป็นผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าต้องการจดทะเบียนผ่าน KFDA และหน่วยงานของ MOHW ที่เกี่ยวข้อง นอกจากระบบการประเมินเพื่อรองรับความปลอดภัย

ภัยทั้งยาของเกาหลีใต้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความโปร่งใสแล้ว ยังจำเป็นต้องพัฒนาระบบการประเมินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากตลาดยาที่เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว

การดำเนินโครงการการทำโครงการประเมินและติดตามผลจากการใช้ยาของประชาชนเป็นโครงการระยะยาวที่ทำต่อเนื่อง ซึ่งเป็นโครงการที่สามารถปกป้องผู้บริโภคจากการใช้ยา โดยเฉพาะยาที่มีผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตาม องค์กร KFDA อยู่ที่ยังไม่สามารถสร้างความโปร่งใสและการตรวจสอบได้จากประชาชน ทำให้มีแนวโน้มการเกิดคอร์รัปชันโดยผู้บริหารสูงของหน่วยงาน

เนื่องจากการใช้ยาสมุนไพรเป็นทางเลือกหนึ่งได้รับความนิยมจากคนเกาหลีใต้ Ministry of Health and Welfare (MOHW) จึงพัฒนาให้มีหน่วยงานทำหน้าที่ประเมินผลและติดตามการใช้ยาสมุนไพรของประชาชน ยาสมุนไพรหลายตัวได้รับการประเมินว่ามีความปลอดภัยและให้ผลในการรักษาได้จริงและยังได้รับการคุ้มครองเป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐานในระบบประกันสุขภาพของประเทศซึ่งเป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชนและสามารถลดการนำเข้าตลอดจนเป็นการส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านของเกาหลีใต้

แม้ว่าเกาหลีใต้มีกฎหมาย CON (Certificate of Need Law) เพื่อให้การกระจายเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูงมีความเป็นธรรมและให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถทำให้มีการใช้กฎหมายนี้อย่างจริงจัง อาจเนื่องจากการใช้กฎหมายนี้ยังไม่ได้เชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพ ทำให้อัตราการเติบโตเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีความไม่เป็นธรรมในการกระจายการใช้ รัฐบาลเกาหลีใต้จัดตั้ง Health Technology Planning and Education Planning Board ขึ้นมาเป็นหน่วยงานอิสระ รับผิดชอบประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูง อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจในนโยบายยังขึ้นกลุ่มเจ้าหน้าที่ระดับสูงใน MOHW ทำให้ไม่จำเป็นเสมอไปที่ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์จะได้รับการผลักดันเป็นนโยบาย

ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพของเกาหลีใต้มีลักษณะของรูปแบบที่มีคล้ายคลึงกับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่การจัดตั้งองค์กรหรือบอร์ดที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การทำงานของ MOHW ตรงข้ามทำหน้าที่ให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย และกระบวนการทำงานมีลักษณะเป็น multidisciplinary team ขณะเดียวกัน หน่วยงานรัฐ คือ Korean Food and Drug Administration (KFDA) ทำหน้าที่ประเมินและรับรองยา นอกจากนั้น Korean Oriental Medicine Institute ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพการแพทย์พื้นบ้านของเกาหลีใต้ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติหากการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพอยู่ภายใต้องค์เดียวกันที่ประเมินทั้งการแพทย์ปัจจุบันและการแพทย์ OM น่าจะทำให้การประเมินเชิงเปรียบเทียบของเทคโนโลยีทั้งสองสาขาให้ประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

- รัฐบาลควรพัฒนาให้มีกลไกหรือโครงสร้างที่เป็นทางการที่สนับสนุนด้านการเงินและช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถให้กับองค์กรตัวแทนผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อสำรวจค้นหาปัญหาของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ หรือค้นหาประเด็นปัญหาเพื่อนำไปสู่การพัฒนา นโยบายสุขภาพ

- รัฐบาลควรพัฒนาให้มีโครงสร้างหรือกลไกสนับสนุนอย่างเป็นทางการ (formal structure) เพื่อให้ตัวแทนจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องและตัวแทนที่เป็นทางการของกลุ่มผู้บริโภคเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจนโยบาย (policy decision-making process) เพื่อปรับปรุงให้นโยบายด้านสุขภาพตอบสนองความต้องการของประชาชนมากที่สุด เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการนำเสนอประเด็นปัญหาหรือข้อเสนอเชิงนโยบายเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้สร้างความมั่นใจว่าประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจะได้รับการตอบสนอง หรือได้รับการแก้ไข
- ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความจำเป็นต้องพัฒนานุคลากรที่มีความชำนาญด้านการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อผลักดันให้ระบบการประเมินได้รับการพัฒนาในแนวทางที่ถูกต้อง เช่น การพัฒนาหลักสูตรปริญญาตรีเพื่อพัฒนานักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ หรือเป็นหลักสูตรหลังปริญญา ร่วมกับการบรรจุเนื้อหาวิชาการด้านการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่บุคลากรสุขภาพในทุกสาขา และจำเป็นต้องมีการจัดอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรที่เข้าไปเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม
- สำหรับประเทศไทยที่มีงบประมาณจำกัด การพัฒนาให้มีโปรแกรมการประเมินเทคโนโลยีอย่างเป็นทางการและอยู่ภายใต้การบริหารของ MOPH น่าจะเพียงพอ แต่กระบวนการทำงานควรใช้ multidisciplinary team ให้มากขึ้นทั้งประโยชน์จากการประเมินที่พิจารณารอบด้านขึ้นแล้วยังสนับสนุนความโปร่งใสในการทำงาน และควรประเมินทั้งการแพทย์ปัจจุบันและแพทย์พื้นบ้านทุกสาขาที่มีอยู่ในประเทศไทย
- ควรพัฒนาความร่วมมือการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์กับต่างประเทศ หรือร่วมกันพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านกับต่างประเทศ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาระบบการประเมินในประเทศไทย และเพิ่มการยอมรับจากต่างประเทศในด้านมาตรฐานคุณภาพ ความปลอดภัย ต้นทุน-ประสิทธิผล และทำให้เพิ่มรายได้เข้าสู่ระบบสุขภาพไทย
- หากระบบสุขภาพไทยสามารถมีระบบประกันสุขภาพระดับชาติได้ขึ้นจริงในอนาคต การใช้องค์กรประกันสุขภาพระดับชาติ หรือ หน่วยงานตัวแทนในแต่ละพื้นที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพอาจจะเป็นอีกทางเลือกสำหรับการพัฒนา เพราะจะทำให้ผลลัพธ์จากการประเมินสามารถถูกนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการประเมินความปลอดภัยจากการใช้ยาและสินค้าเพื่อการรักษา อาจให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควบบทบาทในส่วนนี้ แต่ควรเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการประเมินให้มากขึ้น โดยเฉพาะบทบาทให้คำแนะนำกับประชาชนด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง ทันต่อเหตุการณ์ และไม่ยึดอยู่บนประโยชน์หรือความคิดของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยลำพัง
- กระบวนการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการแพทย์สมัยใหม่หรือพื้นบ้าน เครื่องมือหรือวัสดุทางการแพทย์ ยา วัสดุหรือผลิตภัณฑ์เพื่อการรักษา ไม่ควรจะสิ้นสุดทันทีที่ภายหลังผ่านการรับรอง แต่ต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เช่น การสุ่มตรวจเพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้บริโภค
- ประเทศไทยอาจจะพัฒนาให้มีกฎหมาย Certificate of Need Law (CON) เพื่อให้การกระจายการใช้เทคโนโลยีมีความเป็นธรรมและมีการใช้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
- การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพโดยใช้ปรัชญาแนวคิดเชิงสังคม จริยธรรม และ กฎหมาย มาพิจารณาร่วมด้วยที่เรียกว่า comprehensive health technology assessment ควรเป็นหลักการที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบการประเมินกระบวนการนี้อาจเป็นสิ่งใหม่สำหรับประเทศไทย แต่มีความจำเป็นอย่างมากเนื่องจากเทคโนโลยีสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต มีแนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อสังคมในทุกๆด้านมากขึ้น เช่น การพัฒนาเทคโนโลยีด้านพันธุวิศวกรรมของมนุษย์

- การพัฒนากำลังคนการแพทย์พื้นบ้าน ควรพัฒนาหลักสูตรโดยสอดคล้องกับศาสตร์ด้าน biomedicine เพื่อให้ศาสตร์ด้านนี้เป็น evidence based มากขึ้น เพิ่มการยอมรับจากกลุ่มวิชาชีพอื่น และจากผู้บริหาร
- การเรียนการสอนแพทย์พื้นบ้านไทยหากร่วมกับการสอนของบุคลากรสุขภาพสาขาอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือ สาธารณสุข จะช่วยสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มวิชาชีพ ส่งผลให้พัฒนาระบบสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกันของงานบริการจากแต่ละกลุ่มวิชาชีพง่ายขึ้นกว่าการแยกการเรียนการสอนออกจากกัน
- ประเทศไทยควรจัดตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านโดยตรง รูปแบบการเป็นองค์กรนิติบุคคลเป็นอีกทางเลือกหนึ่งนอกจากจัดตั้งภายใต้หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานนี้มีหน้าที่หลักในการสนับสนุนการทำวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน พัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในเชิงระบบเพื่อให้สอดคล้องและเชื่อมโยกับระบบสุขภาพในภาพใหญ่ ส่งเสริมให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องเหล่านี้กับประชาชนเพื่อเป็นทางเลือกในการรับบริการ สนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมการสอนการแพทย์พื้นบ้านสำหรับผู้สนใจ จัดให้มีการสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตการแพทย์พื้นบ้าน และผลักดันให้มีกฎหมายบังคับให้ผู้ให้บริการการแพทย์พื้นบ้านต้องมีใบอนุญาตและลงทะเบียน
- การกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานของการประกันสุขภาพที่มีงานการแพทย์พื้นบ้านที่มีความปลอดภัยต่อการรับบริการ และมีต้นทุน-ประสิทธิผลที่ดี ช่วยสนับสนุนการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านและโดยเฉพาะการพัฒนากำลังคนทางด้านนี้
- การพัฒนากำลังคนต่อไปในอนาคต จำเป็นต้องทบทวนบทบาทและหน้าที่ของบุคลากร และกำหนดบทบาทและหน้าที่ใหม่เพื่อให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่ชัดเจนไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนกัน ส่วนกระบวนการที่จะไปสู่ตรงนั้น จำเป็นต้องออกกฎหมายบังคับไม่แน่ว่าพอ การสนับสนุนจากปัจจัยอื่นมีความจำเป็น โดยเฉพาะบทบาทของผู้บริโภคต่อเรื่องนี้ น่าจะเป็นแรงผลักดันช่วยให้นโยบายนำไปสู่การปฏิบัติ
- การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพให้เป็นธรรมมากขึ้นระหว่างเขตเมืองและชนบท ควรเพิ่มแรงจูงใจให้บุคลากรสาขาที่ขาดแคลนเพื่อมีแรงจูงใจไปทำงานในพื้นที่ห่างไกล การกระจายกำลังคนน่าจะดีขึ้นหากพัฒนาควบคู่กับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชนทุกคนและให้ภาคเอกชนเข้ามีส่วนร่วมในการจัดบริการต่อสมาชิกประกันสุขภาพ
- ในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจริงๆ การจ้างงานโดยภาครัฐด้วยอัตราเงินเดือนที่ไม่น้อยกว่าการทำงานในเขตเมืองและเสริมด้วยแรงจูงใจพิเศษอื่นๆ ยังเป็นทางเลือกนโยบายที่ดีแต่ควรเลือกทำในพื้นที่ที่ขาดกำลังคนจริงๆ
- ปัญหาการกระจายกำลังคนเป็นปัญหาที่ทุกประเทศเคยหรือกำลังเผชิญอยู่ หลายประเทศนำเทคโนโลยีด้าน Telemedicine มาใช้อย่างจริงจัง แม้ว่าในระยะแรกจะมีค่าใช้จ่ายด้านการลงทุนที่สูง แต่ในระยะยาวแล้วสามารถลดผลรวมต้นทุนของสังคมทั้งหมดได้ กรณีพื้นที่ประเทศไทยที่มีการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพข้ามภาค Telemedicine อาจเข้าไปมีบทบาทตรงนี้
- บุคลากรสุขภาพทุกสาขารวมทั้งแพทย์พื้นบ้านควรจะมีการต่อใบอนุญาตเป็นระยะๆ เช่น รายปี เพื่อให้ได้ข้อมูลกำลังคนที่ถูกต้องมากขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ

การเปิดเสรีทางการค้าในด้านสุขภาพน่าจะส่งผลสำคัญทำให้การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากการเคลื่อนตัวของกำลังคนด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งจากการเคลื่อนแรงงานสุขภาพออกจากประเทศ รวมทั้งการเคลื่อนกำลังคนจากต่างประเทศเข้ามา ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยที่ควรเตรียมรับกับการเปิดเสรีทางการค้าด้านสุขภาพมีดังนี้

- รายได้ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการส่งออกควรนำกลับมาพัฒนาการให้บริการสุขภาพสำหรับประชาชนในประเทศ

- รัฐบาลควรแสดงบทบาทการค้ำระหว่างประเทศเพื่อป้องกันการเสียเปรียบและผลกระทบด้านลบต่อระบบสุขภาพของประเทศ เช่น การสร้างความร่วมมือกับประเทศในภูมิภาคเดียวกันเพื่อส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ เพื่อสร้างพลังอำนาจต่อรองกับประเทศพัฒนาแล้วหรือประชาคมของประเทศอื่นๆ และเพื่อกำหนดข้อตกลงและมาตรฐานระหว่างกลุ่มประเทศ
- ควรมีมาตรการสร้างแรงจูงใจในระบบต่อบุคลากรสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเพื่อไม่ให้ย้ายออกไปทำงานต่างประเทศ
- ใช้นโยบายจำกัดกำลังคนด้านสุขภาพจากต่างประเทศที่จะเคลื่อนเข้ามาเพื่อควบคุมทั้งจำนวนและคุณภาพของบุคลากร
- การเพิ่มความเข้มงวดการนำเข้าเทคโนโลยีสุขภาพจากต่างประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังจากเปิดเสรีทางการค้า โดยผ่านกระบวนการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพก่อนกระจายการใช้
- พัฒนาการแพทย์พื้นบ้านให้มีศักยภาพส่งออกให้ได้ ทั้งในเรื่องของความปลอดภัยจากการใช้และต้นทุน-ประสิทธิผล
- นโยบายด้านสุขภาพต้องสร้างสมดุลให้เหมาะสมระหว่างการส่งออกงานบริการสุขภาพ และ การพัฒนาระบบสุขภาพภายในประเทศเพื่อให้บรรลุด้านความเป็นธรรม คุณภาพ และประสิทธิภาพ เนื่องจากผลกระทบต่อการส่งเสริมการส่งออกเพียงอย่างเดียว อาจตามมาด้วยปัญหาความไม่ทัดเทียมกันในระบบสุขภาพของประเทศ

Executive summary

Health policy development in many countries has been increasingly based on the use of community involvement strategy to determine health issues. In South Korea, the Consumer Protection Board is an independent organisation involving in health and other policy development process. This Board is financially supported by the government to identify health issues and importantly help support consumers if wanting to proceed their complaints. The Board also provides policy recommendation to government agencies to use their recommendation as inputs for policy making. Nevertheless, The Korean health system has no measure or mechanism to allow either the NGOs or communities to directly get involved in making policy. Therefore, whatever the Board or communities say, the government or the public organisations may not need to make policy in comply with them.

