รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาทบทวนข้อมูลการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนระดับนานาชาติ

Review of Immunization Financing Management: A case study of Indonesia, Sri Lanka, Canada, and Australia

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

HEALTH INTERVENTION AND TECHNOLOGY ASSESSMENT PROGRAM (HITAP)

ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สถาบันวัคซีนแห่งชาติ

โครงการศึกษาทบทวนข้อมูลการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนระดับนานาชาติ

Review of Immunization Financing Management: A case study of Indonesia, Sri Lanka, Canada, and Australia

จัดทำโดย *โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

สนับสนุนโดย *สถาบันวัคซีนแห่งชาติ*

National Vaccine Institute (NVI)

คณะผู้วิจัย

ชุติมา คำดี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
พรธิดา หัดโนนตุ่น	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
เนตรนภิส สุชนวนิช	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

สารบัญ

หน้า

สารบัญ ..... ก
สารบัญรูป ..... ข
สารบัญตาราง ..... ง
ตัวย่อ ..... จ
นิยามศัพท์ ..... ซ
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ..... ฎ
หลักการและเหตุผล 1
วัตถุประสงค์ 3
ระเบียบวิธีวิจัย 4
ผลการศึกษา 9
แคนาดา (Canada) 9
1. ข้อมูลทั่วไป 10
2. การบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีน 18
ออสเตรเลีย (Australia) 36
1. ข้อมูลทั่วไป 37
2. การบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีน 44
อินโดนีเซีย (Indonesia) 59
1. ข้อมูลทั่วไป 60
2. การบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีน 71
ศรีลังกา (Sri Lanka) 92
1. ข้อมูลทั่วไป 93
2. การบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีน 103
อภิปรายผล 119
สรุปผลการศึกษา 136
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 137
เอกสารอ้างอิง 138

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1 โครงสร้างอายุประชากรแคนาดา 10
รูปที่ 2 อัตราเจริญพันธุ์รวมในแคนาดา พ.ศ. 2498-2563 11
รูปที่ 3 องค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของแคนาดา 12
รูปที่ 4 รายงานการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศแคนาดา พ.ศ. 2556-2561 14
รูปที่ 5 Canada Health Transfer พ.ศ. 2555-2562 15
รูปที่ 6 เส้นทางการเงินด้านสุขภาพของแคนาดา (health financial flows) 16
รูปที่ 7 เส้นทางการเงินด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของแคนาดา 20
รูปที่ 8 แหล่งที่มางบประมาณของ Ontario ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 22
รูปที่ 9 งบประมาณด้านสุขภาพ พ.ศ. 2562 จำแนกตามแผนงาน 23
รูปที่ 10 โครงสร้างอายุประชากรออสเตรเลีย 37
รูปที่ 11 อัตราเจริญพันธุ์รวมในออสเตรเลีย พ.ศ. 2498-2563 38
รูปที่ 12 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแยกตามแหล่งเงิน 40
รูปที่ 13 งบประมาณด้านสุขภาพที่จัดสรรโดยรัฐบาลแยกตามแต่ละรัฐและเขตปกครอง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2561 41
รูปที่ 14 รายงานการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศออสเตรเลีย พ.ศ. 2556-2561 43
รูปที่ 15 รายได้ของรัฐบาลกลางออสเตรเลีย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549-2563 43
รูปที่ 16 เส้นทางการเงินด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของออสเตรเลีย 46
รูปที่ 17 สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขแยกตามกลุ่มกิจกรรม 47
รูปที่ 18 โครงสร้างอายุประชากรอินโดนีเซีย 60
รูปที่ 19 จำนวนประชากรเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี (พ.ศ. 2538-2559) และประมาณการจำนวนประชากรเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี (พ.ศ. 2560-2573) 61
รูปที่ 20 แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม 62
รูปที่ 21 รายงานการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศอินโดนีเซียพ.ศ. 2557-2561 65
รูปที่ 22 เงินรายได้ของรัฐบาลกลางอินโดนีเซีย 66
รูปที่ 23 เส้นทางการเงินด้านสุขภาพของอินโดนีเซีย (health financing flow) 68
รูปที่ 24 เป้าหมายของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2558-2562 ประเทศอินโดนีเซีย 70
รูปที่ 25 ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน DTP3 ในแต่ละจังหวัดของอินโดนีเซีย พ.ศ. 2555 71
รูปที่ 26 เส้นทางการเงินด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของอินโดนีเซีย 75
รูปที่ 27 การจัดสรรงบประมาณของรัฐเพื่อการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอินโดนีเซีย พ.ศ. 2557 76
รูปที่ 28 แหล่งที่มางบประมาณของรัฐบาลระดับอำเภอ พ.ศ. 2557 77
รูปที่ 29 ค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำแนกตามทรัพยากรที่จำเป็นของอินโดนีเซีย พ.ศ. 2556 84
รูปที่ 30 สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำแนกตามหมวดหมู่ค่าใช้จ่ายและแหล่งเงิน พ.ศ. 2560 85
รูปที่ 31 ประมาณการต้นทุนสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำแนกตามทรัพยากรที่ใช้ในอินโดนีเซีย พ.ศ. 2559-2562 86
รูปที่ 32 โครงสร้างอายุประชากรศรีลังกา พ.ศ. 2563 93

รูปที่ 33 อัตราเจริญพันธุ์รวมในศรีลังกา พ.ศ. 2498-2563 94
รูปที่ 34 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชนในศรีลังกา พ.ศ. 2533-2559 95
รูปที่ 35 แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาล พ.ศ. 2559 96
รูปที่ 36 แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาคเอกชน พ.ศ. 2559 96
รูปที่ 37 รายงานการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศศรีลังกา พ.ศ. 2557-2561 99
รูปที่ 38 เส้นทางการเงินด้านสุขภาพของศรีลังกา (Health financing flow) 100
รูปที่ 39 วัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ประเทศศรีลังกา 102
รูปที่ 40 เส้นทางการเงินด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของศรีลังกา 105
รูปที่ 41 สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของศรีลังกา จำแนกตามหมวดหมู่ พ.ศ. 2556 106
รูปที่ 42 ข้อมูลที่ต้องการใช้ประกอบการพิจารณาวัคซีนใหม่และเกณฑ์คัดเลือกวัคซีนใหม่ของ ACCD 109
รูปที่ 43 ต้นทุนบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำแนกตามทรัพยากรที่จำเป็นของอำเภอ Kalutara 112

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ประเด็นที่ศึกษา 4
ตารางที่ 2 ประเทศรายได้สูงที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 7
ตารางที่ 3 ประเทศที่เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ 7
ตารางที่ 4 หน่วยงานหลักด้านสาธารณสุขและจำนวนโรงพยาบาลในแคนาดา แบ่งตามรัฐและเขตปกครอง 13
ตารางที่ 5 โรค/ภาวะสุขภาพที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในแคนาดา พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2560 13
ตารางที่ 6 เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ประเทศแคนาดา พ.ศ. 2559-2564 17
ตารางที่ 7 ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในประเทศแคนาดา พ.ศ. 2557-2561 18
ตารางที่ 8 รายการวัคซีนที่ให้บริการในประเทศแคนาดา พ.ศ. 2562 26
ตารางที่ 9 ค่าใช้จ่ายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของรัฐ Ontario ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 จำแนกตามทรัพยากร 30
ตารางที่ 10 สรุปจุดเด่น-จุดด้อยของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและวัคซีนในประเทศแคนาดา 34
ตารางที่ 11 โรค/ภาวะสุขภาพที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในออสเตรเลีย พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2560 41
ตารางที่ 12 ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในประเทศออสเตรเลีย พ.ศ. 2557-2561 44
ตารางที่ 13 รายการวัคซีนที่ให้บริการในประเทศออสเตรเลีย พ.ศ. 2562 49
ตารางที่ 14 สรุปจุดเด่น-จุดด้อยของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและวัคซีนในประเทศออสเตรเลีย 57
ตารางที่ 15 จำนวนหน่วยบริการในประเทศอินโดนีเซีย จำแนกตามประเทศและสังกัดหน่วยงาน พ.ศ. 2558 63
ตารางที่ 16 โรค/ภาวะสุขภาพที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในอินโดนีเซีย พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2560 . 64
ตารางที่ 17 ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในประเทศอินโดนีเซีย พ.ศ. 2557-2561 70
ตารางที่ 18 หมวดหมู่และงบประมาณที่ GAVI สนับสนุนอินโดนีเซียตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2561 78
ตารางที่ 19 การรวมเงินทุนด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) จำแนกตามโปรแกรม 79
ตารางที่ 20 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนในอินโดนีเซีย 81
ตารางที่ 21 รายการวัคซีนที่ให้บริการในประเทศอินโดนีเซีย พ.ศ. 2563 82
ตารางที่ 22 สรุปจุดเด่น-จุดด้อยของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและวัคซีนในประเทศอินโดนีเซีย 90
ตารางที่ 23 จำนวนหน่วยบริการของรัฐในประเทศศรีลังกา จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2558 97
ตารางที่ 24 โรค/ภาวะสุขภาพที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในศรีลังกา พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2560 98
ตารางที่ 25 ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน ในประเทศศรีลังกา พ.ศ. 2557-2561 102
ตารางที่ 26 หมวดหมู่และงบประมาณที่ GAVI สนับสนุนศรีลังกา ตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2561 107
ตารางที่ 27 รายละเอียดบริการการให้วัคซีนในประเทศศรีลังกา 110
ตารางที่ 28 ประเภทต้นทุนสำหรับแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเด็กอายุน้อยกว่า 5 ขวบใน อำเภอ Kalutara จำแนกตามแหล่งที่มาของเงิน 113
ตารางที่ 29 สรุปจุดเด่น-จุดด้อยของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและวัคซีนในประเทศศรีลังกา 117
ตารางที่ 30 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม จำแนกตามแหล่งเงินใน พ.ศ. 2560 119
ตารางที่ 31 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม และสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 120
ตารางที่ 32 สรุปกลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของทั้ง 4 ประเทศ 131

ตัวย่อ

ตัวย่อ	คำเต็ม
ABC	Activity-Based Costing
ABF	Activity-Based Funding
ACCD	Advisory Committee on Communicable Diseases
ACIP	Advisory Committee on Immunization Practice
ACPHHS	Advisory Committee on Population Health and Health Security
AEFI	Adverse Events Following Immunization
APBN	State Revenue and Expenditure Budget
BIAS	*Bulan Imunisasi Anak Sekolah*
BINFAR	Directorate General of Pharmaceuticals and Medical Devices
BOK	*Biaya Operasional Kesehatan*
BPJS	*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*
CCMOH	Council of Chief Medical Officers of Health
CIAP	Canadian Immunization Awareness Program
CIHR	Canadian Institutes of Health Research
CIRN	Canadian Immunization Registry Network
CMYP	Comprehensive Multi-Year Plan
CPRs	Commonwealth Procurement Rules
CPS	Canadian Pediatric Society
DAK	*Dana Alokasi Khusus* (special allocation fund)
DALYs	Disability-Adjusted Life Year
DAU	*Dana Alokasi Umum* (general allocation fund)
DBH	*Dana Bagi Hasil* (revenue sharing fund)
DPMQ	Dispensed Price for Maximum Quantity
DPR	national parliament
DPRD	local level parliament
DUSC	Drug Utilization Sub-Committee (Australia)
EMSN	Extended Medicare Safety Net
EPI	Expanded Program on Immunization
ESC	Economics Sub-Committee
EVM	Effective Vaccine Management
FAO	Financial Accountability Office
FHB	Family Health Bureau

ตัวย่อ	คำเต็ม
GAVI หรือ GAVI Alliance	The Global Alliance for Vaccines and Immunization
GDP	Gross Domestic Product
GDP growth	Gross Domestic Product growth
GNI	Gross National Income
HIC	Health Insurance Commission
HTA	Health Technology Assessment
ICC	Inter-agency Coordinating Committee
IEC	Information, Education, and Communication materials
ILR	Ice Line Refrigerators
IQD	Immunization and Quarantine Directorate
ISS	Immunization Service Support
ITAGI	Indonesian Technical Advisory Group on Immunization
JKN	*Jaminan Kesehatan Nasional*
JRF	Joint Reporting Form
LKPP	Government Procurement Agency of Goods/Services Portal
MBS	Medical Benefits Schedule
MCH	Maternal and Child Health
MOF	Ministry of Finance
MOH	Ministry of Health
MOSOE	Ministry of Empowerment of State-Owned Enterprises
MSS	Minimum Service Standards
MTFF	Medium-Term Fiscal Framework
NACI	National Advisory Committee on Immunization
NADFC	National Agency of Drug and Food Control
NDMP	National Disaster Management Plan
NGO	Non-Governmental Organizations
NHFB	National Health Funding Body
NHHNA	National Health and Hospitals Network Agreement
NIS	National Immunization Strategy
NLEM	National List of Essential Medicines
NPEV	National Partnership on Essential Vaccines
NPPs	National Partnership Payments
NRA	National Regulatory Authority

ตัวย่อ	คำเต็ม
ODA	Official Development Assistance
OGPMSS	Ontario Government Pharmaceutical and Medical Supply Service
OHP	Office of Health Protection
OOP	Out of pocket
PAD	Actual Local Revenue
PAHO	Pan American Health Organization
PBAC	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee
PBS	Pharmaceutical Benefits Scheme
PHAC	Public Health Agency of Canada
PHN	Public Health Network
PHO	Provincial Health Office
PIDAC-I	Provincial Infectious Disease Advisory Committee on Immunization
PPP	Public-Private Partnerships
PWGSC	Public Works and Government Services Canada
QOF	Quality Outcome Framework
ROW	Rest of the World
SAGE	Strategic Advisory Group of Experts
SCE	Standing Committee on Estimates
SPP	National Healthcare Specific Purpose Payment
TAP	Gavi’s Transparency and Accountability Policy
TGA	Therapeutic Goods Administration
UHC	Universal Health Coverage
UNICEF	United Nations Children's Fund
VPD	Vaccine Preventable Diseases
VSWG	Vaccine Supply Working Group
WHO	World Health Organization

นิยามศัพท์

ศัพท์ภาษาไทย	ศัพท์อังกฤษ	นิยาม
การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว	Capitation payment	การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลในการบริการตามสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครายบุคคล โดยไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนบริการด้านสุขภาพที่ผู้ขึ้นทะเบียนได้รับ ผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนในอัตราที่คงที่ตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลของตน
การจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ	Fee-for-service	การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการตามกิจกรรมที่ให้บริการจริง เช่น การให้คำปรึกษา การตรวจรักษาพยาบาล การจ่ายค่ายาตามชนิดและจำนวนของยาที่สั่งจ่าย
การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน	Pay for performance	การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการตามผลการปฏิบัติงาน ซึ่งผันแปรตามการปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของงานและการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน เพื่อเพิ่มผลิตภาพการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ รวมทั้งการสร้างความเป็นธรรมของการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นรูปธรรม
การสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ	Disability-Adjusted Life Year (DALYs)	เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพหรือช่องว่างสุขภาพ โดยแสดงถึงจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควรรวมกับจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม	Total health expenditure (THE)	รายจ่ายในการให้การบริการด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งรายจ่ายดำเนินงาน และรายจ่ายสะสมทุนจากแหล่งการคลังทั้งภาครัฐและนอกภาครัฐ
งบประมาณในภาพรวม	Block grant	งบประมาณในภาพรวมโดยไม่แยกแผนงาน/กิจกรรม
ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ	Gross Domestic Product (GDP)	มูลค่าตลาดของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตในประเทศในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ โดยไม่คำนึง

ศัพท์ภาษาไทย	ศัพท์อังกฤษ	นิยาม
		ว่าผลผลิตนั้นจะเป็นผลผลิตที่ได้จากทรัพยากรภายในหรือภายนอกประเทศ
ภาษีเฉพาะเพื่อสุขภาพ	Personal health tax	ภาษีที่เรียกเก็บจากรายได้ของบุคคลธรรมดาโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อนำมาใช้สำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
วัคซีนที่ให้บริการตามปกติ	Routine vaccine	วัคซีนต่าง ๆ เหล่านี้ถือเป็นวัคซีนมาตรฐานของคนไทย
อัตราส่วนความยากจน	Poverty headcount ratio	อัตราส่วนความยากจนคำนวณมาจาก จำนวนคนที่มีรายได้ต่ำกว่า 5.5 ดอลลาร์สหรัฐ/วัน เทียบกับจำนวนประชากรในประเทศทั้งหมด
วัคซีน		
วัคซีนวัณโรค	Bacille Calmette-Guerin (BCG) vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันวัณโรค
วัคซีนโปลิโอชนิดรับประทาน	Oral polio vaccine (OPV)	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคโปลิโอ
วัคซีนโปลิโอชนิดที่ทำจากเชื้อที่ตายแล้ว	Inactivated Polio vaccine (IPV)	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคโปลิโอ
วัคซีนเอชพีวี	Human papillomavirus (HPV) vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อ human papilloma virus
วัคซีนโรคติดเชื้อไข้กาฬหลังแอ่น	Meningococcal ACWY-135 conjugate vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อไข้กาฬหลังแอ่น
วัคซีนโรคติดเชื้อไข้กาฬหลังแอ่น ซีโรกรุ๊ปซี ชนิดคอนจูเกต	Meningococcal C conjugated vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อไข้กาฬหลังแอ่น ซีโรกรุ๊ปซี
วัคซีนโรคติดเชื้อนิวโมค็อกคัสชนิดโพลีแซคคาไรด์	Pneumococcal polysaccharide vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมค็อกคัส
วัคซีนโรคติดเชื้อนิวโมค็อกคัส ชนิดคอนจูเกต	Pneumococcal conjugate vaccine (PCV)	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมค็อกคัส
วัคซีนโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า	Rotavirus vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า

ศัพท์ภาษาไทย	ศัพท์อังกฤษ	นิยาม
วัคซีนไข้สมองอักเสบเจอี ชนิดเชื้อมีชีวิตอ่อนฤทธิ์	Live Attenuated Japanese encephalitis (Live JE) vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคไข้สมองอักเสบ
วัคซีนไข้หวัดใหญ่	Influenza vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่
วัคซีนงูสวัด	Zoster vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคงูสวัด
วัคซีนตับอักเสบ เอ	Hepatitis A vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคตับอักเสบ เอ
วัคซีนตับอักเสบ บี	Hepatitis B vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคตับอักเสบ บี
วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน ชนิดไร้เซลล์	Diphtheria - Tetanus - acellular Pertussis (DTaP) vaccine combined	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรน
วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน ชนิดไร้เซลล์-ฮิบ-โปลิโอ	Diphtheria – Tetanus - acellular Pertussis - Hib - IPV (DTaPHibIPV) vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ฮิบ และโปลิโอ
วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ฮิบ-ตับอักเสบ บี-โปลิโอ	Diphtheria – Tetanus - acellular Pertussis - Hib - Hepatitis B - IPV (DTaPHibHepBIPV) vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ฮิบ ตับอักเสบบี และโปลิโอ
วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี	Diphtheria - Tetanus (Td) vaccine combined	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี
วัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ฮิบ และตับอักเสบบี	Diphtheria, tetanus, pertussis, Haemophilus influenza type B and hepatitis B (DTwPHibHepB) vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ฮิบ และตับอักเสบบี
วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก สำหรับผู้ใหญ่	Tetanus - Diphtheria toxoid (Td) vaccine combined	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคคอตีบและบาดทะยัก สำหรับผู้ใหญ่

ศัพท์ภาษาไทย	ศัพท์อังกฤษ	นิยาม
วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน ชนิดไร้เซลล์ สำหรับผู้ใหญ่	Tetanus - reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis (Tdap) vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรน สำหรับผู้ใหญ่
วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน ชนิดไร้เซลล์-โปลิโอ	Tetanus - diphtheria toxoid - acellular pertussis and IPV (TdapIPV) vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และโปลิโอ
วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน	Measles - Mumps - Rubella (MMR) vaccine combined	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคหัด คางทูม และหัดเยอรมัน
วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน-อีสุกอีใส	Measles - Mumps - Rubella - Varicella (MMRV) vaccine combined	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน และอีสุกอีใส
วัคซีนรวมหัด-หัดเยอรมัน	Measles - Rubella (MR) vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคหัดและหัดเยอรมัน
วัคซีนหัด	Measles vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคหัด
วัคซีนอีสุกอีใส	Varicella vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคอีสุกอีใส
วัคซีนโรคจากเชื้อฮีโมฟิลุสอินฟลูเอนเซ่ทัยป์บี หรือฮิบ	Haemophilus influenzae tybe B (Hib) vaccine	วัคซีนสำหรับป้องกันโรคจากเชื้อฮีโมฟิลุสอินฟลูเอ็นเซ่ ทัยป์บี หรือฮิบ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

วัคซีนเป็นชีววัตถุที่ผลิตขึ้นเพื่อใช้กระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันโรค การสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนเป็นวิธีการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่ากับการลงทุน การดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมากเพื่อให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย การมีงบประมาณของภาครัฐที่จำกัดอาจทำให้ประชาชนบางส่วนไม่ได้รับวัคซีน แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศมีความต้องการการวางแผนการเงินการคลังในระยะยาว ซึ่งนอกจากจะเป็นหลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีนที่จำเป็นอย่างเสมอภาคและเป็นธรรมแล้ว ยังสามารถดำเนินแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบกลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและระบบบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องในประเทศที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 2 ประเทศ ได้แก่ แคนาดาและออสเตรเลีย และประเทศที่เปลี่ยนผ่านจากประเทศที่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก GAVI Alliance ไปเป็นประเทศพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ จำนวน 2 ประเทศ ได้แก่ อินโดนีเซียและศรีลังกา การศึกษานี้ใช้วิธีทบทวนเอกสารเกี่ยวกับกลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยรวบรวมเอกสาร อาทิ รายงาน/บทความวิจัย เอกสารราชการ รายงานการประชุม ซึ่งได้จากหน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับโลก กฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ นอกจากนี้ การศึกษานี้ได้ศึกษาข้อมูลทั่วไปของทั้ง 4 ประเทศ ได้แก่ ที่ตั้งและลักษณะภูมิศาสตร์ ประชากร เศรษฐกิจ การเมืองการปกครอง สถานะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ และความเป็นมาของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยและบริบทที่อาจเกี่ยวข้องกับกลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และใช้ประกอบการอภิปรายผลการศึกษาและสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย

ผลการศึกษาระบบการเงินการคลังสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของทั้ง 4 ประเทศ สามารถสรุปจุดเด่นของแต่ละประเทศได้ดังนี้

1) แหล่งรายได้สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคควรมาจากภาครัฐ เนื่องจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจัดเป็นบริการพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน โดยอาจมีการกำหนดสัดส่วนงบประมาณการจัดซื้อวัคซีนเพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนของการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การจัดเก็บรายได้เพื่อใช้เป็นงบประมาณด้านสุขภาพมาจากภาษีของประชาชน

2) ไม่มีการรวมเงินเฉพาะสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่ในกรณีที่ต้องการเพิ่มรายได้ของรัฐเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอาจพิจารณาวิธีการสนับสนุนทางการเงิน เช่น เก็บเบี้ยประกันบริการสุขภาพเพิ่มเติมตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว การมี hospital lottery system การกู้เงิน ODA และการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน

3) การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนดำเนินการโดยคณะกรรมการ NITAG ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในระดับรัฐบาลกลางและระดับท้องถิ่น ทำหน้าที่พิจารณาข้อมูลต่าง ๆ เช่น ที่มาและภูมิหลัง (เช่น ข้อมูลระบาดวิทยาและความครอบคลุมการฉีดวัคซีน) ข้อมูลการขึ้นทะเบียนภายในประเทศ ประสิทธิผลและความปลอดภัย การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบด้านงบประมาณ และประเด็นอื่น ๆ เช่น ความเสมอภาค การเข้าถึงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ โดยส่วนใหญ่มีเกณฑ์การตัดสินใจ คือ ประสิทธิผลและความปลอดภัย การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบด้าน

งบประมาณ ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน (ผลจากโครงการนำร่อง) โดยการตัดสินใจเป็นบทบาทหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของประเทศนั้น ๆ

4) การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีทั้งการจ่ายตามบริการ (fee-for-service) การเหมาจ่ายแบบรายหัว (capitation payment) และการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (pay for performance) ให้แก่หน่วยบริการ โดยไม่รวมค่าวัคซีนเพราะทุกประเทศมีการจัดซื้อรวมส่วนกลาง (ระดับประเทศหรือรัฐและเขตปกครอง) พร้อมทั้งมีการกำหนดตัวชี้วัด เช่น ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน นอกจากนี้เพื่อจูงใจในระดับบุคคลและหน่วยงานในการทำงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคบรรลุตามตัวชี้วัด บางประเทศมีกลไกการให้รางวัลหรือลงโทษแก่หน่วยบริการที่ดำเนินการสำเร็จหรือไม่สำเร็จตามตัวชี้วัด

5) รัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านสุขภาพโดยตรง (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จะมีประโยชน์ต่อการตรวจสอบติดตามการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการตรวจสอบการใช้เงินมากกว่าการจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานด้านสุขภาพ ซึ่งงบประมาณที่ได้จัดสรรลงไปอาจไม่ได้ถูกนำไปใช้เพื่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

6) รัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนการเงินสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีนตั้งแต่การประมาณปริมาณวัคซีน คัดเลือกผู้จำหน่าย การต่อรองราคา การขนส่ง การเก็บรักษา ให้มีความยั่งยืน โปร่งใสและมีประสิทธิภาพ

7) มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินการ รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โดยอาจพิจารณาแบ่งออกเป็นระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อให้เห็นภาพรวมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงงบประมาณ

จากผลการศึกษาสามารถถอดบทเรียนระบบการเงินการคลังสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของทั้ง 4 ประเทศเพื่อเป็นข้อเสนอแนะจากการศึกษาสำหรับประเทศไทยได้ ดังนี้

1) รัฐบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเนื่องจากเป็นปัจจัยความสำเร็จต่อการลงทุนในบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และควรคำนึงถึงงบประมาณด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอาจเพิ่มขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มวัคซีนใหม่เข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันระดับชาติ โดยอาจพิจารณาวิธีการสนับสนุนทางการเงินจากประเทศกรณีศึกษา แต่ควรคำนึงข้อดี-ข้อเสียรวมถึงบริบทและความเป็นไปได้ของประเทศไทย

2) รัฐบาลควรพัฒนากลไกการจัดเก็บภาษีให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมประชาชนทั้งแรงงานในและนอกระบบ เนื่องจากเป็นแหล่งรายได้สำคัญของรัฐบาลที่นำมาใช้เป็นงบประมาณด้านสุขภาพ รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

3) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรจัดสรรงบประมาณเฉพาะ (specific budget line) สำหรับซื้อวัคซีน โดยพิจารณากำหนดสัดส่วนของงบประมาณที่เหมาะสมในแต่ละปีเพื่อความยั่งยืนในการสนับสนุนบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทย

4) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีวิธีการจ่ายชดเชยและกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยมุ่งเน้นความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน เพื่อประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงประโยชน์ในการติดตามประเมินผลการดำเนินการ และควรพัฒนากลไกการให้รางวัลแก่หน่วยบริการที่ดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าว

5) รัฐบาลควรสนับสนุนเงินสำหรับระบบบริหารจัดการวัคซีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการจัดซื้อจัดหาวัคซีนรวมระดับประเทศ รวมถึงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการขาดแคลน/ขาดคราวของวัคซีนอันเนื่องมาจากระเบียบในการจัดซื้อจัดหาวัคซีนที่ไม่เอื้อต่อการบริหารจัดการวัคซีนให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

6) รัฐบาลควรสนับสนุนเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยพัฒนาวัคซีน รวมถึงการผลิตวัคซีนภายในประเทศเพื่อการพึ่งพาตนเองและสร้างความมั่นคงด้านวัคซีนภายในประเทศ

7) ในอนาคตควรมีการศึกษากลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย รวมถึงสถานการณ์ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อดี-ข้อเสีย ความแตกต่างของบริบทในแต่ละประเทศและพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย

หลักการและเหตุผล

วัคซีนเป็นชีววัตถุที่ผลิตขึ้นเพื่อใช้กระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันโรค (1) การสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนเป็นวิธีการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่ากับการลงทุน การศึกษาในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางพบว่าการให้วัคซีนกับเด็กทำให้ได้ผลตอบแทนกลับมาเป็น 16 เท่าของต้นทุน กล่าวคือ การให้วัคซีนสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการสูญเสียรายได้จากการขาดงาน (productivity lost) ของทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ (2) แม้ประสิทธิภาพของการใช้วัคซีนในการป้องกันและควบคุมโรคจะเป็นที่ยอมรับ แต่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต้องใช้งบประมาณจำนวนมากซึ่งครอบคลุม ทั้งค่าใช้จ่ายในการซื้อวัคซีนและการบริหารจัดการวัคซีนโดยเฉพาะต้นทุนที่เกิดจากค่าแรง การศึกษาต้นทุนของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และประเทศที่มีรายได้ปานกลาง รวม 6 ประเทศ โดยคำนวณเป็นค่าเงินใน พ.ศ. 2554 พบว่าต้นทุนที่เกิดจากค่าแรงคิดเป็นร้อยละ 15-77 ของต้นทุนทั้งหมด รองลงมาคือ ค่าวัคซีนและค่าอุปกรณ์ ร้อยละ 27 ของต้นทุนทั้งหมด (3) ในหลายประเทศ งบประมาณของภาครัฐที่มีอยู่อย่างจำกัดอาจทำให้ประชาชนบางส่วนไม่ได้รับวัคซีน การประมาณการความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโดยองค์การอนามัยโลก พบว่าใน พ.ศ. 2561 มีเด็กและทารกแรกเกิดทั่วโลกเพียงร้อยละ 86 ได้รับวัคซีนรวม คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ในขณะที่เด็กและทารกแรกเกิดจำนวนถึง 19.4 ล้านคนจาก 135.4 ล้านคน (ร้อยละ 14) ที่ไม่ได้รับวัคซีนดังกล่าว ซึ่งเด็กส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในทวีปแอฟริกา (4)

ค่าใช้จ่ายในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหลายประเทศได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลของประเทศนั้น ๆ รวมถึงมีบางประเทศที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกประเทศ (5) ทั้งนี้องค์กรที่มีบทบาทสำคัญที่เปลี่ยนภูมิทัศน์การดำเนินงานของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับโลก คือ The Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI หรือ GAVI Alliance) ซึ่งก่อตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2543 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การสนับสนุนแก่ประเทศยากจน ด้านวัคซีนและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สร้างกรอบความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย และสร้างความยั่งยืนด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยใน พ.ศ. 2561 GAVI ให้การสนับสนุนวัคซีนรวม 11 ชนิด แก่เด็กใน 73 ประเทศทั่วโลก เช่น วัคซีนป้องกันไข้เหลือง วัคซีนตับอักเสบบี และวัคซีนฮิบ เป็นต้น (6)

ประเทศที่เข้าเกณฑ์การสนับสนุนจาก GAVI (GAVI eligible countries) พิจารณาจากรายได้ประชาชาติต่อหัว (Gross National Income per capita: GNI) ใน พ.ศ. 2543 ใช้เกณฑ์รายได้ประชาชาติต่อหัวต่ำกว่า 1,000 ดอลลาร์สหรัฐ เกณฑ์การพิจารณาดังกล่าวคำนึงถึงอัตราเงินเฟ้อและความผันผวนของภาวะเศรษฐกิจในแต่ละปี ดังนั้น ปี พ.ศ. 2560 ใช้ค่าเฉลี่ยรายได้ประชาชาติต่อหัวย้อนหลังสามปีต่ำกว่า 1,580 ดอลลาร์สหรัฐ (5) ประเทศที่เข้าเกณฑ์การสนับสนุนจาก GAVI แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มประเทศที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของการสนับสนุน (Initial self-financing phase) ซึ่งมีรายได้ประชาชาติต่อหัวต่ำกว่า 1,005 ดอลลาร์สหรัฐ 2) กลุ่มประเทศที่เตรียมตัวเข้าสู่ระยะเตรียมเปลี่ยนผ่าน (Preparatory transition phase) ซึ่งมีรายได้ประชาชาติต่อหัวอยู่ระหว่าง 1,005-1,580 ดอลลาร์สหรัฐ 3) กลุ่มประเทศที่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน (Accelerated transition phase) ซึ่งมีรายได้ประชาชาติต่อหัวมากกว่า 1,580 ดอลลาร์สหรัฐ และ 4) กลุ่มประเทศที่อยู่ในระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ (Fully self-financing phase) ซึ่งมีรายได้ประชาชาติต่อหัวมากกว่า 1,580 ดอลลาร์สหรัฐและจ่ายต้นทุนค่าวัคซีนด้วยตนเอง โดยประเทศในแต่ละกลุ่มจะได้รับการสนับสนุนจาก GAVI ในรูปแบบที่แตกต่างกัน (7) เกณฑ์การสนับสนุนดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าท้ายที่สุดประเทศที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของการสนับสนุนจาก GAVI จะกลายเป็นประเทศที่พึ่งพาตนเองได้อย่าง

สมบูรณ์เมื่อมีรายได้ประชาชาติต่อหัวเพิ่มขึ้นและรัฐบาลจะต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายของวัคซีนด้วยตนเอง ดังนั้นทุกประเทศที่ได้รับความช่วยเหลือจาก GAVI จึงจำเป็นต้องพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสำหรับวัคซีนรวมทั้งแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอาจส่งผลที่แตกต่างกันอย่างมากต่อประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการให้บริการ (8) ความเข้าใจต่อลักษณะของกลไกการเงินการคลังที่แตกต่างกันจะช่วยให้ผู้จัดการแผนงานฯ และผู้กำหนดนโยบายสามารถคัดเลือกชุดของกลไกที่เหมาะสมที่สุด แม้ว่าชนิดของกลไกการเงินการคลังจะไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของการดำเนินงานโดยตรง แต่ก็อาจส่งผลอย่างชัดเจนต่อผลสัมฤทธิ์ เช่น การเก็บเงินค่าบริการ (user fees) จากประชาชนที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ กล่าวคือ หากมีการลดค่าบริการหรือให้บริการโดยไม่เก็บค่าบริการจะทำให้ประชาชนเข้ารับบริการด้านสุขภาพมากขึ้น แต่ทำให้คุณภาพของการให้บริการลดลง ในทางตรงกันข้าม หากมีการเพิ่มค่าบริการจะทำให้คุณภาพของการให้บริการเพิ่มขึ้นแต่ทำให้ประชาชนเข้ารับบริการด้านสุขภาพลดลง (9) และการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลด้วยวิธี fee-for-service อาจช่วยเพิ่มจำนวนการให้บริการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ในขณะเดียวกันอาจทำให้คุณภาพของการให้บริการลดลงได้ (10)

แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศต้องการการวางแผนการเงินการคลังในระยะยาว ซึ่งนอกจากจะเป็นหลักประกันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีนที่จำเป็นอย่างเสมอภาคและเป็นธรรมแล้ว ยังสามารถดำเนินแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (5) นอกจากนี้ ในบางประเทศยังมีนโยบายด้านความมั่นคงและพึ่งพาตนเองด้านวัคซีน โดยเน้นการวิจัยและพัฒนาวัคซีนที่สำคัญเพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้เมื่อมีภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เช่น การระบาดใหญ่ของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน อีกทั้งเป็นการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศให้มีความมั่นคงและแข่งขันได้ในระดับนานาชาติ แม้นโยบายและกลไกการเงินการคลังที่เหมาะสมกับประเทศหนึ่งอาจไม่สามารถนำไปใช้อย่างมีประสิทธิผลในอีกประเทศหนึ่ง แต่การศึกษารูปแบบกลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและระบบบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องในประเทศที่มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประเทศที่เปลี่ยนผ่านจากประเทศที่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก GAVI ไปเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนากลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อวิเคราะห์กลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศที่เป็นกรณีศึกษาและสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศไทย

วัตถุประสงค์ย่อย

(1) ศึกษาข้อมูลประเทศที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน อาทิ งบประมาณ จำนวนวัคซีนที่มีให้บริการ ความครอบคลุมของวัคซีน
(2) ศึกษาระบบอภิบาลเกี่ยวกับการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
(3) ศึกษาแหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บรายได้สำหรับวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
(4) ศึกษารูปแบบการรวมเงินทุนสำหรับวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
(5) ศึกษาเกณฑ์และกระบวนการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
(6) ศึกษารูปแบบการซื้อบริการหรือชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
(7) ศึกษาการสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (นอกเหนือจากการซื้อบริการ)
(8) ศึกษาการสนับสนุนด้านการเงินสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนเอกสาร (document review) เกี่ยวกับกลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยรวบรวมเอกสาร อาทิ รายงาน/บทความวิจัย เอกสารราชการ รายงานการประชุม ซึ่งได้จากหน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานสนับสนุนองค์กรการดำเนินงานของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับโลก กฎหมาย ระเบียบ/ข้อบังคับ การทบทวนเอกสารเป็นไปตามกรอบแนวคิดของการวิจัย 7 ประเด็นหลัก ซึ่งประยุกต์จากแนวทางการพัฒนายุทธศาสตร์การเงินการคลังด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (11) และ Immunization Financing Toolkit ซึ่งจัดทำโดย World Bank และ GAVI (12) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นที่ศึกษา

ประเด็นที่ศึกษา	คำอธิบาย
(1) ระบบอภิบาลเกี่ยวกับการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	• ระบบอภิบาล (governance) หมายถึง แนวทางหรือกระบวนการที่มีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นระบบในการตัดสินใจและนำผลการตัดสินใจไปปฏิบัติ (13) ได้แก่ หน่วยงานที่รับผิดชอบ กรอบนโยบายและเป้าประสงค์ กฎหมาย ระเบียบหลักเกณฑ์ เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย การวางแผน และการปฏิบัติงาน การสร้างความร่วมมือและประสานงานระหว่างภาคส่วน การจัดการผลกระทบจากปัจจัยบริบท การสนับสนุนและให้คำแนะนำแก่หน่วยงานในสังกัด การติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของนโยบาย • ตัวอย่างประเด็นที่ศึกษา: โครงสร้างและหน้าที่ของระบบอภิบาล (structure and functions) เกี่ยวกับประเด็นในข้อ (1)-(6) รวมทั้งแนวทาง/กระบวนการเปลี่ยนผ่าน (transition หรือ graduation process) ของประเทศที่เคยได้รับความช่วยเหลือจาก GAVI Alliance ไปเป็นประเทศที่เป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์
(2) แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บรายได้	แหล่งรายได้ที่นำมาเป็นค่าใช้จ่ายและลงทุนในระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประกอบด้วย: • ภาครัฐ (ภาษีอากร และรายได้อื่นที่รัฐจัดเก็บหรือได้รับบริจาคภายในประเทศ) ผู้รับผิดชอบอาจเป็นรัฐบาลกลาง หรือรัฐบาลท้องถิ่น; • ภาคเอกชน (ผู้รับบริการจ่ายค่าบริการโดยตรง การร่วมจ่ายของลูกจ้างและนายจ้างผ่านระบบประกันสังคม การจ่ายผ่านระบบประกันสุขภาพเอกชน การจ่ายผ่านระบบประกันภัยอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์ในการชดเชยเมื่อเกิดการบาดเจ็บ); • แหล่งทุนต่างประเทศ (การสนับสนุนจากต่างประเทศ องค์กรระหว่างประเทศ เงินช่วยเหลือ เงินกู้) หมายเหตุ: เงินรายได้ที่นำมาจัดสรรให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแต่ละประเทศอาจได้มาจากหลายแหล่ง (co-funding)

ประเด็นที่ศึกษา	คำอธิบาย
(3) การรวมเงินทุน	• การรวมเงินทุนที่จัดเก็บหรือได้จากการจ่ายล่วงหน้า (prepaid) มีวัตถุประสงค์เพื่อกระจายความเสี่ยงด้านการเงินในระดับประชากร ซึ่งจะช่วยให้บุคคลหนึ่ง ๆ (individual) ไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการใช้บริการสุขภาพไว้แต่เพียงผู้เดียว (11) • ตัวอย่างประเด็นที่ศึกษา: ระบบการจ่ายล่วงหน้า (prepayment) การบริหารจัดการเงินทุนโดยระบบประกันสุขภาพ ประเทศมีกองทุนเดียวหรือหลายกองทุน? หากมีหลายกองทุน มีกลไกการจ่ายชดเชยข้ามกองทุน (cross subsidization) เพื่อความเสมอภาคระหว่างผู้มีสิทธิ์/พื้นที่ทางภูมิศาสตร์หรือไม่?
(4) การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน	• การกำหนดสิทธิประโยชน์ หมายถึง การตัดสินใจเลือกเทคโนโลยีและมาตรการด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่จำเป็น/มีความสำคัญ เพื่อให้บริการแก่ประชาชน โดยรัฐ (หรือระบบประกันสุขภาพภาครัฐ) เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด หรือส่วนที่เหลือจากการร่วมจ่าย ทั้งนี้ อาจจำเป็นต้องกำหนดแนวทาง/เงื่อนไขการให้บริการร่วมด้วย (14) • ตัวอย่างประเด็นที่ศึกษา: ความครอบคลุมเทคโนโลยี มาตรการด้านสุขภาพ รวมทั้งวัคซีน ในชุดสิทธิประโยชน์; หลักการและเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญเพื่อกำหนดสิทธิประโยชน์ กลไกการตัดสินใจในการนำวัคซีนใหม่มาใช้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
(5) การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	• การซื้อบริการสุขภาพ หมายถึง การจัดสรรงบประมาณหรือเงินทุน (pooled funds) ให้กับหน่วยบริการหรือสถานพยาบาล (ในนามของประชาชนซึ่งอาจเป็นคนบางกลุ่มที่มีสิทธิ์หรือประชากรทั้งหมด) เพื่อชดเชยการให้บริการสุขภาพ (14) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยตระหนักถึงความเสมอภาคและเท่าเทียมในการจัดบริการ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการส่งเสริมป้องกันโรค • ตัวอย่างประเด็นที่ศึกษา: การบริหารจัดการที่เกี่ยวกับการซื้อบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การขึ้นทะเบียนผู้ให้บริการและผู้มีสิทธิ์รับบริการ กลไก/วิธีการจ่ายชดเชยค่าบริการให้สถานพยาบาล เงื่อนไขการจ่ายชดเชย (เพื่อคุณภาพ/ความปลอดภัยของบริการ ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร) การยกเว้นการเก็บค่าบริการและการร่วมจ่ายสำหรับประชากรบางกลุ่ม
(6) การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	• การวางแผนการเงินการคลัง และการจัดสรรงบประมาณสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (นอกเหนือจากการจ่ายชดเชยบริการ) • ตัวอย่างประเด็นที่ศึกษา: การจัดสรรงบประมาณด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ อาคารสถานที่ ยานพาหนะ ระบบสารสนเทศ ฯลฯ ในระบบ

ประเด็นที่ศึกษา	คำอธิบาย
	บริการสุขภาพ มีการจัดสรรงบประมาณ (budget line) เฉพาะโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหรือไม่? ความเพียงพอของงบประมาณและแนวโน้ม ควรศึกษาแนวทางในการทำ matching fund กับท้องถิ่น และจัดทำกองทุนส่งเสริมสุขภาพในระดับท้องถิ่นเพื่อให้เกิดการสนับสนุนเรื่องงบประมาณจากแหล่งอื่น
(7) การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีน	• การจัดสรรงบประมาณให้กับการจัดซื้อจัดหาวัคซีนเพื่อให้บริการ ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมการบริหารห่วงโซ่อุปทาน (supply chain management) • ตัวอย่างประเด็นที่ศึกษา: การประมาณการปริมาณวัคซีนที่จะจัดซื้อ การคัดเลือกผู้จำหน่าย การต่อรองราคา การขนส่ง การเก็บรักษาวัคซีน ทั้งในการให้บริการ/โครงการตามปกติ (routine) และในภาวะวิกฤติ (crisis) หรือมีภัยพิบัติ (disasters)

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยศึกษากลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ที่ตั้งและลักษณะภูมิศาสตร์ ประชากร เศรษฐกิจ การเมืองการปกครอง สถานะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ และความเป็นมาของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยและบริบทที่อาจเกี่ยวข้องกับกลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และใช้ประกอบการอภิปรายผลการศึกษาและสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนากลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย โดยคณะผู้วิจัยเลือกประเทศที่เป็นกรณีศึกษาโดยใช้วิธีเฉพาะเจาะจง (purposive selection) เป็นประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 2 ประเทศ และประเทศที่เคยได้รับการสนับสนุนด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก GAVI และปัจจุบันเปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ จำนวน 2 ประเทศ และมีเกณฑ์ในการพิจารณาเบื้องต้นดังนี้

1) มีการเผยแพร่เอกสารครอบคลุมประเด็นตามกรอบการวิจัยเป็นภาษาอังกฤษ และสามารถเข้าถึงเอกสารดังกล่าวได้ทางอินเทอร์เน็ต
2) มีร้อยละการครอบคลุมวัคซีนโรคบาดทะยัก คอตีบ ไอกรน (Diphtheria-Tetanus-Pertussis: DTP3) ซึ่งเป็นวัคซีนพื้นฐานของทารก อยู่ในเกณฑ์ดี (มากกว่าร้อยละ 70)
3) ประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องถูกจัดว่าเป็นประเทศที่มีรายได้สูง โดยคาดหวังว่ากลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศเหล่านี้จะเป็นตัวอย่างที่ดี (benchmark) ต่อการนำมาเปรียบเทียบและประยุกต์ใช้กับประเทศไทย
4) ประเทศที่เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ไม่เกิน 5 ปี เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระยะแรกหลังยุติการได้รับการสนับสนุนบางส่วนจาก GAVI Alliance โดยพิจารณาจากลักษณะพื้นฐานของประเทศใกล้เคียงกับประเทศไทย ได้แก่ ภูมิภาคเอเชียและจำนวนประชากรเด็กแรกเกิด

จากเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้างต้น ผู้วิจัยเลือกศึกษากลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศออสเตรเลีย แคนาดา อินโดนีเซีย และศรีลังกา

ตารางที่ 2 ประเทศรายได้สูงที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเทศ	กลุ่มรายได้	ความครอบคลุม DTP3 (15) (ร้อยละ)	จำนวนเด็กแรกเกิด (16) (ราย)	ภาษาราชการ
ออสเตรีย	รายได้สูง	85	84,575	ภาษาอังกฤษ
ออสเตรเลีย	รายได้สูง	95	308,083	ภาษาอังกฤษ
ไอร์แลนด์	รายได้สูง	94	67,917	ภาษาอังกฤษ
แคนาดา	รายได้สูง	91	387,482	ภาษาอังกฤษ
สหรัฐอเมริกา	รายได้สูง	94	4,087,064	ภาษาอังกฤษ
อิสราเอล	รายได้สูง	98	164,386	ภาษาอังกฤษ
สหราชอาณาจักร	รายได้สูง	94	797,227	ภาษาอังกฤษ
ชิลี	รายได้สูง	95	256,037	ภาษาอังกฤษ
กรีซ	รายได้สูง	99	89,014	ภาษาอังกฤษ
ตรินิแดดและโตเบโก	รายได้สูง	99	16,777	ภาษาอังกฤษ
ไซปรัส	รายได้สูง	99	9,810	ภาษาอังกฤษ
มอลตา	รายได้สูง	97	4,936	ภาษาอังกฤษ

ตารางที่ 3 ประเทศที่เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์

ประเทศ	ปีที่เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ (17)	ภูมิภาค	ความครอบคลุม DTP3 (15) (ร้อยละ)	จำนวนเด็กแรกเกิด (16) (ราย)	ภาษาราชการ
ศรีลังกา	2559	เอเชีย	99	322,684	ภาษาอังกฤษ
ภูฏาน	2559	เอเชีย	97	12,608	ภาษาซองคา
ติมอร์เลสเต	2561	เอเชีย	83	45,637	ภาษาเตตุมและโปรตุเกส
อินโดนีเซีย	2560	เอเชีย	79	4,243,899	ภาษาบาฮาซา
คิริบาส	2560	แปซิฟิก	95	2,522	ภาษาอังกฤษและภาษากิลเบอร์ต

ประเทศ	ปีที่เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ (17)	ภูมิภาค	ความครอบคลุม DTP3 (15) (ร้อยละ)	จำนวนเด็กแรกเกิด (16) (ราย)	ภาษาราชการ
มองโกเลีย	2559	แปซิฟิก	99	60,247	ภาษามองโกเลีย
อาร์เมเนีย	2561	ยุโรป	92	37,265	ภาษาอาร์มีเนีย
อาเซอร์ไบจาน	2561	ยุโรป	95	154,027	ภาษาอาเซอร์ไบจานและภาษาเตอร์กิก
จอร์เจีย	2561	ยุโรป	93	45,054	ภาษาจอร์เจีย
มอลโดวา	2559	ยุโรป	93	30,035	ภาษาโรมาเนีย
แองโกลา	2561	แอฟริกา	59	1,360,279	ภาษาโปรตุเกส
คองโก	2561	แอฟริกา	75	185,960	ภาษาฝรั่งเศส
โบลิเวีย	2561	อเมริกา	83	247,750	ภาษาสเปน
คิวบา	2561	อเมริกา	99	118,822	ภาษาสเปน
กายอานา	2560	อเมริกา	95	12,055	ภาษาอังกฤษ
ฮอนดูรัส	2559	อเมริกา	90	201,484	ภาษาสเปน

ผลการศึกษา

แคนาดา (Canada)

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1. ที่ตั้งและลักษณะภูมิศาสตร์

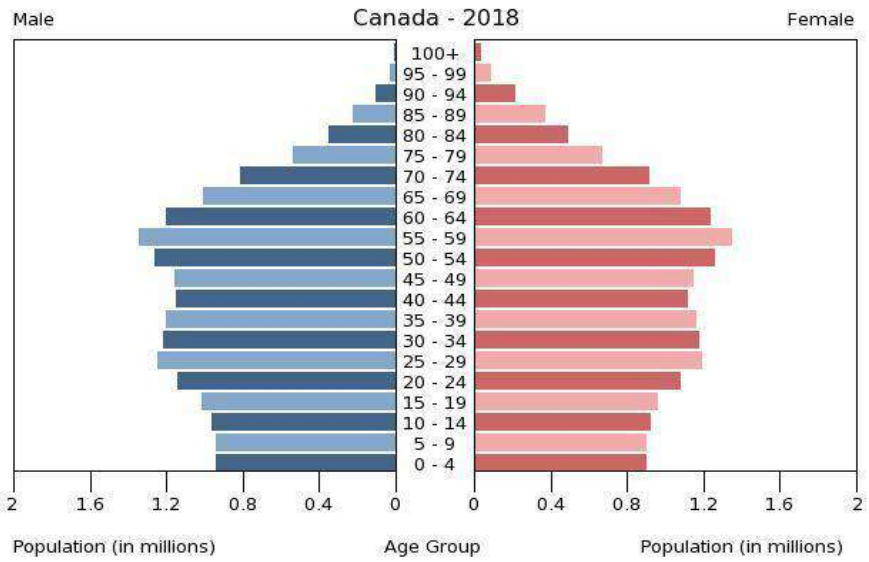
แคนาดาเป็นประเทศที่มีพื้นที่กว้างใหญ่เป็นอันดับ 2 ของโลก ตั้งอยู่ทางตอนเหนือของทวีปอเมริกา โดยทิศเหนือติดมหาสมุทร Arctic และ Atlantic ทิศตะวันออกติดมหาสมุทร Atlantic ทิศตะวันตกติดมหาสมุทร Pacific ทิศใต้ติดประเทศสหรัฐอเมริกา มีพื้นที่ประมาณ 9,984,670 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็นพื้นที่ป่าไม้ร้อยละ 45 และพื้นที่เพาะปลูกร้อยละ 7 มีเมืองหลวงคือ Ottawa (18)

1.2. ประชากร

ใน พ.ศ. 2562 แคนาดามีประชากร 37.6 ล้านคน (19) ในอดีตมีเพียงชาวอังกฤษ ฝรั่งเศส และชาวยุโรป ทำให้วัฒนธรรมเป็นแบบชาวตะวันตก แต่ในปัจจุบัน มีคนเอเชียจากจีน อินเดีย ฟิลิปปินส์ อาหรับ แคริบเบียน ได้ย้ายมาตั้งรกรากในแคนาดามากขึ้น สร้างชุมชนของตนเองและยังคงวัฒนธรรมดั้งเดิมอยู่ทำให้กลายเป็นสังคมที่มีวัฒนธรรมที่หลากหลาย สัดส่วนเชื้อชาติจึงประกอบด้วย Canadian (ร้อยละ 31) English (ร้อยละ 7) French (ร้อยละ 7) Chinese (ร้อยละ 6) India/Pakistan/Sri Lanka (ร้อยละ 4) Italian (ร้อยละ 4) German (ร้อยละ 4) Scottish (ร้อยละ 3) และอื่น ๆ หรือไม่ระบุร้อยละ 33 แคนาดามีภาษาราชการ 2 ภาษา คือภาษาอังกฤษและภาษาฝรั่งเศส ยกเว้นรัฐ Quebec ที่ใช้ภาษาฝรั่งเศสเป็นหลัก (18) ประชากรส่วนใหญ่ของแคนาดามีอายุ 55-59 ปี (20) (ที่มา: CIA world factbook (2563) (20)

รูปที่ 1)

ใน พ.ศ. 2563 แคนาดามีอัตราเจริญพันธุ์รวม 1.5 คนต่อผู้หญิง 1 คน มีอัตราการเสียชีวิตของทารก (อายุน้อยกว่า 12 เดือน) และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับร้อยละ 3.94 และ 4.28 ต่อ 1,000 ประชากรที่เกิดใหม่ ตามลำดับ ชาวแคนาดามีอายุขัยเฉลี่ย 83 ปี (21)

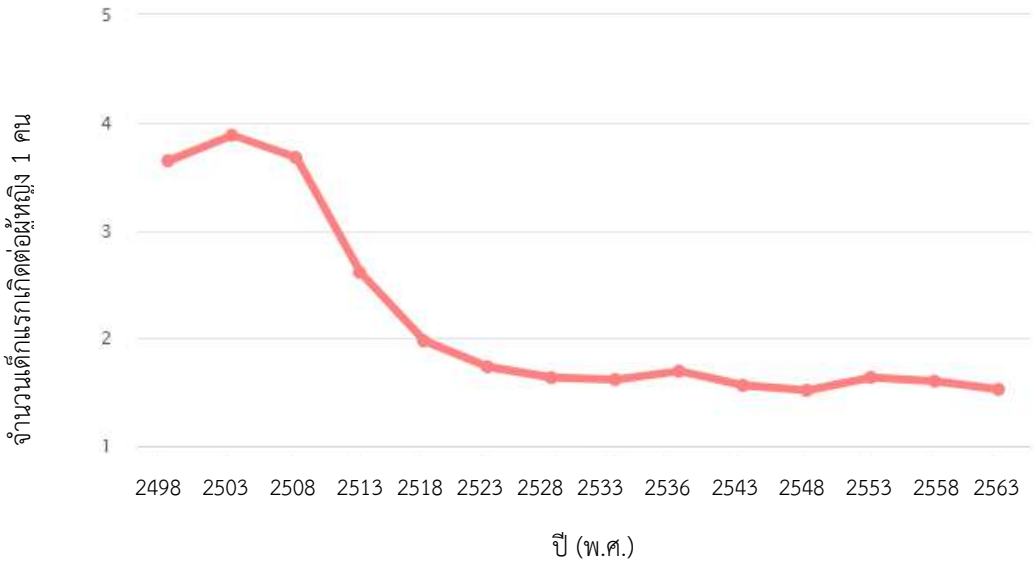


ที่มา: CIA world factbook (2563) (20)

รูปที่ 1 โครงสร้างอายุประชากรแคนาดา

จากการประมาณการจำนวนเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปีซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ใน พ.ศ. 2562 มีเด็กที่ต้องได้วัคซีนประมาณ 387,482 ล้านคน (22) จากข้อมูลอัตราเจริญพันธุ์

รวมของแคนาดา (รูปที่ 2) จะเห็นได้ว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2528 จนถึงปัจจุบันจำนวนเด็กที่ต้องได้วัคซีนมีจำนวนค่อนข้างคงที่อันเนื่องมาจากอัตราเจริญพันธุ์รวม 1.5-1.7 คนต่อผู้หญิง 1 คน (23)



ที่มา: Worldometer (2563) (23)

รูปที่ 2 อัตราเจริญพันธุ์รวมในแคนาดา พ.ศ. 2498-2563

1.3. เศรษฐกิจ

แคนาดามีทรัพยากรธรรมชาติที่มั่งคั่งอุดมสมบูรณ์ เช่น น้ำมันดิบ ก๊าซธรรมชาติ และถ่านหิน รวมถึงเป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าทางอุตสาหกรรมและเทคโนโลยีขั้นสูง ใน พ.ศ. 2561 แคนาดามี GDP เท่ากับ 1.7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 55 ล้านล้านบาท)[1] และมี GDP growth ร้อยละ 1.6 (24) เศรษฐกิจของแคนาดาขับเคลื่อนโดยภาคธุรกิจบริการ เช่น การให้บริการด้านค้าปลีก การเงินการธนาคาร นายหน้าอสังหาริมทรัพย์ บริการด้านการสื่อสารโทรคมนาคม และการศึกษา ซึ่งมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 71.3 ของ GDP (18) ใน พ.ศ. 2556 แคนาดามีอัตราส่วนความยากจน ร้อยละ 0.7 (24)

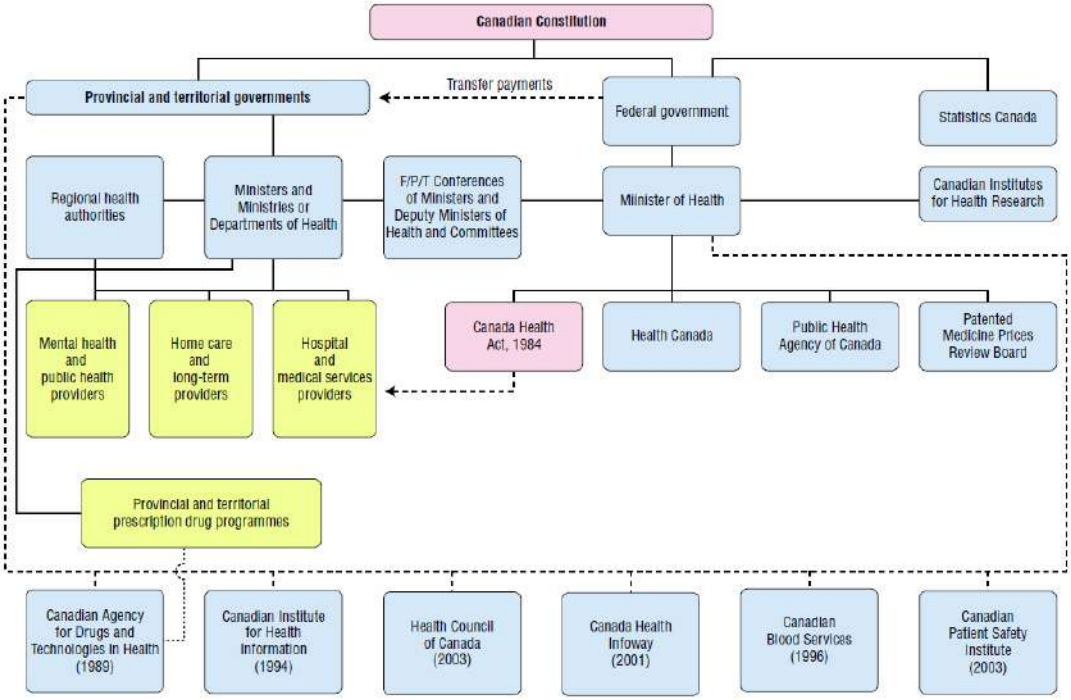
1.4. การเมืองการปกครอง

แคนาดาแบ่งเขตการปกครองระบบสมาพันธรัฐ (confederation) ออกเป็น 10 รัฐ (provinces) ได้แก่ Ontario, Quebec, Nova Scotia, New Brunswick, Manitoba, British Columbia, Prince Edward Island, Saskatchewan, Alberta, Newfoundland และ Labrador แบ่งออกเป็น 3 เขตปกครอง (territories) ได้แก่ Northwest, Yukon และ Nunavut โดยมีรัฐบาลกลาง (federal government) และรัฐบาลของรัฐ (provincial governments) แต่ละรัฐมีมุขมนตรี (premier) เป็นหัวหน้าฝ่ายบริหาร รัฐและเขตปกครองมีสถานะในการบริหารเหมือนกัน แต่มีแหล่งที่มาของอำนาจที่แตกต่างกัน โดยกฎหมายรัฐธรรมนูญกำหนดอำนาจการบริหารให้แก่รัฐโดยตรง ส่วนอำนาจการบริหารของเขตปกครองกำหนดโดยกฎหมายของสมาพันธรัฐที่ควบคุมดูแลโดยรัฐบาลกลาง (18)

1.5. ระบบบริการสุขภาพและสถานะสุขภาพ

[1] 1 ดอลลาร์สหรัฐ = 32.55 บาท (อัตราแลกเปลี่ยนของธนาคารแห่งประเทศไทยวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2563)

ระบบสุขภาพของแคนาดาเป็นแบบรัฐสวัสดิการ โดยรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองเป็นผู้รับผิดชอบการจัดบริการสุขภาพพื้นฐานสำหรับประชาชนทุกคน (universal coverage) ภายใต้การบริหารจัดการระบบสุขภาพของตนเอง โดยต้องสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพ Canada Health Act, 1984 (25) ในขณะที่รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดหลักการหรือมาตรฐานของบริการสุขภาพ สนับสนุนทางการเงินสำหรับการให้บริการสุขภาพของรัฐและเขตปกครองต่าง ๆ ในรูปแบบงบประมาณประจำปี (transfer payments) ควบคุมและกำกับให้รัฐและเขตปกครองต่าง ๆ ปฏิบัติหน้าที่ให้สมบูรณ์ภายในขอบเขตที่กฎหมายกำหนด รวมถึงจัดสรรงบประมาณสำหรับการให้บริการสุขภาพสำหรับประชาชนบางกลุ่ม ได้แก่ ทหารผ่านศึก ชนพื้นเมืองที่อาศัยในเขตสงวน นักโทษในเรือนจำ ข้าราชการทหารหรือตำรวจ (รูปที่ 3) โดยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของแคนาดามีชื่อเรียกว่า Medicare (26-29)



หมายเหตุ: เส้นทึบ แสดงถึง ความสัมพันธ์ทางตรงโดยหน้าที่และความรับผิดชอบ, เส้นประ แสดงถึงความสัมพันธ์ทางอ้อม

ที่มา: Marchildon GP. (2556) (27)

รูปที่ 3 องค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของแคนาดา

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแคนาดาแตกต่างกันในแต่ละรัฐและเขตปกครอง เนื่องจากมีการให้บริการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นกับความต้องการในแต่ละพื้นที่ เช่น อายุของประชากร ขนาดพื้นที่ และการกระจายตัวของประชากร ใน พ.ศ. 2518 แคนาดามีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมเท่ากับร้อยละ 7 ของ GDP ของประเทศ และเติบโตขึ้นเป็นร้อยละ 11.7 ใน พ.ศ. 2553 หรือเท่ากับ 5,614 ดอลลาร์แคนาดาต่อหัวประชากร

(ประมาณ 127,765 บาท)[2] (26) โดยค่าใช้จ่ายด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคคิดเป็นประมาณร้อยละ 6.6 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม (30)

Ministry of health หรือ Department of Health ของรัฐและเขตปกครองทำหน้าที่หลักในการดูแลเรื่องสุขภาพของประชาชน รวมถึงควบคุมกำกับหน่วยบริการให้ให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้การให้บริการด้านสุขภาพจึงแตกต่างกันในแต่ละรัฐและเขตปกครอง เห็นได้จากการที่แคนาดามีโรงพยาบาลจำนวน 1,466 แห่งกระจายอยู่ทั่วประเทศใน พ.ศ. 2559 ซึ่งโรงพยาบาลร้อยละ 33, 18 และ 14 อยู่ในรัฐ Ontario, Quebec และ British Columbia ตามลำดับ (ตารางที่ 4) (27, 31)

การศึกษานี้เลือกนำเสนอข้อมูลของรัฐ Ontario เพื่อเป็นกรณีศึกษาของการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีนเนื่องจากเป็นรัฐที่มีการพัฒนานโยบายและแนวทางการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกฎหมายเพื่อให้เด็กได้รับวัคซีนที่จำเป็นก่อนเข้าเรียน การพัฒนากระบวนการคัดเลือกวัคซีนใหม่เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ การจัดตั้งหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น (32)

ตารางที่ 4 หน่วยงานหลักด้านสาธารณสุขและจำนวนโรงพยาบาลในแคนาดา แบ่งตามรัฐและเขตปกครอง

