



บทที่ 15

ประเทศไทยกับระบบสุขภาพโลก (Global Health)

ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงประมาณสามทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในบริบทของโลกหลายด้าน ได้แก่ ความสะดวกรวดเร็วของการติดต่อสื่อสารระหว่างประเทศ ทำให้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศหนึ่งกลายเป็นปัญหาของประเทศอื่นๆทั่วโลกได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว เช่นการเกิดขึ้นของโรค SARS ในทวีปเอเชีย ได้กลายเป็นปัญหาของทั่วโลกภายในเวลาเพียงไม่กี่วัน เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ปัญหาสุขภาพโลกเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศพัฒนาแล้ว ที่มองประเด็นด้านสุขภาพไม่ใช่เป็นเพียงประเด็นด้านการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีเท่านั้น แต่เป็นประเด็นด้านความมั่นคงด้วย เพราะหากเกิดการระบาดของโรคขึ้นในภูมิภาคใดของโลกก็ตามย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรของตนได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็วจนอาจเกิดวิกฤตการณ์ได้ เช่นการคาดการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่อาจทำให้ประชากรเสียชีวิตจำนวนมาก

เมื่อปัญหาของสุขภาพมีความสำคัญต่อโลกมากขึ้นเช่นนี้ จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ที่สำคัญได้แก่ การเพิ่มขึ้นของงบประมาณด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่มีต่อประเทศกำลังพัฒนาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงอาจกล่าวได้ว่าระบบสุขภาพโลกเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ ที่ประเทศต่างๆจะต้องสนใจและเตรียมการรับการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ

1. การเปลี่ยนผ่านแนวคิดด้านสุขภาพ: จากปัญหาภายในของประเทศ สู่ปัญหาที่ต้องการความร่วมมือระหว่างรัฐ ไปถึงปัญหาที่ต้องการความร่วมมือขององค์กรทั้งรัฐและเอกชนทั่วโลก

แนวคิดด้านสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนตามการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาการด้านอื่นๆ ในยุคที่การเดินทางและการติดต่อสื่อสารระหว่างประเทศอยู่ในแคว้นจำกัด ปัญหาสุขภาพจึงจำกัดอยู่ในขอบเขตของประเทศเป็นหลัก ตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา แนวคิดด้านสุขภาพมองในมิติของ “สาธารณสุข” หรือ Public Health ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกัน และการดูแลสุขภาพโรคของประชาชนโดยรวม โดยให้ความหมายของคำว่า “สาธารณสุข” หมายถึงการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการให้มีสุขภาพดี สิ่งแวดล้อมที่ดี

เมื่อประเทศต่างๆมีการติดต่อระหว่างกันมากขึ้น แนวคิดด้านสุขภาพได้ขยายออกไประหว่างประเทศด้วย โดยความหมายของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ (International Health) จึงขยายข้ามขอบแดนของประเทศเดียวไปสู่ประเทศอื่น โดยสาธารณสุขระหว่างประเทศเน้นเรื่องการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนา โดยพิจารณาถึงปัญหาความซับซ้อนของปัจจัยทั้งระดับโลกและท้องถิ่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

เมื่อการสื่อสารติดต่อระหว่างประเทศได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพข้ามพรมแดนได้อย่างรวดเร็ว และทำให้การแก้ปัญหาสลับซับซ้อนมากขึ้น ปัญหาสุขภาพจึงมีมิติที่แตกต่างไปจากเดิม จึงเกิดแนวคิดสุขภาพโลก (Global Health)



ขึ้น โดยความหมายของสุขภาพโลกหมายถึง สุขภาพของประชาชนในบริบทของโลกและข้ามเขตแดนของมุมมองและปัญหาของประเทศใดประเทศหนึ่ง¹ โดยการเข้ามามีบทบาทของกลไกนอกภาครัฐอื่นๆเพิ่มขึ้นมาก

เมื่อพิจารณาความหมายของ Public Health, International Health และ Global Health แล้ว พบว่ามีส่วนทับซ้อนหลายประเด็น คือทั้งหมดนี้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชนโดยรวม เน้นการป้องกันโรค และห่วงใยกลุ่มด้อยโอกาส แต่มีสิ่งที่แตกต่างกันคือ ในด้านการครอบคลุมของพื้นที่สาธารณสุข (Public Health) ครอบคลุมปัญหาในบริบทของประเทศ ส่วนการสาธารณสุขระหว่างประเทศ (International Health) ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของประเทศอื่นนอกเหนือจากประเทศของตน โดยส่วนใหญ่จะเป็นความร่วมมือระหว่างรัฐตั้งแต่ 2 ประเทศขึ้นไป ในขณะที่สุขภาพโลก (Global Health) เป็นปัญหาร่วมกันของโลก ซึ่งต้องการแนวทางแก้ไขที่เป็นความร่วมมือระหว่างโลกต่างๆทั้งรัฐและเอกชนในประเทศต่างๆ โนโลก (ตารางที่ 15.1)

ตารางที่ 15.1 การเปรียบเทียบระหว่าง Public Health, International Health และ Global Health

