



นโยบายสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ และประกันสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านในประชาคมอาเซียน

The policies of public health sciences, health science system, and
health insurance system of neighboring countries in Asian Community.

ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์กระแส ชนะวงศ์¹

รองศาสตราจารย์ นฤมล สีนสุพรรณ²

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์³

ดร.กุหลาบ ปุริสาร⁴

และคณะนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่น 3⁵

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ เพื่อศึกษาและเสนอแนวทางเชิงนโยบายสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพและระบบประกันสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านไทยในประชาคมอาเซียน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาดูงาน ฟังการบรรยาย สังเกตการณ์ ซักถามข้อสงสัย ร่วมกับการค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร และอินเทอร์เน็ต วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีพรรณนาวิเคราะห์

ผลการศึกษาพบว่า นโยบายสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านในประชาคมอาเซียน 10 ประเทศ มีเพียง 2 ประเทศ ที่ได้มาตรฐานติดอันดับระดับโลก คือ ประเทศบรูไน ดารุซาลาม และประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเป็นประเทศที่ร่ำรวย ส่วนอีก 8 ประเทศ คือ กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย พม่า ฟิลิปปินส์ เวียดนามและประเทศติมอร์-เลสเต ล้วนเป็นประเทศยากจน แต่มีนโยบายสาธารณสุข ที่พยายามให้ประชากรของประเทศได้รับบริการสุขภาพถ้วนหน้า ภายในปี ค.ศ.2020 (พ.ศ.2563) ภายใต้ The Millennium Development Goals (MDG) ขององค์การสหประชาชาติ (UN)

ข้อเสนอแนะ คือประเทศในประชาคมอาเซียน รวมทั้งประเทศไทย ควรนำการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรของแต่ละประเทศและแต่ละท้องถิ่น ที่เรียกว่าการแพทย์ทางเลือกมาร่วมใช้ส่งเสริมการสร้างสุขภาพอย่างพอเพียง โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้การส่งเสริม สนับสนุน และให้ความช่วยเหลือ เมื่อประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือมีอาการหนัก

คำสำคัญ : นโยบายสาธารณสุข, ระบบบริการสุขภาพ, ประกันสุขภาพ, ประชาคมอาเซียน

¹⁻⁴ อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

⁵ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ รุ่น 3 วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย



Abstract

The objectives of this qualitative study were to investigate and the guidelines the policies on public health sciences, health science system, and health insurance system of neighboring countries in Asian Community. Collecting data by study visit, lecture, observation, asking questions, documentary study and internet.

The results :

The policies of public health sciences, health science system, and health insurance system of neighboring countries in Asian Community.

There are only 2 from 10 countries can get world clean standard; Brunei Darussalam and Singapore; They are wealth countries. For 8 poor countries policies such as Cambodia, Indonesia, Laos, Malaysia, Burma, Philippines, Vietnam and Timer Lester, the government try to make the United Nation (UN).

The guidelines for the Asian Communities also Thailand should bring folk and alternative medicine of each countries and each local area to promote build sufficient health, The persons of these science should help the serious patients in case of emergency illness

Keywords : Public health science policy, Health services system, Health insurance, Asean community.

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ที่กล่าวถึงยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน นั่นคือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยการสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลสุขภาพสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณสุขควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ตลอดจนความจำเป็นในการพัฒนา บุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน นอกจากนี้ การปรับปรุงโครงสร้างเศรษฐกิจ และการปรับโครงสร้างภาคบริการให้มีศักยภาพเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม จะต้องอยู่บนพื้นฐานความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม

ดังนั้นการพัฒนาคนจึงเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ควบคู่กับส่งเสริมให้องค์กร ชุมชนและสื่อต่างๆ เป็นแหล่งเรียนรู้ ซึ่งถือเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ที่มีคุณภาพรวมถึงการพัฒนาด้านการวิจัย และนวัตกรรมให้เป็นพลังขับเคลื่อน การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้เติบโต

อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

และในปี พ.ศ.2558 ประเทศได้เปิดเป็นประเทศหนึ่งในประชาคมอาเซียน (ASEAN) อย่างเป็นทางการทางจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำภูมิคุ้มกันที่มีอยู่ และเร่งสร้างภูมิคุ้มกันภายในประเทศให้เข้มแข็ง เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่คน สังคม และระบบเศรษฐกิจให้สามารถปรับตัวรองรับ ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม การเปิดการค้าเสรีด้านการให้บริการ ทำให้บุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพในประเทศไทย ต้องเผชิญกับภาวะการแข่งขันจากผู้ประกอบการจากต่างประเทศจึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ประกอบการทางด้านบริหารสาธารณสุข และบุคลากรทั้งภาครัฐ และเอกชนให้มีภาวะผู้นำในการบริหาร จัดการ องค์กร และสร้างสรรค์นวัตกรรมจัดการด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับสากลที่สามารถแข่งขันได้¹

ดังนั้นการรู้เขารู้เราจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากที่วิทยาลัยบัณฑิตเอเชียได้เปิดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมจัดการ



สุขภาพในวิชา 843 205 ระบบบริการสาธารณสุขในประชาคมอาเซียน จึงได้จัดให้มีการศึกษาดูงาน และมอบหมายให้นักศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร สื่อทางอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับนโยบายสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพและระบบประกันสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านไทยในประชาคมอาเซียนทั้ง 10 ประเทศ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษานโยบายสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพและระบบประกันสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน

วิธีการศึกษา

พานักศึกษา ศึกษาดูงาน ฟังการบรรยาย สังเกตการณ์ ชักถามข้อสงสัย เพียงบางประเทศร่วมกับมอบหมายให้ศึกษาเอกสาร และสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต เนื่องจากระยะเวลาและงบประมาณอันจำกัด ไม่สามารถเดินทางไปศึกษาดูงานให้ครบทุกประเทศได้

ผลการศึกษา

1. ประเทศบรูไน ดารุสซาลาม (Negra Brunei Darussalam)

นโยบายสาธารณสุข และบริการสุขภาพ บรูไน เป็นประเทศเล็ก ร่ำรวย มีรัฐสวัสดิการ มีโรงพยาบาลใหญ่ให้บริการ โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย มีโทรศัพท์ฉุกเฉิน 991 ให้บริการพยาบาลฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