ลำดับ	รัฐและเขตปกครอง	หน่วยงานหลักด้านสาธารณสุข	โรงพยาบาล (แห่ง)
1	Ontario	Ministry of health	492
2	Quebec	Ministère de la Santé et Services sociaux	267
3	British Columbia	Ministry of health	206
4	Alberta	Alberta health and wellness	169
5	Saskatchewan	Ministry of health	77
6	Manitoba	Manitoba health	73
7	New Brunswick	Department of Health	54
8	Nova Scotia	Department of Health and wellness	46
9	Newfoundland and Labrador	Department of Health and community services	39
10	Northwest Territories	Department of Health and social services	19
11	Nunavut	Department of Health and social services	19
12	Prince Edward Island	Department of Health and wellness	4
13	Yukon	Department of Health and social services	1

โรคไม่ติดต่อที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพมากที่สุดในแคนาดา พ.ศ. 2533 ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด อาการปวดหลังส่วนล่าง และมะเร็งปอด โดยยังคงเป็นโรค/ภาวะสุขภาพที่อยู่ในอันดับที่สูงกว่าโรค/ภาวะสุขภาพอื่น ๆ เช่นเดียวกันใน พ.ศ. 2560 (33) (ตารางที่ 5)

[2] 1 ดอลลาร์แคนาดา = 22.75 บาท (อัตราแลกเปลี่ยนของธนาคารแห่งประเทศไทยวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2563)

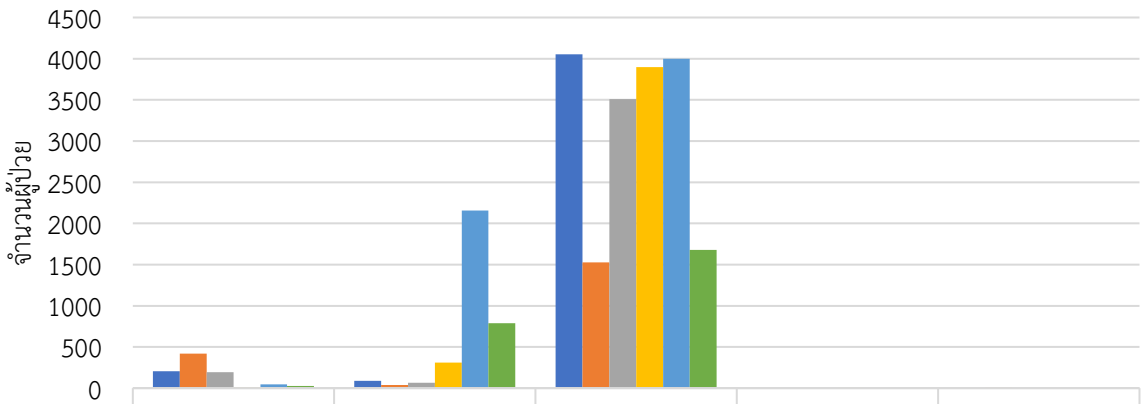
ตารางที่ 5 โรค/ภาวะสุขภาพที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในแคนาดา พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2560

ลำดับของ พ.ศ. 2560	โรค/ภาวะสุขภาพ	DALY/100,000 ประชากร	
		พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2560
1	โรคหัวใจขาดเลือด	3,080	1,837
2	อาการปวดหลังส่วนล่าง	1,601	1,749
3	มะเร็งปอด	1,203	1,157
4	เบาหวาน ชนิดที่ 2	638	830
5	โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	583	791
6	ปวดหัวไมเกรน	782	770
7	ภาวะสมองเสื่อม	482	706
8	โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ	532	628
9	การพลัดตกหกล้ม	426	622
10	สูญเสียการได้ยินจากอายุที่มากขึ้น	421	600

หมายเหตุ: DALY = การสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ

ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2560) (33)

ในแง่ของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (vaccine preventable diseases) ในประเทศแคนาดา พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรคไอกรน 1,679 คน โรคคางทูม 787 คน และโรคหัด 28 คน โดยจำนวนผู้ป่วยของทั้ง 3 โรค สูงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 ปี (รูปที่ 4) (34)



	Measles	Mumps	Pertussis	Diphtheria	Tetanus
2556	206	88	4054	0	1
2557	418	40	1527	1	6
2558	195	65	3510	3	4
2559	11	309	3896	1	5
2560	45	2157	3998	4	4
2561	28	787	1679	4	0

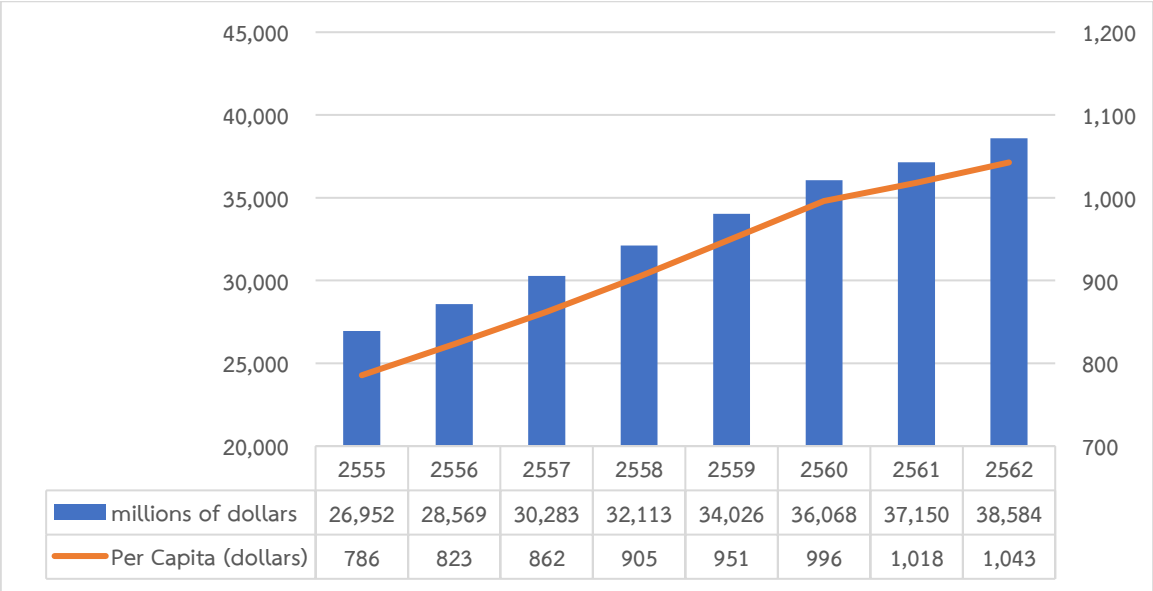
แหล่งข้อมูล: World Health Organization (2562) (34)

รูปที่ 4 รายงานการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศแคนาดา พ.ศ. 2556-2561

1.6. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 รัฐบาลกลางของแคนาดามีรายได้ (revenue) รวม 332,218 ล้านดอลลาร์แคนาดา ซึ่งได้จากแหล่งรายได้ 4 ประเภท ได้แก่ 1) ภาษีเงินได้ (income tax) 2) ภาษีอื่น ๆ 3) การจ่ายสมทบกองทุนประกันสังคม (employment insurance premium) และ 4) รายได้อื่น ๆ ภาษีเงินได้เป็นแหล่งรายได้ขนาดใหญ่ที่สุดของรัฐบาลกลาง (ร้อยละ 67.3 ของรายได้ทั้งหมด) (ประกอบด้วยภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ร้อยละ 49.3 ภาษีเงินได้นิติบุคคล ร้อยละ 15.2 และภาษีเงินได้บุคคลที่ไม่ได้มีถิ่นอยู่ในแคนาดา (non-resident income tax) ร้อยละ 2.8 ของรายได้ทั้งหมด) แหล่งรายได้ที่ใหญ่เป็นอันดับสองของรัฐบาลกลางคือ ภาษีอื่น ๆ เช่น ภาษีสินค้าและบริการ ภาษีพลังงาน และภาษีนำเข้า โดยคิดเป็นร้อยละ 17.2 ของรายได้ทั้งหมด รองลงมาคือ การจ่ายสมทบกองทุนประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 6.7 ของรายได้ทั้งหมด ส่วนรายได้อื่น ๆ เช่น รายได้จากการลงทุน ผลประกอบการจากกิจการของรัฐ การขายสินค้าหรือบริการ และการรับแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ 8.8 ของรายได้ทั้งหมดของรัฐบาลกลาง (35)

ระบบบริการสุขภาพของแคนาดาได้รับเงินสนับสนุนพื้นฐานมาจากภาษี โดยการเก็บภาษีของรัฐบาลกลาง รัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง รวมถึงหน่วยงานท้องถิ่น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 รัฐบาลกลางจัดสรรงบประมาณสำหรับกระทรวงสาธารณสุขเท่ากับ 5,048 ล้านดอลลาร์แคนาดา (36) และจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในภาพรวมโดยไม่แยกแผนงานหรือกิจกรรม (block grant) ให้แก่รัฐและเขตปกครองที่เรียกว่า Canada Health Transfer (37) เท่ากับ 38,584 ล้านดอลลาร์แคนาดา หรือคิดเป็น 1,043 ดอลลาร์แคนาดาต่อหัวประชากร (รูปที่ 5) (38) ซึ่งงบประมาณดังกล่าวคำนวณตามรายหัวประชากรของแต่ละรัฐและเขตปกครอง และปรับงบประมาณทุกปีตามการเปลี่ยนแปลงของ GDP (29)



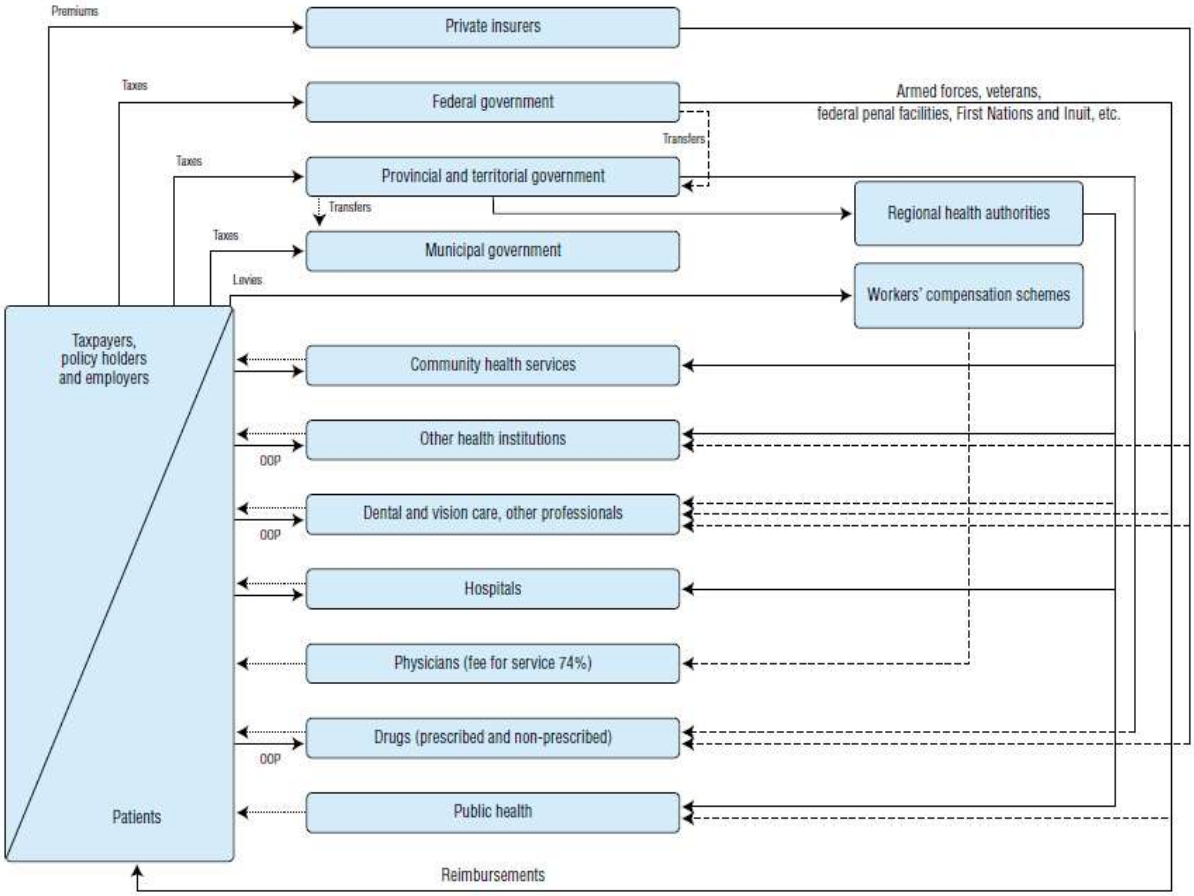
แหล่งข้อมูล: Department of Finance Canada (2563) (38)

รูปที่ 5 Canada Health Transfer พ.ศ. 2555-2562

บางรัฐและเขตปกครองมีกองทุนพิเศษ (ancillary funds) เพื่อหารายได้เพิ่มนอกเหนือจากงบประมาณที่ได้รับจากรัฐบาลกลาง เช่น รัฐ Ontario และ Quebec ซึ่งเก็บภาษีเงินได้เพิ่มจากประชากรภายในรัฐ หรือรัฐ British Columbia ซึ่งเก็บเบี้ยประกันบริการสุขภาพเพิ่มตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้ แหล่งรายได้ของการให้บริการด้านสุขภาพส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพที่ไม่ได้

ครอบคลุมอยู่ในการสนับสนุนของภาครัฐ มาจากการร่วมจ่ายของลูกจ้างและนายจ้างผ่านระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพเอกชน และรายจ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเอง (out of pocket: OOP) ใน พ.ศ. 2553 รายได้ที่นำมาใช้เพื่อให้บริการด้านสุขภาพของแคนาดามาจากภาษีร้อยละ 70.5 รายจ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเองร้อยละ 14.7 ประกันสุขภาพเอกชนร้อยละ 12.8 กองทุนประกันสังคมร้อยละ 1.3 และแหล่งรายได้อื่น ๆ เช่น เงินบริจาคร้อยละ 0.7

ในแคนาดา รายจ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเองส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการเอกชน เช่น การดูแลสายตา และการซื้อยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์ (over-the-counter medicines) แม้ว่าแคนาดาจะมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่บริการด้านสุขภาพบางอย่างไม่ได้ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น บริการด้านทันตกรรม ยาตามใบสั่งแพทย์ การดูแลและช่วยเหลือด้านสุขภาพในระยะยาว (long-term care and support) และการดูแลรักษาบางประเภทที่ไม่ใช้ยา ประชาชนบางส่วนจึงเต็มใจซื้อประกันเอกชน



หมายเหตุ : ⟶ แสดง แหล่งรายได้หลัก, ⇢ แสดง แหล่งรายได้รอง และ ⟶ แสดง การให้บริการด้านสุขภาพ

ที่มา: Marchildon GP. (2556) (27)

รูปที่ 6 เส้นทางการเงินด้านสุขภาพของแคนาดา (health financial flows)

1.7. แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติและการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของรัฐ Ontario

งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศแคนาดาเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของรัฐบาลกลาง รัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง รวมถึงหน่วยงานท้องถิ่น โดยมียุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ

(National Immunization Strategy: NIS) เป็นแนวทางในการดำเนินการด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเริ่มจัดทำครั้งแรกใน พ.ศ. 2546 ซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลางให้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์จำนวน 45 ล้านดอลลาร์แคนาดา การจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเป็นความร่วมมือของ Ministry of health ของรัฐบาลกลาง Ministry of health ของรัฐและเขตปกครอง และ Public Health Network (PHN) ซึ่งเป็นเครือข่ายนักวิชาการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในรูปแบบของคณะกรรมการที่มีชื่อว่า Canadian Immunization Committee โดยหวังว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาและความท้าทายต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแคนาดา เชื่อมโยงการทำงานของรัฐบาลกลางกับรัฐบาลของแต่ละรัฐและเขตปกครอง สนับสนุนการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ และสร้างความยั่งยืนให้แก่การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (39)

แผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2559-2564 มีการตั้งเป้าหมายในการเพิ่มความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน (ตารางที่ 6) (40)

ตารางที่ 6 เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ประเทศแคนาดา พ.ศ. 2559-2564

วัคซีนของเด็ก
- *บรรลุเป้าหมายร้อยละ 95 ของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนไอกรน 3 เข็มแรกในเด็กแรกเกิด* - *บรรลุเป้าหมายร้อยละ 95 ของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในเด็กจนถึงอายุ 2 ปี* - *บรรลุเป้าหมายร้อยละ 95 ของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในเด็กจนถึงอายุ 7 ปี*
วัคซีนของวัยรุ่น
- *บรรลุเป้าหมายร้อยละ 90 ของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในวัยรุ่นจนถึงอายุ 17 ปี*
วัคซีนของผู้ใหญ่
- *บรรลุเป้าหมายร้อยละ 80 ของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโรคติดเชื้อนิวโมค็อกคัส (1 เข็ม) ในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป* - *บรรลุเป้าหมายร้อยละ 90 ของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (1 เข็ม) ในบุคลากรทางการแพทย์*
วัคซีนตามฤดูกาล
- *บรรลุเป้าหมายร้อยละ 80 ของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป* - *บรรลุเป้าหมายร้อยละ 80 ของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 18-64 ปีที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง* - *บรรลุเป้าหมายร้อยละ 80 ของความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์*

จาก

ตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่าแคนาดามีความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 อย่างไรก็ตาม การให้บริการวัคซีนบางรายการมีความครอบคลุมต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับวัคซีนอื่น ๆ เช่น วัคซีนตับอักเสบบี

ตารางที่ 7 ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในประเทศแคนาดา พ.ศ. 2557-2561

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน (vaccination coverage)				
			2557	2558	2559	2560	2561
1	DTP vaccine 1	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน	87	95	87	94	87
2	DTP vaccine 3	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน	91	91	91	91	91
3	IPV vaccine 1	โปลิโอ	87	87	87	87	87
4	Hepatitis B vaccine 3	ตับอักเสบบี	55	69	70	71	71
5	Hib vaccine 3	ฮิบ	91	91	91	91	91
6	MCV1	หัด	90	89	89	90	90
7	MCV2	หัด	86	86	86	87	87
8	Meningococcal A vaccine	ติดเชื้อไข้กาฬหลังแอ่น	-	-	89	88	-
9	PCV1	ติดเชื้อนิวโมค็อกคัส	-	-	-	-	92
10	PCV2	ติดเชื้อนิวโมค็อกคัส	-	-	-	-	89
11	PCV3	ติดเชื้อนิวโมค็อกคัส	79	80	80	81	81
12	Polio vaccine 3	โปลิโอ	91	91	91	91	91

แหล่งข้อมูล: World Health Organization (2562) (34)

สำหรับรัฐ Ontario การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเกือบทั้งหมดทำโดยแพทย์ประจำครอบครัว (family physicians) ยกเว้น วัคซีนสำหรับไวรัสตับอักเสบบีสำหรับเด็กวัยเรียนที่ให้โดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรม และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่ให้โดยเภสัชกรที่ประจำอยู่ที่ร้านยาได้ (41) โดยผู้ให้บริการฉีดวัคซีนของรัฐ Ontario แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) primary health care providers ซึ่งส่วนใหญ่ให้บริการวัคซีนพื้นฐาน (routine vaccine) โดยเฉพาะวัคซีนในเด็กเล็ก และวัคซีนที่สนับสนุนมาจากโครงการพิเศษของรัฐบาล 2) public health units ซึ่งส่วนใหญ่ให้บริการวัคซีนในเด็กวัยเรียนและผู้ใหญ่ และ 3) หน่วยบริการสำหรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ primary health care providers, public health units และหน่วยบริการอื่น ๆ เช่น ร้านยา สถานที่ทำงาน ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์ดูแลและช่วยเหลือด้านสุขภาพในระยะยาว เป็นต้น

2. การบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีน

2.1. ระบบอภิบาลเกี่ยวกับการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการอภิบาลการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแคนาดามีดังนี้ (ดังรูปที่ 7)

รัฐบาลกลางมีหน้าที่ตัดสินใจอนุมัติงบประมาณแผ่นดินสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ (42) รวมถึงจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติทุก ๆ 5 ปี โดยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนทั้งจากรัฐบาลกลางและตัวแทนของรัฐและเขตปกครอง หน่วยงานต่าง ๆ เช่น Advisory Committee on Population Health and Health Security (ACPHHS), Council of Chief Medical Officers of Health (CCMOH), Canadian Institutes of Health Research (CIHR), Canadian Pediatric Society (CPS) และ Canadian Immunization Awareness Program (CIAP) รวมถึงบริษัทผลิตและจำหน่ายวัคซีน คณะกรรมการที่ปรึกษานี้ทำหน้าที่ทบทวนปัญหา/อุปสรรคในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศที่ผ่านมา จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่จะดำเนินการ รวมถึงตั้งเป้าหมายของการทำงาน (42)

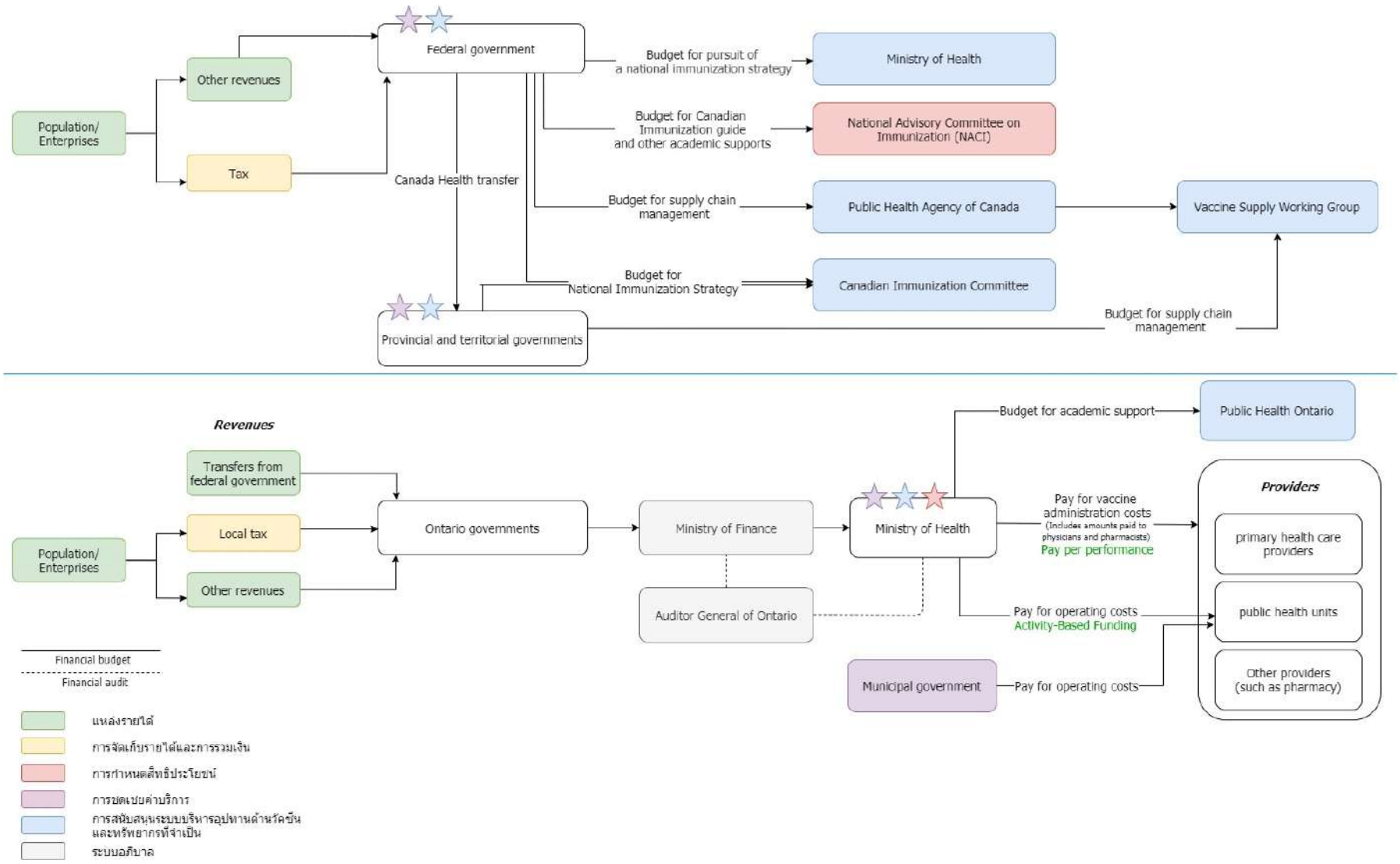
นอกจากนี้ รัฐบาลกลางยังมีหน้าที่สนับสนุนเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้แก่แต่ละรัฐและเขตปกครองเพื่อให้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรมตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2559-2564 จำนวน 25 ล้านดอลลาร์แคนาดา เพิ่มเติมจากงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนและการบริหารอุปทานด้านวัคซีน (รายละเอียดกิจกรรมและงบประมาณในข้อ 2.6)

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลระดับรัฐและเขตปกครองอาจมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อบริหารจัดการวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่ของตน ดังจะเห็นได้จาก รัฐบาลของรัฐ Ontario ที่มีการสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ปรับปรุงอาคารสถานที่ในการให้บริการ และพัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับลงทะเบียนผู้ได้รับวัคซีนภายในรัฐ

รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองทำหน้าที่ประมาณการงบประมาณประจำปีของแต่ละกระทรวง กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนตามความจำเป็นในพื้นที่ และจัดซื้อวัคซีนเพื่อให้ได้ราคาวัคซีนที่เหมาะสมคุ้มค่า รวมถึงมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการใช้ โดยมี Ministry of Health ของรัฐและเขตปกครองทำหน้าที่หลักในการสนับสนุนการจัดบริการของหน่วยบริการในพื้นที่ โดยมีวิธีการจ่ายชดเชยค่าบริการแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ตัวอย่างเช่น รัฐบาลของรัฐ Ontario มีการประมาณการงบประมาณประจำปีตามแผนการทำงานของแต่ละกระทรวง ดำเนินการโดย Standing Committee on Estimates (SCE) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหลายภาคส่วน ในรูปแบบของคณะกรรมการ ซึ่งช่วยให้การจัดสรรงบประมาณมีความยุติธรรมและโปร่งใส (43) นอกจากนี้ Municipal government ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับท้องถิ่นได้มีส่วนในการจ่ายชดเชยค่าบริการของหน่วยบริการในพื้นที่เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ รัฐบาลของรัฐ Ontario กำหนดให้ Ministry of Finance ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณและมีสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (Auditor General of Ontario) ทำหน้าที่ติดตามการใช้งบประมาณ (44) จากการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2558 สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินของรัฐ Ontario ได้มีคำแนะนำต่อกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการปรับปรุงระบบการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น ระบบติดตามความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในพื้นที่ การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของการฉีดวัคซีนแก่ประชาชน และระบบติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีน เป็นต้น (41, 45)

National Advisory Committee on Immunization (NACI) เป็นหน่วยงานภายใต้รัฐบาลกลางที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ กุมารเวชศาสตร์ โรคติดเชื้อ ภูมิคุ้มกันวิทยา เภสัชวิทยา การ

พยาบาล ระบาดวิทยา สังคมศาสตร์และสาธารณสุข เพื่อกำหนดแนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของแคนาดา (Canadian Immunization guide) รวมถึงให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในด้านต่าง ๆ เช่น ความปลอดภัย ประสิทธิผล ความสามารถกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองต่อภูมิคุ้มกัน (Immunogenicity) ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (feasibility) การยอมรับการฉีดวัคซีน (acceptability) หรือข้อกำหนดอื่น ๆ โดยรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจคัดเลือกวัคซีนเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ภายในพื้นที่ของตนเอง (46)



รูปที่ 7 เส้นทางการเงินด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของแคนาดา

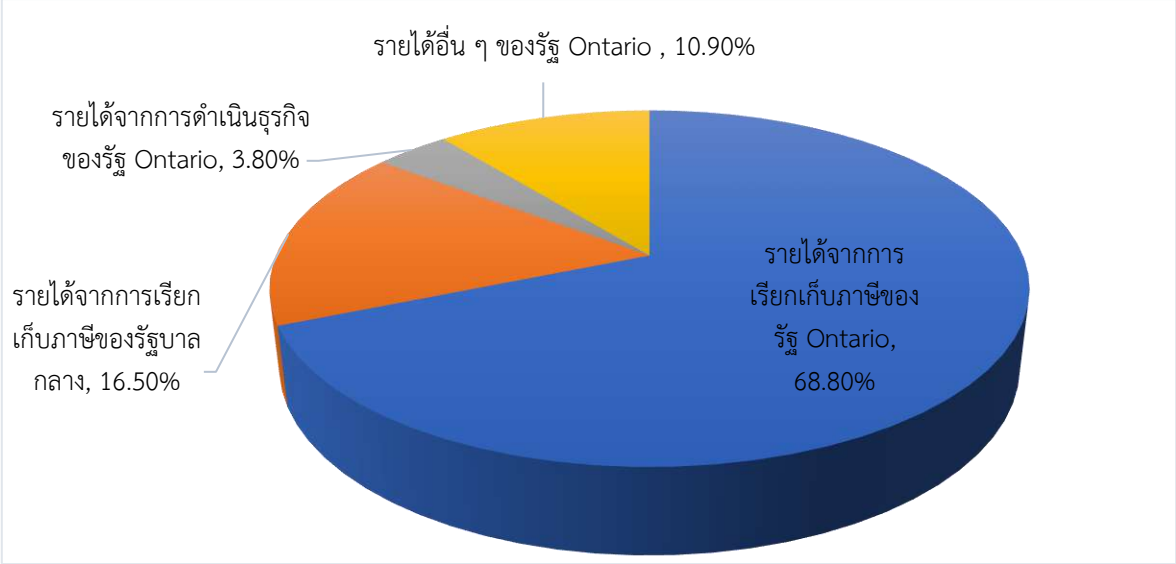
2.2. แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บรายได้

ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของแคนาดาทั้งหมดมาจากเงินรายได้ของรัฐ ทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายได้มาจากการเรียกเก็บภาษี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 รัฐบาลกลางตั้งงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำนวน 25 ล้านดอลลาร์แคนาดาเพื่อดำเนินกิจกรรมตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2559-2564 (รายละเอียดกิจกรรมและงบประมาณในข้อ 2.6) โดยในงบประมาณดังกล่าวไม่รวมเงินสำหรับจัดซื้อวัคซีนและเงินสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีน ซึ่งรัฐและเขตปกครองเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดสรรเงินเพื่อดำเนินการดังกล่าว (47)

BIOTECanada Vaccine Industry Committee ได้รวบรวมค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อวัคซีนของแคนาดาใน พ.ศ. 2551 พบว่า แคนาดาใช้เงินประมาณ 450 ล้านดอลลาร์แคนาดาสำหรับจัดซื้อวัคซีนให้กับประชาชนทั้งประเทศ คิดเป็นร้อยละ 4 ของค่าใช้จ่ายด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือร้อยละ 0.3 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม และหากเทียบกับค่าใช้จ่ายสำหรับยาและเวชภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ ในแคนาดา ค่าใช้จ่ายสำหรับจัดซื้อวัคซีนคิดเป็นประมาณร้อยละ 2 ของค่าใช้จ่ายสำหรับยาและเวชภัณฑ์สุขภาพทั้งหมดในประเทศ (30)

แหล่งรายได้ที่นำมาใช้เพื่อจัดซื้อวัคซีนสำหรับเด็กและผู้ใหญ่แตกต่างกันในแคนาดา สำหรับการจัดซื้อวัคซีนสำหรับเด็กส่วนใหญ่ได้รับสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล (public fund) จัดตั้งเป็น public health programs เพื่อเป็นหน่วยบริการสำหรับให้บริการฉีดวัคซีน รวมถึงลงพื้นที่เพื่อฉีดวัคซีนในโรงเรียน ในทางตรงกันข้าม การจัดซื้อวัคซีนสำหรับผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับสนับสนุนจากรัฐบาล ประชาชนจึงต้องเรียกร้องกับแพทย์เพื่อให้ได้รับการฉีดวัคซีน เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (42) นอกจากนี้ วัคซีนสำหรับผู้ใหญ่บางชนิดไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล แต่ครอบคลุมโดยประกันสุขภาพเอกชนหรือประกันสังคมของประชาชนวัยทำงาน เช่น วัคซีนสำหรับผู้ที่จำเป็นต้องเดินทางไปทำงานในพื้นที่อื่น ๆ เป็นต้น

ในแคนาดา รัฐบาลระดับรัฐและเขตปกครองเป็นผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ของตน ทำให้งบประมาณด้านสุขภาพและงบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแตกต่างกันในแต่ละรัฐและเขตปกครอง ตัวอย่างเช่น รัฐ Ontario ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (รูปที่ 8) มีรายได้ทั้งหมด 154,154 ล้านดอลลาร์แคนาดา ซึ่งแบ่งเป็นรายได้จากการเรียกเก็บภาษีของรัฐ ร้อยละ 68.8 (เช่น ภาษีเงินได้ ภาษีสินค้าอุปโภคบริโภค รวมถึงการจ่ายประกันสังคม และการจ่ายภาษีเฉพาะเพื่อสุขภาพ (personal health tax) หรือเรียกว่า “Health Premium” งบประมาณที่สนับสนุนมาจากรัฐบาลกลางร้อยละ 16.5 ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นงบประมาณในรูปแบบ Canada Health Transfer จำนวน 15,642 ล้านดอลลาร์แคนาดา (38) รายได้จากการดำเนินธุรกิจภายในรัฐ Ontario ร้อยละ 3.8 และรายได้อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ภาษี (เช่น รายได้จากการอนุญาตปล่อยคาร์บอน การอนุญาตขับขี่ยานพาหนะ และเงินบริจาค เป็นต้น) ร้อยละ 10.9 (48)



แหล่งที่มา: Ministry of Finance Ontario (2562) (48)

รูปที่ 8 แหล่งที่มางบประมาณของ Ontario ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

จากรายได้ทั้งหมดของรัฐ Ontario จำนวน 154,154 ล้านดอลลาร์แคนาดาได้ถูกจัดสรรเป็นงบประมาณด้านสุขภาพให้กับ Ministry of health จำนวน 63,580 ล้านดอลลาร์แคนาดา โดยงบประมาณดังกล่าวไม่รวมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure) ที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการโดยตรง (มูลค่า 2,432 ล้านดอลลาร์แคนาดา) (48) การจัดสรรงบประมาณภายใน Ministry of health เป็นไปตามแผนงาน (program areas) (รูปที่ 9) ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 7 แผนงาน ดังนี้ (49)

1) แผนงาน Hospitals เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลทั้งหมด 147 แห่งในรัฐ Ontario

2) แผนงาน Ontario Health Insurance Plan (OHIP) เพื่อสนับสนุนบริการอื่น ๆ นอกเหนือจากบริการพื้นฐานในโรงพยาบาล เช่น บริการในคลินิก ห้องปฏิบัติการของชุมชน เป็นต้น

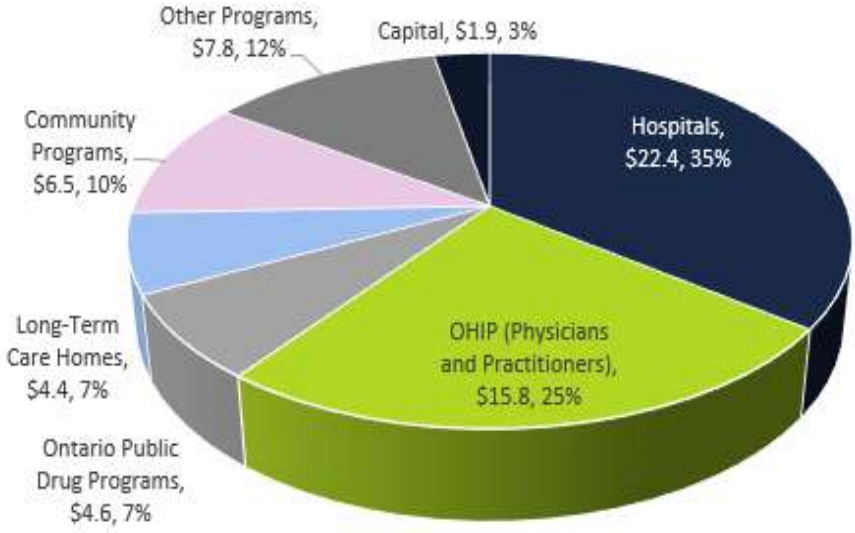
3) แผนงาน Ontario public drug เพื่อสนับสนุนค่ายาและเวชภัณฑ์กว่า 4,400 รายการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยาและเวชภัณฑ์ที่ได้รับการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของรัฐ Ontario

4) แผนงาน Long-term care homes เพื่อสนับสนุนบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะยาว

5) แผนงาน Community เพื่อสนับสนุนบริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านและงานด้านสุขภาพจิต

6) แผนงาน Capital เพื่อสนับสนุนค่าลงทุนของโรงพยาบาล การบริการในชุมชน และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

7) แผนงานอื่น ๆ ประกอบด้วยแผนงานย่อยในด้านต่าง ๆ มากกว่า 40 แผน เช่น การสนับสนุนงบประมาณสำหรับหน่วยงานท้องถิ่น และการบริหารจัดการของ Ministry of health ของรัฐ Ontario เป็นต้น



หมายเหตุ: หน่วยเงินเป็นพันล้านดอลลาร์แคนาดา

ที่มา: Financial Accountability Office (FAO) Ontario (2562) (49)

รูปที่ 9 งบประมาณด้านสุขภาพ พ.ศ. 2562 จำแนกตามแผนงาน

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคถูกจัดว่าเป็นกิจกรรมสุขภาพภายใต้แผนงานอื่น ๆ โดยใช้ชื่อว่า Population and Public Health Program (49) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 Ministry of health ของรัฐ Ontario จัดสรรงบประมาณให้กับโครงการดังกล่าวเป็นจำนวน 1,289 ล้านดอลลาร์แคนาดา (ร้อยละ 2 ของงบประมาณด้านสุขภาพที่มาจากรัฐทั้งหมด)

2.3. การรวมเงินทุน

แคนาดาไม่มีกลไกการรวมเงินด้านสุขภาพ เนื่องจากรัฐบาลกลางจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในภาพรวมโดยไม่แยกแผนงานหรือกิจกรรมให้แก่รัฐและเขตปกครองที่เรียกว่า Canada Health Transfer เพื่อสนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามประชาชนสามารถซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพิ่มเติมได้ โดยประชาชนส่วนใหญ่ที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนจะได้รับสนับสนุนเงินส่วนหนึ่งจากสมาคมวิชาชีพ หรือนายจ้างหากเป็นนโยบายขององค์กร โดยการซื้อประกันสุขภาพเอกชนสามารถใช้ลดหย่อนภาษีได้ ทั้งนี้ รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองไม่อนุญาตให้ประกันสุขภาพเอกชนครอบคลุมบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อป้องกันความเหลื่อมล้ำและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน (50)

รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองสามารถจัดตั้งกองทุนสุขภาพพิเศษเพื่อสนับสนุนบริการด้านสุขภาพภายในพื้นที่ของตนเองได้ โดยได้จากการเก็บภาษีเฉพาะเพื่อสุขภาพ ใช้ชื่อว่า Health Premium ซึ่งครอบคลุมบริการสุขภาพที่ไม่รวมอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น รัฐบาลของรัฐ Ontario เรียกเก็บภาษีเฉพาะเพื่อสุขภาพที่ชื่อว่า Health Premium จากประชาชนที่มีรายได้มากกว่า 20,000 ดอลลาร์แคนาดาต่อปี โดยมีอัตราการเรียกเก็บระหว่าง 60-900 ดอลลาร์แคนาดาต่อปีตามลำดับขั้นของรายได้ (51)

แคนาดามีระบบประกันสังคม (employment insurance) ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐบาลกลาง โดยระบบประกันสังคมจะครอบคลุมกรณีบำนาญชราภาพ กรณีพิการ ผู้อยู่ในอุปการะ เงินทดแทนจากการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วย และการคลอดบุตร รวมถึงประกันการจ้างงาน ประกันสังคมเป็นการจ่ายเงินสมทบระหว่างนายจ้างและลูกจ้างเพื่อรับสิทธิประโยชน์ข้างต้น ซึ่งอัตราการจ่ายสมทบคำนวณตามเงินเดือนที่ได้รับ ทั้งนี้ รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองสามารถสร้างระบบประกันสังคมสำหรับประชาชนในพื้นที่ของตนเอง โดยกำหนดอัตราการจ่ายสมทบแตกต่างจากรัฐบาลกลาง (52) เช่น ใน พ.ศ. 2563 รัฐบาลของรัฐ Ontario กำหนดให้ลูกจ้างจ่ายเงินสมทบร้อยละ 1.58 ของเงินเดือนและไม่ต้องจ่ายสมทบเมื่อมียอดการจ่ายสมทบครบ 54,200 ดอลลาร์แคนาดา ในขณะที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบ 1.4 เท่าของเงินที่ลูกจ้างจ่ายสมทบ และรัฐบาลของรัฐ Quebec กำหนดให้ลูกจ้างจ่ายเงินสมทบร้อยละ 1.20 ของเงินเดือน (53)

2.4. การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน

แคนาดาจะมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เรียกว่า Medicare ซึ่งครอบคลุมบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคน โดยบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจัดเป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ทุกรัฐและเขตปกครองต้องให้บริการ อย่างไรก็ตาม แคนาดามีรูปแบบการบริหารแบบกระจายอำนาจบางส่วนจากรัฐบาลกลางไปสู่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง ดังนั้นการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพรวมทั้งบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่จึงเป็นหน้าที่ของรัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง

ในส่วนกลาง รัฐบาลมี NACI ทำหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนในด้านต่าง ๆ และสามารถนำข้อมูลไปใช้เพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจคัดเลือกวัคซีนเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละ รัฐ ตามแผนการดำเนินงานใน พ.ศ. 2562-2563 ของ NACI มุ่งเน้นการทำงานใน 12 ด้าน ประกอบด้วย 1) วัคซีนใหม่หรือวัคซีนในข้อบ่งใช้ใหม่ 2) จัดทำคำแนะนำใหม่สำหรับหน่วยงานภาครัฐหรือบุคลากรทางการแพทย์ 3) จัดทำข้อควรระวังของแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของแต่ละรัฐและเขตปกครอง 4) ศึกษาและประยุกต์ใช้คำแนะนำจากหน่วยงานระดับนานาชาติ 5) จัดทำระบบเฝ้าระวังเกี่ยวกับความปลอดภัย 6) พัฒนาระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีน 7) จัดทำระบบเฝ้าระวังในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข 8) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรค 9) พัฒนาแนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแคนาดา 10) ศึกษาวิจัยทางคลินิกที่สำคัญ 11) ศึกษาและตรวจสอบความไม่สอดคล้องภายใน (internal inconsistency) และ 12) ปรับปรุงข้อมูลของผลิตภัณฑ์/วัคซีน (54)

อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีรัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดซื้อวัคซีนเป็นกรณีพิเศษ เช่น วัคซีนสำหรับป้องกันโรคอุบัติใหม่ และวัคซีนภายใต้โครงการนำร่อง ยกตัวอย่างเช่น ใน พ.ศ. 2547 รัฐบาลกลางอนุมัติให้ใช้งบประมาณจาก Canadian Immunization Trust fund จำนวน 300 ล้านดอลลาร์แคนาดา เพื่อจัดซื้อวัคซีนไอกรน วัคซีนโรคติดเชื้อไข้กาฬหลังแอ่น วัคซีนโรคติดเชื้อนิวโมค็อกไค และวัคซีนอีสุกอีใส ต่อมาใน พ.ศ. 2550 รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณ 300 ล้านดอลลาร์สหรัฐเพื่อจัดซื้อวัคซีน HPV สำหรับนำร่องให้บริการใน 10 รัฐและเขตปกครองเป็นระยะเวลา 3 ปีตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ (55) การซื้อวัคซีนใหม่ดังกล่าวนี้ทำให้เกิดข้อถกเถียงเรื่องปัญหาการทำงานของ Canadian Immunization Committee ซึ่งทำหน้าที่จัดทำยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ อาทิ ความชัดเจนของหลักฐานวิชาการเกี่ยวกับวัคซีนใหม่ การใช้งบประมาณจากส่วนกลางซื้อวัคซีนทั้งที่รัฐและเขตปกครองมีงบประมาณของตนเองอยู่แล้ว รวมถึงความพร้อมของบุคลากรและ หน่วยบริการที่จะให้บริการ (56)

การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนของแต่ละรัฐและเขตปกครองพิจารณาข้อเสนอแนะของ NACI ร่วมกับสถานการณ์ระบาดของโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีนและสถานการณ์การเงินของแต่ละพื้นที่ (42) นอกจากนี้ รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองพิจารณาคำแนะนำของหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการภายในรัฐและเขตปกครองร่วมด้วย ตัวอย่างเช่น รัฐ Ontario มี Ministry of Health ทำหน้าที่ดูแลและควบคุมการให้บริการด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นหน่วยงานที่ให้คำแนะนำในการคัดเลือกวัคซีนสำหรับเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงการกำหนดข้อบ่งใช้ของวัคซีนแต่ละประเภท นอกจากนี้ Public Health Ontario เป็นหน่วยงานสังกัด Ministry of Health ของรัฐ Ontario ซึ่งทำหน้าที่ให้คำแนะนำเชิงวิชาการเพื่อสนับสนุนการทำงานของรัฐบาล Ministry of health และหน่วยบริการ ในด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค Public Health Ontario ได้จัดตั้งคณะทำงาน Provincial Infectious Disease Advisory Committee on Immunization (PIDAC-I) เพื่อทบทวนหลักฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับวัคซีน เช่น ที่มาและภูมิหลัง ข้อบ่งใช้ที่ได้รับทะเบียน ข้อแนะนำของ NACI ประสิทธิภาพของวัคซีน ความครอบคลุมของวัคซีน และการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และสรุปเป็นข้อเสนอของวัคซีนแต่ละรายการภายใต้บริบทของรัฐ Ontario (57) หลังจากนั้นข้อมูลทั้งหมดจะส่งไปยังกระทรวงสาธารณสุขรัฐเพื่อพิจารณาข้อมูลอย่างรอบด้าน เช่น ข้อมูลทางวิชาการ ความชุกและความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพนั้นในรัฐ Ontario ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข การยอมรับการใช้วัคซีนในมุมมองของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ข้อพิจารณาทางจริยธรรมและความเป็นธรรม รวมถึงความสอดคล้องกับกฎหมาย (32) ก่อนนำเสนอต่อรัฐบาลของรัฐ Ontario เพื่อตัดสินใจขั้นสุดท้ายคัดเลือกวัคซีนเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์

ชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนของรัฐ Ontario ถูกพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งใน พ.ศ. 2563 รัฐ Ontario มีวัคซีนที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์รวมทั้งสิ้น 22 ชนิด นับรวมวัคซีนที่ให้บริการตามปกติและวัคซีนสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละรัฐและเขตปกครอง (ตารางที่ 8) วัคซีนดังกล่าวครอบคลุม 16 โรค ได้แก่ คอตีบ บาดทะยัก โปลิโอ ไอกรน หัด คางทูม หัดเยอรมัน อีสุกอีใส อุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า ไข้กาฬหลังแอ่น ฮิบ human papilloma virus ไข้หวัดใหญ่ นิวโมค็อกคัส ตับอักเสบเอ และตับอักเสบบี โดยประชาชนของรัฐ Ontario สามารถเข้ารับวัคซีนที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสามารถเข้ารับบริการได้จากผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ผ่านมาตรฐานการให้บริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (32)

ตารางที่ 8 รายการวัคซีนที่ให้บริการในประเทศแคนาดา พ.ศ. 2562

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ให้บริการ	หมายเหตุ
1	BCG vaccine	วัณโรค	เด็กแรกเกิด	NU	
2	DTaPHibHepBIPV vaccine	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ฮิบ ตับอักเสบบี และโปลิโอ	เด็ก 2, 4, 6 เดือน	BC, AB, QC, PE และ YT	
3	DTaPHibIPV vaccine	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ฮิบ และโปลิโอ	เด็ก 2, 4, 6, 18 เดือน	ทั่วประเทศ	
4	Hepatitis A vaccine (สำหรับเด็ก)	ตับอักเสบเอ	เด็ก 10 ปี	QC	
5	Hepatitis B vaccine (สำหรับเด็ก)	ตับอักเสบบี	เด็กแรกเกิด, 1, 6 เดือน	NB, NT และ NU	
6	Hepatitis B vaccine (สำหรับผู้ใหญ่)	ตับอักเสบบี	ผู้ใหญ่	BC, AB, SK, MB, ON, QC, PE, NS, NL และ YT	
7	HPV vaccine	human papilloma virus	9-15 ปี ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย	ทั่วประเทศ	ฉีด 2 เข็ม โดยเข็มที่ 2 ห่างจากเข็มแรก 6 เดือน
8	Influenza vaccine (สำหรับผู้ใหญ่)	ไข้หวัดใหญ่	ผู้ใหญ่อายุมากกว่า 18 ปี	ทั่วประเทศ	โดยเฉพาะผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้พักอาศัยในศูนย์พักพิง ผู้เดินทาง ผู้ที่จะไปร่วมพิธีฮัจญ์ และกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ให้บริการ	หมายเหตุ
9	Influenza vaccine (สำหรับเด็ก)	ไข้หวัดใหญ่	เด็กอายุมากกว่า 6 เดือน	ทั่วประเทศ	โดยเฉพาะเด็กที่มีโรคเรื้อรัง
10	Meningococcal ACWY-135 conjugate vaccine	ไข้กาฬหลังแอ่น	เด็ก 12-15 ปี	BC, AB, SK, MB, NB, NS, PE, NL, YT, NT และ NU	
11	Meningococcal C conjugated vaccine	ไข้กาฬหลังแอ่นซีโรกรุ๊ปซี	เด็ก 12 เดือน	ทั่วประเทศ	
12	MMR vaccine	หัด คางทูม และหัดเยอรมัน	เด็ก 12, 18 เดือน และ 4-6 ปี	BC, ON, QB และ YT	
13	MMRV vaccine	หัด คางทูม หัดเยอรมัน และอีสุกอีใส	เด็ก 12, 18 เดือน และ 4-6 ปี	AB, SK, MB, NB, NS, PE, NL, NT และ NU	
14	Pneumococcal conjugate vaccine	นิวโมค็อกคัส	เด็ก 2, 4 เดือน และ 1 ปี	ทั่วประเทศ	QC ฉีดวัคซีนชนิด 10-valent ส่วนรัฐและเขตปกครองอื่น ๆ ฉีดวัคซีนชนิด 13-valent
15	Pneumococcal polysaccharide vaccine	นิวโมค็อกคัส	ผู้สูงอายุ 65 ปี	ทั่วประเทศ	
16	Rotavirus vaccine	อุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า	เด็ก 2, 4, 6 เดือน	ทั่วประเทศ	
17	Td vaccine	บาดทะยัก และคอตีบ	เด็ก 2, 4, 6 เดือน และผู้ใหญ่	BC, AB, SK, MB, ON, QC, NS, NB, YT และ NU	ฉีดซ้ำทุก 10 ปี
18	Tdap vaccine	บาดทะยัก คอตีบ และไอกรน	เด็ก 13-15 ปี และผู้ใหญ่ 23 ปี	ทั่วประเทศ	ฉีดซ้ำทุก 10 ปี ใน PEI, NL และ NT

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ให้บริการ	หมายเหตุ
19	TdaPIPV vaccine	บาดทะยัก คอตีบ ไอกรน และโปลิโอ	เด็ก 4-6 ปี	ทั่วประเทศ	ฉีดซ้ำทุก 10 ปี ใน BC, AB, SK, MB, ON, QC, NS, NB, YT และ NU
20	Varicella vaccine	อีสุกอีใส	เด็ก 12-15 เดือน	- BC และ YT สำหรับเด็ก 12 เดือน - ON และ QC สำหรับเด็ก 15 เดือน	
21	Zoster vaccine	งูสวัด	ผู้สูงอายุ 65-70 ปี	ON	

หมายเหตุ : ON = รัฐ Ontario, QC = รัฐ Quebec, NS = รัฐ Nova Scotia, NB = รัฐ New Brunswick, MB = รัฐ Manitoba, BC = รัฐ British Columbia, PEI = รัฐ Prince Edward Island, SK = รัฐ Saskatchewan, AB = รัฐ Alberta, NL = รัฐ Newfoundland และ Labrador, NT = เขตปกครอง Northwest, YT = เขตปกครอง Yukon, NU = เขตปกครอง Nunavut

ที่มา: World Health Organization (2562) (34)

2.5. การจ่ายชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ค่าบริการด้านสุขภาพ รวมถึงค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคส่วนใหญ่ทั้งในหน่วยบริการของรัฐและเอกชนถูกเรียกเก็บเงินจากรัฐและเขตปกครองโดยตรง อย่างไรก็ตามผู้รับบริการอาจจะต้องจ่ายเงินค่าบริการด้านวัคซีนเองในกรณีที่วัคซีนไม่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนของรัฐและเขตปกครองนั้น ๆ

สำหรับ primary health care providers และ public health units ได้รับเงินสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพ และค่าตอบแทนบุคลากรจาก Ministry of health ของรัฐและเขตปกครอง โดยมีวิธีการจ่ายชดเชยค่าบริการแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นการจ่าย fee-for-service บางพื้นที่จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ในขณะที่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้รับเงินสนับสนุนในการจัดบริการสุขภาพจาก Ministry of health ของรัฐและเขตปกครองเช่นกัน แต่มีวิธีการจ่ายเป็นงบประมาณประจำปี (annual global budget) ซึ่งสามารถเจรจาต่อรองงบประมาณประจำปีนี้ได้เฉพาะค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ โดย Ministry of health ของรัฐและเขตปกครองทำการเจรจากับสมาคมวิชาชีพ อย่างไรก็ตามสำหรับโรงพยาบาลใน Ontario, Alberta, และ British Columbia มีการจ่ายแบบ Activity-Based Funding (ABF) โดยมีการกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายคงที่สำหรับแต่ละกิจกรรม/บริการไว้อย่างชัดเจน และการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ใน British Columbia และ Ontario เป็นการจ่ายแบบ pay for performance เพื่อจูงใจบุคลากรและสร้างคุณภาพในการทำงาน

หน่วยบริการที่จะให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแคนาดาต้องลงทะเบียนเป็นหน่วยบริการในเครือข่าย ชื่อว่า Canadian Immunization Registry Network (CIRN) ซึ่งการลงทะเบียนนี้มีวัตถุประสงค์

เพื่อติดตามจำนวนประชากรที่ได้รับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จัดทำแผนการเตือนฉีดวัคซีน และติดตามและประเมินผลการดำเนินงานสร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยมี Data Standards Task Group เป็นผู้ติดตามและประเมินผลการดำเนินการสร้างภูมิคุ้มกันโรคของ CIRN ภายใต้การกำกับของ NACI (58) โดยหน่วยบริการที่สามารถลงทะเบียนให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะต้องได้รับการรับรองมาตรฐาน (pre-implementation certification) อย่างน้อย 3 มาตรฐานดังนี้ 1) มาตรฐานการปกปิดข้อมูล 2) มาตรฐานความปลอดภัยของการเก็บข้อมูล และ 3) มาตรฐานการจัดการความเสี่ยงของข้อมูล เนื่องจากหน่วยบริการจะต้องรายงานข้อมูลผู้ฉีดวัคซีนในฐานข้อมูลของตนเองและรายงานไปยังส่วนกลาง (59)

2.6. การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ในแคนาดา รัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการสนับสนุนเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดย Canadian Immunization Committee จัดลำดับความสำคัญกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ใน พ.ศ. 2559 รัฐบาลกลางกำหนดงบประมาณจำนวน 25 ล้านดอลลาร์แคนาดาเพื่อดำเนินกิจกรรมตามแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2559-2564 ไว้ดังนี้

1) ปรับปรุงเป้าหมายของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับชาติ (รายละเอียดเป้าหมายในข้อ 1.7) โดยรัฐบาลกลางจะสนับสนุนเงินให้กับรัฐและเขตปกครองผ่าน Public Health Network
2) ปรับปรุงวิธีการค้นหาประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีน รวมถึงศึกษาปัจจัยที่ทำให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวยังไม่ได้รับวัคซีนหรือไม่ยอมรับการฉีดวัคซีน โดยจะมุ่งไปที่ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม รัฐบาลกลางได้จัดสรรงบประมาณไปให้ Canadian Institutes of Health Research ดำเนินการดังกล่าว
3) สนับสนุนการทำหน้าที่ของ NACI เพื่อการจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองได้อย่างทันเวลา
4) สนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในด้านต่าง ๆ โดยใน พ.ศ. 2559-2563 Canadian Immunization Research Network ใช้งบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง จำนวน 2 ล้านดอลลาร์แคนาดาสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับการไม่ยอมรับการฉีดวัคซีน
5) พัฒนาเครื่องมือ/ช่องทางสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้ารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชน โดยรัฐบาลได้มอบเงินให้กับ Public Health Agency of Canada ดำเนินการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับมือถือ ชื่อว่า CANImmunize (60)
6) สร้างแหล่งทุนและกระจายทุนให้พื้นที่เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการปรับปรุงความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนของแคนาดา โดยแหล่งทุนนี้มีชื่อว่า Immunization Partnership Fund ซึ่งได้รับเงินจากรัฐบาลกลางทุกปี (ในช่วง พ.ศ. 2559-2563) ปีละ 3 ล้านดอลลาร์แคนาดา โดยในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 มีโครงการที่แล้วเสร็จจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ การเพิ่มความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในผู้ใหญ่ของรัฐ Prince Edward Island การนำยุทธศาสตร์ด้านการศึกษาไปใช้เพื่อปรับปรุงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงพยาบาลของรัฐ Quebec การนำระบบอิเล็กทรอนิกส์ไปใช้ในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของรัฐ British Columbia และการพัฒนานโยบายด้านวัคซีนระดับชาติ (47)

เนื่องจากแคนาดามีรูปแบบการบริหารแบบกระจายอำนาจ การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น จะเป็นความรับผิดชอบของ Ministry of health ของรัฐและเขตปกครอง ตัวอย่างเช่น กรณีรัฐ Ontario ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 รัฐ Ontario ใช้งบประมาณด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไปทั้งสิ้น 249.5 ล้านดอลลาร์แคนาดา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.3) ใช้ในการจัดซื้อวัคซีน รองลงมา (ร้อยละ 22.6) เป็นการจ่ายชดเชยบริการให้ public health units ซึ่ง Ministry of health ของรัฐ Ontario เป็นผู้รับชิดชอบ และร้อยละ 20 เป็นค่าบริหารจัดการวัคซีนที่จัดสรรให้ public health units จำนวน 35 แห่งใน Ontario เพื่อจัดการระบบลูกโซ่ความเย็น การเก็บรักษาวัคซีน การลดอัตราสูญเสียวัคซีน (vaccine wastage) และกิจกรรมอื่น ๆ (ตารางที่ 9) (45)

ตารางที่ 9 ค่าใช้จ่ายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของรัฐ Ontario ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 จำแนกตามทรัพยากร

รายการค่าใช้จ่าย	มูลค่า	ร้อยละ
การซื้อวัคซีน	118.1	47.3
การจ่ายชดเชยบริการให้ public health units (ได้รับเงินสนับสนุนจาก Ministry of health ของรัฐ)*	56.4	22.6
การจ่ายชดเชยบริการให้ public health units (ได้รับเงินสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น)*	17.6	7.1
ค่าบริหารจัดการวัคซีน**	50.0	20.0
การทำงานของ Ministry of health ของรัฐเพื่อบริหารจัดการเกี่ยวกับ Population and Public Health Program	4.2	1.7
การทำงานของ Ontario Government Pharmacy***	1.1	0.4
การทำงานของ Public Health Ontario	2.1	0.8
รวม	249.5	100

หมายเหตุ: * ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในตารางใช้งบประมาณประจำปีในส่วนของ Population and Public Health Program ยกเว้นการให้บริการใน public health units ที่ได้รับเงินสนับสนุนจาก Ministry of health ของรัฐและหน่วยงานท้องถิ่น

** รวมค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการฉีดวัคซีนด้วย

*** ไม่รวมค่าเช่าสถานที่เพราะไม่ได้มีการติดตามการใช้เงินดังกล่าว

แหล่งข้อมูล: Ministry of Health (2556) (45)

นอกจากนี้ รัฐบาลของรัฐ Ontario ยังได้สนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ โดยจัดเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณด้านสุขภาพในหมวด Health Policy and Research Program ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนงบประมาณสำหรับงานวิจัยด้านสุขภาพ การพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ การพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพ รวมถึงการเรียนและการอบรมของบุคลากรทางการแพทย์ โดยคิดเป็นประมาณ 4.5 ล้านดอลลาร์แคนาดาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (61)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 รัฐบาลของรัฐ Ontario ได้สนับสนุนงบประมาณด้านอาคารสถานที่ที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค นอกเหนือจากการจ่ายชดเชยบริการที่จำเป็นเท่ากับ 2,612 ล้านดอลลาร์แคนาดา โดยแบ่งเป็นงบประมาณด้านอาคารสถานที่สำหรับโรงพยาบาล 2,357 ล้านดอลลาร์แคนาดา และสำหรับหน่วยบริการด้านสุขภาพอื่น ๆ 255 ล้านดอลลาร์แคนาดา (48) นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขของรัฐ Ontario ได้สนับสนุนการพัฒนาระบบฐานข้อมูลชื่อ Panorama เพื่อให้ผู้ให้บริการทุกแห่งภายในรัฐ Ontario ลงทะเบียนผู้ได้รับวัคซีนและนำมาวิเคราะห์ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิด โดยใช้งบประมาณในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลดังกล่าวไปแล้วทั้งสิ้น 85 ล้านดอลลาร์แคนาดา ปัจจุบันมีข้อมูลเฉพาะวัคซีนสำหรับเด็กวัยเรียนเท่านั้น ยังไม่มีการบันทึกข้อมูลการให้วัคซีนสำหรับเด็กแรกเกิด ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุและไม่สามารถวิเคราะห์ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในแต่ละพื้นที่ของรัฐ Ontario ได้ (41)

2.7. การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีน

หลังจากการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ใน พ.ศ. 2546 รัฐบาลกลางของแคนาดาได้จัดตั้งคณะทำงาน Vaccine Supply Working Group (VSWG) ภายใต้ Public Works and Government Services Canada (PWGSC) ทำหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับการทำสัญญาจัดซื้อวัคซีนภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติรวมสำหรับทุกรัฐและเขตปกครองของแคนาดา ยกเว้นรัฐ Quebec ที่มีระบบจัดซื้อวัคซีนของตนเอง จากนั้น รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองจะเป็นผู้จัดซื้อวัคซีนสำหรับให้บริการในพื้นที่ของตน (45) โดยการทำสัญญาจัดซื้อรวมระดับประเทศมีเป้าหมายให้การจัดซื้อวัคซีนมีความคุ้มค่าและอุปทานด้านวัคซีนมีความมั่นคงและมีคุณภาพ คณะทำงาน VSWG ประกอบด้วยผู้แทนจากรัฐและเขตปกครองและหน่วยงานสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง ได้แก่ หน่วยงาน Department of National Defense หน่วยงาน Correctional Service of Canada หน่วยงาน Royal Canadian Mounted Police และหน่วยงาน Health Canada ซึ่งการสนับสนุนงบประมาณแก่คณะทำงาน VSWG มาจากงบประมาณของหน่วยงาน Public Health Agency of Canada และรัฐบาลของแต่ละรัฐและเขตปกครอง โดยแคนาดามีข้อตกลงร่วมกันเพื่อจัดซื้อวัคซีนเพียง 1 ชนิดสำหรับ 1 โรค ดังนั้นการจัดซื้อวัคซีนจะใช้กลยุทธ์ที่เรียกว่า “Winner take all” กล่าวคือ บริษัทผู้ผลิตวัคซีนต้องเข้าสู่กระบวนการประกวดราคาและบริษัทผู้ผลิตที่เสนอราคาต่ำที่สุดจะได้รับการคัดเลือกเพื่อจัดทำสัญญาจัดซื้อต่อไป (62) ต่อมามีการปรับปรุงระบบการจัดซื้อวัคซีนโดยอนุญาตให้คณะทำงาน VSWG สามารถทำสัญญากับ 2 บริษัทผู้ผลิตที่เสนอราคาต่ำที่สุดในการประกวดราคา เพื่อเพิ่มความมั่นคงของอุปทานด้านวัคซีน (supply security) เนื่องจากซื้อวัคซีนจากผู้ผลิตมากกว่า 1 ราย รวมถึงช่วยเพิ่มการแข่งขันทางด้านราคาของวัคซีน ทั้งนี้ วัคซีนที่คณะทำงาน VSWG สามารถทำสัญญากับ 2 บริษัทผู้ผลิตได้ต้องมีข้อมูลสนับสนุนจากหน่วยงาน NACI ว่าวัคซีนดังกล่าวสามารถใช้ทดแทนกันได้ (interchangeable) และต้องมีการกำหนดเงื่อนไขของการแยกสัญญาไว้อย่างชัดเจน ยกตัวอย่างเช่น หากราคาวัคซีนของ 2 บริษัทผู้ผลิตแตกต่างกันไม่เกินร้อยละ 20 จะแบ่งปริมาณการซื้อวัคซีนในสัดส่วน 60-40 หากราคาวัคซีนแตกต่างกันในช่วงร้อยละ 21-30 จะแบ่งปริมาณการซื้อวัคซีนในสัดส่วน 65-35 หากราคาวัคซีนแตกต่างกันในช่วงร้อยละ 31-40 จะแบ่งปริมาณการซื้อวัคซีนในสัดส่วน 70-30 และหากราคาวัคซีนแตกต่างกันมากกว่าร้อยละ 40 จะไม่สามารถแยกสัญญาได้และต้องซื้อวัคซีนจากบริษัทผู้ผลิตที่เสนอราคาต่ำที่สุดเท่านั้น (63) ในปัจจุบันมีวัคซีนที่ทำสัญญากับ 2 บริษัทจำนวน 4 ชนิด ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนโรคติดเชื้อไข้กาฬหลังแอ่น วัคซีนหัดเยอรมัน และวัคซีนรวมหัด คางทูม และหัดเยอรมัน (64, 65) ทั้งนี้ การจัดซื้อวัคซีนที่สนับสนุนโดยประกันสุขภาพเอกชนซึ่งอยู่นอกเหนือแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันระดับชาติ เช่น วัคซีน