Health manpower development in South Korea as reviewed in the report is the evolution of oriental medicine reflecting conflicts between oriental medical doctors, western medical doctors and pharmacists. Unclear roles and functions of their professionals led to such conflicts. Each attempts to lobby the government to develop the policy serving their interests instead of the population's interests. In South Korea, political lobbying at policy level is a more popular measure used than negotiations among professional groups.

A cause of obscured job boundaries among professional groups is an ineffective role of the government as the regulator. In addition, the government's previously high pursue of market-based system for health care market has encouraged the professional groups to attain more economic benefits and resulted in more burden to consumers. In the mean time, voices of consumer groups have not been much channeled to be part in the process of health manpower development.

Four factors promoting oriental medicine in South Korea were as follows. Firstly, the public support to OM was much gained during the Japanese colonialism during which western medicine was brought into the country; as a result, most Koreans historically opposed to western medicine and many wanted to be oriental medical doctors. Secondly, discrimination to OM doctors to work as public doctors in the past led to their increasing domination in private sector which became influential in the current health care market. Thirdly, the modernisation of OM by including biomedicine subjects made the OM more evidence-based medicine and consequently promoted consumers' confidence over its care. Fourthly, and the inclusion of particular OM benefits to the national health insurance effectively strengthened the development of OM in South Korea.

In many developing countries, traditional medicine and western medicine whose costs are relatively lower than that of developed countries have increasingly been taken into consideration for export. Such an idea has been

supported by the UNCTAD (United Nations Conference on Trade and Development) and the WHO especially. The South Korean Government quickly took that opportunity by formally assessing the OM care and collaborating with China on the development of traditional medicine technology.

The other important international organisation is the World Trade Organization (WTO) internationally influential to trade policy of country members. In 1995, South Korea became a member of the WTO; as a consequence, a number of industries including the pharmaceutical market which were previously protected by the government, were more open for international entrepreneurs to compete with domestic companies. The Korean pharmaceutical market has been highly attractive due to its high value of domestic consumption. As a result, the Korean system of drug assessment needs improvement in its structure and working process to be more social accountability and more effective. As a few of highly administrative officials of the KFDA got arrested two years ago due to bribe taking from the pharmaceutical companies, the KFDA's structure currently remains on the way for improvement.

Although South Korea has the Certificate of Need Law (CON), the law has not been effective in use. One of the reasons might be the lack of connection between the enforcement of this law and the health insurance system while many developed countries have such a linkage. Health costs of South Korea grew at fast rates partly caused by heavy use of health care technologies which were medically unnecessary but costly. To cope with that problem, the government set up the Health Technology Planning and Education Planning Board as an independent organisation responsible for health care technology assessment. However, the Board has no direct influences over policymakers. What they can do best is put forward the assessment results and their policy recommendation to policy makers. So, there is no certainty that the policy makers would follow their recommendation.

The evaluation process of the Board is similar to that of many developed countries, one of which multidisciplinary team is formed to assess health care technologies. While, the KFDA under the Ministry of Health is directly responsible for drug and food evaluation and the Korean Oriental Medicine Institute evaluates OM technologies. In practice, the technology assessment to OM and western medicine which are carried out by the KFDA should be under the same organisation in order to effectively make comparisons between both technologies and enhance more evidence-based inputs for policy makers.

Recommendations for Thailand

- The Thai government should develop and financially support a mechanism or channel for consumer groups to be formally involved in health policy development and policymaking process.
- In the Thai health system, the manpower with specialty of health technology assessment should be produced in more number. Either the short course or the degree program of health economics in the major of health technology evaluation should be established.
- The development of a formal program of health care technology assessment under the MOPH can be sufficient in stead of setting up a formal organisation similar to the Korean or other countries.
- The multidisciplinary-based system should be a key of the technology assessment for both modern and traditional medicine in Thailand.
- The program should seek collaboration with international agencies to strengthen our technology assessment research.
- The system of the Thai technology assessment should prioritise the technologies which are critical of whether to be insured by the health insurance system.
- The Food and Drug Administration Committee should remain responsible for drug safety and cost-effectiveness evaluation. However, timely and effective evaluation system should be emphasised.
- Transparency and social accountability would be achieved to some extent if the organisation strongly do public relation with consumer groups in order to let them know what drugs are currently on evaluation process and when the results would come out.
- The evaluation process should not be ended once the results put forward to policy makers. In stead, some technologies which need long-term evaluation should be continuously assessed.
- The CON law should be developed and used with the health insurance system to promote effectiveness of the law enforcement.
- Comprehensive health technology assessment regarding the consideration of social, ethical and legal context should be a principle of developing the health technology assessment system in Thailand since new health technologies tend to have higher impact on many aspects for example the technology of genetic engineering.
- The development of traditional medicine curriculum should include more subjects of biomedicine to standardise its evidence-based context and to get more acceptance from other professional groups and consumers.
- On some occasions, the training program of traditional medicine should be run with other professional programs in order to promote higher understanding and mutual respects from various professional groups.

- The traditional medicine organisation either independent or under the MOPH should be established responsible for supporting the development of the traditional medicine research and policy research to enhance the medicine to be integrated with other components of the health system.
- A number of traditional medicine services which are approved on the basis of safety and cost-effectiveness should be included in a basic essential package of the health insurance system
- The roles of each health professional should be reviewed and newly determined to minimise the duplication of their roles. The review process should be carried out with communities' consultation to get their opinions.
- Telemedicine may be an alternative to alleviate the lack of particular services in remote areas. Capital investment for telemedicine would be huge in the beginning but the use of this technology could reduce all cost in the long run.

The practice of free trade in health care is becoming a more important issue for developing the Thai health system. Recommendations for the Thai system development are as follows:

- The revenue from service export should be largely brought back for developing the Thai health system.
- The government should express its international role to protect any loss of benefits to the Thai health system. International collaboration with countries in the same region on the context of health system development should be emphasised to help support the system development for members and to gain collective power for bargaining with countries outside the region.
- Any measure or incentive for the providers whose specialty are highly needed, should be made available.
- The effective system of health technology assessment should be made into existence because an increasing number of new health technologies would influx into Thailand due to free trade policy.
- A number of policy supporting the export of traditional medicine services should be developed.
- The policy supporting the export of health care should be well balanced with the development of the Thai health system. If solely focusing on the export, inequity of access to health care tends to take place.

สารบัญ

เนื้อหา	หน้าที่
บทสรุปผู้บริหาร	I
Executive summary	VII
สารบัญ	XI
สารบัญตาราง	XI
บทนำ	XII
การคุ้มครองผู้บริโภค	1
การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ : ยาและเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูง	2
กำลังคนด้านสุขภาพ	6
กรณีศึกษาพัฒนาด้านกำลังคน : แพทย์ Oriental Medicine	8
กรณีศึกษาปัญหาคอรัปชั่น	10
บทเรียนจากเกาหลีใต้	13
ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย	17
เอกสารอ้างอิง	22

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 : จำนวนการนำเข้าเครื่อง MRI และ Lithotripsy	5
ตารางที่ 2 : จำนวนเครื่อง CT, MRI และ Lithotripsy ในประเทศต่างๆเทียบกับเกาหลีใต้	5
ตารางที่ 3 : จำนวนบุคลากรสุขภาพตั้งแต่ปี 1988 ถึง 1996	6
ตารางที่ 4 : สัดส่วนของแพทย์ oriental medicine ทันตแพทย์ และเภสัชกรหนึ่งคนต่อจำนวนประชากร	7

บทนำ

หลักการและเหตุผล

การปฏิรูประบบสุขภาพได้เกิดขึ้นในหลายประเทศทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ประการหนึ่งของแต่ละประเทศมีทั้งส่วนที่คล้ายกันและแตกต่างกัน การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยที่กำลังเกิดขึ้นจำเป็นต้องเรียนรู้ประสบการณ์จากหลายประเทศ ซึ่งในสภาพปัจจุบันการที่เทคโนโลยีการสื่อสารมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วทำให้นับสนุนการเรียนรู้ระบบสุขภาพของแต่ละประเทศสะดวกขึ้น

การศึกษาประสบการณ์การปฏิรูปที่ผ่านมาเน้นที่รูปแบบของระบบสุขภาพมากกว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา และมักไม่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งประโยชน์จากการศึกษาตรงนี้จะช่วยให้เราเข้าใจและตระหนักว่าสภาพการณ์และปัจจัยใดที่น่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบที่เหมาะสม

ขอบเขตและกรอบการศึกษา

การศึกษาในรายงานฉบับนี้เป็นการศึกษาเพิ่มเติมจากรายงานแรกที่ได้นำเสนอประสบการณ์การปฏิรูปในด้านการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะระบบประกันสุขภาพของเกาหลีใต้ รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยอาศัยการค้นคว้าจากเอกสารตีพิมพ์ และข้อมูลจาก internet รวมทั้งการติดต่อบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลได้ ข้อจำกัดจากการศึกษาในครั้งนี้ คือ การที่เอกสารส่วนใหญ่หรือสาระของกฎหมายเป็นภาษาเกาหลีใต้ ทำให้มีข้อจำกัดต่อการศึกษาที่จะครอบคลุมประเด็นทั้งหมดที่กำหนดขึ้นในข้อตกลงของเงื่อนไขของการทบทวน

กรอบการศึกษาในรายงานนี้จะเป็นการนำเสนอในประเด็นของการมีส่วนร่วมผู้บริโภคต่อการพัฒนานโยบายสุขภาพ โครงสร้างหลักที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ ยาและอาหาร การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเน้นไปที่วิวัฒนาการการแพทย์พื้นบ้านของประเทศเกาหลีใต้ ซึ่งแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วง และปัจจัยอะไรที่ส่งเสริมให้การแพทย์พื้นบ้านของเกาหลีใต้ได้รับการยอมรับจากประชาชนเทียบเท่ากับแพทย์แผนปัจจุบัน ตามด้วยการนำเสนอปัญหาหรือรับหน้าที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาเชิงโครงสร้างของหน่วยงานภาครัฐที่ไม่สนับสนุนให้เกิดการทำงานที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ ท้ายสุดเป็นการสังเคราะห์บทเรียนที่ได้จากการทบทวน เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะสำหรับการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพในประเด็นที่ได้ทบทวนสำหรับประเทศไทย

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อนำเสนอรูปแบบที่เกิดขึ้นในประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภค การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ในประเทศเกาหลีใต้
2. เพื่อนำเสนอการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยสนับสนุนและยับยั้งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของประเด็นดังกล่าวข้างต้น
3. เพื่อเสนอแนะการเปลี่ยนแปลงประเด็นดังกล่าวสำหรับประเทศไทย

ระบบสุขภาพเกาหลีใต้ :
การคุ้มครองผู้บริโภค การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ
วิวัฒนาการบุคลากรสุขภาพ : กรณีศึกษาการแพทย์พื้นบ้าน และ
กรณีศึกษาปัญหาคอรัปชัน

บทนำ

การทบทวนวรรณกรรมประเทศเกาหลีใต้ครั้งนี้เป็นส่วนที่ต่อเนื่องจากที่ได้มีการทบทวนแล้วในบางประเด็นซึ่งได้แก่ระบบบริการสุขภาพ และการประกันสุขภาพ ประเด็นที่ทบทวนในรายงานนี้ คือ ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ การประเมินความปลอดภัยของยาและผลจากการใช้ยา การประเมินเทคโนโลยีการให้บริการสุขภาพ และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพิ่มเติมด้วยการใช้กรณีศึกษาสองกรณีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์พื้นบ้าน หรือที่เรียกว่า oriental medical medicine และกรณีศึกษาปัญหาคอรัปชันใน Ministry of Health and Welfare ที่ช่วยสะท้อนประสิทธิภาพขององค์กรที่ทำหน้าที่ประเมินความปลอดภัยของยาในประเทศเกาหลีใต้

การคุ้มครองผู้บริโภค

ช่วงทศวรรษที่ 1960-1969 เป็นช่วงที่เศรษฐกิจเกาหลีใต้เติบโตอย่างรวดเร็ว รัฐบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นจึงมีความต้องการขยายการคุ้มครองสวัสดิการให้แก่ประชาชนมากขึ้น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 4 และ 5 ของเกาหลีใต้เน้นการขยายสวัสดิการประชาชนรวมทั้งการประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามการขยายสวัสดิการประชาชนยังไม่สามารถทำให้เกิดความเป็นธรรมในความรู้สึกรับรู้ของประชาชนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะจากกลุ่มนักศึกษาและกลุ่มนักวิชาการที่ต้องการความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรมากกว่านี้ Macdonald (1985) ให้ความเห็นว่าแนวคิดด้านสังคมนิยมยังมีค่อนข้างชัดเจนในกลุ่มเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากประเทศเกาหลีเหนือที่อยู่ติดกัน กลุ่มนักวิชาการ นักศึกษา และภาคเอกชนต้องการผลักดันให้มีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคขึ้นที่คล้ายคลึงกันกับประเทศตะวันตก

ในปี 1980 กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคผ่านสภา และมีการแก้ไขในรายละเอียดของกฎหมายอีกครั้งในปี 1986 เพื่อให้มีการจัดตั้ง Consumer Protection Board ในปี 1987 เนื้อหาในกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคกล่าวถึงสิทธิพื้นฐานที่ประชาชนเกาหลีใต้ทุกคนต้องได้รับ บทบาทของรัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐทั้งระดับกลางและภูมิภาคที่ต้องคุ้มครองสิทธิพื้นฐานที่กำหนด การจัดตั้ง Consumer Protection Board เป้าหมาย บทบาทหน้าที่ และโครงสร้างบริหารจัดการของ Board นี้ (A Handbook of Korea, 1993)

Consumer Protection Board ตั้งอยู่ในกรุงโซล และมีสาขากระจายในส่วนภูมิภาค ประกอบด้วย Department of Consumer Research Consumer, Dep. of Testing and Evaluation, Dep. of Research and Survey, Dep. of Consumer Safety, Dep. of Consumer Redress, Dep. of Consumer Education และ Dep. of Publication and

Distribution และยังมี Dispute Resolution Committee ที่ช่วยเหลือผู้บริโภคหากมีข้อกรณีฟ้องร้องเกิดขึ้น หน้าที่หลักสำคัญของ Board คือ

- พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายแก่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐ เช่น Ministry of Health and Welfare เพื่อพัฒนานโยบายตามข้อเสนอของ Board หรือ การออกกฎหมาย หรือ แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- ตรวจสอบสินค้า อุปโภค บริโภค โดยเฉพาะสินค้าที่ได้รับการร้องเรียนจากผู้บริโภค หรือ ผลักดันให้หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของสินค้าตรวจสอบ
- ในกรณีผู้บริโภครายใดที่มีข้อฟ้องร้องกับผู้ผลิตสินค้า และไม่พอใจค่าชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น สามารถร้องขอให้ Consumer Dispute Resolution Committee เข้ามาช่วยเหลือเพื่อให้ความเป็นธรรม คณะกรรมการนี้ประกอบด้วยตัวแทนจากหลายฝ่ายทั้งจากผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ตัวแทนผู้บริโภคเอง และตัวแทนผู้ผลิต เป็นต้น ซึ่งข้อตกลงสุดท้ายที่ทั้งสองฝ่ายตกลงต่อหน้าคณะกรรมการ ถือว่าเป็นข้อตกลงที่รับรองโดยกฎหมาย เทียบเท่ากับการพิจารณาในชั้นศาล
- ทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องผู้บริโภค หรือ กรณีได้รับการร้องเรียนจากผู้บริโภคเพื่อเข้าไปตรวจสอบ ตัวอย่าง เช่น การสำรวจความคิดเห็นต่อสินค้าบางชนิด การตรวจสอบสินค้าทั้งในด้านความปลอดภัยและคุณภาพ การโฆษณาสินค้า การขายที่ไม่เป็นธรรม การค้าที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้ผลิตด้วยกัน ข้อเสนอจากงานวิจัยจะถูกนำเสนอต่อหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปแก้ไขหรือพัฒนานโยบายแก้ไข
- ให้ความรู้ต่อผู้บริโภคผ่านทางสื่อสิ่งพิมพ์ทั้งของ Board เอง เช่น จดหมายข่าว The Consumer's Newsletter และวารสาร Research in Consumerism หรือผ่านหน้าหนังสือพิมพ์ หรือ การจัดอบรมความรู้เพื่อประชาชนในบางเรื่อง เช่น ให้ความรู้ในด้านกฎหมายแก่ประชาชน
- ทำงานประสานกับหน่วยงานปกป้องผู้บริโภคในต่างประเทศเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน (A Handbook of Korea, 1993)