ด้านการบริโภค นิยมอาหารฮาลาล ที่ผลิตตามหลักของศาสนาอิสลามใส่ใจเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารมาก จึงส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในภาพรวม

ระบบประกันสุขภาพ บรูไน มีระบบรัฐสวัสดิการที่มีประสิทธิภาพ โดยรัฐให้ประกันด้านการศึกษา การเคหะ และการรักษาพยาบาล ไม่มีการเก็บภาษีเงินได้ ทำให้บรูไนไม่มีปัญหาทางการเงิน ปัญหาสังคมที่รัฐบาลให้ความสำคัญได้แก่ การแก้ไขปัญหาแรงงาน

ต่างตัวผิดกฎหมาย ปัญหาการว่างงาน (ณ เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2558 มีสถิติการว่างงาน 5,814 คน) ซึ่งรัฐบาลพยายามโน้มน้าวให้ประชาชนทำงานในภาคเอกชนให้มากขึ้น แทนที่จะรองานราชการเพียงอย่างเดียว

การควบคุมโรค ผู้โดยสารทุกคนที่เดินทางเข้าประเทศบรูไนจะต้องกรอกแบบฟอร์มด้านสุขภาพและ ผู้เดินทางจากประเทศที่มีการระบาดของโรคใช้เหลียง เช่นในแถบแอฟริกา จะต้องฉีดวัคซีนป้องกันล่วงหน้า และให้แสดงแบบฟอร์มการฉีดวัคซีนต่อเจ้าหน้าที่ด้วย

2. ประเทศกัมพูชา (Cambodia) หรือราชอาณาจักรกัมพูชา

นโยบายสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพ กัมพูชาได้เริ่มต้นปฏิรูประบบสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อ ปี พ.ศ.2534 โดยได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และได้ตั้งกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ.2536 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกัมพูชาได้จัดตั้งเครือข่ายศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลตามหัวเมือง มีหน้าที่รับผิดชอบครอบคลุมประชากร 100,000 ถึง 200,000 คน แต่ประชาชนกัมพูชาส่วนใหญ่ยังคงนิยมการรักษาตามคติความเชื่อแบบดั้งเดิม และใช้ยาแผนโบราณ โดยมีครูเขมร พ่อหมอหรือแม่หมอเป็นผู้ทำหน้าที่รักษาโรค

แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ ปี พ.ศ.2551-2558 คือ การพัฒนาบริการสุขภาพด้านงบประมาณและบุคลากร เพื่อประชาชนกัมพูชาจะได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง และเป็นธรรมตามแผนสุขภาพเชิงกลยุทธ์ที่มุ่งเน้น โปรแกรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะเจริญพันธุ์ มารดาและทารกแรกเกิด รวมถึงสุขภาพเด็ก และโรคติดต่อ โดยรัฐบาลกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไว้ เพื่อเป็นเค้าโครงสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนในระยะยาวต่อไป นอกจากนี้ รัฐบาลกัมพูชายังได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแรงงาน พ.ศ.2549-2558 โดยให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลของผู้ใช้แรงงาน และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุขกัมพูชา ปัจจุบัน คือ การดูแลด้านสุขภาพรอบด้านและสร้างเสริมสุขภาพที่ดี และให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึง และเป็นธรรมด้วยบริการที่มีคุณภาพ เพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประชาชน

สถานบริการทางการแพทย์ในกัมพูชา ปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1) หน่วยปฏิบัติการประจำตำบล (Operational District-OD) เป็นสถานบริการทางการแพทย์ที่ให้บริการประชาชนในระดับตำบล มีจำนวนทั้งสิ้น 77 แห่งทั่วประเทศ

2) โรงพยาบาล (referral Hospital) มีขอบเขตรับผิดชอบครอบคลุมประชากร ประมาณ 100,000 – 200,000 คน มีจำนวนทั้งสิ้น 74 แห่งทั่วประเทศ

3) ศูนย์อนามัย (Health Center) มีขอบเขตความรับผิดชอบ ครอบคลุมประชากร ประมาณ 8,000 – 12,000 คน มีจำนวนทั้งสิ้น 957 แห่งทั่วประเทศ

4) สถานีอนามัย (Health Post) มีจำนวน 95 แห่งทั่วประเทศ ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชน ได้รับการอุดหนุนจากภาครัฐและเงินบริจาคขององค์กรระหว่างประเทศ เนื่องจากประชาชนชาวกัมพูชายังมีระดับรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ (รายได้ต่อหัว 430 เหรียญสหรัฐฯ ต่อปี) จึงไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้

ด้านสาธารณสุข อายุขัยโดยเฉลี่ย 62.1 ปี เพศชาย 60.03 ปี เพศหญิง 64.27 ปี ปี พ.ศ.2550 ผู้ติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตประมาณ 75,000 ราย เสียชีวิตประมาณ 6,900 ราย สถานการณ์ด้านสาธารณสุขในภาพรวม มีความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงโดยเฉพาะโรคทางอาหารและน้ำดื่มที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย และยังมี ความเสี่ยงจากการติดเชื้อไข้หวัดนก (H5N1)

3. ประเทศอินโดนีเซีย หรือ สาธารณรัฐอินโดนีเซีย (Republic of Indonesia)

นโยบายสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพ ด้านอนามัยแม่และเด็ก อินโดนีเซีย ยังมีปัญหาอยู่ 3 ด้าน