สำหรับผู้เดินทาง ดำเนินการโดยหน่วยให้บริการโดยตรง เช่น ร้านขายยา คลินิก หรือสมาคมที่เกิดจากการรวมกันของหน่วยให้บริการ

คณะทำงาน VSWG กำหนดปริมาณวัคซีนที่ต้องจัดซื้อของแต่ละรัฐหรือเขตปกครอง โดยพิจารณาข้อมูลวิจัยทางการตลาดร่วมกับการใช้วิธีประมาณการจากข้อมูล 2 แบบร่วมกันคือ 1) วิธีประมาณการจากจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยพิจารณาร่วมกับความครอบคลุมของการให้วัคซีนและอัตราสูญเสียวัคซีน (vaccine wastage rates) และ 2) วิธีประมาณการจากปริมาณการใช้เดิม ร่วมกับอัตราการใช้เพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อปี นอกจากนี้ คณะทำงาน VSWG อาจประมาณการปริมาณวัคซีนในรูปแบบพิเศษเมื่อเกิดภาวะวิกฤต เช่น การใช้ผลการสืบค้นเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ในอินเทอร์เน็ตเพื่อประมาณการปริมาณวัคซีนในช่วงการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 (64)

หลังจากจัดซื้อวัคซีนภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแล้ว บริษัทผู้ผลิตมีหน้าที่ขนส่งวัคซีนจากโรงงานผลิตไปยังแต่ละรัฐหรือเขตปกครอง จากนั้นรัฐบาลของแต่ละรัฐและเขตปกครองกระจายวัคซีนดังกล่าวไปยังผู้ให้บริการ เช่น คลินิกด้านสาธารณสุข คลินิกสำหรับเด็กวัยเรียน โรงพยาบาลที่ให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

ในกรณีของรัฐ Ontario มี public health units เป็นหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่สนับสนุนและให้คำแนะนำการให้บริการด้านสุขภาพแก่หน่วยบริการ ติดตามตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยบริการ รวมถึงให้บริการด้านสุขภาพบางประเภท สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค public health units มีหน้าที่ให้บริการฉีดวัคซีนบางประเภท จัดการระบบลูกโซ่ความเย็นในขั้นตอนการขนส่งวัคซีนไปยังหน่วยบริการอื่น ๆ ร่วมกับหน่วยงาน Ontario Government Pharmaceutical and Medical Supply Service (OGPMSS) (32) รวมถึงตรวจสอบความเหมาะสมของการเก็บรักษาวัคซีน การลดอัตราสูญเสียวัคซีน และการจัดการวัคซีนเมื่อเกิดภาวะวิกฤติของหน่วยบริการ (66)

งบประมาณสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีนจะได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลของรัฐ Ontario มายัง public health units ทั้ง 35 แห่งเพื่อทำหน้าที่ให้บริการและดูแลระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีนภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ได้รับการจัดซื้อรวมมาจากรัฐบาล ให้เป็นไปตามแนวทางมาตรฐานของรัฐ Ontario ที่เรียกว่า Vaccine Storage and Handling Protocol (32) และมาตรฐานของแคนาดาที่เรียกว่า National Vaccine Storage and Handling Guidelines for Immunization Providers ซึ่งพัฒนาโดยหน่วยงาน PHAC (67) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 รัฐบาลของรัฐ Ontario ได้สนับสนุนงบประมาณให้แก่ public health units จำนวน 33 ล้านดอลลาร์แคนาดา (48) ทั้งนี้ การกระจายงบประมาณจากรัฐบาลของรัฐ Ontario ไปยังแต่ละ public health units มีค่าตั้งแต่ 2 ถึง 16 ดอลลาร์แคนาดาต่อหัวประชากร โดยกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ชี้แจงเหตุผลของการกระจายงบประมาณที่แตกต่างกันดังกล่าวไว้ (41)

ในแง่ของการเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน แคนาดาพบปัญหาการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ H1N1 ใน พ.ศ. 2552 รัฐบาลกลางของแคนาดาจึงจัดสรรงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีน ร้อยละ 60 ของราคาวัคซีน H1N1 จำนวน 50 ล้านโดสเพื่อใช้ทั่วประเทศ (55) นอกจากนี้ รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองมีบทบาทในการเพิ่มศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อรองรับปัญหาการระบาดหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่นรัฐ Ontario ใน พ.ศ. 2561-2562 รัฐสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมกว่า 90 ล้านดอลลาร์แคนาดาเพื่อสร้างห้องพักและซื้อเตียงในโรงพยาบาลและ primary health care providers สำหรับรองรับการระบาดของไข้หวัดใหญ่ (44)

บทสรุประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีนในประเทศแคนาดา

แคนาดามีแหล่งเงินที่สำคัญสำหรับดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองเพื่อจัดซื้อวัคซีนและจัดบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการจัดเก็บภาษีและการดำเนินธุรกิจของรัฐและเขตปกครอง ไม่มีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแต่เป็นการจัดสรรเป็นงบประมาณด้านสุขภาพรวม ไม่มีการกำหนดสัดส่วนงบประมาณประจำปีสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แคนาดามีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ Medicare ในขณะที่รัฐและเขตปกครองมี Health Premium เพิ่มเติมสำหรับบริการที่อยู่นอกเหนือจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ Medicare มีกลไกการเรียกเก็บภาษีของรัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง

การอภิบาลการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแคนาดามีความแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐและเขตปกครองเนื่องจากแคนาดามีรูปแบบการบริหารแบบกระจายอำนาจ ในภาพรวม การจัดสรรงบประมาณมีความยุติธรรมและโปร่งใสผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การใช้งบประมาณมีกฎระเบียบและการกำกับติดตามในระดับรัฐและเขตปกครอง ซึ่งรัฐบาลกลางโดย Canadian Immunization Committee มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติทุก 5 ปีพร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินกิจกรรมตามแผนยุทธศาสตร์ฯ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณจำนวน 25 ล้านดอลลาร์แคนาดาเพื่อสนับสนุนแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2559-2564

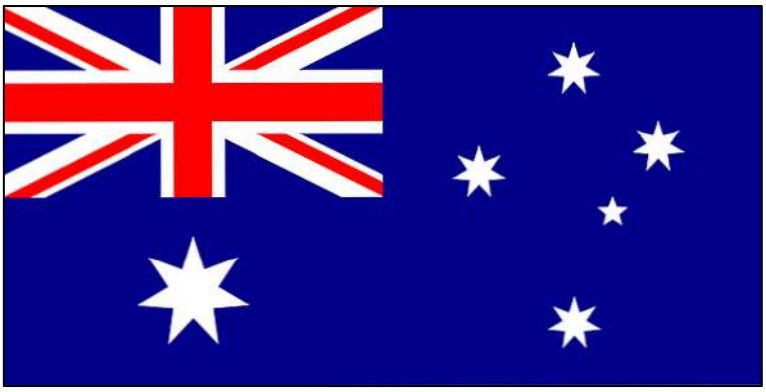
แคนาดามีรูปแบบการบริหารแบบกระจายอำนาจ ดังนั้นรัฐและเขตปกครองจึงมีหน้าที่ในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนของตนเอง โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อให้คำแนะนำเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับวัคซีน และส่งให้ Ministry of health ของรัฐเป็นผู้ตัดสินใจคัดเลือกวัคซีนเข้าสู่สิทธิประโยชน์ ในขณะเดียวกันแคนาดามีหน่วยงานกลาง ชื่อ NACI ทำหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนในด้านต่าง ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจคัดเลือกวัคซีนเข้าชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละรัฐและเขตปกครอง ดังนั้นแต่ละรัฐและเขตปกครองจึงมีชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนที่แตกต่างกันไป การจ่ายชดเชยบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีวิธีการจ่ายที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่และประเภทของหน่วยบริการ เช่น fee-for-service หน่วยบริการที่จะให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต้องมีการลงทะเบียนเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการ เนื่องจากต้องรายงานผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับประเทศ นอกเหนือจากบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรครัฐบาลกลางแคนาดามีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นต่อบริการดังกล่าว เช่น สนับสนุนการวิจัยเพื่อค้นหาประชากรที่ยังไม่ได้รับวัคซีน รวมถึงปัจจัยที่ทำให้ยังไม่ได้รับวัคซีนหรือไม่ยอมรับการฉีดวัคซีน พัฒนาช่องทางสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ เป็นต้น ขณะที่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับทรัพยากรที่จำเป็น เช่น การปรับปรุงอาคารสถานที่ ระบบฐานข้อมูลผู้รับวัคซีน และการบริหารอุปทานด้านวัคซีน การประมาณ การจัดซื้อจัดหา กระจายวัคซีนเป็นหน้าที่ของรัฐและเขตปกครอง รวมถึงตรวจสอบความเหมาะสมในการจัดการระบบลูกโซ่ความเย็น การเก็บรักษาวัคซีนของหน่วยบริการ ในกรณีภัยพิบัติหรือสถานการณ์ฉุกเฉินจะมีการสนับสนุนงบประมาณจากทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง

ตารางที่ 10 สรุปจุดเด่น-จุดด้อยของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและวัคซีนในประเทศแคนาดา

ประเด็น	จุดเด่น	จุดด้อย	แนวทางแก้ไขปัญหา
การอภิบาลระบบ	มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติทุก 5 ปี โดย Canadian Immunization Committee พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว	การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ โดย Canadian Immunization Committee มีข้อถกเถียงเรื่องความชัดเจนของหลักฐานวิชาการ การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลางและความพร้อมของหน่วยบริการ	
แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บ	● มาจากการจัดเก็บภาษีของรัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองเพื่อจัดซื้อวัคซีนและจัดบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ● มีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนซื้อประกันสุขภาพเอกชนโดยใช้เงินที่ได้จากการจ่าย Health Premium จึงทำให้มีรายได้ที่มาจากแหล่งอื่นรวมถึงการซื้อประกันเอกชนแบบสมัครใจ		
การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน	● NACI แนะนำข้อมูลวิชาการ ● รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน	ชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่	หน่วยบริการต้องลงทะเบียน CIRN เพื่อติดตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนในแต่ละพื้นที่ รวมถึงความครอบคลุมในการให้บริการ

ประเด็น	จุดเด่น	จุดด้อย	แนวทางแก้ไขปัญหา
การจัดซื้อวัคซีน	● จัดซื้อรวมระดับรัฐและเขตปกครอง ● Ontario สามารถทำสัญญาซื้อวัคซีนกับ 2 บริษัทที่ราคาต่ำสุด แต่ราคาของทั้ง 2 บริษัทต้องไม่ต่างกันมากกว่าร้อยละ 40 ● ราคาวัคซีนรวมค่าขนส่งและกระจายวัคซีน		

ออสเตรเลีย (Australia)



1. ข้อมูลทั่วไป

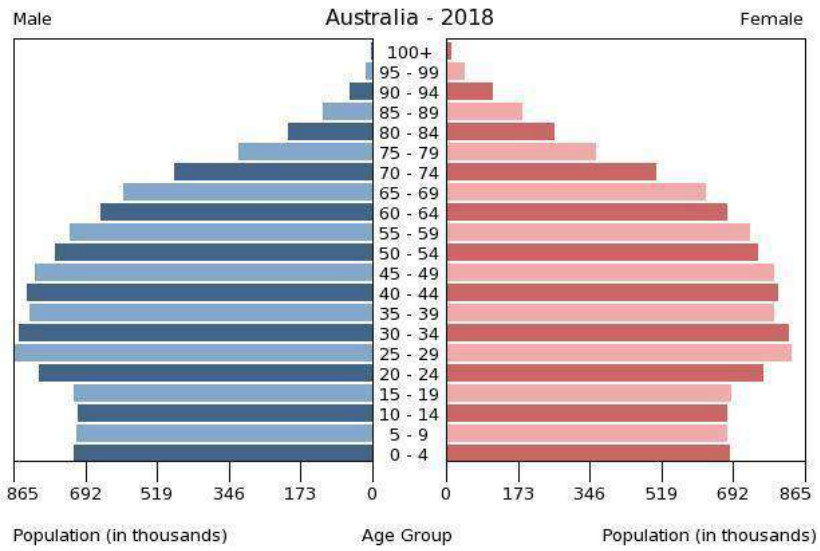
1.1. ที่ตั้งและลักษณะภูมิศาสตร์

ออสเตรเลียเป็นทวีปที่เล็กที่สุดในโลก เป็นเกาะๆ หนึ่งที่ใหญ่ที่สุดในโลก มีพื้นที่กว้างใหญ่เป็นอันดับ 6 ของโลก ตั้งอยู่ในมหาสมุทรแปซิฟิกตอนใต้และล้อมรอบด้วยทะเล โดยทิศเหนือติดมหาสมุทรอินเดีย ทะเลติมอร์ และทะเลอะราฟูรา ทิศตะวันออกติดมหาสมุทรแปซิฟิก ทิศใต้ติดทะเลใต้ และทิศตะวันตกติดมหาสมุทรอินเดีย มีพื้นที่ประมาณ 7,686,850 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็นพื้นดิน 7,617,930 ตารางกิโลเมตร และพื้นน้ำ 68,920 ตารางกิโลเมตร มีเมืองหลวงคือ Canberra (68)

1.2. ประชากร

ใน พ.ศ. 2563 ออสเตรเลียมีประชากร 25.5 ล้านคน โดยสัดส่วนเชื้อชาติประกอบด้วย English (ร้อยละ 26) Australian (ร้อยละ 25) Irish (ร้อยละ 8) Scottish (ร้อยละ 6) Italian (ร้อยละ 3) German (ร้อยละ 3) Chinese (ร้อยละ 3) Indian (ร้อยละ 1) Greek (ร้อยละ 1) Dutch (ร้อยละ 1) อื่น ๆ เช่น Australian aboriginal หรือไม่ระบุ ร้อยละ 21 (69) ออสเตรเลียมีศาสนาที่หลากหลาย ได้แก่ Catholic (ร้อยละ 26) Anglican (ร้อยละ 19) Uniting Church (ร้อยละ 6) Presbyterian and Reformed (ร้อยละ 3) Eastern Orthodox (ร้อยละ 3) Christian อื่น ๆ (ร้อยละ 8) พุทธ (ร้อยละ 2) มุสลิม (ร้อยละ 2) ไม่นับถือศาสนา (ร้อยละ 19) และไม่สามารถระบุได้ (ร้อยละ 12) (70) ภาษาที่ใช้สื่อสารในออสเตรเลียมีมากกว่า 200 ภาษา ภาษาราชการคือภาษาอังกฤษ (68) ประชากรส่วนใหญ่ของออสเตรเลียมีอายุ 25-29 ปี (69) ดังรูปที่ 10

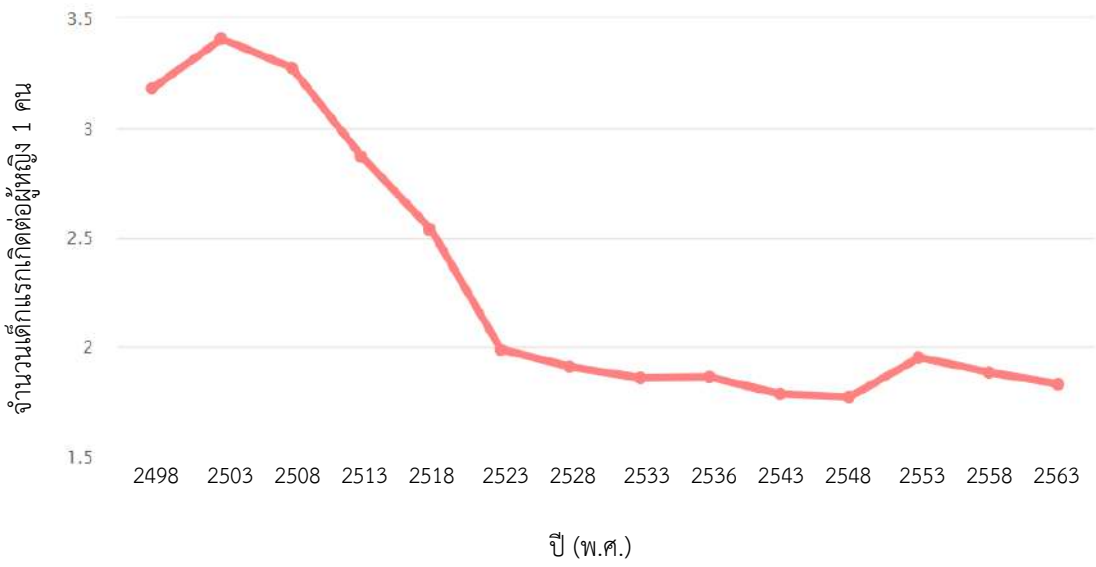
ใน พ.ศ. 2563 ออสเตรเลียมีอัตราเจริญพันธุ์รวม 1.8 คนต่อผู้หญิง 1 คน มีอัตราการเสียชีวิตของทารก (อายุน้อยกว่า 12 เดือน) และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับร้อยละ 2.70 และ 3.20 ต่อ 1,000 ประชากรที่เกิดใหม่ ตามลำดับ ชาวออสเตรเลียมีอายุขัยเฉลี่ย 84 ปี (21)



ที่มา: CIA world factbook (2563) (69)

รูปที่ 10 โครงสร้างอายุประชากรออสเตรเลีย

ใน พ.ศ. 2563 ออสเตรเลียมีอัตราเจริญพันธุ์รวม 1.8 คนต่อผู้หญิง 1 คน (รูปที่ 11) (21) จากการประมาณการจำนวนเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปีในออสเตรเลียซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2562 มีเด็กที่ต้องได้วัคซีนประมาณ 308,083 ล้านคน (22)



ที่มา: Worldometer (2020) (21)

รูปที่ 11 อัตราเจริญพันธุ์รวมในออสเตรเลีย พ.ศ. 2498-2563

1.3. เศรษฐกิจ

ออสเตรเลียเป็นผู้ผลิตและส่งออกสินค้าแร่ธาตุรายใหญ่ของโลก โดยเฉพาะแร่เหล็ก ถ่านหิน และยูเรเนียม และเป็นประเทศที่มีศักยภาพด้านการบริการและด้านการเกษตร อุตสาหกรรมหลักของออสเตรเลีย ได้แก่ รถยนต์ จักรกล เหมืองแร่ เคมีภัณฑ์ อาหารแปรรูป การเงินการธนาคาร การศึกษา และการท่องเที่ยว (68) นอกจากนี้ยังมีสินค้าเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ ข้าวสาลี ข้าวบาร์เลย์ น้ำตาล ผลไม้ โคกระบือ แกะ และสัตว์ปีก (70) ใน พ.ศ. 2561 ออสเตรเลียมี GDP เท่ากับ 1.4 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ (ประมาณ 46 ล้านล้านบาท)[3] และมี GDP growth เท่ากับร้อยละ 1.9 และมี GDP growth เท่ากับร้อยละ 2.9 ใน พ.ศ. 2557 ออสเตรเลียมีอัตราส่วนความยากจน ร้อยละ 0.7 (24)

1.4. การเมืองการปกครอง

ออสเตรเลียแบ่งเขตการปกครองโดยใช้ระบบสมาพันธรัฐ มีรัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐ โดยเขตการปกครองแบ่งเป็น 6 รัฐ (states) ได้แก่ New South Wales, Victoria, Queensland, South Australia, Western Australia, Tasmania และ 2 เขตปกครอง ได้แก่ Northern Territory และ Australian Capital Territory ซึ่งเป็นดินแดนเมืองหลวงของออสเตรเลียหรือ Canberra โดยรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองทั้ง 8 แห่งรวมกลุ่มกันเป็นเครือรัฐออสเตรเลีย (Commonwealth of Australia) (71)

แต่ละรัฐและเขตปกครองมีสภา ฝ่ายบริหาร ฝ่ายตุลาการ และรัฐธรรมนูญของตนเอง นอกจากนี้รัฐบาลของรัฐหรือเขตปกครองมีการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (local government authorities) โดยมีโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายแต่ละรัฐกำหนดไว้ ทำให้รูปแบบโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินของออสเตรเลียเป็นระบบ 3 ชั้น (three-tier system) (72)

[3] 1 ดอลลาร์สหรัฐ = 32.55 บาท (อัตราแลกเปลี่ยนของธนาคารแห่งประเทศไทยวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2563)

1.5. ระบบบริการสุขภาพและสถานะสุขภาพ

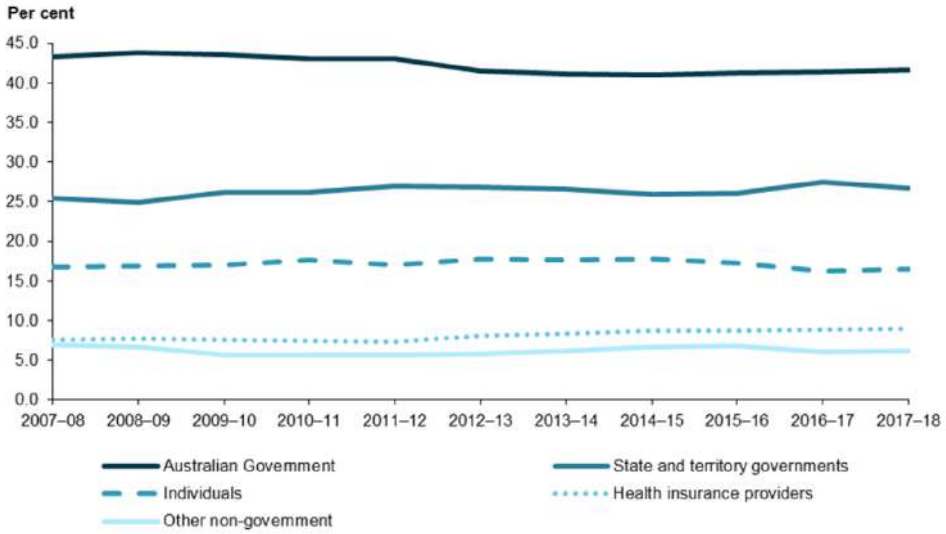
ออสเตรเลียมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เรียกว่า Medicare ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ทำให้ประชากรทุกคนได้รับการคุ้มครองในสิทธิประโยชน์พื้นฐานภายใต้กฎหมาย National Health Act, 1953 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจุดมุ่งหมาย 4 ประการ คือ 1) เพื่อให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพดี 2) เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐและประชาชนไม่ให้สูงจนเกินไป 3) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่คำนึงถึงรายได้ และ 4) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม (73) นอกจากนี้ยังมีระบบประกันสุขภาพเอกชน (private health insurance) ซึ่งประชาชนสามารถเลือกซื้อประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจเพื่อให้ครอบคลุมการรักษาแบบผู้ป่วยเอกชน (private patient) ในโรงพยาบาล รวมถึงบริการทางสหเวชศาสตร์ต่าง ๆ ที่ไม่อยู่ในระบบ Medicare เช่น กายภาพบำบัด (physiotherapy) ตรวจวัดสายตา (optometry) และบริการทางทันตกรรม โดยรัฐบาลให้การอุดหนุนผ่านการลดภาษีเมื่อซื้อประกันสุขภาพเอกชน (74)

ระบบสุขภาพของออสเตรเลียสามารถจำแนกได้ 2 ระดับ ได้แก่ 1) ในระดับประเทศ รัฐบาลกลาง โดย Department of Health มีหน้าที่กำหนดนโยบายและโครงสร้างของระบบสุขภาพในภาพรวม เช่น การกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐานภายใต้ Medicare ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยารวมถึงวัคซีน (pharmaceutical benefit scheme PBS) และชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการทางการแพทย์ (medical benefits schedule: MBS) ที่ครอบคลุมบริการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ยา การขึ้นทะเบียนเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การดูแลบริการสุขภาพของทหารผ่านศึก การกำหนดนโยบายและการขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพเอกชน และการจัดสรรบุคลากรเพื่อทำงานในระบบสุขภาพ นอกจากนี้ รัฐบาลกลางยังทำหน้าที่กำหนดนโยบายการจัดเก็บภาษีและสนับสนุนงบประมาณแก่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองเพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน และ 2) รัฐบาลของรัฐหรือเขตปกครอง โดย Department of Health รับผิดชอบการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง ทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน และโครงการต่าง ๆ ทั้งนี้ รัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐทำหน้าที่ร่วมกันในการบริหารและสนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพให้กับโรงพยาบาลรัฐ การให้บริการสุขภาพชุมชน การให้บริการทางทันตกรรม และการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน นอกจากนี้ ในบางกิจกรรมเช่น การจัดการสิ่งแวดล้อมทางด้านสุขภาพ การสนับสนุนการให้บริการในบ้านหรือชุมชน และกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาจได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลท้องถิ่นร่วมด้วย

ระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลีย ประกอบด้วยหน่วยบริการทั้งในภาครัฐและเอกชน ในภาครัฐได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลาง รัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง และรัฐบาลท้องถิ่น องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลียสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการป้องกันอันตรายจากการใช้ยา 2) บริการปฐมภูมิ (primary health care) โดยมักเป็นด่านแรกในการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการให้บริการในหลากหลายรูปแบบ เช่น การรักษาอาการทั่วไป บริการทางสหเวชศาสตร์ (allied health services) ร้านยา และบริการสุขภาพชุมชน ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล 3) การให้บริการเฉพาะทาง เป็นการให้บริการในโรค/ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนหรือเฉพาะเจาะจง และเป็นโรค/ปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยบริการอื่น ๆ และ 4) โรงพยาบาล ซึ่งเป็นการให้บริการที่มีความหลากหลาย ครอบคลุมทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก รวมถึงอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยโรงพยาบาล

ของรัฐจะอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐบาลของรัฐหรือเขตปกครอง ส่วนโรงพยาบาลเอกชนอาจอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานแสวงหาผลกำไรและไม่แสวงหาผลกำไร (74)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ออสเตรเลียมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม เท่ากับ 185.4 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ส่วนใหญ่เป็นเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลางจำนวน 77.1 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (ร้อยละ 41.6) รองลงมาคือรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองจำนวน 49.5 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (ร้อยละ 26.7) นอกจากการสนับสนุนโดยรัฐบาล ค่าใช้จ่ายอีกประมาณ 58.8 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (ร้อยละ 31.7) มาจากรายจ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเอง (30.6 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย) ระบบประกันสุขภาพเอกชน (16.6 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย) และอื่น ๆ (11.5 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย) (รูปที่ 12) (74)



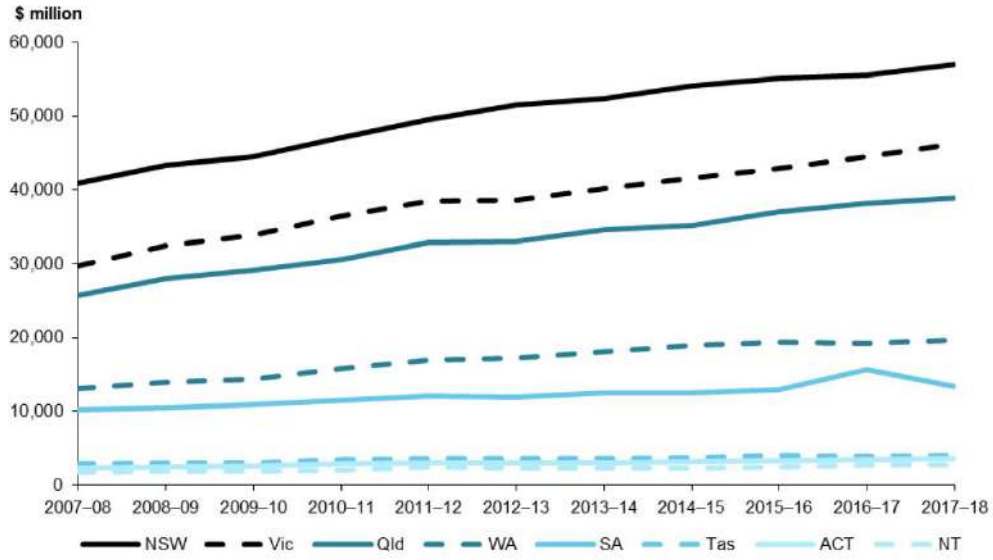
ที่มา: Health expenditure Australia 2017–18 (2019) (74)

รูปที่ 12 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแยกตามแหล่งเงิน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มาจากรัฐบาลกลางจำนวน 77.1 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลียถูกจัดสรรออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลกลางร้อยละ 60.3 หรือประมาณ 46.5 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายของ Department of Health สำหรับบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของ Medicare และแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ 2) การสนับสนุนกองทุนเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เช่น Activity-Based Funding ร้อยละ 28.2 หรือประมาณ 21.7 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย 3) การสนับสนุนสำหรับประชาชนที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนร้อยละ 7.6 หรือประมาณ 5.9 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย 4) กองทุนทหารผ่านศึกร้อยละ 3.9 หรือประมาณ 3 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย และ 5) เงินคืนสำหรับค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ ร้อยละ 0.02 หรือประมาณ 12 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (74)

รัฐบาลกลางจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในภาพรวมโดยไม่แยกแผนงานหรือกิจกรรม (block grant) ไปยังรัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง ตามขนาดประชากรในพื้นที่ (รูปที่ 13) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองที่ได้รับสนับสนุนงบประมาณสูงที่สุดคือรัฐ New South Wales (57.1 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย) รองลงมาคือ รัฐ Victoria (46.2 พันล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย) โดยงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนรวม 2 รัฐคิดเป็นประมาณร้อยละ 55.6 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ เนื่องจากครอบคลุมประชากรรวมกันประมาณร้อยละ 58 ของประเทศ ทั้งนี้ หากคำนวณเป็นงบประมาณต่อหัวประชากรจะพบว่ามีค่าใกล้เคียงกันในแต่ละรัฐหรือเขตปกครอง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7,485 ดอลลาร์

ออสเตรเลีย ยกเว้นเขตปกครอง Northern Territory ที่มีงบประมาณด้านสุขภาพต่อหัวประชากรสูงกว่าค่าเฉลี่ย โดยมีค่าเท่ากับ 10,857 ดอลลาร์ออสเตรเลีย (74)



หมายเหตุ: NSW = รัฐ New South Wales, Vic = รัฐ Victoria, Qld = รัฐ Queensland, WA = รัฐ Western Australia, SA = รัฐ South Australia, ACT = เขตปกครอง Australian Capital Territory และ NT = เขตปกครอง Northern Territory

ที่มา: Health expenditure Australia 2017–18 (2019) (74)

รูปที่ 13 งบประมาณด้านสุขภาพที่จัดสรรโดยรัฐบาลแยกตามแต่ละรัฐและเขตปกครอง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2551-2561

โดยทั่วไปประชาชนเข้ารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่คลินิกด้านสุขภาพของชุมชน หน่วยบริการด้านสุขภาพสำหรับชาวอะบอริจิน สถานศึกษา และสถานที่ทำงาน หรืออื่น ๆ สำหรับวัคซีนบางชนิดสามารถให้ในหน่วยบริการอื่น ๆ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่สามารถให้บริการได้ที่ร้านขายยา เป็นต้น (75) ทั้งนี้เภสัชกรสามารถให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้เฉพาะการให้วัคซีนบางชนิด ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่และไอกรน ซึ่งมีข้อกำหนดแตกต่างกันออกไปในแต่ละรัฐและเขตปกครอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการดังกล่าว เภสัชกรที่ให้บริการต้องผ่านการอบรม ดูแลสถานที่ให้บริการให้สะอาดและปลอดภัย และบันทึกข้อมูลการให้บริการ (76)

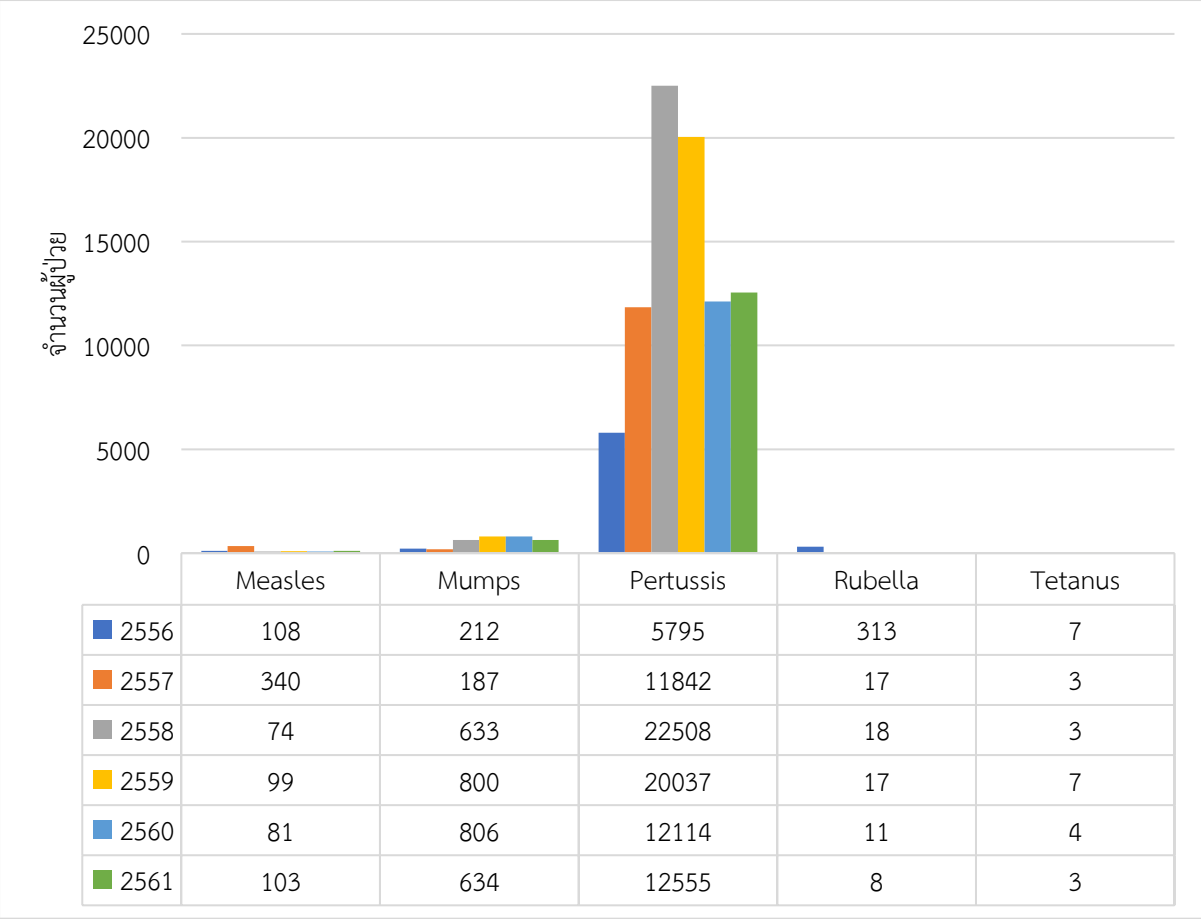
โรคไม่ติดต่อที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพมากที่สุดในออสเตรเลีย พ.ศ. 2533 ได้แก่ เนื้องอก โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ โดยยังคงเป็นโรค/ภาวะสุขภาพที่อยู่ในอันดับที่สูงกว่าโรค/ภาวะสุขภาพอื่น ๆ เช่นเดียวกันใน พ.ศ. 2560 (33) (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 โรค/ภาวะสุขภาพที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในออสเตรเลีย พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2560

ลำดับของ พ.ศ. 2560	โรค/ภาวะสุขภาพ	DALY/100,000 ประชากร	
		พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2560
1	เนื้องอก	4,247	4,201
2	โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด	5,235	3,024
3	โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ	2,406	2,726
4	ความผิดปกติทางจิตประสาทและอารมณ์	2,325	2,318
5	ความผิดปกติทางระบบประสาท	1,540	1,876
6	การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	1,512	1,848
7	โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจชนิดเรื้อรัง	1,335	1,318
8	โรคไม่ติดต่ออื่น ๆ	1,431	1,036
9	เบาหวานและโรคไต	806	980
10	การบาดเจ็บจากการเดินทาง	1,191	584

ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2560) (77)

ในแง่ของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศออสเตรเลีย พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรคไอกรน 12,555 คน โรคคางทูม 634 คน และโรคหัด 103 คน โดยจำนวนผู้ป่วยของทั้ง 3 โรคสูงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 ปี (รูปที่ 14) (34)

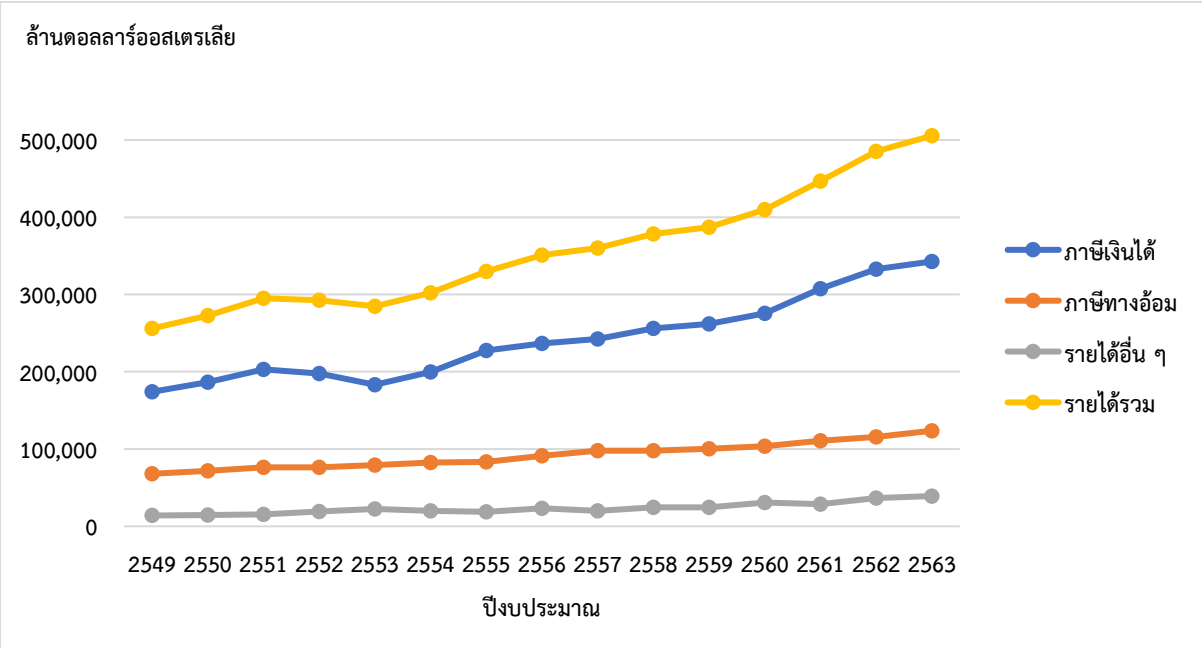


แหล่งข้อมูล: World Health Organization (2562) (34)

รูปที่ 14 รายงานการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศออสเตรเลีย พ.ศ. 2556-2561

1.6. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

รายได้ของรัฐบาลกลางออสเตรเลียมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (รูปที่ 15) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 รัฐบาลออสเตรเลียคาดว่าจะมีรายได้เท่ากับ 505,521 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ซึ่งสามารถแบ่งแหล่งรายได้ออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ภาษีเงินได้ (income tax) ภาษีทางอ้อม (indirect tax) และรายได้อื่น ๆ ภาษีเงินได้เป็นแหล่งรายได้ขนาดใหญ่ที่สุด (ร้อยละ 68.6 ของรายได้ของรัฐบาลทั้งหมด) ซึ่งประกอบด้วย ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา (ร้อยละ 46.0) ภาษีเงินพิเศษ (fringe benefits tax) (ร้อยละ 0.8) ภาษีบริษัท (company tax) (ร้อยละ 19.3) ภาษีกองทุนเงินเกษียณ (superannuation fund taxes) (ร้อยละ 2.3) และภาษีค่าเช่าการใช้ทรัพยากร (resource rent taxes) (ร้อยละ 0.2) แหล่งรายได้ที่ใหญ่เป็นอันดับสองคือ ภาษีทางอ้อม เช่น ภาษีสินค้าและบริการ (goods and services tax) ภาษีเชื้อเพลิง (fuel excise) และภาษีศุลกากร (customs duty) (ร้อยละ 23.9 ของรายได้ของรัฐบาลทั้งหมด) รองลงมาคือรายได้อื่น ๆ เช่น การขายสินค้าและบริการ ดอกเบี้ย และเงินปันผล (ร้อยละ 7.5) (78)



แหล่งข้อมูล: Budget Strategy and Outlook Budget Paper No. 1 2019-20 (2019) (78)

รูปที่ 15 รายได้ของรัฐบาลกลางออสเตรเลีย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549-2563

1.7. แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติและการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติของออสเตรเลียเป็นความร่วมมือกันระหว่างรัฐบาลทั้งในระดับประเทศ รัฐและเขตปกครองและท้องถิ่น หน่วยบริการด้านสุขภาพ และสถาบันวิจัย อีกทั้ง รัฐบาลกลางโดย Department of Health ได้ประกาศยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2562-2567 เพื่อกระตุ้นการทำงานในด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (79)

ในประเทศออสเตรเลีย มีความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนมากกว่าร้อยละ 90 ยกเว้นวัคซีนอุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้าที่มีความครอบคลุมของการฉีดอยู่ระหว่างร้อยละ 84-87 ใน พ.ศ. 2557-2559 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในประเทศออสเตรเลีย พ.ศ. 2557-2561

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน (vaccination coverage)				
			2557	2558	2559	2560	2561
1	DTP vaccine 3	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน	92	93	94	95	95
2	Hepatitis B vaccine 3	ตับอักเสบบี	91	93	94	95	95
3	Hib vaccine 3	ฮิบ	91	93	94	95	94
4	MCV1	หัด	94	95	-	-	-
5	MCV2	หัด	93	93	94	93	93
6	PCV3	ติดเชื้อนิวโมค็อกไค	91	93	94	94	95
7	Polio vaccine 3	โปลิโอ	92	93	94	95	95
8	Rotavirus vaccine	อุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า	84	85	87	-	-
9	Rubella vaccine 1	หัดเยอรมัน	94	95	-	-	-

หมายเหตุ: - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

แหล่งข้อมูล: World Health Organization (2562) (34)

2. การบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีน

2.1. ระบบอภิบาลเกี่ยวกับการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

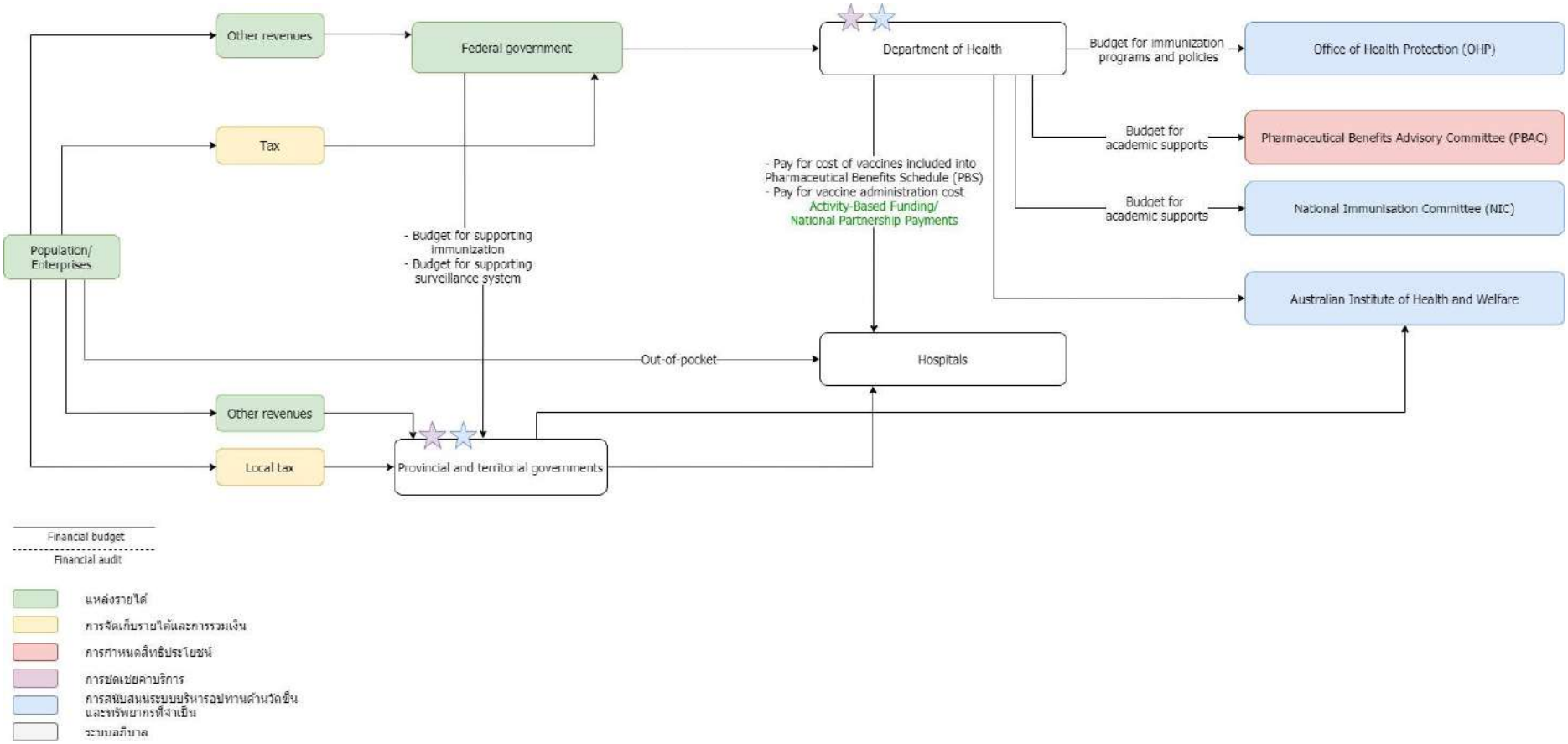
หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการอภิบาลการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในออสเตรเลียมีดังนี้ (ดังรูปที่ 16)

รัฐบาลกลางมีหน้าที่กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน โดยกำหนดให้มีการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายภาคส่วน และใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการประกอบการตัดสินใจ ซึ่งกฎหมาย National Heath Act 1953 กำหนดให้ Department of Health ต้องพิจารณาข้อมูลหลักฐานเชิงวิชาการที่น่าเชื่อถือและห้ามใช้ดุลยพินิจส่วนตัวในการตัดสินใจคัดเลือกวัคซีน รวมถึงจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางไปยังรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองเพื่อจัดให้มีบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยกำหนดข้อตกลงภายใต้ชื่อ National Health Reform Agreement ร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองเพื่อให้การใช้งบประมาณด้านสุขภาพรวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นไปอย่างโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้รัฐบาลของแต่ละรัฐและเขตปกครองรายงานผลการดำเนินงานที่ใช้งบประมาณจากรัฐบาลกลาง ซึ่งรวมถึงงบประมาณที่กระจายไปยังหน่วยบริการภายใต้รัฐและเขตปกครอง เช่น จำนวนบริการที่ให้บริการโดยหน่วยบริการภาครัฐ เป็นต้น (80) ในขณะที่ รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองทำหน้าที่ในการชดเชยค่าบริการแก่หน่วยบริการและสนับสนุนงบประมาณสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

Department of Health เป็นหน่วยงานภายใต้รัฐบาลกลางของออสเตรเลีย มีหน้าที่กำหนดนโยบายและออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน และสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และบริการด้านสุขภาพ หน่วยงานที่สำคัญภายใต้กำกับของ Department of Health ได้แก่ Therapeutic

Goods Administration (TGA) ซึ่งดูแลเรื่องคุณภาพ ความปลอดภัยและประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) ซึ่งทำหน้าที่พิจารณาคัดเลือกยา (วัคซีนจัดเป็นยา) เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา และ Office of Health Protection (OHP) ซึ่งทำหน้าที่กำหนดนโยบายและบริหารจัดการการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (81, 82) นอกจากนี้ มีหน่วยงานภายใต้รัฐบาลกลางของออสเตรเลียที่สนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพ เช่น Australian Institute of Health and Welfare ทำหน้าที่ให้ข้อมูลวิชาการเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบาย โครงสร้าง และระบบการให้บริการด้านสุขภาพและสวัสดิการของออสเตรเลีย (83) นอกจากนี้ Department of Health ของรัฐบาลกลางยังทำหน้าที่จัดซื้อวัคซีนรวมในระดับประเทศเพื่อให้การจัดซื้อวัคซีนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความมั่นคงทางการเงินการคลังด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระยะยาว (84)

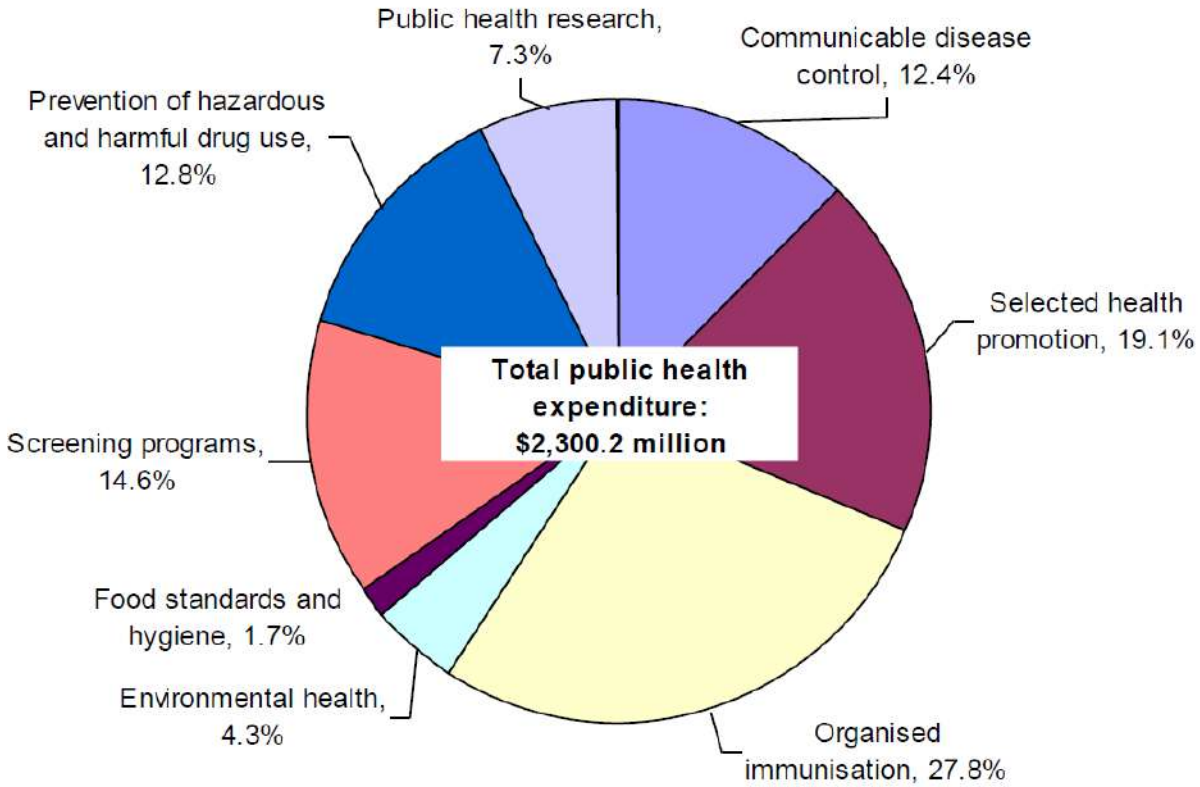
Department of Health มีการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเป็นประจำทุก 6 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 โดยมีการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ล่าสุดคือฉบับ พ.ศ. 2562-2567 ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินงานที่สำคัญใน 8 ด้าน ได้แก่ 1) เพิ่มความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2) สร้างความมั่นใจว่าระบบอภิบาลของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 3) สร้างความมั่นใจว่าอุปทานของวัคซีนมีความมั่นคง และการใช้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 4) พัฒนาระบบติดตามความปลอดภัยในการใช้วัคซีนอย่างต่อเนื่อง 5) รักษาและเสริมสร้างความเชื่อมั่นของชุมชนต่อแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผ่านยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 6) เสริมสร้างความแข็งแกร่งของระบบติดตามและประเมินผลของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผ่านการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบลงทะเบียนเมื่อได้รับวัคซีน และระบบการเฝ้าระวังโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน 7) สร้างความมั่นใจว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีทักษะในการให้บริการอย่างเพียงพอผ่านการจัดอบรมที่มีประสิทธิภาพ และ 8) มีส่วนร่วมในระดับภูมิภาค (79)



รูปที่ 16 เส้นทางการเงินด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของออสเตรเลีย

2.2. แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บรายได้

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 Australian Institute of Health and Welfare ได้รายงานงบประมาณด้านการสาธารณสุขของออสเตรเลียเท่ากับ 2,300 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย โดยแบ่งเป็นงบประมาณที่มาจากการสนับสนุนของรัฐบาลกลางร้อยละ 27.6 (634 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย) และการสนับสนุนของรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองร้อยละ 72.4 (1,666 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย) โดยงบประมาณด้านสาธารณสุขถูกจัดสรรไปยังกิจกรรมต่าง ๆ โดยแบ่งได้เป็น 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) การควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 284.9 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย 2) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 438.3 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย 3) การบริการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันระดับชาติ จำนวน 639.4 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ซึ่งครอบคลุมการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่คลินิก แผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงเรียน การให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การสร้างความตระหนักของสังคม และการพัฒนาข้อมูลและระบบฐานข้อมูลด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 4) อนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 99.9 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย 5) การกำหนดมาตรฐานและความปลอดภัยด้านอาหาร จำนวน 38 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย 6) การตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ จำนวน 336.3 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย 7) การป้องกันอันตรายจากการใช้ยา จำนวน 295 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย และ 8) งานวิจัยทางด้านสาธารณสุข จำนวน 168.3 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย คิดเป็นสัดส่วนได้ตามรูปที่ 17 (85)



ที่มา: Australian Institute of Health and Welfare (2554)

รูปที่ 17 สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขแยกตามกลุ่มกิจกรรม

รัฐบาลกลางประมาณการงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนของปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 ไว้ที่ 1,720 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย แบ่งเป็นงบประมาณในการจัดซื้อวัคซีนของรัฐบาลกลาง 1,646 ล้านดอลลาร์

ออสเตรเลีย และงบประมาณที่สนับสนุนแก่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง 74 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (86) ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ค่าใช้จ่ายจริงในการจัดซื้อวัคซีนที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของรัฐบาลกลางเท่ากับ 395 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (78) และมีการสนับสนุนงบประมาณแก่รัฐและเขตปกครอง 52 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (87) สำหรับให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายในพื้นที่ของตน

2.3. การรวมเงินทุน

ออสเตรเลียไม่มีกลไกการรวมเงินสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะ แต่มีการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางไปยังรัฐและเขตปกครองเพื่อจัดซื้อวัคซีน และจ่ายชดเชยบริการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับหน่วยบริการ ในขณะที่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองก็จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการหน่วยบริการในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม ออสเตรเลียมีการจัดเก็บภาษีเฉพาะเพื่อระดมทุนด้านสุขภาพของประเทศ ชื่อว่า Medicare Levy โดยจะจัดเก็บจากผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศร้อยละ 2 ของรายได้ที่ต้องเสียภาษี ซึ่งเป็นการจ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือจากภาษีเงินได้ (88) นอกจากนี้ สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อการซื้อประกันสุขภาพเอกชน กลุ่มคนเหล่านี้สามารถจ่าย Medicare Levy surcharge เพื่อรับบริการในหน่วยบริการเอกชนตามนโยบายของรัฐที่ต้องการลดความแออัดในการใช้บริการในหน่วยบริการของรัฐ ซึ่งสำหรับ Medicare Levy surcharge มีการจัดเก็บร้อยละ 1-1.5 ของรายได้ (89)

2.4. การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน

สิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนของออสเตรเลียซึ่งประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้ฟรี แบ่งออกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ 1) Pharmaceutical Benefits Schedule (PBS) เป็นรายการยารวมถึงวัคซีนที่บรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้สามารถเบิกจ่ายได้ตามระบบ Medicare ปัจจุบันมีวัคซีนที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ PBS จำนวน 2 รายการ ได้แก่ วัคซีน Pneumococcal vaccine และ tetanus vaccine (90) และ 2) แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ (National Immunization Program; NIP) เป็นรายการวัคซีนพื้นฐานของประชาชนชาวออสเตรเลีย ซึ่งการพิจารณาวัคซีนเข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก (73) ได้แก่

1) การขึ้นทะเบียน โดยวัคซีนต้องได้รับทะเบียนจาก TGA เพื่อพิสูจน์ว่าวัคซีนมีความปลอดภัยและมีประสิทธิผล

2) การพิจารณาวัคซีนใหม่และวัคซีนเดิมที่ต้องการเพิ่มเงื่อนไขการใช้ โดย PBAC ทบทวนประสิทธิผลทางคลินิกและความคุ้มค่า รวมถึงผ่านการพิจารณารูปแบบการให้วัคซีนที่เหมาะสม

3) การตกลงราคา (price agreement) โดยวัคซีนที่ได้รับแนะนำจาก PBAC จะเข้าสู่กระบวนการตกลงราคาระหว่าง Department of Health และบริษัทผู้ผลิตวัคซีน

4) การอนุมัติของรัฐบาล โดยวัคซีนที่ผ่านการขึ้นทะเบียนและได้รับแนะนำจาก PBAC จะถูกนำเข้าสู่กระบวนการขออนุมัติจากรัฐบาลกลาง ทั้งนี้ ขั้นตอนนี้ยังไม่มีการรับประกันการจัดซื้อวัคซีนกับบริษัทผู้ผลิต

5) การประกาศใน National Health (Immunization Program - Designated Vaccines) Determination 2014

6) การจัดซื้อวัคซีน

PBAC ประกอบด้วยประธานที่มาจากการแต่งตั้งของกระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ เภสัชกร ผู้บริโภค นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และตัวแทนจากภาคเอกชน และมีคณะอนุกรรมการย่อย 2 ชุดได้แก่ 1) Economics Sub-Committee (ESC) ทำหน้าที่ทบทวนและแปลผลการประเมินทาง

เศรษฐศาสตร์ของวัคซีนที่ถูกเสนอในด้านคุณภาพ ความน่าเชื่อถือ (validity) และความเกี่ยวข้อง (relevance) โดยพิจารณาจากความเหมาะสมของระเบียบวิธีวิจัยตั้งแต่การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการแปลผลข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์ที่นำมาใช้ 2) Drug Utilization Sub-Committee (DUSC) ทำหน้าที่ติดตามรูปแบบและแนวโน้มการใช้ยาที่ได้รับการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว รวมถึงประมาณการแนวโน้มการใช้ยาที่ถูกเสนอเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้ การทบทวนข้อมูลทั้งหมดทำโดยผู้ทบทวนภายนอก (external reviewers) ที่มีความเชี่ยวชาญ ข้อมูลการประเมินยาและวัคซีนเพื่อยื่นพิจารณาตัดสินใจบรรจุยาและวัคซีนในชุดสิทธิประโยชน์ประกอบด้วย 5 ส่วนหลัก ได้แก่

1) บริบท (context) เป็นการอธิบายข้อมูลที่สำคัญของวัคซีนที่เสนอ ประกอบด้วย ข้อมูลทางคลินิก การจัดการทางคลินิก ข้อมูลการขึ้นทะเบียนวัคซีนในประเทศ และกลุ่มของชุดสิทธิประโยชน์ที่เสนอ เช่น general schedule, general schedule palliative care และ highly specialized drugs program เป็นต้น

2) ข้อมูลทางคลินิก เป็นข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิผล (effectiveness) และความปลอดภัยของยาที่เสนอ โดยต้องเป็นข้อมูลที่มาจากการค้นหารายงานการศึกษาทางคลินิกอย่างเป็นระบบ และมีกระบวนการวิเคราะห์ผลที่เหมาะสมเพื่อคำนวณผลลัพธ์ของยาในประชากรทั้งหมดที่อยู่ในการศึกษาทางคลินิก (whole trial population) และประชากรกลุ่มย่อย รวมถึงการประยุกต์ใช้ (applicability) ข้อมูลประสิทธิผลดังกล่าวในประชากรออสเตรเลีย

3) การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยอาจเป็นผลการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผลแบบเต็มรูปแบบ (full cost-effectiveness analysis) หรือการประเมินต้นทุนต่ำสุด (cost-minimization) กรณีที่ประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาที่เสนอไม่ด้อยกว่ายาเปรียบเทียบ แต่มีต้นทุนเท่ากับหรือน้อยกว่ายาเปรียบเทียบ

4) ผลกระทบจากการใช้ยาในทางปฏิบัติ เป็นการประเมินผลกระทบด้านงบประมาณของยาที่เสนอ โดยคำนวณมาจากปริมาณการใช้และต้นทุนที่เกิดจากการใช้ยา โดยพิจารณาผลกระทบด้านงบประมาณที่เกิดต่อทั้ง PBAC และรัฐบาลกลางของออสเตรเลีย

และ 5) ข้อมูลอื่น ๆ เป็นข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาตัดสินใจบรรจุยาในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น ความเสมอภาค (equity) การเข้าถึง (access) ผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ การก่อให้เกิดเชื้อดื้อยา (กรณีเป็นยาฆ่าเชื้อ) และผลการพิจารณาตาม rule of rescue (84)

ใน พ.ศ. 2561 ออสเตรเลียมีการให้บริการวัคซีนภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันระดับชาติ จำนวน 18 ชนิด ครอบคลุม 17 โรค ได้แก่ ตับอักเสบบี คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ ฮิบ นิวโมค็อกคัส อุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า หัด คางทูม หัดเยอรมัน ไข้กาฬหลังแอ่น อีสุกอีใส ตับอักเสบเอ human papilloma virus ไข้หวัดใหญ่ และงูสวัด (ตารางที่ 13) อย่างไรก็ตาม รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองสามารถเพิ่มวัคซีนรายการอื่น ๆ ไว้ในแผนงานสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ของตนได้

เนื่องจากออสเตรเลียมีประชากรส่วนหนึ่งเป็นชาวอะบอริจินและคนพื้นเมืองของหมู่เกาะในช่องแคบ Torres ซึ่งมักอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากหน่วยบริการด้านสุขภาพ รัฐบาลจึงได้เพิ่มวัคซีนบางรายการไว้ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันระดับชาติเพื่อให้ประชาชนกลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้แก่ 1) วัคซีนไวรัสตับอักเสบเอสำหรับเด็กอายุ 12 และ 18 เดือน 2) วัคซีนโรคติดเชื้อนิวโมค็อกไคสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ผู้ใหญ่อายุ 15-49 ปีที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและผู้ใหญ่อายุ 50 ปีขึ้นไป (91)

ตารางที่ 13 รายการวัคซีนที่ให้บริการในประเทศออสเตรเลีย พ.ศ. 2562

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	กลุ่มเป้าหมาย	ความครอบคลุม	หมายเหตุ
1	DTaP vaccine	คอตีบ บาดทะยัก และไอกรน	เด็ก 18 เดือน	ทั่วประเทศ	
2	DTaPHibHepBIPV vaccine	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ฮิบ ตับอักเสบบี และโปลิโอ	เด็ก 2, 4, 6 เดือน	ทั่วประเทศ	
3	DTaPIPV vaccine	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และโปลิโอ	เด็ก 4 ปี	ทั่วประเทศ	
4	Hepatitis A vaccine (สำหรับเด็ก)	ตับอักเสบเอ	เด็ก 12, 18 เดือน	ทั่วประเทศ	สำหรับชาวอะบอริจินและคนพื้นเมืองของหมู่เกาะในช่องแคบ Torres
5	Hepatitis B vaccine (สำหรับผู้ใหญ่)	ตับอักเสบบี	10-19 ปี	บางพื้นที่	อายุ 10-19 ปี สำหรับการให้วัคซีนแบบปูพรม (catch-up) และผู้ใหญ่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 19 ปีที่เป็นผู้อพยพและผู้ที่เข้าประเทศด้วยเหตุผลทางมนุษยธรรม (humanitarian entrants)
6	Hepatitis B vaccine (สำหรับเด็ก)	ตับอักเสบบี	เด็กแรกเกิด	ทั่วประเทศ	
7	HIB vaccine	ฮิบ	เด็ก 18 เดือน	ทั่วประเทศ	
8	HPV vaccine	ติดเชื้อ human papilloma virus	12-13 ปี ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย	ทั่วประเทศ	โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนระดับ 7-8
9	Influenza vaccine (สำหรับผู้ใหญ่)	ไข้หวัดใหญ่	ผู้ใหญ่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี	ทั่วประเทศ	สำหรับผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ และชาวอะบอ

