

HSRI

พื้นที่แบ่งปันความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556

FORUM



1 ปี

รักษาจุดเงิน
มาตรฐานเดียว



www.hsri.or.th



สวัสดีครับ HSRI FORUM ฉบับนี้ มีสาระความรู้ในแวดวงระบบสุขภาพ มาฝากเช่นเคย โดยฉบับนี้ได้ถือเอาวาระครบรอบ 1 ปีของการประกาศนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ ใกล้เคียงที่ไหน ไปที่นั่น" มาเป็นประเด็นของการนำเสนอ นโยบายนี้เป็นการนำร่องบูรณาการการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ ให้มีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานและระบบมาตรฐานเดียวกันใน "ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน" ที่ต้องการสร้างความเป็นเอกภาพและลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของ 3 กองทุน การขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวมีรูปธรรมความสำเร็จเป็นไปดั่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ อย่างไร ติดตามได้จากรายงานพิเศษที่ได้ประมวลผลการศึกษาโครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้นโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน" ทั้งสาระสำคัญในแง่ของการเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ และข้อเสนอแนะที่น่าติดตาม

นอกจากนั้น ยังเข้มข้นด้วยเนื้อหา ซึ่งเป็นควันทรงจากงานประชุมวิชาการการวิจัยระบบสาธารณสุข ประจำปี 2556 ที่ สวรส. ได้จัดไปในช่วงปลายเดือนเมษายนที่ผ่านมา ชวนคุณผู้อ่านติดตาม "กลไกอภิบาลระบบหลักประกัน สันทางสู่การลดความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ" องค์ความรู้จากงานวิจัยของ ดร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ จากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ซึ่งได้ช่วยแนะเส้นทางลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความยั่งยืนให้กับระบบประกันสุขภาพ ตามด้วยผลงานวิจัยของนักวิจัยรุ่นใหม่ไฟแรง นิกธ ฮอร์เจริญ จาก รพ.ศต.คลองมะเดื่อ จ.สมุทรสาคร ที่หยิบปัญหาท้าทายในเรื่อง "ทุนนิยม แรงงานข้ามชาติ และวัฒนธรรม" มานำเสนอในเกาะกล่องงานวิจัย

พร้อมกับการแนะนำค้นแบบการดูแลสุขภาพ ผลผลิตต่อยอดจากผลงานวิจัย R2R ดีเด่นจาก สวรส. เมื่อปี 2555 ของ รพ.ศต.บางไผ่ จ.พิจิตร ที่ปัจจุบันกลายเป็นที่เลื่องเรื่องการดูแลผู้ป่วย

เบาหวานในชุมชนให้กับหน่วยงานสาธารณสุขหลายแห่ง ที่เดินทางมาเรียนรู้ดูงานกันอย่างมากมาย ซึ่งได้นำองค์ความรู้ไปพัฒนาและปฏิบัติจริง ก่อนส่งท้ายเล่มด้วยการเปิดห้องรับแขกโดยเชิญนักวิจัยสาวรุ่นใหม่ที่มีหัวใจรักงานวิจัยเต็มร้อย "ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรณารักษ์" มาเล่าเรื่องราวความคิคมุมมองในการทำงานและการใช้ชีวิตในมุมเบาๆ

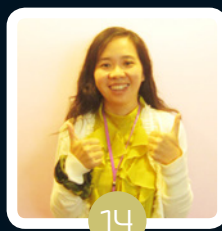
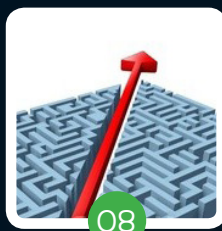
สุดท้าย สำหรับฉบับนี้ผมได้เสนอมุมมองเกี่ยวกับ "ระบบวิจัยสุขภาพในทศวรรษหน้า" ไว้ใน "ไฮไลท์ระบบสุขภาพ" ที่ต้องการให้เห็นถึงความสำคัญของ "ระบบวิจัย" ที่เปรียบเสมือน "สมอง" ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาประเทศ เนื้อหาจะเป็นอย่างไรนั้น พลิกอ่านกันได้ฉบับนี้ สวัสดีครับ ▲



นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข
รักษาการผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ CONTENT

- 03 ระบบวิจัยสุขภาพในทศวรรษหน้า
- 04 1 ปี รักษาฉุกเฉิน มาตรฐานเดียว "ความเหลื่อมล้ำ" ในระบบสุขภาพ
- 08 กลไกอภิบาลระบบ : เส้นทางลดความเหลื่อมล้ำ
- 10 ทุนนิยม แรงงานข้ามชาติ และวัฒนธรรม
- 12 จากวิจัย R2R รพ.ศต.บางไผ่ : สู่ค้นแบบการดูแล (กันเอง) ในผู้ป่วยเบาหวาน
- 14 วิจัย...อย่างน้อยช่วยชีวิตซึ่งร้องเป่า ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว
- 15 เกาะกระแส สวรส.



จัดทำโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ปรึกษา นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข ภก.สรชัย จำเนียรดำรงการ บรรณาธิการ นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข กองบรรณาธิการ นิธิภา อุดมสาส์น จิตติมา นวชินกุล ศุภชาติ สนธิบุษ น้อมรับคำติชม พร้อมเปิดกว้างรับทุกความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับระบบวิจัยสุขภาพ ที่ hsri@hsri.or.th ติดตามข่าวสารและกิจกรรมที่น่าสนใจได้ที่ <http://www.facebook.com/hsri-thailand>



ระบบวิจัยสุขภาพ ในทศวรรษหน้า



นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข



ถ้าเปรียบสมองคือ อวัยวะสำคัญของมนุษย์ เป็นกลไกที่ทำให้มนุษย์ดำเนินชีวิตไปข้างหน้าได้

"ระบบวิจัย" ก็คือ "สมอง" ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของประเทศ ฉะนั้นหากต้องการให้สังคมเดินไปในแบบไหน หรือต้องการพัฒนาประเทศไปในทิศทางใด งานวิจัยจะเป็นตัวกำหนดทำให้ทางเดินนั้นชัดเจนมั่นคงยิ่งขึ้น บนภารกิจของการสร้างสังคมด้วยข้อมูลทางวิชาการ บนฐานของการสร้างสมดุลของการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และความสุขของประชาชน จำเป็นต้องออกแบบระบบวิจัยให้เหมาะสมเพื่อทำหน้าที่ของมันได้อย่างสมบูรณ์ โดยสิ่งสำคัญคือการนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยนี้ไปสู่การปฏิบัติให้ได้มากที่สุด

ในภาพรวมของระบบวิจัย ผมอยากเห็นระบบที่เน้นการ **"สร้างคน"** เพราะทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการพัฒนา เป้าหมายไม่ควรจำกัดแค่การเพิ่มจำนวนและพัฒนาศักยภาพ **"นักวิจัย"** เท่านั้น แต่ผมอยากเห็นระบบที่ขยาย **"การวิจัย"** และ **"การจัดการความรู้"** ให้ครอบคลุมกว้างขวางไปถึงการส่งเสริมประชาชนให้เกิด **"วัฒนธรรมการสร้างและใช้ความรู้"** รวมถึงปฏิรูประบบ **"การศึกษา"** ให้เป็นระบบเน้น **"การเรียนรู้"** และสร้างแรงจูงใจในการใฝ่เรียนรู้ มากกว่าระบบการ **"ท่องจำ"**

ก่อนอื่นต้องเข้าใจว่า **"ระบบสุขภาพ"** เป็นเรื่องเกี่ยวกับสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ นิยยะทางเศรษฐศาสตร์ **"สุขภาพและบริการสุขภาพ"** จึงไม่ใช่ **"สินค้า"** ปรกติ ที่สามารถใช้กลไกตลาดมาเชื่อมโยงให้เกิดความเป็นธรรมและประสิทธิภาพสูงสุดได้ จึงเป็นที่มาของคำตอบจากคำถามที่ว่า ทำไมรัฐบาลจึงควรเข้ามาดูแล 3 กองทุนสุขภาพด้วยตนเอง นั่นเพราะบริการสุขภาพเป็นบริการสาธารณะที่มุ่งหวัง เน้นความเป็นธรรม เท่าเทียมกันถ้วนหน้า

ดังนั้น การวิจัยสุขภาพ จึงต้องเน้นประโยชน์สาธารณะมากกว่าประโยชน์ของปัจเจกชน นอกจากจำเป็นต้องลงทุนแล้ว ผู้ลงทุนหรืองบประมาณควรมาจากภาครัฐเป็นหลัก แต่การลงทุนพัฒนาและวิจัย (R&D) จากภาคเอกชนก็เป็นส่วนเสริม เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญในการพัฒนาเทคโนโลยีซึ่งต้องรักษาสมดุลให้ได้ เช่น มีการควบคุมกำไรจากนวัตกรรมต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งภาครัฐอาจอุดหนุนการวิจัยของภาคเอกชนเพื่อจูงใจให้ดำเนินการและส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อสังคม (social entrepreneur)

โดยทั่วไป งบวิจัยทุกสาขาของประเทศควรอยู่ที่ 2% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ที่ 0.2% ของ GDP อนาคตในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 จะตั้งงบไว้ 1% ถ้าคิดเป็นสัดส่วน ว่าภาครัฐลงทุน 50% เอกชน 50% ก็เท่ากับเราเริ่มวิจัยเพิ่มขึ้นกว่าปัจจุบันเกือบเท่าตัวแล้ว แต่การเพิ่มทุนวิจัยนี้ ถ้าเพิ่มทันทีก็จะไม่สอดคล้องกับกำลังคน ปัญหาเฉพาะหน้าคือ การสร้างนักวิจัย ซึ่งวิธีที่เราใช้ คือ คัดเลือกคนที่สนใจเป็นนักวิจัยมาทำงานวิจัยก่อน เมื่อพร้อมแล้วจึงส่งไปเรียน อย่างนี้อัตราการคงตัวของนักวิจัยสูง ซึ่งผมอยากแนะนำองค์กรวิจัยทั้งหลายให้ปฏิบัติในแนวทางนี้

หากจุดมุ่งหมายของการวิจัย คือ เพื่อสนับสนุนการพัฒนา จำเป็นต้องสร้างระบบการจัดการงานวิจัยหรือการจัดการความรู้ที่คล่องตัวมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้การพัฒนา รวมทั้งพัฒนา **"ผู้จัดการงานวิจัย (RM)"** และ **"ผู้จัดการความรู้ (KM)"** ให้เกิดขึ้นในทุกๆ องค์กร

ผมคิดว่า ระบบสุขภาพก็ต้องสร้างคน สร้างงานวิจัย และมีกรอบหรือทิศทางของการวิจัยในเรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ที่ควรส่งเสริมให้มีการวิจัยอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยไม่ใช่มุ่งอยู่ที่แง่ของการเข้าถึงบริการเท่านั้น ยังมีแง่มุมเรื่องสังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ และที่สำคัญ ต้องขยายแนวคิดการวิจัยจากงานประจำ (R2R) ให้กว้างขวางออกไป โดยทำให้นักวิจัยสนใจมากยิ่งขึ้น และการสนับสนุนต่อเนื่องให้เกิดนักวิจัยอาชีพ