ประเด็นเปรียบเทียบ	สุขภาพโลก (Global health)	สาธารณสุขระหว่างประเทศ (International health)	สาธารณสุข (Public health)
การครอบคลุมพื้นที่	มุ่งเน้นที่ประเด็นที่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพที่ข้ามเขตแดนของประเทศใดประเทศหนึ่ง	มุ่งเน้นที่ประเด็นสุขภาพของประเทศอื่นนอกจากประเทศของตน โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา	มุ่งเน้นที่ประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศหรือในชุมชน
ระดับความร่วมมือ	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหาต้องการความร่วมมือจากหลายประเทศทั่วโลก	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหาต้องการความร่วมมือจากประเทศในลักษณะทวิภาคี	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหาต้องการความร่วมมือ ไม่ต้องการความร่วมมือจากประเทศอื่นในระดับโลก
ปัจเจกหรือประชากร	รวมการป้องกันโรคในกลุ่มประชากรและการรักษาโรคในระดับปัจเจกไว้ทั้งสองส่วน	รวมการป้องกันโรคในกลุ่มประชากรและการรักษาโรคในระดับปัจเจกไว้ทั้งสองส่วน	ส่วนใหญ่เน้นความสำคัญของการป้องกันโรคในกลุ่มประชากร
การเข้าถึงสุขภาพ	วัตถุประสงค์หลักคือการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ โนโลกเพื่อประชาชนทุกคน	เน้นการช่วยเหลือประชาชนที่มีปัญหาในประเทศอื่น	วัตถุประสงค์หลักคือการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของคนภายในประเทศหรือในชุมชน
ความกว้างของวิชาการที่ใช้	มีลักษณะความเป็นสหวิทยาการและข้ามศาสตร์สูง และการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆนอกภาคสุขภาพ	รวมการทำงานของต่างสาขาเข้าด้วยกันบ้างแต่ไม่เน้นการทำงานแบบสหวิทยาการ	สนับสนุนการทำงานแบบสหวิทยาการโดยเฉพาะภายในภาคสุขภาพและสังคมศาสตร์

ที่มา: J P Koplan et al. Towards a common definition of global health Lancet 2009; 373: 1993-95.

¹Brown et al. The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. AJPH: Jan 2006, Vol 96, No 1. <http://www.ajph.org/cgi/reprint/96/1/62>



2. พหุมิติของสุขภาพโลก

เพื่อให้เข้าใจปัญหาสุขภาพในมิติของสุขภาพโลกมากขึ้น ได้มีการพิจารณาเรื่องสุขภาพโลก ออกเป็น 5 มิติ คือ

(1) **สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นนโยบายระหว่างประเทศ** โดยวัตถุประสงค์ของสุขภาพโลกในมิตินี้ให้ความสำคัญกับเรื่องการค้า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความมีเสถียรภาพ การมีประชาธิปไตย และภาพลักษณ์ของประเทศ ลำดับความสำคัญของโรคที่อยู่ในกลุ่มนี้คือ โรคติดเชื่อ และโรคเอดส์ หน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับมิติด้านนโยบายระหว่างประเทศได้แก่ หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของประเทศพัฒนาแล้ว เช่น USAID PEPFAR กระทรวงการต่างประเทศสหรัฐ DFID ของสหราชอาณาจักร และ JICA ของญี่ปุ่น เป็นต้น

(2) **สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นประเด็นความมั่นคง** วัตถุประสงค์หลักคือ การต่อสู้กับการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพ การติดเชื่อ และการติดยา โรคที่สำคัญคือ ไข้หวัดนก การติดเชื่อ ทางเดินหายใจ การติดยาวิธโรค (Multidrug-resistant) และโรคเอดส์ หน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับมิตินี้ได้แก่ หน่วยงานควบคุมโรคของประเทศพัฒนาแล้ว เช่น US CDC หรือองค์กรเอกชน เช่น NTI (Nuclear Threat Initiative)

(3) **สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นการกุศล** วัตถุประสงค์หลักคือ การแก้ปัญหาความยากจน ประเด็นปัญหาคือความแห้งแล้ง ความอดอยาก ภาวะทุพโภชนาการ เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย หน่วยงานที่ดำเนินการในมิตินี้ได้แก่ หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของประเทศพัฒนาแล้วเช่นเดียวกับข้อ (1) และหน่วยงานการกุศลภาคเอกชน เช่น มูลนิธิบิลและเมลินดาเกตส์ เป็นต้น

(4) **สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นการลงทุน** วัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจที่จะได้จากการพัฒนาสุขภาพอย่างเต็มที่ ประเด็นสุขภาพในกลุ่มนี้คือ โรคเอดส์ มาลาเรีย อนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ อาชีวอนามัย การประกันสุขภาพ และหน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้คือ ธนาคารโลก IMF ILO และภาคธุรกิจเอกชน

(5) **สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นการสาธารณสุข** วัตถุประสงค์หลักคือ มนุษย์ทุกคนบนโลกมีสุขภาพดีอย่างเต็มที่ ประเด็นสุขภาพคือภาวะโรค หน่วยงานที่สนใจในประเด็นนี้ คือ องค์การอนามัยโลก และหน่วยงานที่รับผิดชอบโรคเฉพาะด้าน และองค์กรเอกชน