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	กลุ่มเป้าหมาย	ความครอบคลุม	หมายเหตุ
					ริจินและคนพื้นเมืองของหมู่เกาะในช่องแคบ Torres ที่อายุมากกว่า 5 ปี
10	Influenza vaccine (สำหรับเด็ก)	ไข้หวัดใหญ่	เด็กอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	ทั่วประเทศ	สำหรับชาวอะบอริจินและคนพื้นเมืองของหมู่เกาะในช่องแคบ Torres อายุ 6-59 เดือน
11	Meningococcal ACWY-135 conjugate vaccine	ติดเชื้อไข้กาฬหลังแอ่น	เด็ก 12 ปี	ทั่วประเทศ	รวมเด็กชายอายุ 14-16 ปี
12	MMR	หัด คางทูม และหัดเยอรมัน	เด็ก 12 เดือน	ทั่วประเทศ	
13	MMRV	หัด คางทูม หัดเยอรมัน และอีสุกอีใส	เด็ก 18 เดือน	ทั่วประเทศ	
14	Pneumococcal conjugate vaccine	ติดเชื้อนิวโมค็อกไค	เด็ก 2, 4, 6 เดือน และ 1 ปี	ทั่วประเทศ	เด็กอายุ 6 เดือน สำหรับชาวอะบอริจินและคนพื้นเมืองของหมู่เกาะในช่องแคบ Torres
15	Pneumococcal polysaccharide vaccine	ติดเชื้อนิวโมค็อกไค	ผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี	ทั่วประเทศ	สำหรับชาวอะบอริจินและคนพื้นเมืองของหมู่เกาะในช่องแคบ Torres สามารถให้ได้ในผู้ใหญ่อายุ 15-49 ปีที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ และผู้ใหญ่อายุ 50 ปีขึ้นไป

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	กลุ่มเป้าหมาย	ความครอบคลุม	หมายเหตุ
16	Rotavirus vaccine	อุจจาระร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้า	เด็ก 2, 4 เดือน	ทั่วประเทศ	
17	Tdap vaccine	บาดทะยัก คอตีบ และ ไอกรน	เด็ก 12-13 ปี	ทั่วประเทศ	รวมหญิงตั้งครรภ์
18	Zoster vaccine	งูสวัด	ผู้สูงอายุ 70 และ 71-79 ปี	ทั่วประเทศ	อายุ 71-79 ปี สำหรับการปูพรม

หมายเหตุ: QLD = รัฐ Queensland, NT = เขตปกครอง Northern Territory, WA = รัฐ Western Australia และ SA = รัฐ South Australia

ที่มา: World Health Organization (2562) (34)

2.5. การจ่ายชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การจ่ายชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแบ่งเป็น 2 ระบบ สำหรับวัคซีนที่อยู่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติถูกจัดซื้อรวมระดับรัฐและเขตปกครองและกระจายไปยังหน่วยบริการ ในขณะที่การจ่ายชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งครอบคลุมใน MBS ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Medicare รัฐบาลกลางจะจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการตามรูปแบบการให้บริการ (สถานที่) และการให้คำปรึกษาของบุคลากร (ระยะเวลา) ตัวอย่างเช่น การให้บริการในห้องตรวจโรคอย่างน้อย 20 นาที มีค่าบริการ 125.55 ดอลลาร์ออสเตรเลีย หน่วยบริการจะได้รับเงินชดเชยจากรัฐร้อยละ 75-85 ของค่าบริการดังกล่าวโดยขึ้นอยู่กับสัญญาที่ตกลงกับ Department of Health และมีข้อกำหนดการจ่ายชดเชยสำหรับบริการนี้ไม่เกิน 376.65 ดอลลาร์ออสเตรเลีย (92) ตามนโยบาย Extended Medicare Safety Net (EMSN) ที่ต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายสำหรับการจ่ายชดเชยบริการของรัฐไม่ให้สูงจนเกินไป (93) นอกจากนี้ยังมีการจ่ายชดเชยในกรณีพิเศษ (Miscellaneous Services) ให้กับหน่วยบริการเพื่อให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชากรชาวอะบอริจินและคนพื้นเมืองของหมู่เกาะในช่องแคบ Torres เพื่อแก้ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ตามที่กล่าวข้างต้น วัคซีนที่ครอบคลุมใน PBS ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ วัคซีน Pneumococcal vaccines และ tetanus vaccines ไม่ถูกจัดซื้อรวมระดับประเทศและหน่วยบริการต้องจัดซื้อจัดหาเพื่อมีไว้ให้บริการประชาชน โดยรัฐจะจ่ายชดเชยค่าวัคซีนให้ตามราคาที่ Department of Health กำหนดไว้ (dispensed price for maximum quantity: DPMQ) และมีการกำหนดวงเงินที่สามารถเรียกเก็บจากผู้รับบริการ (general patient charge) ในกรณีที่ไม่ใช่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (90)

หน่วยบริการสุขภาพที่ต้องการเข้าร่วมให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Medicare ต้องทำสัญญาหรือข้อตกลงที่มีการปรับปรุงอยู่เสมอ เพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพและความมั่นคงทางการเงินของภาครัฐ สำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้มีการระบุข้อตกลงไว้ใน National Healthcare Agreement ฉบับ พ.ศ. 2551-2554 ว่า Health Insurance Commission (HIC) จะสนับสนุนเงินตามกิจกรรมการให้บริการ (Activity-Based Funding) พร้อมทั้งมีการกำหนดตัวชี้วัดให้กับหน่วยบริการ หรืออาจมีการจ่ายในรูปแบบ National Partnership Payments ซึ่งมักเป็นการจ่ายเงินให้ต่างภาคส่วนเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์บางประการโดยอุดหนุนทางการเงินเพิ่มเติมเพื่อจูงใจการให้บริการ หรือ National Health and Hospitals Network Agreement (NHHNA) ที่รัฐบาลจะให้เงินสนับสนุนหน่วยบริการของรัฐที่ทำหน้าที่

ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) และการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ (primary health and aged care services) และรัฐบาลรัฐหรือเขตปกครองเองก็ต้องมีการจ่ายเงินสนับสนุนการบริหารจัดการหน่วยบริการในพื้นที่ของตน โดยใน พ.ศ. 2554 National Health Reform Agreement ระบุว่ารัฐบาลกลางจะเป็นแหล่งเงินทุนหลักในการจ่ายชดเชยบริการของหน่วยบริการของรัฐเพื่อลดการใช้เงินรัฐบาลรัฐหรือเขตปกครอง ในอดีตที่ผ่านมาออสเตรเลียเคยมีการจ่ายในรูปแบบ National Healthcare Specific Purpose Payment (SPP) เพื่อจัดซื้อวัคซีนและบริการที่เกี่ยวข้องมาก่อนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 (244 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย) (79, 80, 94)

นอกจากนี้ เนื่องจากระบบสุขภาพของออสเตรเลียมุ่งเน้นให้หน่วยบริการที่เป็นเอกชนเข้ามาเป็นส่วนหลักในการให้บริการสุขภาพเพื่อลดแรงกดดันเกี่ยวกับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลของรัฐ อีกทั้งป้องกันภาวะล้มละลายจากการรักษาพยาบาลของประชาชน รัฐบาลจึงส่งเสริมให้ประชาชนซื้อประกันสุขภาพเอกชนแม้ว่ามีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Medicare จากข้อมูล พ.ศ. 2559 ชาวออสเตรเลียมีประกันสุขภาพร้อยละ 45.1 ของประชาชนทั้งหมด (95) ประชาชนในออสเตรเลียสามารถซื้อประกันเอกชนที่มีบริการเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Medicare และนำยอดเบี้ยประกันสุขภาพเอกชนไปลดหย่อนภาษีได้ โดยมีอัตราการลดหย่อนตามอายุ (Age-based Discount reduces) เช่น อายุ 18-29 สามารถลดหย่อนภาษีสูงสุดร้อยละ 10 ของเบี้ยประกัน (96) วิธีการจ่ายชดเชยบริการผ่านประกันสุขภาพเอกชนมีการจำกัดวงเงินและมีการแบ่งสัดส่วนการจ่ายชดเชย (subsidy) ของภาครัฐและเอกชนขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของชุดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพเอกชนที่ซื้อ เช่น รัฐบาลจ่ายชดเชยร้อยละ 25-30 ของค่าบริการทั้งหมดและประกันสุขภาพเอกชนจ่ายส่วนที่เหลือ เป็นต้น (97)

สำหรับการสนับสนุนด้านการเงินนอกเหนือจากการจัดซื้อวัคซีนและการจ่ายชดเชยบริการที่เกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่รัฐบาลกลางเป็นผู้สนับสนุน นอกจากนี้ รัฐบาลกลางมีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม (incentive) ให้แก่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองที่สามารถดำเนินงานได้ตามตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วย งบประมาณร้อยละ 0.75 จากต้นทุนรวมในการจัดซื้อวัคซีนภายในรัฐและเขตปกครองสำหรับการบรรลุตัวชี้วัดแต่ละข้อ และงบประมาณร้อยละ 0.75 จากต้นทุนรวมในการจัดซื้อวัคซีนของรัฐบาลกลางโดยแบ่งให้แต่ละรัฐและเขตปกครองเท่า ๆ กัน (86, 98)

2.6. การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2562-2567 ของออสเตรเลียได้กำหนดให้การดำเนินงานเพื่อสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีทักษะในการให้บริการอย่างเพียงพอผ่านการจัดอบรมที่มีประสิทธิภาพเป็นยุทธศาสตร์ย่อยที่ 7 โดยระบุให้ต้องมีการดำเนินการใน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ทบทวนคู่มือการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและแหล่งข้อมูลสำหรับผู้ให้บริการว่ามีข้อมูลที่สำคัญครบถ้วนและเพียงพอต่อการให้บริการ 2) สนับสนุนการจัดอบรม การให้ความรู้และการสื่อสารแก่ผู้ให้บริการ 3) นำกรอบแนวคิด (framework) สำหรับการศึกษาด้านการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาปรับใช้กับบุคลากรทางการแพทย์ 4) สนับสนุนและเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสามารถ และ 5) บูรณาการการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติในด้านผู้ให้บริการ ทักษะและความสามารถของบุคลากร (79)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 รัฐบาลกลางมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน จำนวน 9 แสนดอลลาร์ออสเตรเลียซึ่งกระจายไปยังแต่ละรัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง โดยใช้เป็นฐานข้อมูลรวมของประเทศสำหรับติดตาม วิเคราะห์ และรายงานผลของการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอีกด้วย (78)

2.7. การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีน

ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2562-2567 ของออสเตรเลียได้กำหนดให้การดำเนินงานเพื่อสร้างความมั่นใจว่าอุปทานของวัคซีนมีความมั่นคงและการใช้วัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเป็นยุทธศาสตร์ย่อยที่ 3 โดยระบุให้ต้องมีการดำเนินการใน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ทำให้ระบบการจัดซื้อวัคซีนในชุดสิทธิประโยชน์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 2) สร้างความมั่นใจว่ามีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการบริการด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างครบถ้วน และ 3) ทบทวนปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเสื่อมของวัคซีนและการรั่วไหลของการเบิกจ่ายค่าบริการด้านวัคซีนและพัฒนาเป็นรูปแบบการดำเนินการต้นแบบ (79)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 การจัดซื้อวัคซีนที่อยู่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเป็นหน้าที่ของ Deapartment of Health ภายใต้รัฐบาลกลางออสเตรเลีย โดยการจัดซื้อรวมมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า และการปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการจัดซื้อวัคซีนของประเทศ โดยรัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองจะทำข้อตกลงทางการเงินร่วมกัน รวมถึงกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย ซึ่งเรียกว่า National Partnership on Essential Vaccines (NPEV) ซึ่งกำหนดให้รัฐบาลกลางทำหน้าที่ติดตามแนวโน้มของอุปทานด้านวัคซีนและสถานการณ์ทั่วโลกที่อาจมีผลกระทบต่ออุปทานด้านวัคซีนในประเทศ (79) ในขณะที่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองมีหน้าที่ประมาณการปริมาณการใช้วัคซีน โดยคำนึงถึงปริมาณวัคซีนที่มีสำรองอยู่ในพื้นที่และขนาดวัคซีนที่สามารถขนส่งได้ (86)

การทำสัญญาจัดซื้อวัคซีนภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติรวมระดับประเทศดำเนินการโดย Department of Health ของรัฐบาลกลาง โดยอ้างอิงกฎ Commonwealth Procurement Rules (CPRs) (99) ซึ่งกำหนดให้มีการประกวดราคาของบริษัทผู้ผลิต ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการประกวดราคาแบบเปิด (open tender) ซึ่งอนุญาตให้ผู้ที่สนใจประมูลทุกรายเสนอชื่อได้ และ 2) วิธีการประกวดราคาแบบจำกัด (limited bidding) ซึ่งหน่วยงานผู้จัดซื้อจัดจ้าง (Department of Health) จะเรียกผู้เสนอราคาจำนวนน้อยรายมาพิจารณา ทั้งนี้ให้ใช้ในกรณีที่จำเป็น เช่น ไม่มีผู้สนใจเสนอราคาหลังจากใช้วิธีการประกวดราคาแบบเปิด นอกจากนี้ CPRs ยังมีการกำหนดให้ผู้จัดซื้อจัดจ้าง (Department of Health) ประมาณการปริมาณและมูลค่าการจัดซื้อวัคซีนล่วงหน้าตัดสินใจจัดซื้อ โดยมูลค่าของการจัดซื้อต้องไม่เกินเพดานที่กำหนด ได้แก่ หากเป็นการจัดซื้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับรัฐบาลกลางมีเพดานการจัดซื้อไม่เกิน 80,000 ดอลลาร์ออสเตรเลีย หากเป็นการจัดซื้อของรัฐบาลกลางมีเพดานการจัดซื้อไม่เกิน 400,000 ดอลลาร์ออสเตรเลีย และหากเป็นการจัดซื้ออื่น ๆ มีเพดานการจัดซื้อไม่เกิน 7.5 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย (100) สำหรับการจัดซื้อวัคซีนที่บรรจุอยู่ใน PBS หน่วยบริการสามารถจัดซื้อได้ด้วยตนเองโดยเป็นไปตามยี่ห้อบริษัทผู้ผลิต ปริมาณ และราคาที่รัฐบาลกลางกำหนด (90) โดย Department of Health มีกระบวนการต่อรองราคากับผู้ผลิตวัคซีน สำหรับทั้งวัคซีนภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติและวัคซีนในชุดสิทธิประโยชน์ PBS เพื่อใช้เป็นราคาสำหรับการจัดซื้อรวมระดับประเทศหรือเป็นราคาสำหรับให้หน่วยบริการจัดซื้อด้วยตนเอง ตามลำดับ (101)

ถึงแม้การทำสัญญาจัดซื้อวัคซีนรวมระดับประเทศจะใช้วิธีประกวดราคา แต่ Department of Health สามารถทำสัญญาจัดซื้อวัคซีนได้มากกว่า 1 บริษัทหรือทำสัญญาจัดซื้อวัคซีนในระยะยาวสำหรับวัคซีนที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการขาดแคลนหรือวัคซีนที่มีผู้ขายน้อยราย ยกตัวอย่างเช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ซึ่งมีการจัดซื้อรวมระดับประเทศตั้งแต่ พ.ศ. 2546 โดย Department of Health ทำสัญญาจัดซื้อวัคซีน 5 ปี (พ.ศ. 2547-2551) กับ 2 บริษัท โดยแบ่งสัดส่วนเป็นร้อยละ 65 และร้อยละ 35 และต่อสัญญาอีก 2 ปีระหว่าง พ.ศ. 2552-2553 ก่อนจะเปิดการประกวดราคาใหม่ใน พ.ศ. 2554 (101)

รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองมีหน้าที่ดูแลการขนส่งวัคซีนไปยังหน่วยบริการภายในพื้นที่ของตนให้เป็นไปตามแนวทางความปลอดภัยของวัคซีนและการบริหารจัดการระบบลูกโซ่ความเย็น และแจ้งไปยังรัฐบาลกลางอย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีนภายในพื้นที่ โดยรัฐบาลกลางมีการกำหนดตัวชี้วัดในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของรัฐและเขตปกครองจำนวน 5 ข้อ ซึ่งหนึ่งในนั้นคือข้อตกลงร่วมกันในการสร้างความเชื่อมั่นว่าระบบขนส่งวัคซีนจะเป็นไปอย่างคุ้มค่า โดยลดการสูญเสียวัคซีน (vaccine wastage) เนื่องจากข้อผิดพลาดต่าง ๆ เช่น ระบบลูกโซ่ความเย็น โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าความเสื่อมของวัคซีนต้องน้อยกว่าร้อยละ 5 รวมถึงลดการรั่วไหลของการเบิกจ่ายค่าบริการด้านวัคซีน (79)

บทสรุประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีนในประเทศออสเตรเลีย

งบประมาณด้านสุขภาพในออสเตรเลียมาจากรายได้ของรัฐบาลกลาง (commonwealth) และรัฐบาลของรัฐและเขตปกครองที่มาจากการเก็บภาษีต่าง ๆ สัดส่วนงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน พ.ศ. 2552 คิดเป็นร้อยละ 27 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมด

รัฐบาลกลางโดย Department of Health มีการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเป็นประจำทุก 6 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 โดยมีการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ล่าสุดคือฉบับ พ.ศ. 2562-2567 นอกจากนี้ รัฐบาลกลางมีคณะกรรมการ PBAC ทำหน้าที่ให้คำแนะนำเชิงวิชาการประกอบการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ เช่น ข้อมูลประสิทธิผลและความคุ้มค่า อีกทั้งมีการตกลงราคาวัคซีนที่ได้รับคำแนะนำจาก PBAC ก่อนบรรจุเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ การตัดสินใจบรรจุวัคซีนเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์เป็นอำนาจของรัฐบาลกลาง ดังนั้นออสเตรเลียจึงมีชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนเหมือนกันทุกรัฐและเขตปกครอง นอกจากนี้รัฐและเขตปกครองสามารถให้บริการวัคซีนอื่น ๆ เพิ่มเติมนอกเหนือจากแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ

การจ่ายชดเชยบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นความรับผิดชอบของผู้ซื้อบริการ HIC โดยมีการกำหนดอัตราการจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการตามรูปแบบการให้บริการและการให้คำแนะนำ รวมถึงมีการจ่ายชดเชยบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอัตราพิเศษสำหรับกลุ่มประชากรอะบอริจินและคนพื้นเมืองของหมู่เกาะในช่องแคบ Torres การจ่ายเงินเป็นการจ่ายแบบ fee-for-service พร้อมกำหนดตัวชี้วัดในการดำเนินการ ซึ่งหน่วยบริการที่สามารถเบิกจ่ายชดเชยได้ต้องมีการทำสัญญาและข้อตกลงกับ HIC ในขณะที่การใช้ประกันสุขภาพเอกชนเพื่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีการจ่ายชดเชยโดยรัฐบาลบางส่วน

รัฐบาลกลางมีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมร้อยละ 0.75 ของต้นทุนวัคซีน แก่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองที่ดำเนินการได้ตามตัวชี้วัด สนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเพื่อสร้างความมั่นใจในระบบอุปทานของวัคซีนทำให้การใช้วัคซีนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

พัฒนาทักษะความรู้และความสามารถของบุคลากร และพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

การจัดซื้อวัคซีนในออสเตรเลียได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลาง โดย Department of Health มีกลไกการต่อรองราคาวัคซีน สำหรับใช้เพื่อการจัดซื้อรวมในระดับประเทศสำหรับวัคซีนที่อยู่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ หรือใช้เป็นผู้กำหนดราคาวัคซีนภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ PBS ที่หน่วยบริการเป็นผู้จัดซื้อ ในขณะที่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองมีหน้าที่ประมาณการจำนวนวัคซีนที่ต้องใช้ให้รัฐบาลกลางจัดซื้อ และสนับสนุนเงินเพื่อขนส่งวัคซีนให้กับหน่วยบริการในพื้นที่

การอภิบาลการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของออสเตรเลียมีการรวมอำนาจไว้ที่รัฐบาลกลางในขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน การจัดซื้อวัคซีน และการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางไปยังรัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง โดยกำหนดให้มีหน่วยงานและกฎหมายที่สอดรับกับการทำงาน เพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณอย่างโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 14 สรุปจุดเด่น-จุดด้อยของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและวัคซีนในประเทศออสเตรเลีย

ประเด็น	จุดเด่น	จุดด้อย	แนวทางแก้ไขปัญหา
การอภิบาลระบบ	มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติทุก 6 ปี โดย Department of Health		
แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บ	มีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนซื้อประกันสุขภาพเอกชนโดยใช้เงินที่ได้จากการจ่าย Health Premium จึงทำให้มีรายได้ที่มาจากแหล่งอื่น รวมถึงการซื้อประกันเอกชนแบบสมัครใจ		
การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน	● วัคซีนที่อยู่ใน PBS ถูกกำหนดให้ต้องมีไว้ให้บริการในหน่วยบริการ โดย Department of Health เป็นผู้จ่ายชดเชยค่าวัคซีนคืนให้หน่วยบริการ ● วัคซีนที่อยู่ใน NIP ถูกจัดซื้อรวมระดับประเทศและกระจายไปยังหน่วยบริการ โดย Department of Health		
การจัดซื้อวัคซีน	● จัดซื้อรวมระดับประเทศเฉพาะวัคซีนใน NIP ● สามารถทำสัญญาซื้อวัคซีนระยะยาว		

ประเด็น	จุดเด่น	จุดด้อย	แนวทางแก้ไขปัญหา
	● สามารถทำสัญญาซื้อวัคซีนได้มากกว่า 1 บริษัท ● มีการต่อรองราคาโดย Department of Health ● ราคาวัคซีนรวมค่าขนส่งและกระจายวัคซีน		
การจ่ายชดเชยบริการ	รัฐบาลกลางมีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมให้แก่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง ร้อยละ 0.75 ของต้นทุนวัคซีน หากดำเนินงานได้ตามตัวชี้วัด	ประชาชนร่วมจ่าย ร้อยละ 15-25 ของค่าบริการด้านสุขภาพทั้งหมด (ขึ้นอยู่กับบริการ)	รัฐบาลส่งเสริมให้ประชาชนซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพื่อจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพที่รัฐบาลไม่ได้สนับสนุน

อินโดนีเซีย (Indonesia)

1. ข้อมูลทั่วไป

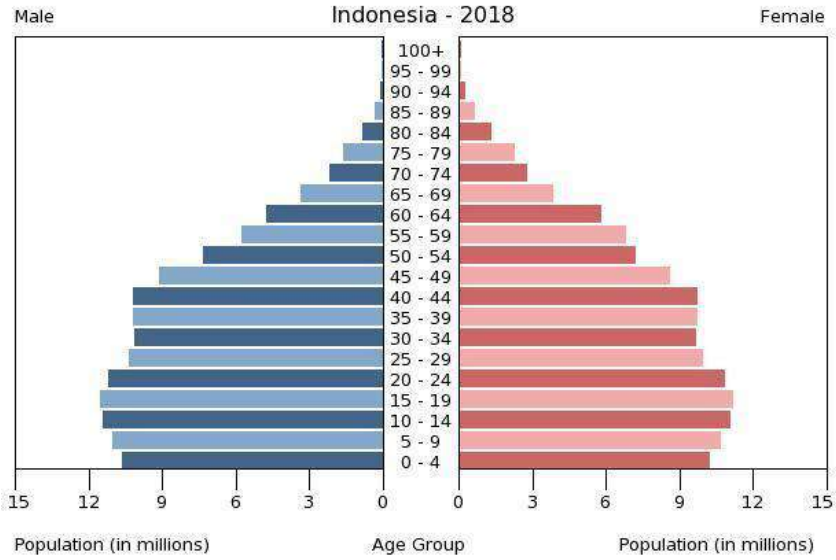
1.1. ที่ตั้งและลักษณะทางภูมิศาสตร์

อินโดนีเซียตั้งอยู่ระหว่างคาบสมุทรอินโดจีนกับทวีปออสเตรเลีย และระหว่างมหาสมุทรอินเดียกับมหาสมุทรแปซิฟิก มีพื้นที่ 5,193,250 ตารางกิโลเมตร เป็นแผ่นดิน 2,027,087 ตารางกิโลเมตร เป็นพื้นที่ทะเล 3,166,163 ตารางกิโลเมตร เป็นประเทศหมู่เกาะที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในโลก ลักษณะเป็นเกาะพื้นที่ต่ำ ในเกาะที่มีขนาดใหญ่จะมีพื้นที่ที่เป็นภูเขาอยู่ด้วย ประกอบด้วยเกาะใหญ่น้อยกว่า 17,508 เกาะ (102) อินโดนีเซียมีการขนส่งครบทุกรูปแบบ โดยที่มีมากที่สุดคือ 1) ถนน มีครอบคลุมทั่วทั้งประเทศกว่า 437,759 กิโลเมตร 2) ระบบราง มีเฉพาะในเกาะชวาและเกาะสุมาตรา 3) การขนส่งทางทะเล โดยในแต่ละเกาะจะมีเมืองท่าอย่างน้อย 1 แห่ง 4) การขนส่งทางแม่น้ำพบได้ในสุมาตราตะวันออกและกาลีมันตัน และ 5) การขนส่งทางอากาศ (103)

1.2. ประชากร

ใน พ.ศ. 2560 อินโดนีเซียมีประชากร 260 ล้านคน (มีจำนวนประชากรเป็นอันดับ 4 ของโลกและมากที่สุดในอาเซียน) ประกอบด้วยชาว Java ร้อยละ 40 รองลงมาคือ Sudan (ร้อยละ 15) Madura (ร้อยละ 3) Minangkabau (ร้อยละ 3) และอื่น ๆ โดยมีกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่สามารถระบุได้ร้อยละ 29 ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 86) รองลงมา คือ โปรเตสแตนต์ (ร้อยละ 6) โรมันคาทอลิก (ร้อยละ 3) ฮินดู (ร้อยละ 2) และอื่น ๆ ภาษาที่นิยมใช้ คือ ภาษาบาฮาซา อินโดนีเซีย (Bahasa Indonesia) ซึ่งเป็นภาษาที่ดัดแปลงมาจากภาษามาเลเซียเป็นภาษาราชการ นอกจากนี้ยังมีการใช้ภาษาอื่น ๆ ได้แก่ ภาษาอังกฤษ ดัตช์ และภาษาท้องถิ่น (ภาษาท้องถิ่นที่ใช้กันมากที่สุด ได้แก่ ภาษาชวา) (16) จาก (16)

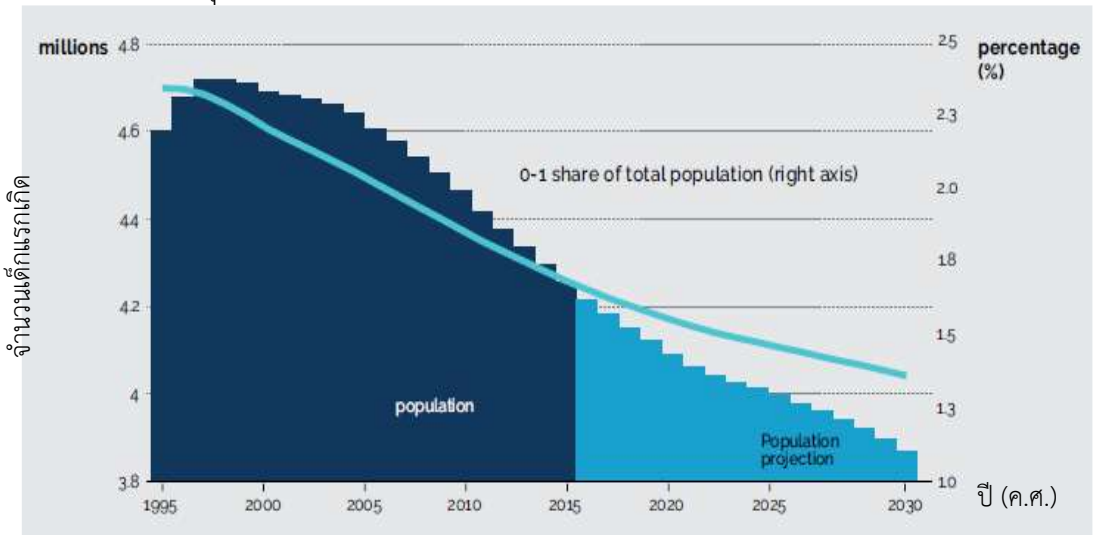
รูปที่ 18 ประชากรอินโดนีเซียส่วนใหญ่มีอายุ 15-19 ปี โดยใน พ.ศ. 2593 มีการคาดการณ์ว่าอินโดนีเซียจะเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุ (16) อัตราเจริญพันธุ์รวมในอินโดนีเซียเท่ากับ 2.3 คนต่อผู้หญิง 1 คน มีอัตราการเสียชีวิตของทารก (อายุน้อยกว่า 12 เดือน) และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 15.9 และ 21.0 ต่อ 1,000 ประชากรที่เกิดใหม่ ตามลำดับ ชาวอินโดนีเซียมีอายุขัยเฉลี่ย 72.30 ปี (104)



ที่มา: CIA world factbook (2563) (16)

รูปที่ 18 โครงสร้างอายุประชากรอินโดนีเซีย

จากการประมาณการจำนวนเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (รูปที่ 19) ใน พ.ศ. 2538 มีเด็กที่ต้องได้วัคซีนประมาณ 4.7 ล้านคน และใน พ.ศ. 2573 เด็กที่ต้องได้วัคซีนจะมีจำนวนลดลงเหลือ 3.9 ล้านคน (หรือลดลงร้อยละ 2.4 จาก พ.ศ. 2538) ซึ่งจะทำให้งบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนลดลง หากไม่มีการเพิ่มวัคซีนใหม่เข้ามาในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ และสามารถนำงบประมาณส่วนที่เหลือไปใช้พัฒนาส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่น การฝึกอบรมบุคลากร การจัดกิจกรรมรณรงค์ (105)



ที่มา: Indonesia Health Financing System Assessment (2559) (105)

รูปที่ 19 จำนวนประชากรเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี (พ.ศ. 2538-2559) และประมาณการจำนวนประชากรเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี (พ.ศ. 2560-2573)

1.3. เศรษฐกิจ

อินโดนีเซียมีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2556 อินโดนีเซียมี GDP ขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 6.2 ต่อปี โดยใน พ.ศ. 2561 อินโดนีเซียมี GDP เท่ากับ 1.1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ และมี GDP growth เท่ากับร้อยละ 5.0 (106) ปัจจัยสำคัญของการเติบโตทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การขยายตัวของการบริโภคภายในประเทศ ความต้องการต่อทรัพยากรธรรมชาติที่เพิ่มขึ้น (ก๊าซธรรมชาติ ถ่านหิน น้ำมันปาล์ม น้ำมันปิโตรเลียม) และการขยายตัวของภาคการผลิต (107) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเศรษฐกิจของอินโดนีเซียจะดีขึ้นตามลำดับ แต่ยังคงมีประชาชนที่ยากจน ซึ่งมีรายได้น้อยกว่า 5.5 ดอลลาร์สหรัฐ/วัน ร้อยละ 62.4 (ข้อมูลใน พ.ศ. 2559) (108)

1.4. การเมืองการปกครอง

อินโดนีเซียมีระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตย นำโดยประธานาธิบดีที่มาจากการเลือกตั้ง มีการบริหารแบบกระจายอำนาจ (decentralization) แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 34 จังหวัด โดยเป็นเขตปกครองพิเศษ 5 จังหวัด คือ จาการ์ตา อาเจะฮ์ ยอกยาการ์ตา ปาปัว และปาปัวตะวันตก ซึ่งแต่ละจังหวัดจะมีเมืองหลวงหรือเมืองหลักอยู่ด้วย (109)

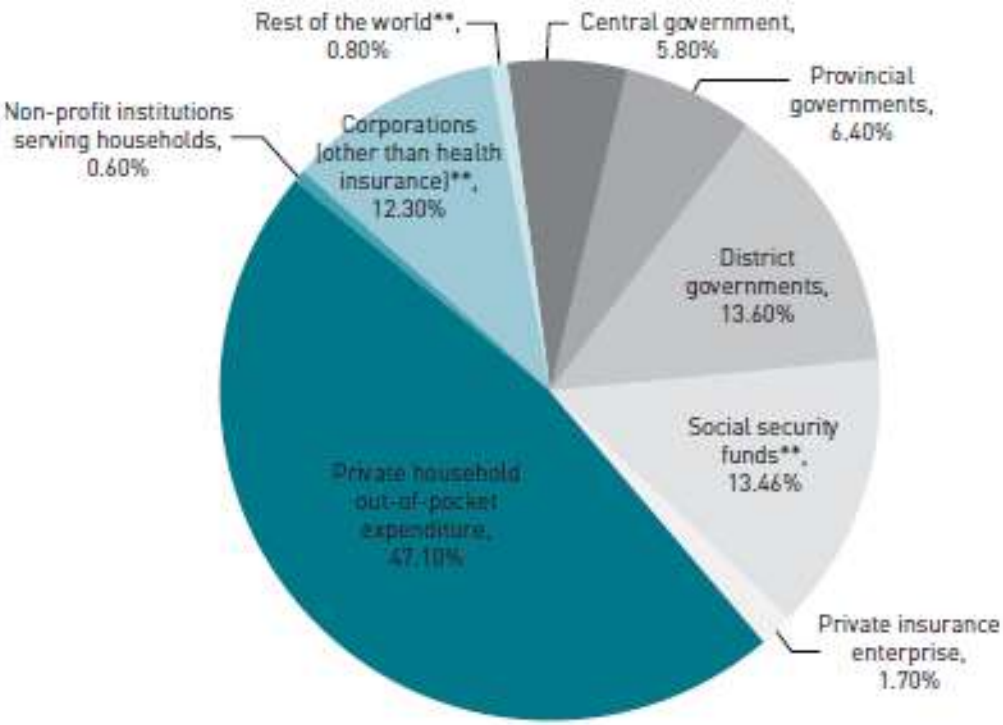
1.5. สถานะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

อินโดนีเซียมีระบบบริการสุขภาพที่ผสมระหว่างการให้บริการของภาครัฐและเอกชน ในส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการหน่วยบริการระดับตติยภูมิและหน่วยบริการเชี่ยวชาญ

รวมทั้งมีหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ จัดทำคู่มือ/มาตรฐานการดำเนินงานต่าง ๆ และจัดหาและส่งเสริมให้มีทรัพยากรทางด้านการแพทย์ให้เพียงพอ ในขณะที่การบริหารจัดการหน่วยบริการในระดับจังหวัดและอำเภอได้มีการกระจายอำนาจให้กับรัฐบาลส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบ

ใน พ.ศ. 2547 อินโดนีเซียเริ่มมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นทางการ (Universal Health Coverage: UHC) โดยได้มีการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance scheme: NHI) มีชื่อเรียกว่า Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ซึ่งดำเนินการโดย Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (110) ในช่วงแรกมีความครอบคลุมเฉพาะคนจน จนกระทั่งใน พ.ศ. 2557 มีการขยายความครอบคลุมของ JKN ให้รวมถึงพนักงานเอกชน จากข้อมูลในช่วงต้นปี พ.ศ. 2560 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากรอินโดนีเซียร้อยละ 67 จากการประเมินดัชนีความครอบคลุมของบริการที่มีความจำเป็น (UHC services coverage Index of essential health services) ของ JKN คิดเป็นร้อยละ 61 (111) จากมาตรฐานบริการที่มีความจำเป็น

อินโดนีเซียมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมต่อหัวประชากร ใน พ.ศ. 2560 เท่ากับ 119 ดอลลาร์สหรัฐ[4] หรือคิดเป็นร้อยละ 2.99 ของ GDP ของประเทศ (106) เป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลกลาง ร้อยละ 5.80 รัฐบาลท้องถิ่น (จังหวัดและอำเภอ) ร้อยละ 20 และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 13.46 ส่วนใหญ่เป็นการใช้เงินจ่ายด้วยตนเองของประชาชน ร้อยละ 47.10 (รูปที่ 20) (110)



** รวมถึงบริษัทที่รัฐบาลถือหุ้น (parastatal companies)

ที่มา: The Republic of Indonesia Health System Review (2560) (110)

รูปที่ 20 แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม

[4] 1 ดอลลาร์สหรัฐ = 32.55 บาท (อัตราแลกเปลี่ยนของธนาคารแห่งประเทศไทยวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2563)

โครงสร้างหน่วยบริการของประเทศอินโดนีเซียประกอบไปด้วย 3 ระดับ ได้แก่ 1) หน่วยบริการ (แบ่งเป็น หน่วยบริการทั่วไปและหน่วยบริการเชี่ยวชาญ) 2) ศูนย์สุขภาพ (health centers หรือ *Pusat Kesehatan Masyarakat*: *Puskesmas)* และ 3) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ (auxiliary health centers หรือ *Puskesmas Pembantu: Pustu)* นอกจากนี้ ยังมีเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพ (extended health networks) ประกอบด้วย หน่วยบริการเคลื่อนที่ในชุมชน ทั้งทางรถและเรือ หน่วยบริการในชุมชน (*Poskesdes*) และหน่วยบริการผดุงครรภ์ (*Polindes*)

สำหรับหน่วยบริการ จำแนกออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

- ประเภท A คือ หน่วยบริการส่งต่อที่มีระดับสูงสุด ให้บริการหลากหลายสาขาความเชี่ยวชาญ อีกทั้งเป็นโรงเรียนแพทย์ กำกับดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข
- ประเภท B คือ หน่วยบริการที่ให้บริการหลากหลายสาขาความเชี่ยวชาญ หรือจำเพาะบางสาขา ตั้งอยู่ในระดับจังหวัด เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อจากหน่วยบริการระดับอำเภอ (district) นอกจากนี้ยังสามารถเป็นโรงเรียนแพทย์ได้
- ประเภท C คือ หน่วยบริการที่ให้บริการที่จำเป็นทั่วไป ได้แก่ อายุรศาสตร์ ศัลยกรรม กุมารเวชศาสตร์ และสูติศาสตร์ เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อจาก *Puskesmas (Health centers)*
- ประเภท D คือ หน่วยบริการที่อยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเป็นประเภท C ซึ่งให้บริการทั่วไป และคลินิกทันตกรรม เป็นหน่วยบริการรับส่งต่อจาก *Puskesmas* ได้เช่นกัน

ใน พ.ศ. 2558 มีหน่วยบริการที่ให้บริการด้านการรักษาในประเทศอินโดนีเซียจำนวน 2,410 แห่ง (เป็นหน่วยบริการเอกชน 1,553 แห่ง หรือร้อยละ 64.4) ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไป 1,782 แห่ง และหน่วยบริการเชี่ยวชาญ 547 แห่ง ส่วน *Puskesmas* ซึ่งทำหน้าที่คล้ายกับ health centers ที่สามารถรองรับได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีจำนวนรวม 3,320 แห่ง (110)

ตารางที่ 15 จำนวนหน่วยบริการในประเทศอินโดนีเซีย จำแนกตามประเทศและสังกัดหน่วยงาน พ.ศ. 2558

หน่วยบริการ	Hospital classification				Non-specified class	รวม
	A	B	C	D		
ภาครัฐ						
MOH	26	6	1	-	-	33
Provincial government	20	45	18	3	13	99
District government	2	122	271	98	63	556
Military	1	15	15	16	77	124
Police	1	3	17	4	17	42
Other ministries	-	1	1	1	4	7
Puskesmas						3,320
รวม	50	192	323	122	174	4,181
ภาคเอกชน						
Non-profit organizations	-	60	258	182	206	706
Private	3	53	133	90	160	439

หน่วยบริการ	Hospital classification				Non-specified class	รวม
	A	B	C	D		
Enterprise/company owned	1	15	79	35	141	271
Individuals	1	1	19	20	33	74
State enterprise	2	6	25	12	18	63
รวม	7	135	514	339	558	1,553
รวมทั้งภาครัฐและเอกชน	57	327	837	461	732	5,734

ที่มา: The Republic of Indonesia Health System Review (2560) (110)

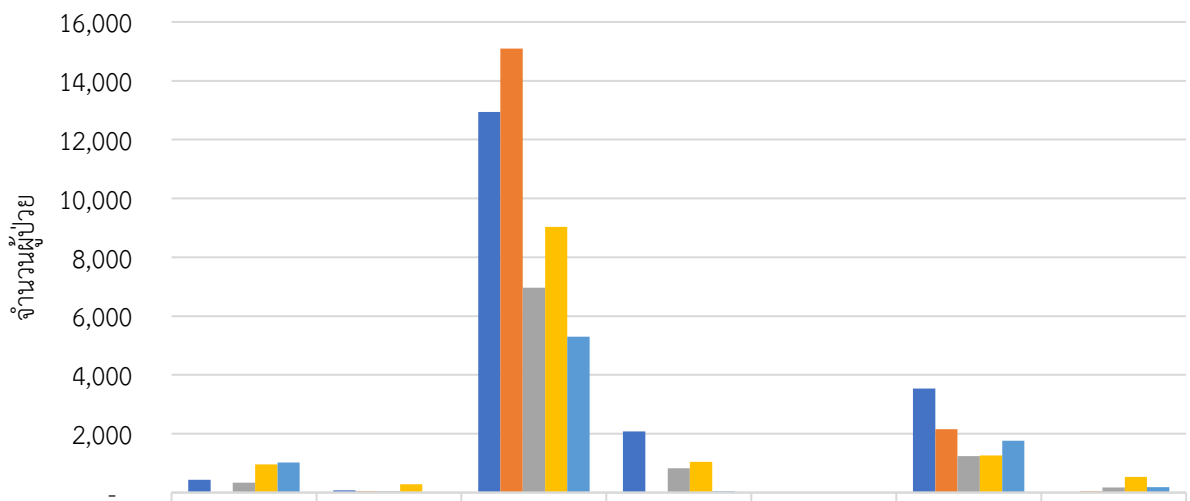
จากข้อมูล พ.ศ. 2560 อินโดนีเซียสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Year: DALYs) ด้วยโรคไม่ติดต่อมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด รองลงมาคือ ภาวะที่มีเลือดออกในสมอง ในขณะที่การเสียชีวิตในเด็กก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นลำดับที่ 9 แม้ว่าจะมีการสูญเสียลดลงมาจาก พ.ศ. 2533 กว่าร้อยละ 70 (33) (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 โรค/ภาวะสุขภาพที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในอินโดนีเซีย พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2560

ลำดับของ พ.ศ. 2560	โรค/ภาวะสุขภาพ	DALY/100,000 ประชากร	
		พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2560
1	โรคหัวใจขาดเลือด	1,438	2,214
2	ภาวะที่มีเลือดออกในสมอง	1,212	1,684
3	เบาหวาน ชนิดที่ 2	572	1,248
4	การดื้อยาวัณโรค	2,663	1,044
5	ท้องร่วง	3,472	913
6	โรคหลอดเลือดสมอง	532	884
7	อาการปวดหลังส่วนล่าง	645	855
8	โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	658	837
9	การเสียชีวิตในเด็ก	2,518	763
10	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	4,457	648

ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2560) (33)

ในแง่ของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (vaccine preventable diseases) ในประเทศอินโดนีเซีย ใน พ.ศ. 2561 พบการระบาดของโรคหัด จำนวน 5,300 ราย โรคหัดเยอรมัน 1,767 คน โรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด 188 คน โรคคอตีบ 1,026 คน โรคไอกรน 40 คน บาดทะยักในเด็กแรกเกิด 14 คน และโปลิโอ 1 คน ตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2561 มีการระบาดของโรคหัด หัดเยอรมัน และบาดทะยัก อย่างต่อเนื่อง (34)



	Diphtheria	Japanese encephalitis	Measles	Pertussis	Polio	Rubella	Rubella (CRS)
2557	430	72	12,943	2,082	-	3,542	-
2558	-	40	15,099	-	-	2,156	44
2559	342	43	6,962	826	-	1,238	174
2560	954	281	9,035	1,043	-	1,264	532
2561	1,026	-	5,300	40	1	1,767	188

แหล่งข้อมูล: World Health Organization (2562) (34)

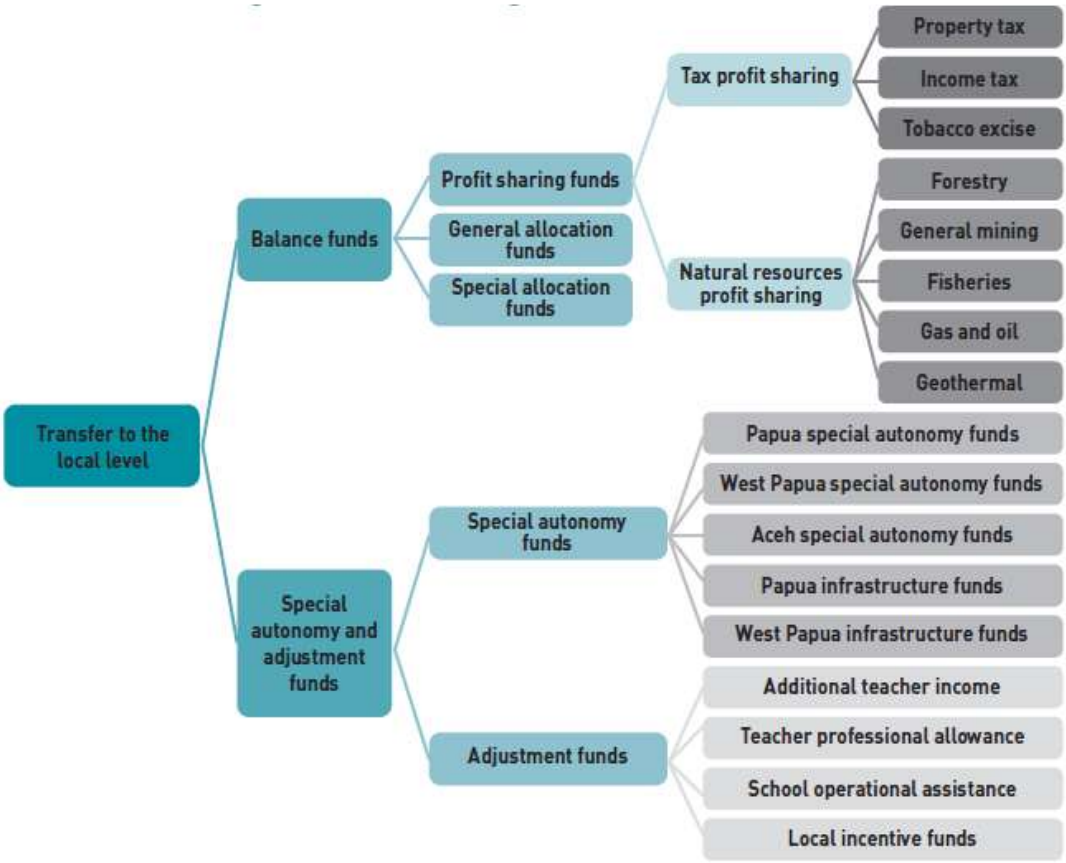
รูปที่ 21 รายงานการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศอินโดนีเซียพ.ศ. 2557-2561

1.6. การเงินการคลัง

แหล่งรายได้ของรัฐบาลกลางอินโดนีเซียได้มาจากหลายแหล่ง ตามกฎหมายเลขที่ 22/1999 ระบุว่า เงินได้ของรัฐบาลกลางเรียกว่า Balancing funds อาจมาจากการเก็บภาษี เงินกู้ยืม และกิจการของรัฐอื่น ๆ โดยจะไม่รวมภาษีจากส่วนท้องถิ่น ข้อมูลจาก พ.ศ. 2556 พบว่ารัฐบาลกลางมีรายได้หลักมาจาก 3 แหล่ง ได้แก่ เงินภาษีทั่วไป ภาษีเงินได้ (ส่วนบุคคลและนิติบุคคล) และภาษีน้ำมันและก๊าซธรรมชาติ โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 34) มาจากภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีสินค้าฟุ่มเฟือย และภาษีสรรพสามิต เช่น บุหรี่; ร้อยละ 29 มาจากภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาและนิติบุคคล; และร้อยละ 20 มาจากภาษีน้ำมันและก๊าซธรรมชาติ (110)

Balancing funds เป็นเงินที่รัฐบาลกลางใช้จัดสรรงบประมาณไปให้กับรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วย 1) sharing funds (DBH) ถูกจัดสรรไปยังส่วนภูมิภาคเพื่อดำเนินกิจกรรมตามความจำเป็นในพื้นที่ 2) general allocated fund (DAU) ถูกจัดสรรไปยังส่วนภูมิภาคเพื่อดำเนินกิจกรรมที่รัฐบาลกำหนดให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ 3) special allocated fund (DAK) ถูกจัดสรรไปยังส่วนภูมิภาคบางพื้นที่เพื่อสนับสนุนกิจกรรมพิเศษ ซึ่งต้องสอดคล้องกับนโยบายของประเทศเช่นเดียวกัน เช่น การจัดบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้ อินโดนีเซียมีการจัดตั้งกองทุนพิเศษ (special autonomy and adjustment funds) ซึ่งมีรูปแบบการจัดเก็บเงินเฉพาะสำหรับดำเนินการในบางพื้นที่ที่มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจและต้องการเงินสนับสนุนเพิ่มเติมจากรัฐบาลกลาง (112) เช่น กองทุนพิเศษของจังหวัด

Papua หรือบางกิจกรรม เช่น กองทุนเพื่อส่งเสริมระบบการศึกษา (ค่าตอบแทนพิเศษสำหรับครู เบี้ยเลี้ยงวิชาชีพครู เงินช่วยเหลือในการดำเนินงานของโรงเรียน) (รูปที่ 22)



ที่มา: The Republic of Indonesia Health System Review (2560) (112)

รูปที่ 22 เงินรายได้ของรัฐบาลกลางอินโดนีเซีย

รัฐบาลส่วนท้องถิ่น (subnational) จะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลาง รวมทั้งมีรายได้จากการจัดเก็บภาษีในระดับท้องถิ่น ที่เรียกว่า Actual Local Revenue (PAD) ซึ่งลักษณะของการจัดเก็บภาษีดังกล่าวเป็นไปตามบทบัญญัติในกฎหมายส่วนท้องถิ่น การจัดเก็บภาษีในระดับท้องถิ่นขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจและขนาดของพื้นที่เช่น Java–Bali เป็นแหล่งทรัพยากรธรรมชาติ จะได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าตอบแทน เป็นเงินที่สูงกว่าพื้นที่ที่ไม่มีแหล่งทรัพยากรธรรมชาติ

การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในส่วนกลางถูกเรียกว่า State Revenue and Expenditure Budget (APBN) โดยการพิจารณาของคณะที่ปรึกษา BAPPENAS ซึ่งรวมถึงเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการคลังอยู่ในคณะที่ปรึกษาฯ ชุดดังกล่าว และอนุมัติโดยรัฐสภา (national parliament: DPR) ตามกฎหมายสุขภาพเลขที่ 36/2009 ใช้วิธีประมาณการงบประมาณเป็นแบบกำหนดสัดส่วนล่วงหน้า (pre-determined percentages) และคำนวณงบประมาณจากรายได้ของรัฐบาลในแต่ละปี รัฐบาลมีนโยบายกำหนดงบประมาณด้านสุขภาพว่าควรต้องมีการจัดสรรประมาณร้อยละ 5 ของงบประมาณทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมารัฐบาลอินโดนีเซียยังไม่สามารถจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพได้ในอัตราที่กฎหมายกำหนด

การจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลกลางไปยังส่วนภูมิภาค เป็นการแบ่งงบประมาณในส่วนของ APBN โดยพิจารณาจัดสรรงบประมาณร่วมกันระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นผ่านคณะกรรมการชื่อว่า BAPPEDA และอนุมัติ

การจัดสรรงบประมาณโดยรัฐสภาส่วนท้องถิ่น (local level parliament: DPRD) การจัดสรรงบประมาณเป็นแบบผสมผสานระหว่างกลวิธีแบบบนลงล่าง (Top-down processing) และล่างขึ้นบน (Bottom-up processing) การประมาณการงบประมาณทั้งของส่วนกลางและส่วนภูมิภาคใช้หลักการพิจารณาคล้าย ๆ กัน คือ พิจารณาจากสถิติการจัดสรรงบประมาณที่ผ่านมา ความต้องการและโครงการที่ต้องการดำเนินการในพื้นที่

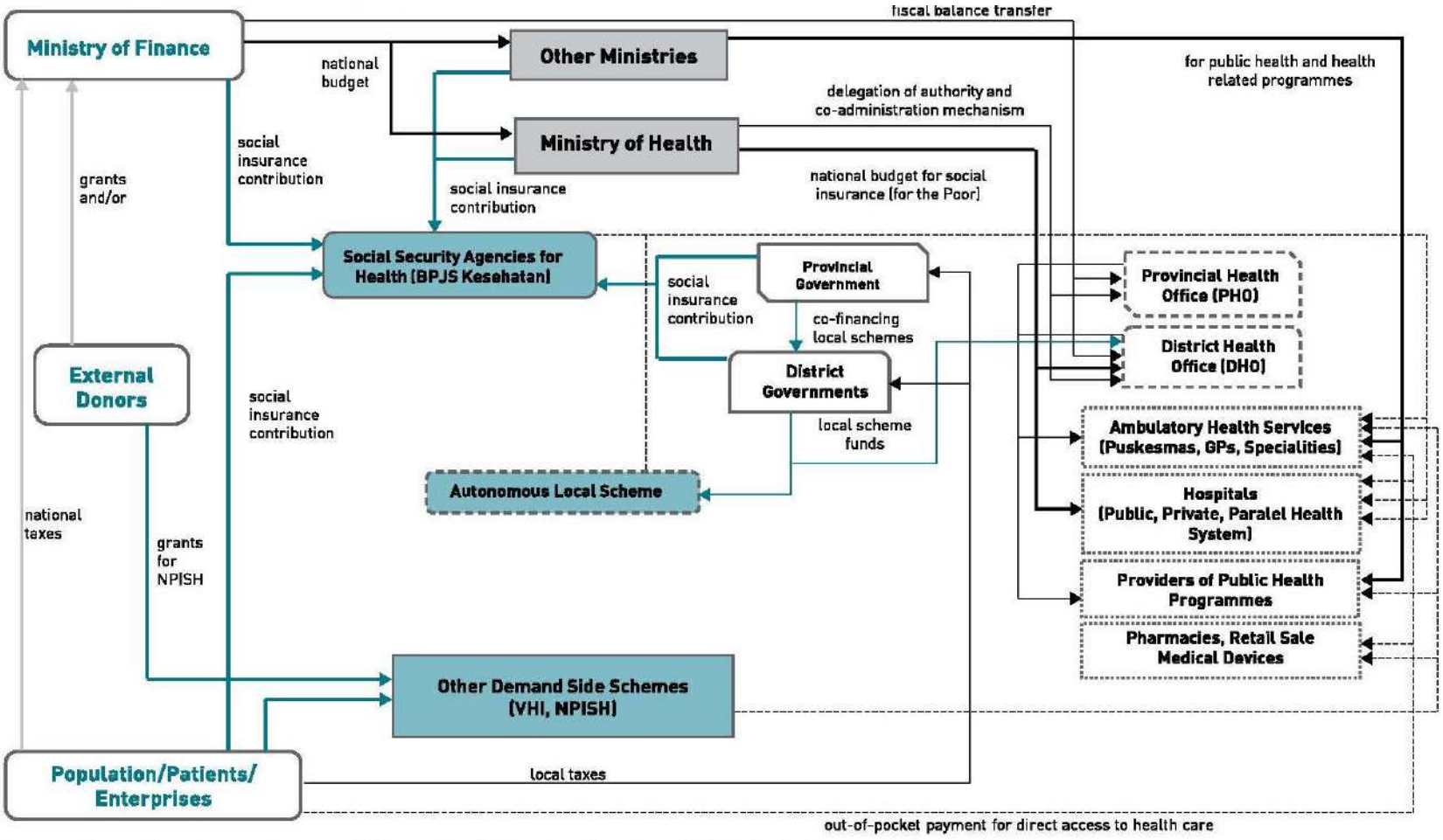
จากรูปที่ 20 จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้มาจากรัฐบาลเพียงร้อยละ 29 และส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายที่มาจากรัฐบาลเป็นของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุนเงินด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มาจากการจ่ายเงินเองของประชาชน และประมาณร้อยละ 0.8 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมาจากแหล่งเงินในต่างประเทศ (Rest of the World: ROW) โดยเงินสนับสนุนนี้มอบให้กับรัฐบาลและหน่วยงานไม่แสวงหากำไรเพื่อการดำเนินการเกี่ยวกับด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ใช้ในการป้องกันโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย

การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพโดยภาครัฐดำเนินการโดยกระทรวงการคลัง ผ่าน 3 ช่องทางหลัก ดังนี้ (รูปที่ 23)

1) การจัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุข โดยเงินที่เป็น general allocated fund (DAU) จะถูกนำไปใช้สำหรับบริหารจัดการหน่วยบริการ (class A) และหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข เช่น National Institute for Health Research and Development และ National Health Manpower Agency และกระจายเงินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (provincial health offices: PHO) เนื่องจากรัฐบาลกลางของอินโดนีเซียมีการกระจายอำนาจไปยังท้องถิ่น (decentralization) เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้จัดการงานด้านสุขภาพในพื้นที่ พัฒนาความสามารถของศูนย์สุขภาพ รวมถึงดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับนโยบายหรือตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประเทศผ่านกองทุนที่เรียกว่า *Dekonsentrasi* (Deconcentration funds หรือ Dekon funds) ส่วนการดำเนินกิจกรรมของศูนย์สุขภาพและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขผ่านรัฐบาลท้องถิ่น งบประมาณเหล่านั้นเรียกว่า *Biaya Operasional Kesehatan* (BOK) ในขณะที่เงิน special allocation fund (DAK) จะถูกจัดสรรโดยตรงให้กับรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อการดำเนินกิจกรรมพิเศษ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ หรือการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น

2) การจัดสรรงบประมาณให้รัฐบาลท้องถิ่น (จังหวัดและอำเภอ) เป็นได้ทั้ง sharing funds (DBH), general allocated fund (DAU) และ special allocation fund (DAK) โดยรัฐบาลท้องถิ่นต้องกระจายเงินให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ และหน่วยบริการ ศูนย์สุขภาพ รวมถึงร้านขายยา เพื่อการจ้างบุคลากรและการให้บริการที่จำเป็นทั่วไป นอกจากนี้เงินของรัฐบาลท้องถิ่นที่ได้ทั้งจากการจัดสรรโดยรัฐบาลกลางและการจัดเก็บภาษีในพื้นที่เอง สามารถนำไปใช้เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพสำหรับพื้นที่ (*Jamkesda*) ได้ เนื่องจากก่อนที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) หลายพื้นที่มีการจัดทำหลักประกันสุขภาพในพื้นที่มาก่อน โดยส่วนใหญ่จะครอบคลุมการรักษาในศูนย์สุขภาพและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ

3) การจัดสรรงบประมาณให้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (BPJS) ซึ่งบริหารโดยหน่วยงาน JKN ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 อินโดนีเซียเริ่มมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมประชากรทุกคน ไม่เฉพาะคนจนหรือพนักงานเอกชน ซึ่งมีการรวมเงิน (pooling) และชุดสิทธิประโยชน์แตกต่างกันไปตามกลุ่มเป้าหมาย (รายละเอียดในข้อ 2.2 การรวมเงิน) เงินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดรับผิดชอบโดยรัฐบาลกลางที่จัดสรรให้กับ BPJS จากนั้น BPJS จึงจะจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการ (รายละเอียดในข้อ 2.4 การซื้อบริการ หรือชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค)



ที่มา: The Republic of Indonesia Health System Review (2560) (110)

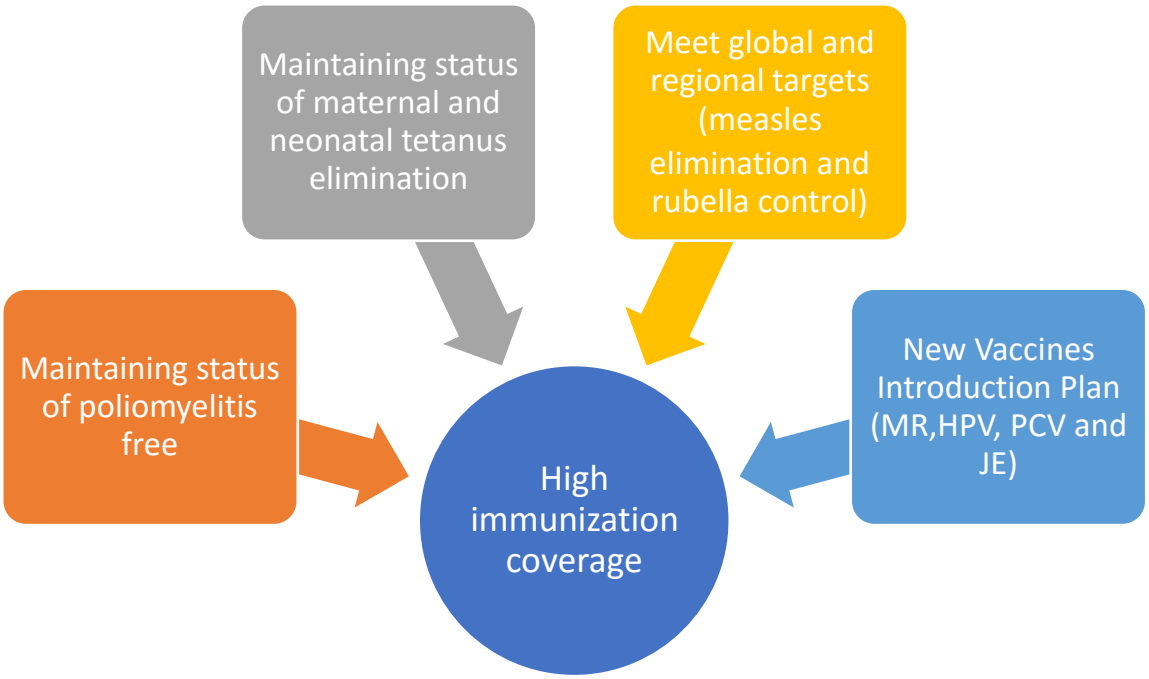
รูปที่ 23 เส้นทางการเงินด้านสุขภาพของอินโดนีเซีย (health financing flow)

1.7. แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ

National Immunization Program (NIP) หรือแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติของอินโดนีเซียเริ่มต้นตั้งแต่ พ.ศ. 2520 โดยความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่จัดทำแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ให้คำปรึกษาทางเทคนิคเกี่ยวกับวัคซีน คู่มือการดำเนินงาน การควบคุมคุณภาพ การอบรม และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน ในขณะที่หน่วยบริการและรัฐบาลท้องถิ่น (ระดับอำเภอ) เป็นผู้ให้บริการ (105)

อินโดนีเซียได้รับการสนับสนุนวัคซีนจาก GAVI ตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2559 แต่ต่อมาเมื่อประเทศมีการพัฒนาเศรษฐกิจมากขึ้นจนไม่เข้าเกณฑ์การสนับสนุนวัคซีนของ GAVI ที่จะต้องมี GNI ต่อหัวประชากรน้อยกว่า 1,000 ดอลลาร์สหรัฐ โดยอินโดนีเซียได้เปลี่ยนผ่านเป็นประเทศที่มีการซื้อวัคซีนพื้นฐานเองทั้งหมดใน พ.ศ. 2560 อย่างไรก็ตาม อินโดนีเซียยังคงได้รับการสนับสนุนวัคซีนใหม่และการสร้างความเข้มแข็งในระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคบางส่วนจาก GAVI จากข้อมูลใน พ.ศ. 2560 อินโดนีเซียยังคงได้รับการสนับสนุนวัคซีน DTP-Hib-HepB-IPV และ HPV จาก GAVI (113) ทั้งนี้เนื่องจาก GAVI เล็งเห็นความสำคัญของความยั่งยืนในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในบางประเทศที่เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์แล้วแต่ยังคงต้องการการสนับสนุนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและการเข้าถึงวัคซีนใหม่ที่ WHO แนะนำ ดังนั้นใน พ.ศ. 2559 คณะกรรมการบริหารของ GAVI จึงมีมติอนุมัติเงินได้ช่วยเหลือประเทศที่เปลี่ยนผ่านแล้ว จำนวน 30 ล้านดอลลาร์สหรัฐจนถึง พ.ศ. 2563 ให้กับประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือ (114) โดยจากการประเมิน Joint Appraisal พบว่ารัฐบาลอินโดนีเซียให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรเด็ก แต่ยังขาดศักยภาพและมีความท้าทายอีกหลายประการในการดำเนินการให้สำเร็จ เช่น ความพร้อมของบุคลากร คุณภาพบริการ รวมถึงความรู้เพื่อบรรจุวัคซีนใหม่ที่ยังไม่อยู่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ดังนั้นอินโดนีเซียจึงได้รับการสนับสนุนจาก GAVI ต่อแม้ว่าเป็นประเทศที่เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์