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ : ยา และ เทคโนโลยีการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูง

การประเมินเทคโนโลยีด้านบริการสุขภาพมีความจำเป็นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในหลายประเทศ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะค่าต้นทุนเทคโนโลยีสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากวิวัฒนาการเทคโนโลยีสุขภาพมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว การนำเอาเทคโนโลยีแต่ละชนิดมาใช้จึงควรจะต้องเลือกเทคโนโลยีที่มีความปลอดภัยจากการใช้ และมีต้นทุน-ประสิทธิผลที่ดี เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการประเมินอย่างชัดเจนตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 80 ที่เริ่มมีความคิดจะใช้ multi-disciplinary team นั่นคือทีมที่ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพประกอบด้วยบุคลากรจากหลายๆ สาขา รวมทั้งมีตัวแทนกลุ่มองค์กรผู้บริโภคร่วมด้วย เนื่องจากว่าเทคโนโลยีสุขภาพใหม่ๆ หากมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางอาจส่งผลกระทบต่อสังคมเป็นวงกว้าง เช่น เทคโนโลยีด้านพันธุวิศวกรรม

ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพแท้ที่จริงก็คือความพยายามที่จะเชื่อมระหว่างระบบการพัฒนางานวิจัยด้านการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพกับกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการกระจายและการใช้เทคโนโลยี ผลจากการประเมินจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นร่วมกับข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำเสนอต่อผู้ตัดสินใจนโยบาย โดยคาดหวังว่าการตัดสินใจนโยบายจะเป็น evidence-based policy มากขึ้น การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพในเกาหลีใต้แต่เดิมเป็นบทบาทหลักของ Ministry of Health and Welfare (MOHW) มาตั้งแต่ปี 1975 ในปี 1996 MOHW ตั้งหน่วยงาน Korea Food and

Drug Administration (KFDA) เพื่อทำหน้าที่นี้ KFDA มีหน่วยงานย่อยๆที่อยู่ในภูมิภาคอีก 6 แห่ง ทำหน้าที่บริหารจัดการเพื่อการเฝ้าระวังในแต่ละพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดย KFDA ทำงานอย่างใกล้ชิดกับ Pharmaceutical Safety Division ของ Pharmaceutical Affairs Bureau ที่ทำหน้าที่ประเมินความปลอดภัยและผลของยาโดยตรง ขณะที่ KFDA ทำหน้าที่เชิงบริหารจัดการ (MOHW)

Article 26 ใน Pharmaceutical Act กำหนดให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้ายา หรือผลิตภัณฑ์เพื่อการรักษา เพื่อการเสริมสวย ต้องได้รับใบอนุญาตรับรองทั้งโรงงานที่ใช้ผลิต และรับรองสินค้าจาก KFDA ซึ่งยาทุกตัวก่อนจะทำการตลาดต้องผ่านการตรวจสอบด้านความปลอดภัยและผลของยา อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาบางครั้งไม่สามารถตรวจพบในห้องปฏิบัติการ หรือต้องให้มีการใช้ในระยะเวลา ซึ่งการเก็บข้อมูลการใช้ยาของประชาชนมีความจำเป็นอย่างมากในการกำกับการความปลอดภัยจากการใช้ยา โครงการนี้เริ่มทำตั้งแต่ปี 1985 MOHW กำหนดให้สถานบริการประมาณสี่พันกว่าแห่งทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศต้องจัดเก็บข้อมูลการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์ของยา ข้อมูลเหล่านี้ประกอบด้วย

- อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นใหม่ และยังไม่รู้จากการตรวจสอบมาก่อน
- อาการไม่พึงประสงค์ที่ทราบมาก่อน แต่จำเป็นต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่งสำหรับการใช้ยาตัวนั้น
- อาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องการการรักษาดูแลพิเศษ
- อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ยา ไม่ว่าจะจากผู้บริโภค หรือผู้ให้บริการ
- อาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นข้อมูลด้านเภสัชวิทยา โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยจากการใช้ยา

บทบาทที่สำคัญอีกอย่างที่ Ministry of Health and Welfare คือ จะทำเอกสารคู่มือการใช้ยาแก่ผู้บริโภค ส่งเสริมให้ประชาชนใช้ยาให้ถูกต้อง (MOHW)

เกาหลีใต้เป็นสมาชิกของ WHO มานาน แต่เพิ่งจะเข้าเป็นสมาชิกโครงการของ WHO ในการควบคุมผลข้างเคียงจากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions Monitoring Program) ในปี 1992 เหตุผลหลักสำคัญของการเป็นสมาชิกโปรแกรมนี้นี้เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลผลข้างเคียงด้านยาจากการใช้ในหลายประเทศ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว และ ต้องการสร้างความน่าเชื่อมั่นของนักท่องเที่ยวหรือชาวต่างประเทศที่เดินทางเข้ามาต่อการกำกับและควบคุมผลข้างเคียงจากการใช้ยาในประเทศเกาหลีใต้ (MOHW)

ยาอีกกลุ่มที่มีการใช้กันในกลุ่มผู้บริโภคจำนวนมาก ได้แก่ ยาที่สกัดจากพืชโดยกลุ่มแพทย์พื้นบ้านของเกาหลีที่เรียกว่า Oriental Medical Doctors และ เกสซักร ในปี 1984 MOHW สนับสนุนโครงการประเมินความปลอดภัยและผลจากการใช้ยาสมุนไพรโดยทำการติดตามผลการใช้ยาเหล่านี้ในคลินิกของแพทย์ OM (oriental Medicine) ทั้ง 24 แห่งในเมือง Chungjushi และ Chung-won Gun เป็นเวลาสองปี ผลการประเมินเป็นที่น่าพอใจและได้อนุญาตให้ยาที่สกัดจากพืชทั้งหมด 56 ชนิดเป็นยาที่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพของประเทศตั้งแต่ปี 1987 เป็นต้นไป ซึ่งเป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชน และรวมทั้งให้การคุ้มครองกรณีประชาชนไปรับบริการจากแพทย์ OM, การนอนใน Oriental Medical Hospital งานบริการฝังเข็ม Moxibustion และ Cupping (MOHW)

หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ในการประเมินเทคโนโลยีด้าน oriental medicine ได้แก่ Korea Institute of Oriental Medicine (KIOM) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหรือกฎหมาย National Act No.4758 เงินงบประมาณมากกว่าครึ่งหนึ่งที่มาจากรัฐบาลเพื่อนำไปสนับสนุนการทำวิจัย หรือร่วมทำวิจัยหรือสนับสนุนหน่วยงานอื่นๆ เพื่อทำวิจัย KIOM เป็นสถาบันเพื่อการวิจัยสำหรับการแพทย์ OM และนำเสนอแผนการพัฒนาเชิงนโยบายต่อ MOHW เช่น การพัฒนามาตรฐานยาสมุนไพร การพัฒนาระบบเพื่อควบคุมกระบวนการผลิตและการกระจายผลิตภัณฑ์ด้านการแพทย์ OM (MOHW)

ปัจจุบัน KIOM พยายามที่จะผลักดันให้เกิดการยอมรับการแพทย์ OM ให้เป็นที่รู้จักมากขึ้นในต่างประเทศ ซึ่งงานวิจัยบางอย่าง เช่น การฝังเข็มได้ร่วมมือกับสถาบันการศึกษาของประเทศจีนพัฒนางานวิจัยในแขนงนี้ ส่วนหน้าที่บริหารจัดการในการควบคุมมาตรฐานงานบริการและผลิตภัณฑ์ด้านการแพทย์ OM ยังเป็นหน้าที่ของ MOHW หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในหน้าที่นี้ภายใต้การดูแลของ MOHW คือ Oriental Medicine Bureau ที่ ประกอบด้วยหน่วยงานสองส่วน คือ Oriental Medicine Policy Division และ Oriental Medicines Division (MOHW)

ในช่วงที่ผ่านมาเกาหลีใต้ยังไม่มีมีการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เป็นระบบอย่างแท้จริง แม้ว่าจะมีกฎหมาย Certificate of Need Law ที่ออกมาตั้งแต่ปี 1977 แต่รัฐบาลภายใต้กระทรวงสุขภาพก็ไม่ได้จริงจังในการบังคับใช้กฎหมายนี้ หากมีสถานบริการเอกชนรายใดต้องการซื้อเทคโนโลยีแม้ว่าจะเป็นเทคโนโลยีที่มีราคาแพง ก็มักได้รับอนุมัติให้ซื้อได้โดยอิสระ ทำให้มีการนำเข้าเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูงเข้าประเทศอย่างมากและเกินจำเป็น (Moon และ Kwon, 1999) ดูได้จากตารางที่ 1 แสดงการนำเข้าเทคโนโลยีด้านการแพทย์บางอย่างตั้งแต่ปี 1977 ถึง 1993 และในตารางที่ 2 แสดงจำนวนเครื่อง CT, MRI และ Lithotripsy ต่อจำนวนประชากรหนึ่งล้านคน

Yang (1993) ให้เหตุผลสนับสนุนถึงการนำเข้าเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูงจำนวนมากในทศวรรษที่ 80 และ 90 ว่าเกิดจากปัจจัยดังนี้

- เนื่องจากระบบยังไม่มีเชื่อมโยงกัน และการให้บริการในภาคเอกชนมีขนาดใหญ่ มีการแข่งขันกันสูง และสิ่งหนึ่งที่แต่ละสถานบริการเอกชนให้ความสนใจกันมากคือ ต่างพยายามจะนำเสนอเทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ๆ ให้กับประชาชนเพื่อดึงดูดให้ประชาชนมาใช้บริการ แม้ว่าหลายเทคโนโลยีไม่ได้รับการคุ้มครองจาก National Health Insurance เช่น การให้บริการด้วยเครื่อง CT แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีกำลังจ่ายยินยอมจ่าย
- นับตั้งแต่รัฐบาลประกาศใช้ National Health Insurance ในปี 1974 อัตราการเติบโตจำนวนเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูงเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการที่ค่าบริการสุขภาพถูกกำหนดจากรัฐบาล ส่งผลให้ผู้ให้บริการพยายามขุดเซาะรายได้ส่วนที่เคยได้รับ ด้วยการให้บริการงานบริการสุขภาพที่ได้รับการคุ้มครอง NHI เกินจำเป็น และสอง คือ การชักจูงให้ผู้บริโภคใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจาก NHI เนื่องจากอัตราค่าบริการไม่ได้ถูกกำหนดโดยรัฐบาล ทำให้สถานบริการสามารถกำหนดราคาแล้วแต่ตามใจชอบว่าจะเอากำไรเท่าไรเพื่อให้ถึงจุดคุ้มทุนเร็วที่สุด ซึ่งไม่ใช่ราคาตลาดอย่างแท้จริง จากการสำรวจราคาบริการเครื่อง CT ในปี 1991 ระหว่างเกาหลีใต้กับอเมริกา ราคาค่าบริการของเกาหลีใต้สูงกว่าค่าบริการการใช้เครื่อง CT ของอเมริกาเกือบสามเท่าตัว
- ความล้มเหลวของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลต้องมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการประเมินการนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูง การวางแผนการกระจายให้มีการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นธรรมกับทุกกลุ่ม แต่ถึงแม้มีกฎหมาย CON อย่างที่ได้กล่าวไป แต่บทบาทในการบริหารจัดการเพื่อทำหน้าที่นี้ก็ไม่ได้ทำอย่างจริงจัง

อัตราการเติบโตการเพิ่มจำนวนที่รวดเร็วของเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีราคาแพง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของเกาหลีใต้เติบโตสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนในที่สุดรัฐบาลต้องหันมาเอาจริงกับเรื่องนี้ ในปี 1997 รัฐบาลเกาหลีใต้จัดตั้ง Health Technology Planning and Education Planning Board เป็นหน่วยงานอิสระที่คณะกรรมการบริหารมีตัวแทนจากหลายฝ่ายรวมทั้งตัวแทนจากกลุ่มผู้บริโภค ใช้ multidisciplinary team เพื่อทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านการแพทย์ในส่วน of เทคโนโลยีที่มีค่าต้นทุนสูง วางแผนการกระจาย จัดทำแผนและข้อเสนอแนะต่อ MOHW และให้ความรู้แก่กลุ่มต่างๆ รวมทั้งประชาชน

ตารางที่ 1 : แสดงจำนวนการนำเข้าเครื่อง MRI และ Lithotripsy

ปี	MRI	Lithotripsy
1977	2	-
1980	8	-
1983	23	-
1986	73	1
1987	81	25
1988	104	30
1989	159	37
1990	227	42
1993	507	53

ที่มา : Yang, 1997

ตารางที่ 2 : แสดงจำนวนเครื่อง CT, MRI และ Lithotripsy ในประเทศต่างๆ เทียบกับเกาหลีใต้

หน่วย : จำนวนเครื่องต่อประชากรล้านคน

ประเทศ	CT (whold body)	MRI	Lithotripsy
เกาหลีใต้ ปี 1988	2.42	0.00	0.70
เกาหลีใต้ปี 1990	5.28	0.77	0.98
เกาหลีใต้ 1993	11.79	1.65	1.23
แคนาดา (1989)	NA	0.46	0.16
เยอรมัน (1987)	NA	0.94	0.34
อเมริกา (1988)	17.7	8.03	0.94
ญี่ปุ่น (1990)	40.33	5.91	2.30
ฝรั่งเศส (1990)	7.20	1.20	0.60