ตารางที่ 15.2 การเปรียบเทียบกลุ่มสุขภาพโลก 5 กลุ่ม และจุดเน้น

หลักการ	เป้าหมาย	โรคที่ให้ความสำคัญ	หน่วยงานหลัก
สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นนโยบายระหว่างประเทศ	การค้า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความมีเสถียรภาพ การมีประชาธิปไตย และภาพลักษณ์ของประเทศ	โรคติดเชื่อ และโรคเอดส์	หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น USAID PEPFAR กระทรวงการต่างประเทศสหรัฐ DFID ของสหราชอาณาจักร SIDA ของสวีเดน CIDA ของแคนาดา และ JICA ของญี่ปุ่น
สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นความมั่นคง	การต่อสู้กับการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพ การติดเชื่อ และการติดยา	ไข้หวัดนก การติดเชื่อ ทางเดินหายใจ การติดยาวิธโรค (Multidrug-resistant) และโรคเอดส์	หน่วยงานควบคุมโรคของประเทศพัฒนาแล้ว เช่น US CDC และองค์กรพัฒนาเอกชน สาธารณประโยชน์ เช่น Nuclear Threats Initiative



หลักการ	เป้าหมาย	โรคที่ให้ความสำคัญ	หน่วยงานหลัก
สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นการกุศล	แก้ปัญหาความยากจน	ความแห้งแล้ง ความอดอยาก ภาวะทุพโภชนาการ เอชไอวี โรคมาลาเรีย	หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของประเทศพัฒนาแล้ว และหน่วยงานการกุศลเอกชนต่างๆ เช่น มูลนิธิบิลและเมลินดาเกตส์
สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นการลงทุน	การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเต็มที่	โรคเอดส์ และมาลาเรีย	ธนาคารโลก IMF ILO และภาคธุรกิจเอกชน
สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นสาธารณสุข	ให้มีสุขภาพดีอย่างสูงสุด	ภาวะโรคทั่วโลก	องค์การอนามัยโลก และหน่วยงานที่รับผิดชอบโรคเฉพาะด้าน และองค์กรเอกชน

ที่มา: David Stuckler, Martin McKee, Five metaphors about global-health policy, Lancet 2008; 372.

จะเห็นว่าประเด็นด้านสุขภาพโลกนั้นมีหลายมิติ และหลากหลายวัตถุประสงค์ หน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินงานก็มีแนวคิดและจุดมุ่งหมายที่ต่างกัน ดังนั้น การทำความเข้าใจในเรื่องสุขภาพโลกจึงมีความสลับซับซ้อนมากกว่าประเด็นสุขภาพเดิมที่เน้นการมีสุขภาพเป็นเป้าหมายหลัก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาโรคที่อยู่ในกลุ่มต่างๆ จะพบว่าโรคบางโรคอยู่ในทุกกลุ่ม เช่น โรคเอดส์ เป็นต้น การแก้ปัญหาโรคที่เป็นปัญหาร่วมจึงได้รับความสนใจและให้การสนับสนุนมากกว่าโรคอื่นๆ การลงทุนด้านนี้จึงสูงตามไปด้วย