อินโดนีเซียถือเป็น 1 ใน 10 ประเทศที่มีเด็กยังไม่ได้ฉีดวัคซีนมากที่สุด ดังนั้นเป้าหมายของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2558-2562 มุ่งไปที่การเพิ่มความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน (vaccination coverage) โดยมีความพยายามรักษาระดับการเกิดโปลิโอในประเทศ และกำจัดการเกิดโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด รวมถึงหัดและหัดเยอรมัน พร้อมทั้งมีแผนลงทุนวัคซีนใหม่ให้กับประชาชน ซึ่งเป้าหมายที่ตั้งไว้สอดคล้องกับการสนับสนุนของ GAVI Joint appraisal พ.ศ. 2558-2562 (รูปที่ 24) (115) อย่างไรก็ตาม จากการรวบรวมข้อมูลของ WHO พบว่าใน พ.ศ. 2561 ประเทศอินโดนีเซียดำเนินการฉีดวัคซีนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 8-89 (ตารางที่ 17) (34)



ที่มา: กระทรวงสาธารณสุขอินโดนีเซีย (2560) (115)

รูปที่ 24 เป้าหมายของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2558-2562 ประเทศอินโดนีเซีย

ตารางที่ 17 ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในประเทศอินโดนีเซีย พ.ศ. 2557-2561

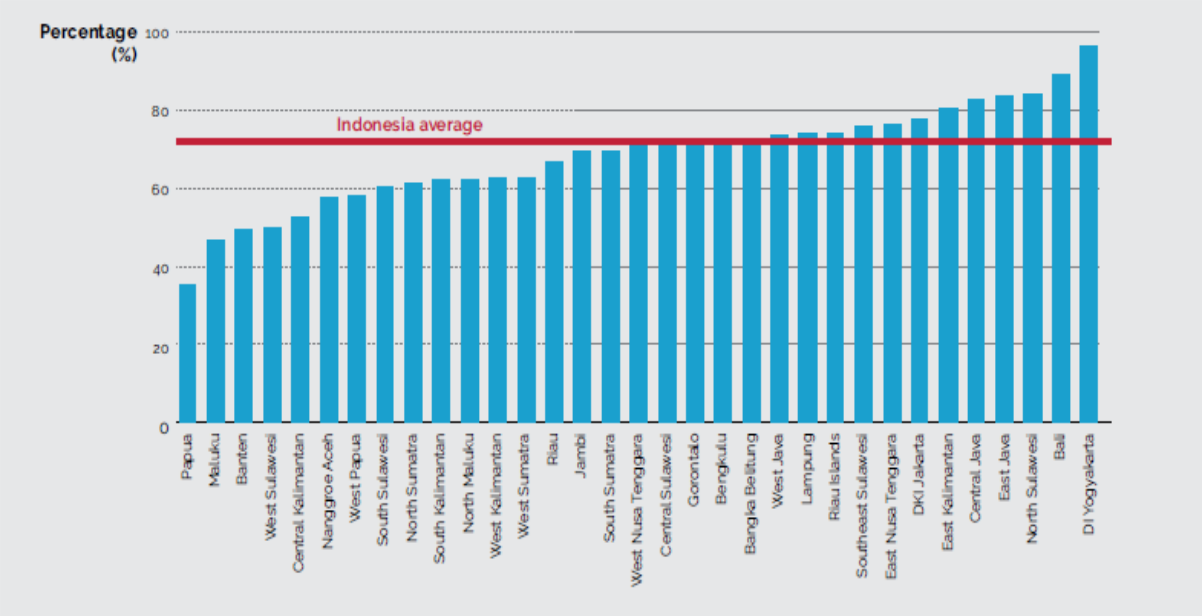
ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน (vaccination coverage)				
			2557	2558	2559	2560	2561
1	BCG vaccine	วัณโรค	94	90	90	93	89
2	DTPvaccine 1	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน	98	90	90	90	79
3	DTP vaccine 3	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน	95	84	84	85	76
4	Hepatitis B vaccine	ตับอักเสบบี	86	82	-	32	54
5	Hepatitis B vaccine 3	ตับอักเสบบี	95	84	85	85	79
6	Hib vaccine 3	ฮิบ	44	93	85	85	79
7	IPV1	โปลิโอ	-	-	2	47	66
8	Live JE vaccine	ไข้สมองอักเสบเจอี	-	-	-	-	71
9	MCV1	หัด	95	87	88	90	85
10	MCV2	หัด	28	31	55	63	52
11	Polio vaccine 3	โปลิโอ	95	85	85	88	79
12	Rubella vaccine1	หัดเยอรมัน	-	-	-	16	57
13	Tetanus vaccine	บาดทะยัก	52	65	65	65	47
14	PCV1	ปอดอักเสบ	-	-	-	16	57
15	PCV2	ปอดอักเสบ	-	-	-	9	53

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน (vaccination coverage)				
			2557	2558	2559	2560	2561
16	PCV3	ปอดอักเสบ	-	-	-	-	8

แหล่งข้อมูล: World Health Organization (2563) (34)

การฉีดวัคซีนสำหรับเด็กควรจะดำเนินการที่หน่วยบริการแม่และเด็ก (*Posyandu)* ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของแม่และเด็กในชุมชน และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้ (116) ร้อยละ 50 ของเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเข้ารับวัคซีนที่หน่วยบริการ (บางพื้นที่มากกว่าร้อยละ 50) ร้อยละ 10 ฉีดวัคซีนที่ศูนย์สุขภาพ (*Puskesmas*) อีกร้อยละ 10 ฉีดวัคซีนที่หน่วยบริการ (*Posyandu)* ส่วนที่เหลือฉีดวัคซีนที่หน่วยบริการผดุงครรภ์ (*Polindes*) หรือที่อื่น ๆ เช่น การฉีดวัคซีนที่บ้านโดยพยาบาล โรงเรียน และคลินิกของทั้งภาครัฐและเอกชน คิดเป็นร้อยละ 66 การฉีดวัคซีนที่โรงเรียน เรียกว่าโปรแกรม School-based Immunization Month (Bulan Imunisasi Anak Sekolah, BIAS) เป็นการให้วัคซีนหัด วัคซีนคอตีบ-บาดทะยักแก่เด็กนักเรียน ป.1-ป.3 (105)

อินโดนีเซียมีปัญหาเรื่องความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงวัคซีนในบางพื้นที่ ตัวอย่างเช่น ใน พ.ศ. 2555 วัคซีน DTP3 ซึ่งเป็นวัคซีนพื้นฐานและเป็นตัวชี้วัดของ UHC ในอินโดนีเซีย ประชากรที่อาศัยอยู่บางพื้นที่ เช่น Bali และ Yogyakarta ได้รับการฉีดวัคซีน DTP3 สูงถึงร้อยละ 90 ของประชากรเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ในขณะที่ Maluku, Banten และ West Sulawesi มีการฉีดวัคซีน DTP3 ไม่ถึงร้อยละ 50 ของประชากรเป้าหมาย โดยที่ Papua มีร้อยละการเข้าถึงน้อยที่สุด คือ เพียงร้อยละ 35 ของประชากรเป้าหมาย (รูปที่ 25) จากการสำรวจใน พ.ศ. 2556 พบว่ามีเพียงร้อยละ 40 ของเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจนที่ได้รับการฉีดวัคซีน DTP3 ในขณะที่เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะดีได้รับการฉีดวัคซีนเดียวกันนี้ร้อยละ 68 (105)



ที่มา: Health financing system assessment (2559) (105)

รูปที่ 25 ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน DTP3 ในแต่ละจังหวัดของอินโดนีเซีย พ.ศ. 2555

2. การบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีน

2.1. ระบบอภิบาลเกี่ยวกับการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการอภิบาลการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอินโดนีเซียมีดังนี้ (ดังรูปที่ 26)

กระทรวงการคลังมีหน้าที่บริหารและจัดสรรงบประมาณแผ่นดินที่เป็นรายได้ของภาครัฐ มีการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านงบประมาณเพื่อความยั่งยืนด้านการเงินการคลังของประเทศ ด้วยการใช้ medium-term fiscal framework (MTFF) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมในระดับนานาชาติเพื่อประมาณการงบประมาณและผลลัพธ์ที่ได้ การประเมินความเสี่ยงด้านการเงินการคลังของรัฐบาลกลางเพื่อจัดทำแผนงบประมาณและงบการเงิน (financial statement) และเปิดเผยความเสี่ยงต่อสาธารณะได้รับทราบ นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้หน่วยงานที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณทำการประเมินองค์กรและจัดลำดับความเสี่ยงด้านการเงินการคลังภายในหน่วยงาน พร้อมทั้งกำหนดมาตรการที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขช่องว่างตามความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง กระทรวงการคลังมีหลักการจัดสรรงบประมาณตามโครงสร้างบริหารของรัฐ ซึ่งเป็นการจัดสรรงบประมาณลงไปตามกระทรวงต่าง ๆ (line ministry) ตามกฎหมายกำหนดให้หน่วยงานที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลผ่านกระทรวงการคลังต้องใช้งบประมาณตามวัตถุประสงค์ที่หน่วยงานกำหนดไว้ นอกจากนี้กระทรวงการคลังสนับสนุนให้แต่ละหน่วยงานมีการควบคุมภายใน มีการทำบัญชีและการรายงาน และมีระบบการตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก (117) มากไปกว่านี้ กระทรวงการคลังมีกระบวนการตรวจสอบการใช้เงินของรัฐบาลที่ได้มีการจัดสรรงบประมาณไปยังกระทรวงต่าง ๆ ร่วมกับกระทรวงส่งเสริมและพัฒนาหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ (Ministry of Empowerment of State Owned Enterprises หรือ MOSOE)

กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่หลักในการบริหารและจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ มีการอภิบาลระบบการเงินการคลังโดยมีการวางแผนยุทธศาสตร์และนโยบายด้านสุขภาพในระดับประเทศผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจวางแผนการทำงานไปยังส่วนภูมิภาคพร้อม ทั้งจัดสรรงบประมาณ ในแง่ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทำ Comprehensive Multi-Year Plan (CMYP) สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยแผนดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับคณะที่ปรึกษา BAPPENAS ปัจจุบันอินโดนีเซียมีแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระยะยาว 20 ปี ระยะกลาง 5 ปี และระยะสั้น 1 ปี ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2558-2562 กำหนดเป้าหมายว่าร้อยละ 95 ของจำนวนอำเภอทั้งหมดต้องมีความครอบคลุมวัคซีนมากกว่าร้อยละ 80 (110, 118) ในแง่ของการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการดังกล่าวให้กับ Indonesian Technical Advisory Group on Immunization (ITAGI) นอกจากนี้ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข มี Directorate General of Pharmaceuticals and Medical Devices (BINFAR) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดซื้อวัคซีน โดยมีนโยบายระดับประเทศกำหนดให้ต้องมีการจัดซื้อวัคซีนทั้งหมดในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติจาก Biofarma ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รัฐเป็นเจ้าของ (state-owned enterprise) ทำหน้าที่ผลิตวัคซีนและจัดหาวัคซีนจาก UNICEF PAHO และหน่วยงานอื่น ๆ (119) โดย BINFAR ดำเนินการจัดซื้อวัคซีน ผ่าน e-Purchasing ซึ่งรับผิดชอบโดย Government Procurement Agency of Goods/Services Portal (LKPP)

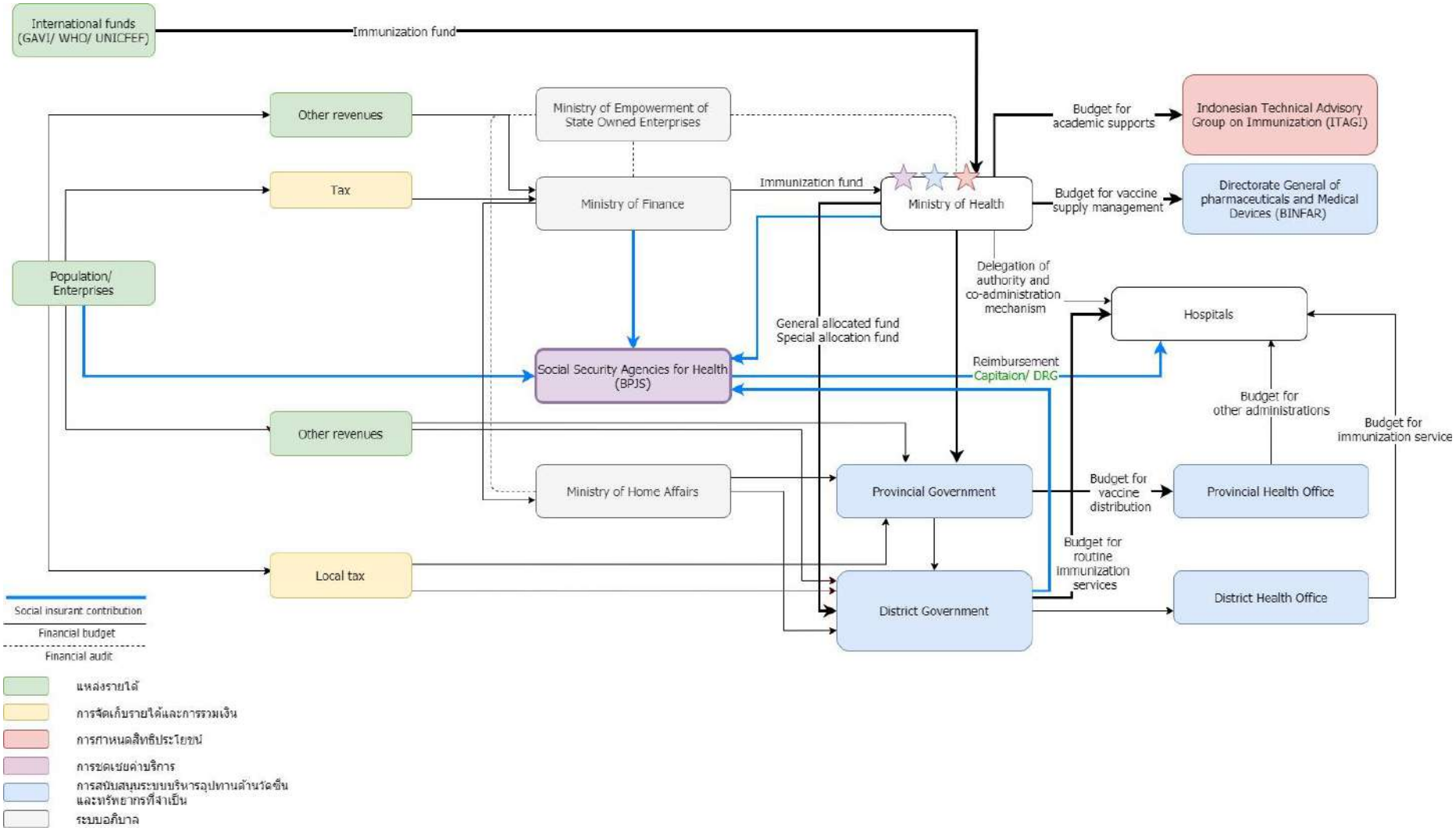
BPJS ทำหน้าที่เป็น National Social Security Agency ซึ่งไม่ได้อยู่ในโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข แต่ได้รับเงินจัดสรรจากกระทรวงการคลังเพื่อสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) เพื่อใช้ในการซื้อบริการ/จ่ายชดเชยบริการสุขภาพให้กับหน่วยบริการที่เข้าร่วม มีกฎหมายเฉพาะในการบริหารกองทุนดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การให้บริการยังไม่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค

รัฐบาลส่วนท้องถิ่น (ระดับจังหวัดและอำเภอ) ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางเพื่อดำเนินการด้านสุขภาพ สำหรับรัฐบาลระดับจังหวัดมีหน้าที่รับผิดชอบงบประมาณสำหรับบริหารจัดการแก่หน่วยบริการ และในแง่ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะต้องสนับสนุนงบประมาณสำหรับกระจายวัคซีนไปยังหน่วยบริการ ในขณะที่รัฐบาลระดับอำเภอมีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการลงพื้นที่ให้บริการแก่หน่วยบริการ ส่วนงบประมาณค่าบริหารจัดการในหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคกระทรวงสาธารณสุขจะจัดสรรให้กับหน่วยบริการโดยตรง อย่างไรก็ตาม งบประมาณดังกล่าวยังขาดกลไกการตรวจสอบที่น่าเชื่อถือ อีกทั้งการจัดสรรงบประมาณไปยังกระทรวงมหาดไทย (นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข) ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการติดตามประสิทธิผลการทำงานและผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ การจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลส่วนกลางไปยังรัฐบาลส่วนท้องถิ่นเป็น block grant รัฐบาลส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการใช้งบประมาณเองแต่ไม่มีรายงานการเงิน ซึ่งก่อให้เกิดความไม่โปร่งใสในการใช้งบประมาณ (110) ในขณะที่องค์กรไม่แสวงหากำไรในอินโดนีเซียที่ได้รับเงินสนับสนุนตามกฎหมาย ต้องมีรายงานการเงินและผลการดำเนินงานต่อกระทรวงที่เกี่ยวข้อง

ในแง่ของการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พบปัญหาการเงินการคลังในเรื่องการจัดบริการให้วัคซีนเชิงรุกในพื้นที่ห่างไกลและการบำรุงรักษาระบบลูกโซ่ความเย็น รัฐบาลระดับจังหวัดได้รับงบประมาณที่จัดสรรโดยตรงจากกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารจัดการหน่วยบริการและศูนย์สุขภาพในพื้นที่จังหวัดและอำเภอ แต่รัฐบาลระดับจังหวัดไม่ได้อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการรายงานผลการดำเนินการและงบการเงินทั้งหมดจึงถูกส่งไปยังกระทรวงมหาดไทย (Ministry of Home Affairs) ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข ทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถติดตามผลการดำเนินการและงบการเงินได้เพราะขาดอำนาจตรวจสอบ เช่นเดียวกันกับรัฐบาลระดับอำเภอที่ได้รับงบประมาณที่จัดสรรจากทั้งกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อทำหน้าที่ขนส่ง กระจาย และให้บริการฉีดวัคซีนหน่วยบริการ แต่ไม่ได้อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำให้ไม่สามารถติดตามผลการดำเนินการและงบการเงินได้ การทำงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของรัฐบาลระดับจังหวัดและอำเภอไม่เชื่อมโยงกันและไม่มีประสิทธิภาพ เพราะทั้งรัฐบาลระดับจังหวัดและอำเภอต่างมีอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณในส่วนของตัวเอง หน่วยบริการก็เช่นเดียวกัน เป็นไปไม่ได้เลยที่จะติดตามผลการดำเนินการและงบการเงินที่ใช้ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค นอกเหนือจากจำนวนวัคซีนในคลังสินค้าที่สามารถติดตามได้ (105)

กระทรวงสาธารณสุขพยายามค้นหาวิธีการปรับปรุงการอภิบาลระบบบริการสุขภาพให้มีความโปร่งใสและน่าเชื่อถือ ซึ่งมีความสำคัญกับการเงินการคลังและบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รัฐบาลอินโดนีเซียได้จัดทำรายการยา (รวมถึงวัคซีน) และเครื่องมือแพทย์พื้นฐานไว้สำหรับทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น เพื่อใช้กำหนดคุณภาพบริการของหน่วยบริการ และกำหนดให้ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีกลไกการลงโทษหรือให้รางวัลแก่หน่วยงานบริการ ในกรณีที่ดำเนินการสำเร็จหรือไม่สำเร็จตามตัวชี้วัด นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขกำลังพัฒนารูปแบบจัดสรรงบประมาณตามผลการดำเนินงานผ่านวงเงินเหมาจ่ายไปยังรัฐบาลส่วนภูมิภาคเพื่อเป็นการจูงใจด้านการเงินให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การพัฒนารูปแบบจัดสรรงบประมาณตามผลการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงกับการมีรายการยาและเครื่องมือแพทย์พื้นฐานนี้ ในขณะที่ธนาคารโลกให้ความสนใจและสามารถให้กู้ยืมเงินเพื่อจัดทำรายการยาและเครื่องมือแพทย์พื้นฐาน

ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นว่า ในปัจจุบันอินโดนีเซียยังคงได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก GAVI โดยอินโดนีเซียต้องดำเนินการตามนโยบาย Gavi's Transparency and Accountability Policy (TAP) ซึ่งมีรายละเอียดข้อกำหนดและเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณ การรายงานงบการเงิน และการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก นอกจากนี้ ประเทศที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก GAVI ต้องได้รับการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานอย่างเข้มงวดและต้องส่งรายงานผลการดำเนินงานตามงวดเงิน หากเอกสารไม่มีคุณภาพเพียงพอก็อาจจะถูกปฏิเสธการสนับสนุนเงิน โดยก่อนที่จะมีการทำสัญญารับเงินสนับสนุนทั้ง GAVI และประเทศที่ต้องการเงินสนับสนุนต้องยอมรับกรอบการปฏิบัติงาน แผนการตรวจสอบ และการประเมินผลการดำเนินงาน (105)

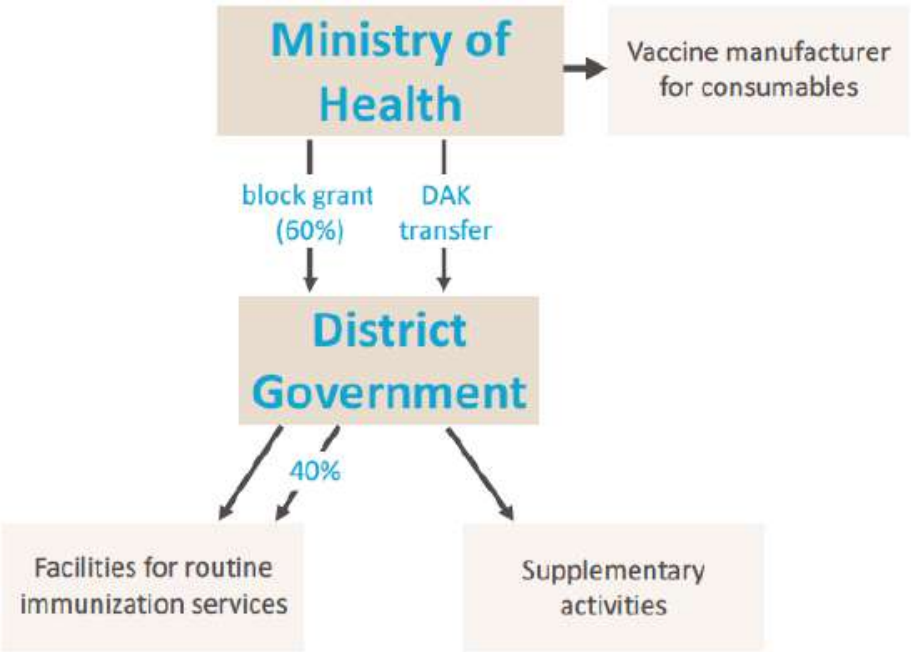


รูปที่ 26 เส้นทางการเงินด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของอินโดนีเซีย

2.2. แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บรายได้

ใน พ.ศ. 2557 อินโดนีเซียมีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคประมาณ 155 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งคิดเป็นน้อยกว่าร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด แหล่งรายได้ที่ถูกนำมาใช้เพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคส่วนหนึ่งมาจากรัฐบาลประมาณ 140.7 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ร้อยละ 91) และอีกส่วนหนึ่งมาจากการสนับสนุนของหน่วยงานต่างประเทศจำนวน 14.3 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ร้อยละ 9) (119)

ในปีเดียวกัน (พ.ศ. 2557) สำหรับงบประมาณที่มาจากรัฐบาลสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 งบประมาณมาจากรัฐบาลกลางจัดสรรให้กับกระทรวงสาธารณสุขโดยตรงเป็น block grant คิดเป็นร้อยละ 60 ของงบประมาณเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค ซึ่งจัดสรรจาก general allocated fund (DAU) เพื่อจัดซื้อวัคซีนสำหรับแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติและวัคซีนที่ยังไม่รวมอยู่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ จ่ายค่าตอบแทนบุคลากร (เฉพาะที่ทำงานภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โดยจ่ายผ่านระบบเงินเดือนข้าราชการ) ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับระบบลูกโซ่ความเย็น (cold chain) และค่าขนส่งกระจายวัคซีนจากส่วนกลางไปยังส่วนภูมิภาค มากไปกว่านั้น กระทรวงสาธารณสุขยังสนับสนุนเงินพิเศษในหมวด special allocation fund (DAK) ให้แก่รัฐบาลระดับอำเภอเท่านั้น เพื่อดำเนินกิจกรรมพิเศษด้านสุขภาพ อาทิ การรณรงค์เรื่องวัคซีน หรือการบำรุงรักษาระบบลูกโซ่ความเย็น ส่วนที่ 2 งบประมาณจากรัฐบาลระดับอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 40 ของงบประมาณเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค (รูปที่ 27) (119)

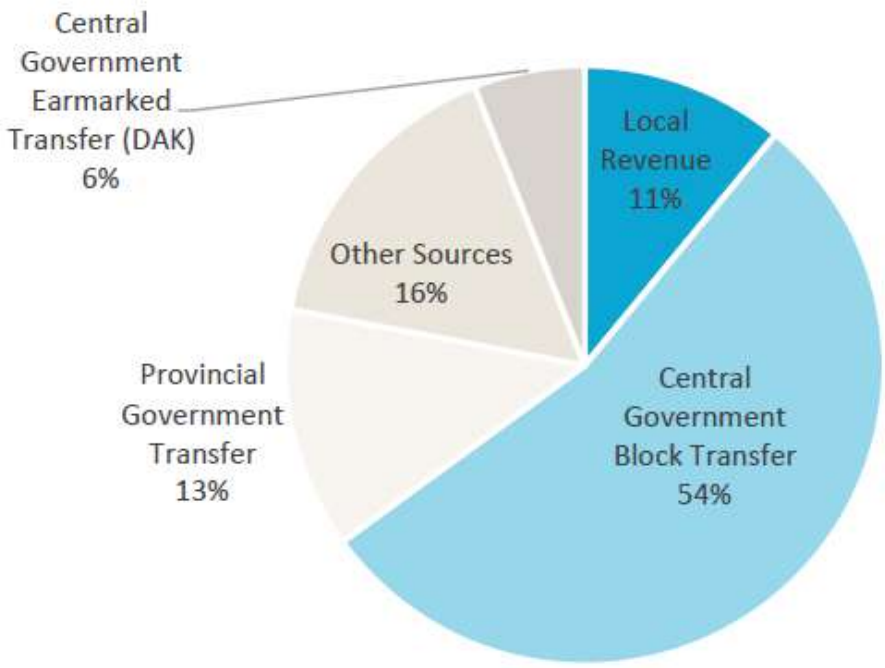


ที่มา: Sustainable Immunization Financing in Asia Pacific (2560) (119)

รูปที่ 27 การจัดสรรงบประมาณของรัฐเพื่อการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอินโดนีเซีย พ.ศ. 2557

เมื่อวิเคราะห์เฉพาะงบประมาณจากรัฐบาลท้องถิ่นในระดับอำเภอได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลกลางร้อยละ 54 และรัฐบาลท้องถิ่นส่วนจังหวัดร้อยละ 13 และร้อยละ 16 ได้รับจากแหล่งอื่น ๆ อาทิ การบริจาคและการกู้ยืมเงิน (รูปที่ 28) งบประมาณดังกล่าวนี้ถูกใช้ไปในด้านสุขภาพ (ไม่จำเพาะการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) ประมาณร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังพบว่ารัฐบาลท้องถิ่นในระดับอำเภอกว่าร้อยละ 60 มีการใช้

งบประมาณไปในด้านสุขภาพน้อยกว่าร้อยละ 5 ของงบประมาณทั้งหมด ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นว่ากระทรวงสาธารณสุขสามารถสนับสนุนเงินพิเศษในหมวด special allocation fund (DAK) ให้แก่รัฐบาลระดับอำเภอได้ โดยใน พ.ศ. 2557 รัฐบาลระดับอำเภอได้รับงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดำเนินการกิจกรรมพิเศษด้านสุขภาพร้อยละ 6 ปัญหาที่พบของการใช้งบประมาณในส่วนนี้คือ รัฐบาลระดับอำเภอ ไม่ใช้งบประมาณในส่วนนี้เนื่องด้วยหลายเหตุผล รวมถึงขาดการมีส่วนร่วมและล่าช้าในการนำนโยบายด้านสุขภาพจากส่วนกลางมาแปลงเป็นกิจกรรม (119)



ที่มา: Sustainable Immunization Financing in Asia Pacific (2560) (119)

รูปที่ 28 แหล่งที่มางบประมาณของรัฐบาลระดับอำเภอ พ.ศ. 2557

ในขณะเดียวกัน งบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคบางส่วนมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (JKN) โดย BPJS จ่ายค่าบริการปฐมภูมิ (primary care) (รวมถึงการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค) เป็นเงินเหมาจ่ายรายหัวแก่หน่วยบริการ การจ่ายเงินสำหรับบริการปฐมภูมินี้ขึ้นอยู่กับความสำเร็จในการดำเนินการตามตัวชี้วัด ดังนั้นจึงสามารถยกเลิกเงินสนับสนุนดังกล่าวได้หากหน่วยบริการไม่สามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัด แต่อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันไม่มีตัวชี้วัดจำเพาะกับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค เช่น ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน เงินสนับสนุนนี้จะถูกโอนไปยังหน่วยบริการผ่านรัฐบาลระดับอำเภอ โดยร้อยละ 60 ใช้สำหรับค่าตอบแทนพิเศษแก่เจ้าหน้าที่ และร้อยละ 40 ใช้เป็นค่าดำเนินการ (119)

นอกจากแหล่งเงินในประเทศที่จัดสรรจากรัฐบาล อินโดนีเซียยังได้รับเงินสนับสนุนสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก GAVI แม้ว่าอินโดนีเซียได้เปลี่ยนผ่านเป็นประเทศที่มีการลงทุนวัคซีนพื้นฐานเองทั้งหมดใน พ.ศ. 2560 เนื่องจากประเทศมีการพัฒนาเศรษฐกิจมากขึ้นจนไม่เข้าเกณฑ์การสนับสนุนวัคซีนของ GAVI จากข้อมูล พ.ศ. 2557 GAVI ได้ให้เงินสนับสนุนให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่อินโดนีเซียจำนวน 14.3

ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของค่าใช้จ่ายให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้งหมด (154 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) (119)

จากข้อมูลใน พ.ศ. 2561 อินโดนีเซียได้รับเงินสนับสนุนจาก GAVI เป็นจำนวน 193.9 ล้านดอลลาร์สหรัฐตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2561 โดยไม่ได้ถูกนำไปใช้ในการจัดซื้อวัคซีนใหม่ที่ยังไม่อยู่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเท่านั้น แต่ยังถูกนำไปใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพ เช่น การสร้างระบบสารสนเทศสำหรับการติดตามและรายงานผลการฉีดวัคซีน สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การฝึกอบรมบุคลากรเพื่อให้สามารถฉีดวัคซีนอย่างปลอดภัย รวมถึงอุปกรณ์จำเป็นอื่น ๆ นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมองค์กรไม่แสวงหากำไรที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือการดำเนินการเกี่ยวกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ตารางที่ 18) (105)

ตารางที่ 18 หมวดหมู่และงบประมาณที่ GAVI สนับสนุนอินโดนีเซียตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2561

หมวดหมู่ของการสนับสนุน	มูลค่าเงินสนับสนุน (ล้านดอลลาร์สหรัฐ)
New and underused vaccine support	130.9
Health system strengthening support	24.8
Immunization services support	12.6
Operational support	-
Injection safety support (ได้แก่ AD (auto-disable) syringes and safety boxes)	9.9
Vaccine introduction grant	11.6
Civil society organization support	3.9
Human papillomavirus vaccine demonstration cash support	0.2
Product switch grant	-
Transition grant	-
Ebola EPI recovery grant	-
Cold chain equipment optimization platform	-
รวม	193.9

แหล่งข้อมูล: GAVI (2561) (105)

2.3. การรวมเงินทุน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศอินโดนีเซียมีแหล่งเงินที่สำคัญทั้งหมด 4 แหล่ง ได้แก่ 1) เงินงบประมาณในภาครัฐ 2) เงินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) 3) เงินที่ประชาชนจ่ายด้วยตนเอง และ 4) เงินจากต่างประเทศ ในส่วนนี้จะกล่าวถึงกลไกการรวมเงินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) ซึ่งได้จากการจ่ายสมบทจากประชาชน นายจ้าง และรัฐบาล

สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) สามารถจำแนกได้ 3 โปรแกรมตามกลุ่มเป้าหมาย โดยแต่ละโปรแกรมจะมีชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 การรวมเงินทุนด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) จำแนกตามโปรแกรม

โปรแกรม	กลุ่มเป้าหมาย	การรวมเงิน (ต่อเดือน)	ชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ
PBI (*Penerima Bantuan Iuran*)	คนจนซึ่งเป็นไปตามนิยามกฎหมาย เลขที่ 101 ค.ศ. 2013	สนับสนุนจากรัฐบาล (เฉลี่ยประมาณ รูปีอินโดนีเซีย 23,000[5])	ชุดสิทธิประโยชน์ชั้น 3
แรงงานในระบบและครอบครัว	ข้าราชการ (ทหาร/ตำรวจ/พนักงานของรัฐ)	สมทบระหว่างข้าราชการและนายจ้าง (รัฐบาล) ประมาณร้อยละ 5 ของเงินเดือน โดยที่ข้าราชการจ่ายร้อยละ 2 และนายจ้างจ่ายร้อยละ 3	● ข้าราชการระดับ 1 และ 2 ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ชั้น 2 ● ข้าราชการระดับ 3 และ 4 ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ชั้น 1
	พนักงานเอกชน/เจ้าของกิจการที่มีการจดทะเบียน	สมทบระหว่างพนักงานเอกชน/เจ้าของกิจการและนายจ้าง (บริษัทเอกชน) ประมาณร้อยละ 5 ของเงินเดือน โดยที่พนักงานเอกชน/เจ้าของกิจการจ่ายร้อยละ 0.5 และนายจ้างจ่ายร้อยละ 4.5	ขึ้นอยู่กับเงินสมทบ ● เงินสมทบน้อยกว่า 1.5 เท่าของเงินเดือน (ไม่รวมภาษี) ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ชั้น 2 ● เงินสมทบ 1.5-2 เท่าของเงินเดือน (ไม่รวมภาษี) ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ชั้น 1
แรงงานนอกระบบ	เจ้าของธุรกิจและพนักงานที่เป็นแรงงานนอกระบบ	ประกันตนเองตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ● แพ็กเกจประกันชั้น 1 = รูปีอินโดนีเซีย 80,000 ● แพ็กเกจประกันชั้น 2 = รูปีอินโดนีเซีย 51,000 ● แพ็กเกจประกันชั้น 3 = รูปีอินโดนีเซีย 30,000	ขึ้นอยู่กับเงินประกันตนที่จ่าย

[5] 1 รูปีอินโดนีเซีย = 2.27 บาท (อัตราแลกเปลี่ยนของธนาคารแห่งประเทศไทยวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2563)

โปรแกรม	กลุ่มเป้าหมาย	การรวมเงิน (ต่อเดือน)	ชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ
	ผู้เกษียณอายุ	สมทบระหว่างผู้เกษียณอายุและนายจ้าง (รัฐบาล) ร้อยละ 5 ของเงินตอบแทน โดยที่ผู้เกษียณอายุจ่ายร้อยละ 2 และนายจ้างจ่ายร้อยละ 3	• ข้าราชการระดับ 1 และ 2 ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ชั้น 2 • ข้าราชการระดับ 3 และ 4 ใช้ชุดสิทธิประโยชน์ชั้น 1
	ทหารผ่านศึก หรือครอบครัวทหารผ่านศึก	สนับสนุนจากรัฐบาล ร้อยละ 5 ของร้อยละ 45 ของฐานเงินเดือนข้าราชการระดับ 3	ชุดสิทธิประโยชน์ชั้น 1

ที่มา: The Republic of Indonesia Health System Review (2560) (110)

2.4. การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน

การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนเป็นหน้าที่ของ National Immunization Technical Advisory Group (NITAG) ซึ่งในอินโดนีเซียเรียกว่า Indonesian Technical Advisory Group on Immunization (ITAGI) ถูกแต่งตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2550 ประกอบด้วย ผู้แทนจากรัฐบาล ผู้บริจาค ตัวแทนสมาคมวิชาชีพ เช่น สมาคมกุมารแพทย์ สมาคมโรคติดเชื้อ นักระบาดวิทยา นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และองค์กรภาคประชาสังคม โดยมีสมาชิกจำนวน 18 คน ประธานถูกคัดเลือกโดยอธิบดีกรมควบคุมโรค ส่วนเลขานุการถูกคัดเลือกโดยสมาชิก ITAGI มีหน้าที่ 1) ติดตามและประเมินการพัฒนาความรู้ทางด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงการพัฒนาและผลิตวัคซีนใหม่ 2) ติดตามและประเมินแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการปรับปรุง (รวมถึงการพิจารณาตารางการให้วัคซีน) 3) สื่อสารและประสานงานที่เกี่ยวข้องกับแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ และสถาบัน/องค์กรวิชาชีพทั้งในระดับภูมิภาคและระดับประเทศ 4) ให้คำปรึกษาแก่ผู้กำหนดนโยบาย และ 5) รายงานผลการดำเนินงานต่อกระทรวงสาธารณสุขโดยผ่านอธิบดีกรมควบคุมโรค (120)

ที่ผ่านมา ITAGI มีบทบาทที่สำคัญในกระบวนการพิจารณาวัคซีนใหม่ที่ยังไม่ได้บรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โดยการให้คำแนะนำผ่านการทบทวนและประเมินหลักฐานวิชาการ โดยคำนึงถึงเรื่องผลกระทบงบประมาณและความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (implementation) เป็นสำคัญ ข้อมูลภาระโรคและผลจากโครงการนำร่องถือเป็นข้อมูลที่สำคัญที่มีผลต่อการพิจารณาวัคซีนใหม่เข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลต่าง ๆ ที่ ITAGI นำมาใช้ในปัจจุบันเป็นข้อมูลจากประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน ภายใต้ ITAGI มีคณะทำงานที่กำกับติดตามเฉพาะวัคซีนที่ยังไม่ได้บรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติที่น่าสนใจ เพื่อให้คำแนะนำด้านการเงินการคลังแก่ผู้อำนวยการของ Immunization and Quarantine Directorate (IQD) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และการขึ้นทะเบียนวัคซีนแก่ National Agency of Drug and Food Control (NADFC) เพื่อให้ NADFC ตรวจสอบและรับรองคุณภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัยของวัคซีนก่อนนำเข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ (119) การแต่งตั้ง ITAGI เป็นก้าวที่ดีเนื่องจากสามารถดำเนินการได้อย่างโปร่งใสและได้รับการยอมรับจากทั่วโลก กล่าวคือ ITAGI ไม่มีอำนาจหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับการตัดสินใจด้านงบประมาณ เมื่อเทียบกับให้หน่วยงาน

ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ โดยมีการทำงานร่วมกันกับ Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) ของ WHO และให้คำแนะนำแก่หน่วยงานรัฐภายในประเทศเป็นอย่างดี (121) ที่ผ่านมาจากประสบการณ์ของวัคซีนโปลิโอ ITAGI สามารถให้คำแนะนำได้อย่างทันเหตุการณ์ ทำงานบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการเพื่อประเมินปัญหาและให้คำแนะนำ มีการประชุมหารือภายในหลายครั้งก่อนให้คำแนะนำแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (120)

อินโดนีเซียได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment (HTA) Committee) ในกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2557 เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ ๆ ที่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบ/โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรวมถึงยา เครื่องมือแพทย์ การวินิจฉัยและหัตถการต่าง ๆ (110) โดยการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ ITAGI ในการทบทวนความคุ้มค่าและภาระงบประมาณของวัคซีนได้ ทำให้ผู้มีส่วนได้เสียสามารถตัดสินใจเพิ่มการลงทุนในวัคซีนที่มีความจำเป็น (119) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันยังไม่มีการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบงบประมาณของวัคซีนในบริบทของอินโดนีเซียเพื่อใช้ประโยชน์ในแง่ของการพิจารณาลงทุนในการให้วัคซีน

ตารางที่ 20 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนในอินโดนีเซีย

หน่วยงาน	หน้าที่
ITAGI	ติดตามและประเมินแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการปรับปรุง (รวมถึงการพิจารณาตารางการให้วัคซีน)
MOH	กำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ
IQD	เตรียมงบประมาณและความพร้อมในการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน
NADFC	ตรวจสอบและรับรองคุณภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัยของวัคซีนเพื่อขึ้นทะเบียนวัคซีน ก่อนเข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ
SAGE WHO	ให้คำแนะนำด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
HTA committee	ประเมินความคุ้มค่าของวัคซีนใหม่ที่ยังไม่ถูกบรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ
Parliament	พิจารณาและอนุมัติงบประมาณก่อนนำวัคซีนเข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ

ที่มา: Martha Coe (2560) (119)

ในอินโดนีเซียสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนถูกกำหนดให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน ตารางการให้วัคซีนพื้นฐานของอินโดนีเซียเป็นไปตามคำแนะนำของ WHO โดยตารางการให้วัคซีนจะได้รับการทบทวนและแก้ไขเป็นประจำทุกปี โดย ITAGI ข้อมูลจาก WHO/UNICEF joint reporting form (JRF) พ.ศ. 2561 (122) แสดงให้เห็นว่า ในอินโดนีเซียมีการให้บริการด้านวัคซีนจำนวน 12 รายการ (ไม่เฉพาะวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ) รวมถึงมีการให้วิตามิน เอ ในเด็กอายุ 6-59 เดือน (ตารางที่ 21) แต่สำหรับวัคซีนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่วัคซีนพื้นฐานตามคำแนะนำของ WHO อินโดนีเซียอยู่ในระหว่างดำเนินการรวบรวมข้อมูลและพิจารณา

ตารางที่ 21 รายการวัคซีนที่ให้บริการในประเทศอินโดนีเซีย พ.ศ. 2563

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	กลุ่มเป้าหมาย	ความครอบคลุมพื้นที่
1	BCG vaccine	วัณโรค	เด็กแรกเกิด	ทั่วประเทศ
2	Hepatitis B vaccine (สำหรับเด็ก)	ตับอักเสบบี	เด็กแรกเกิด 0-24 ชม.	ทั่วประเทศ
3	DTwPHibHepB vaccine*	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ฮิบ และ ตับอักเสบบี	เด็ก 2, 3, 4, 18 เดือน	ทั่วประเทศ
4	DT vaccine	คอตีบและ บาดทะยัก	เด็ก 6-7 ปี	ทั่วประเทศ
5	Td vaccine	ไอกรน	เด็ก 7-8, 8-9 ปี ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ 15-39 ปี	ทั่วประเทศ
6	OPV	โปลิโอ	เด็ก 1, 2, 4 เดือน	ทั่วประเทศ
7	IPV*	โปลิโอ	เด็ก 4 เดือน	ทั่วประเทศ
8	Measles vaccine	หัด	เด็ก 9, 24 เดือน และ 7 ปี	28 จังหวัดของเกาะ Java
9	MR vaccine	หัดและหัดเยอรมัน	เด็ก 9, 18-24 เดือน และ 7 ปี	เริ่มใน 6 จังหวัดของเกาะ Java และจะเริ่มใน 28 จังหวัดของเกาะ Java ที่ได้รับวัคซีน Measles ครบ
10	HPV*	ติดเชื้อ human papilloma virus	เด็กผู้หญิง 11-12 ปี	Jakarta, 2 อำเภอใน Yogyakarta และ 1 อำเภอใน East Java
11	Pneumococcal conjugate vaccine	ปอดอักเสบ	เด็ก 2, 3, 12 เดือน	Mataram และ อำเภอ West Lombok, East Lombok, Central Lombok ใน Nusa Tenggara Timur (NTT)
12	Live JE vaccine	ไข้สมองอักเสบเจอี	เด็ก 10 เดือน	เกาะ Bali

หมายเหตุ: * ได้รับการสนับสนุนวัคซีนจาก GAVI ใน พ.ศ. 2560

แหล่งข้อมูล: World Health Organization (2562) (34)

จากตารางที่ 21 จะเห็นได้ว่าวัคซีนที่ไม่ได้บรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ หรือวัคซีนใหม่ที่ GAVI สนับสนุนให้อินโดนีเซีย จะให้บริการเฉพาะบางพื้นที่ที่มีปัญหาการระบาดของโรค สำหรับ

วัคซีน HPV เป็นโครงการนำร่องเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการให้บริการ โดยเลือกพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านการให้บริการสาธารณสุขก่อน

2.5. การจ่ายชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

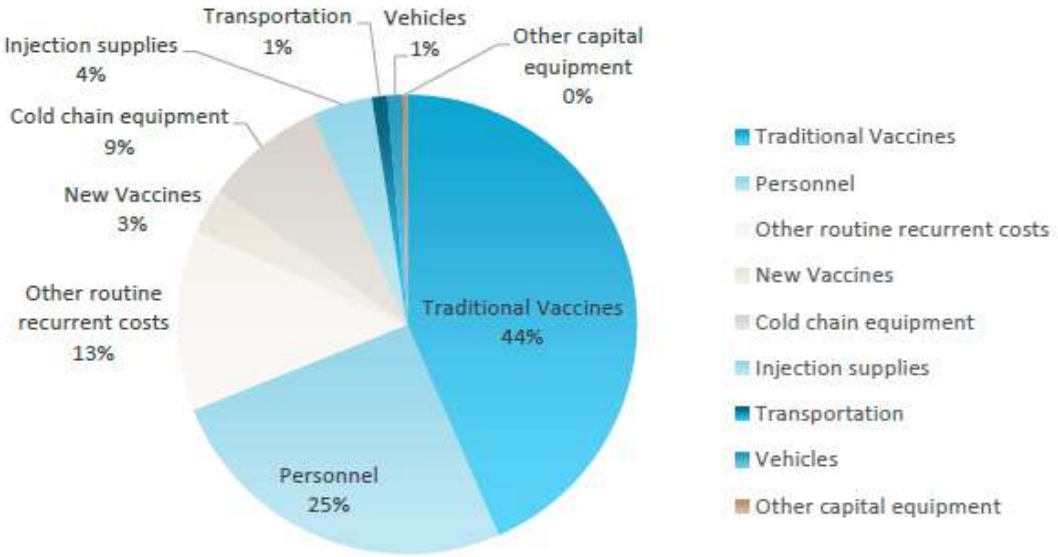
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) มี BPJS เป็นผู้ซื้อบริการโดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) และการจ่ายตามกลุ่มโรค (diagnosis-related groups (DRG) สำหรับโรงพยาบาล ซึ่งหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่เข้าให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) ต้องมีคุณลักษณะเป็นไปตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข และสามารถให้บริการสุขภาพเป็นไปตามข้อตกลงระหว่าง BPJS และหน่วยบริการ ข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขและคำสั่งการของประธานาธิบดี โดยทั่วไปการทำสัญญาจะมีระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี และสามารถขยายระยะเวลาเพิ่มได้

การคัดเลือกหน่วยบริการเพื่อให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) นอกจากเงื่อนไขที่กล่าวมาข้างต้น BPJS ได้พิจารณาคุณภาพของหน่วยบริการ ซึ่งต้องได้รับการรับรองมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สามารถรองรับจำนวนผู้ใช้บริการในภูมิลำเนาได้ และมีความพร้อมในการให้บริการทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ และบุคลากรทางการแพทย์ (110) ใน พ.ศ. 2554 หน่วยบริการของรัฐ (ในที่นี้หมายถึง ศูนย์สุขภาพ หรือ *Puskesmas*) มีบริการฉีดวัคซีนร้อยละ 80 ในขณะที่หน่วยบริการเอกชนมีบริการฉีดวัคซีนร้อยละ 25 (119)

ส่วนใหญ่ประชาชนมักมาฉีดวัคซีนที่ศูนย์สุขภาพ (*Puskesmas*) และหน่วยบริการแม่และเด็ก (*Posyandu*) ซึ่งในทางทฤษฎีผู้มารับบริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เนื่องจากการเป็นสิทธิพื้นฐานที่รัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม บางศูนย์สุขภาพ/หน่วยบริการแม่และเด็กมีการเรียกเก็บเงินจากผู้มารับบริการเป็นค่าธรรมเนียมการลงทะเบียนเพื่อรับบริการ ค่าธรรมเนียมดังกล่าวมีหลากหลายราคา ในบางพื้นที่มีการยกเว้นค่าธรรมเนียมสำหรับกิจกรรมที่มีความสำคัญ รวมทั้งบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้ หน่วยบริการของรัฐและเอกชนทุกหน่วยจะได้รับวัคซีนจากรัฐบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับให้บริการกับประชาชนในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) หรือไม่ก็ตาม หน่วยบริการเอกชนสามารถให้บริการฉีดวัคซีนนอกเหนือจากตารางการให้วัคซีนพื้นฐานได้ แต่ประชาชนต้องจ่ายค่าวัคซีนเองไม่ว่าจะเป็นผู้รับบริการที่ใช้และไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN)

2.6. การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เฉพาะที่ให้บริการภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ (ไม่รวมเงินเหมาจ่ายรายหัวที่จ่ายโดย BPJS และการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับวัคซีน) จำแนกตามทรัพยากรที่ใช้ ใน พ.ศ. 2557 (รูปที่ 29) พบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44) เป็นค่าวัคซีนที่อยู่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ (traditional vaccines) รองลงมาคือ ค่าตอบแทนบุคลากร (ร้อยละ 25) และค่าใช้จ่ายประเภทอื่นที่นอกเหนือจากค่าตอบแทนบุคลากร ร้อยละ 13 ค่าวัคซีนใหม่ (new vaccines) ที่เพิ่งเริ่มดำเนินการในบางพื้นที่ ร้อยละ 3 (119)

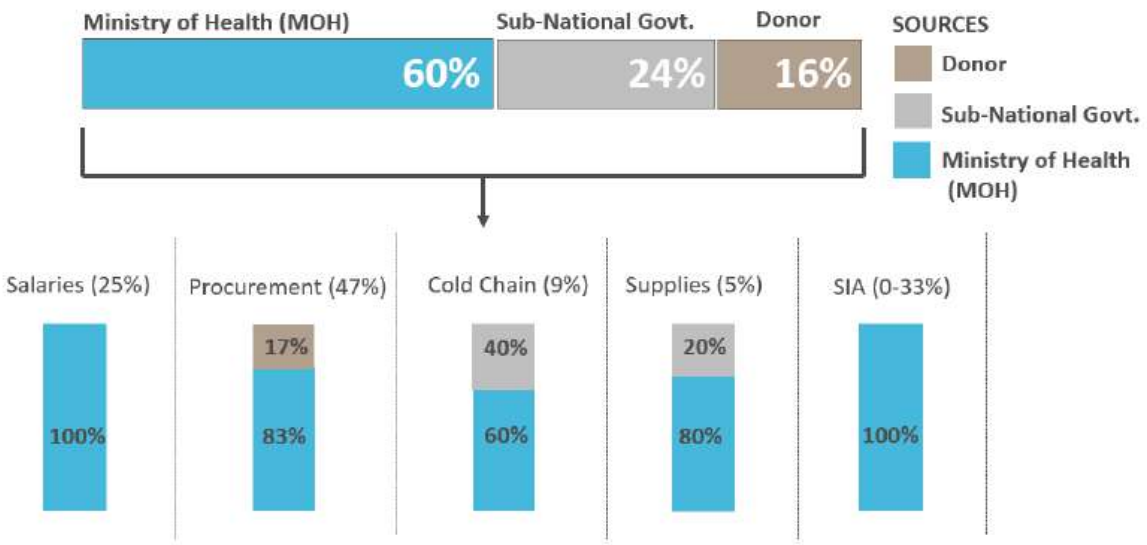


ที่มา: Sustainable Immunization Financing in Asia Pacific (2560) (119)

รูปที่ 29 ค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำแนกตามทรัพยากรที่จำเป็นของอินโดนีเซีย พ.ศ. 2556

กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณมาจากรัฐบาลเพื่อจัดซื้อวัคซีน (ทั้งวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติและวัคซีนใหม่) เข็มและกระบอกฉีดยา ฝึกอบรมบุคลากร จ่ายค่าตอบแทนบุคลากรภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ กระจายวัคซีนแบบควบคุมอุณหภูมิไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสนับสนุนกิจกรรมอื่น ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรครวมถึงการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ในขณะที่รัฐบาลระดับจังหวัดจัดสรรงบประมาณให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำหรับการกระจายวัคซีนแบบควบคุมอุณหภูมิไปยังหน่วยบริการ ส่วนหน่วยบริการและรัฐบาลระดับอำเภอรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางออกไปฉีดวัคซีน รวมถึงอุปกรณ์และการดำเนินการต่าง ๆ ในศูนย์สุขภาพ (*Puskesmas)* และหน่วยบริการในชุมชน (*Poskesdes*) (110)

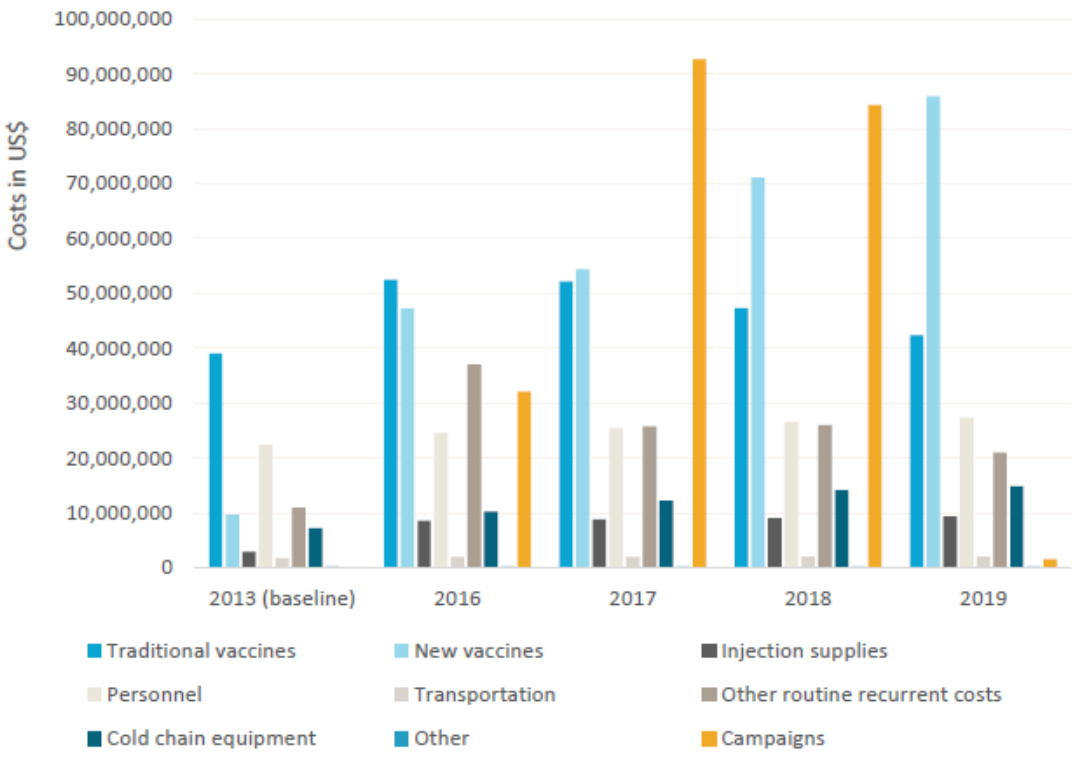
สำหรับงบประมาณด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (เฉพาะวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ) ไม่มีการกำหนดสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณตายตัว แต่ขึ้นอยู่กับการเจรจาระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับคณะที่ปรึกษา BAPPENAS ร่วมกับการพิจารณาเพดานงบประมาณที่กระทรวงการคลังเป็นผู้กำหนด ใน พ.ศ. 2558 อินโดนีเซียใช้เงินสำหรับแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ คิดเป็นร้อยละ 3 ของงบประมาณด้านสุขภาพที่ได้จากรัฐบาล ใน พ.ศ. 2560 (รูปที่ 30) มีการจัดสรรงบประมาณด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นค่าจัดซื้อวัคซีนมากที่สุด (ร้อยละ 47) ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 83 ได้จากกระทรวงสาธารณสุข และร้อยละ 17 ได้จากแหล่งทุนจากต่างประเทศ (Donor) รองลงมาคือค่าตอบแทนบุคลากร (ร้อยละ 25) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ในขณะที่ค่าใช้จ่ายสำหรับคลังสินค้าและการขนส่งแบบควบคุมอุณหภูมิคิดเป็นร้อยละ 9 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น คิดเป็นร้อยละ 5 ซึ่งทั้ง 2 หมวดหลังนี้ได้รับงบประมาณจากทั้งกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลท้องถิ่น สำหรับการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Immunization Service Support: ISS) เช่น การฝึกอบรมบุคลากร มีสัดส่วนมากน้อย และขึ้นอยู่กับงบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขมีอยู่ ในบางปีมีรายงานว่าไม่มีการจัดสรรงบประมาณในหมวดดังกล่าวจากกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนเงินจากต่างประเทศ (119)



ที่มา: Sustainable Immunization Financing in Asia Pacific (2560) (119)

รูปที่ 30 สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำแนกตามหมวดหมู่ค่าใช้จ่ายและแหล่งเงิน พ.ศ. 2560

จากการประมาณการต้นทุนสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอินโดนีเซียโดยใช้ข้อมูลการใช้จ่ายใน พ.ศ. 2556 เป็นปีฐานพบว่า งบประมาณสำหรับการลงทุนในการให้วัคซีนที่ยังไม่ได้บรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ พ.ศ. 2559-2562 อินโดนีเซียมีความพยายามเพิ่มจำนวนวัคซีนใหม่เข้าแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ทั้งที่ความครอบคลุมของวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติยังคงเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ อินโดนีเซียขาดความชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบของหน่วยงานภายในเพื่อจัดการความเสี่ยงของวัคซีนใหม่ รวมถึงติดตามผลการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพราะความแตกต่างของทั้งแหล่งเงินที่มาจากหลายแหล่งและความซับซ้อนในการจัดสรรงบประมาณอันเนื่องมาจากการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ท้องถิ่น ปัจจุบันอินโดนีเซียมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) งบประมาณด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคควรถูกรับผิดชอบโดย BPJS แต่ในขณะนี้ยังไม่มีความชัดเจนว่างบประมาณหมวดหมู่ใดควรเป็นความรับผิดชอบของ BPJS หรือกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งรัฐบาลท้องถิ่น (119)



ที่มา: Sustainable Immunization Financing in Asia Pacific (2560) (119)

รูปที่ 31 ประมาณการต้นทุนสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำแนกตามทรัพยากรที่ใช้ในอินโดนีเซีย พ.ศ. 2559-2562

การฝึกอบรมบุคลากรในเรื่องของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคยังคงเป็นปัญหาของอินโดนีเซีย โดยพบว่าร้อยละ 45 ของศูนย์สุขภาพ (*Puskesmas*) มีบุคลากรอย่างน้อย 1 คนได้รับการฝึกอบรมในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งมีข้อจำกัดในแง่ของจำนวนและความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวกับแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติในส่วนกลางและเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดที่ทำหน้าที่ฝึกอบรม นอกจากนี้ยังพบว่ามีการหมุนเวียนของเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอในอัตราที่สูง (เปลี่ยนทุก ๆ 3-6 เดือน) เช่น พยาบาล ผู้จัดการโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ช่างเทคนิคในระบบคลังสินค้าและขนส่งแบบควบคุมอุณหภูมิ (119)

อินโดนีเซียยังคงได้รับการสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากแหล่งทุนต่างประเทศ และการให้คำแนะนำด้านวิชาการจาก UNICEF และ WHO ในการประเมินและพัฒนาระบบคลังสินค้าและการขนส่งแบบควบคุมอุณหภูมิ การพัฒนาเครื่องมือสื่อสารให้ความรู้ (information, education, and communication materials: IEC) การรณรงค์ให้ประชาชนรับวัคซีน การบริหารจัดการและฝึกอบรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการกระจายวัคซีน รวมถึงการเฝ้าระวังโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน (surveillance) และการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน เห็นได้ชัดว่าอินโดนีเซียยังคงต้องการการสนับสนุนจากต่างประเทศเพื่อความยั่งยืนของระบบสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (105)

2.7. การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีน

การซื้อวัคซีนเป็นหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้ดำเนินการ เริ่มจาก IQD ทำหน้าที่ประมาณการปริมาณวัคซีนที่จะจัดซื้อและวางแผนสำหรับการจัดซื้อจัดหาวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โดยใช้วิธีการที่เป็นมาตรฐาน คือ การสุ่มประเมินความพร้อมของการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

โรคทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอเป็นประจำทุกปี (ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก GAVI) เพื่อจัดทำ CMYP สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ปัญหาเกี่ยวกับการประมาณการปริมาณวัคซีนที่จะจัดซื้อ คือ ขาดข้อมูลสำคัญเพื่อใช้ในการประมาณการโดยวิธีการมาตรฐาน ได้แก่ การใช้ข้อมูลจำนวนประชากรจากทะเบียนราษฎร์ (administrative data) หรือจากการสำรวจ (survey data) อินโดนีเซียไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจำนวนประชากรที่แม่นยำ สำหรับระบบทะเบียนราษฎร์พบว่า จำนวนประชากรจริงและจำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ตรงกัน เพราะมีการเคลื่อนย้ายของประชากรไปทำงานในเมือง นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลจำนวนการเกิดของเด็กในระดับประเทศและระดับอำเภอมีความแตกต่างกันในบางพื้นที่ ทำให้การประมาณการเพื่อจัดซื้อวัคซีนผิดพลาดทั้งประมาณการน้อยและมากเกินไป และจากการสำรวจของ UNICEF ในเขตเมืองพบว่า การประมาณการเพื่อจัดซื้อวัคซีนที่ผิดพลาดนี้ส่งผลให้เด็กที่อพยพมาจากชนบทไม่ได้รับวัคซีน และทำให้เขตเมืองมีจำนวนเด็กที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนมากกว่าเขตชนบท (105)

หลังจากได้แผนประมาณการงบประมาณและจำนวนวัคซีนที่จะจัดซื้อ Directorate General of Pharmaceuticals and Medical Devices (BINFAR) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดซื้อวัคซีน จาก Biofarma ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รัฐเป็นเจ้าของ (state-owned enterprise) ทำหน้าที่ผลิตวัคซีนและจัดหาวัคซีนจาก UNICEF PAHO และหน่วยงานอื่น ๆ (119) Biofarma ผ่านการประเมินโดยใช้ WHO National Regulatory Authority (NRA) assessment tool และได้รับการพิจารณาว่าเป็นหน่วยงานที่มีขีดความสามารถในการผลิตวัคซีนและวัคซีนต้องได้รับการรับรองคุณภาพ Biofarma ต้องประเมินคุณภาพเป็นประจำในห้องปฏิบัติการที่น่าเชื่อถือ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา Biofarma สามารถดำเนินการได้อย่างดี แต่อาจมีความล่าช้าในกระบวนการผลิตวัคซีนใหม่ที่เริ่มมีการให้บริการในอินโดนีเซีย เช่น Rubella และ JE (110, 123)

ตั้งแต่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) ใน พ.ศ. 2557 อินโดนีเซียเริ่มมีการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ (DOEN) รายการยาและเครื่องมือแพทย์พื้นฐาน (Minimum Service Standards: MSS) และมาตรฐานการรักษาโรคต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการเบิกจ่ายชดเชยบริการให้หน่วยบริการ รวมถึงมีการกำหนดราคากลางเพื่อการจัดซื้อ จากนั้นพัฒนาเป็น e-Catalog ซึ่งประกอบด้วย ชื่อผลิตภัณฑ์ ประเภท ข้อกำหนดทางเทคนิค และราคาต่อหน่วยต่ำสุด พร้อมทั้งบริษัทที่จัดจำหน่าย รายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่อยู่ใน e-Catalog จะไม่มีการประมูลเพราะเป็นราคาต่ำสุดที่ถูกกำหนดไว้แล้ว (110) สำหรับการจัดซื้อวัคซีน BINFAR ดำเนินการจัดซื้อวัคซีน ผ่าน e-Purchasing

สำหรับวัคซีนมีการกำหนดราคาต่อหน่วยต่ำสุดใน e-Catalog ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 โดยราคาวัคซีนที่ระบุไว้นั้นได้รวมราคาการขนส่งวัคซีนไปยังคลังสินค้าของแต่ละจังหวัด ซึ่งราคาดังกล่าวเป็นราคาคงที่ (fixed charge) กล่าวคือไม่ว่าจะกระจายไปยังพื้นที่ที่ห่างไกลหรือเขตเมือง ราคาการขนส่งวัคซีนจะคงที่เท่ากันทุกระยะทาง เมื่อเปรียบเทียบราคาวัคซีน BCG และ Hep B ที่ BINFAR มีการจัดซื้อเองใน พ.ศ. 2557 กับราคาวัคซีนที่ก่อนหน้านี้ GAVI และ UNICEF เคยซื้อเพื่อสนับสนุนวัคซีนแก่อินโดนีเซีย พบว่า ราคาวัคซีนสูงขึ้นประมาณ 2-4 เท่า (119)