คือ 1) อัตราการป่วยตายในเด็กยังสูง 2) อัตราการตายของมารดาสูงถึง 240 ต่อแสนประชากร (2553) 3) อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในทารกก็ยังคงสูงอยู่ด้วยเช่นกัน การคลอดที่บ้านยังพบเห็นทั่วไปในชนบท ปัญหาโรคติดต่อสำคัญ เช่น วัณโรค และมาลาเรีย ยังเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศ อัตราการติดเชื้อ HIV อยู่ที่ 0.1% ของประชากร ปัญหาโรคเกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น การสูบบุหรี่จัดในผู้ชายอากาศเป็นพิษ เนื่องจากการใช้ฟันและการเผาป่าในหน้าแล้ง ยังเป็นปัญหาใหญ่ที่ไม่เพียงมีผลในประเทศ แต่ยังส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านอย่างมาเลเซีย สิงคโปร์ และจังหวัดทางภาคใต้ของประเทศไทย ปัจจุบัน 4 ประการคือ 1) การมีเนื้อที่กว้างใหญ่ 2) ประชากรจำนวนมาก 3) ภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นเป็นระยะ และ 4) การบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพของระบบราชการ ทำให้การจัดการสาธารณสุขแก่ประชาชนทำได้ลำบาก ความแตกต่างและไม่เท่าเทียมของการจัดสรรทรัพยากร และการเข้าถึงบริหารระหว่างพื้นที่ต่างมีอยู่ให้เห็นชัดเจน

เนื่องจากอินโดนีเซีย มีทำเลที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ อยู่ในแนวรอยแยกของเปลือกโลกหรือที่เรียกว่า Pacific ring of fire จึงทำให้ประสบกับภัยธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว น้ำท่วม ความแห้งแล้ง ไฟป่า หรือคลื่น สึนามิ อยู่เป็นระยะๆ (มีภูเขาไฟที่ยังสามารรถปะทุได้ถึง 129 ลูก) สภาวะจากภัยธรรมชาติเหล่านี้ส่งผลให้อัตราการป่วยและอัตราการตายในบางพื้นที่สูงขึ้น รวมถึงส่งผลกระทบต่อ การเคลื่อนย้ายอพยพของประชากร

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลอินโดนีเซียได้ออกกฎหมาย New Hospital Law โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความร่วมมือรัฐและเอกชน โดยส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมลงทุนในกิจการโรงพยาบาลมากขึ้น โดยได้แบ่งประเภทของโรงพยาบาลใหม่ เป็น 2 กลุ่ม คือ ก. โรงพยาบาลทั่วไป มีขีดความสามารถ 4 ระดับ (A,B,C,D) ข. โรงพยาบาลเฉพาะโรค มีขีดความสามารถ 3 ระดับ (A,B,C)

ปัญหาใหญ่ เรื่องโรงพยาบาลของอินโดนีเซีย คือการขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในชนบทและปัญหา



คุณภาพมาตรฐานการให้บริการ จนรัฐบาลต้องออกมาทำการสำรวจ เพื่อวางแผนปรับปรุงมาตรฐานให้บริการสุขภาพ และในปี พ.ศ.2553 รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย “Health Indonesia 2010” โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ

1) ถือว่าเรื่องสุขภาพเป็นปัญหา และกลไกหลักในการพัฒนาประเทศ

2) ส่งเสริมสุขภาพพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ร่วมกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

3) พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ

4) เพิ่มการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ

ปี พ.ศ.2554 ทั่วทั้งประเทศมีโรงพยาบาล 1,500 แห่ง ศูนย์สุขภาพ (Health Center) 9,000 แห่ง และมีสถานอนามัยหมู่บ้าน (Village Health Post) อีกกว่า 200,000 แห่ง ในระดับกิ่งเขต/กิ่งอำเภอ (subdistrict) ของแต่ละแห่งจะมีอย่างน้อย 1 ศูนย์สุขภาพ ซึ่งจะมีแพทย์ประจำ 1 คน เป็นหัวหน้า ภายใต้ศูนย์สุขภาพแต่ละแห่งจะมีศูนย์ย่อย (subcenter) อีก 2-3 แห่ง ทำงานร่วมสนับสนุน โดยมีพยาบาลเป็นหัวหน้า ที่ระดับศูนย์สุขภาพนี้มักจะมีรถขับเคลื่อน 4 ล้อ และเรือยนต์ไว้บริการประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารและห่างไกลในระดับหมู่บ้านจะมี intergraded family health post ทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งอินโดนีเซียมีปัญหาโดยตลอด บุคลากรที่อยู่ประจำสถานอนามัย คือ ผดุงครรภ์ ซึ่งชุมชนมักเป็นคนจ้างเอง ทำงานภายใต้การสนับสนุนเป็นพี่เลี้ยง โดยบุคลากรของศูนย์สุขภาพ ระบบประกันสุขภาพ เรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในนโยบาย Healthy Indonesia ที่ประกาศไว้เมื่อปี พ.ศ.2553 รัฐบาลพบว่าประชาชนเพียง 40 กว่าเปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่มีประกันสุขภาพ เป้าหมายเดิมที่วางไว้คือในปี พ.ศ.2553 ให้ประชาชน 50% ได้รับการคุ้มครอง และในปี พ.ศ.2563 ให้ประชากรทุกคน 100% ได้รับการคุ้มครอง ต่อมาเมื่อต้นปี พ.ศ.2555 รัฐบาลอินโดนีเซีย ได้ตัดสินใจผ่านกฎหมายใหม่คือ Universal Health Case Law ซึ่งเริ่ม

ต้นปฏิบัติการปี พ.ศ.2557 ภายใต้กฎหมายใหม่นี้รัฐบาลได้ปรับปรุงองค์กรในกำกับของรัฐ 4 แห่งที่มีอยู่เดิมซึ่งดูแลทั้งด้านประกันสังคมและประกันสุขภาพให้เหลือเพียง 2 หน่วย คือ 1) BPJSI ดูแลเรื่องประกันสุขภาพของทุกคนในประเทศ และ 2) BFJS ดูแลเรื่องประกันอุบัติเหตุขณะทำงาน บำนาญและค่าตอบแทนกรณีเสียชีวิต สุขภาพดี ถ้วนหน้า Dr.Endang Rahayu Sedyaningsih รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนปัจจุบัน (2555) กล่าวว่า “เราต้องคัดท้ายระบบกันให้มากขึ้น ไม่ใช่เอาแต่พายกันอย่างเดียว ในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของชาวอินโดนีเซียนั้นไม่ว่าเราจะอยู่ห่างไกลเป้าหมายเพียงใด ขอเพียงแต่ให้ก้าวเท้าออกไป ทีละก้าว ทีละก้าว จุดหมายปลายทางก็จะขยับมาใกล้ขึ้น”

4. สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว)

นโยบายสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพ

สปป.ลาว ได้ดำเนินการด้านสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 มีระยะเวลาดำเนินงาน 5 ปี (พ.ศ.2554 – 2558) ซึ่งมีการปรับปรุงและขยายบริการด้านสุขภาพ โดยระดมทรัพยากรต่างๆ และพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ในประเทศ แผนดังกล่าวให้ความสำคัญแก่กลุ่มงาน 9 ด้าน ได้แก่

- 1) การสร้างหมู่บ้านสาธารณสุขตัวอย่าง
- 2) ลดการตายของมารดาที่ให้กำเนิดบุตร และเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของเด็กแรกเกิด
- 3) การเตรียมความพร้อม การป้องกัน การจัดการกับความอดอยาก การขาดแคลนน้ำและสารอาหาร
- 4) การควบคุมการระบาดของโรค และการติดต่อของโรค
- 5) การพัฒนาและยกระดับคุณภาพบุคลากร
- 6) ความปลอดภัยของอาหารและยา
- 7) การปรับปรุงกลไก กฎหมาย และแผนงานขององค์กร
- 8) การพัฒนาระบบการเงินเพื่อสุขภาพให้มีความยั่งยืน



9) ความช่วยเหลือ ความร่วมมือ และการลงทุนกับองค์กรในภูมิภาคอาเซียนและนานาชาติ

ด้านสาธารณสุข สปป.ลาว ได้รับการช่วยเหลือจากนานาประเทศ โดยเฉพาะจากรัฐบาลญี่ปุ่นใน ส่วนของ Health strategy to the year 2020 (พ.ศ. 2563) มีสาระสำคัญอยู่ 4 ประการ คือ

- 1) ให้เพิ่มถึงการเข้าถึงบริการแก่ประชาชน และเพิ่มความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพ
- 2) พัฒนาการบูรณาการในระบบบริการสุขภาพ
- 3) จัดระบบบริการสุขภาพที่อิงความต้องการด้านอุปสงค์ (demand-based)
- 4) จัดระบบการสาธารณสุขที่ผนวกการพึ่งพาตนเอง

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ การบริหารด้านสุขภาพมีระบบของรัฐบาลเป็นกลไกหลักรัฐบาลลาวไม่ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นคลินิกสำหรับบริการชาวต่างชาติไม่กี่แห่งในกรุงเวียงจันทน์ แพทย์ลาวสามารถเปิดคลินิกให้บริการได้ ธุรกิจร้านขายยาเอกชนเฟื่องฟูมากในลาว คนลาวที่มีฐานะนิยมเข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลในประเทศไทย ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน เราจึงเห็นป้ายโฆษณาโรงพยาบาลเอกชนของไทยอยู่ในกรุงเวียงจันทน์เต็มไปหมด ระบบบริการสุขภาพของลาว แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

- 1) ส่วนกลาง (ministry, college of health technology and reference และ specialized)
- 2) ส่วนจังหวัด (provincial health office, provincial and regional hospital และ auxiliary nursing school)
- 3) ส่วนอำเภอ (district health office, district health hospital)
- 4) ส่วนหมู่บ้าน (health center)

ในปี พ.ศ.2553 ลาวมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ศูนย์รับส่งต่อและผลิตแพทย์ พยาบาลในกรุงเวียงจันทน์ 4 แห่ง มีศูนย์เฉพาะทาง (specialized center) 3 แห่ง โรงพยาบาลจังหวัด 16 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 130 แห่ง

และมีสถานือนามัย 862 แห่ง

โรงพยาบาลชุมชนในลาวมี 2 ระดับชั้น คือ category A และ center B ซึ่งมีขีดความสามารถของบุคลากรไม่เท่ากัน สัดส่วนเตียงต่อประชากรของลาวอยู่ประมาณ 0.7 ต่อประชากร 1,000 คน นโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลลาวอีกประการหนึ่งคือ การใช้กลไกรูปแบบหมู่บ้านสุขภาพ (Health Village Model) ซึ่งใช้องค์ประกอบ 8 องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชากรและการบูรณาการงานเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยใช้ภาคประชาชนช่วยขับเคลื่อน ซึ่งในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 6 และ 7 ลาวได้ออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เช่นกฎหมายด้านอาหารและยา การแก้ปัญหา ด้านโภชนาการ งานแม่และเด็ก การปรับปรุงข่าวสาร การเงินการคลังระบบประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของประชากรลาวอยู่ที่ประมาณ 35-40 ดอลลาร์ (2552) โดยมาจากรายจ่ายของครอบครัวเอง 61% และจากการสนับสนุนของรัฐบาล 39% โดยทั่วไปโรงพยาบาลจะมีรายได้จากการเก็บจากผู้ป่วย ในส่วนระบบการดูแลด้านสิทธิประโยชน์ในกองทุนต่างๆ ของลาว แบ่งออกเป็น 4 ระดับคือ

- 1) องค์กรประกันสังคมลาว (อปส.) ในปี พ.ศ.2553 มีผู้ขึ้นทะเบียนภาคแรงงานในระบบนี้ประมาณ 8% ของประชากรทั้งประเทศ
- 2) องค์กรประกันสุขภาพข้าราชการ (อปร.) ดูแลข้าราชการและเจ้าหน้าที่รัฐ
- 3) กองทุนประกันสุขภาพชุมชน (community based health fund) เป็นการจัดการในระดับกองทุนย่อยพื้นที่ โดยคนโสดจะถูกเก็บเงินคนละ 100 บาท/คน/ปี เพื่อเป็นสมาชิกกองทุน มีทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว
- 4) กองทุนผู้ยากไร้ ระบบนี้รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณโดยใช้จากงบกลาง (ซึ่งมีน้อยมาก) และส่วนหนึ่งได้มาจากการช่วยเหลือจากต่างประเทศเงินงบประมาณของรัฐบาลลาวด้านสุขภาพ มีสัดส่วนที่นำไปใช้เป็นเงินเดือนและค่าแรงสูงถึง 75% ของทั้งหมด 4 ระบบ ดังกล่าว