ที่มา : Yang, 1997

การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

นโยบายกำลังคนด้านสุขภาพมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อควบคุมให้อุปสงค์และอุปทานด้านสุขภาพในระบบสุขภาพอยู่ในระดับที่สอดคล้องกันอย่างเหมาะสม รัฐบาลของหลายประเทศมีหน้าที่เป็นนายจ้างหลักของผู้ให้บริการสุขภาพ หรือรวมทั้งให้เงินสนับสนุนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในบางสาขาที่เห็นว่าระบบสุขภาพมีความต้องการ อย่างไรก็ตามการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพมีข้อจำกัดโดยเฉพาะในสาขาวิชาที่ใช้จำนวนเวลาในการพัฒนาเป็นเวลานาน เช่น แพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นเส้นอุปสงค์และอุปทานกำลังคนด้านสุขภาพมักจะไม่ได้อยู่ในตำแหน่งเดียวกัน นโยบายกำลังคนด้านสุขภาพที่รัฐบาลออกมาจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมให้อุปสงค์และอุปทานให้เหมาะสมที่สุด เช่น การกำหนดบทบาทและหน้าที่ของแต่ละบุคลากรด้านสุขภาพอย่างชัดเจนไม่ให้มีการทับซ้อนกัน การใช้นโยบายด้านการคลังด้านสุขภาพกำหนดสิทธิประโยชน์หลักที่ให้แก่บุคลากรสุขภาพในบางประเภทสำหรับประกันสุขภาพระดับชาติเพื่อผลทางอ้อมควบคุมการเพิ่มขึ้นกำลังคนด้านสุขภาพในบางสาขาที่ไม่ได้รับการรับรองจากหลักประกันสุขภาพ หรือ การควบคุมอัตรากำลังคนด้านสุขภาพโดยกำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนวิชาชีพในทุกสาขาและควบคุมให้มีการเพิ่มขึ้นในแต่ละปีอย่างจำกัด การออกนโยบายเพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพให้เป็นธรรมมากที่สุด และ รวมถึงการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการของแต่ละสาขาวิชาชีพที่ส่งผลต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ในประเทศเกาหลีใต้ บุคลากรทางการแพทย์ที่ระบุอยู่ในกฎหมาย Medical Service Act หมายถึง แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์ Oriental Medicine (OM) พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผดุงครรภ์ที่ได้รับใบอนุญาตการปฏิบัติงานจาก MOHW นอกจากนี้บุคลากรที่เป็นกึ่งการแพทย์ คือ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ผู้ช่วยพยาบาล หมอฝังเข็ม (acupuncturist) moxibustionist และ massager ตารางที่ 3 แสดงจำนวนบุคลากรสุขภาพในเกาหลีใต้ตั้งแต่ปี 1988 ถึง 1996

ตารางที่ 3 : แสดงจำนวนบุคลากรสุขภาพตั้งแต่ปี 1988 ถึง 1996

ปี	แพทย์	แพทย์ OM	ทันตแพทย์	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล	พยาบาลผดุงครรภ์	นักเทคนิคการแพทย์	เจ้าหน้าที่เวชระเบียน
1988	36,845	4,932	7,657	76,143	123,115	7,167	36,501	1,388
1989	39,769	5,435	8,630	82,657	128,867	7,397	40,705	1,808
1990	42,554	5,792	9,619	89,032	135,714	7,643	44,841	2,123
1991	45,496	6,120	10,137	95,335	143,760	7,862	49,482	2,486
1992	48,390	6,839	11,285	101,140	152,966	8,012	52,980	3,061
1993	51,518	7,569	12,180	107,883	162,047	8,150	56,680	3,564
1994	54,406	8,179	12,939	114,320	175,148	8,262	61,448	4,270
1995	57,188	8,714	13,681	120,415	188,714	8,352	80,632	4,681
1996	59,399	9,299	14,371	127,145	197,788	8,447	85,517	5,349

สัดส่วนของแพทย์ทั้งหมดรวมทั้ง OM doctors เป็น 156 ต่อประชากร 100,000 คน คาดว่าในปี 2000 จะเพิ่มเป็นประมาณ 200 คนต่อประชากร 100,000 คน จากตารางที่ 4 สัดส่วนของแพทย์ 1 คนต่อประชากร 736 คน เป็นตัวเลขที่น่าเชื่อว่าสามารถสนองต่อความต้องการของประชาชนด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีกลุ่มแพทย์ OM และ เกสัชกรที่เป็นทางเลือกในการรับบริการของประชาชน (Chung, 1997) อย่างไรก็ตามด้วยเหตุที่ทั้งแพทย์ แพทย์ OM และ เกสัชกร มีบทบาทการให้บริการสุขภาพระดับต้นที่ยังซ้ำซ้อนกันในบางกิจกรรมโดยจะกล่าวต่อไปในภายหลัง จึงน่าจะเชื่อว่าอุปทานด้านการให้บริการสุขภาพระดับต้นของระบบสุขภาพเกาหลีใต้สูงกว่าอุปสงค์ที่แท้จริง ซึ่งไม่ใช่อุปสงค์เทียมที่ส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพชักจูงให้เกิดขึ้น

ตารางที่ 4 : แสดงสัดส่วนแพทย์ oriental medical doctors ทันตแพทย์ และ เกสัชกรหนึ่งคนต่อจำนวนประชากร

แพทย์ 1 คน	OM doctor 1 คน	ทันตแพทย์ 1 คน	เกสัชกร 1 คน
736 คน	4,999	2,992	1,004

ที่มา : Chung, 1997

ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพในช่วงระยะที่ผ่านมา คือ การกระจุกตัวของกำลังคนด้านสุขภาพในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท การที่รัฐปล่อยให้การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ภายใต้กลไกของตลาด และไม่ได้เข้าไปแทรกแซงเหมือนกับหลายประเทศที่มีบังคับให้บุคลากรสุขภาพทุกคนที่จบใหม่ โดยเฉพาะแพทย์จบใหม่ต้องเป็นลูกจ้างรัฐและไปทำงานในพื้นที่ห่างไกล ดังนั้นแพทย์ส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะให้บริการในเขตเมือง เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ในเขตเมืองมีฐานะดีกว่าและมีกำลังจ่ายมากกว่าประชากรในเขตชนบท

อย่างไรก็ดี ตั้งแต่ปี 1981 เป็นต้นมา รัฐมีนโยบายว่าหากเอกชนรายใดถ้าต้องการเปิดสถานบริการในเขตชุมชนห่างไกล รัฐบาลยินดีให้กู้ในอัตราดอกเบี้ยที่ต่ำ และอนุญาตให้ผ่อนชำระในระยะยาวร่วมกับการเก็บภาษีในอัตราต่ำที่เรียกว่า Special Tax for Agricultural Industry เพื่อสร้างแรงจูงใจกับเอกชนเปิดสถานบริการในพื้นที่ห่างไกล (Yeon, 1996) นอกจากนั้นรัฐยินดีจ้างแพทย์ไปประจำที่สถานบริการ โดยรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบเงินเดือนและสวัสดิการของแพทย์ให้เอง (health system) นอกจากนั้นเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ที่รัฐจ้างไปให้บริการในชุมชนที่ขาดแคลนแพทย์ รัฐบาลออกกฎหมายในปี 1980 รองรับว่าแพทย์ที่เป็นลูกจ้างรัฐและไปอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวไม่ต้องประจำการเป็นทหาร ทำให้มีแพทย์จำนวนหนึ่งยินดีออกไปอยู่ในพื้นที่ห่างไกล จำนวนแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับแต่ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่จ้างโดยรัฐและประจำอยู่ที่ health centers health และ subcenters ขณะที่ primary health care posts ยังใช้ community health practitioners ให้บริการซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลผดุงครรภ์ โดยแพทย์ที่ประจำที่ health centers หรือ health subcenters จะออกเยี่ยม primary health care posts เป็นประจำเพื่อให้คำปรึกษา นิเทศงาน รวมทั้งอบรมเจ้าหน้าที่ (Chung, 1997)

กรณีศึกษาพัฒนาด้านกำลังคนของเกาหลีต่อแพทย์ Oriental Medicine

Oriental Medicine และ ความขัดแย้งกับ Western Medicine

การแพทย์ดั้งเดิมของเกาหลี หรือ oriental medicine มีประวัติศาสตร์ยาวนานที่แสดงถึงการต่อสู้ ตั้งแต่ในอดีตที่ญี่ปุ่นเข้ามาครองเกาหลีช่วงต้นคริสต์ศักราช 1900 (ในอดีตทั้งเกาหลีเหนือและเกาหลีใต้ยังเป็นประเทศเดียวกัน) การแพทย์สมัยใหม่นำเข้ามาในประเทศเกาหลีโดยญี่ปุ่น ตลอดเวลาของการเป็นอาณานิคมของญี่ปุ่น สำหรับบุคลากรที่ให้ Oriental Medicine รวมตั้งแต่ แพทย์ OM (OM practitioners) ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดซึ่งการรักษาส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาสมุนไพร และ para-professionals ด้าน OM เช่น Acupuncturists และ Bone setters และอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของ western medicine

แพทย์ OM ของเกาหลีถูกจำกัดขอบเขตไม่ให้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายบริการสุขภาพของภาครัฐ ในช่วงเวลานี้การเติบโตของการแพทย์สมัยใหม่เจริญอย่างรวดเร็ว มีการสร้างโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์สมัยใหม่ ขณะที่งานบริการ OM ส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาสมุนไพรมีบทบาทในภาคเอกชน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล อย่างไรก็ตามกลุ่มการแพทย์ OM สามารถรวมตัวกันจัดตั้งสมาคมของตัวเองขึ้นมาเพื่อส่งเสริมการเรียนการสอนของวิชาชีพตน (Son, 1998)

ถึงแม้ว่ากลุ่มแพทย์สมัยใหม่มองว่าการแพทย์ OM ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ชีวภาพ (biomedicine) และต้องการยับยั้งการเติบโตของการแพทย์ OM แต่ไม่สามารถทำได้เนื่องจาก ประการที่หนึ่ง ในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่มีแพทย์ ปัจจุบันให้บริการ แพทย์ OM ยังเป็นที่พึ่งส่วนใหญ่ของชุมชน และประการที่สอง การแพทย์สมัยใหม่ที่นำเข้ามาพร้อมกับที่เกาหลีเป็นอาณานิคมของญี่ปุ่นยังทำให้ประชาชนเกาหลีส่วนใหญ่ยังสนับสนุนและเลือกใช้บริการจากแพทย์ OM รัฐบาลเกาหลีภายใต้การปกครองของญี่ปุ่นจึงยังอนุญาตให้แพทย์ OM บริการประชาชน แต่ยังไม่อนุญาตให้บุคลากร OM เป็นลูกจ้างของสถานบริการรัฐ และไม่มีบุคลากร OM ทำงานระดับนโยบาย ดังนั้นภาพระบบบริการสุขภาพในอดีตเป็นลักษณะสองระบบแยกออกจากกันระหว่างภาคเอกชนที่ให้บริการโดยการแพทย์ OM และภาครัฐที่ให้บริการแบบการแพทย์สมัยใหม่ (Myers et al., 1984)

ในปี 1945 ญี่ปุ่นแพ้สงคราม และประเทศเกาหลีเป็นอิสระภาพ ทำให้สร้างความหวังต่อกลุ่มการแพทย์ OM สิ่งที่เกิดขึ้นชัดเจน คือ กระทรวงสุขภาพจัดตั้งหน่วยงานด้านนโยบายการแพทย์ OM ของประเทศ ซึ่งในปี 1946 มีการจัดตั้งสถาบันเพื่อการเรียนการสอน คือ Institute for Oriental Medicine ทำให้สามารถเพิ่มจำนวนแพทย์ OM อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม แพทย์ OM เลย์ที่ทำงานอยู่ในระดับนโยบายสูงๆ เหมือนกับแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นทั้งรัฐมนตรีและรองรัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพ และยังมีสมาชิกสภาที่เป็นแพทย์สมัยใหม่ด้วยจำนวนหนึ่ง การผลักดันนโยบายด้านกำลังคนเห็นได้ชัดเจนว่าต้องการให้การแพทย์ OM อยู่ภายใต้การควบคุมของการแพทย์สมัยใหม่ เช่น การร่างกฎหมายที่เขียนไว้ว่ากลุ่มแพทย์สมุนไพรไม่ได้อยู่ในกลุ่ม medical practitioners และมีวรรคหนึ่งเขียนไว้ว่าการให้บริการโดยบุคลากร OM ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดโดยแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งไม่ได้สะท้อนความเป็นจริงเนื่องจากว่าในพื้นที่ห่างไกลก็ยังมีแพทย์สมัยใหม่จำนวนน้อยมาก ส่วนใหญ่ชุมชนพึ่งบริการจากแพทย์ OM ท้ายสุดกลุ่มแพทย์ OM ร่วมกันล่ารายชื่อกว่า 120,000 คนเพื่อยับยั้งการผ่านร่างกฎหมายนั้น ผลปรากฏว่ารัฐบาลตัดสินใจให้เหมือนเดิม โดยระบบยังคงมีสองระบบเช่นเดิม แพทย์ OM ก็ยังคงให้บริการในภาคเอกชน และแพทย์สมัยใหม่อยู่ในทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ส่วนใหญ่ให้บริการในเขตเมือง แยกการให้บริการออกจากกัน ไม่มีการเชื่อมกันแต่อย่างใด (Huh, 1985)

การที่แพทย์ OM มักถูกโจมตีตลอดเวลาโดยแพทย์สมัยใหม่ว่าไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของ biomedicine และอาจทำให้ไม่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ในที่สุด Institute for Oriental Medicine ตัดสินใจขยายการเรียนการสอนจากเดิมสองปีเป็นสี่ปี เช่นเดียวกับการเรียนในมหาวิทยาลัยของสาขาอื่นๆ และทันทีที่ได้รับการอนุมัติและรับรองจาก Ministry of Education ในปี 1953 ทำให้ Institute for Oriental Medicine ต้องปิดลงเพื่อเปลี่ยนสภาพตัวเองให้เป็นมหาวิทยาลัย โดยใช้ชื่อใหม่เป็น Seoul Oriental Medical University โดยเนื้อหาการสอนได้เพิ่มเติมวิชาบังคับ เช่น physiology pathology hygiene anatomy เป็นต้น ร่วมกับวิชา traditional medicine ในปี 1955 มหาวิทยาลัยเปลี่ยนชื่อเป็น University of Oriental Herb Medicine เพื่อดึงดูดให้นักศึกษาเพิ่มขึ้น และต้องการให้เป็นที่รู้จักในต่างประเทศ (Korean Oriental Medical Association, 1989)

แม้ว่าในทางปฏิบัติแพทย์ OM ได้รับการยอมรับจากประชาชนที่สามารถเป็นทางเลือกให้ได้ แต่ในกฎหมาย Medical Law ในวรรคหนึ่งที่เขียนว่าผู้ที่จะเป็นแพทย์สมุนไพรได้ต้องผ่านการเรียนการสอนไม่น้อยกว่า 6 ปี โดยในสองปีสุดท้ายต้องเรียนวิชาสมุนไพร ซึ่งไปขัดกับการสอนของ University of Oriental Herb Medicine ที่สอนเพียง 4 ปี และแพทย์ OM ส่วนหนึ่งที่จบไปก็ได้รับใบอนุญาตสำหรับการเป็นแพทย์สมุนไพรจาก Korean Oriental Medical Association ด้วยความที่เกรงว่าส่วนนี้ของกฎหมายจะถูกหยิบขึ้นมาอ้างและทำให้ไม่มีกฎหมายรองรับการทำงานของแพทย์ OM จบใหม่ การเรียกร้องของกลุ่มแพทย์ OM ทำให้รัฐบาลเพิ่มเติมให้กฎหมายยังคงรองรับแพทย์ OM ที่จบออกไปแล้ว และหลักสูตรขยายเป็น 6 ปีเหมือนแพทย์สมัยใหม่ และมหาวิทยาลัยเปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็น Oriental Medical University

ตั้งแต่ปี 1987 หลังจากทีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเกาหลีใต้และการให้การคุ้มครองงานบริการจากแพทย์ OM หรือ แพทย์สมุนไพร ซึ่งทำให้อัตราการเติบโตของการแพทย์ OM เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น จากเดิมที่มี oriental clinics 2760 แห่งในปี 1987 เพิ่มขึ้นเป็น 3528 แห่งในปี 1990 และในปีเดียวกันยังมี oriental hospitals 33 แห่ง (Son, 1998) ในปี 1995 จำนวนสถานบริการ OM ซึ่งมีทั้งคลินิกและโรงพยาบาลมีมากกว่าสถานบริการการแพทย์ปัจจุบัน (Cho, 2000) ซึ่งไม่มีประเทศไหนในโลกที่การแพทย์ดั้งเดิมของประเทศจะสามารถเติบโตได้สูงขนาดนี้ นอกจากเป็นเพราะระบบประกันสุขภาพของประเทศที่ให้การคุ้มครองแล้ว และยังเป็นระบบจ่ายแบบ fee-for-service ที่เชื่อว่าจะทำให้เกิดการให้บริการเกินจำเป็น ประชาชนเกาหลีใต้ให้ความนิยมและภูมิใจกับการแพทย์ดั้งเดิมของตนมาก อาจเนื่องจากประวัติศาสตร์การพัฒนาดังที่กล่าวไปเบื้องต้น