การกระจายวัคซีนจากส่วนกลางไปยังส่วนภูมิภาค (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ดำเนินการโดย Biofarma เช่นเดียวกันกับการจัดหาวัคซีน ค่าใช้จ่ายในการขนส่งนี้ได้มาจากงบประมาณของรัฐบาลกลาง ในขณะที่การกระจายวัคซีนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปยังหน่วยบริการแม่และเด็ก (*Posyandu)* หน่วยบริการผดุงครรภ์ (*Polindes*) หรือศูนย์สุขภาพ (*Puskesmas*) ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดและมีรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย จากการประเมินการบริหารจัดการวัคซีน (Effective Vaccine Management: EVM) ใน พ.ศ. 2555 พบว่า การกระจายวัคซีนของ Biofarma มีศักยภาพสูง (capacity) ตรงข้ามกับการกระจายวัคซีนในส่วนภูมิภาค อย่างไรก็ตามในภาพรวมถือว่า ในอินโดนีเซียมีการกระจายวัคซีนที่ดี ยกเว้นในช่วงต้นปีที่มีการส่งวัคซีนล่าช้าในบางพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้ไม่มีวัคซีนให้บริการ (118)

เนื่องจากอินโดนีเซียเป็นประเทศที่มีภัยพิบัติบ่อยครั้ง รัฐบาลจึงแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการด้านภัยพิบัติแห่งชาติ (Badan Nasional *Penanggulangan Bencana:* BNPB) เมื่อ พ.ศ. 2522 โดยมีประธานาธิบดีเป็นประธาน รับผิดชอบการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาภัยพิบัติที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามไม่พบการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (110)

บทสรุประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีนในประเทศอินโดนีเซีย

แหล่งรายได้สำหรับวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอินโดนีเซียมาจากการเก็บภาษี รายได้อื่น ๆ และการกู้ยืมเงินของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น การสนับสนุนเงินจาก GAVI และอื่น ๆ เช่น การบริจาค อย่างไรก็ตาม เงินส่วนใหญ่ที่ใช้เพื่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาจากรัฐบาลกลาง อินโดนีเซียมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) โดยกลไกการรวมเงินล่วงหน้า (prepaid fund) จากรัฐบาล บริษัทเอกชน และผู้ประกันตน โดยมีการกำหนดสัดส่วนการสมทบและสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจำแนกตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้แก่ คนจน แรงงานในระบบ แรงงานนอกระบบและผู้ว่างงาน แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บรายได้ที่นำมาใช้ด้านสุขภาพในอินโดนีเซียมาจากหลายแหล่งและมีความซับซ้อนในการจัดสรรงบประมาณ ขาดความชัดเจนว่างบประมาณควรเป็นความรับผิดชอบของ BPJS หรือกระทรวงสาธารณสุข หรือรัฐบาลท้องถิ่น แม้ว่าจะมีช่องทางในการจัดสรรงบประมาณพิเศษในหมวด special allocation fund (DAK) แต่ยังขาดการนำงบประมาณดังล่าวมาใช้เนื่องจากขาดการสนับสนุนของส่วนกลางและท้องถิ่นและมีความล่าช้าในการนำนโยบายมาแปลงเป็นกิจกรรม

ในอินโดนีเซียมีคณะกรรมการ ITAG ทำหน้าที่พัฒนาแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โดยทบทวนและประเมินหลักฐานวิชาการโดยคำนึงถึงผลกระทบงบประมาณและความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน และส่งให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ตัดสินใจบรรจุวัคซีนเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน ดังนั้นตารางการฉีดวัคซีนในอินโดนีเซียจึงเหมือนกันทั้งประเทศ ยกเว้นบางวัคซีนที่ได้รับการสนับสนุนจาก GAVI เฉพาะพื้นที่

การจัดซื้อวัคซีนในอินโดนีเซียดำเนินการโดยหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข (BINFAR) โดยมี Biofarma ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รัฐเป็นเจ้าของทำหน้าที่ผลิตวัคซีนและจัดหาวัคซีน และในการจัดซื้อวัคซีนผ่าน Biofarma โดยราคาวัคซีนที่ซื้อนั้นรวมค่าขนส่งและกระจายวัคซีนไปยังส่วนภูมิภาคเท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ไม่รวมการกระจายวัคซีนไปยังหน่วยบริการซึ่งเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น การประมาณการจัดซื้อวัคซีนในอินโดนีเซียยังคงเป็นปัญหาเนื่องจากขาดข้อมูลสำคัญเพื่อใช้ประมาณการ (จำนวนประชากรจริงไม่ตรงกับจำนวนประชากรที่อาศัยในพื้นที่ เพราะมีการเคลื่อนย้ายประชากร)

การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคดำเนินการผ่านระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ ผู้ซื้อบริการจ่ายชดเชยแก่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัว และใช้วิธีจ่ายตามกลุ่มโรคให้กับโรงพยาบาล โดยมีการทำสัญญาระหว่างผู้ซื้อบริการและหน่วยบริการ นอกจากนี้ หน่วยบริการต้องมีคุณลักษณะ คุณภาพ และมาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อย่างไรก็ตาม การจ่ายชดเชย

ค่าบริการภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่รวมทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ เข็มและกระบอกฉีดยา ซึ่งได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อฝึกอบรมบุคลากร การจ้างเจ้าหน้าที่ภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ การกระจายวัคซีนไปยังส่วนภูมิภาค และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ในขณะที่การกระจายวัคซีนไปยังหน่วยบริการได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลท้องถิ่นจังหวัด ส่วนค่าใช้จ่ายในการลงพื้นที่ไปฉีดวัคซีนรับผิดชอบโดยหน่วยบริการและรัฐบาลระดับอำเภอ การจัดซื้อวัคซีนในอินโดนีเซียเป็นหน้าที่ของ BINFAR ซึ่งรับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางเพื่อจัดซื้อวัคซีนรวมระดับประเทศโดยเฉพาะ โดยมี Biofarma ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รัฐเป็นเจ้าของทำหน้าที่ในการผลิตวัคซีนและจัดหาวัคซีน

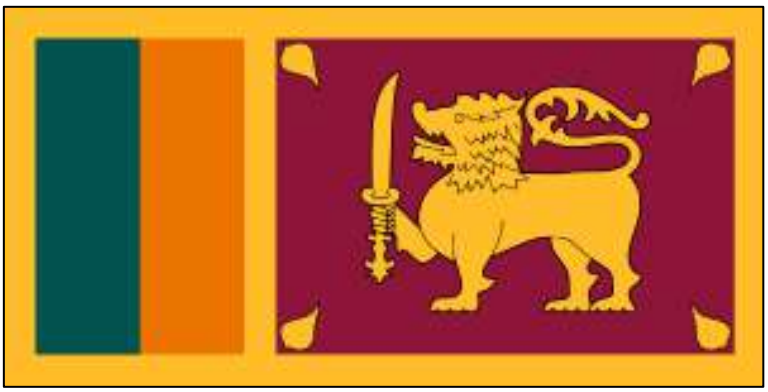
อินโดนีเซียมีระบบอภิบาลการเงินการคลังของรัฐโดยการจัดทำยุทธศาสตร์ด้านงบประมาณผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและใช้วิธีที่เป็นมาตรฐานยอมรับทั่วไป มีกฎระเบียบ ข้อบังคับ และกระบวนการตรวจสอบการใช้งบประมาณของรัฐ กระทรวงการคลังสนับสนุนให้กระทรวงต่าง ๆ ที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลประเมินความเสี่ยงด้านการเงินการคลัง มีการควบคุมภายใน การทำบัญชี การรายงาน และระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางไปยังรัฐบาลส่วนท้องถิ่นจะไม่มีการจัดทำรายงานการใช้งบประมาณ นอกจากนี้ อินโดนีเซียพบปัญหาการรายงานผลการดำเนินงานและรายงานการใช้งบประมาณของหน่วยงานที่ดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแต่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การใช้เงินสนับสนุนจาก GAVI มีกฎระเบียบ ข้อบังคับ และกำหนดให้ต้องรายงานผลการดำเนินงานตามงวดเงินเพื่อติดตามประสิทธิภาพการดำเนินงานและความน่าเชื่อถือของการใช้งบประมาณ ในแง่ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อินโดนีเซียมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ระยะยาว 20 ปี ระยะกลาง 5 ปี และระยะสั้น 1 ปี เพื่อทำให้เห็นภาพรวมของการพัฒนาและแก้ไขปัญหา รวมถึงงบประมาณที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 22 สรุปจุดเด่น-จุดด้อยของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและวัคซีนในประเทศอินโดนีเซีย

ประเด็น	จุดเด่น	จุดด้อย	แนวทางแก้ไขปัญหา
การอภิบาลระบบ	มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ระยะยาว 20 ปี ระยะกลาง 5 ปี และระยะสั้น 1 ปี		
แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บ		• แหล่งเงินสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาจากหลายแหล่งและมีความซับซ้อนในการจัดสรร ขาดความชัดเจนว่างบประมาณควรเป็นความรับผิดชอบของ BPJS หรือกระทรวงสาธารณสุข หรือรัฐบาลท้องถิ่น • special allocation fund (DAK) ไม่ถูกใช้เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมและล่าช้าในการนำนโยบายมาแปลงเป็นกิจกรรม • ยังคงพึ่งพาแหล่งเงินจากต่างประเทศ (GAVI)	
การรวมทุน	มีการรวมทุนด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN)	ยังไม่ถูกนำมาใช้สำหรับวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	
การประมาณการจัดซื้อวัคซีน		ขาดข้อมูลสำคัญเพื่อใช้ประมาณการ (จำนวนประชากรจริงไม่ตรงกับจำนวน	

ประเด็น	จุดเด่น	จุดด้อย	แนวทางแก้ไขปัญหา
		ประชากรที่อาศัยในพื้นที่ เพราะมีการเคลื่อนย้ายประชากร)	
การจัดซื้อวัคซีน	มี Biofarma ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รัฐเป็นเจ้าของ ทำหน้าที่ผลิตวัคซีนและจัดหาวัคซีน เพื่อจำหน่ายให้กับ BINFAR	ราคาวัคซีนรวมค่าขนส่งและกระจายวัคซีนไปยังส่วนภูมิภาคเท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ไม่รวมการกระจายวัคซีนไปยังหน่วยบริการซึ่งเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น	

ศรีลังกา (Sri Lanka)



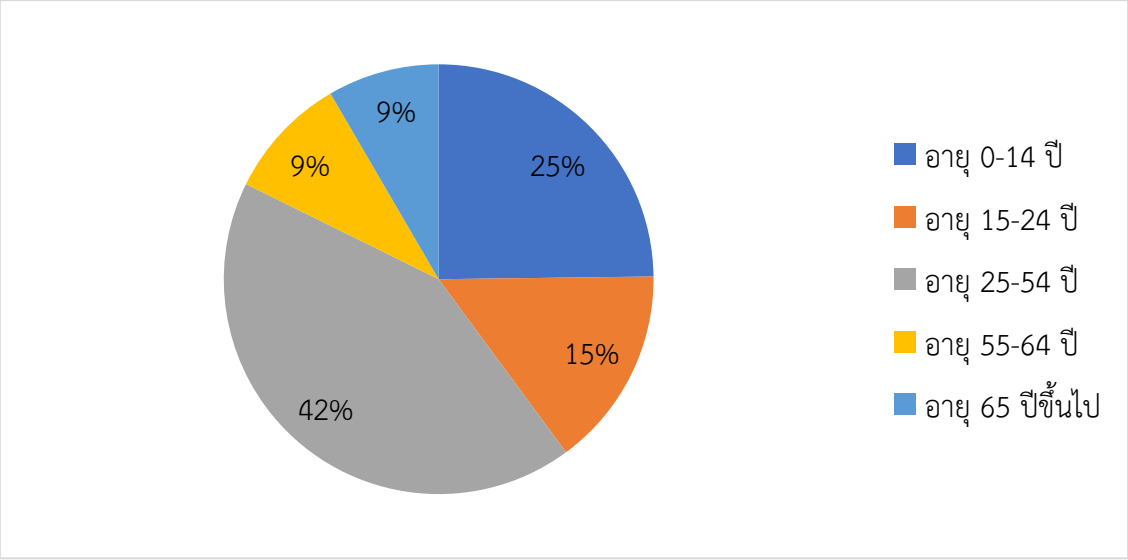
1. ข้อมูลทั่วไป

1.1. ที่ตั้งและลักษณะทางภูมิศาสตร์

ศรีลังกาตั้งอยู่ทางตอนเหนือของมหาสมุทรอินเดีย มีพื้นที่ 65,610 ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 1 ใน 8 ของพื้นที่ประเทศไทย โดยคิดเป็นพื้นดิน 64,630 ตารางกิโลเมตร และพื้นน้ำ 980 ตารางกิโลเมตร ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นเกาะ พื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศเป็นที่ราบ สลับภูเขา และมีที่ราบชายฝั่ง โดยมีทะเลล้อมรอบทุกทิศทาง ทางตอนกลางเต็มไปด้วยภูเขาและป่าไม้ ทางตอนใต้มีลักษณะเป็นเนินเขาและภูเขา (124)

1.2. ประชากร

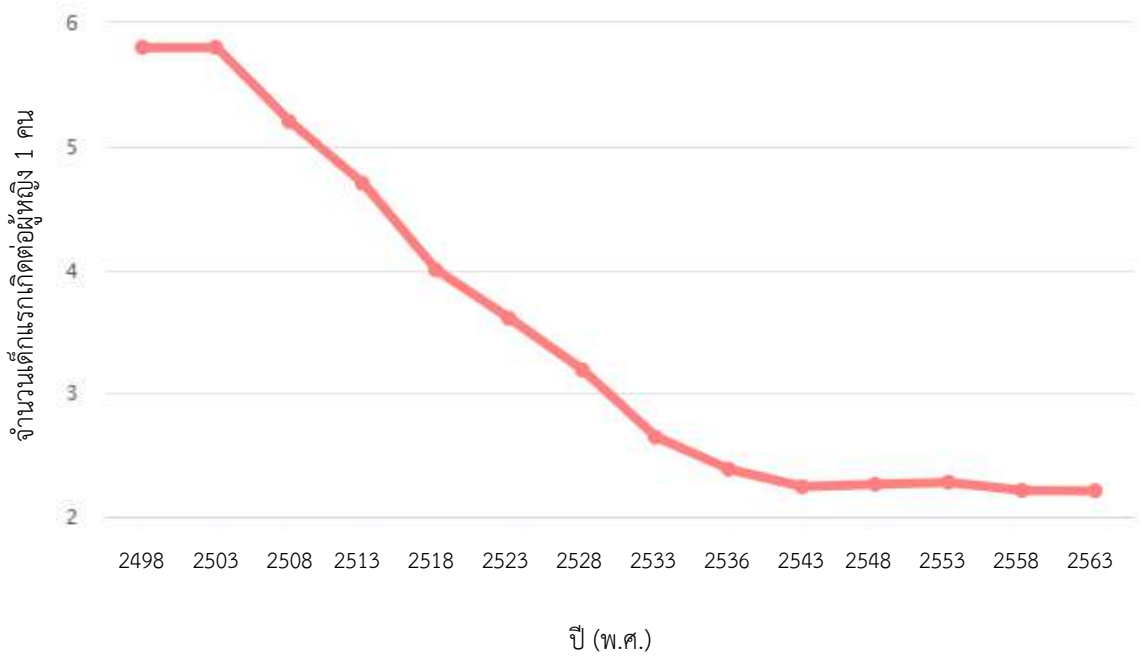
ใน พ.ศ. 2563 ศรีลังกามีประชากรประมาณ 21.4 ล้านคน (125) ประกอบด้วยชาวสิงหลร้อยละ 74 ชาวทมิฬร้อยละ 18 ชาวมุสลิมร้อยละ 7 และอื่น ๆ ร้อยละ 1 ชาวศรีลังกาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 70) รองลงมาคือฮินดู (ร้อยละ) 7 และอิสลาม (ร้อยละ 7) ภาษาอังกฤษถูกใช้เป็นภาษาราชการและมีภาษาสิงหลเป็นภาษาประจำชาติ (ร้อยละ 74) นอกจากนี้ยังมีการใช้ภาษาทมิฬร้อยละ 18 ภาษาอื่น ๆ ร้อยละ 8 ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีอายุในช่วง 25-54 ปี ในอนาคตคาดว่าจะมีประชากรที่มีอายุสูงกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 และ 29 ใน พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2593 ตามลำดับ (รูปที่ 32)



แหล่งข้อมูล: Worldometers (2563) (125)

รูปที่ 32 โครงสร้างอายุประชากรศรีลังกา พ.ศ. 2563

จากการประมาณการจำนวนเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ใน พ.ศ. 2562 มีเด็กที่ต้องได้รับวัคซีนประมาณ 322,684 คน (22) จากรูปที่ 33 แสดงให้เห็นว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมในศรีลังกาค่อนข้างคงที่ประมาณ 2.25 ต่อผู้หญิง 1 คน ตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2563 (23)



ที่มา: Worldometer (2563) (23)

รูปที่ 33 อัตราเจริญพันธุ์รวมในศรีลังกา พ.ศ. 2498-2563

1.3. เศรษฐกิจ

ระบบเศรษฐกิจของศรีลังกาเป็นแบบทุนนิยม อุตสาหกรรมหลักในประเทศ ได้แก่ ยางพาราแปรรูป ชา มะพร้าว ยาสูบ กิจการโทรคมนาคม การประกันภัย การธนาคาร การท่องเที่ยว การขนส่งทางน้ำ ผ้า ปูนซีเมนต์ อุตสาหกรรมน้ำมัน เทคโนโลยีสารสนเทศ การก่อสร้าง ระบบการเงิน การธนาคาร ศรีลังกาถูกจัดว่าเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาเศรษฐกิจในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2548-2552 มี GDP สูงกว่าที่ GAVI กำหนดไว้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกประเทศเพื่อสนับสนุนงบประมาณด้านวัคซีน ทำให้ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 ถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่เปลี่ยนผ่านไปเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ ซึ่งจะได้รับการสนับสนุนด้านวัคซีนใหม่และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันจาก GAVI บางส่วนเท่านั้น (118) ศรีลังกามีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับที่สูงนับตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ปัจจุบันมีอัตราการเจริญเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือ Gross Domestic Product (GDP growth) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 6 ยกเว้นในช่วง พ.ศ. 2552 ที่เกิดภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจโลกและความไม่สงบทางการเมืองภายในประเทศทำให้มีอัตราการเจริญเติบโตเพียงร้อยละ 3.5 ใน พ.ศ. 2561 ศรีลังกามี GDP เท่ากับ 84 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ และมี GDP growth เท่ากับร้อยละ 2.3 (106)

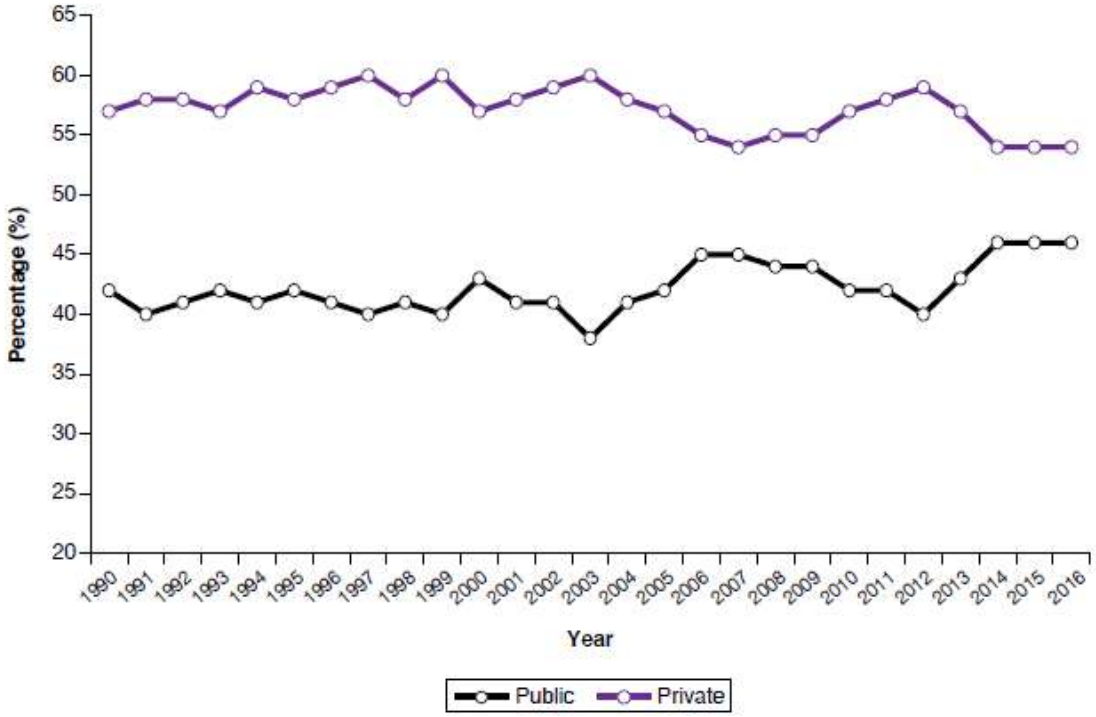
1.4. การเมืองการปกครอง

ศรีลังกามีระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตย ซึ่งอำนาจอธิปไตยเป็นของประชาชน และอำนาจนิติบัญญัติเป็นของรัฐสภา คณะรัฐมนตรีมีอำนาจหน้าที่ในการบริหารประเทศ นำโดยประธานาธิบดีและสมาชิกรัฐสภาที่ได้รับการเลือกตั้งจากประชาชน ประเทศศรีลังกาแบ่งออกเป็น 9 จังหวัด 25 อำเภอ และ 329 ตำบล การบริหารส่วนภูมิภาคเป็นหน้าที่ของสภาจังหวัด (provincial councils) เรียกได้ว่าเป็นรัฐบาลกลางที่ทำหน้าที่เพื่อปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากการเลือกตั้งของประชาชน (126)

1.5. สถานะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

รัฐบาลศรีลังกามีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษที่ 1930 ที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการได้ฟรี (127) การให้บริการด้านสุขภาพในประเทศศรีลังกามีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ประชาชนสามารถเลือกรับบริการได้ทั้งจากหน่วยบริการของรัฐและเอกชนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (126) จากการประเมินความครอบคลุมของบริการที่มีความจำเป็น (UHC services coverage Index of essential health services) คิดเป็นร้อยละ 68 (128)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมในศรีลังกามาจาก 3 ส่วน ได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน[6] และหน่วยงานต่างประเทศ จากข้อมูลใน พ.ศ. 2559 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมาจากภาครัฐ (รวมเงินที่ได้จากหน่วยงานต่างประเทศ) ร้อยละ 46 ภาคเอกชนร้อยละ 54 (รูปที่ 34) โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2533–2559 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในศรีลังกาส่วนใหญ่มาจากภาคเอกชน หากคิดเป็นสัดส่วนของ GDP เท่ากับร้อยละ 1.6-2.1 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาครัฐคิดเป็นร้อยละ 1.2-1.6 ของ GDP (129)

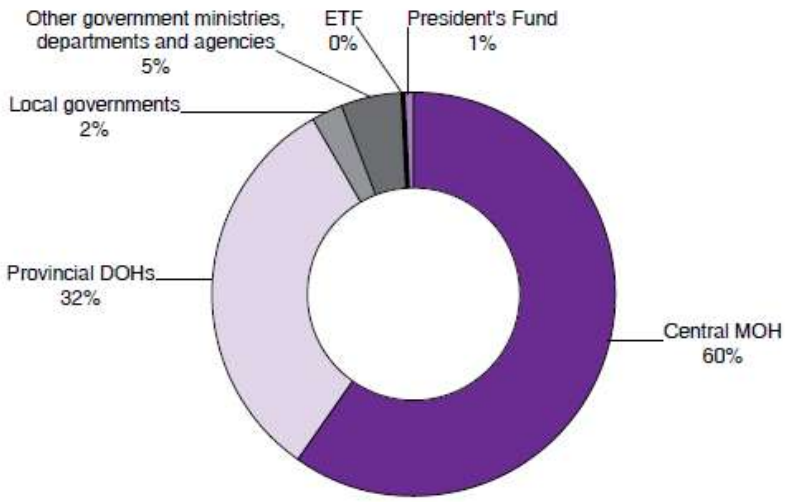


ที่มา: Institute for Health Policy Colombo, Sri Lanka (2562) (129)

รูปที่ 34 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชนในศรีลังกา พ.ศ. 2533-2559

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มาจากภาครัฐส่วนใหญ่เป็นงบประมาณจัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 60) รองลงมา คือ งบประมาณจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Provincial Director of Health Service) ร้อยละ 32 ส่วนค่าใช้จ่ายที่เป็นการใช้งบประมาณจากกระทรวงต่าง ๆ และรัฐบาลท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 5 และ 2 ตามลำดับ (ดังรูปที่ 35) (129)

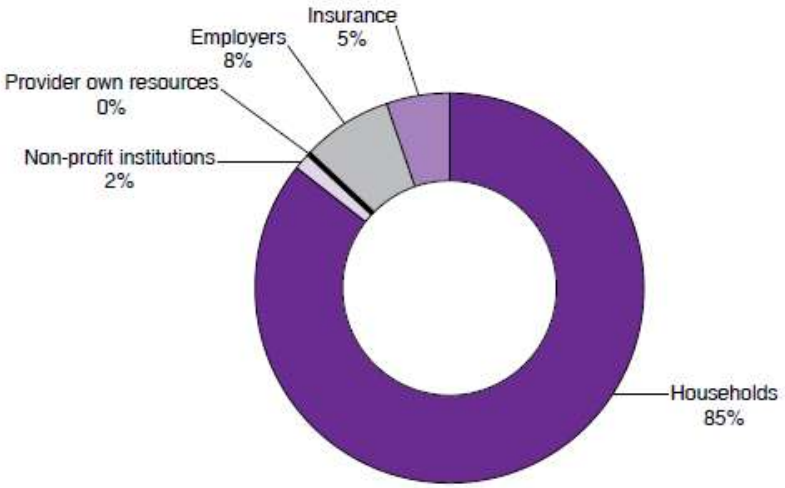
[6] รายจ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเองและประกันสุขภาพเอกชนเป็นผู้จ่าย



ที่มา: Institute for Health Policy Colombo, Sri Lanka (2562) (129)

รูปที่ 35 แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาล พ.ศ. 2559

ใน พ.ศ. 2559 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มาจากภาคเอกชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) มาจากการจ่ายเงินเองของประชาชนเพื่อบริการด้านสุขภาพ รองลงมา ได้แก่ การจ่ายโดยประกันสุขภาพเอกชนร้อยละ 5 จ่ายโดยบริษัทที่พนักงานทำงานอยู่ ร้อยละ 8 และจ่ายโดยหน่วยงานไม่แสวงหากำไรร้อยละ 2 (รูปที่ 36)



ที่มา: Institute for Health Policy Colombo, Sri Lanka (2562) (129)

รูปที่ 36 แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาคเอกชน พ.ศ. 2559

หน่วยงานต่างประเทศที่สนับสนุนเงินเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในศรีลังกา ได้แก่ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) , World Bank, WHO และ The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย รวมถึงสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานไม่แสวงหากำไร เงินในส่วนนี้ถูกจัดสรรผ่าน 2 ช่องทาง คือ 1) สมทบเข้าไปกับรายได้ของรัฐบาล และ 2) จัดสรรให้กับหน่วยงานไม่แสวงหากำไรโดยตรง ทั้งนี้ช่องทางการจัดสรรเงินแตกต่างกันไปตามแหล่งทุนและวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่หลักในการจัดบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ให้คำแนะนำเชิงวิชาการที่เกี่ยวกับบริการสุขภาพ พัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ บริหารจัดการโรงเรียนแพทย์ รวมถึงจัดซื้อจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอกับความต้องการ (130) นอกจากนี้ โรงพยาบาลแห่งชาติ (National Hospital) หน่วยบริการเชี่ยวชาญพิเศษ (Special Hospital) โรงเรียนแพทย์ (Teaching Hospital) รวมถึงหน่วยบริการระดับอำเภอ (District General Hospital) บางแห่งถูกบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่หน่วยบริการภาครัฐเกือบทั้งหมดที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัด (Provincial General Hospital) และตำบล (Divisional Hospital) ถูกบริหารจัดการโดยรัฐบาลส่วนท้องถิ่น จากข้อมูลใน พ.ศ. 2558 ศรีลังกามีหน่วยบริการจำนวน 1,076 แห่ง แบ่งเป็นหน่วยบริการภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 36 แห่งและหน่วยบริการสังกัดรัฐบาลท้องถิ่นจำนวน 1,040 แห่ง (ตารางที่ 23) (131)

ตารางที่ 23 จำนวนหน่วยบริการของรัฐในประเทศศรีลังกา จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2558

หน่วยบริการ	หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (แห่ง)	หน่วยบริการสังกัดรัฐบาลท้องถิ่น (แห่ง)
National Hospital	1	
Teaching Hospital	12	
Provincial General Hospital		3
District General Hospital	10	8
Base Hospital Type – A	5	17
Base Hospital Type – B	1	45
Divisional Hospital type – A (More than 100 patients Beds)		42
Divisional Hospital type – B (Between 50 to 100 patients Beds)		129
Divisional Hospital type – C (Less than 50 patients Beds)		322
Primary Medical Care Unit		474
Board Managed Hospital	2	
Special Hospital	5	
รวม	36	1,040

ที่มา: Human Resource Profile (2558) (131)

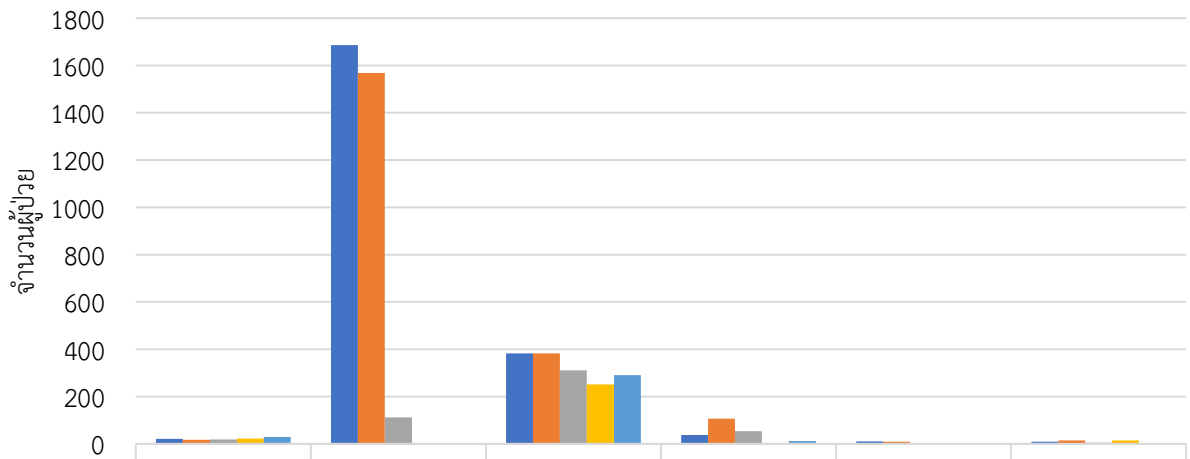
ใน พ.ศ. 2560 ศรีลังกาสูญเสียปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคไม่ติดต่อมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด รองลงมาคือ เบาหวาน ชนิดที่ 2 การเสียชีวิตในเด็กก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นลำดับที่ 11 หรือ 520 DALYs/100,000 ประชากร (33) (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 โรค/ภาวะสุขภาพที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในศรีลังกา พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2560

ลำดับของ พ.ศ. 2560	โรค/ภาวะสุขภาพ	DALY/100,000 ประชากร	
		พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2560
1	โรคหัวใจขาดเลือด	2,307	2,158
2	เบาหวาน ชนิดที่ 2	233	233
3	ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือการถูกทำร้าย	1,710	856
4	อาการปวดหลังส่วนล่าง	632	848
5	หอบหืด	929	700
6	โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	512	697
7	ปวดหัวไมเกรน	571	616
8	โรคหลอดเลือดสมอง	579	610
9	สูญเสียการได้ยินจากอายุที่มากขึ้น	410	563
10	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	1,028	519

ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2560) (33)

พบความชุกของการเกิดโรคคางทูมจำนวน 290 ราย โรคไข้สมองอักเสบเจอี 29 คน โรคไอกรน 12 คน และโรคหัด 1 คน โดยทั้ง 4 โรคที่กล่าวมานี้มีการระบาดในประเทศศรีลังกาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 5 ปี (ยกเว้นไอกรนใน พ.ศ. 2560) (34)



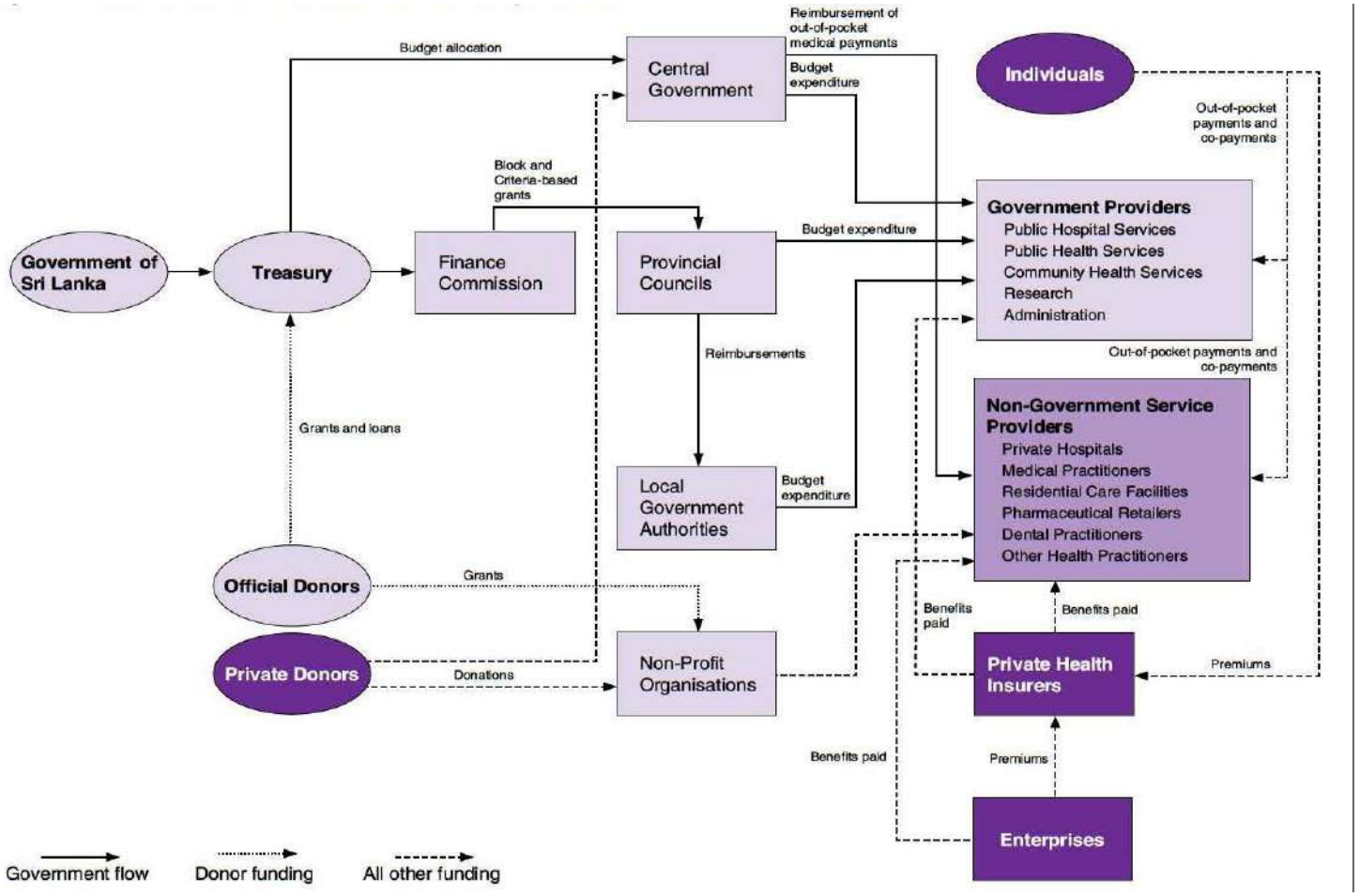
	Japanese encephalitis	Measles	Mumps	Pertussis	Rubella	Tetanus (total)
2557	21	1686	383	38	10	9
2558	17	1568	383	107	9	15
2559	18	112	311	54	0	5
2560	23	1	252	0	1	15
2561	29	1	290	12	0	0

แหล่งข้อมูล: World Health Organization (2562) (34)

รูปที่ 37 รายงานการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศศรีลังกา พ.ศ. 2557-2561

1.6. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

แหล่งรายได้หลักของรัฐบาลศรีลังกา ได้แก่ การจัดเก็บภาษี โดยร้อยละ 70 มาจากการจัดเก็บภาษีทางอ้อม และร้อยละ 30 มาจากภาษีทางตรง (132) รัฐบาลจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพส่วนใหญ่ให้กับกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง เพื่อให้บริการด้านสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์และสนับสนุนหน่วยบริการที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้สนับสนุนเงินเพื่อชดเชยบริการสุขภาพต่าง ๆ จากการจ่ายเงินเองของประชาชนให้กับหน่วยบริการที่ไม่ใช่ของรัฐ ขณะเดียวกันสภาจังหวัดได้รับการสนับสนุน block grant ซึ่งพิจารณาและตัดสินใจโดยคณะกรรมการด้านการเงิน (Finance Commission) กระทรวงการคลัง เพื่อใช้เป็นค่าบริหารจัดการให้กับหน่วยบริการของรัฐ การจัดสรรงบประมาณในรูปแบบ block grant สามารถจัดสรรตามเกณฑ์ (criteria-based grant) เงินลงทุนในโครงการระยะกลาง (medium term investment program grant) และเงินอุดหนุนสมทบบางส่วนให้กับส่วนท้องถิ่น (matching grant) ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของคณะกรรมการด้านการเงิน ในขณะที่รัฐบาลท้องถิ่นซึ่งมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณสำหรับเป็นค่าตอบแทนบุคลากรจากสภาจังหวัดร้อยละ 70 ของค่าตอบแทนบุคลากรทั้งหมด โดยในส่วนที่เหลือจะใช้รายได้จากการจัดเก็บภาษีท้องถิ่นและค่าธรรมเนียมต่าง ๆ ในการดำเนินการตามบทบาทที่รับผิดชอบ (รูปที่ 38) (129)



ที่มา: Institute for Health Policy Colombo, Sri Lanka (2562) (129)

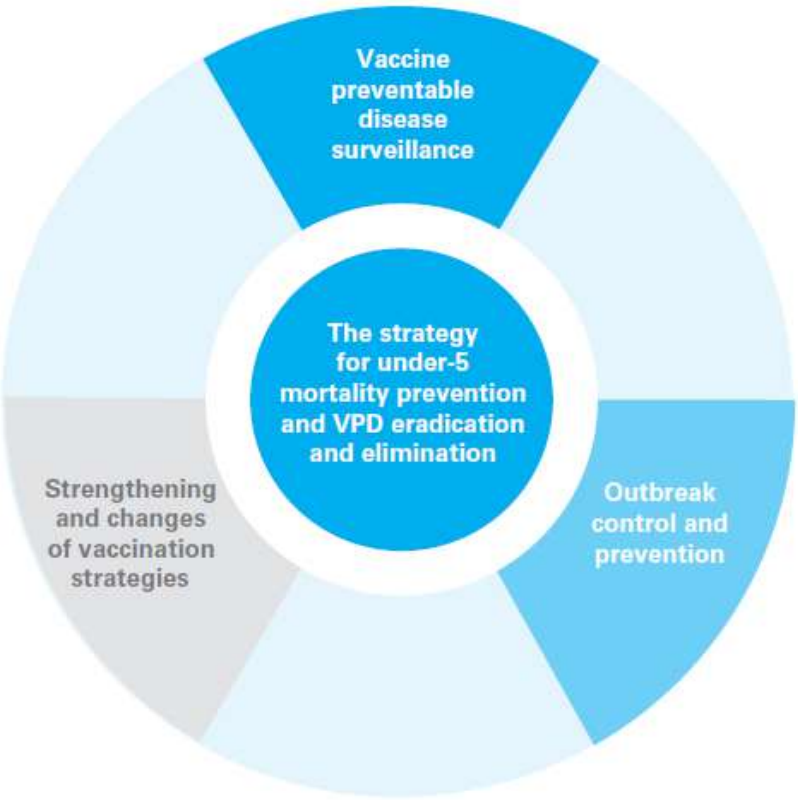
รูปที่ 38 เส้นทางการเงินด้านสุขภาพของศรีลังกา (Health financing flow)

1.7. แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ

ศรีลังกาเริ่มมีการฉีดวัคซีนครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2429 คือ วัคซีนโรคฝีดาษหรือไข้ทรพิษ ต่อมาใน พ.ศ. 2521 ศรีลังกาได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการ Expanded Program on Immunization (EPI) จาก UNICEF และเคยได้รับการสนับสนุนที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก GAVI เป็นเวลา 13 ปี (พ.ศ. 2545-2558) (133) เมื่อประเทศมีการพัฒนาเศรษฐกิจมากขึ้นจนไม่เข้าเกณฑ์การสนับสนุนวัคซีนของ GAVI ที่จะต้องมี GNI ต่อหัวประชากรน้อยกว่า 1,000 ดอลลาร์สหรัฐ รัฐบาลศรีลังกาได้เริ่มซื้อวัคซีนพื้นฐานทั้งหมดด้วยงบประมาณของรัฐ แม้ว่าศรีลังกาได้เปลี่ยนผ่านเป็นประเทศที่มีการพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2559 แต่ศรีลังกายังคงได้รับการสนับสนุนวัคซีนใหม่และการสร้างความเข้มแข็งในระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคบางส่วนจาก GAVI เช่น ใน พ.ศ. 2560 ศรีลังกาได้รับการสนับสนุนวัคซีน Pentavalent DTP-Hib-HepB, IPV และ HPV (113) ทั้งนี้เนื่องจาก GAVI เล็งเห็นความสำคัญของความยั่งยืนในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในบางประเทศที่เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์แล้วแต่ยังคงต้องการการสนับสนุนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและการเข้าถึงวัคซีนใหม่ที่ WHO แนะนำ ดังนั้นใน พ.ศ. 2559 คณะกรรมการบริหาร GAVI จึงมีมติอนุมัติเงินช่วยเหลือประเทศที่เปลี่ยนผ่านแล้วจำนวน 30 ล้านดอลลาร์สหรัฐจนถึง พ.ศ. 2563 ให้กับประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือ (114)

แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติมี 2 หน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่รับผิดชอบ ได้แก่ 1) Family Health Bureau (FHB) เป็นหน่วยงานดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงบำรุงรักษาระบบลูกโซ่ความเย็น นอกจากนี้ FHB มีหน้าที่ติดตามประเมินผลแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ และ 2) Epidemiology Unit รับผิดชอบเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรค การบันทึกข้อมูลตามแผนการทำงานและแผนการติดตามประเมินผลของแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ (เช่น การจัดหา การเก็บรักษา และการกระจายวัคซีน) รวมถึงจัดการฝึกอบรมให้กับบุคลากร การดำเนินการของทั้ง 2 หน่วยงานได้รับความร่วมมือจากท้องถิ่น (126)

มากกว่า 40 ปีที่ศรีลังกาได้ดำเนินแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และกำจัดโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (รูปที่ 39) (134) ใน พ.ศ. 2561 ศรีลังกาประสบความสำเร็จในการฉีดวัคซีนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายกว่าร้อยละ 99 (ตารางที่ 275) (34) โดยเกือบจะสามารถกำจัดโรค (elimination) โรคไข้สมองอักเสบ บาดทะยักในทารกแรกเกิด (neonatal tetanus) และโรคหัดเยอรมันแต่กำเนิด (congenital rubella syndrome) นอกจากนี้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 ไม่พบผู้ป่วยโรคโปลิโอในประเทศศรีลังกาอีกเลย (รูปที่ 379) (134)



ที่มา: UNICEP (134)

รูปที่ 39 วัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์ของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ประเทศศรีลังกา

ตารางที่ 25 ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน ในประเทศศรีลังกา พ.ศ. 2557-2561

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน (vaccination coverage)				
			2557	2558	2559	2560	2561
1	BCG vaccine	วัณโรค	99	99	99	99	99
2	DTP vaccine 1	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน	99	99	99	99	99
3	DTP vaccine 3	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน	99	99	99	99	99
4	Hepatitis B vaccine 3	ตับอักเสบบี	99	99	99	99	99
5	Hib vaccine 3	ฮิบ	99	99	99	99	99
6	IPV 1	โปลิโอ	-	99	99	99	-
7	JE vaccine	ไข้สมองอักเสบ	99	99	99	99	99
8	MCV1	หัด	99	99	99	99	99
9	MCV2	หัด	99	99	99	99	99
10	Polio vaccine 3	โปลิโอ	99	99	99	99	99

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	ร้อยละความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน (vaccination coverage)				
			2557	2558	2559	2560	2561
11	RCV1	หัดเยอรมัน	99	99	99	99	99
12	Tetanus vaccine	บาดทะยัก	99	99	99	99	99

แหล่งข้อมูล: World Health Organization (2562) (34)

2. การบริหารจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีน

2.1. ระบบอภิบาลเกี่ยวกับการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการอภิบาลการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในศรีลังกา มีดังนี้ (รูปที่ 40)

กระทรวงการคลังของประเทศศรีลังกามีหน้าที่บริหารและจัดสรรงบประมาณแผ่นดินที่เป็นรายได้ของภาครัฐ การใช้งบประมาณของรัฐมีกฎหมายและระเบียบรองรับเพื่อให้เกิดการใช้จ่ายที่มีเหตุผล เหมาะสม และคุ้มค่า นอกจากนี้ กระทรวงการคลังยังทำหน้าที่ตรวจสอบการใช้เงินของหน่วยงานภาครัฐโดยมีกฎหมายกำหนดไว้อย่างชัดเจน คือ National Audit Act ดำเนินการโดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (National Audit Office) ซึ่งถูกตั้งขึ้นมาเป็นหน่วยงานอิสระเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจ รวมถึงเพิ่มความโปร่งใสและความรับผิดชอบของรัฐบาล

กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่หลักในการบริหารและจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพที่ได้รับจากรัฐบาลไปยังกรม กอง ต่าง ๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการ ใน พ.ศ. 2553 ศรีลังกาจัดสรรงบประมาณโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มุ่งเน้นไปที่การเติมเต็มทรัพยากรที่ยังขาดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ระยะยาวของกระทรวงสาธารณสุข (เช่น ความเท่าเทียม การเข้าถึง และคุณภาพ) อย่างไรก็ตาม เมื่อเข้าสู่วาระการประชุมของผู้กำหนดนโยบาย ข้อเสนอแนะเหล่านี้อาจไม่ได้ถูกนำไปใช้จริงด้วยเหตุผลทางด้านการเมือง ทำให้ทรัพยากรที่จำเป็นยังไม่ถูกเติมเต็มเนื่องจากไม่มีการจัดสรรงบประมาณจากรัฐ (130) ในแง่ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ศรีลังกาได้จัดลำดับให้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นบริการพื้นฐานด้านสุขภาพ (Common Goods for Health) ดังนั้นรัฐบาลจึงมีพันธะผูกพันในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดซื้อจัดหาวัคซีน รวมถึงการกระจายวัคซีน โดยรัฐบาลมีความพยายามที่จะเพิ่มงบประมาณจากแหล่งทุนภายนอกเพื่อนำมาสร้างความเข้มแข็งให้กับแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ อีกทั้งรัฐบาลพยายามจัดให้มีกลไกการตรวจสอบการใช้งบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและโปร่งใส (135, 136) นอกจากนี้ หน่วยงานชื่อ General of Health Services ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่จัดทำ Comprehensive Multi-Year Plan (CMYP) สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดบริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับประเทศ รวมถึงวางแผนหรือพัฒนาโครงการ/มาตรการเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ที่วางไว้ใน CMYP (126)

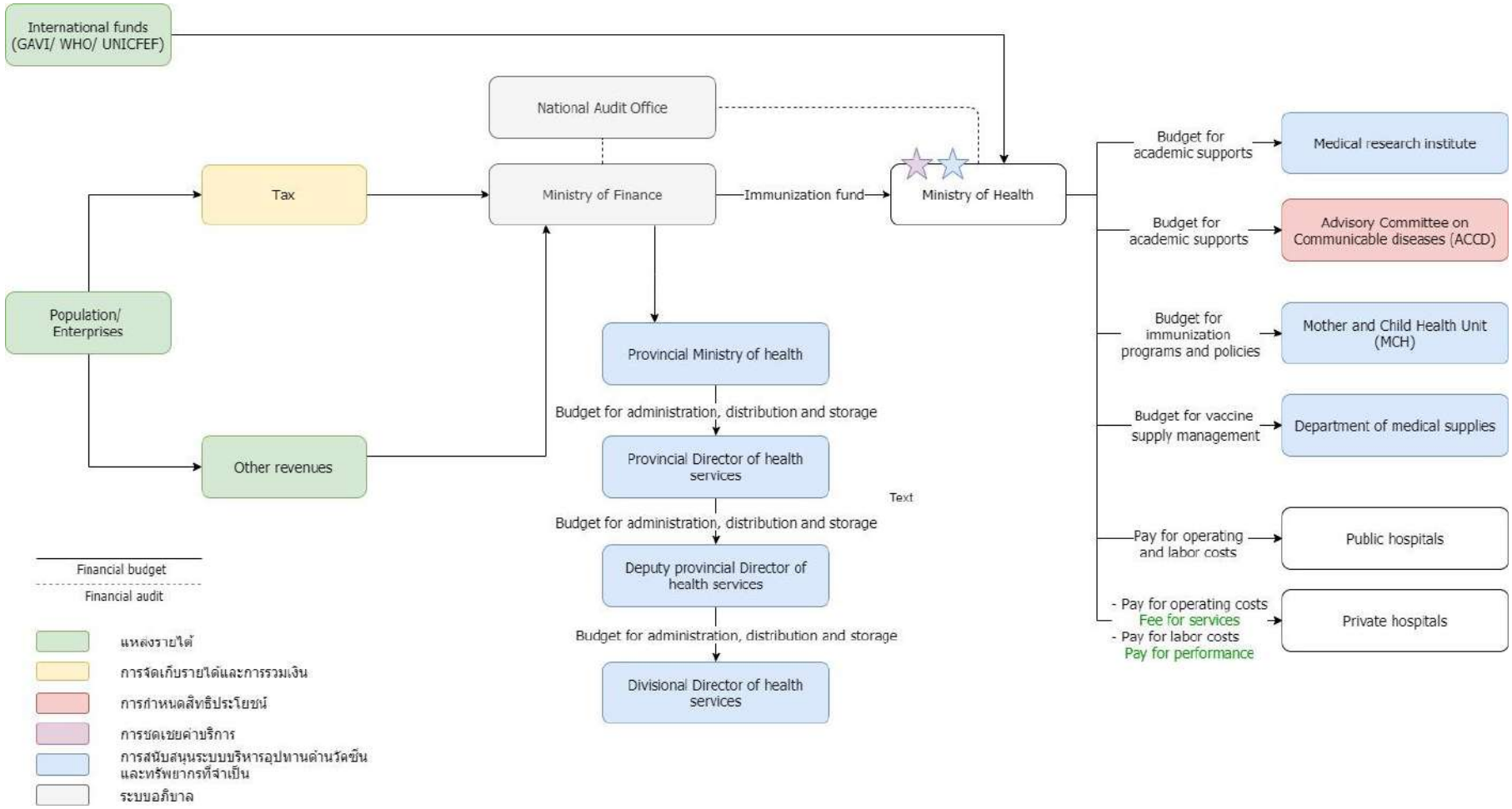
นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในศรีลังกา ซึ่งดำเนินการโดยคณะกรรมการที่ชื่อว่า Advisory Committee on Communicable Diseases (ACCD) และยังจัดสรรงบประมาณให้กับ Medical Research Institute เพื่อทำหน้าที่พัฒนาและวิจัยด้านวัคซีน ในขณะเดียวกัน กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่จัดสรรเงินไปยัง

Department of Medical Supplies สำหรับการจัดซื้อวัคซีน โดยรัฐบาลมีนโยบายกำหนดสัดส่วนงบประมาณเพื่อจัดซื้อวัคซีนไว้ที่ร้อยละ 0.2 ของงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐ ไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวนี้จะไม่ได้รับผลกระทบหรือเปลี่ยนแปลงหากมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล (129) ด้านการจัดซื้อจัดหาวัคซีนดำเนินการโดยองค์การเภสัชกรรมของศรีลังกา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รัฐบาลเป็นเจ้าของ (government-owned state pharmaceutical corporation) โดยใช้กระบวนการประกวดราคาในการจัดซื้อวัคซีน บริษัทที่เข้าร่วมประกวดราคาต้องมีคุณสมบัติตามที่ WHO กำหนด กล่าวคือ เป็นบริษัทที่จำหน่ายวัคซีนปริมาณมากให้กับ UN และได้มาตรฐานวัคซีนที่ WHO กำหนด การประกวดราคาในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างมีระเบียบทางการเงินที่เข้มงวดที่ต้องปฏิบัติตามเพื่อช่วยให้มั่นใจในความโปร่งใสของกระบวนการการจัดซื้อจัดจ้าง โดยวัคซีนที่จัดซื้อต้องขึ้นทะเบียนกับ National Regulatory Authority นั้นคือ Cosmetic Device and Drugs Authority ก่อนไม่ว่าจะเป็นวัคซีนที่รัฐบาลศรีลังกาจัดซื้อเองหรือได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างประเทศ (126)

รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพ (รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) ผ่านสภาจังหวัดให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Provincial Ministries of Health) และกระจายไปตามโครงสร้างการบริหารท้องถิ่นของศรีลังกา (137) โดยแบ่งออกเป็นเงินลงทุน (capital expenditure) และเงินดำเนินการ (recurrent expenditure) จากงบประมาณประจำปีของรัฐบาล (127) เงินบางส่วนจากรัฐบาลท้องถิ่นทั้งที่ได้รับการจัดสรรจากส่วนกลางและการจัดเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมต่าง ๆ ในพื้นที่ ถูกนำมาใช้เพื่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อซื้อวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่น ตู้เย็น การบริหารราชการของศรีลังกาที่เป็นแบบกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นมีข้อดีคือทำให้สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างตรงประเด็น เนื่องจากนักการเมืองระดับท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับชุมชน อย่างไรก็ตาม การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นทำให้นักการเมืองทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคสามารถตัดสินใจกำหนดนโยบายด้านสุขภาพเอง ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่นโยบายดังกล่าวจะไม่สอดคล้องกับนโยบายของชาติ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงนักการเมืองที่มาจากการเลือกตั้งอาจทำให้นโยบายด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลง ขาดความต่อเนื่อง อีกทั้งในบางชุมชนมีท่าทีขัดแย้งกับการเมืองระดับชาติ (138) การจัดสรรงบประมาณมายังรัฐบาลท้องถิ่นผ่านสภาจังหวัดเพื่อดำเนินการต่าง ๆ ในพื้นที่ ไม่ได้เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว หากปัญหาด้านสุขภาพไม่ถูกจัดลำดับความสำคัญโดยนักการเมือง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจะไม่ถูกใช้ไปในด้านสุขภาพ นอกจากนี้การใช้จ่ายงบประมาณที่รัฐบาลส่วนท้องถิ่นได้รับจากรัฐบาลกลางไม่มีการจัดทำรายงานการเงิน ส่งผลต่อการบริหารจัดการ การควบคุมการใช้ และการตรวจสอบการใช้งบประมาณในด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (137)

สำหรับการจ่ายชดเชยบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนพบว่าเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนทั้งค่าบริการและค่าบริหารจัดการต่าง ๆ รวมทั้งค่าตอบแทนบุคลากร

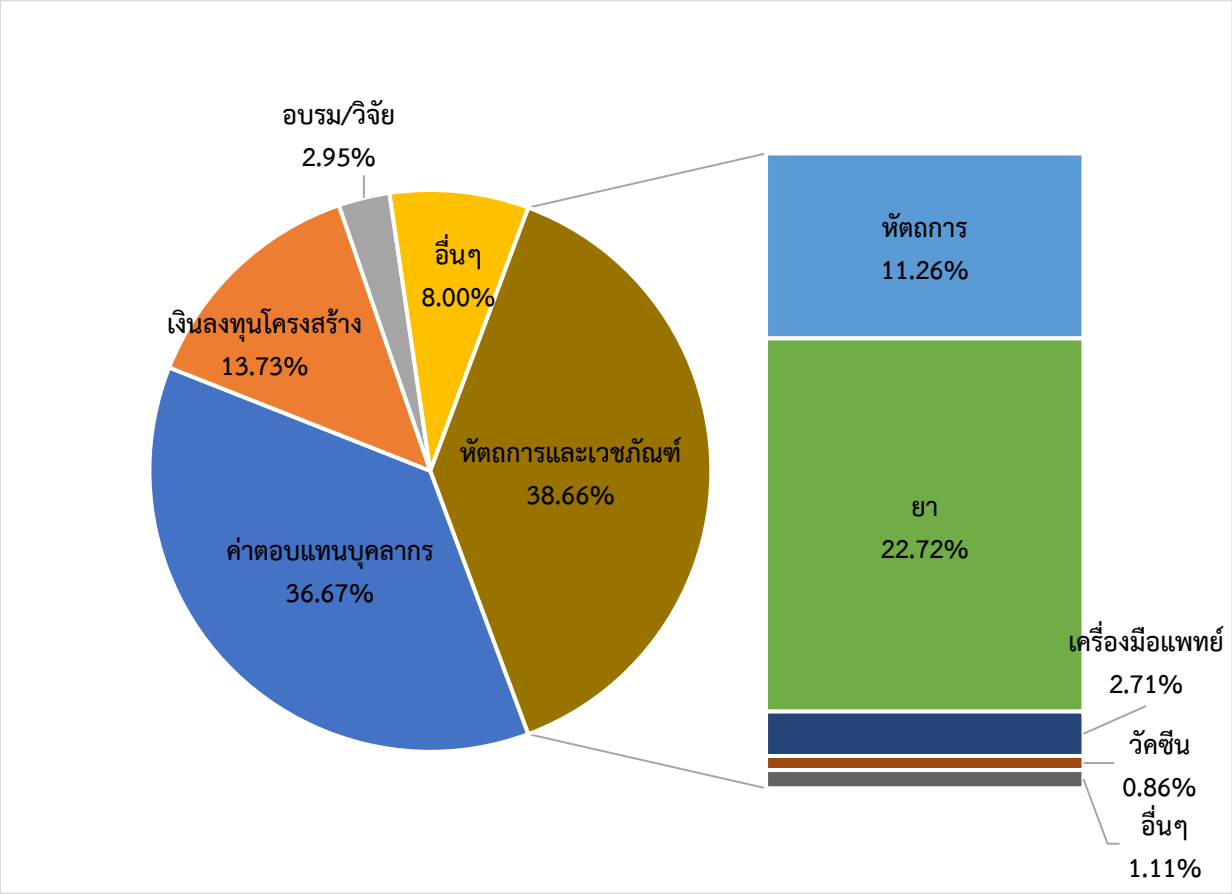
ศรีลังกาได้รับเงินสนับสนุนเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก GAVI โดยศรีลังกาต้องดำเนินการตามนโยบาย GAVI’s Transparency and Accountability Policy (TAP) ซึ่งมีรายละเอียดข้อกำหนดและเงื่อนไขการสนับสนุนงบประมาณ พร้อมทั้งต้องรายงานงบการเงินและการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอกโดยต้องสามารถตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานและต้องส่งรายงานผลการดำเนินงานตามงวดเงินเหมือนที่ได้กล่าวไว้แล้วในส่วนของการทบทวนประเทศอินโดนีเซีย (105) ด้านการได้รับเงินสนับสนุนเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจาก WHO หรือ UNICEF อย่างน้อยจำเป็นต้องมีการส่งรายงานผลการดำเนินงานเช่นเดียวกัน



รูปที่ 40 เส้นทางการเงินด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของศรีลังกา

2.2. แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บรายได้

กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบงบประมาณสำหรับการจัดซื้อวัคซีนและดำเนินการจัดซื้อวัคซีนมาแล้วกว่า 20 ปี ใน พ.ศ. 2556 รัฐบาลศรีลังกาจัดสรรงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนจำนวน 2,227 ล้านรูปีศรีลังกา[7] หรือร้อยละ 0.86 ของงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าที่กำหนดเป็นนโยบาย (รูปที่ 41)



แหล่งข้อมูล: Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine (2561) (139)

รูปที่ 41 สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของศรีลังกา จำแนกตามหมวดหมู่ พ.ศ. 2556

ศรีลังกามีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดซื้อยา วัคซีน และเครื่องมือแพทย์โดยตรงตั้งแต่ พ.ศ. 2550 งบประมาณสำหรับจัดบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นการจัดสรรเงินรายได้ของรัฐบาลกลางผ่านกระทรวงสาธารณสุข และถูกนำมาใช้เพื่อ

- เป็นค่าบริหารจัดการแผนงานสุขภาพแม่และเด็ก
- เป็นค่าจัดซื้อวัคซีน (จัดสรรให้ Department of Medical Supplies (DMS) ซึ่งเป็นผู้จัดการเรื่องการจัดซื้อจัดหาวัคซีนโดยตรง)
- จัดสรรให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- จัดสรรให้ Medical Research Institute เพื่อทำหน้าที่พัฒนาและวิจัยด้านวัคซีน

[7] 1 รูปีศรีลังกา = 0.17 บาท (อัตราแลกเปลี่ยนของธนาคารแห่งประเทศไทยวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2563)

- เป็นค่าสนับสนุนการทำงานสำหรับบางโครงการที่มีความจำเป็นต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ใน พ.ศ. 2559 ศรีลังกามีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำนวน 763 ล้านรูปีศรีลังกา หรือคิดเป็นร้อยละ 0.2 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศ (197,890 ล้านรูปีศรีลังกา) (139) นอกจากแหล่งเงินในประเทศ ศรีลังกายังได้รับเงินสนับสนุนสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากต่างประเทศ รวมทั้งจาก GAVI ตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2561 GAVI ได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อสนับสนุนให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่ศรีลังกาจำนวน 29.9 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยเงินที่ได้รับจาก GAVI ไม่เพียงใช้เฉพาะจัดซื้อวัคซีน แต่ยังถูกนำไปใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสุขภาพ การฝึกอบรมบุคลากรเพื่อให้สามารถฉีดวัคซีนอย่างปลอดภัย วัสดุอุปกรณ์จำเป็นอื่น ๆ รวมถึงการสนับสนุนเพื่อการเปลี่ยนผ่านเป็นประเทศที่มีการลงทุนวัคซีนเอง (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 หมวดหมู่และงบประมาณที่ GAVI สนับสนุนศรีลังกา ตั้งแต่ พ.ศ. 2543-2561

หมวดหมู่ของการสนับสนุน	มูลค่าเงินสนับสนุน (ล้านดอลลาร์สหรัฐ)
New and underused vaccine support	23.7
Health system strengthening support	4.5
Immunization services support	-
Operational support	-
Injection safety support (ได้แก่ AD syringes and safety boxes)	0.7
Vaccine introduction grant	0.9
Civil society organization support	-
Human papillomavirus vaccine demonstration cash support	-
Product switch grant	-
Transition grant	0.1
Ebola EPI recovery grant	-
Cold chain equipment optimization platform	-
รวม	29.9

แหล่งข้อมูล: GAVI (2561) (139)

