

A photograph of three women from a traditional community, likely in Southeast Asia, smiling and looking towards the right. They are wearing colorful, patterned clothing. The woman on the left has a gold earring and a necklace with yellow and red beads. The woman in the middle is wearing a blue garment. The woman on the right is wearing an orange garment.

ศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก  
(CENTER FOR GLOBAL DEVELOPMENT)

# หลายล้านชีวิตรอด

(MILLIONS SAVED)

กรณีใหม่ ๆ ที่ประสบความสำเร็จในสุขภาพโลก

AMANDA GLASSMAN และ MIRIAM TEMIN

พร้อมด้วยทีมงานหลายล้านชีวิตรอดและกลุ่มที่ปรึกษา

ศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก  
(CENTER FOR GLOBAL DEVELOPMENT)

หลายล้านชีวิตรอด

(MILLIONS SAVED)

กรณีใหม่ๆ ที่ประสบความสำเร็จในสุขภาพโลก

คำนิยมสำหรับ *หลายล้านชีวิตรอด: กรณีใหม่ๆ ที่ประสบความสำเร็จในสุขภาพโลก*

“เป็นหนึ่งในหนังสือที่ยกระดับจิตใจด้านสุขภาพโลกได้ดีที่สุดเล่มหนึ่งที่เคยพบ หลักฐานที่ชัดเจนของโครงการที่มีความคุ้มค่าในระดับประเทศทำให้เรามีความหวังว่าคนยากจนและเปราะบางที่สุดในโลกนี้จะได้รับความช่วยเหลือให้มีชีวิตรอดมากขึ้นอีก”

- - Ngozi Okonjo - Iweala, *อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง, ไนจีเรีย*

“ผมอยากให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพโลก ผู้บริหาร ผู้บริจาคและผู้สนใจจะปรับปรุงโลกให้ดีขึ้นทั้งหลายได้อ่าน *หลายล้านชีวิตรอด* ผมมั่นใจว่าพวกท่านจะได้ภาพที่ชัดเจนขึ้นว่า โลกได้เรียนรู้เกี่ยวกับการต่อสู้กับส่วนหนึ่งของปัญหาใหญ่ๆ ด้านสุขภาพ และโลกได้เรียนรู้วิธีการที่เราได้ใช้ความรู้ที่ช่วยเหลือนมนุษย์ให้มีชีวิตรอดมากขึ้น”

- - Bill Gates, *ประธานร่วม, มูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์*

“หนังสือเล่มนี้มีประโยชน์ทั้งที่สามารถเป็นแรงบันดาลใจและเป็นเครื่องมือสำหรับการปฏิบัติ และช่วยเตือนใจพวกเราว่า งานของพวกเรายังคงมีวิวัฒนาการ และการลงทุนในด้านต่างๆ ของพวกเรานั้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สัมผัสได้ เรื่องราวต่างๆ เหล่านี้ได้พิสูจน์ให้เห็นว่า พวกเรากำลังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง”

- - Jimmy Kolker, *ผู้ช่วยเลขาธิการของ Global Affairs, กรมสุขภาพและบริการมนุษย์แห่งสหรัฐ*

“ขณะที่เรามองไปข้างหน้าและเริ่มดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน การบันทึกเหตุการณ์สุขภาพโลกต่างๆ ใน *หลายล้านชีวิตรอด* เล่มนี้และเล่มก่อนหน้าได้แสดงหลักฐานให้เราได้เห็นว่าโครงการใดสำเร็จ โครงการใดล้มเหลวในงานสาธารณสุขระดับโลก หลายการศึกษาจากลาตินอเมริกาได้แสดงให้เห็นว่า โครงการต่างๆ ที่มุ่งตอบสนองความจำเป็นของประชากรชายขอบและเปราะบางสามารถเอื้อประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ”

- - Carissa Etienne, *ผู้อำนวยการ, Pan American Health Organization*

“ความแตกต่างในทางบวกมักจะเป็นที่มุ่งหวังว่าคือความสำเร็จในชุมชนใดๆ ก็ตาม เราจะต้องพยายามเรียนรู้สิ่งที่พวกเขาทำได้อย่างดีที่สุดและนำไปขยายต่อในวงกว้าง หนังสือเล่มนี้มีเรื่องราวเกี่ยวกับความแตกต่างในทางบวกระดับโลก ผู้นิพนธ์ได้ไปพบตัวอย่างแห่งความสำเร็จด้านสุขภาพในระดับโลกที่หยิบยื่นแก่พวกเราทุกคนที่ทำงานในวงการนี้”

- - Stefano Bertozzi, *คณบดี, วิทยาลัยการสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เบิร์กลีย์*

“หนังสือเล่มนี้สำคัญและเป็นที่น่าสนใจมาก ต้องขอชมว่าทำได้ดีในหลายๆ ด้าน ได้แก่ การที่สามารถรวมเอาโครงการหลากหลายลักษณะที่มุ่งปรับปรุงสุขภาพเข้าไปในเล่มนี้ได้ การที่มีโอกาสได้เรียนรู้ความล้มเหลวของโครงการระดับประเทศ และการที่มีการอภิปรายเรื่องต้นทุนในส่วนของประสิทธิผลและผลกระทบ และที่สำคัญคือหนังสือเล่มนี้ได้สรุปลักษณะทั่วไปและบทเรียนต่างๆ ที่สำคัญ มิใช่เพียงการรวบรวมกรณีศึกษาต่างๆ ที่น่าสนใจเท่านั้น ซึ่งทำให้หนังสือเล่มนี้มีประโยชน์มากขึ้น”

- - Jere Behrman, *ศาสตราจารย์ด้านเศรษฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย*

ศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก

# หลายล้านชีวิตรอด

กรณีใหม่ๆ ที่ประสบความสำเร็จในสุขภาพโลก

บรรณาธิการและผู้พิมพ์

AMANDA GLASSMAN และ MIRIAM TEMIN

ทีมงานหลายล้านชีวิตรอด

ผู้พิมพ์: Rachel Silverman, Yuna Sakuma, Lauren Post, Alix Beith

ผู้ประเมินด้านเศรษฐศาสตร์: Andrew Mirelman

กลุ่มที่ปรึกษา

Elie Hassenfeld, Priscilla Idele, Ruth Levine, Rachel Nugent, Richard Skolnik, Damian Walker

ด้วยความร่วมมือกับ Disease Control Priorities ฉบับที่ 3

ศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก

# หลายล้านชีวิตรอด

กรณีใหม่ๆ ที่ประสบความสำเร็จในสุขภาพโลก

ISBN 978-000-000-000-0

พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2563

จำนวน 1,000 เล่ม

แปลและจัดพิมพ์โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2, 3, 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี  
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”  
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210  
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730  
www.nhso.go.th

ลิขสิทธิ์ © 2016

ศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก

2055 L St. NW

วอชิงตัน ดีซี 20036

www.cgdev.org

ขอสงวนสิทธิ์ทั้งปวง ไม่อนุญาตให้มีการผลิตใหม่หรือเผยแพร่ส่วนหนึ่งส่วนใดของสิ่งตีพิมพ์นี้ในรูปแบบใดๆ  
เว้นแต่จะได้รับอนุญาตอย่างเป็นทางการจากศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก

9 8 7 6 5 4 3 2 1

Library of Congress Cataloging-in-Publication data

Glassman, Amana L.

Millions Saved: new cases of proven success in global health / Amanda Glassman, Miriam Temin

p. cm.

Includes bibliographic references and index

ISBN: 978 1-933286-88-4

LCCN: 2016936346

พิมพ์ที่

ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์  
188/4 - 5 ซอยแสงจันทร์ 67 ถนนเจริญกรุง แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120  
โทรศัพท์ 0-2211-4058

อุทิศแด่คนทำงานด้านสาธารณสุขทั่วโลก  
ผู้ช่วยเหลือให้ชีวิตได้อยู่รอดปลอดภัยทุกๆ วัน



# สารบัญ

คำนำโดยบิลล์ เกตส์	XI
กิตติกรรมประกาศ	XIII
อภิธาน	XV
บทนำ: การปฏิวัติสุขภาพระดับโลก	1
โครงสร้างของหนังสือเล่มนี้	11