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของเกาหลีใต้ยังเป็นสองระบบอย่างชัดเจนระหว่างแพทย์สมัยใหม่กับแพทย์ OM ความพยายามของรัฐบาลที่ต้องการให้บริการทั้งสองเชื่อมโยงกันมากขึ้น เช่น การทำแผน 5 ปี ของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (1992-1996) ที่วางแผนระยะยาวให้งานบริการทั้งสองเชื่อมโยงกันมากขึ้น เช่น ให้มี OM units ในโรงพยาบาล หรือ ร่วมกันทำงานกับคลินิกสมัยใหม่ ซึ่งยังไม่ได้ผล ประการที่สำคัญคือ ทั้งสองกลุ่มต้องการอำนาจวิชาชีพอย่างอิสระ เห็นได้จากการที่ Korean Medical Association เสนอให้รัฐบาลออกกฎหมายรองรับให้มีบุคลากรสาขาเพิ่มเติมในการแพทย์ OM เช่น OM pharmacists, OM specialists และ OM nurses (Cho, 2000) ทั้งยังให้รัฐจ้างแพทย์ OM เพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีสัดส่วนน้อยมาก อย่างไรก็ตามก็ได้รับการยอมรับให้มีแค่ OM pharmacists เท่านั้น ซึ่งระบบให้บริการที่แยกจากกันส่งผลให้ระบบไม่สามารถพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากความขัดแย้งระหว่างกลุ่มทั้งสองยังคงมีอยู่จนถึงปัจจุบันและต้องการเป็นอิสระทางวิชาชีพซึ่งกันและกัน

Oriental Medicine และ ความขัดแย้งกับ Western Pharmacy

เนื่องจากขอบเขตงานของการแพทย์ OM เกี่ยวข้องกับยาสมุนไพร ทำให้มีลักษณะงานบางส่วนที่ซ้ำซ้อนกับเภสัชกร ตั้งแต่ปี 1990 เป็นต้นมา แพทย์ OM มีความขัดแย้งกับกลุ่มเภสัชกรอย่างมากเนื่องจากลักษณะงานที่ใกล้เคียงกันทำให้ต่างคนต่างอ้างว่าเป็นหน้าที่ของกลุ่มตนเองในการจ่ายยาสมุนไพร ประเด็นสาเหตุหลัก คือ ตลาดการใช้ยาสมุนไพรในเกาหลีได้สร้างผลกำไรจำนวนมากทั้งต่อผู้ผลิตและผู้ให้บริการ จึงไม่น่าสงสัยว่าทั้งสองกลุ่มจึงแข่งขัน ระบบการจ่ายยายังไม่มีการแยกสั่งยาและจ่ายยาระหว่างแพทย์และเภสัชกร ทำให้เภสัชกรหันมาสนใจและจ่ายยาสมุนไพรเพื่อเพิ่มผลตอบแทน (Cho, 2000)

ในเดือนกุมภาพันธ์ ปี 1993 กลุ่มเภสัชกรลوبي Ministry of Health and Social Affairs อย่างหนักจนสามารถให้แก้ไขระเบียบที่อยู่ภายใต้กฎหมายหลัก Pharmaceutical Act โดยเพิ่มเติมให้ หน้าที่จ่ายยาสมุนไพรควรเป็นหน้าที่ของเภสัชกร ส่งผลให้แพทย์ OM ไม่พอใจ ยื่นหนังสือให้ Ministry of Health and Social Affairs ทบทวนระเบียบที่แก้ไขใหม่ รวมทั้งมีการประท้วงด้วยการอดอาหาร และแพทย์ OM ทั่วประเทศปิดให้บริการ ขณะที่เภสัชกร 19,000 คนนำไปประกอบวิชาชีพส่งคืนให้กับ Ministry of Health and Social Affairs เพื่อแสดงความไม่พอใจหากมีการแก้ไขระเบียบอีกครั้ง (Cho, 2000)

สุดท้ายระเบียบถูกแก้ไขใหม่อีกครั้งในเดือนธันวาคมปีเดียวกัน คราวนี้เป็นร่างกฎหมายเพื่อนำเสนอเข้าสภาพิจารณาให้มีการผลิตสาขาวิชาใหม่ที่เรียกว่า OM pharmacy ในขณะที่แพทย์ OM ยังคงจ่ายยาสมุนไพรได้เพราะเป็นหน้าที่ตามกฎหมายอยู่แล้ว แต่กลุ่มเภสัชกรจะอนุญาตให้จ่ายยาสมุนไพรได้นับตั้งแต่นี้ไปได้เพียงสองปี หลังจากนั้นหากใครต้องการจ่ายยาสมุนไพรต้องสอบใบอนุญาต ทั้งสองกลุ่มพอใจในระดับหนึ่ง ในปี 1996 ปรากฏว่ามีจำนวนเภสัชกรที่สอบผ่านใบอนุญาตจ่ายยาสมุนไพรได้เป็นจำนวนถึง 23,360 คนภายในปีเดียว ซึ่งมีจำนวนมากจนทำให้แพทย์ OM แสดงความไม่พอใจและกลัวว่าตลาดของกลุ่มจะถูกรบกวนไป โดยกล่าวว่ามีการทุจริต และบางคนในระดับสูงของ Ministry of Health and Social Affairs ถูกลوبيจากกลุ่มเภสัชกรให้เพิ่มจำนวนผู้สอบได้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งแพทย์ OM นักศึกษาแพทย์ OM และกลุ่มที่เกี่ยวข้องต่างๆ ประท้วงบนถนนในกรุงโซล สุดท้ายรัฐบาลรัฐมนตรี Ministry of Health and Social Affairs แสดงความรับผิดชอบโดยการลาออก ซึ่งภายหลังการสอบใบอนุญาต OM pharmacy เข้มงวดมากขึ้น มีจำนวนผู้ที่สอบได้น้อยลงในแต่ละปี (Cho, 2000)

กรณีศึกษาปัญหาคอร์รัปชันในตลาดยาของเกาหลีใต้

ในประเทศเกาหลีใต้ การเปิดเสรีทางการค้าในอุตสาหกรรมยาแทนที่จะทำให้ตลาดเป็นของผู้บริโภคแต่กลับผลกระทบให้แก่มือผู้บริโภคมากขึ้น การใช้ยาเกินจำเป็นของผู้บริโภคเป็นปัจจัยแรกที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาของประชากรเกาหลีใต้สูง ปัจจัยที่สองระบบที่ไม่มีโครงสร้างสนับสนุนการตรวจสอบเพื่อความโปร่งใส โดยเฉพาะการกำหนดราคายาที่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพของประเทศ ทำให้เกิดการทุจริตคอร์รัปชันได้ง่าย ผลที่ตามมาคือราคายาที่สูงเกินจริง และค่าใช้จ่ายด้านยาสูง ปัจจัยที่สาม การจ่ายแบบ fee-for-service ต่อยาที่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพของประเทศสนับสนุนให้มีการจ่ายยาเกินจำเป็นได้ง่าย ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มอย่างไม่จำเป็น

ระบบยาของเกาหลีใต้แสดงออกถึงผลประโยชน์ที่ชัดเจนของแต่ละกลุ่มที่ต้องการ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้ผลิต กลุ่มผู้ให้บริการ หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่ภาครัฐบางคนที่ใช้อำนาจการควบคุมกำกับให้เพื่อผลประโยชน์ของผู้บริโภค แต่ใช้หน้าที่ในการแสวงหาผลประโยชน์ บทบาทของตัวแทนกลุ่มผู้บริโภคที่ผ่านมาเข้าไปมีบทบาทในการปกป้องประโยชน์ของประชาชนไม่มาก อาจ

เนื่องจากตัวโครงสร้างระบบเองไม่ได้พัฒนาเพื่อเอื้อให้กลุ่มเหล่านี้เข้าไปเกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายสุขภาพโดยตรง ซึ่งส่วนใหญ่ทำหน้าที่แค่เป็น watch dog

การควบคุมค่าใช้จ่ายยาของเกาหลีใต้ไม่ว่าจะกำหนดรูปแบบการกำหนดราคายาใหม่ หรือ การแยกผู้ส่งยาและผู้จ่ายยาออกจากกันนั้นเป็นแนวทางที่ดี แต่ส่วนประกอบของระบบอื่นๆ จำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาควบคู่กันไป เพราะหากกลุ่มผู้ให้บริการมีรายได้ลดลง การหาทางชดเชยส่วนที่เคยได้รับอาจเกิดขึ้น สุดท้ายแล้วภาระก็อยู่กับผู้บริโภคเช่นเดิม แนวทางพัฒนาเพื่อรองรับที่สำคัญ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคนยาเกินจำเป็นของคนเกาหลีใต้ การพัฒนาระบบที่ควบคุมไม่ให้ผู้ให้บริการโน้มน้าวผู้ให้บริการใช้ยาเกินจำเป็นเพื่อหากำไรที่ขาดหายไป และ การตรวจสอบที่เข้มข้นต่อผู้ให้บริการเพื่อลดแรงจูงใจต่อการหาผลกำไรที่เกินควร เหล่านี้ต้องเป็นมาตรการที่รองรับควบคู่กันไป หรือ แม้แต่การพัฒนาระบบสุขภาพให้ตระหนักถึงเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพมากกว่าปรัชญาการทำงานที่มุ่งแสวงหากำไร ยังควรเป็นนโยบายพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่ใช้ได้ตลอดไป ไม่ว่าจะระบบบริการสุขภาพจะอยู่ในรูปแบบใด

ส่วนหนึ่งที่สำคัญของระบบสุขภาพ คือ ระบบการผลิต กระจาย ส่งและจ่ายยาถึงผู้บริโภค หลายปีที่ผ่านมาการพัฒนาของเกาหลีใต้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ แต่สิ่งที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว คือ อุตสาหกรรมการผลิตยาที่มีการแข่งขันกันอย่างมาก นับตั้งแต่รัฐบาลเกาหลีใต้ต้องเปิดตลาดเสรีสำหรับอุตสาหกรรมการผลิตยา และยกเลิกการปกป้องผู้ผลิตในประเทศด้วยการอนุญาตให้บริษัทต่างชาติเข้ามาตั้งโรงงานผลิตยาบางตัวที่เคยได้รับการคุ้มครองให้เฉพาะผู้ผลิตที่เป็นชาวเกาหลีใต้เท่านั้น ความต้องการของตลาดภายในจากผู้บริโภคเอง ไม่ว่าจะเกิดจากระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่สามารถควบคุมการใช้จ่ายที่มากเกินไปเกินจำเป็นของประชาชน หรือ จากฝั่งผู้ให้บริการที่มีแรงจูงใจในการจ่ายยาที่มากเกินไปเพื่อต้องการแสวงหาผลกำไรที่มากขึ้น หรือ ยังไม่มีระบบการแยกส่งยา และ จ่ายยา ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการที่สามารถจ่ายยาให้กับผู้บริโภคได้จำนวนมาก เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำให้ตลาดการบริโภคนยาของเกาหลีใต้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการนำเข้ายาและผลิตยาใหม่ๆ ออกสู่ตลาดในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ในปี 1998 มียาที่ขึ้นทะเบียนกับ MOHW ทั้งหมดประมาณ 25,000 ชนิด (The Economist Intelligent Unit, 1999)

เนื่องจากอุตสาหกรรมมีมูลค่ามหาศาล และตามกฎหมายยาทุกตัวที่ผลิตและนำเข้าต้องผ่านการรับรองความปลอดภัยและประสิทธิภาพจาก Korea Food and Drug Administration ของ MOHW และตามสภาพโครงสร้างการทำงานของ MOHW ที่ไม่มีระบบตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการทำงานของ KFDA ทำให้เกิดช่องว่างที่ผู้ผลิตบางรายที่ต้องการให้ผลิตภัณฑ์ของตนเองออกวางตลาด ให้สินบนกับเจ้าหน้าที่ระดับสูงเพื่อให้ผ่านการรับรองอย่างรวดเร็วโดยไม่มี การประเมินผลิตภัณฑ์ก่อน ปัญหาทุจริตคอร์รัปชันใน KFDA มีการพุดกันมากขึ้นในหมู่นักวิชาการ แต่กลายมาเป็นประเด็นทางสังคมในปี 1988 เมื่อหัวหน้าบรรณาธิการผลิตหนังสือเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้บริโภค ชื่อ Lee Yu-jai กล่าวถึงปัญหาคอร์รัปชันที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนภาคราชการที่เชื่อว่าเจ้าหน้าที่ระดับสูงใน MOHW โดยเฉพาะ KFDA รับสินบนจากผู้ผลิตบางรายเพื่ออนุมัติการรับรองโดยไม่ผ่านการประเมิน รวมทั้งผู้ให้บริการทั้งแพทย์ และเภสัชกรที่ได้ผลกำไรเพิ่มขึ้นจากการจ่ายยาบางตัวให้มากเกินไปเป็นพิเศษ เนื่องจากผู้ผลิตบางรายลดราคายาส่งให้แก่ผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นราคาที่น้อยกว่าราคาที่แจ้งแก่คณะกรรมการที่ทำหน้าที่ประเมินราคายาที่ได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพ (The Economist Intelligent Unit, 1999)

ในทางปฏิบัติ MOHW กำหนดราคาขายที่จ่ายให้แก่ผู้บริโภค หรือเรียกว่า Standard Retail Price ซึ่งได้มาจากราคาที่ผู้ผลิตแจ้งแก่คณะกรรมการประเมินราคาแล้วนำมาบวกกับค่าบริหารจัดการที่เกิดขึ้นในระหว่างขนส่ง และเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ซึ่งผู้ผลิตบางรายที่ต้องการให้ผู้ให้บริการจำหน่ายหรือจ่ายยาของตนเองให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มส่วนแบ่งตลาด ก็สามารถทำได้ โดยเพิ่มแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการด้วยการลดค่ายาที่ส่งให้ แต่แจ้งราคานี้แก่คณะกรรมการในราคาที่สูงกว่า ดังนั้นยังผู้ให้บริการจ่ายยาดังนี้มากเท่าใดก็ยิ่งได้ผลต่างของกำไรมากขึ้นจากกองทุนประกันสุขภาพ การทุจริตในประเภทนี้เกิดขึ้นเป็นเวลานานแล้ว ซึ่งทำให้ราคาขายที่จำหน่ายในประเทศมีราคาสูงเกินจริงและผลกระทบให้แก่ผู้บริโภค และระบบไม่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร

จากการออกมาเปิดโปงของตัวแทนกลุ่มผู้ปกป้องผู้บริโภค และ Consumer Protection Board ที่สนับสนุนให้รัฐบาลเอาใจกับการสอบสวนและถอนรากถอนโคนคอร์รัปชันที่กำลังเกิดขึ้น ในเดือนเมษายน ปี 1998 ประธานาธิบดี Kim Dae-jung ประกาศให้มีการสอบสวนเรื่องนี้ ซึ่งใช้เวลาในการสอบสวนประมาณหนึ่งปีจนในที่สุดเดือนมกราคม ปี 1999 มีการประกาศจับกุม Park Jong-se ซึ่งเป็นผู้อำนวยการ KFDA ในข้อกล่าวหาว่ารับสินบนจากผู้ผลิตยารายหนึ่งเป็นจำนวนเงินกว่า 150,000 ยูเอสดอลลาร์ ระหว่างปี 1992 ถึง 1995 เพื่อช่วยให้ยาของบริษัทนี้ผ่านการรับรองความปลอดภัยจาก MOHW ถัดมาอีกไม่ถึงเดือน Kim Yon-pa ผู้อำนวยการ Pharmaceutical Safety Bureau ถูกจับกุมในข้อหาเดียวกัน ซึ่งรับสินบนจากผู้ผลิตยา 11 บริษัท แม้ว่าการสอบสวนในส่วนของผู้ผลิตและผู้ให้บริการเนื่องจากไม่สามารถมีหลักฐานที่ชัดเจนได้ กลุ่มองค์กรตัวแทนผู้บริโภคต่างออกมาเรียกร้องให้รัฐบาลผ่าตัดและปฏิรูประบบยาในประเทศอย่างรีบด่วน โดยกำหนดข้อเสนอแรก โดยให้รัฐบาลต้องลดราคาของยาที่ได้รับการคุ้มครองจากการประกันสุขภาพทั้งหมดลง 40-50% (The Economist Intelligent Unit, 1999)

จนถึงปัจจุบัน MOHW ได้ประกาศลดราคาขายที่ได้รับการคุ้มครองจากการประกันลง 20% โดยเฉลี่ย และกำลังจะเปลี่ยนแปลงการกำหนดราคาขายที่ได้รับการคุ้มครองใหม่ ซึ่งคาดว่าราคาที่แจ้งจากผู้ผลิตโดยตรงมายัง MOHW อาจถูกยกเลิกไป แต่ยังไม่รู้ว่าจะใช้วิธีการใดแน่นอน Lee Yu-jai กล่าวว่า มีประเทศไม่กี่ประเทศในโลกนี้ที่การกำหนดราคาขายใช้ราคาพื้นฐานที่แจ้งมาจากผู้ผลิตโดยตรง เพราะเมื่อไหร่ก็ตามที่ราคาที่กำหนดสุดท้ายเกิดจากการปิดประตูคุยกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของ MOHW กับผู้ผลิต ก็ไม่น่าแปลกใจว่าทำไมราคาจึงออกมาสูงจนผิดสังเกต ซึ่ง Lee Yu-jai ต้องการเรียกร้องให้ระบบมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความโปร่งใสมากขึ้น และเกิดการตรวจสอบได้จากทุกฝ่าย (The Economist Intelligent Unit, 1999)

นอกจากการลดราคายาลงแล้ว สิ่งที่รัฐบาลต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายของประชาชนเกาหลีใต้ คือ การแยกหน้าที่การสั่งยาและจ่ายยาออกจากกันให้เด็ดขาดในกลุ่มผู้ให้บริการ คือ ระหว่างแพทย์ และ เภสัชกร แม้ว่ากฎหมายนี้ผ่านสภาแล้วตั้งแต่ปี 1994 แต่การใช้กฎหมายก็ต้องชะลอออกไปเนื่องจากทั้งกลุ่มแพทย์ และ เภสัชกรไม่เห็นด้วย จนในปี 1998 รัฐบาลต้องการนำเอากฎหมายนี้มาใช้ ทั้งสองกลุ่มอ้างว่าประชาชนยังไม่พร้อมสำหรับนโยบาย โดยอ้างว่าคนเกาหลีได้ส่วนใหญ่อยังคุ้นเคยกับการรับทั้งใบสั่งยาและจ่ายยาจากแพทย์ หรือ ซื้อยาจากร้านขายยาโดยตรง Steve Kim นักวิเคราะห์และให้คำปรึกษาด้านเภสัชของ บริษัท Pharma Koreana Consulting บอกว่ามันเป็นเพียงเกมที่ทั้งสองฝ่ายต้องการยื้อออกไปเพื่อปกป้องผลประโยชน์มหาศาลที่ได้รับจากการจ่ายยา อย่างไรก็ตามรัฐบาลพยายามผลักดันเต็มที่และคาดว่าจะประกาศใช้กฎหมายนี้จริงภายในกลางปี 2000 โดยในระยะแรกของการแยกจ่ายจะเฉพาะยาบางตัว เช่น ยาแก้ปวด ยาที่มีสารเสพติด ซึ่งต้องมีใบสั่งแพทย์เท่านั้น และยาที่ต้องให้โดยการฉีดจะไม่สามารถหาซื้อได้จากร้าน

ขายยาทั่วไป ในระยะที่สองเริ่มในปี 2002 ยาทุกตัวต้องมีใบสั่งแพทย์ถึงจ่ายได้จากร้านขายยา ยกเว้นยาฉีด และระยะที่สามเริ่มในปี 2005 ยาทุกตัวต้องมีใบสั่งแพทย์ในการซื้อและยาฉีดจะต้องมีระเบียบใหม่ออกมาเพื่อพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค (The Economist Intelligent Unit, 1999)

บทเรียนจากเกาหลีใต้

ประเด็นการคุ้มครองผู้บริโภค

หน่วยงานหลักที่เป็นตัวแทนผู้บริโภคและมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคได้แก่ Consumer Protection Board ซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากรัฐบาล มีการจัดองค์กรที่ประกอบด้วยหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานชัดเจน เช่น การค้นหาประเด็นที่เป็นปัญหาต่อผู้บริโภคด้วยการทำสำรวจ การประเมินเพื่อความปลอดภัยจากการอุปโภคและบริโภคสินค้าที่วางจำหน่ายในท้องตลาด และที่สำคัญมีหน่วยงานให้ความช่วยเหลือผู้บริโภคหากมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ตลอดจนมีคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากภายนอกมาร่วมด้วยจึงน่าจะเชื่อว่าจะสามารถสร้างความโปร่งใสได้ในระดับหนึ่ง Consumer Protection Board ยังทำรายงานข้อเสนอเชิงนโยบายให้แก่หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการผลักดันด้านนโยบาย

อย่างไรก็ดี ประเทศเกาหลีใต้ยังไม่มีกลไก หรือ กระบวนการที่สนับสนุนให้ตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ และกลุ่มผู้บริโภคเข้าไปเกี่ยวข้องในขั้นตอนการตัดสินใจนโยบาย (policy decision making process) ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพียงแค่มิบทบาทนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายให้หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น Ministry of Health and Welfare หรือเป็นเพียงแค่กระบวนการในระดับ issue definition ทำให้ไม่จำเป็นที่หน่วยงานรัฐจะนำข้อเสนอเหล่านั้นไปผลักดันให้เกิดนโยบายที่สอดคล้องกับข้อเสนอของ Consumer Protection Board หรือ กลุ่มใดๆก็ตาม

ประเด็นการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

นโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของเกาหลีใต้ที่เป็นกรณีศึกษาจากเอกสารนี้เน้นที่วิวัฒนาการของ Oriental Medicine (OM) ในประเทศเกาหลีใต้ ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ OM กับแพทย์ปัจจุบัน และเภสัชกร ปัญหาหลักของความขัดแย้งระหว่างกลุ่มอยู่ที่ความไม่ชัดเจนของบทบาทและหน้าที่ของวิชาชีพในแต่ละกลุ่ม เนื่องจากบทบาทและหน้าที่ของแต่ละกลุ่มวิชาชีพจะมีการปรับเปลี่ยนได้เสมอส่วนใหญ่เนื่องจากการพัฒนาด้านเทคโนโลยีสุขภาพที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการดำเนินพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพควรมีการทบทวนบทบาทวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ กรณีศึกษาของเกาหลีใต้สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของแต่ละกลุ่มวิชาชีพที่จะลobbีรัฐบาลเพื่อให้นโยบายเอื้อประโยชน์ต่อกลุ่มตนมากที่สุด ฉะนั้นภาพการต่อรองอำนาจระหว่างกลุ่มส่วนใหญ่จะผ่านกระบวนการการเมืองมากกว่าการต่อรองและตกลงระหว่างกลุ่มอย่างตรงไปตรงมา

สิ่งที่เป็นจุดด้อยที่เด่นชัดของนโยบายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของเกาหลีใต้ คือ การไม่สามารถแยกบทบาทระหว่างแพทย์ OM แพทย์ปัจจุบัน และ เภสัชกรให้ชัดเจน ประเด็นนี้สะท้อนความอ่อนแอของภาครัฐที่ไม่สามารถเล่นบทบาทในฐานะผู้กำกับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันระบบสุขภาพเกาหลีใต้ที่นำเอาหลักการส่วนใหญ่มาจากอเมริกาที่อาศัยพื้นฐานระบบตลาดเป็นหลักสร้างแรงจูงใจด้านเศรษฐกิจต่อแต่ละกลุ่มวิชาชีพ ทำให้แต่ละกลุ่มวิชาชีพต้องการพัฒนาอำนาจกลุ่มของตนให้เป็นอิสระและมุ่งแสวงกำไรสูงสุด ระบบจึงขาดการเชื่อมโยงกันอย่างสิ้นเชิงและไม่ได้ส่งเสริมให้ระบบ

มีประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร การโน้มน้าวให้เกิดการใช้บริการเกินจำเป็นโดยผู้ให้บริการจึงเกิดขึ้น อีกทั้งระบบการจ่ายที่ยังเป็น fee-for-service ยิ่งส่งเสริมให้มีการให้บริการอย่างมากมายเพื่อหวังผลกำไร ในขณะที่บทบาทของกลุ่มผู้บริโภครต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพยังดูเหมือนถูกละเลยที่จะเปิดโอกาสให้เข้ามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและความต้องการในเรื่องนี้อย่างไรบ้าง

ตัวอย่างประเด็นเรื่องการชะลอการใช้กฎหมายเพื่อแยกหน้าที่การสั่งยาและจ่ายยาออกจากกันระหว่างแพทย์กับเภสัชกร ที่เกิดจากการต่อต้านของทั้งสองกลุ่มและการอ้างว่าประชาชนยังไม่พร้อม ไม่ได้สะท้อนการตัดสินใจที่อยู่บนเหตุผลของเป้าหมายระบบบริการสุขภาพและขาดการฟังเสียงสะท้อนจากประชาชนอย่างจริงจัง การชะลอการใช้กฎหมายนี้ทั้งที่ออกมาตั้งแต่ปี 1994 ช่วยสนับสนุนว่าการผ่านกฎหมายเป็นเพียงมาตรการหนึ่งเท่านั้น แต่การทำให้กฎหมายใช้ได้จริงๆ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากกว่าว่าจะสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ คำถามจึงอยู่ที่ว่าทำอย่างไรหรือควรมีกระบวนการใดอาจจะก่อนและหลังการออกกฎหมายเพื่อให้ทุกกลุ่มที่ได้รับผลกระทบเข้าใจถึงเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพและยอมก้าวเดินเพื่อให้ถึงเป้าหมาย

วิวัฒนาการเติบโตของแพทย์ OM ที่เข้มแข็งและกลายเป็นอำนาจกลุ่มใหม่ที่สามารถต่อรองกับกลุ่มวิชาชีพแพทย์ปัจจุบันที่มีฐานการพัฒนาเป็นวิทยาศาสตร์มากกว่า และมีอำนาจในการกำหนดนโยบายสุขภาพ สิ่งที่น่าสนใจว่าปัจจัยอะไรที่ผลักดันให้แพทย์ OM กลายเป็นอำนาจกลุ่มใหม่ที่เข้มแข็งเช่นนี้ได้ ปัจจัยหลักที่พอจะอนุมานได้ ประการแรก พลังสนับสนุนจากประชาชน อาจเป็นเพราะการแพทย์ปัจจุบันเข้ามาพร้อมกับชาวญี่ปุ่น ทำให้ชาวเกาหลีจำนวนมากต้องการที่จะสนับสนุนการแพทย์ OM ทำให้ประชาชนจำนวนมากขึ้นต้องการที่จะศึกษาการแพทย์ OM ส่งผลให้วิชาการด้านนี้มีการเรียนรู้และขยายออกไปเป็นวงกว้าง ประการที่สอง การที่รัฐบาลภายใต้การปกครองของญี่ปุ่นกดดัน OM practitioners ไม่ให้บริการในภาครัฐ และไม่ให้เข้าไปมีบทบาทด้านนโยบาย กับเป็นแรงผลักดันทำให้ OM เติบโตในภาคเอกชนอย่างรวดเร็วตอบสนองต่อชุมชนในพื้นที่ห่างไกลที่มีแพทย์ปัจจุบันน้อย ประการที่สาม จากที่แพทย์ปัจจุบันในอดีตมักอยู่ในเขตเมืองให้บริการเฉพาะกลุ่มที่มีฐานะดี หรือ บุคคลชั้นสูงที่มีความสัมพันธ์อันดีกับญี่ปุ่น แต่ไม่สนใจให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปมากนัก กลับสร้างไม่พอใจต่อประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศและไปสนับสนุนการรับบริการจากแพทย์ OM ประการที่สี่ เป็นการปรับการศึกษาของแพทย์ OM ให้ทันสมัยตอบสนองต่อความต้องการสังคมมากขึ้น คือ ปรับวิชาการของตนให้มีการเรียนการสอนวิชาด้าน biomedicine เพิ่มเติมเข้าไปและขยายหลักสูตรเป็น 6 ปีเทียบเท่าสาขาวิชาแพทย์ปัจจุบัน ทำให้การแพทย์ OM ร่วมสมัย และ เป็น evidence-based medicine มากขึ้น ได้รับการยอมรับจากผู้บริโภค จากเหตุผลทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าการเติบโตของแพทย์ OM ไม่ได้เกิดจากนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพโดยตรงจากรัฐบาล ตรงกันข้ามหลายช่วงในอดีต นโยบายกำลังคนต้องการควบคุมและจำกัดการเติบโตกลุ่ม OM มากกว่า

กล่าวโดยสรุปนโยบายการพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพของเกาหลีใต้ที่เห็นได้ชัดเจนสามารถแบ่งออกเป็นได้สามรูปแบบ คือ การควบคุมโดยตรงต่อแต่ละสาขาวิชาชีพ เช่น การบังคับให้ต้องได้รับใบอนุญาตีก่อนจะให้บริการสุขภาพ การพัฒนาหลักสูตรการศึกษาเพื่อพัฒนาให้กำลังคนในแต่ละสาขาวิชา ตัวอย่างเช่นแพทย์ OM และ OM pharmacist มีความรู้ความสามารถตามที่ต้องการ และการจัดการด้านการคลังสุขภาพที่อาจจะไม่ใช่ในนโยบายกำลังคนโดยตรงแต่มีผลต่อการพัฒนากำลังคน เช่น กำหนดให้สิทธิพื้นฐานของหลักประกันครอบคลุมงานบางอย่างของแพทย์ OM ช่วยสนับสนุนการพัฒนางานแพทย์ OM ที่ได้รับการคุ้มครองให้มีมาตรฐานและคุณภาพ โดยเฉพาะในแง่ต้นทุน-ประสิทธิผล จากจุดนี้ช่วยเร่งให้รัฐหรือ

หน่วยงานประเมินผลเทคโนโลยีต้องเร่งประเมินเทคโนโลยีสุขภาพของการแพทย์ OM อย่างจริงจัง นอกจากเพื่อพัฒนาคุณภาพแพทย์ OM ยังเป็นการสร้างความมั่นใจในกลุ่มชาวต่างประเทศเพื่อสนับสนุนนโยบายการส่งออกบริการสุขภาพที่คาดว่าจะสามารถสร้างรายได้ให้แก่ประเทศที่มีการแพทย์พื้นบ้าน