เราต้องยอมรับและเล็งไม่ได้ที่จะพูดว่า ระบบการเมืองขาดความเป็นธรรมและจริยธรรมที่นำมาซึ่งปัญหาต่างๆ ดังนั้นอีกหนึ่งประเด็นใหญ่ที่ต้องใส่ใจ คือ การมองทั้งระบบ โดยต้องพิจารณาไปถึงว่าเราจะมีกรอบนโยบายระบบให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ได้อย่างไร เพื่อนำไปสู่ระบบที่เป็นธรรมและยั่งยืน โดยต้องเป็นระบบที่มีการเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญตั้งแต่วันนี้

สรรส. เป็นกลไกวิชาการที่ยึดหลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา มีการดึงภาคประชาชน การเมืองมาร่วมด้วยเสมอ ยกเว้นบางเรื่องที่เป็นวิชาการ ที่เน้นทักษะ ความชำนาญขั้นสูงก็จะจำกัดวงตั้งแต่กลุ่มภาคประชาชนลงไป แต่เมื่อทำวิจัยเสร็จได้ผลแล้ว ทุกครั้งก็จะนำเสนอต่อสาธารณะ ซึ่งเป็นส่วนของการเชื่อมโยงงานวิจัยไปสู่การนำไปใช้ สรรส. พยายามเชื่อมโยงปัญหาและตอบสนองต่อสถานการณ์ปัจจุบัน เช่น ล่าสุดมีการจัดเวทีสาธารณะแลกเปลี่ยนเรื่อง P4P ในเชิงสร้างสรรค์ ว่าควรเป็นอย่างไร มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง เพื่อนำความรู้ที่ได้จากงานวิจัยไปใช้พัฒนาเพื่อการบรรลุเป้าหมายต่อไป

ระบบวิจัยสุขภาพในทศวรรษหน้าจะเป็นสมองที่มีประสิทธิภาพ...พร้อมเชื่อมโยงกับร่างกายอันหมายถึง การนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาหรือการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเท่าทันสถานการณ์ ▲



1 ปี รักษาฉุกเฉิน มาตรฐานเดียว



ผ่านมาเป็นเวลา 1 ปีแล้ว กับนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน" ที่รัฐบาลได้เริ่มต้นคืบหน้าร่องไปเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2555 มีกรอบแนวคิดที่ต้องการสร้างความเป็นเอกภาพและลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพภาครัฐใน 3 กองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยรัฐบาลได้ประกาศไว้ว่า "เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ โกลัที่ไหนไปที่นั่น" เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนว่าทุกชีวิตสามารถเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลทุกแห่ง รวมถึงสถานพยาบาลเอกชน โดย...

- ไม่ถูกทวงถามสิทธิ
- ไม่ต้องสำรองค่ารักษาพยาบาล
- ไม่ถูกป้ายเบี่ยงการรักษา
- ที่สำคัญคือ การได้รับการดูแลรักษาจนกว่าอาการจะทุเลาและกลับบ้านได้ หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน

มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็น Clearing House หรือหน่วยงานกลางในการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่ร่วมให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยในระดับฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตไปก่อน จากนั้นค่อยไปเรียกเก็บกับกองทุนที่ผู้ป่วยมีสิทธิอยู่ในภายหลัง ทั้งนี้ทางภาครัฐจะจ่ายค่าชดเชยตามอัตราค่าบริการที่ได้ตกลงกันไว้ทั้ง 3 กองทุน

การประกาศนโยบายดังกล่าว นับเป็นห้วงจังหวะของการก้าวเข้าสู่ทศวรรษที่ 2 ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ทางรัฐบาลมุ่งลดความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพให้มีซุคสิทธิประโยชน์พื้นฐานและระบบมาตรฐานการบริการและระบบชดเชยเดียวกันใน "ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน" การขับเคลื่อนนโยบายที่เวียนมาครบ 1 ปีนี้ ผลลัพธ์เป็นไปดั่งที่คาดหวังไว้หรือไม่? จึงต้องมีการประเมิน

HSRI FORUM ฉบับนี้ มีรายงานพิเศษจากผลการศึกษา **โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้ต้นนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน"** โดยคณะวิจัยที่นำโดย ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ภายใต้การสนับสนุนและร่วมสังเคราะห์ผลการศึกษา พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ค้นพบหลักฐานที่สะท้อนการเข้าถึงบริการและคุณภาพการบริการ นำไปสู่ข้อเสนอแนะที่น่าติดตาม ทั้งนี้คณะวิจัยได้ลงมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2555



นิยาม "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ กู้ถึงทุกคน"

เจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรค ได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการบ่งชี้ว่าจะเป็นอาการที่คุกคามต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง ทางเดินหายใจ ต้องดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด เพราะอาจทำให้เสียชีวิตได้ทันที เช่น หัวใจหยุดเต้น หอบหืดขั้นรุนแรง มีการร้าวของกล้ามเนื้อหัวใจและเส้นเลือดใหญ่ หมดสติ ไม่รู้สึกตัว สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นหลอดลมทั้งหมด อุบัติเหตุรุนแรงบริเวณใบหน้าและลำคอ มีเลือดออกมาก ภาวะช็อกจากการเสียเลือดหรือขาดน้ำอย่างรุนแรง แขน ขา อ่อนแรง พุดไม่ชัด ชักตลอดเวลา หรือชักจนตัวเขียว มีไข้สูงกว่า 40 องศาเซลเซียส ถูกสารพิษ สัตว์มีพิษกัด หรือได้รับยามากเกินขนาด ถูกสุนัขกัดบริเวณใบหน้าและลำคอ เป็นต้น

รักษาทุกที่ หมายถึง สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันที ทุกพร.ทั้งรัฐและเอกชนที่ใกล้ที่สุด โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิก่อนการรักษา ไม่ต้องสำรองจ่ายค่าบริการพยาบาล ไม่ถูกบ้ายเบี่ยงการ รักษา และได้รับการดูแลรักษาจนกว่าอาการจะทุเลาลง

กู้ถึงทุกคน หมายถึง ผู้ที่มีสิทธิของ 3 กองทุน ประกอบด้วย กลุ่มข้าราชการและครอบครัว (ประมาณ 5 ล้านคน) จากกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง กลุ่มลูกจ้างพนักงาน (ประมาณ 10 ล้านคน) จากกองทุนประกันสังคม และกลุ่มประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ประมาณ 48 ล้านคน) จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อค้นพบจากงานวิจัย : ความสำเร็จและปัญหา

ผลการศึกษาผลลัพธ์ที่สำคัญของนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ กู้ถึงทุกคน" พบว่า มีโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมให้บริการตั้งแต่เดือน เมษายน - กันยายน 2555 จำนวน 215 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 61 จากโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 353 แห่ง) เป็นโรงพยาบาลเอกชนใน กทม. จำนวน 65 แห่ง ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยจากโปรแกรม Emergency Claim Online หรือ EMCO (เป็นข้อมูลการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าบริการในระบบฉุกเฉิน) มีผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน 7,805 ราย โดยมีบันทึกชัดเจนจำนวน 7,717 ราย ตามเกณฑ์ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) กับ ฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) แบ่งเป็นผู้ป่วยนอก ร้อย 17 และผู้ป่วยใน ร้อยละ 83 โดย 5 อันดับอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ได้แก่ แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย หมดสติ ปวดท้อง และบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ

รายงานระบุว่า ในแง่ความสำเร็จ **"ด้านการเข้าถึงบริการ"** คือ โครงการนี้ให้บริการครอบคลุมประชากรทั่วประเทศอย่างที่รัฐบาลคาดหวัง เมื่อประชาชนไม่ว่าจะมีสิทธิอยู่ในกองทุนใดก็ตามเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการของ รพ.เอกชน ที่อยู่นอก ระบบเบิกจ่ายเดิมของ 3 กองทุนฯ ได้ โดยที่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการภายใต้การดูแลของกรมบัญชีกลาง ใช้บริการช่องทางนี้มากกว่าค่าเฉลี่ยของทุกสิทธิ 5 เท่า แนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นนี้ สอดคล้องกับจำนวนการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ไม่แยก รพ.รัฐและเอกชน) ที่เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงเดียวกันของปี 2554

"อนุমানได้ว่านโยบายนี้ประสบความสำเร็จในการขยายช่องทางการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินของ รพ.เอกชน และเป็นก้าวแรกของการขยายการรับรู้เกี่ยวกับบริการของ รพ.เอกชน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน"

อย่างไรก็ตาม ใน **"ด้านการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ"** พบปัญหาหลากหลายประเด็น จากการสุ่มสัมภาษณ์ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่นอนรักษาตัวใน รพ.เอกชน พบว่าสัดส่วน ผู้ป่วยในทุกสิทธิที่ต้องสำรองจ่ายค่าบริการพยาบาลล่วงหน้าเกือบครึ่งหนึ่ง จากหลายสาเหตุ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่รับรู้สิทธิ ไม่ทราบหมายเลขโทรศัพท์ร้องเรียนหรือสอบถาม ที่สำคัญคือ ค่าชดเชยจากรัฐในโครงการนี้ต่ำกว่าที่ รพ.เอกชน จะรับได้ รพ.จึงมักเรียกเก็บเงินจากผู้ใช้บริการหรือให้สำรองจ่ายไปก่อน โดยอ้างว่าไม่เข้าข่ายการเจ็บป่วยฉุกเฉินเนื่องจากปัจจุบันนิยามภาวะฉุกเฉินยังคลุมเครือ ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วย ค้อยโอกาส เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้อาศัยในชุมชนแออัด กังวลต่อการถูกเรียกเก็บค่าบริการ มีเพียงครึ่งเดียวที่เลือกไป รพ.เอกชน แม้ว่าจะตกอยู่ในภาวะฉุกเฉินก็ตาม

ส่วน **"ประเด็นเชิงระบบสารสนเทศ"** มี 2 ประเด็นใหญ่ คือ 1.ระบบสารสนเทศในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะรองรับ การประเมินคุณภาพบริการ ปัญหานี้พบจากการตรวจสอบคุณภาพบริการ การวิเคราะห์เฉพาะพื้นที่สืบค้นได้ในกลุ่มโรคภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และภาวะหัวใจล้มเหลว มีข้อมูลละเอียดเพียงพอให้วิเคราะห์ เพียงร้อยละ 10 ของ เวชระเบียนทั้งหมด ดังนั้น จำเป็นต้องมีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพบริการผู้ป่วยฉุกเฉินโดยหน่วยงานภายนอกตาม มาตรฐานวิชาชีพ ประเด็นที่ 2 คือ **"ระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน"** ปัจจุบันไม่มีระบบสารสนเทศที่รองรับการติดตาม การรักษาตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสิ้นสุดการรักษาแล้ว ซึ่งทำให้ไม่รู้ว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพียงใด ทั้งยังพบว่า เมื่อพ้นวิกฤติแล้วและต้องส่งต่อก็มักมีปัญหาเรื่องการหาเตียงรองรับ โดย รพ. เอกชนประสบปัญหาการหาเตียงให้ผู้ป่วยกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมากที่สุด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่มี รพ.ต้นสังกัด



ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา : ทิศทางในการพัฒนา

ครบ 1 ปี ของระบบบริการฉุกเฉินมาตรฐานเดียว แม้ว่าสังคมจะยอมรับโดยชื่นชม นโยบายนี้เป็นอย่างดี แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดที่ต้องพัฒนา ซึ่งคณะผู้วิจัยได้เสนอทางออกไว้ในหลายประเด็น ดังนี้

ประเด็นความไม่ชัดเจนในนิยามของคำว่า "ฉุกเฉิน" แม้จะมีการแบ่งออกเป็นสีเขียว สีเหลือง และสีแดง แต่ก็ยังคลุมเครือ ปล่อยให้โรงพยาบาลเป็นผู้วินิจฉัยเอง จนไม่สามารถแยกได้ว่า กลุ่มใดสามารถเรียกเก็บค่าบริการได้นั้น ขณะเดียวกันนิยามของกรณี "พันวิฤต" ก็ไม่ได้กำหนดให้ชัดเจน จนกลายเป็นปัญหา เมื่อโรงพยาบาลต้องตัดสินใจส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลต้นสังกัด โดยเฉพาะผู้ป่วยสิทธิข้าราชการที่ไม่มีโรงพยาบาลต้นสังกัดเป็นของตัวเอง

ศ.นพ.ไพบุลย์ ให้ความเห็นว่า "การถามหาปริมาณที่ชัดเจนมองได้ 2 แบบ คือ 1) มองแบบเป็นโรค แบบนี้จะได้รายการของโรคไม่สิ้นสุด 2) มองที่อาการเจ็บป่วย เป็นวิธีคิดที่ สปสช. ไม่ได้ใช้ แต่ดูเหมือนโรงพยาบาลเอกชนและผู้เชี่ยวชาญในสมาคมต่างๆ เข้าใจตรงกัน คือ มองที่อาการเจ็บป่วย เช่น เลือดออกจวนช็อก หมดสติ ซึ่งเป็นโจทย์ของคนทำงานแพทย์ห้องฉุกเฉิน ที่ต้องทำรายการและเกณฑ์ออกมาให้ชัดเจน เพราะนอกจากจะเป็นเกณฑ์การปฏิบัติแล้ว ยังมีนัยยะต่อมาตรฐานงานแพทย์ฉุกเฉินด้วย คือ การดูแลให้พันภาวะวิกฤติ ก่อนการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางรักษาต่อ

เช่นเดียวกัน นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ผู้ร่วมวิจัยกล่าวว่า การแก้ปัญหาคือต้องทำให้เกิดความชัดเจนเรื่องของนิยาม และมีการกำหนดเกณฑ์การพ้นจากภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ ยังมีประเด็นเรื่อง อัตราค่าบริการที่จ่าย ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนมองว่าน้อยเกินไป โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งจึงใช้วิธีเรียกเก็บส่วนต่างจากคนไข้ เหล่านี้ทำให้นโยบายของรัฐบาลอาจไม่เกิดผลในทางปฏิบัติ

คณะผู้วิจัยเห็นว่าต้องมีการทบทวนนิยามเจ็บป่วยฉุกเฉินใหม่ให้ชัดเจน และต้องเป็นที่ยอมรับระหว่างรัฐบาลและรพ.เอกชน เพราะที่ผ่านมา รพ.เอกชน ไม่มีส่วนร่วมในการกำหนด และขณะเดียวกันก็ต้องทำความเข้าใจกับประชาชนด้วยว่านิยามการเจ็บป่วยฉุกเฉินทางการแพทย์นั้นครอบคลุมอะไรบ้าง เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันของทุกฝ่าย

ประเด็นปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ โรงพยาบาลปฏิเสธการรักษาสิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังเรียกเก็บเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยด้วย ทั้งที่ตามข้อตกลงของโครงการ สปสช. จะทำหน้าที่ประสานงานระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพรัฐ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันทุกคน

ทั้งนี้ สาเหตุหลักคือ การจ่ายเงินค่ารักษาตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) จ่ายได้น้อยกว่าที่เรียกเก็บ สปสช. จะจ่ายอัตราตามต้นทุนการรักษา คือ กรณีผู้ป่วยในจะจ่ายตาม DRGs 10,500 บาทต่อ 1 AdjRW ซึ่งเป็นประเด็นที่ รพ.เอกชนกังวลมาก โดยเฉพาะในกลุ่มคนไข้ใน เอกชนยังมองว่าไม่เหมาะสม จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องตกลงกันให้ได้ แม้ว่าไม่ใช่เรื่องง่ายนัก เพราะโดยหลักการ สปสช. ยืนยันว่าได้คำนวณค่ารักษาตามหลักวิชาการ จึงมีข้อเสนอให้ตั้งคณะกรรมการวิจัยร่วมกัน เพื่อศึกษาทบทวนหาอัตราจ่ายที่เหมาะสมยกระดับต้นทุนรักษาให้เป็นที่ยอมรับได้จากทุกฝ่าย

ดังนั้นจุดอ่อนที่สำคัญในแต่ละประเด็น คือ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งหากจะปรับเปลี่ยนนิยาม ต้องให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม โดย นพ.เฉลิม หาญพาณิชย์ ตัวแทน รพ.เอกชน ได้ให้ความเห็นในเรื่องนี้ไว้ว่า ต้องทำความเข้าใจให้ชัดว่า วิฤตชีวิต นิยามคืออะไร และมีข้อบ่งชี้อย่างไรบ้างว่าพันวิฤตชีวิตแล้ว พร้อมเสนอให้พิจารณาเรื่องค่าตอบแทนโดยทำความเข้าใจเรื่องต้นทุนที่แตกต่างของภาคเอกชน ซึ่งควรดึงให้แต่ละฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบระบบต่อไป



กฎหมาย – กลไกระดับนโยบาย กฤษฎีกาสู่การปฏิบัติ

สำหรับในแง่กฎหมายแล้ว หากมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนิยามแล้ว โรงพยาบาลไม่ควรเรียกเก็บเงินจากประชาชน ปัจจุบัน พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ไม่ได้กล่าวถึงเรื่องการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลไว้ จึงไม่มีข้อบัญญัติทางกฎหมายหรือบทลงโทษในการเรียกเก็บเงินข้อเสนอจากงานวิจัยนี้ จึงเสนอให้มีการปรับปรุงกฎหมายหรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง เช่น พ.ร.บ.สถานพยาบาลฯ หรือ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ให้สอดคล้องกับนโยบาย โดยอาจจะระบุโทษหากมีการเรียกเก็บเงิน

ส่วนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนั้น นพ.สัมฤทธิ์ เสนอว่า กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบสารสนเทศครอบคลุมตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งในแง่การเข้าถึงการส่งต่อ และคุณภาพการให้บริการ การประสานองค์การวิชาชีพเพื่อจัดทำเกณฑ์จำแนกระดับความรุนแรง และ



ขั้นพื้นที่อันตราย มีกลไกและกระบวนการคุ้มครองระยะเบี่ยนเพื่อประเมินคุณภาพ พร้อมจัดให้มีการใช้เบอร์โทรศัพท์เบอร์เดียว การพัฒนาเทคโนโลยี ศูนย์สั่งการ (Dispatch Center) เพื่อจำแนกผู้ป่วยและส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม รวมทั้งลดการใช้ห้องฉุกเฉินที่ไม่จำเป็น

ก้าวต่อไปของนโยบายฯ รักษาฉุกเฉิน

แม้ในช่วงการดำเนินนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน" จะมีการสะดุดอยู่บ้าง ตัวอย่างเช่นกรณีข้าราชการครูรายหนึ่ง พร้อมครอบครัว เข้ายื่นหนังสือต่อนายกรัฐมนตรีกรณีสภานิติบัญญัติเหตุถูกรถยนต์เฉี่ยวชน จนเลือกตั้งในสมอง ช่วงเดือนมิถุนายน 2555 เมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งซึ่งอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุมากที่สุด โรงพยาบาลนั้นได้ปฏิเสธการให้สิทธิฉุกเฉินตามนโยบายรัฐบาลในการรักษาโดยการผ่าตัดฉุกเฉิน และญาติผู้ป่วยต้องเซ็นยินยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งหลังจากที่รับการรักษาแล้วได้ตัดสินใจย้ายภรรยาไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งต้องจ่ายค่ารักษาทั้งหมดก่อนย้ายเป็นเงินกว่า 4 แสนบาท

ตัวอย่างปัญหาของครอบครัวนี้ จัดเป็นหนึ่งในผู้ที่ได้รับผลกระทบจากช่องว่างของโครงการเจ็บป่วยฉุกเฉินฯ ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนกว่า 1 พันราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในโครงการนี้กว่า 22,000 ราย สปสช.จึงเห็นว่า ควรเค้นหานโยบายนี้ต่อไปพร้อมๆกับการแก้ไขปัญหาคัดคนไทยได้รับการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉินอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันตามเป้าหมายที่วางไว้

ทางด้านรัฐบาล โดย น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี เคยให้สัมภาษณ์กรณีดังกล่าวไว้ว่า ปัญหาดังกล่าวอาจเกิดจากความผิดพลาดในการสื่อสารทำความเข้าใจ เพราะยังไม่สามารถทำได้ทุกโรงพยาบาล เนื่องจากยังมีโรงพยาบาลเอกชนที่ยังไม่ทราบเรื่องสิทธิของการได้รับบริการรักษาแบบฉุกเฉินของประชาชน และประชาชนบางส่วนยังไม่ทราบถึงเงื่อนไขในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลแบบฉุกเฉิน

"รัฐบาลจะเร่งประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับประชาชน โดยให้ สปสช. เป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้กับประชาชนที่เข้าเงื่อนไข โดยประชาชนจะต้องจ่ายเงินไปก่อน เมื่อตรวจสอบว่าเข้าเงื่อนไขเจ็บป่วยฉุกเฉิน สปสช.จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลคืนให้ ส่วนกรณีที่รัฐบาลยังไม่มีกฎหมายบังคับให้โรงพยาบาลเอกชนต้องรับผู้ป่วยฉุกเฉินไว้รักษาจึงทำให้เกิดช่องโหว่นั้นเบื้องต้นจะใช้วิธีขอความร่วมมือโรงพยาบาลเอกชน แต่โดยหลักมนุษยธรรมถือเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ต้องดูแลประชาชนอยู่แล้ว รวมทั้งยังประสานไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้วย" นายกรัฐมนตรี กล่าว

นโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน" เป็นเพียงบันไดขั้นแรกของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ยังมีบันไดอีกหลายขั้นที่รออยู่ ที่มุ่งสู่การยกระดับคุณภาพบริการด้านสุขภาพเพื่อคนไทยมั่นใจได้มากยิ่งขึ้น ▲

ดาวน์โหลดหนังสือ "การประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน" ได้ที่คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย <http://www.hsri.or.th/media/1057> หรือ <http://hb.hsri.or.th>



กลไกอภิบาลระบบ

เส้นทางลด “ความเหลื่อมล้ำ” ในระบบสุขภาพ



ระบบสุขภาพของประเทศไทย ณ ปัจจุบันนี้ มีระบบประกันสุขภาพภายใต้การจัดการของ 3 กองทุน คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นอกเหนือจากนั้นยังมีระบบย่อยอื่นๆ เช่น พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานท้องถิ่น และหน่วยงานอิสระต่างๆ

ในงานประชุมวิชาการการวิจัยระบบสุขภาพ ประจำปี 2556 “จัดการความรู้ สู่อภิบาลระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ซึ่งจัดขึ้นโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) คร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ ผู้อำนวยการวิจัยด้านการบริหารจัดการระบบเศรษฐกิจ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ได้นำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแนวทางอภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ” ซึ่งทบทวนให้เห็นลักษณะการบริหารจัดการและโครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพของไทยว่ามีความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุน เนื่องจากขาดกลไกกลางในการอภิบาลระบบ ทำให้แต่ละกองทุนมีการออกแบบการบริหารจัดการระบบ การจ่ายค่าบริการ รวมถึงสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขการให้บริการต่างกัน ส่งผลให้ประชาชนในแต่ละสิทธิได้รับบริการแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการได้รับยา หรือหัตถการ และท้ายที่สุดมีข้อเสนอสำคัญต่อที่ประชุมในเรื่อง กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพที่จะนำไปสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมอย่างยั่งยืน ลดความเหลื่อมล้ำได้จริง” ควรมีลักษณะดังนี้



1. **ควรรวมระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนเป็นระบบเดียว** โดยมีหน่วยงานกลางที่เป็นอิสระเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับดูแล เพราะจากงานวิจัยเปรียบเทียบให้เห็นว่า ในต่างประเทศแม้จะมีกองทุนสุขภาพหลายกองทุนเหมือนประเทศไทย แต่ก็มีหน่วยงานที่กำกับดูแลเพียงหน่วยงานเดียว จึงทำให้การบริหารจัดการมีมาตรฐานเดียว แตกต่างกับประเทศไทยที่มีหน่วยงานทำหน้าที่ในการกำกับดูแลและมีวิธีการบริหารที่หลากหลายส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำทั้งวิธีการจ่ายเงิน การเข้าถึง และคุณภาพบริการ
2. **การเก็บภาษีสุขภาพ** เพื่อให้มีแหล่งเงินชัดเจน
3. **ระบบการเบิกจ่ายใช้ระบบ DRG (Drag Relate Group)** การจ่ายเงินแบบตกลงราคาล่วงหน้าและการเหมาจ่ายรายหัว
4. **ระบบการตรวจสอบ มีศูนย์ข้อมูล และ Case Mix Center** มีหน่วย

ตลอด 1 ทศวรรษของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มุ่งสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพแก่ประชาชน แม้จะมีรูปธรรมความสำเร็จในหลายเรื่องทั้งในมิติการเข้าถึงบริการ การลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาล ช่วยประชาชนไม่ให้ล้มละลายหรือยากจนลง เพราะความเจ็บป่วย แต่จากการศึกษาวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ยังพบปัญหาที่เป็นช่องว่างหรือข้อจำกัดอยู่ 3 ประการ คือ ความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุน ความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ และการขาดประสิทธิภาพในการบริการและการใช้ทรัพยากร

งานตรวจสอบคุณภาพการรักษายาบาล มีหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียนจากการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ฯลฯ เนื่องจากระบบปัจจุบันยังไม่มีวิธีการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของเงินที่ใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาล โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังไม่เคยตรวจสอบว่าการรักษาเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือมีประสิทธิภาพเพียงพอหรือไม่ หรือ สิ่งที่ลงทุนไปได้ผลคุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไปเพียงใด เราจะสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยั่งยืน เป็นธรรมที่สุดได้อย่างไร

แม้ว่างานวิจัยจะมีข้อเสนอที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม เส้นทางที่จะลดความเหลื่อมล้ำนำไปสู่สุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืนพอจะมองเห็นแล้ว แต่จากการแลกเปลี่ยนมุมมองของหลายฝ่ายก็ยังคงมีความเห็นตรงกันว่า จะเป็นไปได้จริงหรือไม่นั้นไม่แน่นอน เช่น **นพ.วิเชียร เทียนจารุวัฒนา** ผู้ให้บริการในด่านกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแม้จะเห็นด้วยว่า ต้องชัดเจนเรื่องสิทธิประโยชน์ สิทธิพื้นฐานต้องเท่าเทียมกัน ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม แต่ข้อเสนอให้สร้างระบบสุขภาพระบบเดียวนั้นอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากแต่ละกองทุนมีที่มาแตกต่างกันซึ่งต้องได้รับความชัดเจนและการสนับสนุนจากรัฐเสียก่อน

ในด้านผู้ให้บริการโดย **น.ส.สุนหจิต สังข์ใหม่ รองอธิบดีกรมบัญชีกลาง** ก็เห็นด้วยเช่นกัน ถ้ารัฐจะกำหนดสิทธิพื้นฐานให้เท่าเทียมกันในทุกกองทุน กองทุนใดจะพิจารณาสนับสนุนสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมก็แล้วแต่กองทุนนั้น และเห็นว่าการรวม 3 กองทุนไว้ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานเดียวเป็นแนวคิดที่ดี เพราะจะได้ข้อมูลของประชาชนทั้งหมด เช่น ข้อมูลการรักษา ข้อมูลการใช้จ่าย สามารถนำมากำหนดสิทธิพื้นฐานหากควบคุมเงินได้ ช่องว่างของความเหลื่อมล้ำจะลดลง ข้อเสนอสามารถเป็นไปได้ หากมีการคุยร่วมกัน แต่แนวคิดที่จะยุบเลิกระบบสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยทดแทนด้วยวิธีการต่างๆ เช่น เพิ่มเงินชดเชย ฯลฯ เห็นว่าแนวคิดนี้เป็นจริงได้ยาก การลดรายจ่ายแต่สิทธิยังคงเดิม โดยพิจารณาสิทธิว่าจะให้เบิกในสัปดาห์ไหน ลดส่วนนี้แล้วไปเพิ่มในส่วนอื่นจะมีความเป็นไปได้มากกว่า

ขณะที่ผู้ให้บริการรายใหญ่อย่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) **นพ.วินัย สวัสดิ์วิตร เลขาธิการ** มองว่าปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิประโยชน์ในประเทศไทยไม่แตกต่างกันมาก แต่การเข้าถึงบริการยังคงเหลื่อมล้ำกันอยู่ เนื่องจากข้าราชการรักษาที่ไหนก็ได้ แต่กองทุนอื่นประชาชนต้องลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการ จึงอยากให้สร้างมาตรฐานด้าน Protocol และ Practice Guideline ที่เหมือนกันทั่วประเทศ สร้าง National Clearing House ให้ระบบบริการของประชาชนรวมเป็นที่เดียว ซึ่งจะทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลประชากรของทั้งประเทศเพื่อเปรียบเทียบและพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนได้ทั้งระบบในระยะยาว ส่วนการอภิบาลระบบต้องสร้างกลไกที่กำหนดให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ให้บริการแยกจากกัน

ผู้ให้บริการอีกราย คือ **นางสุพัชรี มีครุฑ รองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม** เห็นด้วยถ้ามีการกำหนดสิทธิพื้นฐานเท่ากันหมดทั้ง 3 กองทุน กองทุนใดต้องการให้เพิ่มเติมก็แล้วแต่เห็นควร และมีความเห็นเรื่องการจัดตั้งหน่วยงานกลางหน่วยงานเดียวที่แยกจากกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและกำกับดูแลระบบสุขภาพในภาพรวม รวมทั้งเป็นหน่วยงานกลางในการกำหนดมาตรฐานการรักษาของทุกสิทธิให้ไปเป็นแบบเดียวกัน

ส่วนตัวแทนของภาคประชาชน **น.ส.สุรรัตน์ ศรีมรรคา ผู้ประสานงานกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** กล่าวว่า ต้องมองระบบสุขภาพว่าเป็นสิทธิของมนุษย์ และคนในฐานะประชาชน ผู้เสียภาษีควรมีสิทธิได้รับการรักษาที่เท่าเทียมจึงเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะของผู้วิจัยที่ต้องการให้มีระบบสุขภาพเพียงระบบเดียว และการอภิบาลระบบต้องมีหน่วยงานเดียว ที่เป็นอิสระ ทำหน้าที่กำกับทิศทางนโยบายสุขภาพ โดยประชาชนต้องมีส่วนร่วมด้วย ส่วนการบริหารจัดการกองทุนต้องกำหนดให้ชัดเจน ใครจะกำกับดูแล รวมถึงเห็นด้วยกับภาพสุขภาพที่เป็นไปตามรายได้ของประชาชน

ในช่วงท้ายของเวทีนำเสนองานวิจัยและการแสดงความคิดเห็นจากหลายฝ่ายแล้ว **ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัชกุล** ได้สรุปและนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสร้างความเป็นธรรมลดการเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพให้กับตัวแทนภาครัฐ ดังนี้

1. ควรมีกลไกอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติที่เป็นเอกภาพและมีธรรมาภิบาล ระบบประกันสุขภาพมีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่จำเป็น และมีการออกแบบระบบให้มีมาตรฐานเดียวกัน เช่น พัฒนากลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพ รวมถึงการสร้างกลไกการจัดการเพื่อรองรับการพัฒนา ซึ่งขณะนี้ยังขาด National clearing house ที่จะทำหน้าที่เป็นตัวกลางระหว่าง 3 กองทุน
2. มีการกระจายอำนาจบริหารไปสู่อะดับเขต โดยแบ่งพื้นที่บริหารเป็น 12 เขตบริการ ยกเว้นกรุงเทพฯ จะทำให้การบริการด้านสุขภาพมุ่งเน้นไปสู่ประชาชนได้มากที่สุด
- และ 3. การพัฒนาระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืน ประเด็นการพัฒนาต้องคำนึงถึงผู้ให้บริการและการให้บริการ ข้อจำกัดทางการแพทย์และแวล้อมอื่น ๆ เช่น Medical hub การเคลื่อนไหวของกำลังคนในยุค AEC เป็นต้น

นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะตัวแทนของรัฐบาลได้รับข้อเสนอและได้รับสะท้อนมุมมองโดยแสดงให้เห็นทิศทางของรัฐบาลชุดนี้ในการดำเนินงานเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพว่า รัฐบาลมีเป้าหมายเช่นเดียวกันกับที่ประชุม และต้องการให้เกิดเป็นรูปธรรม เอกสารผลงานที่ได้จากการประชุมวิชาการครั้งนี้ จะนำเข้าสู่เวทีของผู้บริหารกระทรวงฯ เพื่อให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องนำไปพิจารณาสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการมีกลไกอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติที่เป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล มีระบบประกันสุขภาพที่มีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่จำเป็น และการออกแบบระบบให้มีมาตรฐานเดียวกัน

และได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า **"การอภิบาลระบบสุขภาพ"** นอกจากวงการวิชาการแล้วมีการใช้น้อยมาก จำเป็นต้องฝากให้ผู้เกี่ยวข้องขยายความรู้เหล่านี้ออกไป โดยให้เห็นถึงความจำเป็นของการนำไปปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ บทบาทและภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขควรอยู่ตรงไหน ผู้ให้บริการควรเป็นอย่างไร ผู้ให้บริการควรเป็นอย่างไร ผู้ควบคุมกำกับต้องเป็นอย่างไร ข้อเสนอเหล่านี้ยังไม่มียุทธศาสตร์ แต่การปฏิรูประบบสุขภาพต้องอาศัยเวลาเพื่อการปรับกระบวนการ (re-process) และการปรับกระบวนการคิด (re-think) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบ จึงจะลดความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพทั้งในมิติของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ หรือผู้เกี่ยวข้องได้อย่างแท้จริง กระบวนการคิดร่วมกันในวันนี้ทำให้เกิดแนวคิดที่แตกต่างหลากหลายและมีคุณค่า แต่ยังคงการบูรณาการซึ่งในครั้งนี้นั้น รพช. ขอทำหน้าที่รับข้อเสนอเชิงนโยบายจากมติที่ประชุมนี้นำเสนอต่อรัฐบาล เพื่อการบูรณาการแนวคิดเหล่านี้สู่การปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายสุขภาพให้ดีขึ้นต่อไป

นโยบายสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องดำเนินการ...

การประมวลความเห็นจากหลายมุมมองของหลายฝ่าย รวมถึงตัวแทนภาครัฐ ทำให้เห็นแนวโน้มความเป็นไปได้ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่จะเกิดขึ้นต่อไป ซึ่งแม้จะยังไม่มียุทธศาสตร์เป็นรูปธรรม แต่โดยหลักคิดและหลักการนั้นมีจุดพ้องตรงกันคือ ต้องสร้างกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติที่เป็นเอกภาพและมีธรรมาภิบาลให้เกิดขึ้นให้ได้ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนา กฎ กติกา และมาตรฐานต่างๆ ของระบบสุขภาพของประเทศให้เดินต่อไปได้อย่างมีทิศทางและเกิดความ เป็นธรรมกับประชาชนไทยทุกกลุ่มของประเทศ ▲



ทุนนิยม แรงงานข้ามชาติ และวัณโรค



“สมุทรสาครเป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติเยอะมาก โดยเฉพาะชาวพม่า มีจำนวนพอๆ กับประชากรชาวสมุทรสาครเลยทีเดียว และวัณโรคก็เป็นปัญหาหนึ่งที่พบมากในคนกลุ่มนี้ ที่ รพ.ศค.คลองมะเดื่อ เองมีผู้ป่วยที่เป็นแรงงานชาวพม่ามารักษาหลายราย และพบปัญหาคือ ผู้ป่วยส่วนมากมักขาดยา ไม่มารับยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคได้...”

คุณนิกร ฮะเจริญ นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองมะเดื่อ อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร สนใจปัญหานี้ จึงนำมาต่อยอดเป็นหัวข้อวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท เรื่อง **"ความไม่เป็นธรรมทางชาติพันธุ์ในระบบทุนนิยม กับประสบการณ์ความเจ็บป่วยเป็นวัณโรคในแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสาคร"** ซึ่งผลงานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการคัดเลือกมานำเสนอในงานประชุมวิชาการการวิจัยระบบสุขภาพประจำปี 2556 "จัดการความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) งานวิจัยศึกษาประเด็นของการเจ็บป่วยเป็นวัณโรคของแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า มุ่งหวังว่าจะได้คำตอบจากปรากฏการณ์จริงของการเจ็บป่วยว่าเป็นอย่างไร ทำไมแรงงานข้ามชาติเหล่านี้จึงป่วยเป็นวัณโรค

คุณนิกร มองว่า "คำตอบทางการแพทย์อาจไม่ใช่คำตอบเดียวและเป็นคำตอบสุดท้ายของการแก้ปัญหาผู้ป่วยวัณโรคในแรงงานข้ามชาติ แต่ยังมีปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดปัญหาสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้ด้วย"

"สมุทรสาคร" มีจำนวนแรงงานข้ามชาติสูงที่สุดเป็นอันดับ 2 ของประเทศ รองจากกรุงเทพมหานคร โดยในปี 2552 มีแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนขออนุญาตทำงาน จำนวน 157,211 คน เป็นชาวพม่ามากที่สุดถึง 155,648 คน คิดเป็นร้อยละ 99 ส่วนมากเข้ามารับจ้างในกลุ่มอาชีพประมง งานก่อสร้าง งานในโรงงานอุตสาหกรรมหนัก อุตสาหกรรมสิ่งทอ และงานรับใช้ในบ้าน เป็นต้น

จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติของ จ.สมุทรสาคร พบว่าในเวลา 10 ปี อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกเชื้อ (Pulmonary TB, smear positive; PTB*) เพิ่มขึ้นหลายเท่า จาก 38 ราย (ในปี 2542) เป็น 112 ราย (ในปี 2552) และยังมีผู้ป่วยวัณโรคปอดทุกประเภทอีกเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success rate) ในปี 2550 แคร้อยละ 81.01 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ชีวิตของแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติที่กำหนดว่า ต้องมากกว่าร้อยละ 85 และยังมีพบอีกด้วยว่าผู้ป่วยขาดการรักษากว่าร้อยละ 20

ผู้วิจัยเล่าว่า งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political Economy) และแนวคิดความไม่เป็นธรรมทางชาติพันธุ์ (Ethnic Inequity) ในการวิเคราะห์การถูกกดขี่ขูดรีดแรงงานและความไม่เป็นธรรมจาก 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรก คือ จากระบบทุนกับการกดขี่ขูดรีดแรงงานในกระบวนการผลิต การควบคุมแรงงาน การกดค่าจ้างและสวัสดิการของแรงงาน ส่วนที่สอง คือ ชาติพันธุ์ อคติและการแบ่งแยกกันทางชาติพันธุ์ในสังคมและวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติจนทำให้ป่วยเป็นวัณโรค และส่วนที่สาม คือการถูกเลือกปฏิบัติและการไม่ได้รับความเป็นธรรมจากภาครัฐ ตั้งแต่สถานะทางกฎหมาย การไม่ได้รับการคุ้มครองจากรัฐ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านแรงงานและสวัสดิการแรงงาน การเข้าถึงระบบบริการและข้อมูลสุขภาพ เพื่อแสดงให้เห็นว่าความไม่เป็นธรรมทางชาติพันธุ์ในระบบทุนนิยมนั้นมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคในแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าอย่างไร



"ผมใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพคือ การลงพื้นที่ไปสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย 15 ราย คัดเลือกว่าต้องเป็นแรงงานข้ามชาติพม่าที่มาป่วยเป็นวัณโรคในประเทศไทยและอยู่ระหว่างการรักษา แต่ครั้งผมก็ค่อยๆ สอบถามปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เช่น การจ้างงาน รายได้ ครอบครัว และสังเกตสภาพความเป็นอยู่ของเขา ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมรอบๆ ค่าย ผมก็ได้อ่านข้อมูลใหม่ๆ หลายเรื่อง เช่น มีกรณีหนึ่งมีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันมานาน 8 เดือนแล้ว แต่นายจ้างไม่พาไปรักษาเพราะเขาเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย เมื่อได้บัตรต่างคำถูกต้องแล้วจึงค่อยพาไป ซึ่งกรณีนี้มีความเสี่ยงสูงมากที่จะเกิดการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น หรือบางรายถูกนายจ้างยึดบัตรต่างคำไป เพื่อใช้เป็นหลักประกันป้องกันการหลบหนี เมื่อไม่มีบัตรต่างคำผู้ป่วยจึงไม่กล้ามารับการรักษา"

กลุ่มตัวอย่าง 15 รายนั้น พบความแตกต่างของการไม่ได้รับความเป็นธรรม จำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ถูกกักขังสูง 7 ราย และกลุ่มที่ถูกกักขังต่ำ 8 ราย ซึ่งกลุ่มหลังนี้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างคำถูกต้องทั้งหมด แต่กลุ่มแรกที่ถูกกักขังสูงขึ้นทะเบียนทำบัตรต่างคำ เพียงร้อยละ 71.4 แรงงานที่ไม่มีบัตรต่างคำจะถูกบังคับให้พักเฉพาะในโรงงานและที่พักที่นายจ้างจัดไว้ให้ทั้งหมด ต้องอยู่กันอย่างแออัดหลวมๆ ซอมนๆ สภาพที่พักถูกจัดให้เป็นเพียงที่ซุกหัวนอน ไร้การดูแล ห้องมีคิบบิไม่มีหน้าต่าง ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการแพร่เชื้อวัณโรคได้อย่างดี เพราะในห้องที่ทึบแสง เชื้อวัณโรคอาจมีชีวิตได้ถึง 1 สัปดาห์ และถ้าเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคลงสู่พื้นที่ไม่ได้ทำความสะอาด เชื้ออาจอยู่ในเสมหะแห้งได้นานถึง 6 เดือน แรงงานเหล่านี้ตกอยู่ในภาวะจำยอม ต้องทนทำงานหนัก ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ไม่มีการดูแลใส่ใจสุขภาพอนามัยของที่พักอาศัย โดยไม่มีอำนาจต่อรองให้มีการปรับปรุงสภาพการทำงานและความเป็นอยู่ให้ปลอดภัยขึ้นได้

นอกจากนี้ ระบบทุนยังเอาเปรียบแรงงานกลุ่มนี้หลายประเด็น เช่น ให้ทำงานโดยไม่วันหยุด หากทำงานเป็นกะ ก็ขยายระยะเวลาการทำงานให้ยาวนานขึ้น ตั้งเป้าการผลิตที่สูงเกินกำลังการผลิตปกติ การเร่งรัดให้ทุ่มเททำงานอย่างเร่งรีบ คัดสรรวิธีการที่จำเป็นอย่างน้ำดื่มที่สะอาด หากป่วยทำงานไม่ได้ก็ไม่จ่ายค่าจ้าง ทั้งหมดเป็นปัจจัยให้คนเหล่านี้ป่วยเป็นวัณโรค และตกอยู่ในภาวะไม่กล้าป่วย ไม่กล้าไปหาหมอ