<b>ภาคที่ 1 การกระจายยาและเทคโนโลยี</b>	<b>13</b>
1. จุดเริ่มของอวสาน: การกำจัดเชื้อเม็นไนเจิติส เอ ตลอดสายพานโรค เยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบในแอฟริกา	15
เมื่อเชื้อโรคร้ายเก่าแก่อย่างเม็นไนเจิติส เอ พบกับวัคซีนใหม่อย่างเมนแอฟริวัค (MenAfriVac) และหลังจากที่มีการให้วัคซีนนี้แก่ประชาชน 217 ล้านคน ก็ทำให้การเกิดโรคนี้อันตรายและความตายลดลงอย่างเห็นประวัตินี้ในเจ็ดประเทศของทวีปแอฟริกา	
2. สานฝันให้เป็นจริง: โครงการรักษาด้วยยาต้านเรโทรไวรัส ทัวบอตสวานา	23
รัฐบาลได้กระจายการรักษาที่ช่วยชีวิตชาวบอตสวานาที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและทำให้ความตายจากโรคเอดส์ลดลงมากกว่าร้อยละ 70 ภายในเวลาน้อยกว่าหนึ่งทศวรรษ	
3. ลดความเสี่ยงต่อมะเร็งในจีน: สร้างความครอบคลุมวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี อย่างเท่าเทียม	31
รัฐบาลจีนขยายการได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีทั่วประเทศและสกัดกั้นการระบาดของโรคมะเร็งตับได้	
4. กำจัดยุงตัวต่อตัว: โครงการควบคุมมาลาเรียแห่งชาติแซมเบีย	39
ประเทศแซมเบียทุ่มสุดตัวใช้เครื่องมือที่พิสูจน์แล้วในการต่อสู้กับยุงที่เป็นพาหะนำเชื้อมาลาเรียช่วยเหลือเด็กให้อยู่ถึงวันเกิดครั้งที่ห้าได้มากขึ้น	
5. พันบ้านแข็งเพื่อสุขภาพเด็ก: โครงการปิโซเฟิร์มแห่งเม็กซิโก	49
สุขภาพที่ดีของเด็กยากจนชาวเม็กซิกันและความสุขของผู้เป็นแม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมจากโครงการพันคอนกรีตแข็งเพื่อสุขภาพ	
6. เริ่มต้นด้วยความสดใสเพื่ออนาคตที่สุกสว่าง: โครงการโรงเรียนขจัดหนอนพยาธิ แห่งเคนยา	58
เด็กชาวเคนยาหลายล้านคนปลอดหนอนพยาธิโดยอาศัยโรงเรียนเป็นพื้นฐานการรักษาซึ่งเป็นประโยชน์ต่อชีวิตอันยืนยาวทั้งด้านสุขภาพและความเป็นอยู่	



7. **หยุดเส้นทางการระบาด: การกำจัดโปลิโอในเฮติ** 67  
จากโรงเรียนสู่โรงเรียน จากบ้านสู่บ้าน เฮติฆ่าตัวก้าวเดินเพื่อให้วัคซีนแก่เด็กและสามารถหยุดโปลิโอระบาดได้ ด้วยวิธีที่พิสูจน์แล้ว
8. **เรียนรู้จากความล้มเหลว: การจัดการแบบบูรณาการสำหรับความเจ็บป่วยของเด็กในบังคลาเทศ** 77  
ในประเทศบังคลาเทศพบว่า ชุดวิธีการแก้ปัญหาที่พิสูจน์แล้วนั้นไม่เกิดประสิทธิผลในระดับโครงการใหญ่ ส่งผลให้ไม่สามารถลดความตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้

## ภาคที่ 2 การขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ 87

9. **การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับทุกคน: โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งประเทศไทย** 89  
พลเมืองไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างถ้วนหน้าโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและได้รับสิทธิประโยชน์ตั้งแต่เด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่แข็งแรง ส่งผลให้เกิดการเพิ่มผลผลิตแรงงานและลดความเสี่ยงทางการเงินของครอบครัว
10. **การจ่ายงบประมาณให้จังหวัดตามผลลัพธ์ของงานด้านสุขภาพ: แผนกำเนิดทารกแห่งอาร์เจนตินา (Argentina's Plan Nacer)** 97  
รัฐบาลอาร์เจนตินาร่วมมือกับหน่วยงานระดับจังหวัดเพื่อแก้ไขปัญหาวิกฤตสุขภาพเด็กแรกเกิดที่กำลังแย่งชิงชีวิต ด้วยระบบที่มีโครงสร้างการจ่ายเงินเป็นแรงจูงใจ
11. **ขจัดโรคอย่างถึงรากเหง้า: โครงการซอดตาแฟมิเลียแห่งบราซิล (Brazil's Programa Saúde da Família)** 106  
ด้วยการยกระดับคุณภาพงานบริการปฐมภูมิให้สูงขึ้นในทุกระดับ บราซิลสามารถลดอัตราการตายจากโรคหัวใจลงได้ รวมทั้งสามารถลดอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นลงได้ด้วย
12. **ยิ่งส่งเสริมคนทำงานด้านสุขภาพ ยิ่งทำให้สุขภาพดีขึ้น: โครงการจ่ายตามผลงานบริการสุขภาพในวันดา** 113  
ในประเทศรวันดา การจ่ายเงินผู้ให้บริการตามผลงาน ทำให้ได้ผลงานเพิ่มขึ้น การใช้บริการสุขภาพก็เพิ่มขึ้น, เด็กมีการเจริญเติบโตที่ดีขึ้นและมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
13. **เรียนรู้จากความล้มเหลว: การลดค่าใช้จ่ายสำหรับการคลอดที่สถาบันในแคว้นคุชราต, ประเทศอินเดีย** 121  
คุชราตพยายามลดอัตราการตายของแม่และทารกแรกคลอดด้วยการเพิ่มแรงจูงใจในการให้บริการแต่ละเลยเรื่องอุปสงค์และการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนั้น แม้จะมีการใช้บริการเพิ่มขึ้นแต่ก็ล้มเหลวในการปรับปรุงด้านสุขภาพ

## ภาคที่ 3 การใช้วิธีการโอนเงินช่วยเหลือไปยังเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพ 131

14. **ให้โอกาสแก่เด็กเปราะบาง: โครงการเงินช่วยเหลือสังคมของเคนยา** 133  
เงินช่วยเหลือมีส่วนช่วยผู้ดูแลคนที่ยากจนมากและเด็กเปราะบางชาวเคนยาได้ สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมากและทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น
15. **การปกป้องคุ้มครองวัยเด็ก: โครงการเงินเดือนนักเรียนหญิงแห่งแคว้นปัญจาบ** 142  
เงินช่วยเหลืออย่างมีเงื่อนไขสามารถช่วยเหลือเด็กหญิงชาวปัญจาบในโรงเรียนได้ ส่งเสริมให้พวกเขาแต่งงานช้าลงและหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งทำให้อุบัติเหตุรุนแรงที่พวกเขาเผชิญลดลง
16. **ยกระดับเด็กที่ถูกกีดกันเพราะสีผิว: เงินทุนสนับสนุนเด็กแห่งแอฟริกาใต้** 151  
แอฟริกาใต้ยุคหลังการกีดกันสีผิว มีการสนับสนุนเงินลงไปช่วยยกระดับสนามเด็กเล่นในถิ่นที่ยากจนและปรับปรุงโภชนาการ ทำให้สามารถลดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้
17. **เรียนรู้จากความล้มเหลว: โครงการเงินช่วยเหลือครอบครัวแห่งฮอนดูรัส** 160  
ในประเทศฮอนดูรัส แม้จะมีการโอนเงินช่วยเหลือให้แก่ครอบครัวเพื่อให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น แต่กลับไม่ได้ทำให้ประชาชนสุขภาพดีขึ้นเลย

## ภาคที่ 4 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประชากรวงกว้างเพื่อลดความเสี่ยง 169

18. การควบคุมการบริโภคยาสูบ: โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แห่งประเทศไทย 171  
ประเทศไทยสามารถลดการสูบบุหรี่ได้มากถึงหนึ่งในสี่ โดยการขึ้นภาษีหรือห้ามขายและกระตุ้นด้านสุขภาพ ร่วมกับการออกข้อห้ามและกฎหมายใหม่
  19. การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนน: กฎหมายหมวกนิรภัยที่สมบูรณ์แบบของเวียดนาม 181  
ประเทศเวียดนามออกกฎหมายใหม่และบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ส่งผลให้ผู้ขับขี่จักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยกันมากขึ้น ป้องกันการบาดเจ็บทางสมองได้
  20. การร้องขอเพื่อให้ปลอดภัยจากการถ่ายอุจจาระเรื้อรัง: โครงการการตลาดสุขภาพและการสุขภาพครอบครัวแห่งอินโดนีเซีย 190  
ชุมชนชาวอินโดนีเซียเริ่มต้นจากการเรียกร้องให้เกิดการปฏิบัติ จนนำไปสู่การร่วมกันจัดการถ่ายอุจจาระเรื้อรัง ส่งผลให้ลดโรคท้องเสียได้
  21. เสริมศักยภาพชุมชนเพื่อต่อสู้กับเอชไอวี: โครงการอะวาฮานแห่งอินเดีย (India's Avahan Program) 199  
จากความร่วมมือของชุมชนและบริการสาธารณสุขของประเทศอินเดีย ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงในประเทศช่วยหยุดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้
  22. เรียนรู้จากความล้มเหลว: โครงการล้างมือของประเทศเปรู 209  
การรณรงค์ให้ล้างมือในประเทศเปรู ทำให้ผู้เป็นแม่พอกสบู่มากขึ้นแต่ล้มเหลวในการลดภาวะโรคที่แพร่ทางอุจจาระ
- วิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการคัดเลือกและวิเคราะห์กรณีต่างๆ ใน หลายล้านชีวิตรอด 218