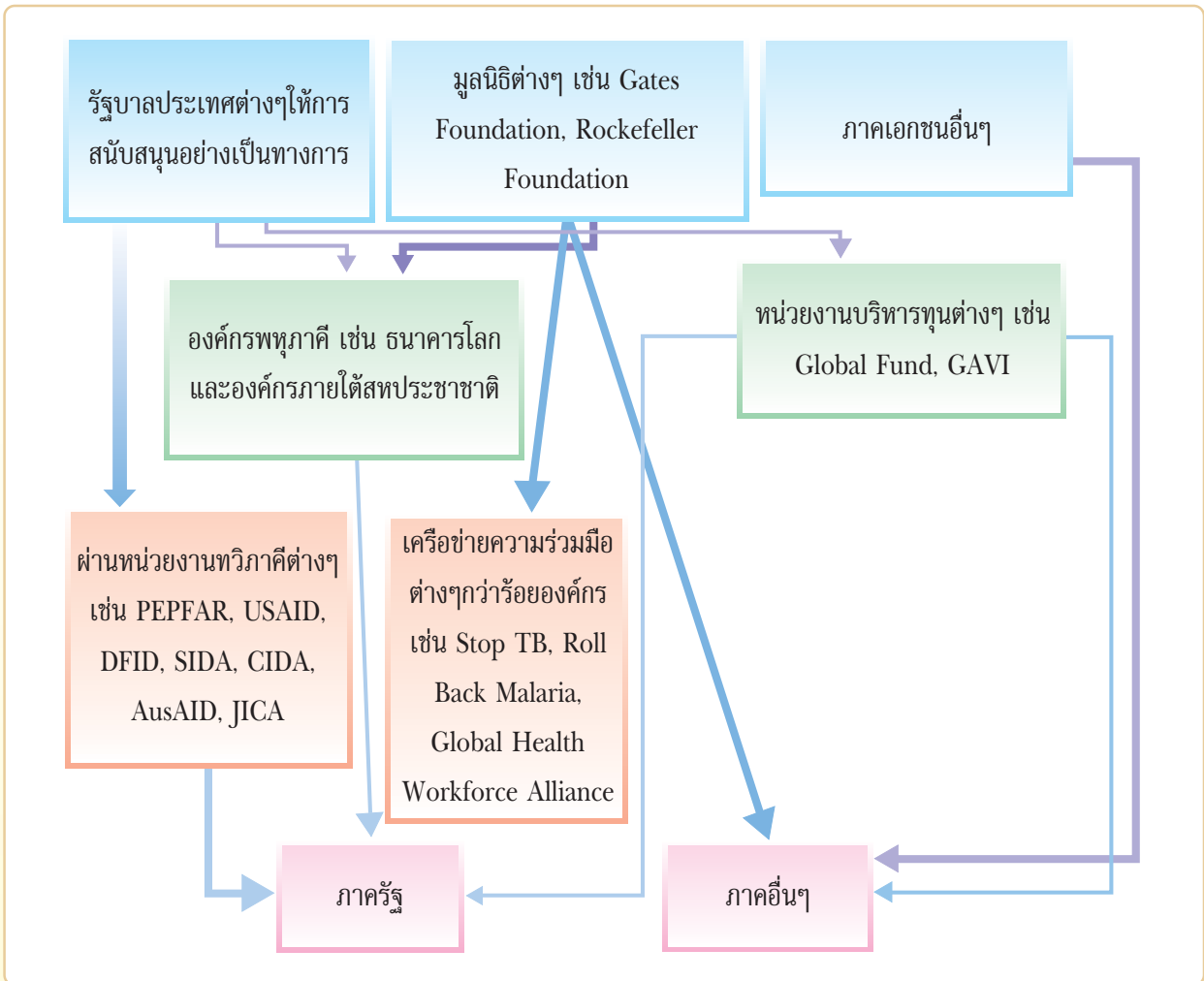
อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพโลก ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงโรคที่ติดต่อระหว่างกันเท่านั้น แต่ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาปัญหาโรคไม่ติดต่อได้รับความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากเป็นสาเหตุของภาระโรคที่มากกว่าสองในสามในประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยจะมีการจัด NCD summit ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 ที่มอสโคว์ และ สมัชชาสหประชาชาติในเดือนกันยายนปีเดียวกัน ก็มีระเบียบวาระเฉพาะ ที่จะปรึกษากันในเรื่องโรคไม่ติดต่อด้วย ปัญหาโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาที่ต้องการความร่วมมือระหว่างสาขาและประเทศต่างๆ ในการแก้ไข เช่น ปัญหาจากการบริโภคสุราและยาสูบ ปัญหาสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่น ปัญหาโลกร้อน เป็นต้น

3. กลไกอภิบาล: บบสุขภาพโลก (Global Health Governance)

เมื่อประเด็นด้านสุขภาพโลกมีหลายมิติ และหลายวัตถุประสงค์ รวมทั้งมีหน่วยงานให้ความสำคัญกับประเด็นเหล่านี้มากขึ้น ทำให้องค์กรทางด้านสุขภาพโลกใหม่ทั้งภาครัฐและเอกชนเกิดขึ้นมากมายในช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ทั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุน และบริหารจัดการทุน หน่วยงานประสานการทำงาน และหน่วยงานปฏิบัติ ทำให้องค์กร กลไกที่เกี่ยวข้องกับการอภิบาลระบบสุขภาพโลกมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ยิ่งเมื่อรวมหน่วยงานที่มีอยู่เดิมเช่นหน่วยงานภายใต้โครงการสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก มูลนิธิ องค์กรเอกชน และหน่วยงานด้านวิชาการ ด้วยแล้ว องค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพโลกจึงมีจำนวนมากมาย การที่มีองค์กรเกิดขึ้นมากมาย และต่างก็มีวัตถุประสงค์ของตนเองนี้ ทำให้แต่ละองค์กรกำหนดรูปแบบการทำงาน การรายงานผลการทำงานแตกต่างกันด้วย แม้จะมีความพยายามอย่างสูงที่จะประสานงานกัน แต่ก็เป็นไปได้ยากยิ่ง



ภาพที่ 15.1 ความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่างๆด้านสุขภาพโลก ในด้านการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ



ที่มา: The global health landscape

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก

จากการเปลี่ยนผ่านแนวคิดด้านสุขภาพ และมิติของสุขภาพโลก ทำให้บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการปรับเปลี่ยนไปเช่นกัน หน่วยงานที่เคยมีความสำคัญต่อโลกด้านสุขภาพเช่นองค์การอนามัยโลก หรือองค์การยูนิเซฟ มีบทบาทน้อยลงอย่างมาก ทั้งในการกำหนดประเด็นนโยบาย และด้านการเงิน การเกิดขึ้นของหน่วยงานใหม่ๆที่เรียกว่า Global Health Initiative ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาขององค์การอนามัยโลกเอง โดยเฉพาะปัญหาด้านการบริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการที่ระบบงบประมาณต้องพึ่งพาการบริจาคจากประเทศพัฒนาแล้วเป็นหลัก ทำให้องค์การอนามัยโลกมีการดำเนินงานภายใต้อิทธิพลของประเทศพัฒนาแล้วผ่านการบริจาคเงินโดยกำหนดเงื่อนไขหรือระบุกิจกรรม ทั้งนี้เห็นได้ชัดจากงบประมาณขององค์การอนามัยโลกซึ่งเคยพึ่งพิงจากค่าสมาชิกถึงสองในสามใน พ.ศ. 2540 ทำให้สามารถกำหนดนโยบายต่างๆได้เอง แต่งบประมาณขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันกว่าร้อยละ 80 เป็นงบประมาณที่ได้จากการบริจาคโดยประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งล้วนแล้วแต่มีเงื่อนไขบังคับให้ดำเนินการเฉพาะในเรื่องที่ตนเองสนใจเป็นหลัก ทำให้องค์การอนามัยโลกขาดความเป็นอิสระในการดำเนินงาน เมื่อเป็นเช่นนี้ ทำให้เกิดแนวคิดในการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพโลกเพื่อการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาที่เป็นปัญหาของสุขภาพโลกได้อย่างชัดเจน การก่อตั้งหน่วยงานใหม่ๆทางด้านสุขภาพขึ้นหลายองค์กร ยิ่งทำให้บทบาทขององค์การอนามัยโลกลดลง



