



อุดมการณ์ แนวคิดระบบสุขภาพชุมชน

กับความเป็นธรรม เพื่อสุขภาพดีของประชาชน

น.พ. ภูษิต ประคองสาย

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

นำเสนอต่อที่ประชุมวิชาการ Primary Care ระดับประเทศครั้งที่ 2
“ตักผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ สู่ปฏิบัติการณ์....งานสุขภาพชุมชน”
22-23 กุมภาพันธ์ 2550

ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา



หัวข้อในการนำเสนอ

- กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมทางสุขภาพและสิทธิทางสุขภาพของประชาชน
- ความเป็นธรรมทางสุขภาพภายหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ปัจจัยที่ท้าทายต่อความเป็นธรรมทางสุขภาพในอนาคต
- บทบาทของงานสุขภาพชุมชนในการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

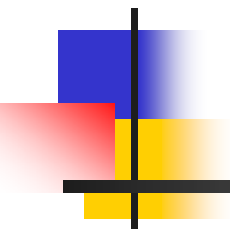
กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ ความเป็นธรรมทางสุขภาพและสิทธิของประชาชน

ภาครัฐของประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมทางสุขภาพและสิทธิทางด้านสุขภาพของประชาชนผ่านกฎหมายและนโยบายสาธารณสุขในอดีต

- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (มาตรา 52 และ 82) รวมทั้งรัฐธรรมนูญฉบับอื่นๆ
- นโยบายสาธารณสุขของรัฐบาลที่ผ่านมา เช่น สาธารณสุขมูลฐาน(สสม.), เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543, จปฐ., บัตรสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย (สปน.) หรือ บัตร สปร. เป็นต้น
- นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
- ค่าประกาศสิทธิของผู้ป่วย
- (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (มาตรา 5/1, 9, และ 9/1)

กระแสความเป็นธรรมทางสุขภาพ ในระดับสากล

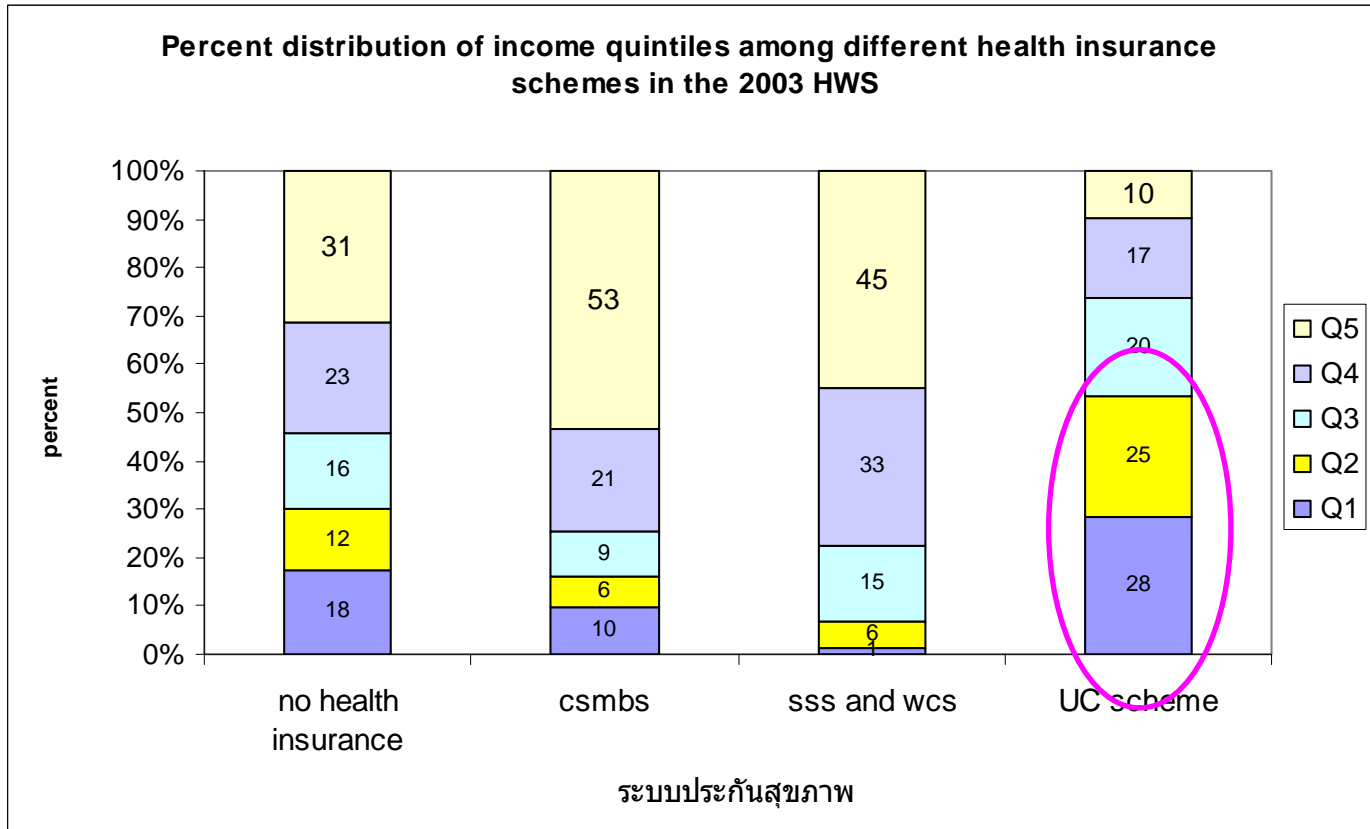
- Article 25th of the Universal Declaration of Human Rights (UDHR) เมื่อปี ค.ศ. 1984
- คำประกาศ Alma Ata Declaration “Health for all by the year 2000” เมื่อปี ค.ศ. 1978
- การเกิดขึ้นขององค์กรระหว่างประเทศ เช่น International Society for Equity in Health (ISEqH)
- เป็นนโยบายที่สำคัญขององค์กรระหว่างประเทศ เช่น
 - องค์การอนามัยโลก (WHO), ธนาคารโลก (The World Bank),
 - Pan American Health Organization (PAHO),
 - Department for International Development (DFID) ของประเทศสหราชอาณาจักร
 - The Rockefeller Foundation, etc.



ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ภายหลังการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

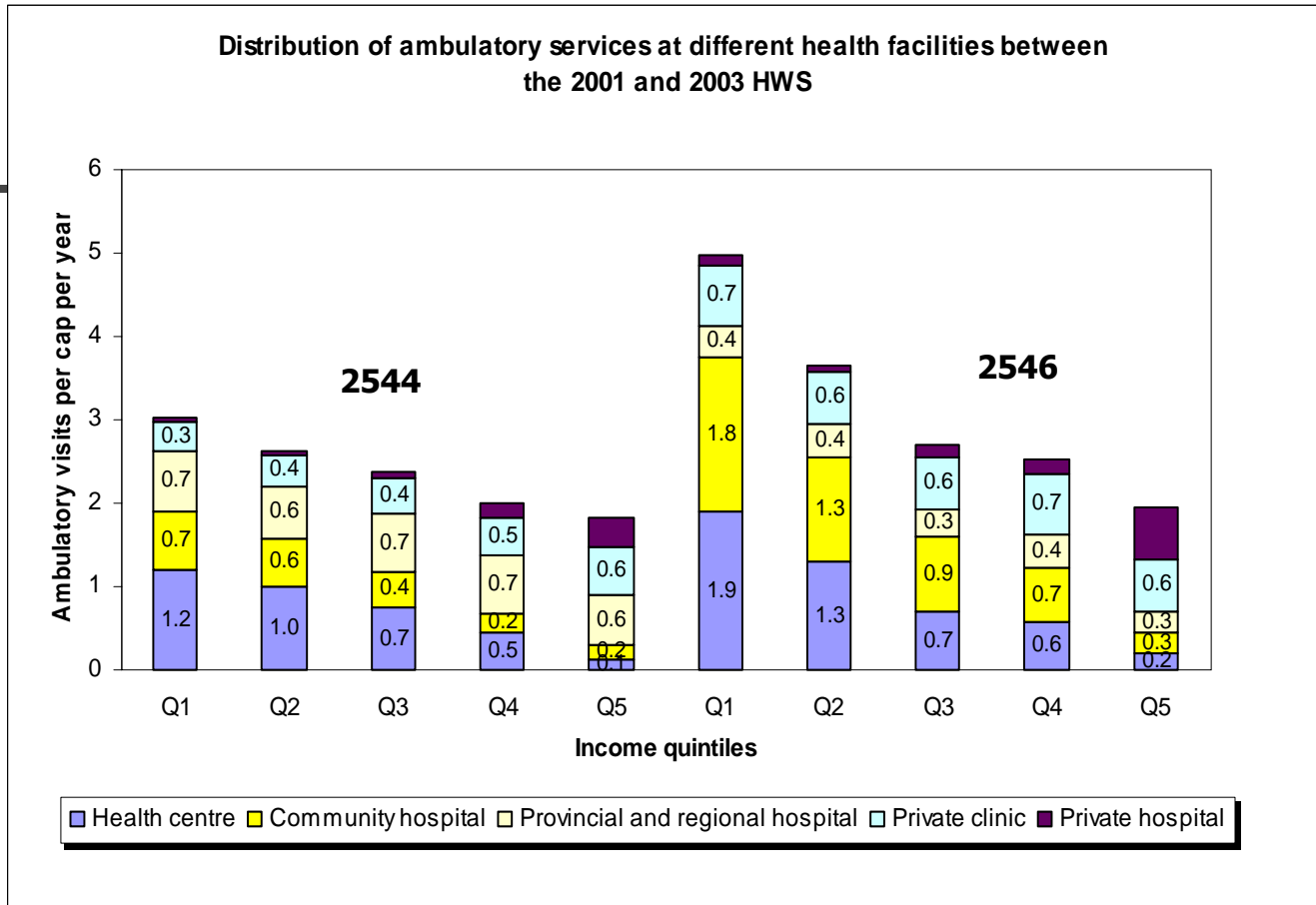
สัดส่วนกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่อหัวประชากรที่แตกต่างกัน ในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ปี 2546



ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: Q1 = รายได้ต่อหัวประชากรต่ำที่สุด Q5 = รายได้ต่อหัวประชากรสูงสุด

อัตราการใช้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยนอกของกลุ่มที่มีรายได้ต่อหัวประชากรแตกต่างกันในปี 2544 และ 2546



Concentration indices ของการให้บริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ปี 2544 และ 2546

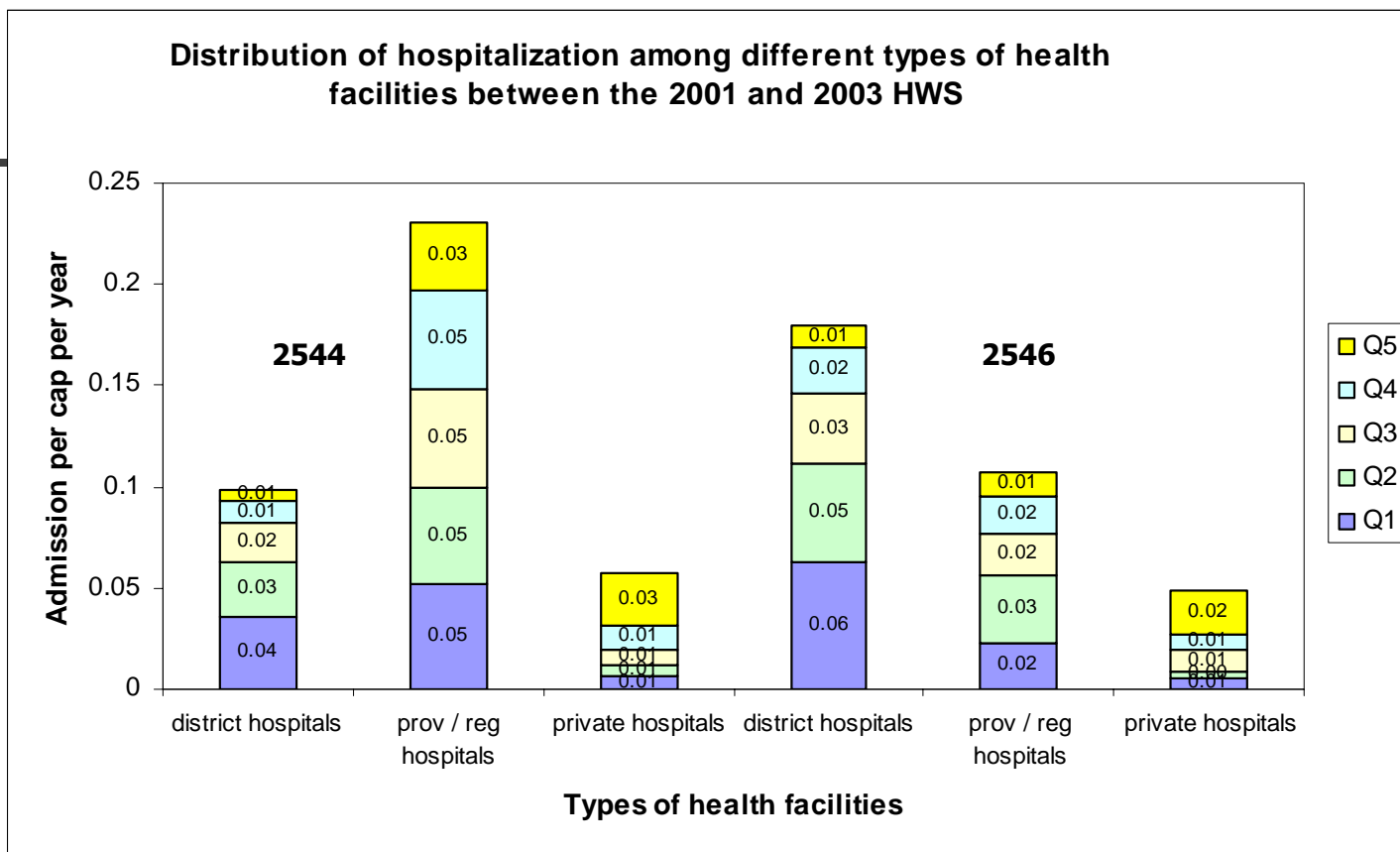
ประเภทสถานพยาบาล	2544	2546
สถานีอนามัย	- 0.2944	- 0.3650
โรงพยาบาลชุมชน	- 0.2698	- 0.3200
โรงพยาบาลศูนย์ /ทั่วไป	- 0.0366	- 0.0802
โรงพยาบาลเอกชน	0.4313	0.3484