## คำนำ

โลกในปัจจุบันนี้มีสุขภาพดีกว่าที่เคยเป็นมา เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ชาติพันธุ์มนุษย์ที่มีการบันทึกว่าทวีปแอฟริกาไม่มีคนไข้โปลิโอเลยในปี พ.ศ. 2558 ความตายจากมาลาเรีย เอชไอวี โรคเอดส์ โรคปอดบวม และโรคเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญรวมถึงอัตราการตายของเด็กก็ลดลงครึ่งหนึ่งใน 25 ปี ที่ผ่านมา

สาเหตุที่ทำให้โลกประสบความสำเร็จในด้านสุขภาพที่ระดับบนสุดพบว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ความก้าวหน้าทางวิทยาการ นวัตกรรมมาตรการทาง การคลังที่ออกแบบมาแก้ไขปัญหา ความล้มเหลวของตลาด และความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพระหว่างประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ ภาคเอกชน และผู้สนับสนุนทั้งที่เป็นรัฐบาลและผู้ใจบุญทั้งหลาย

ในแต่ละกรณี มีเรื่องราวอันทรงคุณค่าที่ควรเรียนรู้ทั้งจากผลงานที่ดีและที่ไม่ค่อยดีนักในงานสุขภาพระดับโลก นั่นคือสิ่งที่หนังสือเล่มนี้จะกล่าวถึง ในหนังสือ *หลายล้านชีวิตรอด* ที่ผ่านการประเมินกรณีศึกษาอย่างจริงจังจำนวน 22 กรณี จะแสดงให้เห็นว่า อะไรบ้างที่ประสบความสำเร็จและเพราะเหตุใด

กรณีศึกษาเหล่านี้เป็นเครื่องเตือนใจเราได้ว่า เราได้ใช้ความสามารถต่อสู้กับสิ่งที่ท้าทายที่สุดในระดับโลกบางเรื่องแล้วและเน้นย้ำว่าเครื่องมือสำหรับการพัฒนาเพื่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่น่าเชื่อว่าจะเกิดขึ้นได้นั้นมีอยู่จริง—อีกทั้งยังมีความสำคัญสำหรับเราในการใช้สนับสนุนประเทศที่ยากจนต่อไป เพื่อให้ประเทศเหล่านั้นหลุดพ้นจากความยากจน

การกำจัดโรค meningitis A อย่างจริงจังในประเทศที่มีการระบาด 15 ประเทศในแอฟริกา การให้บริการดูแลสุขภาพอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย หรือแม้แต่การขยายการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ป่วยหลายพันคนในบอตสวานา (Botswana) ใน *หลายล้านชีวิตรอด* แสดงให้เห็นว่า แม้แต่ประเทศที่ยากจนที่สุดก็ยังสามารถตอบโต้ต่อความท้าทายที่แสนยากนั้นได้ หากมีเครื่องมือที่ถูกต้องและการสนับสนุนที่เหมาะสม และเพื่อให้เกิดความน่าสนใจและเข้าใจง่าย หนังสือนี้ได้เลือกเฉพาะโครงการด้านสุขภาพระดับโลกที่มีความสำคัญและชี้ให้เห็นบทเรียนอันทรงคุณค่าที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ที่ใดก็ได้

แม้ว่าแต่ละกรณีศึกษาจะมีลักษณะเฉพาะตัว แต่ *หลายล้านชีวิตรอด* ก็ได้รวบรวมลักษณะร่วมบางประการไว้ กล่าวคือ โครงการที่ประสบความสำเร็จจะมีเป้าหมายอันสูงส่งแต่ก็มีความเป็นไปได้ โดยจะมุ่งความพยายามไปที่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์มากที่สุด พวกเขามุ่งมั่นตั้งใจใช้หลักฐานที่ดีที่สุดที่มีอยู่ ใช้ผลที่เกิดขึ้นที่วัดได้ และใช้ข้อมูลนั้นๆ ในการทำสิ่งที่ดีกว่า ปรากฏผลลัพธ์ที่ยิ่งใหญ่ด้านสาธารณสุขโดยมีค่าใช้จ่ายหรือการลงทุนต่ำอย่างไม่น่าเชื่อ

ที่สำคัญใน *หลายล้านชีวิตรอด* นั้นยังพิจารณาถึงความล้มเหลวด้วย ตัวอย่างเช่น ในรัฐคุชราต (Gujarat) ทางตะวันตกของประเทศอินเดีย มีโครงการที่จ่ายเงินให้แพทย์เอกชนทำคลอดแก่หญิงยากจนในโรงพยาบาล แต่กลับล้มเหลวในการเพิ่มจำนวนคลอดในโรงพยาบาลเพื่อลดปัญหาการแทรกซ้อนอันเนื่องจากการคลอด ด้วยเพราะโครงการนี้ไม่ถึงมารดาที่ยากจนที่สุด จากกรณีนี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ให้ดีขึ้นอย่างแท้จริงนั้น นอกจากความตั้งใจที่ดีแล้ว ยังต้องอาศัยระบบการให้บริการที่มีเป้าหมายชัดเจนและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพด้วย ดังนั้น เราสามารถเรียนรู้จากโครงการที่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ได้มากมายพอๆ กับโครงการที่ประสบความสำเร็จ

เหตุผลที่มูลนิธิของเราสนับสนุนทุนในการวิจัยและเรียบเรียงตีพิมพ์ *หลายล้านชีวิตรอด* ก็คือ การที่เรามีข้อมูลมากในการรวบรวมและแลกเปลี่ยน เราก็จะยิ่งสามารถตัดสินใจได้ดีขึ้นและสร้างผลกระทบได้มากยิ่งขึ้น เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญเพราะเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี จำนวนเกือบหกล้านคนยังคงรอความตายอยู่ทุกปี ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุที่เราสามารถป้องกันหรือรักษาได้

ศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก (The Center for Global Development) ได้ทำงานและให้บริการที่ยิ่งใหญ่ด้วยการผลิตหนังสือเล่มนี้ มีองค์การจำนวนน้อยนักที่ประยุกต์ใช้งานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ในการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพระดับโลก และมีการพัฒนาด้วยการใคร่ครวญอย่างลึกซึ้งซึ่งเยี่ยมนี้

ผมขอสนับสนุนบรรดาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพระดับโลก ผู้มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ผู้สนับสนุนทุน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ในการพัฒนาโลกให้ดีขึ้น ให้ได้อ่าน *หลายล้านชีวิตรอด* ผมเชื่อว่า คุณจะได้เปิดโลกทัศน์ใหม่ที่ชัดเจนขึ้นว่า โลกได้เรียนรู้ที่จะต่อสู้กับความท้าทายที่ใหญ่ที่สุดบางประการในด้านสุขภาพแล้วและได้เรียนรู้วิธีการที่เราจะใช้องค์ความรู้ต่างๆ ในการช่วยเหลือชีวิตให้มีความปลอดภัยมากขึ้นด้วย

**บิลล์ เกตส์ (Bill Gates)**

*ประธานร่วมแห่งมูลนิธิบิลล์และเมลินดา เกตส์ (Co - chair, Bill & Melinda Gates Foundation)*

## กิตติกรรมประกาศ

หลายล้านชีวิตรอด เล่มใหม่นี้จะไม่มีวันเกิดขึ้นได้ถ้าปราศจากสองเล่มก่อนหน้า ดังนั้น เราจึงรู้สึกขอบคุณอย่างลึกซึ้งในความพยายามของคณะทำงานกลุ่มแรก (ที่ชื่อว่า “What Works Working Group”) และผู้นิพนธ์ทั้งหลายในเล่มก่อนๆ อย่าง Ruth Levine และ Molly Kinder อีกทั้งต้องขอขอบคุณผู้ร่วมงานด้านสุขภาพและผู้อ่านที่ส่งเสริมให้เราเขียนเรื่องใหม่ๆ เกี่ยวกับความสำเร็จในสุขภาพโลกออกมาเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นว่าวิธีการใดที่ใช้ได้ผล และโครงการที่กำลังปรับปรุงสุขภาพของประชาชนอยู่ทั่วโลกนั้น ยังคงสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างไร

เราต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อสมาชิกในกลุ่มที่ปรึกษาของเรา อันได้แก่ Elie Hassenfeld, Priscilla Idele, Ruth Levine, Rachel Nugent, Richard Skolnik, และ Damian Walker ผู้ให้คำแนะนำอย่างตรงไปตรงมาตลอดเวลาตั้งแต่เริ่มโครงการจนกระทั่งร่างสุดท้ายของการเขียนรายงาน

เรามีผู้ทบทวนภายในกลุ่มเล็กๆ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการและกระบวนการคัดเลือกกรณีศึกษา ขอขอบคุณสำหรับความรู้ที่ลึกซึ้งและคำแนะนำของ Victoria Fan, Willa Friedman, Charles Kenny, Mead Over, David Roodman และ Justin Sandefur อีกทั้งต้องขอขอบคุณกลุ่มบรรณาธิการของ *Disease Control Priorities* ฉบับที่ 3 ผู้ทำให้มั่นใจได้ว่ากรณีต่างๆ ในเล่มนี้มีหลักฐานและการวิเคราะห์ที่สนับสนุนได้เป็นอย่างดี