2.3. การรวมเงินทุน

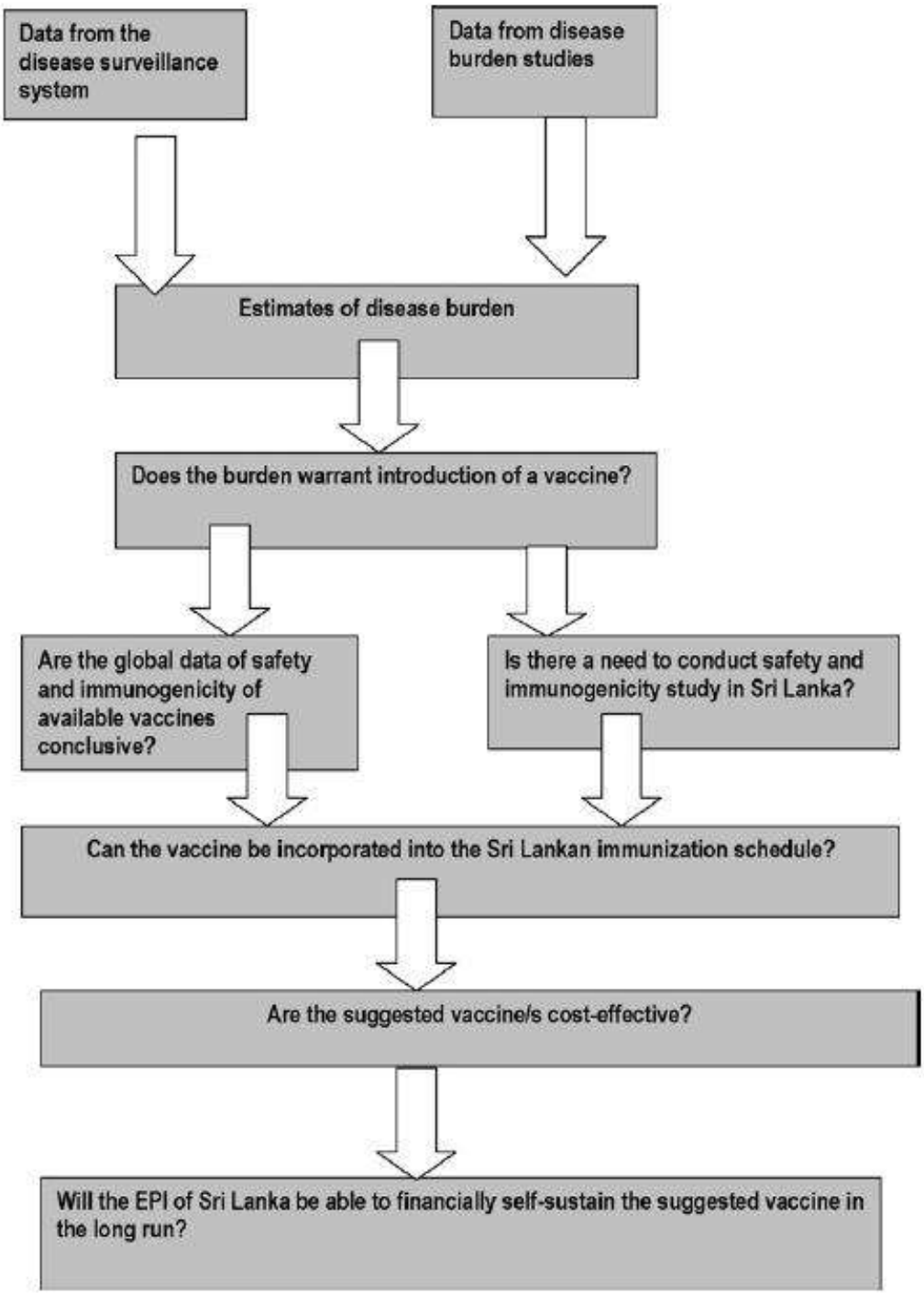
สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของศรีลังกาไม่มีการรวมเงินหากแต่เป็นการใช้เงินรายได้ของรัฐบาลกลางและบางส่วนใช้เงินของรัฐบาลท้องถิ่นมาเพื่อจัดบริการด้านสุขภาพในประเทศ อย่างไรก็ตาม ศรีลังกามีการรวมเงินสำหรับประกันสุขภาพสำหรับข้าราชการและครอบครัว ชื่อ “Agrahara Insurance Scheme” ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายของ Ministry of Public Administration เลขที่ 5/1997 เมื่อ พ.ศ. 2549 โดยใช้ชื่อกองทุนว่า National Insurance Trust Fund เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลแก่ข้าราชการและครอบครัว (ไม่รวมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) ภายใต้ Agrahara Insurance Scheme แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ Silver Scheme และ Gold Scheme ซึ่งมีวิธีการรวมเงินและชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่

แตกต่างกัน สำหรับ Silver Scheme ข้าราชการต้องจ่ายสมทบ 300 รูปีศรีลังกาต่อเดือน ในขณะที่ Gold Scheme ข้าราชการต้องจ่ายสมทบ 600 รูปีศรีลังกาต่อเดือน (140, 141)

2.4. การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน

การตัดสินใจเชิงนโยบายทั้งหมดเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในศรีลังกาดำเนินการโดยคณะกรรมการที่ปรึกษาแห่งชาติด้านโรคติดต่อ (National Advisory Committee on Communicable Diseases) ทำงานร่วมกับ National Immunization Technical Advisory Groups (NITAG) ซึ่งในบริบทของศรีลังกามีชื่อว่า Advisory Committee on Communicable Diseases (ACCD) จัดตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2503 ACCD ประกอบด้วย Director General of Health Services เป็นประธาน หัวหน้า Epidemiology Unit ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการ และสมาชิก 36 คน ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการด้านโรคติดต่อ ระบาดวิทยา เภสัชศาสตร์ ภูมิคุ้มกันและวัคซีน เป็นต้น นอกจากนี้ ACCD ยังประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ACCD มีหน้าที่ คือ 1) ทบทวนสถานการณ์ด้านโรคติดต่อในประเทศ รวมทั้งโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน 2) ตัดสินใจเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคร่วมกับคณะกรรมการที่ปรึกษาแห่งชาติด้านโรคติดต่อ 3) จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ และ 4) ร่างกฎหมายเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (142)

การตัดสินใจเชิงนโยบายด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะการพิจารณาวัคซีนใหม่เพื่อปรับปรุงแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติอาศัยหลักฐานสนับสนุน ได้แก่ ผลการวิจัย รายงานจากผู้จัดการแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ ข้อมูลการติดตามผลการดำเนินการที่ทำเป็นประจำ (regular data monitoring) ในระดับพื้นที่ ข้อมูลการสอบสวนอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization: AEFI) ข้อมูลการสำรวจความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน ข้อมูลการเฝ้าระวังการระบาดของโรค ข้อมูลสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูลที่ต้องการใช้ประกอบการพิจารณาวัคซีนใหม่และเกณฑ์คัดเลือกวัคซีนใหม่ของ ACCD แสดงดังรูปที่ 42



ที่มา: Wijesinghe PR,et al. (2553) (142)

รูปที่ 42 ข้อมูลที่ต้องการใช้ประกอบการพิจารณาวัคซีนใหม่และเกณฑ์คัดเลือกวัคซีนใหม่ของ ACCD

ACCD มีการประชุมเป็นประจำทุก 3 เดือน และมีการประชุม (summit) เพื่อหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการปรับปรุงแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ รวมถึงคัดเลือกวัคซีนใหม่ ทุก 2-3 ปี การพิจารณาวัคซีนใหม่บรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในการประชุมที่ดำเนินการอยู่เป็นประจำ การประชุมกรณีเร่งด่วน และการประชุม (summit) เพื่อหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยจะมีการพิจารณาหลักฐานสนับสนุนตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นเพื่อประเมินวัคซีนที่ต้องการเพิ่มในแผนสร้าง

เสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โดยหากไม่มีข้อมูลภายในประเทศ ACCD จะพิจารณาหลักฐานจากต่างประเทศแทน การประเมินมีเกณฑ์พิจารณาดังนี้

1) ผลกระทบและภาระโรค
2) ประสิทธิผลและความปลอดภัยของวัคซีน
3) ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ
4) ต้นทุนและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

เมื่อ ACCD รวบรวมหลักฐานทั้งหมดแล้วจึงจะส่งเอกสารทั้งหมดให้กับผู้เชี่ยวชาญในสาขาโรคนั้น ๆ พิจารณาร่วมกันเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และประกาศในการประชุม (summit) เพื่อหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนั้นกระบวนการพิจารณาวัคซีนใหม่สำหรับศรีลังกาจะใช้เวลานาน 2-3 ปี (143, 144)

ประชาชนทุกคนในศรีลังกามีสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จึงไม่เสียค่าใช้จ่ายหากรับบริการในหน่วยบริการของรัฐ ใน พ.ศ. 2560 (145) ประเทศศรีลังกาให้บริการวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ จำนวน 11 รายการ ซึ่งมีความครอบคลุมทั่วประเทศ (ตารางที่ 27) นอกจากนี้ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2561 ระบุว่า ศรีลังกามีการฉีดวัคซีนป้องกันไข้ไทฟอยด์ (Typhoid) สำหรับกลุ่มเสี่ยงหรือบางเขตพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค และการฉีดวัคซีนป้องกันไข้เหลืองให้เฉพาะผู้ที่จะเดินทางจากประเทศที่มีการระบาดโรคของไข้เหลือง รวมถึงมีการให้วิตามินเอ ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยจะให้วิตามินเอ ทุก 6 เดือน เนื่องจากวิตามินเอ สามารถช่วยป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งส่งผลต่อความรุนแรงของโรคหัดในเด็ก (34)

ตารางที่ 27 รายละเอียดบริการการให้วัคซีนในประเทศศรีลังกา

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	กลุ่มเป้าหมาย	ความครอบคลุม	หมายเหตุ
1	BCG vaccine	วัณโรค	เด็กแรกเกิด	ทั่วประเทศ	
2	OPV	โปลิโอ	เด็ก 2, 4, 6, 18 เดือน และ 5 ปี	ทั่วประเทศ	
3	DTwP-Hib-HepB vaccine*	คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ฮิบ และตับอักเสบบี	เด็ก 2, 4, 6 เดือน	ทั่วประเทศ	
4	IPV*	โปลิโอ	เด็ก 2, 4 เดือน	ทั่วประเทศ	fractional dose (ให้ 1/5 ของ full dose)
5	MMR vaccine	หัด คางทูม และหัดเยอรมัน	เด็ก 9 เดือน และ 3 ปี	ทั่วประเทศ	ให้เพิ่มเติมในผู้หญิงอายุ 15-44 ปีที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีน MMR มาก่อน
6	Live JE vaccine	ไข้สมองอักเสบเจอี	เด็ก 1 ปี	ทั่วประเทศ	
7	DTwP vaccine	คอตีบ บาดทะยัก และไอกรน	เด็ก 18 เดือน	ทั่วประเทศ	

ที่	วัคซีน	โรคที่ป้องกัน	กลุ่มเป้าหมาย	ความครอบคลุม	หมายเหตุ
8	DT vaccine	คอตีบและบาดทะยัก	เด็ก 5 ปี	ทั่วประเทศ	
9	HPV vaccine*	human papilloma virus	เด็กผู้หญิง 10-11 ปี	ทั่วประเทศ	ปกติเด็กอายุ 10-11 ปี จะได้ฉีดวัคซีนที่โรงเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่ถ้าพลาดฉีดเข็มแรก ให้ฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 หลังจากได้รับวัคซีนครั้งแรก 6 เดือน
10	Td vaccine	ไอกรน	11 ปี	ทั่วประเทศ	เด็กอายุ 11 ปีหรือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1
11	Tetanus vaccine	บาดทะยัก	หญิงกำลังตั้งครรภ์	ทั่วประเทศ	

* ได้รับการสนับสนุนวัคซีนจาก GAVI ใน พ.ศ. 2560

ที่มา: World Health Organization (2562) (34)

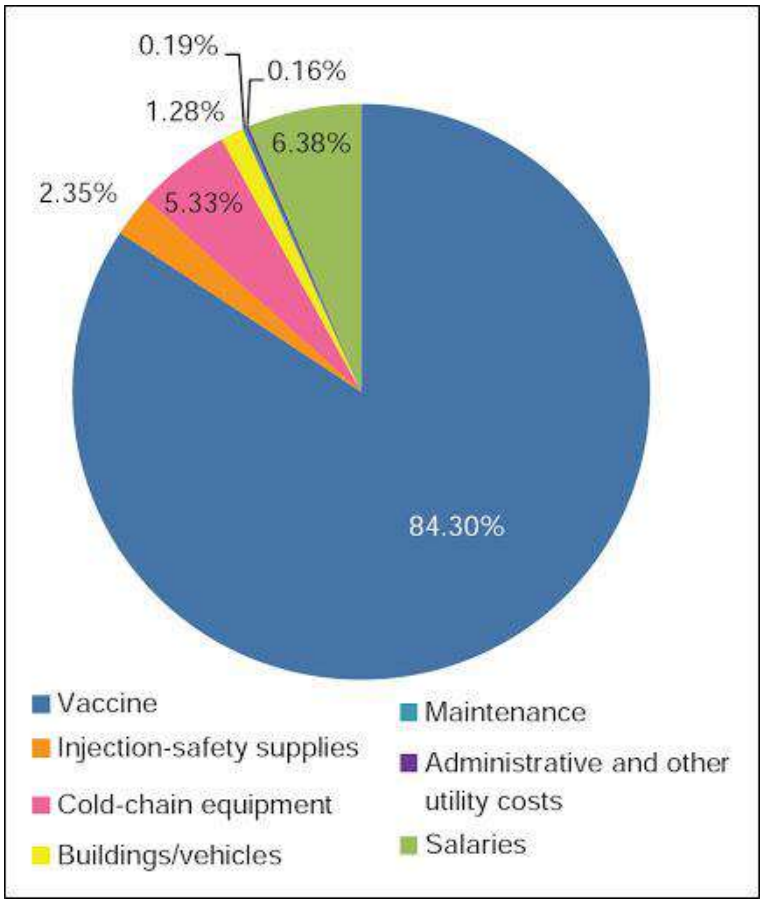
2.5. การจ่ายชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

เงินที่ใช้จ่ายชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นงบประมาณด้านสุขภาพที่รัฐบาลจัดสรรผ่าน 2 ช่องทาง คือ 1) จัดสรรเงินผ่านกระทรวงสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการ และ 2) จัดสรรเงินเป็นเงินอุดหนุนให้กับสภาจังหวัดจัดสรรต่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อจัดบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้ฟรีทุกหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนและได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข (127) รวมถึงหน่วยบริการที่มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (Public-Private Partnerships: PPP) (136) โดยการจ่ายชดเชยบริการให้แก่โรงพยาบาลเอกชน ใช้วิธี fee-for-service และมีการจำกัดวงเงินการเบิกจ่ายชดเชยสูงสุด (146) อย่างไรก็ตาม สำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการเอกชน พบว่ามีปัญหาเรื่องการตรวจสอบและชดเชยเงินจากกระทรวงสาธารณสุขที่ซับซ้อนและขาดความชัดเจน

ใน พ.ศ. 2562 รัฐบาลจัดสรรงบประมาณผ่านกระทรวงสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการเป็นจำนวน 234,920 ล้านรูปีศรีลังกา โดยเป็นค่าดำเนินการและเป็นค่าลงทุน 200,919 และ 34,001 ล้านรูปีศรีลังกา ตามลำดับ (147) สำหรับค่าดำเนินการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ค่าชดเชยบริการ และ 2) ค่าตอบแทนบุคลากร การจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่บุคลากรในหน่วยบริการของรัฐ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ได้รับเงินเดือนตามระเบียบราชการ โดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนและชนิดของบริการที่ให้บริการ ในขณะที่หน่วยบริการเอกชนมีระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามจำนวนและชนิดของบริการที่ให้บริการ โดยวิธีการจ่ายนี้ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่ทุกบริการสุขภาพมีวิธีการจ่ายที่เหมือนกัน (134)

2.6. การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยจัดสรรผ่านกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าจะขาดข้อมูลค่าใช้จ่ายสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในศรีลังกา แต่มีการศึกษาต้นทุนการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอำเภอ Kalutara ใน พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นต้นทุนของแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติสำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 5 ขวบของหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับตำบล (divisional) ระดับเขต (district) และระดับประเทศ (national) (รูปที่ 43) จากการศึกษาพบว่า ต้นทุนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.3) เป็นค่าวัคซีน รองลงมาเป็นค่าตอบแทนบุคลากร (ร้อยละ 6.38) ค่าอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องระบบควบคุมอุณหภูมิ (ร้อยละ 5.33) และค่าวัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับการฉีดวัคซีน (ร้อยละ 2.35) (148)



ที่มา: Jayasekara, et al. (2016) (148)

รูปที่ 43 ต้นทุนบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำแนกตามทรัพยากรที่จำเป็นของอำเภอ Kalutara

จากการศึกษาต้นทุนแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติสำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 5 ขวบ จำแนกตามแหล่งที่มาของเงินในอำเภอ Kalutara (ตารางที่ 28) จะเห็นว่า สัดส่วนต้นทุนที่มากที่สุดเกิดขึ้นในระดับประเทศ (ร้อยละ 87) ซึ่งเป็นการใช้เพื่อการจัดซื้อจัดหาวัคซีนและค่าวัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับการฉีดวัคซีน รองลงมาคือต้นทุนที่เกิดขึ้นในระดับตำบล (ร้อยละ 8) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นต้นทุนลงทุน ได้แก่ ค่าอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบควบคุมอุณหภูมิ ค่าสถานที่ ยานพาหนะ และต้นทุนดำเนินการ ได้แก่ เงินเดือน ค่าบำรุงรักษา และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในขณะที่ต้นทุนที่เกิดขึ้นในระดับเขตใช้น้อยที่สุดเมื่อเทียบกันทั้ง 3 ระดับ (ร้อยละ 4) โดยส่วนใหญ่เป็นค่าบริหารจัดการและค่าจัดเก็บและขนส่งวัคซีน (148)

ตารางที่ 28 ประเภทต้นทุนสำหรับแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเด็กอายุน้อยกว่า 5 ขวบในอำเภอ Kalutara จำแนกตามแหล่งที่มาของเงิน

ประเภทต้นทุนสำหรับแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติเด็กอายุ < 5 ปี	ต้นทุน/คน (ดอลลาร์สหรัฐ)	ร้อยละ
ระดับประเทศ		
ค่าวัคซีน	11.63	84
ค่าวัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับการฉีดวัคซีน	0.32	2
ต้นทุนลงทุนและดำเนินการ	0.13	1
ระดับเขต		
ต้นทุนลงทุนและดำเนินการ	0.56	4
ระดับตำบล		
ต้นทุนลงทุนและดำเนินการ	1.15	8
รวม	13.80	100

ที่มา: Jayasekara, et al. (2020) (148)

ในศรีลังกาไม่มีการเพิ่มกำลังคนสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยเฉพาะ เช่น พยาบาลวิชาชีพ การเพิ่มกำลังคนเพื่อให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจึงเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ ศรีลังกามีปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอกับความต้องการ อีกทั้งมีปัญหาเรื่องการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ จึงอาจส่งผลต่อความครอบคลุมการฉีดวัคซีนต่ำและไม่มีคุณภาพในบางพื้นที่ของศรีลังกา กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทำแผนความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ระดับประเทศ โดยแผนดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากกระทรวงการคลังแต่อาจต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการคัดเลือกและพัฒนาจำนวนบุคลากรทางการแพทย์สำหรับ 10 ปีข้างหน้า ดังนั้นจึงมีการแนะนำการจ่ายเงินเพิ่มเติม (additional payment) สำหรับกิจกรรมที่ต้องการกำลังคนเพิ่มเติมเพื่อดำเนินการให้ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามที่ต้องการ (126)

การอบรมบุคลากรและการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติมีความจำเป็นอย่างยิ่งในศรีลังกา โดยมีความต้องการการอบรมบุคลากรเฉพาะด้าน เช่น การจัดการข้อมูล (data management) สำหรับแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ งบประมาณที่ต้องการสนับสนุนประมาณ 10,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี โดยหวังว่าจะได้รับเงินสนับสนุนจากแหล่งทุนในประเทศ นอกจากนี้ ศรีลังกาต้องการการพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการให้กับเจ้าหน้าที่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับท้องถิ่น ในแง่ของการวิจัย ศรีลังกามีความต้องการงานวิจัยระบาดวิทยา และผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำหรับวัคซีนใหม่ที่ยังไม่บรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ เพื่อใช้เป็นหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน/การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอนาคต อีกทั้งยังขาดงบประมาณเพื่อส่งบุคลากรไปศึกษาอบรมในต่างประเทศ ซึ่งถือว่าเป็นการจูงใจให้บุคลากรยังคงทำงานในระบบบริการสุขภาพซึ่งมีค่าตอบแทนน้อย โดยคาดว่าจะส่งผลอย่างมากต่อบุคลากรในระดับเขตและตำบล จากการสนับสนุนของ GAVI ระยะที่ 1 ใน พ.ศ. 2546 ศรีลังกาได้รับเงิน 100,000 ดอลลาร์สหรัฐเพื่อดำเนินการฝึกอบรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในปีเดียวกันศรีลังกาได้รับเงินจาก WHO เพื่อดำเนินการฝึกอบรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเช่นกัน (126)

ยานพาหนะและการเดินทางถือว่าเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะเพื่อการลงพื้นที่ฉีดวัคซีนในชุมชนของบุคลากร/เจ้าหน้าที่ งบประมาณที่ใช้จัดซื้อและบำรุงรักษายานพาหนะรับผิดชอบโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งทำหน้าที่กระจายวัคซีนไปหน่วยบริการ เงินที่ได้รับการสนับสนุนจาก GAVI ระยะที่ 1 ใน พ.ศ. 2546 ถูกนำมาใช้ซื้อยานพาหนะเพื่อกระจายวัคซีนจากส่วนกลางไปยังระดับเขต และใน พ.ศ. 2556 ควรต้องมีการปลดระวางยานพาหนะดังกล่าวตามอายุการใช้งานและซื้อยานพาหนะใหม่ โดยมีความต้องการใช้เงินเพื่อดำเนินการดังกล่าวประมาณ 100,000 ดอลลาร์สหรัฐ จากการประมาณการคาดว่าในอนาคตค่าใช้จ่ายสำหรับยานพาหนะและการเดินทางจะเพิ่มขึ้น ปัจจัยเสี่ยงต่องบประมาณยานพาหนะและการเดินทางคือ ค่าเชื้อเพลิง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นตามราคาในตลาดโลก รวมถึงค่าเงินที่ผันผวนอาจจะส่งผลกระทบอย่างมากในอนาคต ค่าเชื้อเพลิงในระดับเขตและตำบลถือว่าเป็นค่าบริหารจัดการที่ส่วนภูมิภาค (จังหวัด) ต้องรับผิดชอบ ไม่มีการจัดสรรงบประมาณในส่วนของเชื้อเพลิง จากรัฐบาลกลาง ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการลงพื้นที่เพื่อฉีดวัคซีน รวมถึงการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (126)

การเฝ้าระวังการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ปัจจุบันมีวัคซีนบรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติถือเป็นการประเมินประสิทธิภาพอย่างหนึ่ง การรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล พร้อมทั้งจัดทำเป็นรายงานรับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาที่พบในระบบบริหารจัดการข้อมูลการเฝ้าระวังการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน คือ การรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังฯ จากหน่วยบริการมายังส่วนกลางในรูปแบบกระดาษ (paper based) ซึ่งไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการเฝ้าระวังฯ ที่ต้องการการรายงานอย่างรวดเร็วเพื่อเตรียมการป้องกันและแก้ไขปัญหาก่อนมีการระบาดหนักของโรค การลงทุนโครงสร้างพื้นฐานเพื่อให้เกิดการรายงานข้อมูลการเฝ้าระวังฯ ในรูปแบบคอมพิวเตอร์ ศรีลังกามีความต้องการงบประมาณราว ๆ 50,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อปี นอกจากนี้ การฝึกอบรมเพื่อบันทึกข้อมูลและการเฝ้าระวังมีความจำเป็นต้องมีการสนับสนุนภายหลังจากมีการรายงานข้อมูลผ่านคอมพิวเตอร์ โดย Epidemiology unit ควรเป็นผู้รับผิดชอบพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลและการฝึกอบรมจึงควรได้รับงบประมาณสนับสนุน (126)

2.7. การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีน

เนื่องจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคถูกจัดเป็นบริการพื้นฐานด้านสุขภาพ รัฐบาลศรีลังกาจึงสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดซื้อจัดหาวัคซีน รวมถึงการกระจายวัคซีน

ในแง่ของการประมาณการและวางแผนสำหรับการจัดซื้อจัดหาวัคซีนใน EPI ถูกกล่าวไว้ใน CMYP ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและสร้างฉากทัศน์ที่พึงประสงค์ขึ้นมาเพื่อประมาณการงบประมาณที่ต้องใช้ โดยคำนึงถึงต้นทุนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ เงินเดือน ค่าตอบแทน เป็นต้น ส่วนราคาวัคซีนใช้ข้อมูลจาก UNICEF ที่ผ่านการต่อรองหรือทำข้อตกลงด้านราคาไว้ (multiyear price commitment) (126)

ในแง่ของการควบคุมคลังสินค้า รับผิดชอบโดย Epidemiology Unit ซึ่งมีหน้าที่กำกับดูแลจำนวนวัคซีนขั้นต่ำในคลังสินค้า (buffer stock) ให้เหลือเพียงพอสำหรับการใช้ 6 เดือนสำหรับประเทศ และ 2-4 เดือนสำหรับระดับอำเภอและตำบล จากการรายงานสถานการณ์ที่ผ่านมาพบว่า ศรีลังกาไม่มีการขาดคราวของวัคซีนในทุกระดับ (126)

งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมาจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ EPI พบว่าร้อยละ 3 ของงบประมาณดังกล่าวถูกใช้ไปกับคลังสินค้าของวัคซีนที่ต้องมีการควบคุมอุณหภูมิ และร้อยละ 1.5 สำหรับการขนส่งวัคซีน จากการสนับสนุนของรัฐบาลทำให้ศรีลังกามีคลังสินค้าควบคุมอุณหภูมิที่ทันสมัยและเพียงพอสำหรับการสำรองวัคซีนไว้ใช้ในประเทศ โดยภายหลังจากที่รัฐบาลได้ทุ่มทุนสร้างโดยใช้

งบประมาณกว่า 1 ล้านดอลลาร์สหรัฐและไม่จำเป็นต้องใช้บริการคลังสินค้าควบคุมอุณหภูมิของภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม หากมีการเพิ่มรายการวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติอาจจะต้องมีการพิจารณาเรื่องสถานที่จัดเก็บเพิ่มเติม นอกจากนี้ ศรีลังกาได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจาก UNICEF เพื่อสร้างคลังสินค้าควบคุมอุณหภูมิในทั้ง 26 อำเภอของศรีลังกาเพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพการจัดเก็บวัคซีนในพื้นที่ (126)

การขนส่งวัคซีนจากคลังสินค้าส่วนกลางไปยัง 26 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยดำเนินการทุก 2 เดือน โดยใช้ Ice line refrigerators (ILR) ซึ่งถือว่าเป็นตู้เย็นที่ได้มาตรฐานในการจัดเก็บวัคซีน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะส่งต่อไปยังหน่วยบริการ ซึ่งหน่วยบริการจัดเก็บวัคซีนในตู้เย็นทั่วไป อย่างไรก็ตาม พ.ศ. 2553 ศรีลังกาเริ่มเปลี่ยนตู้เย็นทั่วไปเป็น ILR บ้างแล้ว วัคซีนส่วนใหญ่ที่เก็บตู้เย็นจะถูกบันทึกและตรวจสอบข้อมูลอุณหภูมิ (data logger) งบประมาณที่คาดว่าจะใช้เพื่อเปลี่ยนตู้เย็นทั่วไปใน MOOH เป็น ILR จนครบทุกแห่ง รวมถึงการเปลี่ยนอุปกรณ์ในการขนส่ง (กล่องเก็บวัคซีนและปลอกหุ้มเก็บความเย็น) เป็นเงินทั้งสิ้นประมาณ 750,000 ดอลลาร์สหรัฐ (126)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ศรีลังกาได้มีระบบบริหารจัดการด้านภัยพิบัติทุกประเภทอย่างเป็นทางการ รวมถึงการระบาดของโรค โดยการดำเนินงานของ Disaster Operations Unit ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข อีกทั้งมีการพัฒนาแผนระดับชาติเพื่อจัดการกับปัญหาภัยพิบัติ (National Disaster Management Plan: NDMP) และออกกฎหมายขึ้นมาเพื่อรองรับการทำงานตามแผนดังกล่าว ได้แก่ Disaster Management Act เลขที่ 13/2005 (149) ในแง่ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ศรีลังกาเผชิญปัญหาการระบาดหนักของไข้เลือดออกเด็งกีใน พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยกว่า 80,732 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 215 ราย ในการนี้ระบบบริหารจัดการด้านภัยพิบัติได้ช่วยแจ้งเตือนภัยล่วงหน้าให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเตรียมการรับมือ (150) สำหรับระบบบริหารจัดการด้านภัยพิบัตินี้ เริ่มต้นได้รับการสนับสนุนเงินจากแหล่งทุนต่างประเทศ (WHO เป็นแหล่งทุนหลัก) ปัจจุบันการดำเนินการต่าง ๆ ภายใต้ระบบบริหารจัดการด้านภัยพิบัติได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลศรีลังกา โดยมีหน่วยงานระหว่างประเทศช่วยสนับสนุนเชิงเทคนิคและพัฒนาศักยภาพของบุคลากร โดยการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติเป็นหน้าที่หลักของรัฐบาล หากมีภัยพิบัติเกิดขึ้นแหล่งทุนต่างประเทศจึงยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือ (138)

บทสรุประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและด้านวัคซีนในประเทศศรีลังกา

แหล่งรายได้สำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในศรีลังกาส่วนใหญ่มาจากการเก็บภาษีของรัฐบาล มีการกำหนดสัดส่วนงบประมาณเพื่อจัดซื้อวัคซีนที่ชัดเจน (ร้อยละ 0.2 ของงบประมาณสุขภาพของภาครัฐ) และไม่เปลี่ยนแปลงหากมีการเปลี่ยนรัฐบาล แต่ขณะที่เงินบางส่วนสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาจากรัฐบาลท้องถิ่นซึ่งได้มาจากการจัดเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมต่าง ๆ และยังคงได้รับเงินสนับสนุนจาก GAVI เพื่อจัดซื้อวัคซีนบางรายการ

การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติกระทำโดยคณะกรรมการ ACCD ซึ่งทำหน้าที่ทบทวนสถานการณ์ ตัดสินใจเชิงนโยบายและจัดทำข้อเสนอแนะต่อแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ รวมถึงร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ดังนั้นศรีลังกาจึงมีชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนเหมือนกันทุกพื้นที่

ศรีลังกาไม่มีกลไกการรวมเงินสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการรวมเงินพิเศษสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ไม่มีการจ่ายชดเชยให้หน่วยบริการของรัฐแต่เป็นการจัดสรรเงินสนับสนุนเป็น block grant ผ่านรัฐบาลท้องถิ่น ในขณะที่การจ่ายชดเชยบริการให้หน่วยบริการเอกชนที่ดำเนินการร่วมระหว่างรัฐและเอกชนเพื่อให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นแบบ fee-for-service ไม่รวมค่าตอบแทนบุคลากรที่มีการจ่ายด้วยวิธี pay for performance โดยหน่วยบริการเอกชนต้องมีการขึ้นทะเบียนและผ่านการรับรองมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

ศรีลังกาเคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นต่อบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากหน่วยงานต่างประเทศ เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดซื้อยานพาหนะเพื่อกระจายวัคซีน แต่ในปัจจุบันมีการสนับสนุนงบประมาณดังกล่าวจากหน่วยงานต่างประเทศน้อยลง ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลท้องถิ่นมีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นต่อบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่น การพัฒนาแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ การดำเนินการโครงการพิเศษที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงตู้เย็น วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การจัดสรรงบประมาณมาให้รัฐบาลท้องถิ่น หรือการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นทำให้สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างตรงประเด็น เนื่องจากนักการเมืองมีความใกล้ชิดกับชุมชน อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้ที่การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในพื้นที่มีความเป็นไปได้ที่จะไม่สอดคล้องกับนโยบายของชาติ ปัญหาสุขภาพไม่ได้ถูกจัดลำดับความสำคัญโดยนักการเมือง การเปลี่ยนแปลงนักการเมืองทำให้นโยบายเปลี่ยนแปลง ขาดความต่อเนื่อง บางชุมชนเห็นแย้งกับนโยบายของชาติ อีกทั้งการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพแก่รัฐบาลส่วนท้องถิ่น ไม่สามารถตรวจสอบการใช้งบประมาณในด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ศรีลังกามีกฎหมายควบคุม (Public Finance Bill) และกฎหมายตรวจสอบ (National Audit Act) การใช้เงินงบประมาณของภาครัฐ ในแง่ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรครัฐบาลพยายามจัดให้มีกลไกการตรวจสอบงบประมาณในส่วนนี้โดยเฉพาะ อย่างไรก็ตาม งบประมาณที่รัฐบาลกลางจัดสรรไปยังรัฐบาลส่วนท้องถิ่นจะไม่มีการรายงานการเงิน แม้ว่ารัฐบาลส่วนท้องถิ่นจะมีหน้าที่บางอย่างเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่งผลให้รัฐบาลกลางไม่สามารถควบคุมและตรวจสอบการใช้งบประมาณดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลกลางสามารถติดตามผลการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้ผ่านระบบฐานข้อมูลระดับประเทศ

ตารางที่ 29 สรุปจุดเด่น-จุดด้อยของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและวัคซีนในประเทศศรีลังกา

ประเด็น	จุดเด่น	จุดด้อย	แนวทางแก้ไขปัญหา
การอภิบาลระบบ	การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นสามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างตรงประเด็น เนื่องจากนักการเมืองมีความใกล้ชิดกับชุมชน	• การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในพื้นที่มีความเป็นไปได้ที่จะไม่สอดคล้องกับนโยบายของชาติ • การเปลี่ยนแปลงนักการเมืองทำให้นโยบายเปลี่ยนแปลง ขาดความต่อเนื่อง บางชุมชนเห็นแย้งกับการเมืองระดับชาติ • ปัญหาสุขภาพไม่ได้ถูกจัดลำดับความสำคัญโดยนักการเมือง • การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพแก่รัฐบาลส่วนท้องถิ่น ไม่สามารถตรวจสอบการใช้งบประมาณในด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	
แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บ	รัฐบาลมีนโยบายกำหนดสัดส่วนงบประมาณเพื่อจัดซื้อวัคซีนร้อยละ 0.2 ของงบประมาณสุขภาพของภาครัฐ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามรัฐบาล	ยังคงพึ่งพาแหล่งเงินจากต่างประเทศ (GAVI)	

ประเด็น	จุดเด่น	จุดด้อย	แนวทางแก้ไขปัญหา
การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน	ACCD มีหน้าที่พิจารณาหลักฐานวิชาการและตัดสินใจเชิงนโยบายร่วมกับคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านโรคติดต่อ		
การจัดซื้อวัคซีน	หน่วยงานที่รัฐเป็นเจ้าของทำหน้าที่จัดซื้อวัคซีนระดับประเทศ		

อภิปรายผล

เงินของภาครัฐที่นำมาใช้ด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นส่วนหนึ่งของกลไกการเงินการคลังด้านสุขภาพทั้งในประเทศที่มีรายได้สูง (แคนาดาและออสเตรเลีย) หรือเป็นประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง (อินโดนีเซียและศรีลังกา) โดยงบประมาณด้านสุขภาพได้รับการจัดสรรจากเงินรายได้ของรัฐบาล ซึ่งมาจากการจัดเก็บภาษีเป็นหลัก สอดคล้องกับ World Bank และ GAVI Alliance ที่ระบุว่าการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนั้นไม่สามารถนำมาพิจารณาโดยแยกออกจากการเงินการคลังด้านสุขภาพในภาพรวมได้ (12) ดังนั้นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมจึงมีความสำคัญในการกำกับทิศทางของนโยบายสาธารณสุขของประเทศ รวมถึงใช้ในการวางแผนรายจ่ายหรืองบประมาณด้านสุขภาพในระยะยาวให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงบริบทด้านสุขภาพของประชากรภายในประเทศ

จากตารางที่ 30 เป็นการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม จำแนกตามแหล่งที่มาของเงินในสี่ประเทศพบว่า ใน พ.ศ. 2560 แคนาดาและออสเตรเลียซึ่งเป็นประเทศที่มีรายได้สูง มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมต่อหัวประชากรสูงกว่าประเทศที่เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองโดยสมบูรณ์อย่างอินโดนีเซียและศรีลังกา 3.4 เท่า โดยส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมมาจากภาครัฐ ยกเว้นศรีลังกาที่การจ่ายด้วยตนเองของประชาชนสูงที่สุด หรือเกือบครึ่งของประชากร เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP กับประเทศไทยจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ต่ำกว่าประเทศที่มีรายได้สูงอย่างแคนาดาและออสเตรเลีย แต่หากเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่เคยได้รับการสนับสนุนจาก GAVI ประเทศไทยมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP สูงกว่าอินโดนีเซีย (ร้อยละ 0.76 ของ GDP) แต่น้อยกว่าศรีลังกาเล็กน้อย (ร้อยละ 0.06 ของ GDP)

ตารางที่ 30 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม จำแนกตามแหล่งเงินใน พ.ศ. 2560

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมต่อหัวประชากร	ค่าใช้จ่ายภาครัฐ	ค่าใช้จ่ายจากแหล่งเงินต่างประเทศ	OOP	อื่น ๆ*
	(ร้อยละของ GDP)	(บาท)	(ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร)			
แคนาดา	10.57	144,966	73.72	0.00	14.22	12.06
ออสเตรเลีย	9.21	130,120	68.91	0.00	18.15	12.94
อินโดนีเซีย	2.99	3,543	48.37	0.53	34.61	16.49
ศรีลังกา	3.81	4,510	42.95	1.34	49.76	5.95
ไทย	3.75	8,041	76.13	0.23	11.15	12.50

หมายเหตุ: GDP = ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ, OOP = ค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเอง
*อื่น ๆ ประกอบด้วย ประกันสุขภาพเอกชนแบบสมัครใจ เงินบริจาค และค่าบริการของบริษัทเอกชน
แหล่งข้อมูล: the world bank (151)

แคนาดาและออสเตรเลียมีนโยบายสนับสนุนให้ประชาชนซื้อประกันสุขภาพเอกชนโดยใช้เงินที่ได้จากการจ่าย Health Premium จึงทำให้มีรายได้ที่มาจากแหล่งอื่น ๆ รวมถึงการซื้อประกันเอกชนแบบสมัครใจน้อยกว่าในประเทศอินโดนีเซีย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ถูกพัฒนาขึ้นมาอย่างยาวนาน ทำให้ประชาชนในประเทศเข้าถึงเทคโนโลยีและบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมด้วยตนเอง นอกจากนี้ แคนาดาและออสเตรเลียไม่มีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากแหล่งเงินต่างประเทศแล้ว ในขณะที่อินโดนีเซียและศรีลังกายังคงมีค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่ง

เงินต่างประเทศ (ร้อยละ 0.5-1 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม) สำหรับประเทศไทยค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเองน้อยกว่าทั้งสี่ประเทศที่เป็นกรณีศึกษา และมีแนวโน้มของค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายด้วยตนเองลดลงเรื่อย ๆ ตั้งแต่มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2545 (152) ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยยังคงมีค่าใช้จ่ายจากแหล่งเงินต่างประเทศ ร้อยละ 0.23 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม ซึ่งถือว่าน้อยกว่าทั้งในอินโดนีเซียและศรีลังกา

แม้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของทั้งสี่ประเทศมาจากหลายแหล่งที่มา แต่หากเป็นค่าใช้จ่ายด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ใช้ในประเทศทั้งหมดมาจากการสนับสนุนของภาครัฐ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของรัฐบาลทั้งสี่ประเทศผ่านการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดซื้อวัคซีนพื้นฐานและวัคซีนจำเป็นที่บรรจุอยู่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ รวมถึงสนับสนุนงบประมาณสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นต่อการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการบริหารระบบอุปทานด้านวัคซีน โดยสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของทั้งสี่ประเทศมีค่าประมาณ 0.22-0.56 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม (ตารางที่ 31) ในขณะที่ประเทศไทยมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมเท่ากับ 0.16 ซึ่งน้อยกว่าทั้งสี่ประเทศ และน้อยกว่าแคนาดาและศรีลังกาที่เป็นค่าใช้จ่ายเฉพาะจัดซื้อวัคซีนเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าประเทศไทยลงทุนด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคน้อยกว่าประเทศอื่น ๆ เนื่องจากยังขาดการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น จำนวนรายการวัคซีนในชุดสิทธิประโยชน์ จำนวนประชากรเป้าหมาย ระบบบริหารเวชภัณฑ์ (การจัดซื้อรวม การประกวดราคา การต่อรองราคา) เป็นต้น

ตารางที่ 31 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม และสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ประเทศ	จำนวนประชากร (ราย)	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร (บาท)	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค		ข้อมูลปี
				ล้านบาท	ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม	
แคนาดา	33,247,118	144,966	4,819,708	10,490*	0.22	2551
ออสเตรเลีย	21,691,700	130,120	2,822,520	13,592	0.48	2552
อินโดนีเซีย	255,129,004	3,543	903,834	5,045	0.56	2557
ศรีลังกา	20,585,000	4,510	92,837	379*	0.41	2556
ไทย	69,209,858	8,041	556,516	862**	0.16	2560

หมายเหตุ: * คิดเฉพาะค่าใช้จ่ายสำหรับจัดซื้อวัคซีน

** คิดเฉพาะค่าใช้จ่ายสำหรับจัดซื้อวัคซีนในโครงการ EPI ของประเทศไทย (153)

แหล่งข้อมูล: World Bank (151)

ทั้งสี่ประเทศจัดสรรงบประมาณเฉพาะ (specific budget line) สำหรับจัดซื้อวัคซีนพื้นฐานหรือวัคซีนจำเป็นที่บรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ กว่า 160 ประเทศทั่วโลกมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดซื้อวัคซีนโดยเฉพาะเช่นเดียวกัน โดยมีหลักการและเหตุผลดังนี้ 1) การตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้งบประมาณของภาครัฐในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เนื่องจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นบริการที่ถูกจัดว่ามีความสำคัญต่อการป้องกันโรค 2) การให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ต้องการความต่อเนื่อง หากรัฐบาลประกาศชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนจะต้องมีการเตรียมความพร้อมเรื่องการเงินเพื่อให้บริการแก่ประชาชน และ 3) การเล็งเห็นประโยชน์ของการติดตามงบประมาณอย่างโปร่งใส

(154) เป็นที่น่าสนใจสำหรับศรีลังกาที่มีนโยบายกำหนดสัดส่วนงบประมาณประจำปีไว้สำหรับจัดซื้อวัคซีนร้อยละ 0.2 ของงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐในแต่ละปี โดยสัดส่วนงบประมาณดังกล่าวจะไม่กระทบหรือเปลี่ยนแปลงหากมีการเปลี่ยนรัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้ง (130) เมื่อพิจารณาข้อมูลงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนของศรีลังกาใน พ.ศ. 2557-2558 พบว่าเป็นร้อยละ 0.2 จากงบประมาณด้านสุขภาพจริง และใน พ.ศ. 2559 พบว่ามีการจัดสรรงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.3 จากงบประมาณด้านสุขภาพ ทำให้มีงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนในศรีลังกาเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นมูลค่า 903, 1,017 และ 1,229 ล้านรูปีศรีลังกา ตามลำดับ (139) การกำหนดสัดส่วนงบประมาณไว้เพื่อดำเนินกิจกรรมที่มีความสำคัญและเกิดประโยชน์ต่อการป้องกันโรคอย่างเช่นบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีข้อดีคือ หากประเทศมีเศรษฐกิจดี รัฐบาลมีรายได้มากขึ้น งบประมาณด้านสุขภาพจะได้รับการจัดสรรเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่องบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนที่จะเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ในทางตรงกันข้าม หากประเทศมีเศรษฐกิจตกต่ำ รัฐบาลมีรายได้ลดลง งบประมาณด้านสุขภาพจะถูกจัดสรรลดลง ทำให้งบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนลดลงด้วย อย่างไรก็ตาม ในช่วงพ.ศ. 2557-2561 พบว่า การมีนโยบายกำหนดสัดส่วนงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนไม่มีผลกระทบต่อความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน (ตารางที่ 25) นอกจากนี้ ยังไม่พบว่ามีนโยบายกำหนดสัดส่วนงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัคซีนโดยเฉพาะในประเทศอื่น ๆ

แคนาดาและออสเตรเลียมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Medicare โดยมีแหล่งรายได้จากการจัดเก็บภาษีเฉพาะด้านสุขภาพ (การจ่าย Health Premium) เพื่อซื้อประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Medicare เป็นประกันสุขภาพเอกชน ทำให้ประชาชนสามารถเข้าใช้บริการในหน่วยบริการเอกชน ช่วยลดภาระและความกดดัน (pressure) ในการมารับบริการในหน่วยบริการของรัฐ โดยเฉพาะด้านการรักษา (curative care) การเก็บภาษีเฉพาะด้านสุขภาพและการจ่ายประกันสังคมของแคนาดามีความทับซ้อนกันเนื่องจากถูกเรียกเก็บจากทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลรัฐและเขตปกครอง ส่งผลให้เป็นภาระแก่ผู้เสียภาษีอย่างมาก (155) โดยรวมแล้วผู้เสียภาษีในแคนาดาต้องถูกหักเงินภาษีเนื่องด้วยสิทธิสวัสดิการต่าง ๆ รวมถึงการจ่าย Health Premium และการจ่ายประกันสังคมกว่าร้อยละ 30 ของเงินได้ (17) อย่างไรก็ตาม ข้อดีของการบังคับหรือส่งเสริมให้ประชาชนมีประกันสุขภาพเอกชนมีประโยชน์ในแง่ของการป้องกันการล้มละลายจากการรักษาพยาบาล รวมถึงลดการใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยเงินของประชาชนเอง (155) เห็นได้จากตารางที่ 30 แคนาดาและออสเตรเลียมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองของประชาชนเพียงร้อยละ 14.22 และ 18.15 ตามลำดับ

สำหรับอินโดนีเซียและศรีลังกาไม่มีการเรียกเก็บภาษีเฉพาะด้านสุขภาพ รายได้ของรัฐบาลที่ได้จากการจัดเก็บภาษีทั่วไปจะถูกนำไปใช้พัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ รวมถึงด้านสุขภาพ แม้ว่าการพัฒนาเศรษฐกิจของทั้งสองประเทศนี้จะขยายตัวมากขึ้นซึ่งเห็นได้จาก GDP growth (24) อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาอัตราส่วนความยากจนใน 2 ประเทศนี้พบมีประชากรกว่าร้อยละ 62.4 และ 40.4 ของประชากรของอินโดนีเซียและศรีลังกาที่มีรายได้ต่อวันน้อยกว่า 5.5 ดอลลาร์สหรัฐ (24) รัฐบาลอินโดนีเซียและศรีลังกามีปัญหาขาดแคลนงบประมาณ โดยพบว่าทั้งสองประเทศมีระบบการเก็บภาษีที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ครอบคลุมประชาชนทุกคนในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานนอกระบบที่ยังไม่อยู่ในระบบการจ่ายภาษี (126) ตัวอย่างเช่น ในศรีลังการายได้ของรัฐบาลส่วนใหญ่มาจากภาษีทางอ้อม หรือการจัดเก็บภาษีถดถอย (regressive) ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการที่คนจนออกมาจับจ่ายใช้สอย ด้วยกำลังการซื้อที่มีน้อยของคนจนจึงทำให้รัฐบาลไม่มีรายได้เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลศรีลังกาในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบจัดเก็บภาษี โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับภาษีเงินได้ หรือการเก็บภาษีก้าวหน้า (progressive) โดยต้องปรับปรุงระบบการยื่นภาษีที่เป็นมิตรกับผู้ใช้ และมีกลไกการตรวจสอบและการบังคับใช้ วิธีนี้จะทำให้รัฐบาลมีรายได้จาก

ภาคเอกชนมากขึ้น ในอดีตที่ผ่านมา ศรีลังกาเคยเรียกเก็บภาษีเพิ่มเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม วิธีนี้ได้ดำเนินการเฉพาะช่วงเวลาที่มีปัญหาเรื่องงบประมาณเท่านั้น เนื่องจากเป็นภาระแก่ประชาชนที่ต้องจ่ายภาษีเพิ่มขึ้น ในช่วงหลายศตวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลศรีลังกาใช้วิธีกู้เงินจากต่างประเทศ (official development assistance: ODA) เพื่อพัฒนาประเทศรวมถึงใช้เป็นสวัสดิการด้านสุขภาพและสังคม แต่ดูเหมือนว่าวิธีนี้ก็ไม่สามารถสร้างความยั่งยืนให้กับระบบบริการสุขภาพของศรีลังกาได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้รัฐบาลศรีลังกาเพิ่มรายได้ โดยการจัดทำ hospital lottery system ซึ่งต้องกำหนดร้อยละของรายได้ที่จะแบ่งให้กองทุนสุขภาพแห่งชาติอย่างชัดเจน แต่วิธีนี้ยังไม่ได้รับความสนใจจากรัฐบาล (130) ในขณะที่อินโดนีเซียมีสถานการณ์คล้ายคลึงกับศรีลังกาคือ มีระบบการเก็บภาษีถดถอย ดังนั้นรัฐบาลจึงได้จัดทำโครงการ “extensification” program เพื่อกระตุ้นและเพิ่มรายได้จากการจัดเก็บภาษี โดยการพัฒนาระบบลงทะเบียนผู้เสียภาษีผ่าน e-filing การเพิ่มจำนวนผู้เสียภาษีจะทำให้รัฐบาลสามารถเรียกเก็บภาษีได้เพิ่มมากขึ้น (117) นอกจากนี้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอินโดนีเซียที่ยังไม่ได้ถูกรวมอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ JKN จากการศึกษาของ Coe และคณะ เสนอแนะให้รวมบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ JKN ทั้งนี้เนื่องจากสถานะการเงินของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ JKN ในขณะนี้กำลังขาดดุล ดังนั้นจึงต้องมีทางเลือกในการเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพเพื่อจัดบริการให้ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพและประชาชนทุกคนในอินโดนีเซีย โดยอาจพิจารณาเพิ่มการเก็บเงินสมทบเข้ากองทุนสุขภาพ เพิ่มรายได้จากการจัดเก็บภาษีบุหรี่ ก๊าซและพลังงานอื่น ๆ นอกเหนือจากน้ำมัน หรือมีกลไกการจ่าย (payment mechanism) ที่แตกต่างกันตามหน่วยบริการที่เข้ารับบริการ (105, 119)

สำหรับประเทศไทย รายได้ของรัฐบาลหรืองบประมาณแผ่นดินมาจากทั้งภาษีทางตรงและทางอ้อมซึ่งส่วนหนึ่งถูกจัดสรรมาเป็นงบประมาณด้านสุขภาพ ปัจจุบันพบว่ารัฐบาลไทยมีรายได้ส่วนใหญ่จากการจัดเก็บภาษีทั่วไปร้อยละ 39 (เช่น ภาษีน้ำมัน ภาษีจากส่วนราชการอื่น ๆ (ภาษีป้าย ภาษีบำรุงท้องถิ่น ฯลฯ) ภาษีรถยนต์ อากรขาเข้า และภาษีเบียร์) รองลงมาเป็นภาษีเงินได้ร้อยละ 33 และภาษีมูลค่าเพิ่มร้อยละ 27 (156) อย่างไรก็ตาม ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของประเทศไทยยังถือว่ามีฐานภาษีแคบ เนื่องจากมีเพียงร้อยละ 10 ของแรงงานในประเทศทั้งหมดที่เป็นผู้จ่ายภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา และส่วนใหญ่เป็นแรงงานในระบบที่จะถูกหักภาษี ณ ที่จ่ายเมื่อได้รับเงินเดือน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเก็บภาษีเงินได้บุคคลธรรมดายังไม่ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ หรืออีกร้อยละ 90 ของแรงงานในประเทศ (157)

สำหรับงบประมาณที่นำมาใช้จัดบริการด้านสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่ว่าจะเป็นยา (รวมถึงวัคซีน) เวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นภายใต้โครงการพิเศษเพื่อเพิ่มการเข้าถึง จะถูกจัดสรรไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยพิจารณาตามแผนงบประมาณประจำปีของ สปสช. ที่มาจากการประมาณการด้วยวิธี Activity-Based Costing (ABC) (158) ทั้งนี้ สปสช. มีการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งภายใต้โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health promotion and disease prevention program) เพื่อใช้สำหรับจัดซื้อวัคซีน (153) การประมาณรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยตามสภาพปัจจุบัน (status quo) โดยตั้งสมมติฐานการเติบโตของ GDP และรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังมีเสถียรภาพทางการเงินการคลัง กล่าวคือ มีงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์เพียงพอในอนาคต (159) แต่หากคำนึงถึงปัจจัยด้านประชากรอีก 20 ปีข้างหน้านั้น ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว (160) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ รัฐบาลอาจจะต้องคำนึงถึงงบประมาณที่อาจจะเพิ่มขึ้นจากปัจจัยดังกล่าว และแม้ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนเด็กทารกเกิดใหม่ลดลง (อัตราเจริญพันธุ์รวม 1.5 คนต่อผู้หญิง 1 คนใน พ.ศ. 2563)

(161) แต่หากต้องการเพิ่มวัคซีนใหม่ตามที่ WHO แนะนำในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันระดับชาติ (เช่น วัคซีน PCV ชนิด conjugated ในเด็กอายุ 6, 10 และ 14 สัปดาห์) (162) รัฐบาลไทยอาจจะพิจารณาข้อเสนอแนะของประเทศอินโดนีเซียและศรีลังกาเพื่อเพิ่มรายได้ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องพิจารณาถึงข้อดี-ข้อเสีย ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น รวมถึงควรคำนึงถึงบริบทของประเทศไทย

สำหรับการช่วยเหลือในกรณีที่มีการระบาดของโรคป้องกันได้ด้วยวัคซีน ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางจะได้รับเงินสนับสนุนจากต่างประเทศ แม้ว่าอินโดนีเซียและศรีลังกาได้เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ โดยในระยะก่อนการเปลี่ยนผ่านอินโดนีเซียและศรีลังกามีเวลาเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ประมาณ 5 ปี ภายใต้การสนับสนุนเชิงเทคนิคโดย GAVI เพื่อช่วยรัฐบาลวางแผนสำหรับการเปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ (ระยะที่ 4) และเปลี่ยนผ่านอย่างประสบความสำเร็จตามบริบทของประเทศ โดย GAVI สนับสนุนการวางแผนตามศักยภาพการทำงานที่เกี่ยวข้องในประเทศนั้น ๆ เช่น การจัดซื้อจัดหา การประมาณการ เป็นต้น (163) นอกจากนี้ ประเทศที่อยู่ในระยะกำลังเปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ รวมถึงบางประเทศที่เปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์แล้ว สามารถได้ประโยชน์จากการต่อรองราคาและการทำข้อตกลงด้านราคาหากมีการซื้อวัคซีนกับผู้ขายรายเดียวกับ UNICEF หรือ PAHO (164) โดยรัฐบาลมีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านวัคซีนเองทั้งหมด แต่จากตารางที่ 30 และตารางที่ 31 จะเห็นได้ว่าทั้งสองประเทศยังคงได้รับการสนับสนุนเงินจาก GAVI เนื่องด้วย GAVI มีนโยบายสนับสนุนวัคซีนใหม่เพื่อเข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติและสร้างความยั่งยืนของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

จากการศึกษาในภาพรวมของประเทศที่กำลังเปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์พบว่าการมีคำมั่นสัญญาของรัฐบาลที่จะลงทุนด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านฯ ในขณะเดียวกัน ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาการเงินการคลังในประเทศและอาจก่อให้เกิดความล้มเหลวในการเปลี่ยนผ่านฯ ได้แก่ อัตราการเกิดของเด็กที่เพิ่มขึ้น จำนวนวัคซีนที่เคยได้รับการสนับสนุนจาก GAVI และราคาวัคซีนที่แพงขึ้นหลังจากไม่ได้รับการสนับสนุนจาก GAVI (163) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อราคาวัคซีนที่สูงขึ้นเกิดจากบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ขนาดพื้นที่และลักษณะทางภูมิศาสตร์ของประเทศที่ส่งผลโดยตรงต่อการกระจายวัคซีน (เช่น อินโดนีเซียมีพื้นที่ใหญ่และเป็นเกาะจำนวนมาก ดังนั้นการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับการกระจายวัคซีนจึงต้องเพิ่มมากขึ้น) การขึ้นทะเบียนวัคซีนและการจัดทำฉลากที่แต่ละประเทศมีกระบวนการและมาตรฐานต่างกัน เป็นต้น (164) สำหรับอินโดนีเซียมีการประมาณการไว้ว่าหากต้องลงทุนสำหรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยใช้เงินในประเทศทั้งหมด ใน พ.ศ. 2562 รัฐบาลต้องหาเงินเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-15 ของค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเดิม เพื่อมาทดแทนการช่วยเหลือจาก GAVI รวมถึงเงินทุนต่างประเทศอื่น ๆ (119)

สำหรับประเทศแคนาดาและออสเตรเลีย ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีเงินอุดหนุนมาจากการจัดเก็บภาษีเฉพาะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเหมาะกับประเทศที่มีระบบการจัดเก็บภาษีที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมประชากรทุกคน แต่สำหรับประเทศที่มีแรงงานนอกระบบมากกว่าแรงงานในระบบอย่างอินโดนีเซียและศรีลังกา ตามทฤษฎีการรวมเงินทางด้านสุขภาพ หรือการจ่ายสมทบเป็นกองทุนเดียวจากการร่วมจ่ายจากรัฐบาล บริษัทเอกชน และประชาชนที่เป็นผู้รับประโยชน์เป็นวิธีการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อช่วยเหลือประชาชนที่ยากจนให้เข้าถึงบริการสุขภาพ ประเทศอินโดนีเซียที่มีการจ่ายเงินสมทบเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพแต่มีคนจนหรือแรงงานนอกระบบจำนวนนึงที่ไม่ได้มีส่วนร่วมจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนนี้จึงอาจจะทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติล้มเหลวได้ อีกทั้งอินโดนีเซียแยกชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพตามกลุ่ม

ประชากร กล่าวคือ กลุ่มที่มีการจ่ายสมทบมากสามารถใช้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสูงสุด ซึ่งอาจขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage) ที่ต้องการให้ทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค (equity) นอกจากนี้ การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพที่ไม่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ (health needs) ทำให้มีโอกาสที่ผู้จ่ายเงินสมทบที่มีรายได้สูงและสุขภาพดีถอนตัวจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เหลือเพียงผู้จ่ายเงินสมทบที่มีสุขภาพไม่ดีและก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง หากสถานการณ์เป็นเช่นนี้ต่อไปอาจทำให้เงินในกองทุนหลักประกันสุขภาพไม่เพียงพอในอนาคต (165)

การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนของทั้งสี่ประเทศกรณีศึกษามีการดำเนินงานในรูปแบบของคณะกรรมการ National Immunization Technical Advisory Group (NITAG) โดยการแต่งตั้งตัวแทนจากสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ รวมถึงตัวแทนจากรัฐบาล เช่น เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่พัฒนาแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โดยการพิจารณาเอกสารวิชาการและจัดทำข้อเสนอแนะ แต่ละประเทศมีกระบวนการและระยะเวลาในการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปมักมีการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนทุก ๆ 1-3 ปี โดยพิจารณาหลักฐานทางวิชาการที่สำคัญ อำนาจในการตัดสินใจกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข หรือรัฐบาล ยกเว้นศรีลังกาที่มีจุดเด่นในแง่ของการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน โดย NITAG (ACCD) มีหน้าที่รวมไปถึงตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน ซึ่งแตกต่างจาก NITAG ในหลาย ๆ ประเทศที่มีหน้าที่ทบทวนเอกสารและจัดทำข้อเสนอแนะแต่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจให้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะ ข้อดีของการมีหน่วยงานเดียวรับผิดชอบทั้งการจัดทำข้อเสนอแนะและตัดสินใจเชิงนโยบายคือ ปัญหาด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้รับการจัดลำดับความสำคัญและได้รับการแก้ไข โดยหากเรียนรู้จากประสบการณ์ของศรีลังกา ACCD เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับท้องถิ่น ถูกแต่งตั้งอยู่ภายใต้โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข การแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการโดยกฎหมายถือเป็นการสร้างความยั่งยืนต่อ ACCD และสร้างความรู้สึกภาคภูมิใจในการทำงานให้แก่คณะกรรมการฯ การพัฒนาข้อเสนอแนะสามารถนำไปใช้ได้จริง อย่างไรก็ตาม การทำงานของ ACCD ยังมีปัญหาเรื่องการขาดข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายจากหน่วยงานภายนอกและเงินทุนสนับสนุนการศึกษา เช่น การศึกษาต้นทุนของวัคซีนใหม่และความสามารถในการจ่าย (121, 143) ในอินโดนีเซียที่พบว่ามีคณะกรรมการด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ปัจจุบันยังไม่มีการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบงบประมาณของวัคซีนในบริบทของอินโดนีเซียเพื่อใช้ประโยชน์ในแง่ของการพิจารณาลงทุนในการให้วัคซีน (120) สำหรับประเทศไทยมีโครงสร้างหน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนอย่างชัดเจน โดยมี NITAG ชื่อว่าคณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Advisory Committee on Immunization Practice: ACIP) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค กรมบัญชีกลาง สปสช. สำนักงานประกันสังคม สถาบันวัคซีนแห่งชาติ รวมถึงนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นประธานและมีผู้อำนวยการกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรคเป็นเลขานุการ ทำหน้าที่พิจารณาเอกสารและข้อมูลต่าง ๆ และจัดทำข้อเสนอแนะรายการวัคซีนเพื่อบรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชีวัคซีนหลักแห่งชาติเป็นผู้ตัดสินใจ (166) โดยมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของ สปสช. ในฐานะหน่วยงานบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมตัดสินใจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเงิน โดยจะพิจารณาว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความสามารถในการจ่าย (affordability) วัคซีนหรือไม่ (153) การตัดสินใจบรรจุวัคซีนใหม่ในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชีวัคซีนหลักแห่งชาติคำนึงถึง

หลักฐานวิชาการทั้งด้านความปลอดภัย คุณภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าฯ อย่างไรก็ตาม ภายใต้โครงสร้างการทำงานของคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติยังขาดคณะกรรมการด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนหลักฐานทางวิชาการในการพิจารณาลงทุนในการให้วัคซีน ดังนั้นจึงต้องอาศัยคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติแทน (167)

หากพิจารณาในแง่ของความเท่าเทียมในการเข้าถึงวัคซีน จากประสบการณ์ของประเทศแคนาดาที่มีการปกครองแบบกระจายอำนาจซึ่งให้รัฐบาลของรัฐหรือเขตปกครองเป็นผู้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์และด้านวัคซีนในพื้นที่ของตน โดยพิจารณาจากข้อมูลระบาดวิทยาและงบประมาณ ทำให้มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนที่แตกต่างกันในแต่ละรัฐและเขตปกครอง ส่งผลให้การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ไม่เชื่อมโยงกัน ยากต่อการติดตามความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน นอกจากนี้ การทำงานของ NITAG ในแคนาดาเป็นเพียงการให้คำแนะนำประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของรัฐและเขตปกครองเท่านั้น (39) มีการดำเนินงานซ้ำซ้อนระหว่าง NITAG กับกระทรวงสาธารณสุขของรัฐและเขตปกครอง โดยเฉพาะในการศึกษาวิจัยที่ต้องการความจำเพาะกับบริบท เช่น การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ซึ่งส่งผลต่อการใช้งบประมาณของรัฐที่เพิ่มขึ้นจากการทำงานซ้ำซ้อนนี้ (168)

จากประสบการณ์ของอินโดนีเซียพบว่า การจ่ายชดเชยบริการโดยใช้งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ควรพิจารณาเป็นการจัดสรรเงินพิเศษเพื่อการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยเฉพาะ อาจมีความเหมาะสมมากกว่าการจ่ายชดเชยด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัว แม้ว่าวิธีเหมาจ่ายรายหัวจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เป็นอย่างดีและง่ายต่อการบริหารจัดการ (10) แต่หากนำเงินเหมาจ่ายรายหัวที่ได้มาใช้กับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมากเกินไป อาจทำให้กระทบกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาหรือการให้บริการอื่น ๆ ในหน่วยบริการ (119) เนื่องจากกิจกรรมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคบางครั้งจำเป็นต้องมีการลงพื้นที่เพื่อให้บริการในโรงเรียน หรือชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีการกำหนดตัวชี้วัดให้เฉพาะเจาะจงกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่น ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน เพื่อประโยชน์ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินการ การกำหนดตัวชี้วัดร่วมกับการจัดสรรงบประมาณหรือการจ่ายชดเชยเป็นปัจจัยที่ช่วยจูงใจให้หน่วยบริการทำงานให้ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัด (119) ตัวอย่างเช่นในประเทศออสเตรเลียที่พบว่ามีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม โดยคิดจากต้นทุนรวมในการจัดซื้อวัคซีน สำหรับรัฐหรือเขตปกครองที่สามารถบรรลุตัวชี้วัดการทำงานได้สำเร็จ ในขณะที่อินโดนีเซียมีความพยายามพัฒนากลไกการให้รางวัลหรือลงโทษแก่หน่วยงานบริการในกรณีที่ดำเนินการสำเร็จหรือไม่สำเร็จตามตัวชี้วัดเช่นเดียวกัน จากคู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ของ สปสช. พบว่าการจ่ายชดเชยบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งเป็นวิธีที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีแต่ไม่จูงใจให้หน่วยบริการมุ่งมั่นในการให้บริการมากนักเมื่อเทียบกับการจ่าย fee-for-service ซึ่งพิจารณาจ่ายชดเชยตามผลการดำเนินงานที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม สปสช. มีการจ่าย pay for performance ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยกำหนดให้มีการจ่ายค่าบริการวัคซีนพื้นฐาน EPI ทุกรายการในเด็กแรกเกิดถึงเด็ก ป.6 ที่ได้รับวัคซีนครบทุกเข็ม ประมาณ 70 บาทต่อหัวประชากรกลุ่มเป้าหมาย แต่การกำหนดบริการหรือกิจกรรมที่จ่าย pay for performance นั้นจะเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ ความจำเป็นและแผนการดำเนินงานในแต่ละปีของ สปสช. (169) นอกจากนี้ ในอดีตที่ผ่านมา สปสช. มีระบบการให้รางวัลและลงโทษที่เกี่ยวข้องกับอัตราสูญเสียวัคซีน โดยหน่วยงานบริการที่สามารถบริหารจัดการวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพจนทำให้มีอัตราสูญเสียวัคซีนน้อยจะได้รับรางวัล เช่น ประกาศนียบัตร โล่ประกาศเกียรติคุณ เป็นต้น (170) ดังนั้นระบบบันทึกข้อมูลสำหรับชดเชยบริการสุขภาพจึงเป็นหัวใจสำคัญของการจ่ายตามรายกิจกรรมและการให้รางวัลหรือลงโทษแก่หน่วยบริการ อย่างไรก็ตาม