ข้างต้น ยังมีความครอบคลุมประชากรลาวไม่ถึงครึ่งหนึ่งของประเทศรัฐบาลลาวได้จัดทำแผน Road map สู่การมีระบบประกันสุขภาพ (universal coverage) และเริ่มปรับปรุงระบบนี้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 แผนที่ว่าไว้คร่าวๆ คือในปี พ.ศ.2563 (ค.ศ.2020) จะเป็นปีที่คนลาวจะบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ครบ 100%

5. มาเลเซีย (Malaysia)

นโยบายสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพ⁴ ในมาเลเซียเป็นแบบพหุลักษณะ (Pluralistic Health Care Systems) มีแหล่งที่มาของการเงินแบบผสมทั้ง 4 แหล่ง คือ จากภาษีโดยตรง การประกันสังคม การประกันสุขภาพส่วนบุคคล และการจ่ายส่วนตัว มีการให้บริการแบบครอบคลุมทั้งหมดโดยภาครัฐและเอกชน เหมือนประเทศอื่นๆ ในเครือจักรภพ ซึ่งจัดบริการโดยภาครัฐและเอกชน โดยภาครัฐเน้นการให้บริการสาธารณสุขและการป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ สำหรับภาคเอกชนมีบทบาทในการให้บริการรักษาทั้งสามระดับ การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลของรัฐ จัดโดยเครือข่ายโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ โดยเป็นการให้บริการแบบครอบคลุม ที่ประชาชนโดยทั่วไปไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือหากต้องเสียก็จ่ายในราคาที่ต่ำมาก เพราะรัฐให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2534 นายกรัฐมนตรีมาเลเซีย ได้กำหนดนโยบายที่เรียกว่า “วิสัยทัศน์ พ.ศ.2563” (Vision 2020) ความว่า ในปี พ.ศ.2563 (ค.ศ.2020) มาเลเซียเป็นชาติที่มีความพร้อมเพรียง มีความเชื่อมั่นในสังคมชาวมาเลเซียที่มีความเหนียวแน่น โดยความเข้มแข็งของศีลธรรม คุณค่า จริยธรรม ที่ดำรงอยู่ในระบบประชาธิปไตย เสรีนิยม และความอดทน เอื้ออาทร เศรษฐกิจ ยุติธรรม เทียงธรรม ก้าวหน้า และเจริญรุ่งเรือง มั่งคั่งทางเศรษฐกิจที่มีการแข่งขัน มีความเคลื่อนไหว มีความแข็งแกร่ง และยืดหยุ่น” เพื่อให้บรรลุตามนโยบายดังกล่าว ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นการส่งเสริมแนวคิดสุขภาพ ที่หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และการดำรงอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข

ซึ่งโอกาสของการเข้าสู่ภาวะสุขภาพนี้จะต้องได้รับอย่างเท่าเทียมกันในหมู่พลเมืองทั้งหมดของประเทศ กลยุทธ์ที่จะให้อุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพ บรรลุตามเป้าหมายในปี พ.ศ.2563 (ค.ศ.2020) คือการให้ความเป็นอิสระและการแปรรูป รวมทั้งการให้โอกาสภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทระบบประกันสุขภาพ นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2554 คนงานต่างชาติทุกคนที่เข้ามาทำงานในประเทศมาเลเซีย (ยกเว้นคนงานตำแหน่งแม่บ้าน) จะต้องทำประกันสุขภาพ ตามระเบียบข้อบังคับใหม่ ตามที่รัฐบาลกำหนด และการขอต่อใบอนุญาตทำงานให้คนงานต่างชาติ หรือการขอจ้างแรงงานต่างชาติใหม่ นายจ้างจะต้องแนบสำเนากรมธรรม์ประกันสุขภาพด้วย ทางด้านสหพันธ์นายจ้างมาเลเซีย ได้หารือกับกระทรวงสาธารณสุขแล้ว มีความเห็นว่าควรให้คนงานเป็นผู้รับผิดชอบค่าประกัน ซึ่งประเทศมาเลเซียมีคนงานต่างชาติมากกว่า 3 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นคนงานในภาคการก่อสร้าง การเพาะปลูก อุตสาหกรรม และบริการ

6. สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา (Republic of the Union of Myanmar)

นโยบายสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพ นับตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงการปกครองออกมาสู่ระบบสังคมนิยม รัฐบาลสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาได้ยึดกิจการของชาวต่างชาติมาเป็นของรัฐ และเข้าดำเนินการเองตามความต้องการของประชาชน จำนวนประชาชนที่ว่างงานในเมืองต่างออกไปทำงานตามชนบทมากขึ้น รัฐบาลได้จัดสรรเงินเพื่อพัฒนาด้านสาธารณสุขไปภาค และสุขภาพในชนบทให้ทัดเทียมกับในเมือง เพื่อลดช่องว่างความแตกต่างระหว่างคนในเมืองกับคนในชนบท และยังต้องการให้ประชาชนที่อยู่ในชนบทไม่เข้ามาหางานทำในตัวเมือง แม้ว่ารัฐบาลเมียนมามีการเพิ่มการใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในปี พ.ศ.2556 ด้านการรักษาพยาบาล ที่ร้อยละ 3.9 ของงบประมาณทั้งหมดของประเทศ แนวโน้มของเงินรวมทั้งหมดที่จัดสรรให้กับการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกันเมียนมาก็ยังเป็นหนึ่งในประเทศที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำสุดของโลกในแง่ของการดูแลสุขภาพ



ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ของเมียนมาที่อาศัยอยู่ในชนบท จะได้รับบริการสุขภาพ แต่ระบบการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ ยังคงกระจุกตัวอยู่แต่ในเมืองใหญ่และในเมือง จากรายงานประจำปี พ.ศ.2555 ที่เผยแพร่โดยกระทรวงสาธารณสุขของเมียนมา ศูนย์สุขภาพในชนบทเพิ่มขึ้น 1,337 – 1,566 แห่ง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2531-2555 และศูนย์เหล่านี้ขาดอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น ยา และอุปกรณ์ ผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขทางการแพทย์ที่ซับซ้อนต้องเดินทางบ่อยและไกล มีโรงพยาบาลไม่กี่แห่งที่จะสามารถให้การรักษากรณีเกิดการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน

7. สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ (Republic of the Philippines)

นโยบายสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพ⁷ ฟิลิปปินส์มีพื้นฐานมาจากระบบการแพทย์ตะวันตก โดยเป็นการผสมผสานระหว่างการแพทย์สมัยใหม่ กับการแพทย์แผนโบราณคือการใช้สมุนไพร ความเชื่อทางศาสนาที่มีมาแต่โบราณ โดยมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

สาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับ แรกในฟิลิปปินส์คือ 1) โรคหัวใจ 2) โรคหลอดเลือดอุดตันในสมอง 3) เนื้องอก 4) ปอดบวม 5) วัณโรค

สาเหตุการป่วย 5 อันดับแรก คือ 1) การติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจ 2) ปอดบวม 3) หลอดลมอักเสบ 4) ความดันโลหิตสูง 5) อุจจาระร่วงเฉียบพลัน

รัฐบาลฟิลิปปินส์ มีการปฏิรูปสาธารณสุข โดยตั้งเป้าหมายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 เป้าหมายโดยรวมคือ การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของระบบสุขภาพในการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีการตอบสนองที่ดีขึ้นมีกลยุทธ์ 3 ข้อ ดังนี้

- 1) การป้องกันความเสี่ยงทางการเงินตามการขยายตัวของโปรแกรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ การลงทะเบียน และการส่งมอบผลประโยชน์
- 2) การปรับปรุงการเข้าถึงโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ และอำนวยความสะดวกในการดูแลรักษาพยาบาล
- 3) ความสำเร็จของการดูแลด้านสาธารณสุข

สัมพันธ์กับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (The Millennium Development Goals-MDGs) ระบบประกันสุขภาพ ข้าราชการฟิลิปปินส์ มีระบบประกันสังคมของข้าราชการเรียกว่า GSIS (Government Service Insurance System) ก่อตั้งในปี พ.ศ.2480 ส่วนพนักงานเอกชนก็มีประกันสังคมให้เช่นกัน คือ SSS (Social Security System) จัดขึ้นในปี พ.ศ.2491 ปัจจุบันการประกันสังคมด้านสุขภาพของ GSIS และ SSS ได้รวมเข้ามาอยู่กับบริษัทการประกันสุขภาพของฟิลิปปินส์ (Philippine Health Insurance Corporation-Phil Health) เพื่อให้บริการที่ดีขึ้นของพนักงานของรัฐและพนักงานเอกชน ผู้ที่ได้เงินเดือน 1,000-12,000 เปโซขึ้นไป นายจ้างต้องจ่ายค่าประกันให้ ตั้งแต่ร้อยละ 50-70 หรือประมาณ 608 เปโซต่อเดือน ส่วนพนักงานจ่ายเงินค่าประกันตั้งแต่ร้อยละ 30-50 หรือประมาณ 400 เปโซต่อเดือนค่าขาดเคยขึ้นอยู่กับประเภทของการประกัน มีประกันตั้งแต่การคลอดบุตร การเสียชีวิตธรรมดา การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ พิการ การตกงาน การหย่าร้าง การเจ็บป่วย การเกษียณอายุ การประกันสุขภาพ การประกันภัยต่างๆ เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามที่จะผลักดันให้ชุดบริการทันตกรรมรวมอยู่ในชุดประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพ สำหรับประชาชนทุกกลุ่ม โดยในประชากรกลุ่มที่ห่างไกลและกลุ่มที่ยากจน

8. ประเทศสิงคโปร์ หรือสาธารณรัฐสิงคโปร์ (Republic of Singapore)

นโยบายสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ.2543 (ค.ศ.2000) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดอันดับให้สิงคโปร์เป็นประเทศที่มีระบบสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานในระดับสากลและสามารถเข้าถึงง่ายเป็นอันดับ 6 จากทั้งหมด 191 ประเทศทั่วโลก

ระบบประกันสุขภาพ รัฐบาลสิงคโปร์ได้คิดค้นระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมและเพียงพอที่จะดูแลให้ความช่วยเหลือ และแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายด้าน



สุขภาพของประชาชนในสิงคโปร์อย่างทั่วถึง โดยที่ไม่ต้องจัดสรรภาษีของประชาชนมาเกินความจำเป็น สำหรับการบริหารจัดการระบบสาธารณสุข จึงเป็นที่มาของระบบประกันสุขภาพ แบบเฉพาะของสิงคโปร์ที่รู้จักกันในนามของ “ระบบประกันสุขภาพ 3Ms (Medisave, Medi Shield and Medifund)”

1. Medisave เป็นโปรแกรมการออมเพื่อสุขภาพ หรือการประกันสุขภาพภาคบังคับ ที่ประกาศใช้ในสิงคโปร์ เพื่อช่วยเหลือประชากรในประเทศในการชำระค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐ และสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ ตามที่กฎหมายกำหนด ชาวสิงคโปร์ และผู้ได้รับอนุญาตให้พำนักในสิงคโปร์แบบถาวร ที่ทำงานในสิงคโปร์ จะต้องแบ่งเงินเดือนหรือค่าจ้างรายเดือนส่วนหนึ่งเพื่อส่งเข้าบัญชี Medisave ของตน ซึ่งสัดส่วนที่เรียกเก็บจะแตกต่างกันตามระดับอายุ

2. Medi Shield คือแบบประกันสุขภาพส่วนบุคคล สำหรับกรณีเจ็บป่วยร้ายแรง หรือกรณีต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เฉพาะผู้ที่สามารถเสียค่าใช้จ่ายเพื่อเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และสถานบริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ

3. Medifund คือกองทุนสงเคราะห์เพื่อสุขภาพ ซึ่งจัดโดยรัฐบาล เพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวสิงคโปร์ที่มีรายได้น้อย และไม่สามารถชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลได้ แม้ว่าจะได้พยายามชำระผ่านบัญชี Medisave และโปรแกรม Medi Shield แล้วก็ตาม ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันว่า ชาวสิงคโปร์ทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้ เนื่องจากสิงคโปร์ เป็นประเทศเล็กและเป็นสังคมเมือง ประชากรมีจำนวนไม่มาก ประชากรส่วนใหญ่มีการศึกษาสูง รวมถึงมีความยึดมั่นในการพึ่งพาตนเอง และเคารพต่อการดำเนินการของรัฐบาลทำให้เอื้อต่อการบริหารจัดการภายใต้ระบบการออมของประชาชน (Central Provident Fund Board-CPF) จากการออมเงิน