ขอบคุณผู้นิพนธ์ของเราที่ต้องอ่านบทความวิชาการนับไม่ถ้วน ต้องสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล และต้องทบทวนแก้ไขบทความหลายรอบ ในฐานะที่เป็นทีมผู้เขียนกรณีศึกษาร่วมกับ Miriam Temin เราขอขอบคุณ Alix Beith, Lauren Post, และ Yuna Sakuma รวมถึง คุณ Rachel Silverman ผู้เขียนร่างแรกของหลายๆ เรื่องและแนะนำการแก้ไขในทุกๆ เรื่อง นอกจากนี้ ขอขอบคุณ Andrew Mirelman สำหรับงานอันเยี่ยมยอดทางด้านการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ในหลายกรณีและการเขียนบทวิธีการ ซึ่งเป็นการสรุปเบื้องหลังการทำงานวิชาการนี้ได้อย่างครบถ้วนและได้มีการเผยแพร่ทางเว็บไซต์ของศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก (cgdev.org) ด้วย

พวกเราขอขอบคุณท่านผู้ทบทวนหลายท่านที่ช่วยเราแก้ไขทั้งในประเด็นหลักและในรายละเอียด อันได้แก่ Paul Arora, Monazza Aslam, Ava Avalos, Sebastian Bauhoff, Jere Behrman, Monique Berlier, Carla Bonahora, Christian Borja - Vega, Joanne Bosworth, Jennifer Bryce, Peter Carrasco, Fanny Chabrol, Mariam Claeson, Michael Clemens, Brenda Colatrella, Luis Carlos Corral, Alejandro Cravioto, Ayesha de Costa, Jacqueline Devine, James Goodman Dobbins, Erin Eckert, Shams El Arifeen, Caroline Fiennes, Willa Friedman, Cui Fuqiang, Sun Gang, Frederico Guanais de Aguiar, Stephen Hadler, Ashu Handa, Gonzalo Hernandez Licona,

Pablo Ibarrran, Prabhat Jha, Mark Kane, Michael Kremer, Marc LaForce, Lisa Lee, X. Liang, Luis Gerardo Mejia Sanchez, Manoj Mohanan, Patience Musanhu, Nico Nagelkerke, Jonathan Passmore, Siriwan Pitayarangsarit, Dhushyanth Raju, Ferdinando Regalia, Martin Sabignoso, Michael Samson, Deviariandy Setiawan, Yehude Simon, Agnes Soucat, Jeffrey Sturchio, Yot Teerawattananon, Luis Tejerina, Alix Zwane, และทีมงานของ Evidence to Action ขอขอบคุณเป็นพิเศษสำหรับ Paul Gertler ผู้ทบทวนและเพิ่มเติมข้อมูลให้ในหลายๆ กรณีศึกษา

ขอบคุณผู้ร่วมงานของเราที่ศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก (Center for Global Development: CGD) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประธาน CGD อย่าง Nancy Birdsall ได้ให้ทั้งคำแนะนำ การวิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ และการสนับสนุนทางด้านศีลธรรม นอกจากนี้ เราต้องขอขอบคุณทีมงานสื่อสารของ CGD ได้แก่ Rajesh Mirchandani รองประธานด้านการสื่อสารและนโยบายเชิงรุก และ John Osterman ผู้อำนวยการด้านการสื่อสารดิจิทัล สำหรับคำแนะนำตลอดกระบวนการตีพิมพ์ และขอขอบคุณ Kate McQueston และ Jenny Ottenhoff สำหรับความช่วยเหลือต่างๆ รวมทั้งขอบคุณ Rebecca Forman และ Claudia Calderon ที่เข้ามาฝึกงานในโครงการนี้

สุดท้ายนี้ เราสำนึกในบุญคุณความช่วยเหลือทั้งในด้านการเงินและด้านวิชาการจากมูลนิธิบิลล์ และเมลินดาเกตส์ และจาก Good Ventures รายละเอียดของแต่ละกรณีศึกษาในเล่มนี้ได้มาจากข้อมูลที่มีความชัดเจนมากที่สุดขณะเขียนรายงาน ดังนั้น หากมีการขาดตกบกพร่อง ทางเราขออภัยและขอรับผิดขอความผิดพลาดทุกประการ

#### การเปิดเผย

มูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์เป็นผู้ให้ทุนส่วนใหญ่สำหรับการเขียน การตีพิมพ์ และการกระจายหนังสือเล่มนี้ รวมถึงการสนับสนุนทุนให้แก่หลายโครงการที่มูลนิธิให้ความสำคัญ เจ้าหน้าที่ของมูลนิธิมีส่วนในการผลิตหนังสือเล่มนี้โดยการร่วมทบทวนหลักฐานในบางโครงการที่ทีมงานของ CGD เลือกรับมา และโดยการให้คำแนะนำในภาพรวมของโครงการ อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาต่างๆ เหล่านี้ก็ได้รับการคัดเลือกมาอย่างอิสระ และแต่ละบทก็ได้รับการเขียนและแก้ไขโดยแต่ละบุคคล โดยปราศจากการแทรกแซงของโครงการ

CGD เป็นสถาบันวิจัยอิสระและไม่ลำเอียง ไม่มีเจตนาและไม่มีความเป็นอิสระของ CGD ดังนั้น ในการทำวิจัย ข้อค้นพบ บทสรุป หรือในการตีพิมพ์ย่อมไม่ผูกพันกับการรับทุน อย่างไรก็ตาม CGD ก็พร้อมรับและพิจารณาความคิดเห็นของผู้ให้ทุน แต่ก็ยังคงสงวนสิทธิ์ในการใช้ดุลพินิจและการใช้อำนาจการตัดสินใจขั้นสุดท้ายเกี่ยวกับโครงการ หัวข้อวิจัย วิทยากร ผู้เข้าร่วมในกิจกรรม และเนื้อหาของรายงาน

# อภิธาน

**Bill & Melinda Gates Foundation (BMGF)** มูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์เป็นมูลนิธิของภาคเอกชนที่ใหญ่ที่สุดในโลก ก่อตั้งโดยบิลล์และเมลินดาเกตส์ ในปี พ.ศ. 2543 จุดมุ่งหมายของมูลนิธินี้คือ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพและลดความยากจนทั่วโลกการขยายโอกาสในการศึกษา รวมถึงการเข้าถึงเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารในอเมริกา

**civil society** ภาคประชาสังคม เป็นการรวมตัวกันของหน่วยงานหรือสถาบันที่มีได้สังกัดรัฐบาลและมีได้มีวัตถุประสงค์ที่มุ่งแสวงกำไร แต่ทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะ

**Cochrane Review** การทบทวนอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเบื้องต้นด้านสุขภาพและด้านนโยบายสุขภาพ

**cost - benefit analysis** การวิเคราะห์ต้นทุน - ผลประโยชน์ เป็นกระบวนการในการคำนวณและเปรียบเทียบต้นทุนกับประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ การตัดสินใจหรือนโยบายอย่างเป็นระบบ ด้วยการคำนวณเป็นมูลค่าเงิน

**cost - effectiveness analysis** การวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการในการคำนวณและเปรียบเทียบต้นทุนกับประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ การตัดสินใจหรือนโยบายอย่างเป็นระบบด้วยการคำนวณที่ผลลัพธ์สำคัญ

**counterfactual** คือ สถานการณ์ที่ไม่มีเหตุการณ์แทรกแซงจากภายนอก

**Department for International Development (DFID)** กรมการพัฒนาระหว่างประเทศ เป็นหน่วยงานรัฐระดับกรมหนึ่งของอังกฤษทำหน้าที่รับผิดชอบการบริหารงานความช่วยเหลือระหว่างประเทศเพื่อหยุดยั้งความยากจนที่รุนแรง

**difference - in - differences** ความต่างในความแตกต่าง เป็นวิธีการประมาณการผลที่เกิดขึ้นโดยใช้ข้อมูลจากการสังเกต ด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

**disability - adjusted life year (DALY)** การสูญเสียปีสุขภาวะเป็นมาตรที่ใช้วัดภาระโรคในเชิงปริมาณ โดย 1 DALY เท่ากับ 1 ปี ที่ภาวะสุขภาพดีของชีวิตสูญเสียไป ซึ่ง DALYs เป็นผลรวมระหว่างจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร (years of life lost: YLLs) ในประชากรกลุ่มหนึ่ง กับ จำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการ (years lost due to disability: YLDs) สำหรับประชาชนที่ต้องอยู่กับโรคหรือผลที่เกิดจากโรคนั้น

**Expanded Program on Immunization (EPI)** โครงการขยายการให้ภูมิคุ้มกัน เป็นโครงการที่ริเริ่มโดยองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2517 เพื่อให้วัคซีนแก่เด็กทั่วโลก



**Gavi, the Vaccine Alliance** เป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนที่ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2543 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงวัคซีนทั้งเก่าและใหม่ของประชาชนในประเทศยากจนที่สุดของโลก

**Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Global Fund)** กองทุนโลกเพื่อต่อสู้กับเอชไอวี วัณโรคและมาลาเรีย (กองทุนโลก) เป็นองค์การการเงินระหว่างประเทศที่ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2545 เพื่อเร่งการยุติการระบาดของโรคเอชไอวี วัณโรค และมาลาเรีย