ขณะนี้ประมาณการว่ามีหน่วยงานด้าน Global Health Initiatives กว่า 100 องค์กร โดยหน่วยงานหลัก ได้แก่ กองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria), the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI); และ the World Bank Multi-Country AIDS Program (MAP) งบประมาณได้หลั่งไหลมาจากหลากหลายหน่วยงาน และหลากหลายประเทศให้แก่โครงการทางด้านสุขภาพ จากข้อมูลของ ธนาคารโลก การให้การสนับสนุนแก่โครงการทางด้านสุขภาพเพิ่มจาก 2.5 พันล้านเหรียญใน พ.ศ. 2533 เป็น 14 พันล้าน เหรียญใน พ.ศ. 2548 องค์กรทวิภาคีต่างๆ ก็เพิ่มงบประมาณให้การสนับสนุน เพิ่มจาก 8.5 พันล้านเหรียญใน พ.ศ. 2543 เป็น 13.5 พันล้านเหรียญ ใน พ.ศ. 2547 กองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียมีงบประมาณสนับสนุนจากประเทศ และหน่วยงานต่างๆตั้งแต่ พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน กว่าสองหมื่นล้านเหรียญ² นอกจากการเพิ่มการสนับสนุนจากภาครัฐแล้ว หน่วยงานภาคเอกชนก็เพิ่มการลงทุนทางด้านสุขภาพเช่นกัน มูลนิธิบิลและเมลินดาเกตส์ ได้บริจาคเงินจำนวน 6.6 พันล้าน เหรียญสำหรับโครงการด้าน Global Health³

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นปัญหาร่วมในทุกมิติของสุขภาพโลก งบประมาณสนับสนุนให้แก่โรคเอดส์จึงเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดคือจากงบประมาณเพื่อทางด้านสุขภาพใน พ.ศ. 2550 ทั้งหมดจำนวน 14.5 พันล้านเหรียญนั้น 5.1 พันล้านเหรียญหรือ ร้อยละ 35 ใช้เพื่อโรคเอดส์ ในขณะที่งบประมาณเพื่อโรควัณโรค และมาลาเรียมีเพียงอย่างละร้อยละ 5 เท่านั้น⁴

เมื่อดูงบประมาณที่ให้กับหน่วยงานต่างๆจะเห็นว่างบประมาณที่ให้ผ่านหน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟ UNAIDS และ UNFPA ลดลงจากร้อยละ 32.3 ของเงินช่วยเหลือด้านสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 14 ใน พ.ศ. 2550 ในขณะที่งบประมาณที่ให้แก่ Global Fund และ GAVI เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1 ของเงินช่วยเหลือด้านสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8.3 และ 4.2 ใน พ.ศ. 2550 ตามลำดับ จุดที่มีการขยายตัวมากที่สุดคือการให้ความช่วยเหลือในลักษณะทวิภาคี โดยเฉพาะของสหรัฐฯและญี่ปุ่น ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องพหุภาคีน้อย