อัตราการให้บริการสุขภาพประเภทผู้ป่วยในของกลุ่มประชากร
ที่มีรายได้ต่อหัวประชากรแตกต่างกันในปี 2544 และ 2546

กลุ่มประชากรที่ มีรายได้ต่อหัว แตกต่างกัน	อัตราการให้บริการผู้ป่วยใน (admission per cap per year)		% การ เปลี่ยนแปลง
	2544	2546	
Q1	0.095	0.105	10.5
Q2	0.081	0.093	15.6
Q3	0.076	0.079	3.8
Q4	0.072	0.068	- 4.7
Q5	0.066	0.060	- 9.3
Total	0.079	0.082	4.3
Concentration index	-0.0794	-0.1208	--

หมายเหตุ: Q1 = รายได้ต่อหัวประชากรต่ำที่สุด Q5 = รายได้ต่อหัวประชากรสูงสุด

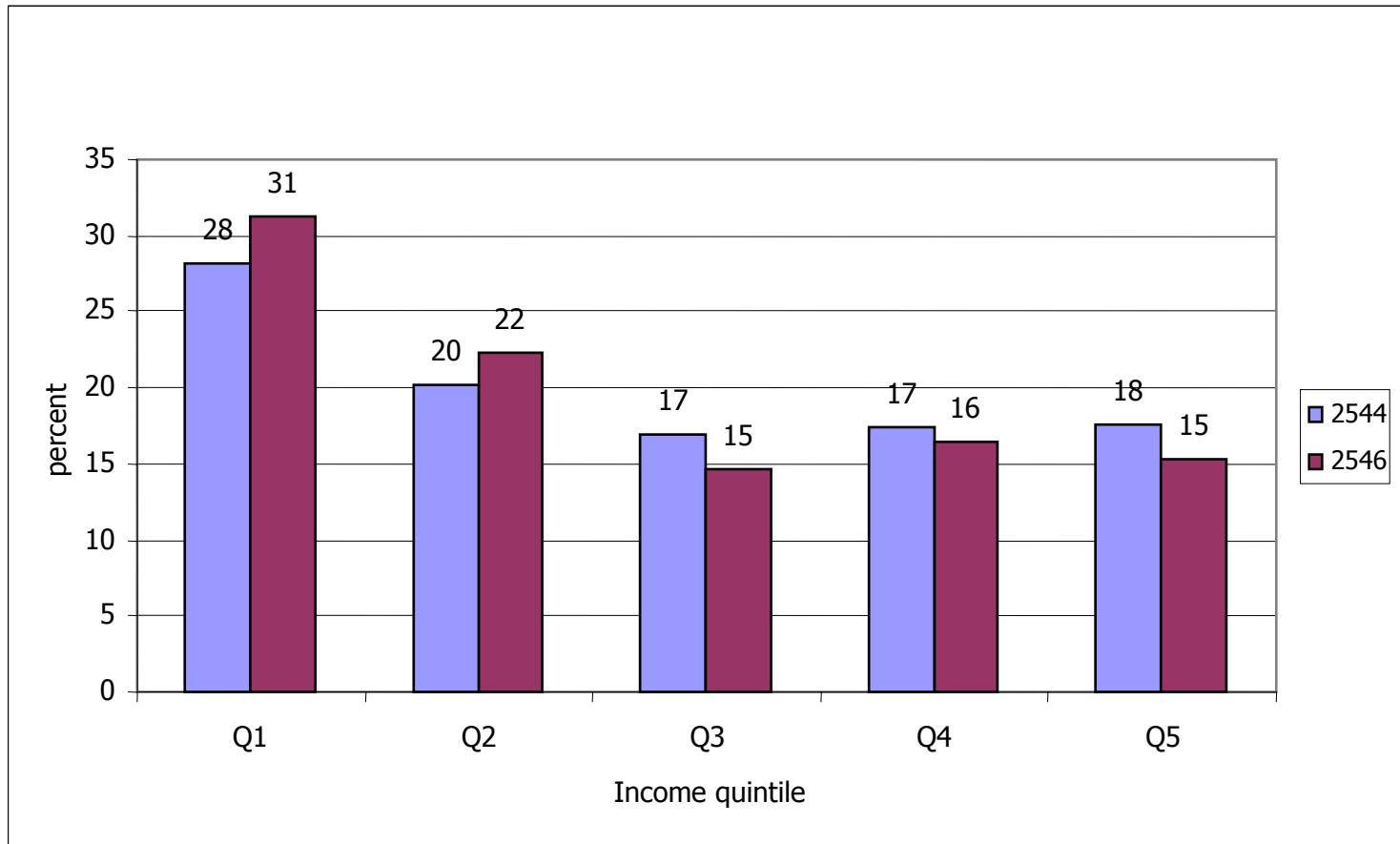
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของกลุ่มที่มีรายได้ต่อหัวประชากรแตกต่างกัน ระหว่างปี 2544 และ 2546



Concentration indices ของการให้บริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ปี 2544 และ 2546

ประเภทสถานพยาบาล	2544	2546
โรงพยาบาลชุมชน	- 0.3157	- 0.2934
โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป	- 0.0691	- 0.1375
โรงพยาบาลเอกชน	0.3199	0.3094
Overall hospitalization	- 0.0794	- 0.1208

สัดส่วนการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐในกลุ่มประชากรที่มีรายได้ต่อหัวแตกต่างกันระหว่างปี 2544 และ 2546



หมายเหตุ:

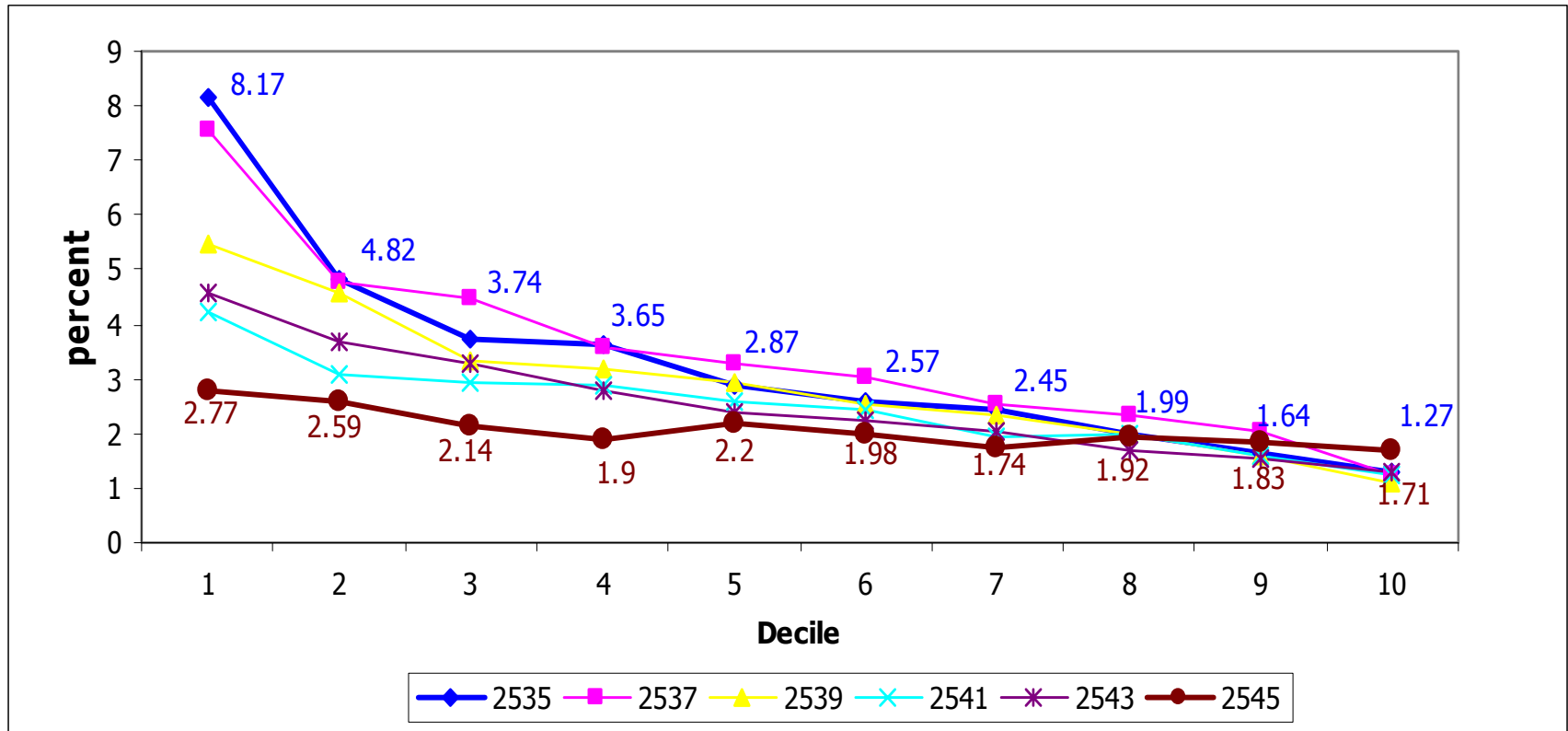
- ทรัพยากรสุขภาพภาครัฐที่สนับสนุนให้กับประชากรทั่วประเทศในปี 2544 มีมูลค่าประมาณ 58,733 ล้านบาท และในปี 2546 มีมูลค่าประมาณ 82,705 ล้านบาทของมูลค่า ณ ปีนั้นๆ
- Concentration indexes ของการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพภาครัฐในปี 2544 = -0.044 และของปี 2546 = -0.123

ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านอาหารระหว่างปี 2539-2545

ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านอาหาร	2539	2541	2543	2545
ร้อยละ 0 ถึง 0.5	31.9	33.2	34.5	41.2
ร้อยละ 0.5 ถึง 10	51.3	51.5	50.8	48.1
ร้อยละ 10 ถึง 25	11.9	10.9	11.0	7.6
ร้อยละ 25 ถึง 50	3.5	3.6	3.1	2.5
มากกว่าร้อยละ 50	1.4	0.8	0.7	0.5
รวมทั้งหมด	100.0	100.0	100.0	100.0

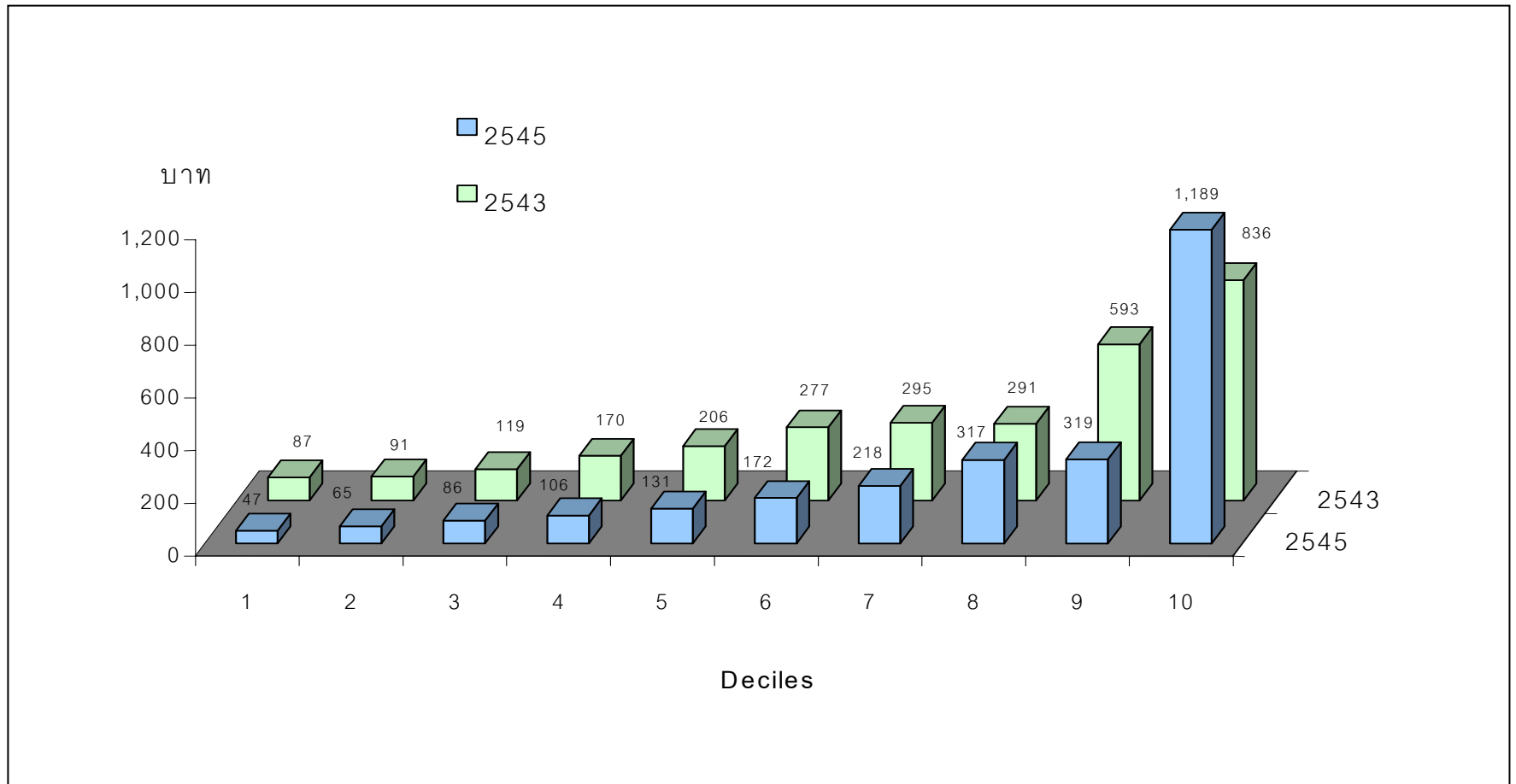
ที่มา: ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับรายรับของครัวเรือน ที่มีเศรษฐกิจแตกต่างกันระหว่างปี 2535-2545



ที่มา: Thailand Health Profile 1999-2000 และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนปี 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนก่อนและหลัง การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี 2543 และ 2545)



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนปี 2543 และ 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ข้อสรุปเบื้องต้นเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (1)