**Global Goals for Sustainable Development** เป้าหมายโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มี 17 เป้าหมายที่มุ่งจะยุติความยากจนและความหิวโหยที่รุนแรง ต่อสู้กับความไม่เท่าเทียมและความอยุติธรรม รับมือกับสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง และอื่นๆ (ใช้คำว่า Global Goals แทนคำว่า Millennium Development Goals) เริ่มตั้งแต่วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2558 โดยผู้นำของ 193 ประเทศสมาชิกสหประชาชาติจะให้ Global Goals เป็นกรอบในการวางนโยบายทางการเมืองและแผนงาน ทั้งนี้ 17 Global Goals และเป้าหมายต่างๆ สำหรับปี พ.ศ. 2573 มีปรากฏใน [globalgoals.org](http://globalgoals.org)

**gold standard** มาตรฐานทอง เป็นมาตรวัดเปรียบเทียบที่ใช้เพื่อแสดงว่าวิธีการนั้นดีที่สุดเท่าที่มีอยู่

**herd immunity** ภูมิคุ้มกันกลุ่ม เป็นการคุ้มครองทางอ้อมจากโรคติดเชื้อ เนื่องจากคนส่วนใหญ่ในชุมชนนั้นมีภูมิคุ้มกันต่อโรคนั้นแล้ว

**human immunodeficiency virus (HIV)** เชื้อเอชไอวีคือเชื้อไวรัสที่แพร่ผ่านของเหลวในร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคอ่อนแอลงด้วยการทำลายทีเซลล์หรือเซลล์ CD4 และสามารถทำให้เกิดโรคเอดส์ (acquired immune deficiency syndrome: AIDS) ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการติดเชื้อเอชไอวี

**Intent - to - treat (ITT)** เป็นการวิเคราะห์ผลของการทดลองแบบสุ่มที่มีตัวควบคุมและเน้นการมอบหมายงานมากกว่าผลงาน ใช้เพื่อหลีกเลี่ยงผลที่เกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น การไม่ปฏิบัติตาม หรือการหายตัวไป

**Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)** เป็นความร่วมมือปฏิบัติการระดับโลกในการต่อสู้กับเอชไอวี/เอดส์ โดยมีบทบาทในการนำ สร้างความเข้มแข็ง และสนับสนุนการตอบโต้กับเอชไอวี/เอดส์ให้กว้างขวางขึ้น UNAIDS เป็นสมาชิกในกลุ่มการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Group)

**Millennium Development Goals (MDGs)** เป้าหมายสหัสวรรษแห่งการพัฒนา เป็นเป้าหมายที่ตั้งขึ้นในเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 เพื่อชี้แนะโลกในระยะเวลาประมาณ 15 ปี ให้ร่วมกันต่อสู้กับความยากจนและความหิวโหยที่รุนแรง ช่วยกันป้องกันโรคร้าย และขยายโอกาสการศึกษาให้แก่เด็กๆ ทุกคน

**Pan American Health Organization (PAHO)** เป็นหน่วยงานสุขภาพพิเศษของ Inter - American System ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2445 โดย PAHO ทำหน้าที่เป็นสำนักงานภูมิภาคขององค์การอนามัยโลกประจำทวีปอเมริกา

**pay for performance (P4P) ดู *results - based financing***

**President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)** เป็นโครงการรัฐบาลของสหรัฐที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2546 เพื่อช่วยเหลือผู้ทนทุกข์ทรมานจากเอชไอวี/เอดส์ทั่วโลก

**President's Malaria Initiative (PMI)** เป็นโครงการรัฐบาลของสหรัฐ เริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2548 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตายจากมาลาเรียลงครึ่งหนึ่งในกลุ่มประเทศเป้าหมายในแอฟริกาใต้สะฮารา

product development partnerships (PDPs) เป็นความร่วมมือระหว่างเอ็นจีโอต่างๆ กับผู้มีส่วนได้เสียทั้งภาครัฐและเอกชนในการทำวิจัย พัฒนา และสนับสนุนการเข้าถึงซึ่งเทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ

results - based financing (RBF) โครงการใดๆ ที่มีการจ่ายเงินให้เพื่อแลกกับผลงานเมื่อมีการตรวจสอบผลงานนั้นๆ ซึ่งในระดับสุขภาพโลกแล้ว จะพิจารณาให้โครงการใช้ RBF ต่อเมื่อมีการโอนเงินหรือสินค้าไปยังรัฐบาล ผู้จัดการ ผู้ให้บริการ ผู้จ่ายเงิน หรือผู้บริโภคนั้นๆ ที่มีผลงานได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ (ตัวอย่างเช่น อัตราตายของเด็กลดลง) โดยมีการตรวจสอบแล้ว

Sustainable Development Goals (SDGs) ดู *Global Goals for Sustainable Development*

time - series analysis การใช้รูปแบบทางคณิตศาสตร์ในการทำความเข้าใจสิ่งที่สังเกตได้ที่ผ่านมาในเชิงปริมาณ

treatment - on - the - treated (ToT) การวัดผลของการแทรกแซงที่คำนวณโดยใช้ intent - to - treat เป็นตัวตั้ง หาดด้วยความต่างในสัดส่วนที่แทรกแซง

UNITAID เป็นโครงการสุขภาพระดับโลกที่จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549 ทำหน้าที่ให้ทุนแก่โครงการระดับประเทศด้านการวินิจฉัยและรักษาเอชไอวี/เอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค โดยเน้นที่ประชาชนในประเทศรายได้ต่ำเป็นสำคัญ

United Nations Children's Fund (UNICEF) ยูนิเซฟเป็นโครงการของสหประชาชาติที่จัดตั้งขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2489 ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและด้านการพัฒนาแก่เด็กและมารดาในประเทศกำลังพัฒนา

United Nations Population Fund (UNFPA) เป็นองค์การหนึ่งในสหประชาชาติที่ทำหน้าที่ส่งเสริมให้มีการเข้าถึงอย่างถ้วนหน้าในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงการวางแผนครอบครัวและสุขภาพทางเพศ ทั้งในคนโสดและคนที่มีคู่ครอง UNFPA สนับสนุนกลยุทธ์ในการพัฒนาประชากร ส่งเสริมความตระหนักของประชากรและประเด็นการพัฒนา รวมถึงการผลักดันให้มีการกระจายทรัพยากร และมีเจตจำนงทางการเมืองที่จำเป็นต่อสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมาย

United States Agency for International Development (USAID) ยูเอสเอไอดีเป็นหน่วยงานรัฐบาลแห่งสหรัฐ ทำหน้าที่บริหารความช่วยเหลือพลเมืองต่างประเทศ

World Health Organization (WHO) องค์การอนามัยโลกเป็นหน่วยงานของสหประชาชาติทำหน้าที่เฉพาะงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2491 (ปัจจุบันคือวันอนามัยโลก) หน้าที่หลักคือกำกับและประสานงานการสาธารณสุขระหว่างประเทศภายในระบบของสหประชาชาติ

World Health Organization prequalification เป็นกระบวนการที่นำโดยองค์การอนามัยโลกเพื่อให้มั่นใจว่าการตรวจวินิจฉัย ยา วัคซีน และเครื่องมือหรืออุปกรณ์ด้านการให้ภูมิคุ้มกันสำหรับโรคที่มีภาระสูงต่างๆ นั้น ได้มาตรฐานระดับโลก สหประชาชาติและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาจะใช้ประโยชน์จากผลงานของกระบวนการนี้ในการประกอบการตัดสินใจในการจัดซื้อ



## บทนำ

# การปฏิวัติสุขภาพระดับโลก

เมื่อเข้าสู่คริสต์ศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2544 - 2643) ประชาชนในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางก็ได้ผ่านประสบการณ์การปฏิวัติสุขภาพอันนำมาซึ่งโอกาสใหม่ๆ และความท้าทายใหม่ๆ เป็นการปฏิวัติที่ทำให้แม่และทารกรอดชีวิต ช่วยให้เด็กเล็กเจริญเติบโต และทำให้ผู้ใหญ่สามารถผ่านพ้นชีวิตวัยทำงานไปได้ด้วยดี

อย่างไรก็ตาม การปฏิวัติสุขภาพเดียวกันนั้นก็ได้ออกทิงประชาชนจำนวนมากไว้ข้างหลัง โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสอันเนื่องมาจากภาวะแวดล้อมขณะแรกเกิด งานเร่งด่วนเฉพาะหน้าก็คือการปรับปรุงสุขภาพอย่างลึกซึ้งให้เกิดความยั่งยืนในทั่วทุกภูมิภาคของโลก ขณะเดียวกัน ก็ต้องค้นหาวิธีการที่สร้างสรรคในการสนับสนุนให้สุขภาพดีขึ้นในกลุ่มประชาชนที่ยังต้องทนทุกข์จากการถูกกีดกันและถูกละเลย