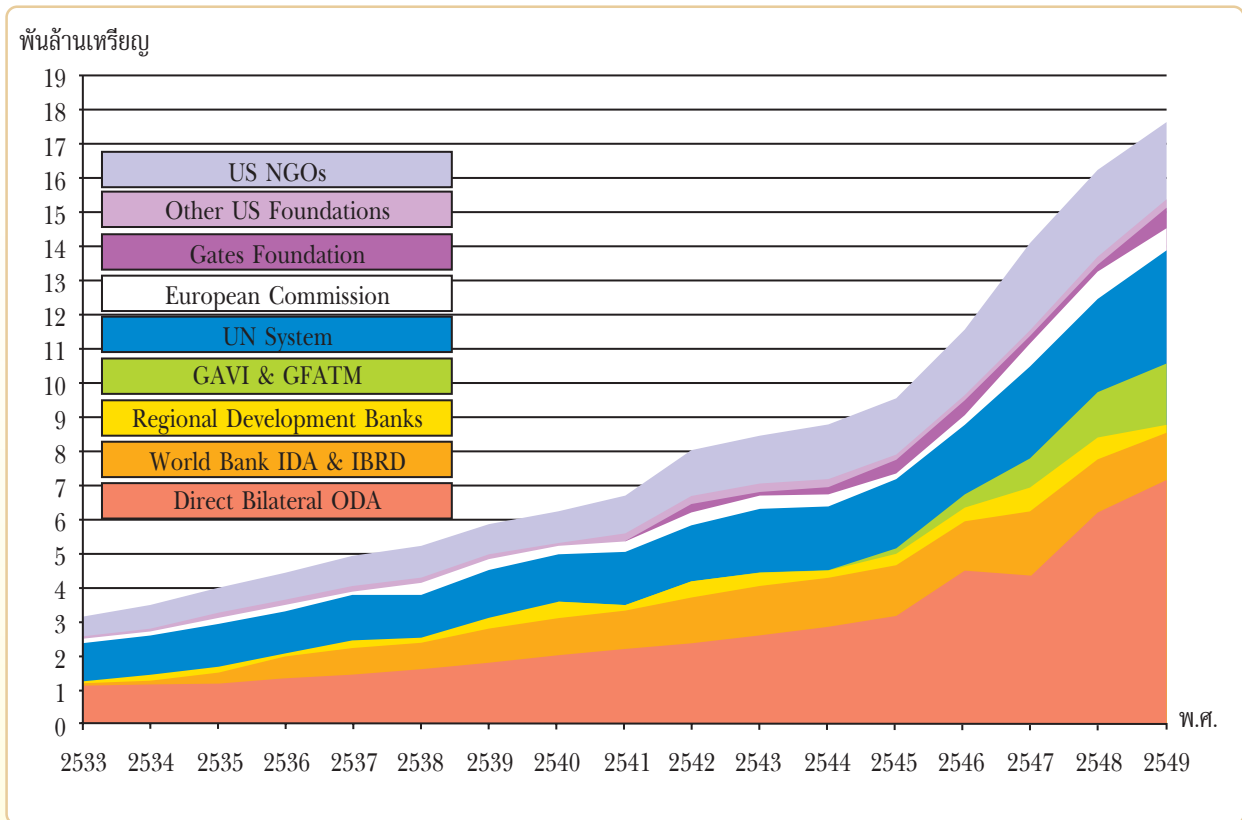
²http://www.theglobalfund.org/documents/pledges_contributions.xls access on March 7, 2010

³Laurie Garrett. The Challenge of Global Health, Foreign affairs. January /February 2007.

⁴Nirmala Ravishankar, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, Lancet 2009; 373: 2113-24



ภาพที่ 15.2 การลงทุนของหน่วยงานต่างๆในด้านสุขภาพ



ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle.

การที่งบประมาณให้แก่หน่วยงานด้าน Global Health เพิ่มขึ้นมาก ได้เกิดผลทั้งด้านดีและผลกระทบหลายประการ ในด้านดี งบประมาณที่เพิ่มขึ้นทำให้การครอบคลุมบริการและการรักษาพยาบาลขยายมากขึ้นด้วย เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น การแจกจ่ายมุ้งในโครงการป้องกันมาลาเรียกระจายได้มากขึ้น เป็นต้น แต่ในขณะเดียวกัน ได้ก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบสุขภาพ ได้แก่ การเพิ่มความไม่เป็นธรรมด้านบริการสุขภาพ เพราะทรัพยากรของระบบบริการที่จำกัดในประเทศกำลังพัฒนาถูกใช้ไปในการแก้ปัญหาบางโรค และทำให้ปัญหาอื่นๆซึ่งมีความสำคัญไม่ได้รับทรัพยากรเพียงพอ การลดคุณภาพของงานเพราะต้องทำให้ได้ปริมาณตามเป้าหมายที่กำหนด ประเทศที่ได้รับการสนับสนุนโครงการอาจลดการลงทุนในประเทศด้านสุขภาพลงเพราะได้รับงบประมาณจากแหล่งภายนอก ในขณะที่การกำหนดนโยบายที่มาจากภายนอกอาจให้ลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพอื่น ๆ ลดน้อยลง การจัดสรรงบประมาณก็น้อยลง บุคลากรที่ทำงานถูกดึงไปทำงานให้กับโครงการที่มีงบประมาณสนับสนุน ละเลยโครงการที่ไม่มียุทธศาสตร์ นอกจากนี้ การลงทุนในโครงการเฉพาะโรคแต่ไม่ได้พัฒนาระบบสุขภาพทั้งหมด ทำให้การพัฒนาระบบสุขภาพลดลงไปด้วย



การเปลี่ยนแปลงองค์กรในประเทศไทยก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับการเปลี่ยนแปลงในระดับโลกด้วยเช่นกัน ในประเทศไทยได้มีหน่วยงานที่มีความเป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข และมีการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นหลายหน่วยงานในช่วงประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา เช่นการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ใน พ.ศ. 2535 การจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส) ใน พ.ศ. 2544 การจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช) ใน พ.ศ. 2545 และการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช) ใน พ.ศ. 2550 เป็นต้น การที่มีหน่วยงานเหล่านี้เกิดขึ้น ทำให้งบประมาณด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเคยเป็นหน่วยงานหลักทางด้านสุขภาพ มีสัดส่วนที่ลดลงเมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมด และบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการกำหนดนโยบายก็ลดลงด้วยเช่นกัน ดังนั้นองค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขจึงควรปรับบทบาทในการให้ความสำคัญด้านวิชาการ เพื่อเป็นกลไกกลางในการกำหนดมาตรฐาน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การเป็นแหล่งของความรู้ และให้นโยบายหรือทิศทางแก่ประเทศในด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้แทนของประเทศในเวทีสุขภาพโลกได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรใหม่อย่างเร่งด่วน