- ประชาชนที่มีเศรษฐฐานะยากจนสามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ
- ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) และระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน) มีลักษณะ pro-poor มากกว่าสถานพยาบาลระดับตติยภูมิและสถานพยาบาลเอกชน
- ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีลักษณะ pro-poor ก่อนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ pro-poor มากขึ้นภายหลังนโยบายฯ
- ประชากรที่มีเศรษฐฐานะยากจนสามารถใช้บริการสุขภาพและได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐเพิ่มมากขึ้นหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อสรุปเบื้องต้นเกี่ยวกับความเป็นธรรมทางสุขภาพ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2)

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีสภาพดีขึ้น เนื่องจาก:

- การขยายความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพไปสู่กลุ่มประชากรที่ยากจนและขาดหลักประกันสุขภาพ
- การลดอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (ประชาชนร่วมจ่ายเพียง 30 บาท)
- ชุดสิทธิประโยชน์ที่มีความครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานและการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพง
- การสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งประชาชนที่ยากจนในชนบทสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

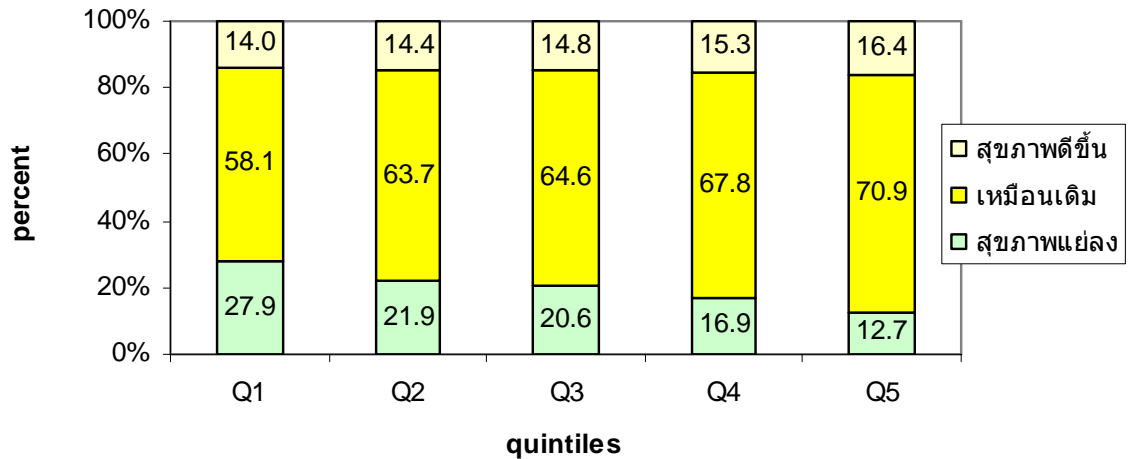


ปัจจัยที่ท้าทายต่อการสร้าง ความเป็นธรรมทางสุขภาพในอนาคต (1)

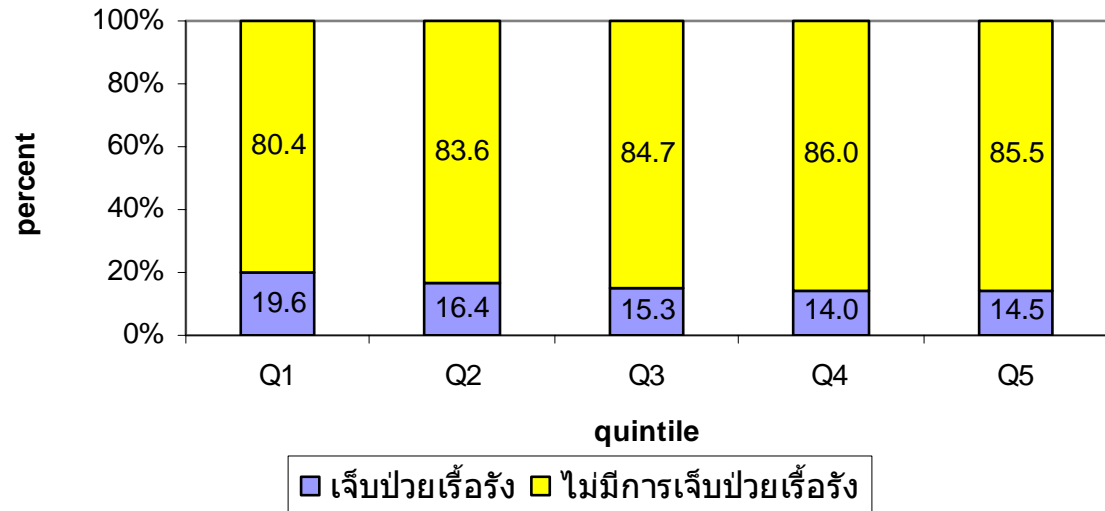
- ปัญหาการกระจายทรัพยากรสุขภาพ (โรงพยาบาล เต็มยง บุคลากร เครื่องมือ ฯลฯ) ที่ไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่
- ความแตกต่างของคุณภาพบริการสุขภาพที่ประชาชนได้รับ
- บริการทางการแพทย์ที่มีราคาแพงบางอย่างไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น บริการทดแทนไต (ฟอกเลือด) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ยาต้านไวรัส เอดส์กลุ่มที่ 2 (second-line ARV drug) เป็นต้น
- แบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปสู่โรคไม่ติดต่อและการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ

ความไม่เสมอภาคของ สถานะทางสุขภาพปี 2546

Perceived health status compared to last year by income quintiles in the 2003 HWS