ภาวะเศรษฐกิจเป็นตัวจุดประกายให้เกิดการปฏิวัติสุขภาพกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเร็วกว่ากลุ่มประเทศอื่นที่รวยกว่า แม้แต่ครอบครัวที่ยากจนที่สุดก็ยังมีมาตรฐานการครองชีพที่ดีขึ้นเพราะรายได้ของประเทศเพิ่มขึ้น ความช่วยเหลือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยจุดประกายเช่นกัน โดยความช่วยเหลือจากต่างประเทศทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนได้ขยายเพิ่มสูงขึ้นเป็นห้าเท่าระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึงปี พ.ศ. 2556<sup>1</sup> นอกจากนี้ ผู้สนับสนุนทุนระดับโลกในด้านสุขภาพรายใหม่ๆ ยังได้ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมและส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ แม้กระทั่งในประเทศที่เสื่อมโทรมและมีความขัดแย้งในประเทศมากที่สุดในโลก

หนังสือ *หลายล้านชีวิตรอด* ฉบับนี้ได้เรียงลำดับการปฏิวัติสุขภาพระดับโลกโดยเริ่มจากที่เกิดขึ้นก่อน, ในตัวอย่าง 22 กรณี มีทั้งโครงการสุขภาพระดับท้องถิ่น ระดับภาค และระดับประเทศที่มีส่วนในการเปลี่ยนแปลงโลก ใน *หลายล้านชีวิตรอด* ฉบับแรก ซึ่งตีพิมพ์โดยศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก (Center for Global Development) เมื่อปี พ.ศ. 2547 ภายในเล่มประกอบด้วยกรณีประสบความสำเร็จด้านสุขภาพในระดับโลก

ที่เป็นโครงการใหญ่ 17 กรณี และในการตีพิมพ์ฉบับที่สองได้เพิ่มขึ้นเป็น 20 กรณี<sup>2</sup> ในฉบับใหม่นี้มีทั้งที่ประสบความสำเร็จซึ่งเป็นส่วนใหญ่อีกส่วนน้อยที่เป็นความล้มเหลว แต่กรณีแสดงให้เห็นถึงความพยายามอย่างมาก และบางครั้งก็เป็นเพราะโชคที่ต้องใช้ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยและในการทำให้ระบบที่ท้าทายนั้นมีความยั่งยืนในด้านสุขภาพที่ดี บางครั้ง เทคโนโลยีก็เป็นตัวการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน แต่โดยส่วนใหญ่แล้ว ความสำเร็จมักเกิดจากทางเลือกยุทธศาสตร์ที่ชาญฉลาด การวิเคราะห์อย่างมีคุณภาพ และคุณสมบัติของความเป็นผู้นำ ทั้งนี้ กรณีต่างๆ ได้ให้บทเรียนเกี่ยวกับเรื่องที่น่าไปสู่การมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า

ในฉบับนี้ ยังได้เพิ่มเรื่องใหม่เกี่ยวกับผลกระทบต่อด้านสุขภาพของโลกในทศวรรษที่ผ่านมาด้วย อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากกรณีต่างๆ ใน *หลายล้านชีวิตรอด* เล่มแรกก็ยังคงอยู่ สามตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่ายังคงมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการต่อสู้กับโรคเฉพาะก็คือ เรื่องพยาธิกีนี (guinea worm) เรื่องไข้ทรพิษ (smallpox) และเรื่องการขาดสารไอโอดีน (iodine deficiency) โดยชุมชนสุขภาพโลก (global health community) ได้นำเรื่องพยาธิกีนีเข้าสู่วาระการกำจัดโดยไม่ใช้วัคซีนหรือไม่ใช้ยาเป็นตัวช่วย จากข้อมูลของศูนย์คาร์เตอร์ (Carter Center) มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้เพียง 22 รายในสี่ประเทศภายในปี พ.ศ. 2558<sup>3</sup> อีกกรณีคือการเกิดโรคจากเชื้อในป่าที่ประเทศโซมาเลียในปี พ.ศ. 2540 หรือไข้ทรพิษ ได้ถูกกวาดล้างให้หมดไป— แต่การคุกคามด้วยโรคนี้ยังต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง หรือแม้แต่กรณีการเกิดโรคคอพอก (goiter) จากการขาดสารไอโอดีน ในอดีตเคยแพร่ระบาดมากที่สุดในประเทศจีน แต่ในปัจจุบันนั้น ประชากรมากกว่าร้อยละ 90 ของทั้งประเทศสามารถเข้าถึงเกลือไอโอดีน (iodized salt) ได้ โรคคอพอกจึงกลายเป็นโรคที่หายากในประเทศจีน อีกทั้งจีนยังคงมีความพยายามขยายวงในการเข้าถึงเกลือไอโอดีนไปยังชนเผ่าเร่ร่อนและในชนบทห่างไกลที่เป็นเขตภูเขาด้วย<sup>4</sup>

ความสำคัญด้านสุขภาพของโลกได้เปลี่ยนไปเมื่อมีการรวบรวมงานศึกษาวิจัยที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ เป็นที่ชัดเจนว่างานวิจัยส่วนใหญ่เปลี่ยนจากเป้าหมายการพัฒนาที่สหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ไปเป็นเป้าหมายระดับโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Global Goals for Sustainable Development)<sup>5</sup> เนื่องจากเหตุผลสี่ประการ **ประการแรก** โรคไม่ติดต่อเพิ่มสูงขึ้นอย่างเด่นชัดบนวาระสุขภาพของโลก เบียดแซงโรคอื่นๆ ในทุกประเทศยกเว้นประเทศที่ยากจนที่สุด **ประการที่สอง** ชุมชนสุขภาพโลก (global health community) ได้มีสัญญาณร่วมกันว่าจะดำเนินยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) เพื่อปรับปรุงสุขภาพของประชากรและป้องกันมิให้ครอบครัวต้องยากจนเนื่องจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงลิ่ว **ประการที่สาม** ทั่วโลกได้สนับสนุนเงินทุนในการพัฒนาโดยอาศัยการพิจารณาจากผลงาน และผลงานที่เป็นที่ประจักษ์ก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีการออกแบบที่ดี วิธีนี้สามารถช่วยในการปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพได้และยังสามารถเพิ่มการเข้าถึงเพิ่มคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพด้วย และ**ประการที่สี่** ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในปัจจุบันได้ให้ความสนใจอย่างจริงจังต่อความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ทางสังคม (social determinants) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องความไม่เท่าเทียมทางเพศ (gender inequality) ทั้งนี้ เพื่อการปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพ กรณีต่างๆ ที่เลือกมาลงในฉบับใหม่นี้จะสะท้อนการเปลี่ยนแปลงประเด็นหลักเหล่านี้

## เกี่ยวกับเล่มนี้

หลายล้านชีวิตรอด ฉบับใหม่นี้ประกอบด้วย 22 กรณีศึกษาและบทที่ 4 ด้วยวิธีการ แต่ละกรณีศึกษาเป็นโครงการใหญ่ที่มุ่งปรับปรุงในเรื่องสุขภาพ จำแนกโครงการเหล่านี้ได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (1) กลุ่มเกี่ยวกับยาและเทคโนโลยี (2) กลุ่มเกี่ยวกับการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ (3) กลุ่มเกี่ยวกับการกระจายงบประมาณเพื่อการปรับปรุงในด้านสุขภาพ และ (4) กลุ่มเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ประชากรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างกว้างขวางเพื่อลดความเสี่ยง หนังสือเล่มนี้มีสี่ภาค แต่ละภาคคือหนึ่งกลุ่มดังกล่าว

นอกจากนี้ ทั้ง 22 กรณีศึกษา (ดูในกล่อง 1) ยังแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของกลยุทธ์ที่ใช้ในการปรับปรุงเรื่องสุขภาพในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางอีกด้วย

กรณีศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานด้านสุขภาพนั้นเกิดขึ้นได้ทุกแห่งหน ถ้าเลือกใช้ยุทธศาสตร์ได้อย่างถูกต้องซึ่งเกิดขึ้นแล้วในภูมิภาคของโลกส่วนใหญ่ ได้แก่ เจ็ดกรณีฯ จากกลุ่มประเทศแอฟริกาใต้สะฮารา (sub-Saharan Africa) หกกรณีฯ จากกลุ่มประเทศลาตินอเมริกาและแคริบเบียน (Latin America and the Caribbean) ห้ากรณีฯ จากกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (East and Southeast Asia) และสี่กรณีฯ จากกลุ่มประเทศเอเชียใต้ (South Asia) กรณีฯ เหล่านี้ยังมาจากประเทศที่แตกต่างกันทางภาวะเศรษฐกิจอย่างหลากหลาย รวมถึงบางประเทศหรือบางภูมิภาคที่ยากจนที่สุดในโลกอีกด้วย

ใน หลายล้านชีวิตรอด ฉบับแรก มีการเลือกโครงการโดยใช้หลักเกณฑ์สำคัญสี่ประการที่กำหนดขึ้นโดยคณะทำงานค้นหาความสำเร็จ (What Works Working Group) ชุดแรก และได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์ดังกล่าวสำหรับเล่มนี้ หลักเกณฑ์สำคัญเหล่านี้ได้แก่