อีกด้านของปัญหาที่ผู้วิจัยพบ คือ ปัญหาจากระบบการให้บริการของสถานบริการของรัฐเองที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงได้ เช่น โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้อยู่ไกลจากที่ทำงานและที่พัก ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก เพราะตัวแรงงานไม่สามารถเลือกโรงพยาบาลได้เอง การคัดสินใจทั้งหมดจะขึ้นอยู่กับนายจ้างเป็นหลัก แรงงานข้ามชาติบางรายไม่ทราบด้วยซ้ำ



ว่าตนเองจะต้องเข้ารับบริการสุขภาพที่ไหนเมื่อเจ็บป่วย ทำให้ขาดโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ

"ผมได้ไปสังเกตการณ์ในโรงพยาบาลหลายแห่ง รวมถึงสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ก็พบว่า ผู้ให้บริการเองก็มีอุปสรรคมากมาย เช่น ด้านการสื่อสาร เพราะผู้ป่วยบางคนพูดและฟังภาษาไทยไม่ได้ ทำให้พวกเขาไม่เข้าใจเวลาเจ้าหน้าที่อธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกัน และการกินยา แม้ว่าทุกวันนี้หลายโรงพยาบาลใน จ.สมุทรสาคร จะมีล่ามต่างคำคอยแปลภาษาให้แต่ก็ยังไม่พอ และ ล่ามส่วนใหญ่จะพูดภาษาพม่าหรือภาษามอญเท่านั้น ทำให้ชาติพันธุ์อื่นอย่างกระเหรี่ยงที่ไม่สามารถพูดภาษาพม่า ก็ไม่สามารถเข้าใจกระบวนการรักษาได้ทั้งหมด..."

งานวิจัยชิ้นนี้ทำให้ทราบว่า การถูกกักขังจากระบบทุนนิยม และความอคติทางชาติพันธุ์ ที่แทรกซึมไปในทุกมิติของวิถีชีวิตของแรงงาน ตั้งแต่เงื่อนไขการทำงานที่อันตราย การไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการจ้างงาน และสวัสดิการแรงงาน การถูกกักขังผ่านสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่และสังคมรอบข้าง รวมทั้งขาดโอกาสในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม เป็นปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ป่วยเป็นวัณโรคในที่สุด และเมื่อเจ็บป่วยแล้วยังถูกจำกัดทางเลือกในการแสวงหาการรักษา ส่งผลให้เข้าสู่กระบวนการรักษาที่ล่าช้า ทำให้มีโอกาสมรณะเพิ่มขึ้น หรือเมื่อได้รับการรักษาก็มักพบปัญหาขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง เพราะกลัวถูกเลิกจ้าง

จากข้อค้นพบในงานวิจัยชิ้นนี้ ได้ขอเสนอแนะว่า ภาครัฐควรมีกลไกการจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ ตั้งแต่การขออนุญาตทำงาน ต้องชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่พึงได้รับทั้งต่อตัวนายจ้างและตัวแรงงานข้ามชาติ การจัดระบบบริการสุขภาพจะต้องมีความเหมาะสมสอดคล้องกับพื้นที่ วิถีของแรงงาน และความแตกต่างของชาติพันธุ์ รวมทั้งการควบคุมนายจ้างมิให้มีการละเมิดสิทธิแรงงาน นอกจากนี้องค์กรรัฐและเอกชนควรเสริมสร้างพลังอำนาจของตัวแรงงานข้ามชาติ และส่งเสริมการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพและสิทธิแรงงาน

"จริงๆ แล้วแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ ถือเป็นส่วนสำคัญในสายพานการผลิต นายจ้างควรปรับเปลี่ยนทัศนคติเสียใหม่ โดยมองว่าสุขภาพของลูกจ้างหรือแรงงานเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญ หากพวกเขามีสุขภาพแข็งแรงก็จะสามารถสร้างงานได้มากขึ้น และเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจได้มากขึ้น ดังนั้นเมื่อพบว่ามีแรงงานที่เจ็บป่วยก็ควรรีบพาไปรับการรักษา ไม่ใช่ว่าใครป่วยแล้วไล่ออก"

หลังจากนำเสนอผลวิจัยในเวทีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครแล้ว ขณะนี้ได้รับการนำไปปรับประยุกต์ใช้กำหนดเป็นนโยบายเพื่อดูแลติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นแรงงานข้ามชาติในจังหวัด โดยมุ่งหวังให้เกิดอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น

"ที่ผ่านมาเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขมักจะมีมุมมองปัญหาเพียงด้านเดียว คือมองแต่โรค ความเจ็บป่วย หรือทฤษฎีทางการแพทย์ แต่งานวิจัยชิ้นนี้ทำให้เราพบว่า ยังมีปัจจัยทางสังคมอีกมากมายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ซับซ้อน ดังนั้นเราต้องมองอย่างรอบด้าน จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้จริง" ▲



จากวิจัย R2R รพ.สต.บางไผ่

สู่ต้นแบบการดูแล (กันเอง) ใน “ผู้ป่วยเบาหวาน”



จากผู้คนภาษาชาวบ้าน ต้องเรียกว่า หัวกระโหลกไม่แห้ง เพราะตลอดปีที่ผ่านมา รพ.สต.บางไผ่ อำเภอ บางมูลนาก จ.พิจิตร มีองค์ความรู้ดีๆ มากมาย จนกลายเป็นต้นแบบที่ชาวสาธารณสุขจากหลากหลายที่ต้องเดินทางมาเรียนรู้ดูงานกันอย่างมากมาย

“คนมาดูงานกันเยอะเลยล่ะ มีทั้ง 7 จังหวัดภาคใต้ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขของทั้ง 8 จังหวัดด้วย ไม่นับใจว่าได้อะไรไปทำหรือเปล่า แต่ที่เขาไปทำ และโทรกลับมาบอกคือ ที่สมุยเขาบอกว่าเอาไปทำแล้วนะ ได้ผลจริงๆ ด้วย เราได้ฟังก็ดีใจ จนน้ำตาไหลเลย” คุณวชิรา รัตนวงศ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอบางมูลนาก เล่าให้ฟังด้วยความภูมิใจ

ย้อนถึงที่มาของต้นกล้าความรู้ต้นนี้เองเลย มาจากการปฏิบัติงานจริง ก่อนร่วมพัฒนาและส่งเป็นผลงานวิจัย R2R ในงานประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “จากงานประจำสู่งานวิจัย ครั้งที่ 5” ซึ่งจัดขึ้นโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จนได้รางวัล เมื่อปี 2555 ในหัวข้อเรื่องประสิทธิผล และผลกระทบของโครงการ “การควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองในระดับชุมชน” ที่คุณวชิราและเพื่อนในสาธารณสุขตำบลบางไผ่ช่วยกันทำขึ้น

“โรคเบาหวานนี่อันตราย ถ้าคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรคแทรกซ้อนจะเยอะ ทั้งโรคหัวใจ คาเสื่อม ไตเสื่อม จนต้องฟอกไตทำให้เสียงบค่าใช้จ่ายอีกมาก วิธีการเดิมๆ ที่ทำกันทุกที่คือ หมอจะเป็นผู้แนะนำว่าผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ที่ผ่านมามากไม่ได้ผล เพราะคนไข้ก็ทำไม่ได้ ลืมบ้าง ไม่เข้าใจบ้าง วิธีการอย่างนี้ทำกันมานาน เราก็



คิวิวิธีที่ต่างออกไปเป็นนวัตกรรมคือ ให้ผู้ป่วยเป็น
หมอเอง เรียนรู้ที่จะดูแลตัวเอง"

ที่ผ่านมา มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนไม่น้อยที่
เมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับบ้านแล้วต้องย้อน
กลับมาตรวจรักษาซ้ำอีก เพราะน้ำตาลในเลือดสูง
เกินหรือต่ำเกินไปไม่แน่นอน ซึ่งมีผลเสียตามมา
มากมาย ผู้ป่วยทำงานไม่ได้ ขาดรายได้ เกิดภาวะ
เครียด กระทั่งไปทั้งครอบครัว ทำให้คุณวชิราและ
ทีมคิดศึกษารูปแบบที่เหมาะสมที่ให้ผู้ป่วยและ
ญาติสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองได้

"นโยบายระดับชาติเองก็ส่งเสริมเรื่องการ
ดูแลตนเอง เราก็เลยเปลี่ยนจากหมอตรวจมาเป็น
ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลกันเอง ฝึก
ให้คนไข้เจาะเลือดตรวจน้ำตาลเอง บางคนเจาะ
เองไม่ได้ก็ให้ลูกเจาะให้ ได้เรียนรู้การแปลค่าว่า
ผลเลือดเท่านี้เป็นอย่างไร เมื่อมีส่วนร่วมครอบครัว
ก็จะยิ่งผูกพัน เขาก็อยากให้อแม่เขาหาย อยาก
ให้ลูกหายจึงจะมาช่วยกัน ทั้งเรื่องการดูแลอาหาร
การเตรียมยา จากเมื่อก่อนที่ผู้ป่วยเคยแยกตัว
อยู่คนเดียว ตอนนี้พอลูกหลานมาดูแลผู้ป่วยเอง
ก็อยากที่จะฟื้นตัว เกิดการตระหนักถึงคุณค่าใน
ตัวเอง (Self esteem) สูงขึ้น แล้วก็ดึงพลังตัว
เองขึ้นมา โดยเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่แค่การเสริม
พลัง (Empowerment) ว่าคุณทำได้นะ คุณทำได้
เขาก็มีพลัง จึงเกิดเป็นพลังครอบครัว เกิดสายใย
ผูกพันมากขึ้น ได้มาทำอาหารร่วมกัน เจาะเลือด
ร่วมกัน แปลค่าร่วมกัน แล้วก็เกิดการเรียนรู้ที่ถาวร
เช่น กินละมุดเท่านี้ ระดับน้ำตาลเท่านี้ ไม่เป็นไร
ต่อไปก็กินเท่านี้ ถ้าเปลี่ยนไปกินผลไม้ที่คล้าย
กัน เขาก็จะประยุกต์ใช้ได้เอง คมน้ำตาลได้ตลอด