คุณภาพข้อมูลการให้บริการในประเทศไทยยังขาดความน่าเชื่อถืออยู่มาก และไม่ได้เป็นหลักประกันว่า การจัดบริการจะมีคุณภาพครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย (171)

ในขณะที่ประเทศศรีลังกาไม่มีกลไกการซื้อบริการระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ (provider-purchaser mechanism) วิธีการที่ศรีลังกาใช้มีความเสถียรและดำเนินไปตามแนวทางดั้งเดิม (traditional approach) ซึ่งมุ่งเน้นสวัสดิการของประชาชนเป็นหลัก ไม่มีการผูกขาด ไร้ทางเลือกและหมดช่องทางการเจรจาต่อรองเมื่อเปรียบเทียบกับการมีกลไกการซื้อบริการระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ (130)

แม้ว่าศรีลังกามีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนหลักคือกระทรวงสาธารณสุข จุดแข็งของระบบดังกล่าวนี้เป็นการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค (equity) มีประสิทธิภาพของระบบสูง (high system efficiency) และก่อให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี โดยใช้งบประมาณน้อย (low cost) (172)

การสนับสนุนการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของทั้งสี่ประเทศไม่มีการระบุทรัพยากรที่จำเป็นหรือสัดส่วนของการจัดสรรเงินที่ชัดเจนตายตัว การสนับสนุนการเงินดังกล่าวถูกโยงไว้กับงบประมาณด้านสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการจัดลำดับความสำคัญและให้การสนับสนุนงบประมาณตามปัญหาและอุปสรรคที่พบในแต่ละประเทศ สำหรับทรัพยากรที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคส่วนใหญ่ที่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลเพิ่มเติม ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ เช่น เข็มและกระบอกฉีดยา การฝึกอบรมบุคลากร การพัฒนาห่วงโซ่ความเย็น รวมถึงการศึกษาวิจัย เป็นต้น สำหรับประเทศที่มีรายได้สูงการสนับสนุนงบประมาณทั้งหมดมาจากทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ในขณะที่ประเทศเปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ (อินโดนีเซียและศรีลังกา) แม้ว่าจะมีการใช้งบประมาณของรัฐเพื่อสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคบ้างแล้ว แต่ปัจจุบันยังคงได้รับการสนับสนุนจาก GAVI อยู่บางส่วน จากตัวอย่างการศึกษาความยั่งยืนของการใช้ AD (auto-disable) syringes ที่ GAVI เคยสนับสนุนเพื่อฉีดวัคซีนอย่างปลอดภัย (Injection safety support) ในประเทศที่เตรียมและกำลังเปลี่ยนผ่านพบว่า มีเพียงร้อยละ 4 ของประเทศที่เคยได้รับการสนับสนุนของ GAVI ที่ยังคงใช้ AD syringes ต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยสนับสนุนความยั่งยืนดังกล่าวคือ การจัดลำดับความสำคัญและการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาล (173)

จากการวิเคราะห์ช่องว่างของค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในอินโดนีเซียโดยใช้วิธีการประมาณการทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ตามสภาพปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ผ่านมา พบว่า ใน พ.ศ. 2562 รัฐบาลต้องหาเงินเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-15 ของค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเดิม เพื่อมาทดแทนการช่วยเหลือจาก GAVI รวมถึงเงินทุนต่างประเทศอื่น ๆ (119) สำหรับอินโดนีเซียสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านเป็นระยะพึ่งพาตนเองอย่างสมบูรณ์ เนื่องด้วยลักษณะภูมิประเทศที่ส่วนใหญ่เป็นเกาะและมีขนาดใหญ่ ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นในการกระจายวัคซีน เช่น ค่าไฟฟ้าและน้ำมัน อีกทั้งการขนส่งที่ลำบากและต้องใช้เวลานานยังอาจส่งผลต่อการสูญเสียวัคซีน หากรัฐบาลอินโดนีเซียไม่มีการสนับสนุนเครื่องมือและระบบลูกโซ่ความเย็นต่อหลังจากจบการสนับสนุนจาก GAVI ปัญหาเรื่องการสูญเสียวัคซีนอาจทวีความรุนแรงได้ ดังนั้นปัจจัยทางด้านการเมือง หรือการตัดสินใจของรัฐบาลในการจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจึงสำคัญมาก

นอกจากนี้ จากประสบการณ์ของอินโดนีเซียที่มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพให้กับรัฐบาลท้องถิ่นทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอดำเนินการกิจกรรมพิเศษด้านสุขภาพพบว่ารัฐบาลท้องถิ่นไม่ได้ใช้งบประมาณ โดยมีสาเหตุหลักมาจากส่วนรวม ความล่าช้าในการนำนโยบายสุขภาพจากส่วนกลางมาแปลงเป็นกิจกรรมในระดับท้องถิ่น สอดคล้องกับระบบอภิบาลการเงินการคลังที่พบว่าการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้กับรัฐบาลท้องถิ่นซึ่งไม่ได้อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำให้ไม่สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานรวมทั้งการใช้งบประมาณ หรือการจัดสรรงบประมาณมายังรัฐบาลท้องถิ่นโดยไม่ได้เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว หรือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การกระจายอำนาจให้นักการเมืองกำหนดนโยบายด้านสุขภาพโดยนักการเมือง กิจกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาจจะไม่ถูกจัดลำดับความสำคัญก็เป็นได้ (137)

สำหรับประเทศไทย งบประมาณเพื่อสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาจากภาครัฐทั้งหมด โดยการสนับสนุนเงินของทั้งผู้ซื้อบริการอย่าง สปสช. หน่วยงานหลักด้านสุขภาพของประเทศอย่างกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเห็นได้ชัดว่ารัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องข้างต้นให้ความสำคัญและจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเสมอมา ตัวอย่างเช่น การลงทุนระบบลูกโซ่ความเย็น การลงทุนของคลังวัคซีนส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และระบบการบริหารคลังสินค้ารับผิดโดยองค์การเภสัชกรรม (169, 174) สถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยที่มีการนำเข้าของวัคซีนกว่าร้อยละ 80 ของวัคซีนที่เป็นชุดสิทธิประโยชน์ทั้งหมด (175) ดังนั้นการสนับสนุนการวิจัยพัฒนาวัคซีนการสนับสนุนอุตสาหกรรมวัคซีนเพื่อผลิตวัคซีนใช้ในประเทศจึงเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วนเพื่อสร้างความมั่นคงด้านวัคซีนภายในประเทศ โดยแผนยุทธศาสตร์สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยพัฒนาวัคซีนการสนับสนุนอุตสาหกรรมวัคซีนไว้แล้ว (176)

ด้านการสนับสนุนการเงินสำหรับระบบบริหารห่วงโซ่อุปทาน (supply chain management) ได้แก่ การประมาณการปริมาณวัคซีนที่จะจัดซื้อ การคัดเลือกผู้จำหน่าย การต่อรองราคา การขนส่ง การเก็บรักษา หากในประเทศที่มีการจัดซื้อจัดหาวัคซีนรวมระดับประเทศ (ออสเตรเลีย อินโดนีเซีย และศรีลังกา) เงินที่ใช้สำหรับระบบบริหารห่วงโซ่อุปทานได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางเป็นหลัก ในขณะที่การจัดซื้อรวมในระดับรัฐและเขตปกครอง (แคนาดา) เงินที่ใช้สนับสนุนการบริหารห่วงโซ่อุปทานมาจากรัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง

ในแง่ของการประมาณการปริมาณวัคซีนทั้งสี่ประเทศใช้วิธีการที่คล้ายคลึงกัน คือ ประมาณการจากจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายร่วมกับความครอบคลุมของการให้วัคซีนและอัตราสูญเสียวัคซีน และประมาณการจากปริมาณการใช้เดิมร่วมกับอัตราการใช้เพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อปี นอกจากนี้บางประเทศยังคำนึงถึงปริมาณวัคซีนที่มีสำรองอยู่ในพื้นที่และขนาดวัคซีนที่สามารถขนส่งร่วมด้วย สำหรับประเทศที่มีฐานข้อมูลประชากรในประเทศไม่สมบูรณ์อย่างอินโดนีเซีย หากใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลดังกล่าวจะทำให้การประมาณการประชากรกลุ่มเป้าหมายไม่แม่นยำ ดังนั้นจึงต้องใช้วิธีการสำรวจประชากรในแต่ละพื้นที่ ซึ่งวิธีการดังกล่าวจำเป็นต้องมีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากภาครัฐ นอกจากนี้ จากประสบการณ์ของอินโดนีเซียพบว่าอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงคือ การเคลื่อนย้ายของประชากรแรงงานที่ย้ายถิ่นฐานจากทะเบียนบ้านมาอยู่ในตัวเมืองพร้อมครอบครัว ทำให้เด็กที่ถูกย้ายมาต่างทะเบียนบ้านไม่ครอบคลุมการฉีดวัคซีน การประมาณการ ปริมาณวัคซีนสำหรับประเทศที่มีการผลิตวัคซีนภายในประเทศมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะส่งผลกับการขาดคราววัคซีน ดังนั้นประเทศไทยซึ่งมีบริบทคล้ายกับอินโดนีเซีย กล่าวคือ มีการผลิตวัคซีนภายในประเทศบางรายการโดยบริษัทลูกขององค์การเภสัชกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รัฐเป็นเจ้าของ (177) วิธีการประมาณการและปัจจัย

ภายในประเทศจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการมีวัคซีนที่เพียงพอต่อประชากรกลุ่มเป้าหมาย จากการศึกษาระบบบริหารเวชภัณฑ์แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีวิธีการประมาณการวัคซีนคล้ายกับทั้งสี่ประเทศ คือ มีการประมาณการโดยใช้ข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมาย พิจารณาร่วมกับวิธีการใช้ (จำนวนเข็มที่ต้องฉีด) และปัจจัยอื่น ๆ เช่น อัตราสูญเสียวัคซีน อัตราการเสียหายจากการขนส่ง รวมถึงอัตราการใช้ที่เพิ่ม/ลดลงและจำนวนวัคซีนคงเหลือจากรายงานการใช้ในระบบ Vendor-Managed Inventory (VMI) ภายใต้บริบทของประเทศไทยการประมาณการปริมาณวัคซีนจะเผื่อไว้ (buffer stock) 3-6 เดือน เพื่อป้องกันยาขาดคราวให้ช่วงรอยต่อการจัดซื้อจัดหารวมระดับประเทศ ซึ่งดำเนินการเป็นประจำทุกปี (153)

วิธีการจัดซื้อจัดหาวัคซีนของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันไป สำหรับอินโดนีเซียมีการจัดทำราคากลางของวัคซีน เป็นราคาต่อหน่วยของวัคซีนที่รวมต้นทุนการจัดส่งคงที่ (ไม่ว่าจะระยะทางเท่าใด) และมีหน่วยงานที่รัฐเป็นเจ้าของดำเนินการผลิตและจัดหาวัคซีนมาจำหน่ายให้รัฐบาล ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ มีกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างผ่านการประกวดราคา จึงทำให้มั่นใจว่ากระบวนการดังกล่าวมีความโปร่งใส แม้ว่าจะมีข้อเสียคือ ใช้เวลาค่อนข้างนานสำหรับประกวดราคา ประเทศแคนาดามีการทำสัญญาตกลงราคาวัคซีนร่วมกันระหว่างหน่วยงานกลาง เช่น Health Canada Department of National Defense และรัฐและเขตปกครอง โดยให้รัฐและเขตปกครองจัดซื้อวัคซีนสำหรับประชากรในพื้นที่ของตนเอง การใช้วิธีนี้จะช่วยเพิ่มการแข่งขันด้านราคา นอกจากนี้แคนาดาและออสเตรเลียสามารถจัดซื้อวัคซีนจากผู้ผลิต 2 บริษัท (Multi-supplier) เพื่อเพิ่มความมั่นคงของระบบอุปทานวัคซีน ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียมีการจัดซื้อรวมระดับประเทศและกระจายไปยังรัฐและเขตปกครองต่าง ๆ โดยมีการต่อรองและทำสัญญาตกลงราคาวัคซีนให้เป็นราคาเดียวในระยะยาว (multiyear price commitment) ซึ่งราคาวัคซีนจะรวมต้นทุนการเก็บรักษาและกระจาย การจัดซื้อจัดหาวัคซีนรวมระดับประเทศหรือระดับรัฐและเขตปกครองถือว่ามีข้อดีในแง่ของราคาเนื่องจากการรวมกันซื้อในปริมาณมากทำให้เพิ่มอำนาจในการต่อรองราคา สอดคล้องกับกรอบแนวคิดเรื่อง “การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม” โดย WHO กล่าวถึงการมีราคาที่สามารถจ่ายได้ (affordable price) ที่เกิดขึ้นได้โดยการบริหารจัดการด้านราคาผ่านกลไกต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการจัดซื้อจัดหารวม การประกวดราคา และการทำสัญญาตกลงราคา (178) สำหรับประเทศไทยใช้วิธีการจัดซื้อจัดหาวัคซีนรวมระดับประเทศเช่นเดียวกัน เนื่องจากวัคซีนถูกมองว่าเป็นยาและเวชภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต้องส่งเสริมการเข้าถึง แม้ว่าจะไม่พบข้อมูลการประหยัดจากการจัดซื้อจัดหาวัคซีนรวมในประเทศไทย แต่มีข้อมูลการประหยัดจากการต่อรองราคายาและจัดซื้อจัดหารวมระดับประเทศของยาบัญชี จ(2) ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านเอชไอวี ที่ทำให้รัฐบาลประหยัดงบประมาณสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2561 ได้ 23,615.86 ล้านบาท (103) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยพบปัญหาในการจัดซื้อจัดหาวัคซีนทั้งวัคซีนพื้นฐานและวัคซีนเพื่อตอบโต้การระบาด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัคซีนที่นำเข้าจากต่างประเทศ เนื่องจากกระบวนการจัดซื้อจัดหาวัคซีนที่มีการดำเนินการแบบปีต่อปีและระเบียบในการจัดซื้อจัดหาวัคซีนที่ไม่เอื้อต่อการแบ่งซื้อหลายบริษัทได้ จึงเกิดความเสี่ยงต่อการขาดแคลนวัคซีนที่จำเป็นต้องใช้ในการควบคุมป้องกันโรค (175) ประเทศไทยเผชิญปัญหาวัคซีนขาดแคลนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2562 ได้แก่ วัคซีนเอชพีวี วัคซีนรวมหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน และวัคซีนพิษสุนัขบ้า ซึ่งมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนผ่านระบบการจัดซื้อรวมระดับประเทศ การเปลี่ยนแปลงที่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างสั้นและยังไม่ได้มีการเตรียมทั้งในด้านทรัพยากร (กำลังคน งบประมาณ เครื่องมือ) ระบบสนับสนุนการทำงาน ระเบียบรองรับพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นฉบับใหม่ และระบบอภิบาลให้มีความพร้อม (153)

ทุกประเทศมีระบบอภิบาลการเงินการคลังของประเทศที่เป็นรายได้ของรัฐบาล โดยมีการกำหนดกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับในการใช้งบประมาณ รวมถึงการตรวจสอบการใช้งบประมาณให้เป็นไปอย่างโปร่งใสและน่าเชื่อถือ ในแง่ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่ละประเทศมีกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรงบประมาณ โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน มีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินการรวมทั้งจัดลำดับความสำคัญกิจกรรมของแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว สำหรับประเทศกำลังพัฒนาอย่างอินโดนีเซียมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระยะสั้น 1 ปี ระยะกลาง 5 ปี และระยะยาว 20 ปี ถือว่าเป็นจุดเด่นเพราะทำให้เห็นภาพรวมของการพัฒนาและแก้ไขปัญหา รวมถึงงบประมาณที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วอย่างแคนาดาและออสเตรเลียมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นแผนฯ ระยะกลาง 5 ปี การมีแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจะทำให้ง่ายต่อการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมทั้งหมด อีกทั้งสามารถใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ อาทิ การเมือง เศรษฐกิจ ทำให้ผู้จัดการแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสามารถคาดการณ์และปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้เงินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาระบบอภิบาลการเงินการคลังด้านวัคซีน หลักการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของทั้งสี่ประเทศมีหลักการจัดสรรงบประมาณตามโครงสร้างบริหารของรัฐ ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณลงไปตามโครงสร้างกระทรวง และการจัดสรรไปยังรัฐบาลท้องถิ่น โดยสรุปพบปัญหาการติดตามการใช้งบประมาณ block grant ที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลกลางให้แก่รัฐบาลท้องถิ่นเพื่อใช้สนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพ บางประเทศไม่มีการรายงานการใช้งบประมาณในส่วนนี้ บางประเทศมีการรายงานการใช้งบประมาณแต่เป็นการรายงานไปยังกระทรวงมหาดไทยไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุข ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นต่อการติดตามประสิทธิผลการทำงานและผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ จากนี้ยังอาจก่อให้เกิดความไม่โปร่งใสในการใช้งบประมาณ (110) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการอภิบาลระบบการเงินการคลังที่ก่อให้เกิดผลสำเร็จในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คือการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานต่อการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางมายังส่วนภูมิภาค ทำให้งบประมาณที่ได้ถูกนำไปใช้แก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด อีกทั้งการมีผู้บริหารทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับชุมชนเป็นอย่างดี จะทำให้เข้าใจสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นอย่างดีและสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว ตัวอย่างเช่นในศรีลังกา (134) แต่อย่างไรก็ตาม การมีรูปแบบการปกครองแบบกระจายอำนาจให้รัฐบาลท้องถิ่น หรือนักการเมืองท้องถิ่นมีบทบาทในการตัดสินใจกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในพื้นที่ตนเอง อาจมีความเป็นไปได้ที่นโยบายดังกล่าวจะไม่สอดคล้องกับนโยบายของชาติ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงนักการเมืองที่มาจากการเลือกตั้งอาจทำให้นโยบายด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลง ขาดความต่อเนื่อง อีกทั้งในบางชุมชนมีท่าทีขัดแย้งกับการเมืองระดับชาติ (138)

สำหรับงบประมาณด้านสุขภาพ (ครอบคลุมวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค) รัฐบาลไทยจัดสรรให้แก่หน่วยงานบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคือ สปสช. รวมถึงจัดสรรงบประมาณลงไปตามโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข และการจัดสรรไปยังรัฐบาลท้องถิ่นผ่านกองทุนร่วม (matching fund) ระดับจังหวัด (179) โดยมีระบบอภิบาลการเงินการคลังที่คล้ายกัน คือมีกฎระเบียบและข้อบังคับในการใช้งบประมาณ เช่น ระเบียบกระทรวงการคลัง หรือระเบียบสำนักงาน เพื่อให้การใช้เงินเป็นไปอย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้ (180) ประเทศไทยมีการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพพร้อมทั้งงบประมาณให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค คือ การพัฒนาบุคลากรและชุมชน เพื่อการเฝ้าระวังป้องกันและ

ควบคุมโรคติดต่อ โดยการถ่ายโอนภารกิจในครั้งนี้ กรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่สนับสนุนการทำงานให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบรายงานโรคติดต่อของท้องถิ่น รวมทั้งให้คำปรึกษาทางวิชาการ โดยส่วนกลางมีบทบาทที่สำคัญในการกำหนดเครื่องชี้วัด หรือตัวชี้วัดทางปฏิบัติการ (Operational Indicators) (181) อย่างไรก็ตาม หากเป็นงบประมาณ block grant ที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลกลางให้แก่รัฐบาลท้องถิ่นในภาพรวมเพื่อใช้สนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพ ในบริบทของประเทศไทยไม่มีการรายงานการใช้งบประมาณในส่วนนี้มายังกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกัน

จากการทบทวนกลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของทั้งสี่ประเทศเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในประเทศไทยเบื้องต้นจะเห็นได้ว่าระบบการเงินการคลังสำหรับวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์กลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศที่เป็นกรณีศึกษาและสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศไทย แต่ยังขาดการรวบรวมและทบทวนกลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย รวมถึงสถานการณ์ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริหารจัดการวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย เช่น ปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรค เพื่อใช้พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อระบบการเงินการคลังของประเทศไทยเพื่อการปรับปรุงประสิทธิภาพในอนาคต ดังนั้นในอนาคตจึงควรมีการศึกษาในประเด็นดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

การศึกษานี้นักวิจัยเลือกศึกษาระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นประเทศพัฒนาแล้วเพื่อใช้เป็นต้นแบบสำหรับประเทศไทยหากในอนาคตถูกยกระดับเป็นประเทศพัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตาม การปกครองของประเทศแคนาดาและออสเตรเลียมีความแตกต่างจากประเทศไทยค่อนข้างมาก กล่าวคือ มีการกระจายอำนาจบริหารให้กับรัฐและเขตปกครองดำเนินการบริหารอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีการกำหนดกฎหมายและหลักเกณฑ์เป็นของตนเอง อีกทั้ง สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ของทั้งสองประเทศสูงกว่าประเทศไทย 2.5-2.8 เท่า ในขณะเดียวกันนักวิจัยเลือกศึกษาระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศที่อยู่ในระยะพึ่งพาตัวเองอย่างสมบูรณ์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเรื่องการเงินการคลังหากต้องใช้งบประมาณจากแหล่งรายได้ในประเทศทั้งหมด แต่จากผลการศึกษาพบว่าประเทศอินโดนีเซียและศรีลังกายังคงได้รับการสนับสนุนแหล่งรายได้จากต่างประเทศเพื่อส่งเสริมระบบสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างยั่งยืน แม้ว่าจะเป็นประเทศในภูมิภาคเดียวกันและมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP ใกล้เคียงกันกับประเทศไทยก็ตาม นอกจากนี้ ทั้งสี่ประเทศยังมีปัจจัยภายในอื่น ๆ ที่แตกต่างจากประเทศไทย เช่น การเมืองการปกครอง สภาพเศรษฐกิจ ลักษณะภูมิประเทศ ระบบสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศเหล่านี้จึงยากต่อการนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย ในอนาคตควรศึกษาระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศที่เป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและมีแนวปฏิบัติที่ดี (best practice)

ตารางที่ 32 สรุปกลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของทั้ง 4 ประเทศ

ประเด็นที่ศึกษา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อินโดนีเซีย	ศรีลังกา
แหล่งรายได้และกลไกการจัดเก็บรายได้	- งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐบาล รัฐและเขตปกครอง ซึ่งได้จากการจัดเก็บภาษีเฉพาะด้านสุขภาพ หรือ Health Premium และรายได้อื่น ๆ ของรัฐบาล - งบประมาณสำหรับการจัดซื้อวัคซีนและการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาจากรัฐและเขตปกครอง	- งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐบาล รัฐและเขตปกครองได้จากการจัดเก็บภาษีเฉพาะด้านสุขภาพ หรือ Health Premium และรายได้อื่น ๆ ของรัฐบาล - งบประมาณสำหรับการจัดซื้อวัคซีนมาจากรัฐบาลกลาง - งบประมาณสำหรับการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาจากรัฐบาลกลางและรัฐและเขตปกครอง ร่วมกับการจ่ายของประชาชน	- งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐบาล รัฐบาลท้องถิ่น และกองทุนหลักประกันสุขภาพได้จากการจัดเก็บภาษีและรายได้อื่น ๆ ของรัฐบาล รวมถึงการกู้เงิน - งบประมาณสำหรับการจัดซื้อวัคซีนและการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาจากรัฐบาล **- เงินสนับสนุนจาก GAVI ใช้ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**	- งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นซึ่งได้จากการจัดเก็บภาษีและค่าธรรมเนียมต่าง ๆ - งบประมาณสำหรับการจัดซื้อวัคซีนและการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาจากรัฐบาล **- เงินสนับสนุนจาก GAVI ใช้ในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**
การรวมเงินทุน	มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ไม่มีกลไกการรวมเงิน	มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ไม่มีกลไกการรวมเงิน	มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (JKN) **และมีกลไกการรวมเงินล่วงหน้าจากรัฐบาล บริษัทเอกชน และผู้ประกันตน**	มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ไม่มีกลไกการรวมเงิน
การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน	- รัฐบาลกลางมีคณะกรรมการ NACI ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลวิชาการและให้คำแนะนำ	- รัฐบาลกลางมีคณะกรรมการ PBAC ทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลวิชาการและให้คำแนะนำ	- รัฐบาลกลางมีคณะกรรมการ ITAG วิเคราะห์ข้อมูลวิชาการ	**- รัฐบาลกลางมีคณะกรรมการ ACCD วิเคราะห์ข้อมูลวิชาการ ตัดสินใจเชิงนโยบาย และร่าง**

ประเด็นที่ศึกษา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อินโดนีเซีย	ศรีลังกา
	เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค **- รัฐและเขตปกครอง โดย Ministry of health เป็นผู้ตัดสินใจ** **- ชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนแตกต่างกันในแต่ละรัฐและเขตปกครอง (inequality)** - ข้อมูลที่ใช้ ได้แก่ ที่มาและภูมิหลัง **ข้อมูลการขึ้นทะเบียนภายในประเทศ** ข้อแนะนำของ NACI ประสิทธิภาพและความปลอดภัย ความครอบคลุมฯ และการประเมินความคุ้มค่า	เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - รัฐบาลกลาง โดย Department of Health เป็นผู้ตัดสินใจ - ชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนเหมือนกันทั้งประเทศ - รัฐและเขตปกครองสามารถสนับสนุนเงินสำหรับวัคซีนอื่นเพิ่มเติม - ข้อมูลที่ใช้ ได้แก่ **ข้อมูลการขึ้นทะเบียนภายในประเทศ** ประสิทธิผลและความปลอดภัย การประเมินความคุ้มค่า **ผลกระทบด้านงบประมาณ** อื่น ๆ เช่น ความเสมอภาค การเข้าถึงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ	และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - รัฐบาลกลาง โดย Ministry of health เป็นผู้ตัดสินใจ - ชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนเหมือนกันทั้งประเทศ ยกเว้นบางพื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนจาก GAVI - เกณฑ์พิจารณา ได้แก่ **ผลกระทบด้านงบประมาณ ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน** ข้อมูลภาระโรค และผลจากโครงการนำร่อง	**กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค** - ชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนเหมือนกันทั้งประเทศ - <u>เกณฑ์พิจารณา</u> ได้แก่ ผลกระทบและภาระโรค ประสิทธิผลและความปลอดภัย **ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน** ต้นทุนและความคุ้มค่า
การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	- รัฐและเขตปกครองใช้วิธีแตกต่างกันไป ได้แก่ **การจ่ายตามบริการ (fee-for-service)**	- **รัฐบาลกลางใช้วิธีการจ่ายตามบริการ (fee-for-service)** และมีอัตราการจ่ายเพิ่มเติม	**- BPJS (ผู้ซื้อบริการ)** จ่ายชดเชยค่าบริการให้กับหน่วย	- รัฐบาลกลางจัดสรรงบประมาณเป็นวงเงินรวมให้กับรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อให้บริหาร

ประเด็นที่ศึกษา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อินโดนีเซีย	ศรีลังกา
	การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวและการจ่ายตามภาระงาน (pay for performance) (ไม่รวมวัคซีน) - การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเหมือนบริการอื่น	สำหรับกลุ่มเปราะบาง (ไม่รวมวัคซีน) - การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเหมือนบริการอื่น - มีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมร้อยละ 0.75 ให้แก่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองที่สามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัด โดยคำนวณจากงบประมาณรวมของการจัดซื้อวัคซีน	บริการด้วย**วิธีเหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมวัคซีน)** - การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเหมือนบริการอื่น	จัดการ เงินเดือน รวมถึงให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับหน่วยบริการเอกชน **จ่ายตามบริการ (fee-for-service)** ที่ให้และจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร**ตามภาระงาน (pay for performance)** - การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเหมือนบริการอื่น
การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	- รัฐบาลกลางสนับสนุน**การวิจัยเพื่อค้นหาประชากรที่ยังไม่ได้รับวัคซีน รวมถึงปัจจัยที่ทำให้ยังไม่ได้รับวัคซีนหรือไม่ยอมรับการฉีดวัคซีน** การพัฒนาช่องทางสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ ฯลฯ - รัฐและเขตปกครองสนับสนุนการปรับปรุงอาคารสถานที่ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้รับวัคซีน รวมถึงการวิจัยเพื่อเพิ่ม	รัฐบาลกลางมีการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมแก่รัฐบาลของรัฐและเขตปกครองที่ดำเนินการได้ตามตัวชี้วัด พัฒนาทักษะความรู้และเพิ่มจำนวนบุคลากรที่มีความสามารถ และพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบเฝ้าระวังโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	- รัฐบาลกลางมีการสนับสนุนงบประมาณสำหรับอุปกรณ์จำเป็น เช่น เข็มและกระบอกฉีดยา การฝึกอบรมบุคลากร การจ้างเจ้าหน้าที่ภายใต้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน - GAVI **ยังคงสนับสนุน**เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ (เช่น ค่าตอบแทนบุคลากร ค่า	- กระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการจัดทำแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โครงการพิเศษที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และซื้อวัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค **- GAVI ยังคงสนับสนุน**เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ (เช่น ค่าตอบแทนบุคลากร ค่า

ประเด็นที่ศึกษา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อินโดนีเซีย	ศรีลังกา
	การเข้ารับบริการของประชาชนในพื้นที่ **รวมถึงการวิจัยเพื่อเพิ่มการเข้ารับบริการของประชาชนในพื้นที่** ฯลฯ		เดินทาง ฝึกอบรมบุคลากร) วัสดุอุปกรณ์จำเป็นอื่น ๆ - **UNICEF และ WHO ให้คำแนะนำด้านวิชาการ**ด้านการประเมินและพัฒนาระบบคลังสินค้าและระบบลูกโซ่ความเย็น	เดินทาง ฝึกอบรมบุคลากร) วัสดุอุปกรณ์จำเป็นอื่น ๆ **รวมถึงการสนับสนุนเพื่อการเปลี่ยนผ่านเป็นประเทศที่มีการลงทุนซื้อวัคซีนเอง**
การสนับสนุนด้านการเงินสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีน	- **รัฐและเขตปกครอง**สนับสนุนงบประมาณการบริหารอุปทานด้านวัคซีน - **รัฐบาลกลาง รัฐและเขตปกครอง** สนับสนุนเงินกรณีภัยพิบัติหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น จัดซื้อวัคซีนและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน	- รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณให้ Department of Health สำหรับจัดซื้อวัคซีน - **รัฐและเขตปกครอง**สนับสนุนงบประมาณสำหรับการบริหารอุปทานด้านวัคซีน	- รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณให้ BINFAR ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้ Ministry of health สำหรับจัดซื้อวัคซีน - **รัฐบาลท้องถิ่นจังหวัด** สนับสนุนงบประมาณสำหรับกระจายวัคซีนไปยังหน่วยบริการ - **รัฐบาลระดับอำเภอและหน่วยบริการ**สนับสนุนงบประมาณเพื่อลงพื้นที่ไปฉีดวัคซีน	- รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณให้ Department of Medical Supplies สำหรับจัดซื้อวัคซีน รวมถึงจัดเก็บและขนส่งวัคซีน
ระบบอภิบาลเกี่ยวกับการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	- รัฐและเขตปกครองจัดสรรงบประมาณมีความยุติธรรมและโปร่งใสผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การใช้	- รัฐบาลกลางมีหน่วยงานและกฎหมายที่สอดรับกับการทำงานเพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณอย่างโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ	- รัฐบาลกลางมีการจัดสรรงบประมาณใช้วิธีมาตรฐานและโปร่งใสผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การใช้	- รัฐบาลกลางมีกฎหมายกฎระเบียบการกำกับติดตามและการรายงานการใช้เงิน

ประเด็นที่ศึกษา	แคนาดา	ออสเตรเลีย	อินโดนีเซีย	ศรีลังกา
	งบประมาณมีกฎระเบียบและการกำกับติดตามในระดับรัฐและเขตปกครอง - มี CMYP สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทุก 5 ปี	ในขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีน การจัดซื้อวัคซีน และการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางไปยังรัฐบาลของรัฐและเขตปกครอง - มี CMYP สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	งบประมาณมีกฎระเบียบการกำกับติดตาม และการรายงานการใช้เงิน (เฉพาะหน่วยงานในสังกัดกระทรวงและ NGO) - การใช้เงินสนับสนุนจาก GAVI มีกฎระเบียบ ข้อบังคับ การกำกับติดตาม และการรายงานการใช้เงิน - มี CMYP สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระยะยาว 20 ปี ระยะกลาง 5 ปี และระยะสั้น 1 ปี	(เฉพาะหน่วยงานในสังกัดกระทรวง) - รัฐบาลพยายามจัดให้มีกลไกการตรวจสอบงบประมาณการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโดยเฉพาะ - การใช้เงินสนับสนุนจาก GAVI มีกฎระเบียบ ข้อบังคับ การกำกับติดตาม และการรายงานการใช้เงิน - มี CMYP สำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

หมายเหตุ: ตัวหนา หมายถึง จุดเด่นที่แตกต่างจากประเทศอื่น

สรุปผลการศึกษา

จากการทบทวนกลไกการเงินการคลังสำหรับวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศที่ยกมาเป็นกรณีศึกษา ได้แก่ แคนาดา ออสเตรเลีย อินโดนีเซีย และศรีลังกา สามารถสรุปได้ดังนี้

1) แหล่งรายได้ของรัฐบาลที่มาจากการจัดเก็บภาษีของประชาชนถูกนำมาใช้สำหรับวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เนื่องจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนจัดเป็นบริการพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน โดยอาจมีการกำหนดสัดส่วนงบประมาณการจัดซื้อวัคซีนเพื่อให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนของการบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

2) ไม่มีการรวมเงินเฉพาะสำหรับวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แต่ในกรณีที่ต้องการเพิ่มรายได้ของรัฐเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอาจพิจารณาวิธีการสนับสนุนทางการเงิน เช่น เก็บเบี้ยประกันบริการสุขภาพเพิ่มเติมตามจำนวนสมาชิกในครอบครัว การมี hospital lottery system การกู้เงิน ODA และการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน

3) การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนดำเนินการโดยคณะกรรมการ NITAG ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในระดับรัฐบาลกลางและระดับท้องถิ่น ทำหน้าที่พิจารณาข้อมูลต่าง ๆ เช่น ที่มาและภูมิหลัง (เช่น ข้อมูลระบาดวิทยาและความครอบคลุมการได้รับวัคซีน) ข้อมูลการขึ้นทะเบียนภายในประเทศ ประสิทธิผลและความปลอดภัย การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบด้านงบประมาณ และประเด็นอื่น ๆ เช่น ความเสมอภาค การเข้าถึงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ โดยส่วนใหญ่มีเกณฑ์การตัดสินใจ คือ ประสิทธิผลและความปลอดภัย การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบด้านงบประมาณ ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน (ผลจากโครงการนำร่อง) โดยการตัดสินใจเป็นบทบาทหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของประเทศนั้น ๆ

4) การชดเชยค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีทั้งการจ่ายตามบริการ (fee-for-service) การเหมาจ่ายแบบรายหัว (capitation payment) และการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (pay for performance) ให้แก่หน่วยบริการ โดยไม่รวมค่าวัคซีนเพราะทุกประเทศมีการจัดซื้อรวมส่วนกลาง (ระดับประเทศหรือรัฐและเขตปกครอง) พร้อมทั้งมีการกำหนดตัวชี้วัด เช่น ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน นอกจากนี้เพื่อจูงใจในระดับบุคคลและหน่วยงานในการทำงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคบรรลุตามตัวชี้วัด บางประเทศมีกลไกการให้รางวัลหรือลงโทษแก่หน่วยบริการที่ดำเนินการสำเร็จหรือไม่สำเร็จตามตัวชี้วัด

5) รัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนด้านการเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านสุขภาพโดยตรง (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จะมีประโยชน์ต่อการตรวจสอบติดตามการดำเนินการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการตรวจสอบการใช้เงินมากกว่าการจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานด้านสุขภาพ ซึ่งงบประมาณที่ได้จัดสรรลงไปอาจไม่ได้ถูกนำไปใช้เพื่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และตรวจสอบการใช้ได้ยาก

6) รัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณสำหรับระบบบริหารอุปทานด้านวัคซีนตั้งแต่การประมาณปริมาณวัคซีน การจัดซื้อจัดหา การขนส่ง การเก็บรักษา ให้มีความยั่งยืน โปร่งใส และมีประสิทธิภาพ

7) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับชาติ โดยกำหนดเป้าหมายการดำเนินการ รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โดยอาจพิจารณาแบ่งออกเป็นระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เพื่อให้เห็นภาพรวมของการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงงบประมาณที่ต้องใช้พัฒนาและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยในอนาคต ดังนี้

1) รัฐบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเนื่องจากเป็นปัจจัยความสำเร็จต่อการลงทุนในบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และควรคำนึงถึงงบประมาณด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอาจเพิ่มขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มวัคซีนใหม่เข้าสู่แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันระดับชาติ โดยอาจพิจารณาวิธีการสนับสนุนทางการเงินจากประเทศกรณีศึกษา แต่ควรคำนึงข้อดี-ข้อเสียรวมถึงบริบทและความเป็นไปได้ของประเทศไทย

2) รัฐบาลควรพัฒนากลไกการจัดเก็บภาษีให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมประชาชนทั้งแรงงานในและนอกระบบ เนื่องจากเป็นแหล่งรายได้สำคัญของรัฐบาลที่นำมาใช้เป็นงบประมาณด้านสุขภาพ รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

3) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรจัดสรรงบประมาณเฉพาะ (specific budget line) สำหรับซื้อวัคซีน โดยพิจารณากำหนดสัดส่วนของงบประมาณที่เหมาะสมในแต่ละปีเพื่อความยั่งยืนในการสนับสนุนบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทย

4) กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีวิธีการจ่ายชดเชยและกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยมุ่งเน้นความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน เพื่อประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงประโยชน์ในการติดตามประเมินผลการดำเนินการ และควรพัฒนากลไกการให้รางวัลแก่หน่วยบริการที่ดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าว

5) รัฐบาลควรสนับสนุนเงินสำหรับระบบบริหารจัดการวัคซีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการจัดซื้อจัดหาวัคซีนรวมระดับประเทศ รวมถึงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการขาดแคลน/ขาดคราวของวัคซีนอันเนื่องมาจากระเบียบในการจัดซื้อจัดหาวัคซีนที่ไม่เอื้อต่อการบริหารจัดการวัคซีนให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

6) รัฐบาลควรสนับสนุนเงินสำหรับทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยพัฒนาวัคซีน รวมถึงการผลิตวัคซีนภายในประเทศเพื่อการพึ่งพาตนเองและสร้างความมั่นคงด้านวัคซีนภายในประเทศ

7) ในอนาคตควรมีการศึกษากลไกการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย รวมถึงสถานการณ์ด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อดี-ข้อเสีย ความแตกต่างของบริบทในแต่ละประเทศและพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อระบบการเงินการคลังด้านวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, ชนเมธ เตชะแสนศิริ, วีระชัย วัฒนวีรเดช, อัจฉรา ตั้งสถาพรพงษ์, ฤดีวิไล สามโกเศศ, บรรณาธิการ. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2562. นนทบุรี: กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. Ozawa S, Clark S, Portnoy A, Grewal S, Brenzel L, Walker DG. Return on investment from childhood immunization in low- and middle-income countries, 2011-20. Health Aff (Millwood). 2016;35(2):199-207.
3. Brenzel L, Young D, Walker DG. Costs and financing of routine immunization: approach and selected findings of a multi-country study (EPIC). Vaccine. 2015;33 Suppl 1:A13-20.
4. UNICEF, World Health Organization. Progress and challenges with achieving universal immunization coverage: 2018 WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage [February 24, 2020]. Available from: https://www.who.int/news-room/detail/12-08-2019-progress-and-challenges-with-achieving-universal-immunization-coverage.
5. Results for Development. Immunization financing: a resource guide for advocates, policymakers, and program managers. Washington D.C.; 2017.
6. GAVI Alliance. Programmes & impact [February 5, 2020]. Available from: https://www.gavi.org/programmes-impact.
7. GAVI Alliance. How to request new Gavi support [February 24, 2020]. Available from: https://www.gavi.org/sites/default/files/document/support/How-to-request-new-Gavi-support-for-2020.pdf.
8. Feldhaus I, Mathauer I. Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: a structured review of the literature. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):996.
9. Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? Bull World Health Organ. 2008;86(11):839-48.
10. Barber SL, Lorenzoni L, Ong P. Price setting and price regulation in health care: Lessons for advancing Universal Health Coverage: World Health Organization and the Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019.
11. Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D. Developing a national health financing strategy: a reference guide. Geneva: World Health Organization; 2017.
12. The World Bank. Immunization financing toolkit: a resource for policy makers and program managers. Washington D.C.; 2010.
13. Hill M, Hupe P. Implementating public policy: governance in theory and in practice. London2002.
14. World Health Organization. Benefit design [cited 2020 12th February]. Available from: https://www.who.int/health_financing/topics/benefit-package/en/.

15. WHO-UNICEF estimates of DTP3 coverage [Internet]. 2019 [cited 15th June 2020]. Available from: https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragedtp3.html.
16. CIA WORLD FACTBOOK. Indonesia People 2020 2020 [cited 25th May 2020]. Available from: https://theodora.com/wfbcurrent/indonesia/indonesia_people.html.
17. GAVI Alliance. Countries fully self-financing starting [Available from: https://www.gavi.org/vaccineswork/transition-twins-sri-lanka-and-timor-leste-team-sustainable-immunisation.
18. กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์. ข้อมูลประเทศแคนาดา [cited 2 พฤษภาคม 2563]. Available from: https://ditp.go.th/contents_attach/74268/74268.pdf.
19. Statistics Canada. Table 17-10-0005-01 Population estimates on July 1st, by age and sex. 2020.
20. CIA WORLD FACTBOOK. Canada People 2020 2020 [cited 25th May 2020]. Available from: https://theodora.com/wfbcurrent/canada/canada_people.html.
21. worldometer. Australia Demographics 2020 [cited 9th June 2020]. Available from: https://www.worldometers.info/demographics/australia-demographics/.
22. countries of the world. Birth rate 2019 Country Ranks 2019 [cited 9th June 2020]. Available from: https://photius.com/rankings/2019/population/birth_rate_2019_0.html.
23. worldometer. Canada Demographics 2020 [cited 27th May 2020]. Available from: https://www.worldometers.info/demographics/canada-demographics/#u5-infa-title.
24. World Development Indicators [Internet]. 2020 [cited 7th May 2020]. Available from: https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators.
25. Government of Canada. Canada Health Act (R.S.C., 1985, c. C-6) 2020 [cited 4th May 2020]. Available from: https://www.laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-6/page-1.html.
26. Government of Canada. Canada's Health Care System 2019 [cited 19th May 2020]. Available from: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/canada.html#a7.
27. Marchildon GP. Canada: Health system review. Health Systems in Transition. 2013;15(1):1-179.
28. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. รายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กโตและเยาวชนในประเทศ แคนาดา สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และไต้หวัน. นนทบุรี; 2556.
29. ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศแคนาดา. 2544.
30. BIOTECanada. The current Canadian vaccine environment. Ottawa; 2010.

31. Mikulic M. Number of hospitals in Canada by province 2016 2019 [cited 7th May 2020]. Available from: https://www.statista.com/statistics/440923/total-number-of-hospital-establishments-in-canada-by-province/.
32. Ministry of Health: Government of Ontario. Immunization 2020: Modernizing Ontario's Publicly Funded Immunization Program. 2020.
33. Institute for Health Metrics and Evaluation. Gobal Burden Disease compare 2020 [Available from: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.
34. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system [Internet]. 2019. Available from: https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/.
35. Department of Finance Canada. Annual Financial Report of the Government of Canada 2018-2019. 2019.
36. Government of Canada. Expenses [cited 17th June 2020]. Available from: https://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/recgen/cpc-pac/2019/vol1/s3/charges-expenses-eng.html.
37. Ministry of Finance: Government of British Columbia. Report F: CANADA HEALTH AND SOCIAL TRANSFER [cited 15th May 2020 2020]. Available from: http://www.fin.gov.bc.ca/archive/budget96/96rpt_f.htm.
38. Department of Finance Canada. Major federal transfers 2020 [cited 3rd June 2020]. Available from: https://www.canada.ca/en/department-finance/programs/federal-transfers/major-federal-transfers.html.
39. Government of Canada. National Immunization Strategy: Objectives 2016 – 2021 2017 [Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/national-immunization-strategy-objectives-2016-2021.html.
40. Government of Canada. Vaccination Coverage Goals and Vaccine Preventable Disease Reduction Targets by 2025 2020 [Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccine-priorities/national-immunization-strategy/vaccination-coverage-goals-vaccine-preventable-diseases-reduction-targets-2025.html#1.2.1.
41. Auditor General of Ontario. 2016 Annual Report. 2016.
42. Ministry of health. National Immunization Strategy: final report 2003. 2004.
43. Auditor General of Ontario. 2012 Annual Report. 2012.
44. Government of Ontario. Published plans and annual reports 2019-2020: Ministry of Health and Long-Term Care 2019 [Available from: https://www.ontario.ca/page/published-plans-and-annual-reports-2019-2020-ministry-health-long-term-care#section-2.
45. Auditor General of Ontario. 2014 Annual Report. 2014.
46. Government of Canada. National Advisory Committee on Immunization (NACI): Membership and representation, 2020 [Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/naci-membership-representation.html.

47. Government of Canada. Immunization Partnership Fund 2019 [Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccine-priorities/immunization-partnership-fund.html.
48. Ministry of Finance: Government of Ontario. 2019–20 First quarter finances. 2019.
49. Financial accountability office of Ontario. Expenditure Estimates 2019-20: Ministry of Health and Long-Term Care 2019 [Available from: https://www.fao-on.org/en/Blog/Publications/estimates-health-2019.
50. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, ภูรี อนันตโชติ, ศิริตรี สุทธจิตต์, อุบลพรรณ ธีระศิลป์, พลอยวรงค์ เหลืองไตรรัตน์. การศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ. 2550.
51. Government of Ontario. Ontario Health Premium rates 2014 [Available from: https://data.ontario.ca/dataset/ontario-health-premium-rates/resource/86a431d8-27be-435e-9126-f7d595490acf.
52. MaRS. Payroll basics: Payroll deductions and employee benefits taxation 2014 [Available from: https://learn.marsdd.com/article/payroll-basics-payroll-deductions-employee-benefits-taxation/.
53. Government of Canada. EI premium rates and maximums 2019 [Available from: https://www.canada.ca/en/revenue-agency/services/tax/businesses/topics/payroll/payroll-deductions-contributions/employment-insurance-ei/ei-premium-rates-maximums.html.
54. Canada Go. National Advisory Committee on Immunization (NACI): Statements and publications 2020 [cited 8th May 2020]. Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci.html.
55. Vaccine Industry Committee. Building on the legacy of vaccines in Canada: value, opportunities, and challenges. Ontario; 2010.
56. Kondro W. Progress report on the National Immunization Strategy. Canadian Medical Association. 2007.
57. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee on Immunization. Recommendations for Human Papillomavirus Vaccination. Ontario; 2012.
58. Government of Canada. Canadian Immunization Guide 2020 [Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/canadian-immunization-guide.html.
59. Canada Health Infoway. Immunization Registry 2020 [Available from: https://www.infoway-inforoute.ca/en/82-our-partners/vendors/certification-services/241-immunization-registry.
60. CANImmunize. The CANImmunize App [Available from: https://www.canimmunize.ca/en/about.
61. Government of Ontario. Expenditure Estimates for the Ministry of Health and Long Term Care (2019-20) 2019 [Available from: https://www.ontario.ca/page/expenditure-estimates-ministry-health-and-long-term-care-2019-20#section-2.

62. Danzon PM, Pereira NS, Tejwani SS. Vaccine supply: a cross-national perspective. Health Affairs. 2005;24(3):706-17.
63. Public Works and Government Services Canada. Notice of Proposed Procurement (NPP) Abstract, Measles, Mumps, Rubella (MMR) Vaccine 2007 [Available from: https://buyandsell.gc.ca/procurement-data/tender-notice/PW-PH-870-73866.
64. BIOTECanada. Pathway to Access: Manufacturing, Supply, and Procurement Systems. Ottawa; 2010.
65. The multi-stakeholder steering committee on drug shortages in Canada. Multi-Stakeholder Toolkit: A Toolkit for Improved Understanding and Transparency of Drug Shortage Response in Canada. 2013.
66. Ministry of Health: Government of Ontario. Health Services in Your Community 2019 [cited 1st June 2020]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/common/system/services/phu/default.aspx.
67. Public health agency of Canada. National vaccine storage and handling guidelines for immunization providers 2015. Ottawa; 2015.
68. กระทรวงการต่างประเทศ. เครือรัฐออสเตรเลีย (Australia) [cited 9 มิถุนายน 2563]. Available from: http://www.mfa.go.th/main/th/other/9239/99630-%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%90%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%AA%E0%B9%80%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B5%E0%B8%A2-(Australia).html.
69. CIA WORLD FACTBOOK. Australia People 2020 2020 [cited 9th June 2020]. Available from: https://theodora.com/wfbcurrent/australia/australia_people.html.
70. กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. ประเทศออสเตรเลีย [cited 9 มิถุนายน 2563]. Available from: http://www.thaifta.com/trade/aanzfta/2011_09AusCountryProfile.pdf.
71. Commonwealth Secretariat 2020. Australia [Available from: https://thecommonwealth.org/our-member-countries/australia.
72. สำนักงานคณะกรรมการมาตรฐานการบริหารงานบุคคล่วนท้องถิ่น. ประเทศออสเตรเลีย กรุงเทพฯ [cited 9 มิถุนายน 2563]. Available from: http://www.local.moi.go.th/document%207.pdf.
73. Department of Health and Aged Care. Health financing in Australia : the objectives and players. Canberra1999.
74. Australian Institute of Health and Welfare. Health expenditure Australia 2017–18. Canberra; 2019.
75. Department of Health. Where can I get immunised? [Available from: https://www.health.gov.au/health-topics/immunisation/about-immunisation/where-can-i-get-immunised.
76. The pharmacy guild of Australia. Vaccination Services 2020 [Available from: https://www.guild.org.au/programs/vaccination-services.

77. GBD Compare [Internet]. [cited 14th June 2020]. Available from: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.
78. Commonwealth of Australia. Budget Strategy and Outlook Budget Paper No. 1 2019-20. Australian Capital Territory; 2019.
79. Department of Health. National Immunisation Strategy for Australia 2019–2024. Canberra2018.
80. National Health Reform Agreement, (2011).
81. Department of Health. Immunisation policy and governance 2018 [cited 11th June 2020]. Available from: https://www.health.gov.au/health-topics/immunisation/about-immunisation/immunisation-policy-and-governance.
82. ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา. ประเทศออสเตรเลีย.
83. Australian Institute of Health and Welfare. About us [cited 9th June 2020]. Available from: https://www.aihw.gov.au/about-us.
84. Department of Health. Guidelines for preparing submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) 2016 [cited 6th June 2020]. Available from: https://pbac.pbs.gov.au/home.html.
85. Australian Institute of Health and Welfare. Public health expenditure in Australia 2008–09. Canberra; 2011.
86. National partnership on essential vaccines, (2017).
87. Commonwealth of Australia. Final Budget Outcome 2017-18 2018.
88. Australian taxation office. Medicare levy 2019 [Available from: https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-levy/.
89. Australian taxation office. Medicare levy surcharge 2019 [Available from: https://www.ato.gov.au/individuals/medicare-levy/medicare-levy-surcharge/.
90. Department of health. Schedule of pharmaceutical benefits. 2020.
91. Department of health. Immunisation for Aboriginal and Torres Strait Islander people 2020 [Available from: https://www.health.gov.au/health-topics/immunisation/immunisation-throughout-life/immunisation-for-aboriginal-and-torres-strait-islander-people.
92. Department of health. Medicare Benefits Schedule [Available from: http://www9.health.gov.au/mbs/fullDisplay.cfm?type=item&qt=ItemID&q=413.
93. Department of health. Medicare Safety Net Arrangements [Available from: http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Factsheet-ExtendedMedicareSafetyNet+-+Jan2018.
94. Parliament of Australia. Health in Australia: a quick guide 2018 [Available from: https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/rp/rp1819/Quick_Guides/HealthAust.
95. Australian private hospitals association. The number of Australians with private health insurance hospital cover drops.

96. Lokuge B, Faunce TA, Denniss R. Private health insurance and regional Australia. Medical journal of Australia. 2005;182(6):290-3.
97. Australian Government. Australian Government Private Health Insurance Rebate [Available from: https://www.privatehealth.gov.au/health_insurance/surcharges_incentives/insurance_rebate.htm.
98. Australian Institute of Health and Welfare. National Partnership on Essential Vaccines: performance report 2017–18. Canberra; 2019.
99. Hanley R, Manton A, Trace-MacLaren K. The value of vaccines: ensuring Australia keeps pace with community values and international practice. 2019.
100. Dapartment of Finance. Commonwealth procurement rules. 2019.
101. Sussex J, Shah KK, Butler J. The Publicly Funded Vaccines Market in Australia. Canberra: Office of Health Economics; 2010.
102. กองส่งเสริมการลงทุนไทยในต่างประเทศ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน. ประเทศอินโดนีเซีย [cited 25 พฤษภาคม 2563]. Available from: https://toi.boi.go.th/information/asian/3.
103. Wikiwand. การขนส่งในประเทศอินโดนีเซีย 2020 [Available from: https://www.wikiwand.com/th/การขนส่งในประเทศอินโดนีเซีย.
104. worldometer. Indonesia Demographics 2020 [cited 25th May 2020]. Available from: https://www.worldometers.info/demographics/indonesia-demographics/.
105. Ajay T, Setyo PE, Pandu H, Emiko M, Winoto SA, Puti YC, et al. Indonesia - Health financing system assessment : spend more, right, and better2016.
106. World Bank. GDP growth (annual %) - Indonesia, Sri Lanka, Canada, Australia, Thailand 2019 [31 Jul 2020]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2019&locations=ID-LK-CA-AU-TH&start=2013.
107. ธนาคารแห่งประเทศไทย. ภาพรวมโครงสร้างเศรษฐกิจและแผนพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศสมาชิกอาเซียน [cited 25 พฤษภาคม 2563]. Available from: https://www.bot.or.th/Thai/FinancialInstitutions/Highlights/ASEANCommunity/generalAndEcoInfo/Documents/ภาพรวมโครงสร้างเศรษฐกิจและแผนพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศสมาชิกอาเซียน.pdf.
108. World Bank. Poverty headcount ratio at $5.50 a day (2011 PPP) (% of population) - Sri Lanka, Indonesia, Thailand, Canada, Australia 2019 [Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.UMIC?end=2018&locations=LK-ID-TH-CA-AU&start=2006.
109. Asean Info. อินโดนีเซีย - การเมืองและการปกครอง 2013 [Available from: http://www.asean-info.com/asean_members/indonesia_politics.html.
110. World Health Organization. The Republic of Indonesia Health System Review. Geneva; 2017.
111. World Health Organization. 2018 Health SDG Profile: Indonesia. 2018.

112. Prabowo PA, Supriyono B, Noor I, Muluk MK. Special autonomy policy evaluation to improve community welfare in Papua province Indonesia. International Journal of Excellence in Government. 2020.
113. GAVI Alliance. Indonesia documents [cited 25th May 2020]. Available from: https://www.gavi.org/country-documents/indonesia.
114. GAVI Alliance. Transitioning out of Gavi support [Available from: https://www.gavi.org/types-support/sustainability/transition.
115. Yosephine P. Indonesia National Immunization Program. 3rdInternational Symposium for Asia Pacific Experts; 16-18 October 2017; Hanoi, Vietnam2017.
116. Leimena SL. Posyandu: A Community Based Vehicle to Improve Child Survival and Development. Asia Pacific Journal of Public Health. 1989;3(4):264-7.
117. The World Bank. INDONESIA Public Expenditure and Financial Accountability (PEFA) Assessment Report 2017. 2018.
118. GAVI Alliance. Joint appraisal report. 2015.
119. Coe M, Gergen J, Phily C, Ozaltin A. Sustainable Immunization Financing in Asia Pacific. New Jersey: ThinkWell; 2017.
120. Ba-Nguz A, Adjagba A, Wisnu Hendrarto T, Sewankambo NK, Nalwadda C, Kisakye A. The Role of National Immunization Technical Advisory Groups (NITAGs) in the Introduction of Inactivated Polio Vaccine: Experience of the Indonesia and Uganda NITAGs. The Journal of Infectious Diseases. 2017;216(suppl_1):S109-S13.
121. World Health Organization. The Establishment and Operation of National Immunization Technical Advisory Groups in the WHO South-East Asia Region. India: WHO South-East Asia Region; 2016.
122. World Health Organization. factsheet 2019 Indonesia. 2019.
123. Hadisoemarto PF, Reich MR, Castro MC. Introduction of pentavalent vaccine in Indonesia: a policy analysis. Health Policy Plan. 2016;31(8):1079-88.
124. สำนักงานความร่วมมือพัฒนาเศรษฐกิจกับประเทศเพื่อบ้าน (องค์การมหาชน). สาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยศรีลังกา.
125. worldometer. Sri Lanka Demographics 2020 [
126. Ministry of Health: Government of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka. Comprehensive multi-year plan for immunization 2012-2016.
127. Ministry of Health: Nutrition and Indigenous Medicine Sri Lanka. Reorganising Primary Health Care in Sri Lanka. Colombo; 2017.
128. World Health Organization. 2018 Health SDG Profile: Sri Lanka. 2018.
129. Institute for Health Policy Colombo SL. Sri Lanka Health Accounts: National Health Expenditure 1990-2016. 2018.
130. Supakankunti S, Herberholz C, Witvorapong N, Pradithavanij P, editors. Sustainable Financing of the National Health System in Sri Lanka. Conference Paper at The 14th

International Convention of the East Asian Economic Association, Convention Theme:'Reinvigorating and Rebalancing in the Wake of Global and Local Shocks', At Chulalongkorn University, Bangkok, November; 2014.
131. Health Mo. Human Resource Profile. Sri Lanka: Management Development and Planning Unit and Health Information Unit; 2015.
132. World Health Organization. Health financing profile 2017: Sri Lanka. 2017.
133. GAVI Alliance. Sri Lanka documents [Available from: https://www.GAVI.org/country-documents/sri-lanka.
134. UNICEF. Sustaining Vaccination Coverage. Nepal: Epidemiology Unit.
135. United Nations Children's Fund Regional Office for South Asia. Sustaining Vaccination Coverage: Continued national commitment to primary health care with a strong focus on community engagement.
136. Ministry of health Sri Lanka. National immunization policy. 2014.
137. Asian Development Bank. Sri Lanka National Immunization Program: Financing assessment. Manila2001.
138. Abeykoon P. Financing Common Goods for Health: Sri Lanka. Health Systems & Reform. 2019;5(4):397-401.
139. Ministry of Health Nutrition and Indigenous Medicine. National health accounts Sri Lanka 2014, 2015, 2016. Colombo; 2018.
140. Finance NitfMo. Agrahara Insurance [Available from: http://www.nitf.lk/english/Agrahara.html.
141. Establishment of a New Insurance Scheme for Public Officers in Terms of the Budgetary Proposals for 2005 - (Agrahara), (2005).
142. Wijesinghe PR, Palihawadana P, Peiris TSR. Participatory decision-making through the Advisory Committee on Communicable Diseases: the Sri Lankan experience. Vaccine. 2010;28:A96-A103.
143. Mahipala P. National Immunization Technical Advisory Committee-SriLanka (Advisory Committee on Communicable Diseases).
144. MÉRIEUX F. National Immunization Programme: Sri Lanka,.
145. Epidermiology unit. National immunization schedule-Sri Lanka: National immunization programme.
146. Kumar R. Public–private partnerships for universal health coverage? The future of "free health" in Sri Lanka. Globalization and health. 2019;15(1):1-10.
147. Ministry of Finance: Sri Lanka. Anual Report 2019. 2020.
148. Jayasekara H, De Silva A, Amarasinghe A. Costing of immunization service provision in Kalutara district, Sri Lanka: a cross-sectional study. WHO South-East Asia Journal of Public Health. 2016;5(2):149-54.
149. Sri Lanka Disaster Management Act, No. 13 of 2005, (2005).

150. World Health Organization. Rotavirus 2018 [Available from: https://www.who.int/immunization/diseases/rotavirus/en/.
151. World Development Indicators [Internet]. 2017 [cited 10th June 2020]. Available from: https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators.
152. คณะทำงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2561.
153. ชุติมา อรรคลีพันธุ์, พัทธรา ลีฬหวรงค์, จิรวิทย์ ยาดี, ชุติมา คำดี, อรพรรณ อ่อนจร, กมลวรรณ เขียวนิล. การศึกษาทบทวนระบบและพัฒนาข้อเสนอการบริหารเวชภัณฑ์จำเป็นที่มีปัญหาการเข้าถึงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2562.
154. Lydon P, Beyai PL, Chaudhri I, Cakmak N, Satoulou A, Dumolard L. Government financing for health and specific national budget lines: the case of vaccines and immunization. Vaccine. 2008;26(51):6727-34.
155. Segal L. Why it is time to review the role of private health insurance in Australia. Australian Health Review. 2004;27(1):3-15.
156. ผลการจัดเก็บรายได้ของรัฐบาล [Internet]. 2561 [cited 2 กันยายน 2563]. Available from: http://dataservices.mof.go.th/Dataservices/GovernmentRevenue.
157. ภาวรรณ ธนาเลิศสมบูรณ์ และสมคิด พุทธศรี. ‘ปฏิรูประบบภาษีไทย’ กับ อธิภัทร มุทิตาเจริญ: 101 One-on-One; 2561 [Available from: https://www.the101.world/one-on-one-atipat/.
158. Rajabi A, Dabiri A. Applying activity based costing (ABC) method to calculate cost price in hospital and remedy services. Iranian journal of public health. 2012;41(4):100.
159. วลัยพร พัชรนฤมล, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, Cichon M, จิตปราณี วาศวิท, ภูษิต ประคองสาย, กัญจนา ติษยาธิคม. การคลังระยะยาวของโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: ประมาณการรายจ่ายและแหล่งรายรับ. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
160. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรสูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพฯ; 2557.
161. worldometer. Thailand Demographics 2020 [cited 30th July 2020]. Available from: https://www.worldometers.info/demographics/thailand-demographics/.
162. World health Organization. Pneumococcal disease 2020 [Available from: https://www.who.int/ith/vaccines/pneumococcal/en/#:~:text=pneumoniae.,of%209%20and%2015%20months.
163. Kallenberg J, Mok W, Newman R, Nguyen A, Ryckman T, Saxenian H, et al. Gavi’s transition policy: moving from development assistance to domestic financing of immunization programs. Health Affairs. 2016;35(2):250-8.
164. Silverman R, Keller J, Glassman A, Chalkidou K. Tackling the triple transition in global health procurement. Washington: Center for Global Development. 2019.
165. Erlangga D, Ali S, Bloor K. The impact of public health insurance on healthcare utilisation in Indonesia: evidence from panel data. International Journal of Public Health. 2019;64(4):603-13.

166. เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, (2562).
167. คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข. รายงานการประชุมคณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 30 เมษายน 2563. 2563.
168. Eggertson L. Experts call for national immunization registry, coordinated schedules. Can Med Assoc; 2011.
169. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 25632562.
170. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ทีมเภสัชกร สปสช.รับรางวัลเภสัชกรดีเด่นเพื่อสังคม ช่วยผู้ป่วยเข้าถึงยาจำเป็น. 2560.
171. เพ็ญแข ลาภยิ่ง. ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างรัฐและเอกชน : แนวคิด หลักการ พัฒนาการ และประสบการณ์ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
172. World Bank. Sri Lanka: “Good Practice” in Expanding Health Care Coverage. Colombo: Institute for Health Policy; 2009.
173. Levin A, Fang A, Hansen PM, Pyle D, Dia O, Schwalbe N. A global health partnership's use of time-limited support to catalyze health practice change: the case of GAVI's injection safety support. PloS one. 2010;5(9):e12986.
174. กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. นนทบุรี; 2561.
175. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. ร่างแผนนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565. 2562.
176. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. แผนยุทธศาสตร์สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) [Available from: http://nvi.go.th/index.php/files/large/4611b6e5997ec18.
177. โรงงานผลิตวัคซีน GPO-MBP ชูศักยภาพด้วยโรงงานมาตรฐานระดับสากลแห่งแรกในไทย. ผู้จัดการออนไลน์. 2561.
178. World Health Organizationm. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action, Policy Perspectives on Medicines2004. 1-6 p.
179. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2560 การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวและบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. 2559.
180. สำนักงบประมาณ. ระเบียบ หลักเกณฑ์ ที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณ [cited 25 กรกฎาคม 2563]. Available from: http://www.bb.go.th/topic.php?gid=226&mid=266.
181. สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [Available from: http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=decen06.