1. **ความสำคัญ** การดำเนินโครงการนั้นได้รับการออกแบบเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขที่มีนัยสำคัญ มีการนำอัตราการตาย อัตราการป่วย หรือเครื่องวัดมาตรฐานอื่น เช่น การสูญเสียปีสุขภาพ (disability-adjusted life years : DALYs) มาใช้ชี้วัดความสำคัญ รวมทั้งตัวชี้วัดอื่นๆ เช่น ความเท่าเทียมหรือความต้องการทรัพยากรในระบบสุขภาพ ก็นำมาพิจารณาด้วย
2. **ผลกระทบ** กิจกรรมหรือโครงการเหล่านั้นแสดงให้เห็นถึงผลกระทบอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากร โดยดูจากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบัน หลักฐานของผลกระทบนั้นจะได้รับการพิจารณาความน่าสนใจอย่างต่อเนื่องจากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด โดยดูจากการออกแบบการศึกษาที่ใช้วิธีการวิจัยแบบทดลองหรือแบบกึ่งทดลอง
3. **ขนาดของโครงการ** การดำเนินโครงการนั้นๆ มีขอบเขตหรือขนาดที่ชัดเจนซึ่งควรจะเป็นระดับประเทศ แต่ระดับภาคก็เข้าข่ายได้รับการพิจารณา โครงการใดๆ นั้นจะได้รับการจัดเป็นระดับประเทศได้หากมีการยอมรับอย่างจริงจังแม้ว่าเป้าหมายของโครงการจะอยู่ในวงจำกัดหรือมุ่งไปที่กลุ่มย่อยก็ตาม
4. **ช่วงเวลาดำเนินการ** ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมของโครงการอย่างน้อยที่สุดคือห้าปี

หลักเกณฑ์การคัดเลือกโครงการที่ปรับปรุงแล้วจะเพิ่มประเด็นต่างๆ ได้แก่ เป็นโครงการที่มีความคุ้มค่า (cost-effectiveness) เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อโลก (global relevance) มีการปรับปรุงในด้านความเท่าเทียม (equity) หรือช่วยปกป้องฐานะทางการเงิน (financial protection)

หลักเกณฑ์ด้าน “ผลกระทบ” มีไว้เพื่อป้องกันการหลอกลวง (ดูการอภิปรายใน “วิธีการต่างๆ” ที่ใช้ในการคัดเลือกและวิเคราะห์กรณีต่างๆ ในหลายล้านชีวิตรอด” บทสุดท้ายของหนังสือเล่มนี้) 18 จาก 22 โครงการมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจำนวนหนึ่งหรือหลายผลลัพธ์ นี่คือนิยามสำคัญของเราต่อความสำเร็จ อีกสี่โครงการที่ล้มเหลวก็ยังเป็นโอกาสที่มีคุณค่าแห่งการเรียนรู้ โครงการทั้งสี่มีขนาดกว้างใหญ่และได้รับการประเมินอย่างเข้มงวด แต่ล้มเหลวต่อการแสดงให้เห็นได้ว่ามันมีประโยชน์ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

การที่จะผลักดันให้งานด้านสุขภาพเกิดผลลัพธ์สูงสุดนั้น ข้อมูลด้านต้นทุนและผลลัพธ์ของโครงการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ให้ทุนและรัฐบาล ในจำนวน 11 จาก 22 กรณีเหล่านี้ เราได้บรรจุเรื่องการวัดความคุ้มค่าของโครงการด้วย ส่วนใหญ่เป็นผลจากการคำนวณของพวกเราเอง<sup>6</sup> บางกรณีเป็นการประมาณการความคุ้มค่าในขณะที่กรณีที่เหลือไม่ใช้การประมาณการ ทั้งนี้เป็นเพราะในบางลักษณะเฉพาะเช่นยาและเทคโนโลยีเป็นประเภทที่สามารถวิเคราะห์ได้ง่ายกว่าลักษณะเฉพาะประเภทอื่นๆ ความพยายามเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพทำให้เกิดประโยชน์หลายประการ เป็นการคุ้มครองป้องกันไม่ให้เกิดความยากจนอันเนื่องมาจากภาระที่จะต้องจ่ายเงินเองในด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลนั้น สามารถเข้าถึงได้มากขึ้น หรือทำให้อุ่นใจได้ และในการวัดผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้ จะต้องวิเคราะห์ความคุ้มค่าในมิติด้านต่างๆ ที่มากกว่าด้านสุขภาพด้วย

## กล่อง 1. กรณีต่างๆ ใน หลายล้านชีวิตรอด

### การกระจายยาและเทคโนโลยี

- จุดเริ่มของออสเตรีย: การกำจัดเชื้อเมนิไนเจติส เอ (Meningitis A) ตลอดสายพานโรคเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบในแอฟริกา
- สถานพื้นให้เป็นจริง: โครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่บอตสวานา (Botswana)
- ลดความเสี่ยงต่อมะเร็งในจีน: สร้างความครอบคลุมวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีอย่างเท่าเทียม
- กำจัดยุงตัวต่อตัว: โครงการควบคุมมาลาเรียแห่งชาติแซมเบีย
- พื้นบ้านแข็งเพื่อสุขภาพเด็ก: โครงการปิโซเฟิร์มแห่งเม็กซิโก (Mexico's Piso Firme Program)
- เริ่มต้นด้วยความสดใสเพื่ออนาคตที่สุกสว่าง: โครงการโรงเรียนจัดหอนพยาภิแห่งเคนยา
- หยุดเส้นทางการระบาด: การกำจัดโปลิโอในเฮติ
- เรียนรู้จากความล้มเหลว: การจัดการแบบบูรณาการสำหรับความเจ็บป่วยของเด็กในบังคลาเทศ

### การขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ

- การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับทุกคน: โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งประเทศไทย
- การจ่ายงบประมาณให้จังหวัดตามผลลัพธ์ของงานด้านสุขภาพ: แผนกำเนิดทารกแห่งอาร์เจนตินา (Argentina's Plan Nacer)
- จัดโรคอย่างถึงรากเหง้า: โครงการซอดดาแฟมิเลียแห่งบราซิล (Brazil's Programa Saúde da Família)
- ยิ่งส่งเสริมคนทำงานด้านสุขภาพ ยิ่งทำให้สุขภาพดีขึ้น: โครงการจ่ายตามผลงานสำหรับบริการสุขภาพในรวันดา
- เรียนรู้จากความล้มเหลว: การลดค่าใช้จ่ายสำหรับการคลอดในสถาบันในแคว้นคุชราต ประเทศอินเดีย

### การใช้วิธีการโอนเงินสดไปยังเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพ

- ให้โอกาสแก่เด็กเปราะบาง: โครงการเงินช่วยเหลือทางสังคมของเคนยา
- ยกระดับเด็กที่ถูกกีดกันเพราะสีผิว: เงินทุนสนับสนุนเด็กแห่งแอฟริกาใต้
- การปกป้องคุ้มครองวัยเด็ก: โครงการเงินเดือนนักเรียนหญิงแห่งแคว้นปัญจาบ
- การเรียนรู้จากความล้มเหลว: โครงการเงินช่วยเหลือครอบครัวแห่งฮอนดูรัส (Honduras's Programa de Asignación Familiar)

### การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประชากรวงกว้างเพื่อลดความเสี่ยง

- การควบคุมการบริโภคยาสูบ: โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แห่งประเทศไทย
- การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนน: กฎหมายหมวกนิรภัยที่สมบูรณ์แบบของเวียดนาม
- การร้องขอเพื่อให้ปลอดภัยจากการถ่ายอุจจาระเรื้อรัง: โครงการการตลาดสุขาภิบาลและการสุขาภิบาลครบวงจรแห่งอินโดนีเซีย
- เสริมศักยภาพชุมชนเพื่อต่อสู้กับเอชไอวี: โครงการอะวาฮันแห่งอินเดีย (India's Avahan Program)
- เรียนรู้จากความล้มเหลว: โครงการล้างมือของประเทศเปรู

เกณฑ์การคัดเลือกที่เข้มงวดนี้ทำให้เกิดต้นทุนค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่ง ตัวอย่างเช่น สองโครงการเล็กๆ ที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างผลกระทบด้านโภชนาการขึ้นต้น อย่างเช่น ในกัวเตมาลาและจาไมกาที่ถูกคัดออกเนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ขนาดของโครงการและช่วงเวลาดำเนินการ ถึงแม้ว่าโครงการทั้งสองจะมีความสำคัญมากในการสร้างความเข้าใจต่อผลกระทบระยะยาวที่มีต่อเด็กวัยเริ่มต้นก็ตาม<sup>7</sup> และยังมีโครงการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่โด่งดังในการให้ผลปรับปรุงสุขภาพอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับคัดเลือกเข้ามาเนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ขนาดของโครงการและช่วงเวลาดำเนินการเช่นกัน

กรณีใหม่ๆ ที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาใน หลายล้านชีวิตรอดฉบับนี้ ต้องผ่านการประเมินอย่างเข้มงวดและต้องใช้ออกสารจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม ไม่มีองค์ความรู้ใดที่สมบูรณ์แบบ หลักฐานของหลายๆ โครงการมาจากการผ่านช่วงเวลาดำเนินการที่ยาวนาน ผ่านการศึกษาซ้ำแล้วซ้ำเล่า ผ่านวิธีการสำรวจแบบใหม่ๆ และแม้แต่การผ่าน “การปฏิวัติข้อมูล” สิ่งที่เราประจักษ์ก็คือ การรวบรวมกรณีศึกษาครั้งนี้ทำให้เราได้หลักฐานที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในขณะที่เรียบเรียงการเขียน และแสดงให้เห็นว่า