ในทฤษฎีการเรียนรู้ก็บอกว่าความจำไม่เกิดประโยชน์ แต่ถ้าเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถ
วิเคราะห์ได้ สังเคราะห์ได้ ความรู้นั้นก็จะอยู่ถาวร เพราะเขาเจาะเอง เรียนรู้ด้วยตนเอง เห็นว่าค่าน้ำ
ตาลขึ้นและลด แปรผันตามสิ่งที่เขากิน ถ้าเขากินน้ำตาลสูง เขาจะเพลีย ง่วงนอน ทำงานไม่ได้ ซึ่งเรา
ไม่ต้องไปสอนเขา ไปบอกเขาอีก และเมื่อเขาเรียนรู้ด้วยตนเองแล้วมันจะไม่ใช้ความจำอีกต่อไป แต่จะ
เข้าไปเป็นความทรงจำที่ระลึกได้ เขาจึงดูแลตัวเองได้ถาวร อย่างกรณีศึกษา 14 ราย มีการปรับยาแค่
2 ราย จะเห็นว่าปัจจัยส่วนใหญ่อยู่ที่พฤติกรรมเกือบ 90 % และที่เราพบก็คือ ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้
และคมน้ำตาลได้จริง อุปสรรคมีบ้างแค่เรื่อง การเจาะไม่ตรงเวลาทำให้แปลค่าได้ไม่ตรง

ทุกวันนี้ คนไข้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภาวะแทรกซ้อนก็ลดลงตามไปด้วย หัวใจโต ไตเสื่อม ตาแว
ดตาเสื่อมก็ลดลง คนไข้ของเราไม่มีมารับยาระหว่างเดือน เช่น ใจสั่น เวียนหัว หน้ามืด ไม่มีย้อนกลับ
มารักษาซ้ำ หรือกลับมาควบคุมไม่ได้อีก แสดงว่าถ้าดูแลตัวเองดีก็แทบเหมือนคนไม่ป่วย"

เมื่อเห็นผลดีจากงานวิจัยในงานประจำ คุณวชิราและเพื่อนๆ จึงไม่หยุดที่จะพัฒนางานต่อ นอกจาก
เพิ่มกรณีผู้ป่วยอีก 6 รายที่คมน้ำตาลไม่ได้นำมาเข้าสู่กระบวนการเดียวกัน ได้ผลสำเร็จเช่นเดียวกับ
กับ 14 รายก่อนหน้าที่เป็นกรณีศึกษาในงานวิจัย และทั้ง 14 รายนี้ก็ยังสามารถควบคุมระดับน้ำตาล
ได้อย่างต่อเนื่องถึงทุกวันนี้ สะท้อนให้เห็นว่าเป็นงานวิจัยที่ได้ผลจริง คุณวชิรากับทีม นอกจากคอย
ให้คำแนะนำแก่ผู้สนใจที่มาเรียนรู้ยังขยายเครือข่าย ยังเป็นที่เลี้ยงให้กับรพ.สต. ห้วยคด และ
รพ.สต.ลำปำราคา หน่วยงานบ้านใกล้เคียงอื่นอีกด้วย รวมถึงจัดทำวีดิทัศน์ฉบับภาษาชาวบ้าน แจกจ่าย
เผยแพร่ไปทั่วทั้งในรูปแบบซีดี และส่งออนไลน์ผ่านอีเมล และเฟซบุ๊ก

"ทำวีดิโอเกี่ยวกับวิธีการเจาะน้ำตาลด้วยตนเอง เป็นศัพท์แบบชาวบ้าน
คนไข้เอาไปดูแล้วทำตามได้เลย ตอนนี้ก็กระจายไปทั่ว ทั้งในพื้นที่และนอก
พื้นที่ ใครขอก็ส่งไปให้"



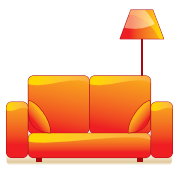
ปัจจุบันโรคเบาหวานยังคงเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยจำนวนมากต้องทุกข์
ทรมานกับภาวะโรคแทรกซ้อน และความเครียดจากการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้
แต่ละปีประเทศชาติก็ต้องเสียงบประมาณไม่น้อยในดูแลรักษา การเริ่มต้นดูแลตนเองตั้งแต่ในระดั
บ้าน และชุมชน อย่างนวัตกรรมที่ รพ.สต.บางไผ่ นี้ จึงเป็นต้นกล้าความรู้ที่แข็งแรงอีกต้นหนึ่งซึ่งกลาย
เป็นต้นแบบสุขภาพที่ยั่งยืน พร้อมช่วยกันพัฒนาให้ทั้งสังคมไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แม้ว่าจะเจ็บป่วย
ก็ตาม

"พอเป็นต้นแบบ งานเยอะขึ้นต้องแนะนำมากขึ้น แต่ก็จิตใจที่เขเอาไปทำแล้วได้ผลอย่างทีสมุ
ญมิใจนะไม่เชื่อว่าเราเก่ง แต่ภูมิใจว่าคนไข้ทำได้จริง ดูแลตัวเองได้จริง น้ำตาลไหลเลยตอนที่สมุ
มาเล่า ว่า บอกให้ไปทำแล้วคนไข้ทำได้ แสดงว่าเราไม่ได้โกหกเขา นี่คือเรื่องจริงที่ทำได้จริง" ▲

สอบถามหรือสนใจเรียนรู้ดูงาน ติดต่อ คุณวชิรา รัตนาวงศ์ สสอ.บางมูลนาก อ.บางไผ่ อ.บางมูลนาก จ.พิจิตร
โทรศัพท์ 087-199-5387 อีเมล wachi2518@hotmail.com
ชมวีดิทัศน์แนะนำผู้ป่วยเบาหวานได้ที่
http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=KmOm_UJ5JWK

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย R2R ขอเชิญร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
"จากงานประจำสู่งานวิจัย" ครั้งที่ 6 ร่วมสร้างวัฒนธรรม R2R สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน
วันที่ 31 กรกฎาคม - 2 สิงหาคม 2556 ณ ศูนย์การประชุม อิมแพ็ค พอร์ม เมืองทองธานี





นักวรรณ กิติกรรณากรณ์

นักวิจัยรุ่นใหม่ ม.นเรศวร

“วิจัย...อย่างน้อยช่วยตีมองร่องเป่า ว่ามีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว”

ห้องรับแขก HSRI FORUM ฉบับนี้ขอต้อนรับ นักวิจัยรุ่นใหม่ มีคิกริ เป็นอาจารย์สาวจากภาคเหนือเมืองพิษณุโลก **"ผศ.ดร.ภญ.นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์"** จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เจ้าของ 2 ผลงานวิจัยที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) คัดเลือกมานำเสนอในงานประชุมวิชาการการวิจัยระบบสุขภาพประจำปี 2556 "จัดการความรู้สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม"

ผลงานของ "อาจารย์นัน" ซึ่งเป็นชื่อที่เรียกกันติดปากในรั้วมหาวิทยาลัย คือ เรื่องผลกระทบของมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายของยา proton pump inhibitors ต่อรูปแบบการสั่งจ่ายในผู้ป่วยนอกสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และเรื่องการสำรวจรูปแบบการสั่งจ่ายยาลดไขมันในเลือดกลุ่มนอกบัญชียาหลักแห่งชาติปี 2551 ทั้งสองผลงานเป็นกรณีศึกษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ของ ม.นเรศวร

น่าสนใจว่าทำไม อาจารย์รุ่นใหม่จึงสนใจการทำงานวิจัยโดยเฉพาะประเด็นท้าทายอย่างเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายยา...

"ช่วง 3 ปีที่ผ่านมาเราเห็นข้อมูลระดับประเทศที่ชี้ภาพว่า โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์มักใช้ยาต้นแบบ ซึ่งเป็นยานำเข้าราคาจะสูงกว่ายาท้องถิ่นที่ผลิตในไทย ประกอบกับช่วงนั้น สปสช. ให้ทุนสนับสนุนแต่ละภาคเป็นโหนดไปผลักดันงานวิจัยให้เข้มแข็ง เพื่อหามาตรการในการแก้ปัญหาดังกล่าวทางภาคเหนือก็มี ม.นเรศวร เป็นโหนดให้ เราเองก็เป็นโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย เคยเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นว่าห้องยาต้องบริหารงบประมาณให้มีเงินพอซื้อยาใช้ได้ทั้งปี พอได้เป็นคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของ รพ. มีหน้าที่ควบคุมนโยบายค่านยา ไม่ใช่แค่การตรวจยาเข้าและออก แต่ยังคงดูแลเรื่องสิทธิในการใช้ยาด้วย ก็อยากทำงานวิจัยทั้งสองชิ้นนี้ หลักๆ คือ คุ่ว่างงบประมาณยาที่สูง การใช้ยาราคาสูง หรือยาต้นแบบเกิดจากอะไรหมอหรือคนไข้ และทดลองเอานโยบายบางอย่างลงไปปรับใช้ว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายได้หรือไม่



เช่น การสั่งใช้ esomeprazole และ lansoprazole ซึ่งเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งที่มี omeprazole ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักๆ ของกลุ่ม proton pump inhibitors (PPIs) สามารถใช้แทนกันได้ ยานี้มักสั่งใช้กับผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการที่เบิกจ่ายจากกรมบัญชีกลางได้ เป็นส่วนหนึ่งให้งบค่ารักษาพยาบาลทั่วประเทศสูง ดังนั้นจึงเลือกใช้นโยบายว่า ยากลุ่มนี้ ไม่ให้เบิกจ่ายตรง ข้าราชการต้องสำรองเงินจ่ายก่อนแล้วนำไปเบิกคืนสังกัด พร้อมทั้งการอธิบายว่ามียาท้องถิ่นให้เลือกใช้ซึ่งได้ผลเท่ากันและใช้แทนกันได้ ทำให้ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาล ข้าราชการ ยินดีเลือกยาในบัญชียาหลักแทน สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและเห็นมูลค่าการจ่ายยาที่ลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ ช่วยประหยัดเงินให้โรงพยาบาลได้ ซึ่งเท่ากับประหยัดงบประมาณให้ประเทศด้วย"

อ.นัน ยังบอกด้วยว่า ที่ผ่านมามากมาย งานวิจัยเอาไปใช้งานไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพราะการเมืองมีผลเยอะมาก นโยบายส่งไปกว่าจะได้รับการพิจารณา สถานการณ์บ้านเมืองอาจเปลี่ยนไปแล้ว อีกทั้งคนที่กล้าตัดสินใจกล้าเปลี่ยนมีน้อย บ้านเราจึงมีแค่โครงการนำร่องเยอะ การมีงานวิจัยจะช่วยได้มาก แม้ว่าเรื่องนั้นๆ อาจจะยังไม่ถึงผู้บริหารหรือระดับนโยบายที่สั่งการ แต่การทำวิจัยก็ยังมีโอกาสได้นำเสนอเมื่อมีคนมาคอยอด อย่างน้อยก็ได้ชี้ร่องเป่าว่ามีปัญหาตรงนี้เกิดขึ้นแล้ว