5. บทบาทของไทยในเวทีสุขภาพโลก

ประเทศไทยได้มีบทบาทนำในเวทีสุขภาพโลกมากมาย ทั้งนี้เนื่องจากมีตัวอย่างของความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน เช่น ความสำเร็จในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก นโยบายแห่งชาติด้านยาและบัญชียาหลัก การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสุขภาพในชนบท การควบคุมป้องกันโรคโดยเฉพาะโรคเอดส์ และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น

5.1 บทบาทในองค์การอนามัยโลก

1) ผู้แทนไทยได้แสดงบทบาทนำในการประชุมคณะกรรมการภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และการประชุมสมัชชาอนามัยโลก รวมทั้งได้รับเชิญเป็นกรรมการในคณะกรรมการที่สำคัญต่างๆ

ผู้แทนไทยได้แสดงบทบาทโดดเด่นในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกมาเป็นเวลากว่า 10 ปี โดยได้เตรียมข้อเสนอและแสดงความคิดเห็นในทุกวาระการประชุม รวมทั้งเจรจาต่อรองในมติต่างๆ บทบาทของไทยในเวทีสมัชชาอนามัยโลกได้รับการยอมรับจากประเทศสมาชิกต่างๆ และหลายกรณีได้รับเชิญให้เป็นประธานคณะทำงานในการร่างมติที่สำคัญ เช่น WHA60.28 เรื่องการแบ่งปันไวรัสและผลประโยชน์ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้แทนไทยได้แสดงบทบาทในการเข้าร่วมประชุมคณะทำงานระหว่างประเทศในประเด็นว่าด้วยการสาธารณสุขนวัตกรรมและทรัพย์สินทางปัญญา (IGWG) ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อรับรองให้มีการพัฒนายาใหม่ๆ พร้อมกับทำให้อาชีพที่มีอยู่มีราคาที่เหมาะสมสามารถซื้อหาและเข้าถึงได้ รวมทั้งการที่ผู้แทนไทยได้เป็นรองประธานกรรมการในคณะกรรมการการสาธารณสุขฉุกเฉินภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation) และการเป็นประธานในการประชุมภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบด้วย

2) การผลักดันให้คนไทยได้เลือกตั้งเป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สมัยที่ 2 คือนายแพทย์สาลี เปลี่ยนนงข้าง โดยมีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งอีก 5 ปี นับตั้งแต่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2552 เป็นต้นไป

3) บทบาทในการประสานงานสุขภาพระหว่างประเทศ ที่สามารถเชื่อมโยงประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก เช่นการเป็นผู้ประสานงาน Asia-Pacific Action Alliance on Human Resource for Health (AAAH) ซึ่งเป็นเครือข่ายการทำงานด้านกำลังคนด้านสุขภาพ การเป็นผู้ประสานให้เกิด Mekong Basin Disease Surveillance Network (MBDS) และ ASEAN +3 Field Epidemiology Training Program Network รวมทั้งการเป็นผู้ประสานให้เกิด Asian Partnership on Emerging Infectious Disease Research (APEIR) เป็นต้น นอกจากนี้ไทยยังได้ช่วยประสานให้เกิด regional one voice ของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก



ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในเวทีสุขภาพโลกโดยเฉพาะในสมัชชาอนามัยโลกด้วย

4) กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control-FCTC)

ประเทศไทยได้ร่วมลงสัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) เป็นประเทศอันดับที่ 36 จาก 147 ประเทศ ซึ่งมีผลบังคับเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศภาคีสมาชิกต้องปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาดังกล่าว และได้เป็นเจ้าภาพประชุมภาคีสมาชิกในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบครั้งที่ 2 (The Second Conference of the Parties of the Framework Convention on Tobacco Control หรือ COP II) นอกจากนี้ประเทศไทยได้รับเลือกให้เป็นประธานการประชุมภาคีสมาชิกใหญ่กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ครั้งที่ 3 (The Third Conference of the Parties of the Framework Convention on Tobacco Control หรือ COP III) ซึ่งประเทศไทยได้แสดงบทบาทโดดเด่นในการเวทีระดับนานาชาติ ที่สำคัญนี้มาโดยตลอด

5.2 บทบาทในเวทีสุขภาพโลกอื่นๆ

1) ผู้บริหารและนักวิชาการของไทยได้รับการคัดเลือกเป็นผู้นำในองค์การต่างๆ หลายองค์การ เช่น

- Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria (TGF) ผู้แทนไทยเป็นกรรมการบริหารกองทุนและได้รับเลือกเป็นรองประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ ช่วงมกราคม พ.ศ. 2546 - มีนาคม พ.ศ. 2547 และต่อมาได้รับเลือกให้เป็นประธานคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2554

- Global Alliance on Vaccine Initiative (GAVI) ประเทศไทยเป็นประธานคณะกรรมการทบทวนโครงการ และเป็นกรรมการประเมินผล