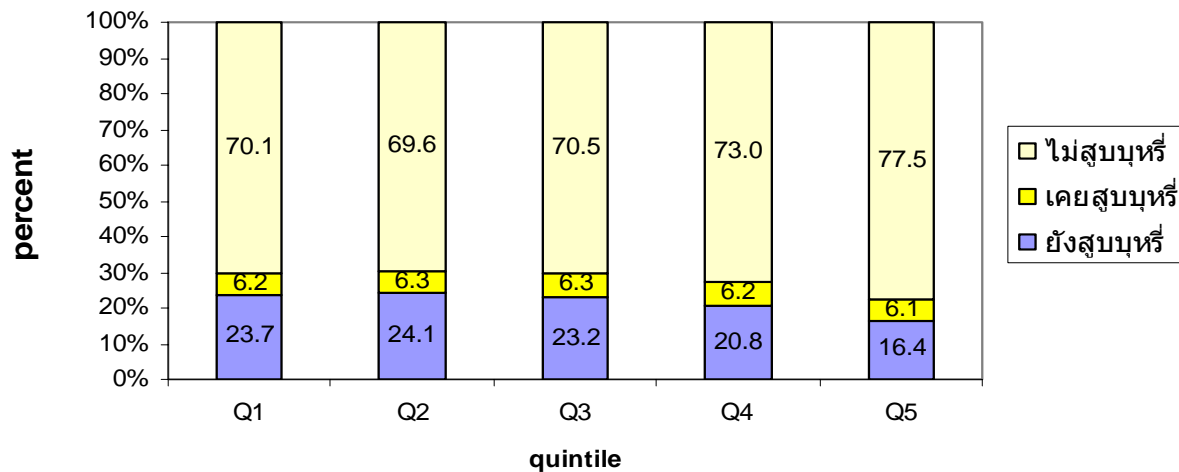


The prevalence of chronic disease by income quintile in the 2003 HWS



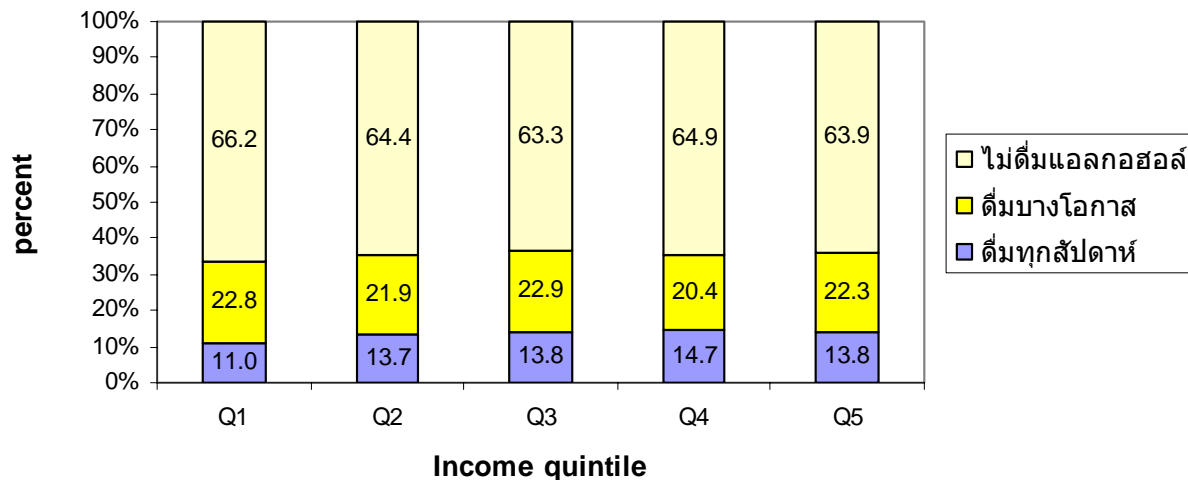
ที่มา:
การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ
ปี 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

The prevalence of cigarette smoking by income quintiles in the 2003 HWS



ความไม่เสมอภาคของพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ปี 2546

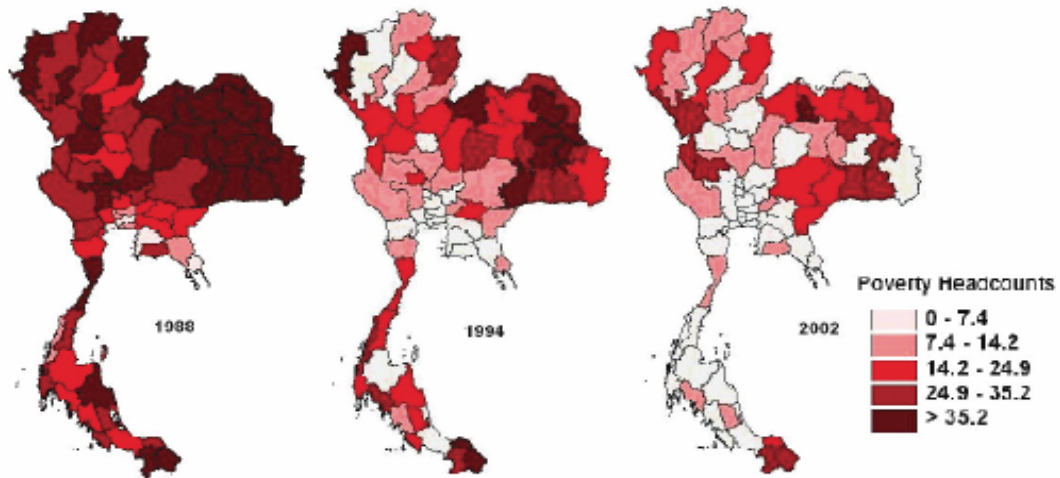
The prevalence of alcoholic drinking by income quintiles in the 2003 HWS



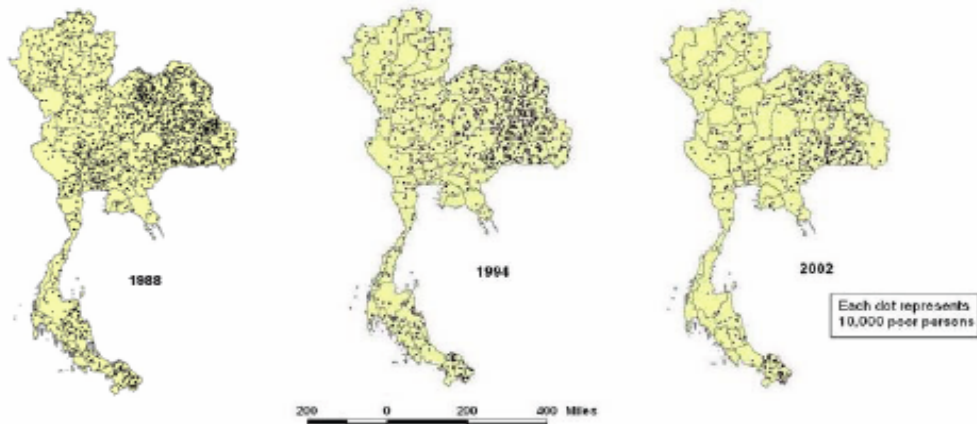
ที่มา:

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

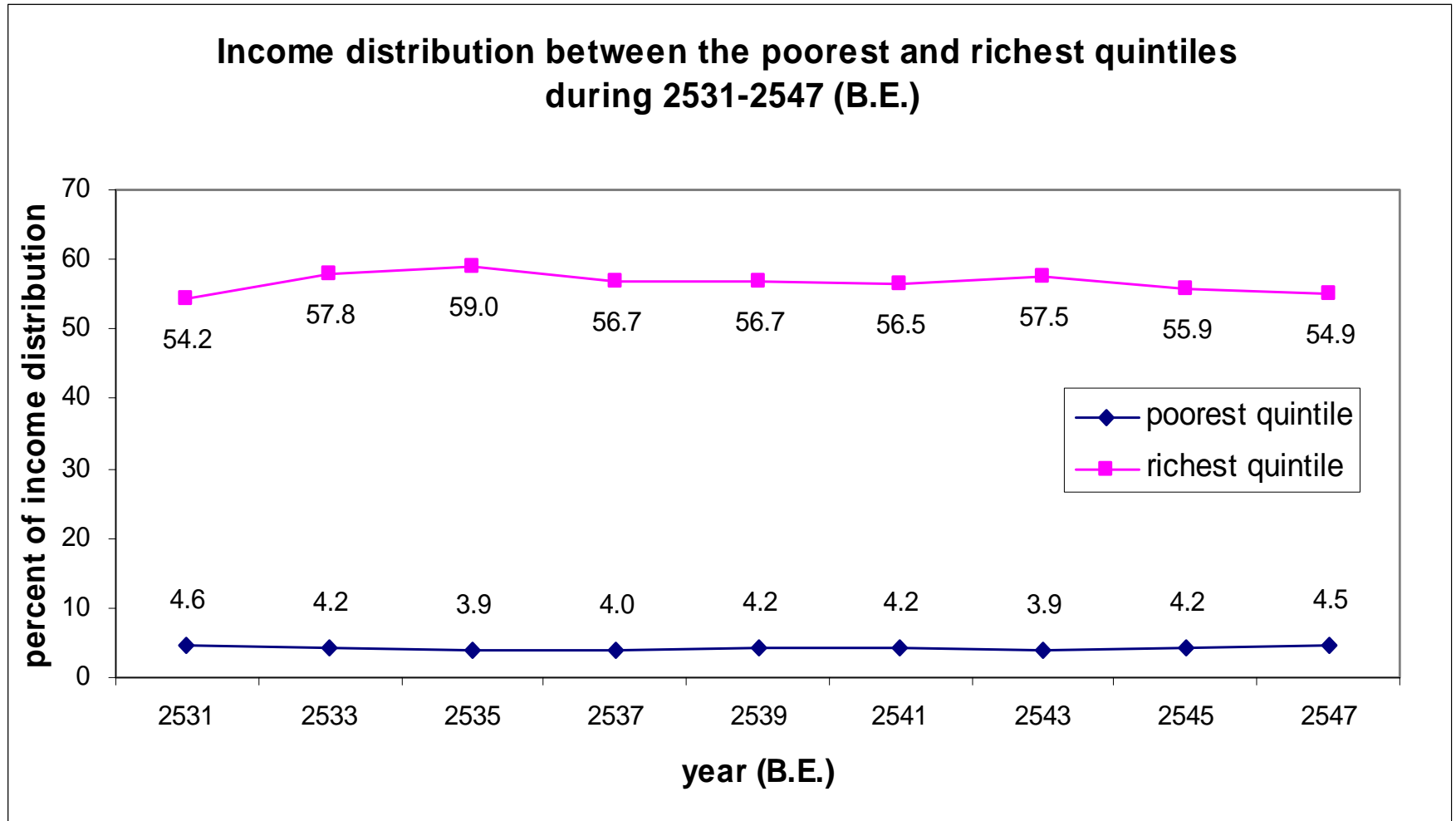
Poverty Mapping



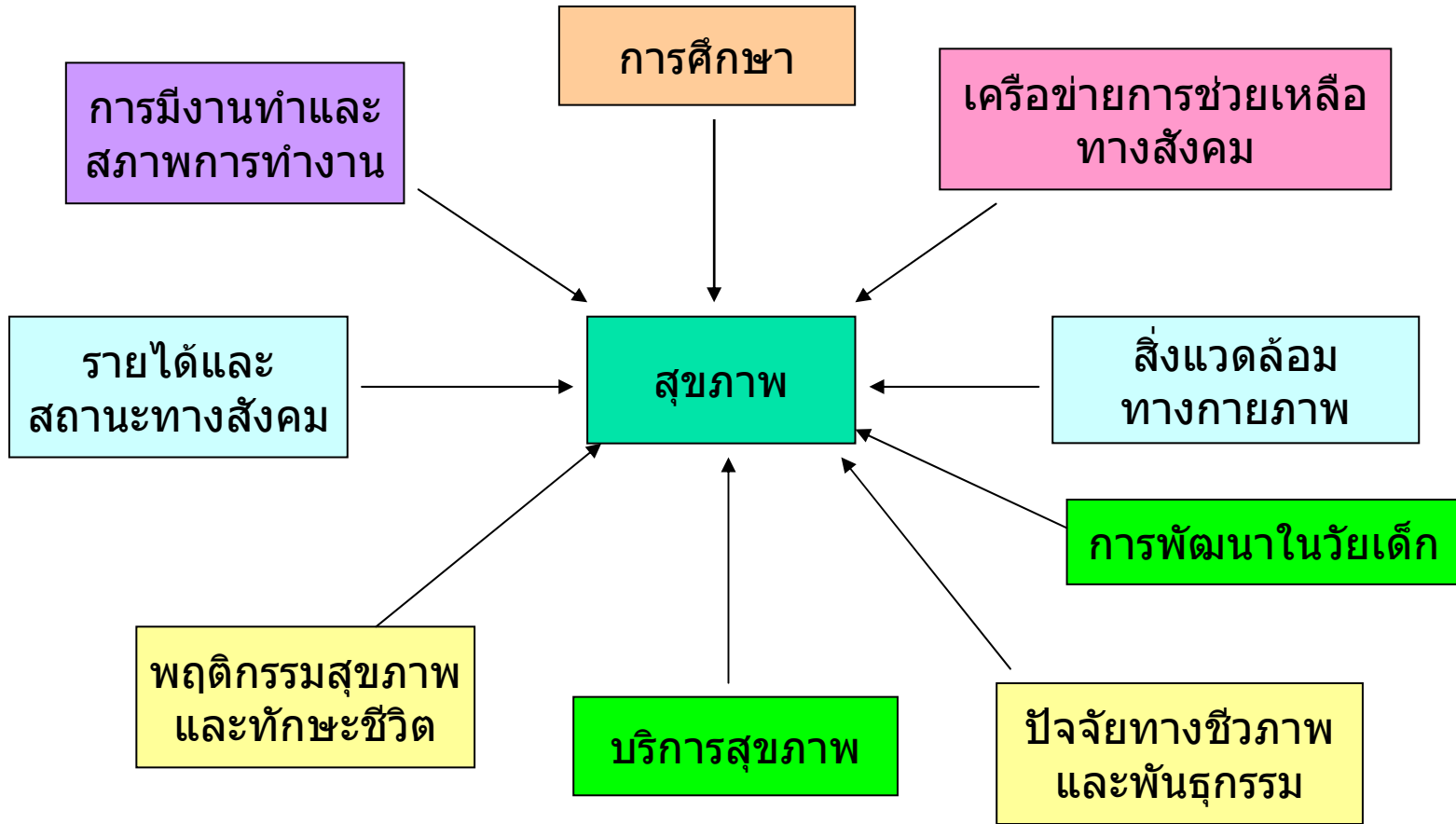
Poverty Map of Thailand
Number of poor persons



ช่องว่างระหว่างรายได้ของกลุ่มประชากรร้อยละ 20 ที่ยากจนที่สุด และร้อยละ 20 ที่ร่ำรวยที่สุด ระหว่างปี 2531-2547



ที่มา: ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ประมวลโดยกองประเมินผลการพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของประเทศแคนาดา
(Kwiatkowski and Ooi, 2001)



ลักษณะสำคัญของงานสุขภาพชุมชน

- เข้าใจ มิติทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน
- ดูแลองค์รวม อย่างต่อเนื่องและเข้าใจผู้ป่วย
- ใส่ใจ กับความทุกข์ยากและความเป็นมนุษย์ของผู้คน
- อุ้มใจ เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถและมีระบบส่งต่อที่ดี
- ภูมิใจ เจ้าหน้าที่และชาวบ้านมีความภูมิใจในงานบริการปฐมภูมิ
- ใกล้ชิด ทำงานใกล้ชิดกับทุกภาคีและทุกภาคส่วนในชุมชน
- มีส่วนร่วม ในการตัดสินใจและขับเคลื่อนนโยบายทางสุขภาพ