ก่อนจบการสนทนา ในฟากบทบาตดังที่กล่าวมาแล้ว นักวิจัยไฟแรงคนนี้ยังเป็น "นักเที่ยว - นักเขียน" ที่เคยมีผลงานตีพิมพ์มาแล้วในชื่อเรื่อง "เคินเคียวเที่ยวโตรอนโต" ก่อน อ.นัน จะออกตัวว่า "แต่ก่อนยังมีโอกาสไปเที่ยวไกลๆ เที่ยวป่า ขึ้นเขา และไปต่างประเทศ ปัจจุบันเสาร์อาทิตย์ไม่ค่อยได้หยุด ตั้งแต่รับผิดชอบงานมากขึ้น จึงไม่ค่อยมีเวลาเที่ยวมากนัก เพราะนอกจากเป็นอาจารย์แล้ว ยังเป็นมีตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิตและบริการสังคม คณะเภสัชศาสตร์และหัวหน้าหน่วยวิจัยการบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ และยังเป็นทีปรึกษาโครงการให้กระทรวงสาธารณสุข เคียวนี้จึงต้องอยู่ในที่ที่คนตามตัวได้ตลอด (หัวเราะ)" ▲

เรียกได้ว่า อาจารย์นัน เป็นนักวิจัยรุ่นใหม่ไฟแรงที่ทุ่มเทกับการทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง หลังจากได้รับทุนวิจัยทุนปริญญาเอก ที่ The University Health Network ม.โทรอนโต ประเทศแคนาดา และทำวิจัยทุนแลกเปลี่ยนที่เมือง Albi ประเทศฝรั่งเศส ในโปรแกรม The International Association for the Exchange of Students for Technical Experience Scholarship (IAESTE Thailand) กลับมาทำงานต่อที่คณะเภสัชฯ ตั้งแต่ปี 2543 ถึงปัจจุบัน มีผลงานทำโครงการวิจัยระบบสุขภาพต่างๆ มาแล้วกว่า 21 โครงการ ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ 9 โครงการ การนำเสนอผลงานวิชาการระดับนานาชาติ แบบปากเปล่าและแบบโปสเตอร์รวมกว่า 20 ครั้ง และนำเสนอผลงานวิชาการระดับชาติทั้งแบบปากเปล่าและโปสเตอร์อีก 6 ครั้ง



กิจกรรมและความเคลื่อนไหว



สารพันชวนคิด

ความเท่าเทียม กับ ความเป็นธรรม Equality Vs Equity



ความเท่าเทียมไม่ได้นำไปสู่ความเป็นธรรมเสมอไป
Equality doesn't mean Equity

๑ เปิดงานอย่างน่าประทับใจกับงานประชุมวิชาการการวิจัยระบบสุขภาพ ประจำปี 2556 จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ รร.เซ็นทราศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ งานนี้ได้รับเกียรติจาก นพ.ประดิษฐ์ สินธวันรงค์ รมว.สาธารณสุข เป็นประธาน พร้อมมอบนโยบายเรื่อง "การลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรมด้านสุขภาพ" โดยวางกรอบแนวคิดหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพให้มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติที่เป็นเอกภาพและมีธรรมาภิบาล เพื่อกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนา กฎ กติกา และมาตรฐานต่างๆ ของระบบสุขภาพของประเทศ โดยจะต้องลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ และเน้นการจัดบริการการใช้ทรัพยากร และการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

๒ ส่วนในวันปิดงาน นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รมช.สาธารณสุข ได้มาร่วมรับฟังสาระสำคัญและข้อเสนอจากงานครั้งนี้ โดยย้ำว่าการลดความเหลื่อมล้ำและการสร้างความเป็นธรรมให้สังคมเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของรัฐบาล โดยจะนำข้อเสนอเข้าสู่เวทีของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขต่อไป...

๓ ก้าวสู่ปีที่ 6 แล้ว กับงาน "ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R)" โดยในปีนี้จะใช้ธีม "ร่วมสร้างวัฒนธรรม R2R สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน" เพื่อร่วมกันยืนยันความสำเร็จให้เห็นโดยทั่วกันว่าองค์กรโคหกาน่า "แนวคิด - กระบวนการ R2R" ไปใช้ จะสามารถพัฒนาคุณภาพทั้งด้านบริการและการให้การรักษาคิดยิ่งขึ้น ที่สำคัญยังสร้างความสุขในการทำงานให้แก่ผู้ให้บริการอีกด้วย โดยงาน R2R จะจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม - 2 สิงหาคมนี้ ที่ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี...

๔ อัปเดตกับผลงานวิจัย R2R ที่ร่วมส่งเข้าประกวดกันหน่อย ขณะนี้มีผลงานส่งประกวดรวมแล้ว 287 ผลงาน แบ่งเป็นประเภทปฐมภูมิ 58 ผลงาน ทศตวรรษ 38 ผลงาน ศตวรรษ 86 ผลงาน สนับสนุนงานบริการ 31 ผลงาน สนับสนุนงานบริหาร 31 ผลงาน และนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ 43 ผลงาน งานนี้คณะกรรมการยังคงคัดเข้มเช่นเดิม ส่วนผลประกวด HSRI FORUM จะเกาะติดและแจ้งให้ทราบกันต่อไป...

๕ ปิดท้ายกันที่ข่าวเก็บตก...แม้ว่าจะผ่านไปแล้วกับ "งานประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ ปี 2556" (PMAC) ในหัวข้อ "รวมพลังต่อต้านโรคติดเชื้อ ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือ" โดยเมื่อเร็วๆ นี้ สวรส. ในฐานะผู้รับผิดชอบการจัด Field Trip คูงานนอกสถานที่ ได้จัดประชุมทบทวนการดำเนินงานและมอบ Certificate of Attendance ให้กับหน่วยงานในพื้นที่ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี สมุทรสาคร ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ลพบุรี สระบุรี รพ.ศิริราช กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานมัยกทม. และคณะทำงานฯ ซึ่งงานนี้ต้องขอปรบมือให้ที่ช่วยทำให้งานนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ▲



ขอเชิญร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
“จากงานประจำสู่งานวิจัย”

ครั้งที่
6

ร่วมสร้างวัฒนธรรม R2R
สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

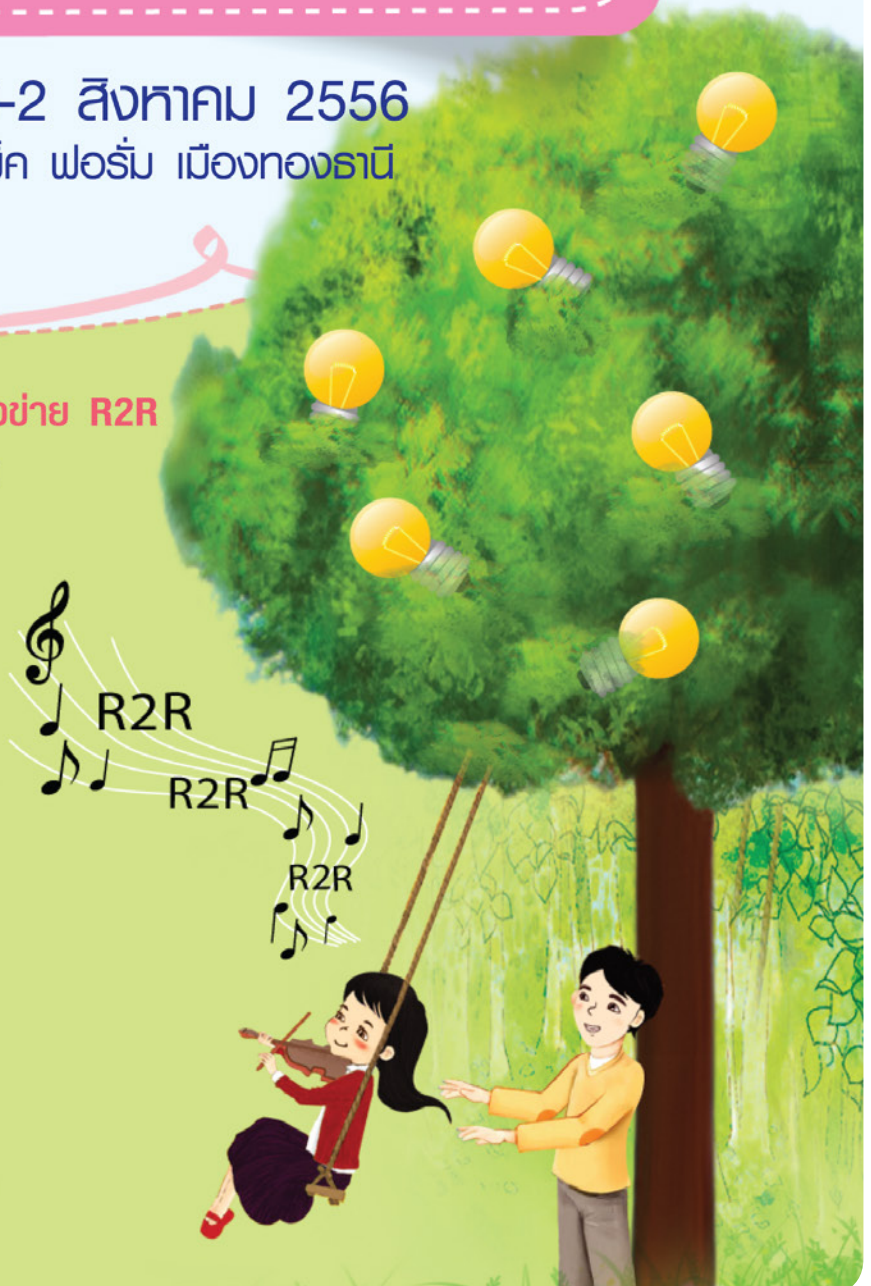
วันที่ 31 กรกฎาคม-2 สิงหาคม 2556
ณ ศูนย์การประชุม อิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี

จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และภาคีเครือข่าย R2R
รายละเอียดเพิ่มเติม และลงทะเบียนสมัครเข้าร่วมประชุม
ผ่านทาง <http://r2r.hsri.or.th>

ค่าลงทะเบียนท่านละ 2,500 บาท หรือจนกว่าจะเต็ม

เรื่องเด่นประเด็นดัง

- ประโยชน์ของผลงานวิจัยกับการขับเคลื่อนองค์กร
- ร่วมสร้างวัฒนธรรม R2R “หัวใจของการทำงาน เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”
- งานวิจัย R2R ที่เป็นแบบอย่างจากการพัฒนา คุณภาพต่อยอดด้วยความสุขของงานวิจัย
- ร่วมแลกเปลี่ยนกับคุณเอื้อและคุณอำนวยดีเด่น ตัวจริงเสียงจริง!



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม
0-2419-2661
08-04598170



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

แบ่งปันความรู้โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สามารถดาวน์โหลดเอกสาร HSRI Forum ได้ที่ www.hsri.or.th
สอบถามเพิ่มเติม หน่วยสื่อสารความรู้และขับเคลื่อนสังคม โทร 0-2832-9245

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข 6 ถ.ติวานนท์ 14
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2832-9200 โทรสาร 0-2832-9201 www.hsri.or.th