- Intergovernmental Forum on Chemical Safety (IFCS) ประเทศไทยเป็น President ระหว่างพฤศจิกายน พ.ศ. 2546 - กันยายน พ.ศ. 2549

- ประธาน COHRED (Council on Health Research for Development)

- รองประธาน Alliance on Health Policy and Systems Research

2) การเป็นเจ้าภาพจัดประชุมในระดับที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก

ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพการจัดประชุมระดับนานาชาติ และเกิดประโยชน์ต่อประเด็นด้านสุขภาพโลกมาอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญได้แก่ การประชุมเอตส์โลกในปี 2547 การประชุมสร้างเสริมสุขภาพโลก ใน พ.ศ. 2549 การประชุมเครื่องมือแพทย์ครั้งแรกของโลก ใน พ.ศ. 2553 ซึ่งส่วนมากเป็นการที่องค์กรระหว่างประเทศขอให้ไทยเป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดการประชุม

การจัดการประชุมนานาชาติที่เป็นความริเริ่มของประเทศไทยเองเริ่มเกิดมีมากขึ้น และที่มีการจัดเป็นประจำทุกปีคือการประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ซึ่งเป็นการประชุมประจำปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ทั้งนี้ประเทศไทยโดยมูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลเป็นเจ้าภาพร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และหน่วยงานอื่นๆ ในประเทศไทย โดยเชิญองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นเจ้าภาพ เช่น องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ และ China Medical Board เป็นต้น การประชุมแต่ละครั้ง ภาคีเครือข่ายในประเทศไทยจะเป็นผู้คัดเลือกหัวข้อที่เป็นความสำคัญมาอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็น แต่ละปีจะมีผู้เข้าร่วมประชุมจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก ประมาณ 300-500 คน นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2556 ประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม IUHPE World Conference ซึ่งเป็นการประชุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของโลก โดย สสส. และกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ



3) ความร่วมมือทวิภาคี

ประเทศไทยได้มีการเจรจาความร่วมมือทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้านทุกประเทศ และมีการจัดประชุมความร่วมมือเป็นประจำทุกปี ซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อต่างๆอย่างใกล้ชิดมากขึ้น

6. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรไทยในการทำงานด้านสุขภาพโลก

6.1 การพัฒนาศักยภาพผ่านการเข้าร่วมประชุมระดับนานาชาติ ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรไทยในการทำงานด้านสุขภาพโลกมาตลอดระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา โดยรูปแบบของการพัฒนาศักยภาพเน้นการปฏิบัติจริง โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เลี้ยงให้คำแนะนำ เวทีที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติที่สำคัญ คือ การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ที่มีการคัดเลือกนักวิชาการไทยที่มีศักยภาพเข้าร่วมประชุม มีการเตรียมความพร้อมของทีมในด้านวิชาการและการหาจุดยืนของประเทศไทยก่อนการเดินทาง ในช่วงการประชุมมีการประชุมเพื่อกำหนดท่าทีของไทยให้ชัดเจน การประเมินท่าทีของประเทศอื่นๆ และการเจรจาต่อรอง นักวิชาการที่เข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลกมาจากหน่วยงานทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขและจากหน่วยอื่นๆ ซึ่งเป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของไทยได้รับการชื่นชม และนำไปเป็นแบบอย่างให้กับประเทศอื่นๆ

6.2 การส่งเจ้าหน้าที่ไปปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆในต่างประเทศ (Secondment) โดยประเทศไทยได้คัดเลือกนักวิชาการที่มีความพร้อมในการทำงานระดับนานาชาติไปทำงานในหน่วยงานต่างๆเช่นองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน จำนวน 12 คน นักวิชาการเหล่านี้ ได้กลับมาทำประโยชน์ให้กับหน่วยงานและกับประเทศได้อย่างมาก

6.3 การจัดอบรมเรื่อง Global Health Diplomacy ประเทศไทยร่วมกับองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จัดการอบรมเรื่อง Global Health Diplomacy เพื่อพัฒนาศักยภาพนักวิชาการในภูมิภาคให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง Global Health ทั้งในประเด็นเนื้อหา กลไกและองค์การด้าน Global Health และความรู้ในการเจรจาต่อรอง โดยการอบรมจะผสมผสานระหว่างการบรรยาย การทำกรณีศึกษา และการปฏิบัติจริงโดยการเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยคาดหวังให้ประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีศักยภาพในการเข้าร่วมประชุมเพื่อให้สามารถผลักดันนโยบายที่จะเป็นประโยชน์ได้ในอนาคต

7. Global Health กับการสร้างเครือข่ายในประเทศ

กระแสความตื่นตัวในเรื่อง Global Health ทำให้มีหน่วยงานต่างๆมีความสนใจในการดำเนินงานเรื่อง Global Health ในประเทศไทยมากขึ้น ทั้งหน่วยงานวิชาการที่มีการเปิดสอนหลักสูตรด้าน Global Health การจัดการอบรมระยะสั้น และการวิจัยเป็นต้น แต่การดำเนินงานยังขาดการประสานงานระหว่างกันเพื่อสร้างให้เกิดทิศทางการทำงานร่วมกัน จึงควรจัดตั้งเครือข่ายการทำงานในประเทศ เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น