ประเด็นการเปิดการค้าเสรีด้านสุขภาพ

จากการที่หลายๆประเทศในประเทศพัฒนาแล้วประสบกับปัญหาต้นทุนด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ทำให้เพิ่มโอกาสสำหรับประเทศที่มีต้นทุนด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าสามารถขยายการให้บริการสุขภาพแก่ประชากรในประเทศข้างต้น เกาหลีใต้เป็นอีกประเทศหนึ่งที่อาศัยโอกาสนี้ ดังจะเห็นได้จากการพัฒนางานบริการการแพทย์ OM ร่วมกับต่างประเทศ หรือส่งบุคลากรเหล่านี้ไปให้บริการต่างประเทศ ร่วมกับการพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านนี้เพื่อสร้างความมั่นใจต่อผู้รับบริการทั้งประชาชนเกาหลีใต้เอง และชาวต่างประเทศ UNCTAD (United Nations Conference on Trade and Development) และ WHO เห็นตรงกันว่า การพัฒนาการค้าระหว่างประเทศ นอกจากสินค้าทั่วไปแล้วงานบริการสุขภาพก็สามารถส่งออกได้ โดยเฉพาะเป็นโอกาสสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่มีต้นทุนงานบริการสุขภาพที่ต่ำกว่าประเทศพัฒนาแล้ว และงานบริการสุขภาพของประเทศเหล่านี้ที่ไม่เหมือนกับการแพทย์ปัจจุบัน หากสามารถมีต้นทุน-ประสิทธิผลที่ใกล้เคียงกับบริการการแพทย์ปัจจุบันและมีความปลอดภัย เชื่อว่าจะมีช่องว่างเพื่อการส่งออกสร้างรายได้ให้กับประเทศจำนวนมาก (UNCTAD and WHO, 1998)

องค์การการค้าระหว่างประเทศ หรือ World Trade Organization (WTO) เป็นอีกองค์กรที่มีบทบาทต่อนโยบายการค้าของประเทศสมาชิก ในปี 1995 เกาหลีใต้เข้าเป็นสมาชิก WTO ส่งผลให้รัฐบาลเกาหลีใต้ต้องดำเนินนโยบายการค้าเสรีหลายๆอุตสาหกรรม รวมทั้งตลาดยาและเทคโนโลยีสุขภาพ ทำให้ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพจำเป็นต้องเร่งพัฒนาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นโยบายปกป้องยาที่ผลิตในประเทศบางตัวต้องยกเลิกไปในที่สุด ขณะเดียวกันผู้ผลิตข้ามชาติจากหลายประเทศเข้าตั้งฐานผลิตในประเทศเกาหลีใต้อย่างมากเนื่องจากตลาดยาภายในประเทศเกาหลีใต้มีมูลค่าสูง การเติบโตของอุตสาหกรรมยาในเกาหลีใต้ขยายตัวอย่างมากจนมีมูลค่าเป็นอันดับ 10 ของโลกในปี 1995 (Ministry of Health and Welfare) ผลจากการที่อุตสาหกรรมยาเจริญเติบโตอย่างมาก ทำให้แต่ละปีมีชนิดยาจำนวนมากที่ผู้ประกอบการไม่ว่าจะเป็นผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าต้องการจดทะเบียนผ่าน KFDA และหน่วยงานของ MOHW ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนอกจากระบบการประเมินเพื่อรองรับความปลอดภัยทั้งยาของเกาหลีใต้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความโปร่งใสแล้ว ยังจำเป็นต้องพัฒนาระบบการประเมินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเนื่องจากตลาดยาที่เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว การดำเนินโครงการการทำการประเมินและติดตามผลจากการใช้ยาของประชาชน ซึ่งเป็นโครงการระยะยาวที่ทำต่อเนื่องเป็นโครงการที่ดีที่สามารถปกป้องผู้บริโภคจากการใช้ยา โดยเฉพาะยาที่มีผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเป็นระยะเวลานาน แต่จุดด้อยของการทำงานขององค์กร KFDA ยังน่าจะอยู่ที่โครงสร้างที่ยังไม่สามารถสร้างความโปร่งใสและการตรวจสอบได้จากประชาชน ทำให้เกิดการคอร์รัปชันโดยผู้บริหารสูงของหน่วยงาน

ประเด็นการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ

ยาสมุนไพรนับเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความนิยมอย่างมากสำหรับประชาชนเกาหลีใต้นอกจากยาแผนปัจจุบันการที่รัฐบาลเกาหลีใต้โดย MOHW พัฒนาให้มีหน่วยงานทำหน้าที่ประเมินผลและติดตามการใช้ยาสมุนไพรของประชาชน และยาสมุนไพรหลายตัวที่ได้รับการประเมินว่ามีความปลอดภัยและให้ผลในการรักษาได้จริง และยังได้รับการคุ้มครองเป็นสิทธิ

ประโยชน์พื้นฐานในระบบประกันสุขภาพของประเทศ เป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชนได้เป็นอย่างดี และยังสามารถลดการนำเข้าหรือผลิตยาแผนปัจจุบัน ตลอดจนเป็นการส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้านของเกาหลีได้อย่างได้ผล

สำหรับกรณีการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ แม้ว่าเกาหลีได้มีกฎหมาย CON (Certificate of Need Law) เพื่อให้การกระจายเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูงมีความเป็นธรรมและให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถใช้กฎหมายได้อย่างจริงจัง อาจเนื่องจากการใช้กฎหมายยังไม่ได้เชื่อมกับระบบประกันสุขภาพอย่างจริงจังทำให้อัตราการเติบโตเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีความไม่เป็นธรรม

การที่รัฐบาลตัดสินใจตั้ง Health Technology Planning and Education Planning Board ย่อมแสดงว่ารัฐบาลตระหนักถึงปัญหานี้และเชื่อว่าการมีหน่วยงานที่รับผิดชอบเฉพาะด้านนี้จะทำให้การประเมินเทคโนโลยีด้านการแพทย์มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามการที่ Board ยังทำหน้าที่หลักให้ข้อเสนอหรือทางเลือกนโยบายแก่ MOHW ซึ่งการตัดสินใจนโยบายยังขึ้นกลุ่มเจ้าหน้าที่ระดับสูงใน MOHW ทำให้ไม่จำเป็นเสมอไปที่ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์จะได้รับการผลักดันเป็นนโยบาย ในหลายประเทศที่พัฒนาแล้วได้พัฒนาระบบประเมินเพื่อประเมินเทคโนโลยีที่คาดว่าจะได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งตรงนี้ทำให้ช่วยเพิ่มการควบคุมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพของเกาหลีได้มีลักษณะของรูปแบบที่มีคล้ายคลึงกับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่การจัดตั้งองค์กรหรือบอร์ดที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การทำงานของ MOHW แต่ทำหน้าที่ให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย และกระบวนการทำงานมีลักษณะเป็น multidisciplinary team ขณะเดียวกันยังใช้หน่วยงานรัฐ คือ KFDA ซึ่งก็คล้ายกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของไทยเพื่อการประเมินและรับรองยา และมี Korean Oriental Medicine Institute ที่ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพด้านการแพทย์พื้นบ้านของเกาหลีได้ กระบวนการทำงานของ KFDA และ Oriental Medicine Institute ไม่ทราบแน่ชัดเนื่องจากไม่มีข้อมูล แต่สำหรับ KFDA เชื่อว่ายังเป็นรูปแบบระบบราชการที่ยังมีโครงสร้างไม่เอื้อต่อการตรวจสอบการทำงาน และสร้างความโปร่งใส เนื่องจากปัญหาทุจริตคอร์รัปชันที่เพิ่งเกิดขึ้นเร็ว ๆ นี้ ตรงนี้น่าติดตามว่าโครงสร้างการทำงานของ KFDA จะเปลี่ยนเป็นอย่างไรในภายหลังเพื่อสร้างความโปร่งใสในการทำงานให้มากขึ้น

การพัฒนาให้เป็น multidisciplinary team ที่มีตัวแทนจากหลายฝ่ายวิชาชีพ และกลุ่มผู้บริโภคเข้ามาเพื่อทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านยาาร่วมด้วย อาจเป็นอีกทางเลือกที่นำมาใช้คล้ายคลึงกับรูปแบบของ Health Technology Planning and Education Planning Board สำหรับการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ OM ที่แยกออกมาอิสระเฉพาะ รูปแบบนี้สะท้อนความเข้มแข็งของกลุ่มการแพทย์ OM ได้เป็นอย่างดี แต่ในทางปฏิบัติหากการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพอยู่ภายใต้องค์เดียวกันที่ประเมินทั้งการแพทย์ปัจจุบันและการแพทย์ OM น่าจะทำให้การประเมินเชิงเปรียบเทียบของเทคโนโลยีทั้งสองสาขาให้ประโยชน์ต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

1. ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยต่อประเด็นการพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค

- รัฐบาลควรพัฒนาให้มีกลไกหรือโครงสร้างที่เป็นทางการที่สนับสนุนด้านการเงินและช่วยพัฒนาความรู้ความสามารถให้กับองค์กรตัวแทนผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อสำรวจค้นหาปัญหาของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ หรือค้นหาประเด็นปัญหาเพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบาย
- รัฐบาลควรพัฒนาให้มีโครงสร้างหรือกลไกสนับสนุนอย่างเป็นทางการ (formal structure) เพื่อให้ตัวแทนจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องและตัวแทนที่เป็นทางการของกลุ่มผู้บริโภคเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจนโยบาย (policy decision-making process) เพื่อปรับปรุงให้นโยบายด้านสุขภาพตอบสนองความต้องการของประชาชนมากที่สุด เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการนำเสนอประเด็นปัญหาหรือข้อเสนอเชิงนโยบายเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้สร้างความมั่นใจว่าประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจะได้รับการตอบสนอง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยต่อประเด็นการพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ปัญหาเรื่องการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพในด้านประโยชน์ต่อด้านสุขภาพ ประสิทธิภาพ และ ความปลอดภัยจากการใช้ดูจะเป็นปัญหาที่เบาบางกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา ส่วนหนึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วมีเงินที่สามารถลงทุนเพื่อประเมินเทคโนโลยีสุขภาพและมีบุคลากรและนักวิชาการที่เชี่ยวชาญในการประเมินอยู่จำนวนหนึ่งเนื่องจากวิวัฒนาการการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพมีช่วงเวลาที่ยาวนานพอควร เกาหลีใต้น่าจะจัดอยู่ในกลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน จากการพัฒนาที่จัดตั้งขึ้นมาบรรทัดเฉพาะขึ้นมาประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่มีค่าต้นทุนแพงแทนที่จะเป็นโปรแกรมปกติของการทำงานขององค์กรใดองค์กรหนึ่ง การประสานการทำงานร่วมกับองค์กรการประเมินเทคโนโลยีกับต่างประเทศ เช่น การพัฒนาการแพทย์ OM กับจีน หรือ การเข้าเป็นสมาชิกของโปรแกรมการประเมินยาของ WHO ช่วยทำให้การตัดสินใจด้านเทคโนโลยีสุขภาพมีประสิทธิภาพเนื่องจากมีข้อมูลมาสนับสนุนมากขึ้น

การพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยีสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาจะมีประเด็นปัญหาหลักสองประการดังนี้ งบประมาณหรือเงินที่จำกัด และ ทรัพยากรบุคคลที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาหรือยังไม่มีความสามารถในการประเมิน สำหรับเทคโนโลยีสุขภาพที่รับมาจากประเทศที่พัฒนาแล้วปัญหานี้อาจน้อยกว่า เพราะในระดับหนึ่งสามารถนำผลการประเมินมาปรับใช้ได้ในประเทศ ร่วมกับการสังเคราะห์ด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และจริยธรรม ที่เป็นบริบทของประเทศตน ซึ่งตรงนี้จำเป็นต้องใช้บุคลากรหลากหลายที่มีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ ขณะที่ปัญหามักจะมากกว่าถ้าหากต้องประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศเอง เช่น งานบริการการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องทำการประเมินโดยใช้กระบวนการวิจัย (pure research) ต้องใช้เงินในการลงทุนสูงและต้องพัฒนาให้มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการประเมินอย่างแท้จริง ดังนั้นข้อเสนอแนะประการต้นๆสำหรับประเทศไทยต่อประเด็นนี้คงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ต้องพัฒนากำลังคนทางด้านนี้ให้เกิดขึ้น อีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญรออยู่ข้างหน้า คือ การเปิดเสรีทางการค้าด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยในอีกไม่ช้าจะเป็นตัวเร่งให้เราต้องพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพอย่างจริงจังเพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพงานบริการสุขภาพในประเทศให้มีศักยภาพที่จะขายได้ไม่เฉพาะในประเทศเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะบางประการสำหรับประเทศไทยจากประเด็นการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพในเกาหลีใต้มีดังนี้

- ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความจำเป็นต้องพัฒนานุคลากรที่มีความชำนาญด้านการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อผลักดันให้ระบบการประเมินได้รับการพัฒนาในแนวทางที่ถูกต้อง เช่น การพัฒนาหลักสูตรปริญญาตรีเพื่อพัฒนานักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ หรือเป็นหลักสูตรหลังปริญญา ร่วมกับการบรรจุเนื้อหาวิชาด้านการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพให้แก่บุคลากรสุขภาพในทุกสาขา และควรมีการจัดอบรมระยะสั้นสำหรับบุคลากรที่เข้าไปเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม
- การพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพของเกาหลีใต้ที่แยกระบบการประเมินการแพทย์ทั้งสองสาขาออกจากกัน ทำให้ระบบมีค่าต้นทุนที่สูงขึ้น และอาจยากที่จะพัฒนาให้ระบบทั้งสองเชื่อมโยงกัน อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากกรณีศึกษาจากเกาหลีใต้ไม่อาจสรุปได้เพียงพอว่าการมี Board เฉพาะประเมินเทคโนโลยีราคาแพงสามารถสร้างผลกระทบได้ในระดับใดในการตัดสินใจเชิงนโยบาย การชะลอการนำเข้าเทคโนโลยีราคาแพงและการกระจายน่าจะมีสาเหตุภาวะถดถอยด้านเศรษฐกิจมากกว่า สำหรับประเทศไทยที่มีงบประมาณจำกัด การพัฒนาให้มีโปรแกรมการประเมินเทคโนโลยีอย่างเป็นทางการน่าจะเพียงพอ โดยอยู่ภายใต้การบริหารของ MOPH แต่กระบวนการทำงานควรใช้ multidisciplinary team ให้มากขึ้นทั้งประโยชน์จากการประเมินที่พิจารณารอบด้านขึ้นแล้วยังสนับสนุนความโปร่งใสในการทำงาน อย่างไรก็ตามการประเมินควรกระทำทั้งการแพทย์ปัจจุบันและแพทย์พื้นบ้านทุกสาขาที่มีอยู่ในประเทศไทย
- การพัฒนาความร่วมมือการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ของเกาหลีใต้กับหน่วยงานสากลระหว่างประเทศ และรวมถึงการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านร่วมกับต่างประเทศ ช่วยสนับสนุนและยกระดับมาตรฐานการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์พื้นบ้านเพื่อการส่งออกได้เป็นอย่างดี แนวทางการพัฒนานี้ระบบสุขภาพของไทยควรจะนำมาพัฒนาการแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์พื้นบ้านของไทย นอกจากเพิ่มการยอมรับจากต่างประเทศในด้านมาตรฐานคุณภาพ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ แล้วยังสามารถเพิ่มรายได้เข้าสู่ระบบสุขภาพไทย
- ด้วยงบประมาณที่จำกัดในการพัฒนาระบบการประเมินในประเทศไทย ปัญหานี้อาจพบบรรเทาได้หากองค์กรประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนเห็นความสำคัญในเรื่องการประเมินและร่วมกันประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อกำหนดเทคโนโลยีที่ควรได้รับการคุ้มครองจากกองทุนประกันสุขภาพ นอกจากจะช่วยกำหนดประเด็นเทคโนโลยีที่ควรประเมินทำให้เพียงพอกับงบประมาณที่มี ยังช่วยให้ผลลัพธ์จากการประเมินนำไปใช้ได้จริง
- หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการประเมินความปลอดภัยจากการใช้ยาและสินค้าเพื่อการรักษา อาจให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควบบทบาทในส่วนนี้ แต่ควรเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการประเมินให้มากขึ้น โดยเฉพาะบทบาทให้คำแนะนำกับประชาชนด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง ทันต่อเหตุการณ์ ไม่ยึดอยู่บนประโยชน์หรือความคิดของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยลำพัง
- จากกรณีศึกษาของเกาหลีใต้การมีโครงการประเมินความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์เพื่อการรักษาในระยะยาว เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โครงการนี้น่าจะนำมาพัฒนาในประเทศไทย โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรหลายตัวที่ยังเป็นมีความไม่ชัดเจนในด้านความปลอดภัยจากการใช้ในระยะยาว
- กระบวนการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพไม่จำเป็นจะเป็นการแพทย์สมัยใหม่หรือพื้นบ้าน เครื่องมือหรือวัสดุทางการแพทย์ ยา วัสดุหรือผลิตภัณฑ์เพื่อการรักษา ไม่ควรจะสิ้นสุดทันทีภายหลังผ่านการรับรอง แต่ต้องมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ เช่น การสุ่มตรวจเพื่อสร้างความปลอดภัยให้กับผู้บริโภค