บทบาทของระบบสุขภาพชุมชนกับความเป็นธรรม ทางสุขภาพ

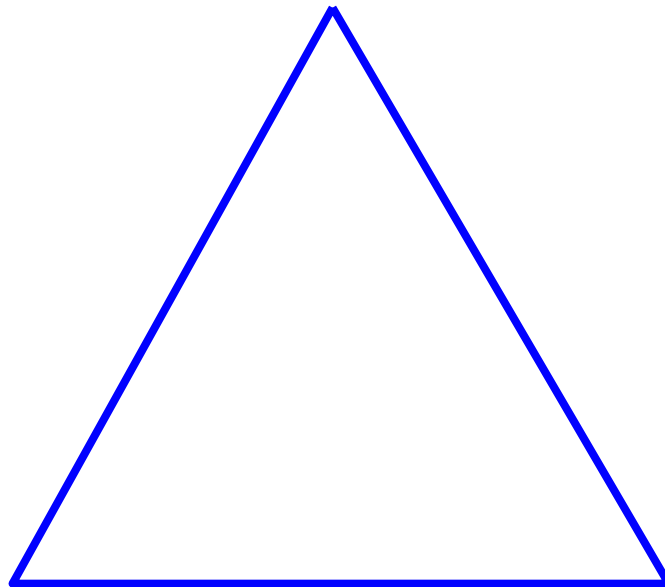
- สามารถช่วยแก้ไขปัญหาค่าความไม่เพียงพอของการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพของรัฐ เช่น
 - ให้ทุนการศึกษาแก่เด็กนักเรียนในพื้นที่เพื่อศึกษาต่อในสาขาวิชาชีพที่ขาดแคลน
 - การจัดซื้อและจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ขาดแคลน
- การระดมทรัพยากรของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและการรณรงค์ด้านสุขภาพของชุมชน
- สร้างค่านิยมในการมีส่วนร่วม ให้คนรู้จักการแบ่งปัน เสียสละ
- มีความเข้าใจมิติทางด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยต้องสนับสนุนและพัฒนาสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเนื่องจากเป็นระบบบริการที่คนยากจนจะได้รับประโยชน์และช่วยสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ
- รัฐต้องเร่งแก้ไขความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรสุขภาพ เช่น บุคลากร เต็มยง เครื่องมือ และงบประมาณ
- รัฐต้องเปลี่ยนยุทธศาสตร์ไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- ความซับซ้อนของปัญหาทางสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการเจ็บป่วยเป็นโอกาสในการพิสูจน์บทบาทของระบบสุขภาพชุมชนซึ่งมีจุดแข็งในการเผชิญกับสภาพปัญหาดังกล่าว

แนวคิดสามเหลี่ยมเชื่อมโยงนงูเขา : ศ.นพ.ประเวศ วะสี

ความรู้ (KNOWLEDGE)



**การเคลื่อนไหวทางสังคม
(SOCIAL MOVEMENT)
ประชาคม (CIVIL SOCIETY)**

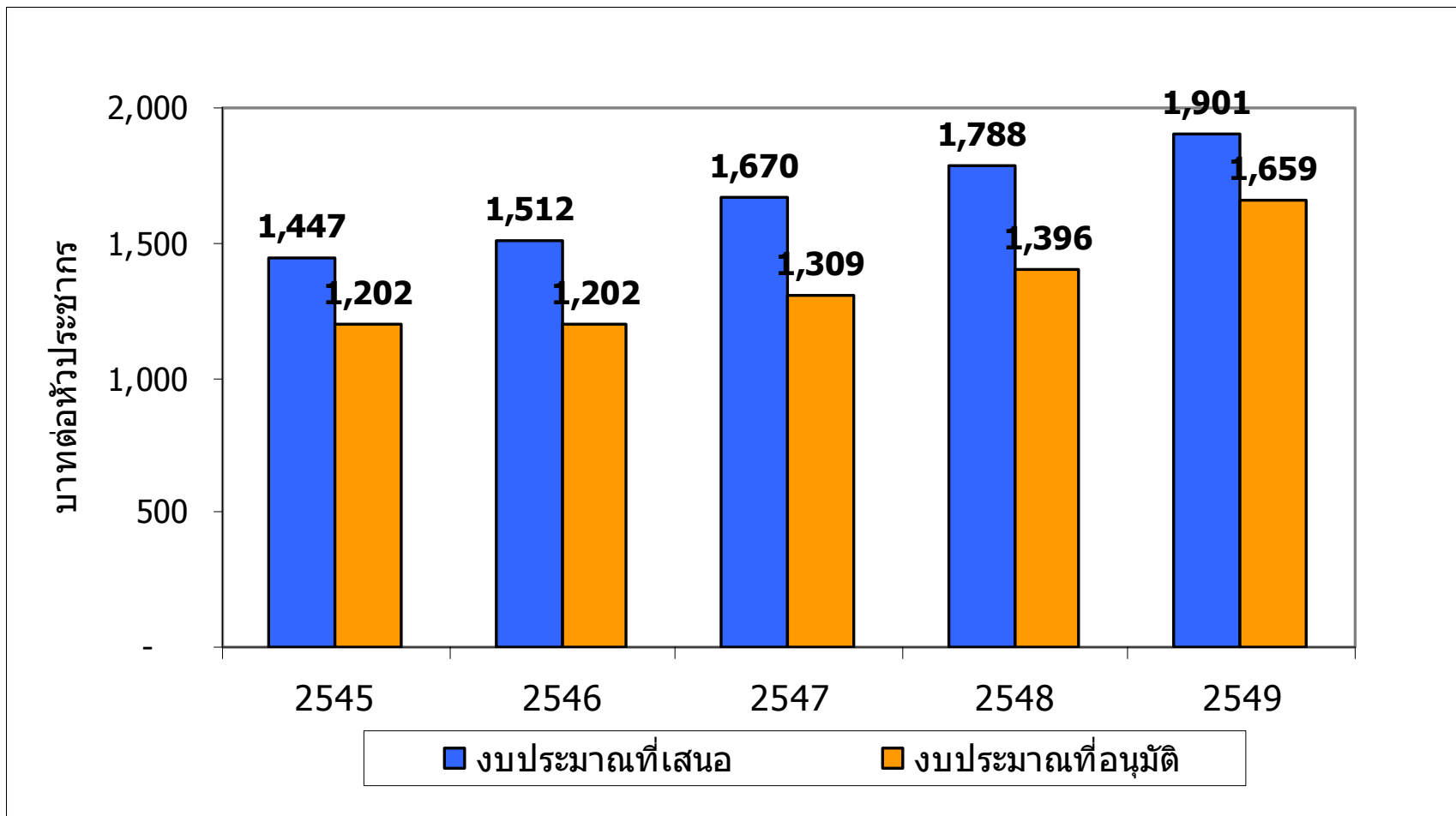
**พลังทางการเมือง
(POLITICAL MOVEMENT)**

กิตติกรรมประกาศ

- กระทรวงสาธารณสุข
- กองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว)
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)



ความแตกต่างระหว่างงบประมาณที่นำเสนอกับงบประมาณที่ได้รับการอนุมัติจากรัฐบาล ระหว่างปี 2545-2549



หมายเหตุ งบประมาณที่นำเสนอคำนวณจากอัตราการใช้บริการสุขภาพและต้นทุนต่อหน่วยของการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลระดับต่างๆ แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ทำให้เกิดความแตกต่างดังกล่าว