อย่างต่อเนื่อง ภายใต้นโยบายของรัฐบาล และประชากรมีความตระหนักในหน้าที่ของการมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลของตนเอง ทำให้รัฐบาลสามารถบริหารจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันสิงคโปร์ใช้งบประมาณทางด้านสาธารณสุขเพียง 1.6% ของ GDP เท่านั้น ในขณะที่บริการทางด้านสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานในระดับสากล และประชากรในประเทศมีอายุไขเฉลี่ยยาวนานถึง 81 ปี

9. เวียดนาม หรือ สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม (The Socialist Republic of Vietnam)

นโยบายสาธารณสุขและระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพของเวียดนามเป็นระบบผสมผสาน ระหว่างกลุ่มที่ 1 คือ มีประกันสุขภาพ และกลุ่มที่สองมาจากเงินสมทบที่รัฐบาลจัดทำให้ร้อยละ 10.2 ของงบประมาณที่รัฐบาลใช้จ่ายในเรื่องสุขภาพ ดังนั้นชาวเวียดนามเมื่อเดินทางเข้าโรงพยาบาล ก็จะมีทั้งกลุ่มที่รัฐบาลดูแลค่ารักษาพยาบาลให้ทั้งหมด เช่นกลุ่มที่ได้รับการปกป้องทางสังคม และกลุ่มที่ผ่านระบบเงินประกันสุขภาพ ที่หักไว้จากเงินเดือนหรือค่าแรง และผ่านระบบการร่วมจ่าย โดยมีเงินภาษีของรัฐมาช่วยสนับสนุนอีกส่วนหนึ่งด้วย แต่โดยภาพรวมก็ยังไม่ค่อยเพียงพอ

ระบบประกันสุขภาพ หน่วยงานของรัฐที่ดูแลระบบประกันสุขภาพของประชาชนมี 2 หน่วยงาน คือ

1. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมประกันสุขภาพ เป็นผู้กำหนดนโยบายหลักๆ ออกแบบประกัน และกำหนดสิทธิประโยชน์

2. สำนักงานประกันสังคมเวียดนาม เป็นผู้รับผิดชอบบริการระบบการเงิน เก็บเบี้ยประกันการแจกจ่ายหลักประกันสุขภาพ การตรวจสอบ การชดเชยค่าบริการ และการจ่ายเงินให้โรงพยาบาล

ดังนั้นการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ จึงเป็นกองทุนระดับชาติ เพียงกองทุนเดียวส่วนสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพในเวียดนาม ไม่ว่าจะเข้าราชการ ลูกจ้างภาคธุรกิจกรมการโรงงานหรือ



ชวานา ใช้สิทธิประโยชน์รูปแบบเดียวกันทั้งหมด รัฐบาลเวียดนาม ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ภายในปี พ.ศ.2557 ระบบประกันสุขภาพจะครอบคลุมให้ได้ 100% ทั้งประเทศ

10. สาธารณรัฐประชาธิปไตยติมอร์-เลสเต (The Democratic Republic of Timor-Leste) หรือ ติมอร์-เลสเต (Timore-Leste)

นโยบายสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพ⁷
กระทรวงสาธารณสุขของติมอร์-เลสเต ได้ประกาศสิทธิ ด้านสุขภาพดังนี้ “เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนชาวติมอร์ทุกคนที่จะเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ภายใต้ศักยภาพของรัฐที่จะดำเนินการได้โดยการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วม”

พันธกิจ ของกระทรวงสาธารณสุขคือ จัดให้มีหน่วยบริการ เพื่อรองรับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนการควบคุมกำกับและส่งเสริมชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการมีส่วนร่วมดำเนินการ

เป้าหมาย 2 ประการคือ 1) สุขภาพประชาชนดีขึ้น 2) การบริหารสุขภาพมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านความจำเป็นพื้นฐาน และปัญหาสุขภาพของสตรี และเด็กในกลุ่มคนจน และเน้นการมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ

กลยุทธ์ การเข้าถึงบริการปฐมภูมิ เน้นการป้องกันโรค ความพอเพียงของหน่วยบริการ ครอบคลุมพื้นที่ ภายใต้การสนับสนุนของชุมชน และรัฐบาล เท่าเทียมความสามารถในการดำเนินการ โดยเฉพาะด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการป้องกัน

ระบบบริการสุขภาพพื้นฐาน มีโรงพยาบาลขนาด 114 เตียงในเขตเบาเกา และโรงพยาบาลขนาด 24 เตียงในเขตโกวา-สิมา เขตโบโบนาโร เขตโอเอกูซี และโอโนาโร ส่วนเขตอื่นๆ จะมีบริการปฐมภูมิกอบทุกเขต

การพัฒนาาระบบสุขภาพ ในปี พ.ศ.2563 (ค.ศ.2020) ภายใต้ The Millennium Development Goals (MDG) ของสหประชาชาติ “พลเมืองชาวติมอร์-เลสเต จะมีการศึกษาดี มีสุขภาพพลานามัยที่แข็งแรง มีศักยภาพพึ่งตนเองได้ และสนับสนุนคุณค่าของความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันไม่แบ่งแยก และมีความเสมอภาคใน

บริบทสากล”