- ประเทศไทยควรจะมีกฎหมาย CON และควรเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพต่อการควบคุมการกระจายเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเทคโนโลยีที่มีต้นทุนสูงให้มีการกระจายอย่างเป็นธรรม และนำมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
- การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพโดยใช้ปรัชญาแนวคิดเชิงสังคม จริยธรรม และ กฎหมาย มาพิจารณาร่วมด้วยที่เรียกว่า **comprehensive health technology assessment** ควรเป็นหลักการที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบการประเมินกระบวนการนี้อาจเป็นสิ่งใหม่สำหรับประเทศไทย แต่มีความจำเป็นอย่างมากเนื่องจากเทคโนโลยีสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต มีแนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อสังคมในทุกๆด้านมากขึ้น เช่น การพัฒนาเทคโนโลยีด้านพันธุวิศวกรรมของมนุษย์

3. ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยต่อประเด็นการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

การพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์พื้นบ้านของเกาหลีใต้สามารถนำมาพิจารณาเพื่อเป็นข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยด้านกำลังคนดังนี้

- การพัฒนากำลังคนการแพทย์พื้นบ้าน ควรพัฒนาหลักสูตรโดยสอดคล้องกับศาสตร์ด้าน biomedicine เพื่อให้ศาสตร์ด้านนี้เป็น evidence based มากขึ้น เพิ่มการยอมรับจากกลุ่มวิชาชีพอื่น และจากผู้บริหาร
- การเรียนการสอนแพทย์พื้นบ้านไทยหากร่วมกับการสอนของบุคลากรสุขภาพสาขาอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือ ธารณสุข จะช่วยสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มวิชาชีพ ส่งผลให้การพัฒนาระบบสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกันของงานบริการจากแต่ละกลุ่มวิชาชีพง่ายขึ้นกว่าการแยกการเรียนการสอนออกจากกัน
- ประเทศไทยควรจัดตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์พื้นบ้านโดยตรง รูปแบบการเป็นองค์กรนิติบุคคลเป็นอีกทางเลือกหนึ่งนอกจากจัดตั้งภายใต้หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานนี้มีหน้าที่หลักในการสนับสนุนการทำวิจัยการแพทย์พื้นบ้าน พัฒนาการแพทย์พื้นบ้านในเชิงระบบเพื่อให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในภาพใหญ่ ส่งเสริมให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องเหล่านี้กับประชาชนเพื่อเป็นทางเลือกในการรับบริการ สนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมการสอนการแพทย์พื้นบ้านสำหรับผู้สนใจ จัดให้มีการสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตการแพทย์พื้นบ้าน และผลักดันให้มีกฎหมายบังคับให้ผู้ให้บริการการแพทย์พื้นบ้านต้องมีใบอนุญาตและลงทะเบียน
- การกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานของการประกันสุขภาพที่มีงานการแพทย์พื้นบ้านที่มีความปลอดภัยต่อการรับบริการ และมีอัตราส่วนต้นทุน-ประสิทธิผลที่ดี ช่วยสนับสนุนการพัฒนารแพทย์พื้นบ้านและพัฒนากำลังคนด้านนี้
- การพัฒนากำลังคนต่อไปในอนาคต จำเป็นต้องทบทวนบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดบทบาทและหน้าที่เพื่อให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่ชัดเจนไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อนกัน อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่จะไปสู่ตรงนั้น ลำพังการออกกฎหมายบังคับไม่น่าจะพอ ตัวอย่างกรณีของเกาหลีใต้เป็นตัวอย่างที่ชัดเจน ดังนั้นการสนับสนุนจากปัจจัยอื่นโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้บริโภคร่วมในเรื่องนี้น่าจะสร้างแรงผลักดันนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติ
- การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพให้เป็นธรรมมากขึ้นระหว่างเขตเมืองและชนบท ควรเพิ่มแรงจูงใจให้บุคลากรสาขาที่ขาดแคลนเพื่อมีแรงจูงใจไปทำงานในพื้นที่ห่างไกล การกระจายกำลังคนน่าจะดีขึ้นหากพัฒนาควบคู่กับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชนทุกคนและให้ภาคเอกชนเข้ามีส่วนร่วมในการจัดบริการต่อสมาชิกประกันสุขภาพ

- ในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากรสุขภาพจริงๆ การจ้างงานโดยภาครัฐด้วยอัตราเงินเดือนที่ไม่น้อยกว่าการทำงานในเขตเมืองและเสริมด้วยแรงจูงใจพิเศษอื่นๆ ยังเป็นทางเลือกนโยบายที่ดีแต่ควรเลือกทำในพื้นที่ที่ขาดกำลังคนจริงๆ ปัญหาด้านการกระจายกำลังคนเป็นปัญหาที่ทุกประเทศเคยหรือกำลังเผชิญอยู่ หลายประเทศนำเทคโนโลยีด้าน Telemedicine มาใช้อย่างจริงจัง แม้ว่าในระยะแรกจะมีค่าใช้จ่ายด้านการลงทุนที่สูง แต่ในระยะยาวแล้วสามารถลดผลรวมค่าต้นทุนของสังคมทั้งหมดได้ กรณีพื้นที่ประเทศไทยที่มีการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพข้ามภาค Telemedicine อาจเข้าไปมีบทบาทตรงนี้ ประเทศไทยน่าจะทบทวนและพิจารณาความเป็นไปได้ของการนำเทคโนโลยีนี้มาใช้ให้มีประสิทธิภาพอย่างจริงจังอีกครั้ง
- บุคลากรสุขภาพทุกสาขารวมทั้งแพทย์พื้นบ้านควรจะให้มีการต่อใบอนุญาตเป็นระยะๆ เช่น รายปี เพื่อให้ได้ข้อมูลกำลังคนที่ถูกต้องมากขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ
- ผู้ให้บริการระดับต้น เช่น แพทย์ GP ควรเพิ่มจำนวนการผลิตมากกว่าการผลิตแพทย์เฉพาะทาง การกำหนดสิทธิ์ประโยชน์การประกันสุขภาพที่ให้โดยแพทย์ GP ร่วมกับการกำหนดให้ประชาชนทุกคนต้องมี gate keepers ที่เป็นแพทย์ GP หรือ การจ่ายจากองค์กรประกันสุขภาพต่อแพทย์ GP มากกว่าแพทย์เฉพาะทางที่ให้บริการ GP ทั้งหมดนี้ช่วยส่งเสริมการพัฒนาแพทย์ GP
- การปรับปรุงหลักสูตรของสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยเฉพาะแพทย์ GP เพื่อให้มีความรู้ความสามารถตอบสนองกับความต้องการของตลาดในอนาคตมีความจำเป็น การปรับปรุงหลักสูตรควรทำทั้งที่ระดับปริญญาตรี และ จัดอบรมระยะสั้นและยาวสำหรับผู้ที่ไม่ได้ผ่านหลักสูตรที่ปรับปรุงแล้ว

4. ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยต่อประเด็นการเสรีทางการค้าด้านสุขภาพ

ประเทศไทยการเปิดเสรีด้านการบริการสุขภาพฟังดูอาจเป็นเรื่องที่ใหม่ แต่คงหลีกเลี่ยงไม่ได้ในอนาคต ในปัจจุบันเรามีสถานบริการการแพทย์หลายอย่างที่เราได้ส่งออกไปและให้บริการชาวต่างประเทศที่เดินทางเข้ามาซึ่งส่วนใหญ่จำกัดอยู่ในภาคเอกชน การเปิดเสรีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนที่สำคัญ คือ ความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศของบุคลากรสุขภาพไทยยังเป็นข้อจำกัดอย่างมากและอุปสรรคสำหรับการส่งออก หรือให้บริการชาวต่างประเทศที่เข้ามาเพื่อรับบริการในประเทศ หากเราต้องการให้ระบบสุขภาพไทย และ งานบริการของเราสามารถส่งออกเพื่อเพิ่มรายได้ให้กับประเทศ การพัฒนาความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศของบุคลากรสุขภาพไทยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การเปิดเสรีทางการค้าในด้านสุขภาพน่าจะส่งผลสำคัญทำให้การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากการเคลื่อนตัวของกำลังคนด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งจากการเคลื่อนแรงงานสุขภาพออกจากประเทศ รวมทั้งการเคลื่อนกำลังคนจากต่างประเทศเข้ามา การควบคุมกำลังคนจากต่างประเทศสามารถทำได้โดยกำหนดให้ผู้ที่จะเข้ามาให้บริการต้องสอบผ่านใบอนุญาตซึ่งเป็นนโยบายที่หลายประเทศใช้อยู่ แต่ปัญหาการไหลออกของกำลังคนไปสู่ประเทศที่เปิดโอกาสให้บุคลากรจากต่างประเทศเข้าไปจะควบคุมได้ยากกว่า ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ให้กับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศอินเดีย อย่างไรก็ตามการสูญเสียจะเกิดขึ้นมากบุคลากรสุขภาพสามารถใช้ภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดี ผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศคือปัญหาขาดบุคลากรที่มีความสามารถ ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมต่อระบบบริการ

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยที่ควรเตรียมรับกับการเปิดเสรีทางการค้าด้านสุขภาพมีดังนี้

- รายได้ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการส่งออกควรนำกลับมาพัฒนาการให้บริการสุขภาพสำหรับประชาชนในประเทศ
- รัฐบาลต้องแสดงบทบาทการค้ำระหว่างประเทศเพื่อปกป้องการเสียเปรียบและผลกระทบด้านลบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย เช่น การสร้างความร่วมมือกับประเทศในภูมิภาคเดียวกันเพื่อส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพดังที่ประเทศเกาหลีใต้มีความร่วมมือกับประเทศจีน และที่สำคัญคือการสร้างพลังอำนาจต่อรองกับประเทศพัฒนาแล้วหรือประชาคมของประเทศอื่นๆ เพื่อกำหนดข้อตกลงและมาตรฐานระหว่างประเทศ
- สร้างแรงจูงใจในระบบต่อบุคลากรสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถเพื่อไม่ให้ย้ายออกไปทำงานต่างประเทศ
- ใช้นโยบายจำกัดกำลังคนด้านสุขภาพจากต่างประเทศที่จะเคลื่อนเข้ามาเพื่อควบคุมทั้งจำนวนและคุณภาพของบุคลากร
- การเพิ่มความเข้มงวดการนำเข้าเทคโนโลยีสุขภาพจากต่างประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังจากเปิดเสรีทางการค้า โดยผ่านกระบวนการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพก่อนกระจายการใช้
- พัฒนาการแพทย์พื้นบ้านให้มีศักยภาพส่งออกให้ได้ ทั้งในเรื่องของความปลอดภัยจากการใช้และต้นทุน-ประสิทธิผล เพราะนี่คือจุดขายที่หลายประเทศไม่มี
- นโยบายด้านสุขภาพต้องสร้างสมดุลให้เหมาะสมระหว่างการส่งออกงานบริการสุขภาพ และ การพัฒนาระบบสุขภาพภายในประเทศเพื่อให้บรรลุด้านความเป็นธรรม คุณภาพ และประสิทธิภาพ เนื่องจากผลกระทบต่อการส่งเสริมการส่งออกเพียงอย่างเดียวอาจตามมาด้วยปัญหาความไม่เป็นธรรมของระบบสุขภาพในประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- A Handbook of Korea : Korean Overseas Information Service.* (1993). Samhwa Printing : Seoul.
- Cho, H. (2000). Traditional Medicine, Professional Monopoly and Structural Interests : a Korean Case. *Social Sciene and Medicine*. 50 :123-135.
- Chung, K. (1997). Health System in Korea. In K. Hayashi and K. Ohara (Eds.). *Health System in Asia*. National Institute of Public Health : Japan.
- Huh J. (1985). Traditional Korean Medicine. In Oda T et al. (Eds.). *Recent Advances in Traditional Medicine in East Asia*. Amsterdam : Excerpta Medica. pp.48-54.
- Korean Oriental Medical Association (1989). *The 40 Year History of the Korean Oriental Medical Association*. Seoul. (in Korean).
- Macdonald, D.S.(1985). *The Koreans : Contemporary Politics and Society*. Westview Press : Oxford.
- Ministry of Health and Welfare. *Yearbook of Health and Welfare Statistics*. Each Year
- MOHW (Ministry of Health and Welfare). Information from the Internet. Site : www.mohw.go.kr
- Moon, O. and Kwon, S. (1999). *Health Care Policy and Reform in Korea*. Seoul National University.
- Myers, R.H., Peattie, R.R. (Eds.). *The Japanese Colonial Empire, 1895-1945*. Princeton : Princeton University Press.
- Renaldo, N. B. and Matthew. (1999). The Evolving Paradigm of Health Technology Assessment : Reflections for the Millennium. *Canadian Medical Association Journal*. 160 : 1464-7.
- Son, A.(1998). Modernisation of the System of Traditional Korean Medicine (1876-1990). *Health Policy*. 44 : 261-281.
- Stoddard G. and Freeny, D. (1986) Policy Options for Health Care Technology. In Freeny D, Guyatt G, Tugwell (Eds.) *Health Care Technology : Effectiveness, Efficiency, and Public Policy*. pp. 225-228. Montreal : Institute for Research on Public Policy.
- The Economist Intelligent Unit (1999). *Health Care Asia. 1st Quarter 1999*. The Economist Intelligent Unit : London.
- UNCTAD and WHO (1998). *International Trade in Health Services : A Development Perspective*. United Nations and WHO, Geneva.
- WHO (1997). A Basic Manual for Health Technology Assessment Prepared for the Intercountry Workshop on Technology Assessment. Bangkok, Thailand, 15-19 December.
- Yang, B. (1993). Medical Technology and Inequity in Health Care : The Case of Korea. *Health Policy and Planning*. 8(4) : 385-393.
- Yang, B. (1997). The Role of Health Insurance in the Growth of the Private Health Sector. In W. Newbrander (Ed). *Private Health Sector Growth in Asia*. John Wiley & Sons : New York.
- Yeon, H. (1996). *Future Reform Strategies of the Health Insurance Program in Korea*. Korea Institute for Health and Social Affairs.