อภิปราย

ประเทศเพื่อนบ้านของไทยในประชาคมอาเซียน ทั้ง 10 ประเทศ แต่ละประเทศมีนโยบายสาธารณสุขที่ดี เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง โดยพยายามจัดระบบประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า แต่ที่ทำได้ดีมากติดอันดับของโลกมีเพียง 2 ประเทศที่ร่ำรวย คือ ประเทศบรูไน และประเทศสิงคโปร์ ส่วนประเทศอื่นอีก 8 ประเทศ ได้แก่ กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย พม่า ฟิลิปปินส์ เวียดนาม และติมอร์-เลสเต ล้วนเป็นประเทศที่ยากจน เคยตกเป็นเมืองขึ้นของประเทศตะวันตกในยุคล่าเมืองขึ้นทั้งสิ้น ซึ่งประเทศเหล่านี้มีทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ และมีการแพทย์แผนวัฒนธรรมที่สามารถปรับตัวเข้าได้กับธรรมชาติ เมื่อประเทศตะวันตกมายึดครองก็ล้วนแต่โกยทรัพยากรธรรมชาติของแต่ละประเทศไปยังประเทศแม่ของตน และทำให้ประชากรในพื้นที่ครอบครองเสียหลักไม่สามารถพึ่งพตนเองได้ ซึ่งกว่าที่แต่ละประเทศจะต่อสู้เพื่อได้รับอิสรภาพคืนมาก็ย่ำแย่ ดังนั้นการจะพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เจริญ มีระบบประกันสุขภาพ โดยใช้มาตรฐานทางตะวันตก ที่ต้องมีโรงพยาบาลใช้ เทคโนโลยีทันสมัย มีค่าใช้จ่ายสูง คงไม่ใช่คำตอบ

ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายเศรษฐกิจตามประเทศตะวันตก ครอบครัวยุคใหม่ก็ล่มสลายไปแล้ว เมื่อประชาชนชาวบ้านหันมาน้อมรับนโยบายเศรษฐกิจพอเพียงตามกระแสพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาปฏิบัติ⁸ กลับทำให้ครอบครัวอบอุ่น ลูกหลานกลับมาอยู่บ้านมีงานทำ มีอยู่มีกิน สุขภาพดี พ่อแม่เป็นผู้จัดการธนาคารต้นไม้ ลูกหลานช่วยกันทำงาน เป็นหมอบรรเทา ทำให้มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ซึ่งสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีได้ทรงเมตตาเสด็จไปส่งเสริมสนับสนุนให้ประเทศเพื่อนบ้านในประชาคมอาเซียน ดำเนินชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้



ประชาชนได้บริหารร่างกาย บริหารจิตใจ คิดแต่เรื่องดีๆ ได้กินอาหารที่สมดุล ทำให้มีสุขภาพดีโดยปริยาย และนี่คือคำตอบของประเทศในประชาคมอาเซียน เพื่อที่จะถ่วงดุลกับเศรษฐกิจและสาธารณสุขแบบตะวันตก โดยนโยบายสาธารณสุข ควรหันมาส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบพอเพียง นำการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพร อันเป็นการแพทย์ทางเลือกของแต่ละประเทศ และแต่ละท้องถิ่นมาร่วมใช้โดยบุคลากรทางการแพทย์คอยช่วยเหลือประชาชนเวลาที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือมีอาการเจ็บป่วยหนักที่ควรใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

สรุปและข้อเสนอแนะ

นโยบายสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านของประเทศไทย ในประชาคมอาเซียน 10 ประเทศ มีเพียง 2 ประเทศ ที่ได้มาตรฐานติดอันดับระดับโลก คือประเทศบรูไน ดารุสซาลาม และประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเป็นประเทศที่ร่ำรวย ส่วนอีก 8 ประเทศ คือ กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย พม่า ฟิลิปปินส์ เวียดนามและติมอร์-เลสเต ล้วนเป็นประเทศยากจน แต่มีนโยบายสาธารณสุขที่พยายามให้ประชากรของประเทศได้รับบริการสุขภาพถ้วนหน้า ภายในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ.2563) ภายใต้สหัสวรรษของสหประชาชาติ (UN Millennium Development Goals)

ข้อเสนอแนะ

1) ประเทศในประชาคมอาเซียนที่ยากจน รวมทั้งประเทศไทย ควรนำการแพทย์พื้นบ้านและสมุนไพรของแต่ละประเทศและแต่ละท้องถิ่น ที่เรียกการแพทย์ทางเลือกมาร่วมใช้

2) ส่งเสริมการสร้างสุขภาพแบบพอเพียง โดยทำเกษตรผสมผสานตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง พ่อแม่เป็นผู้จัดการธนาคารต้นไม้ ลูกหลานช่วยกันทำงานเป็นหมอครอบครัว ก็จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

3) บุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข ช่วยส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือเมื่อประชาชนมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือเจ็บป่วยหนักที่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุกหน่วยงานที่ให้ข้อมูล นักศึกษาทุกท่านที่ค้นคว้าหาข้อมูลทำรายงานคณาจารย์และผู้ร่วมงานทุกท่าน ที่ช่วยให้ผลงานปรากฏ

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย (2556). **รายละเอียดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ** หลักสูตรใหม่ ขอนแก่น : วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย.
2. วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ บก (2555). **สุขภาพดีวิถีอาเซียน** กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2555). **สุขภาพดีวิถีอาเซียน Asean Health Case System** รวมบทความวิเคราะห์ระบบสุขภาพ.
4. สำนักงานแรงงานประเทศมาเลเซีย (2558). **ระบบสาธารณสุขประเทศมาเลเซีย** สืบค้นจาก <http://malaysia.mol.go.th/node/412>.
5. The Dental Association of Thailand (2014). **เยี่ยมชมระบบทันตสุขภาพประเทศอาเซียน : ประเทศฟิลิปปินส์** สืบค้นจาก <http://www.thaidentalmag.com/dent-world-detail.php?type=14&id=381>
6. กองทุนสำรองเลี้ยงชีพไทย (2010). **สรรหามาเล่าตอนเยี่ยมเยือน Central Provident Fund Board-Singapore**. ประเทศไทย สืบค้นข้อมูลจาก <http://www.thaipvd.com/content-th.php?content-in=0145>
7. สถาบันศึกษาความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2559) **สาธารณสุข**



ประชาธิปไตยติมอร์เลสเตสืบค้นข้อมูลจาก <http://www.apecthai.org/index.php>.

8. ประเวศ วะสี (2546). ยุทธศาสตร์ทางปัญญา เพื่ออนาคตของประเทศไทยกรุงเทพฯ : มูลนิธิสื่อสร้างสรรค์
9. นฤมล สีนสุพรรณ (2556). “เรามาคูแลสุขภาพตามหลักธรรมชาติกันเถอะ” บทความพิเศษ วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย, 3(2) กรกฎาคม-ธันวาคม 8-14.