สลับแปรจากยีสี่สิบสองประสบการณ์เหล่านี้เข้าชาย “ความสำเร็จ” เมื่อผ่านหลักฐานขั้นสุดท้ายของทั้งหมดแล้ว

ในความเป็นจริง บางกรณีก็มิใช่ว่าจะไม่มีข้อกังขาเสียทีเดียว โดยเฉพาะในสามกรณี ได้แก่ โครงการโรงเรียนจัดหอนพยาภิแห่งเคนยา โครงการควบคุมเอชไอวีในอะวาฮันแห่งอินเดีย และโครงการของอินโดนีเซียในการลดพฤติกรรมถ่ายอุจจาระไม่เป็นที่ไม่เป็นทาง ข้อกังขาเกี่ยวกับผลกระทบของแต่ละโครงการเกิดขึ้นจากปัจจัยต่างๆ กัน โดยในกรณีของโรงเรียนจัดหอนพยาภิ มีงานทบทวนอย่างเป็นระบบในระดับโลกชิ้นหนึ่งและงานศึกษาซ้ำอีกชิ้นหนึ่งต่างก็พบว่า แม้ว่าปริมาณการเกิดหอนพยาภิจะลดลงอันเป็นผลจากโครงการจัดหอนพยาภิ แต่ผลของการให้การศึกษและการต่อต้านโรคโลหิตจางไม่สามารถเปรียบเทียบได้กับหลายงานการศึกษาที่ตีพิมพ์ในนิพนธ์ต้นฉบับของเคนยา ส่งผลให้เกิดการโต้เถียงกันเมื่อมีการใช้คำว่า “สงครามหอนพยาภิ”<sup>8</sup> ในอะวาฮัน โดยมีกรอบการประเมินผลกระทบหลายรูปแบบแตกต่างกันอย่างกว้างขวางขึ้นกับการนิยามคำว่า “counterfactual”<sup>9</sup> และสำหรับโครงการของอินโดนีเซียที่ต้องการลดการถ่ายอุจจาระไม่เป็นที่ไม่เป็นทาง

ตามแบบที่เคยกระทำในบังคลาเทศซึ่งเป็นครั้งแรกสุด ถือว่าได้ผลบวกทางด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยุทธวิธีต่างๆ ที่นำมาใช้นั้นหลายคนก็เห็นว่าอาจนำไปสู่ปัญหาที่แก้ยากต่อไปในระยะยาวได้<sup>10</sup> กรณีที่กล่าวเหล่านี้ได้รับการคัดเลือกเข้ามาเนื่องจากเห็นว่า ความคิดเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับโครงการเหล่านี้จะเป็นบทเรียนที่สำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบายสุขภาพระดับโลกและเป็นการตอกย้ำความสำคัญของการประเมินผลกระทบที่เข้มงวด ความสำคัญของบริษัทของพื้นที่ และความสำคัญของการทบทวนหลักฐานที่มีอยู่มากมายอย่างเป็นระบบ

**สรุปประเด็นสำคัญใน หลายล้านชีวิตรอด : ลักษณะร่วมสี่ประการและบทเรียนสำคัญเจ็ดประการ**

แม้ว่าในแต่ละกรณีจะมีความโดดเด่นต่างกันคนละแบบและมีบริบทเฉพาะตัว แต่ทุกกรณีก็มีลักษณะร่วมที่เหมือนกันสี่ประการ ได้แก่ ประการแรก ฉลาดในการเลือกใช้วิธีปฏิบัติการหรือยุทธวิธีต่างๆ โดยอาศัยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ ประการที่สอง ภาศิและความร่วมมือได้รับการก่อสร้างขึ้นเพื่อให้เกิดการใช้วิชาการที่จำเป็นใช้เงินทุน และใช้ทรัพยากรทางการเมืองต่างๆ (political resources) ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ ประการที่สาม มีผู้นำทางการเมืองมิใช่เพียงหนึ่ง แต่หลายคนหรือบางทีก็มีครบทั้งวงจรรทางการเมืองมีความพยายามอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา และประการสุดท้าย โครงการเหล่านี้ใช้ประโยชน์จากตัวเลขข้อมูล ผลที่เกิดขึ้น และการประเมินในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและระหว่างประเทศและใช้ข้อมูลนี้ในการปรับปรุงสุขภาพด้วย เพราะเหตุนี้ โครงการเหล่านี้จึงแตกต่างจากโครงการสุขภาพอื่นๆ อีกมากมาย

บทเรียนสำคัญเจ็ดประการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์นี้

**1. หลายล้านชีวิตรอด แสดงให้เห็นว่า ระบบสุขภาพโลกยังทำงานได้**

ผลการสำรวจระดับโลกพบว่า ผู้ใหญ่ร้อยละ 64 เชื่อว่า เมื่อเด็กสมัยนี้เติบโตขึ้น พวกเขาจะอยู่ในภาวะที่ย่ำแย่กว่าพ่อแม่ของพวกเขา<sup>11</sup> ด้วยเพราะการระบาดของโรคที่สำคัญ ภัยธรรมชาติ คอร์รัปชัน และภาวะเศรษฐกิจตกต่ำนั้น บางทีก็ดูเหมือนว่าจะรวมกันทำให้เกิดบรรยากาศของความสิ้นหวัง แต่ทว่า เมื่อถึงขณะนี้ การปฏิวัติสุขภาพระดับโลกเด่นชัดขึ้นและโดยเฉพาะกรณีต่างๆ ใน *หลายล้านชีวิตรอด* แสดงให้เห็นได้ว่าความสิ้นหวังมีเนื้อที่เหลือเพียงนิดเดียวเมื่อเทียบกับสุขภาพโลก เมื่อมีการใช้ยุทธวิธีที่ถูกต้องพร้อมกับใช้คนได้ถูกคน ณ เวลาที่เหมาะสม สุขภาพสามารถดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว แม้แต่ในประเทศที่ยากจนที่สุดและท่ามกลางประชาชนที่แสนเข็ญที่สุด เพียงแค่สองหรือสามกรณีที่แสดงใน *หลายล้านชีวิตรอด* รวมกันก็สามารถทำให้มีชีวิตรอดได้มากกว่า 18 ล้านปี ซึ่งอาจต้องสูญเสียไปอันเนื่องจากสาเหตุแห่งความตายและความพิการที่ป้องกันได้<sup>12</sup> ยิ่งไปกว่านั้น ประโยชน์อันยิ่งใหญ่เหล่านี้ ได้มาด้วยค่าใช้จ่ายที่ต่ำมาก การรักษาด้วยยาต้านเจโทรไวรัสเพื่อให้ชีวิตยืนยาวซึ่งเป็นบริการที่ให้ในโครงการรุ่งอรุณใหม่ในบอตสวานา มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 480 เหรียญสหรัฐต่อคนใช้หนึ่งคนในแต่ละปี ในทำนองเดียวกัน ค่าใช้จ่ายในการพบกุมารแพทย์เพื่อตรวจโรคทั่วไปต่อครั้งในประเทศร่ำรวยซึ่งมีมูลค่าประมาณ 53

เหรียญสหรัฐ สามารถซื้อถุงให้เด็กในประเทศแซมเบียได้ถึง 10 คนเพื่อป้องกันความตายจากมาลาเรียที่เกิดขึ้นทุกปี

**2. การเจาะจงลงไปตรงจุดที่แย่มากที่สุดจะส่งผลให้ได้รับประโยชน์ด้านสุขภาพมากที่สุด**

กลุ่มใหม่ๆ หลายกลุ่มของโครงการใน *หลายล้านชีวิตรอด* มีจุดมุ่งหมายที่ประชาชนที่ยากจนหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง โครงการที่สามารถเข้าถึงกลุ่มที่มีความจำเป็นมากที่สุดจะทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพที่กว้างขวางกว่า ทำให้เกิดความรู้สึกโดยสัญชาตญาณว่าภาวะสุขภาพจะก้าวหน้ามากกว่าถ้าเงื่อนไขพื้นฐานเดิมแย่มากว่า แต่การเลือกเป้าหมายที่ดีก็ยังมีอีกหลายรูปแบบ เช่น โครงการชอคาฟาเมียเลียของบราซิล (Brazil's Programa Saúde da Família) ได้เพิ่มการกระจายงบประมาณไปยังเทศบาลที่ยากจนกว่า โดยการปรับยอดงบประมาณตามระดับความยากจนของแต่ละชุมชน หรือโครงการโอนเงินสดของเคนยาใช้ทั้งหลักภูมิศาสตร์และหลักการยึดชุมชนเป็นฐานในการวางเป้าหมาย ด้วยการขอให้ผู้นำหมู่บ้านระบุครอบครัวที่มีความจำเป็นที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกของโครงการ และโครงการเอดส์ของอินเดียก็ได้จำแนกแยกแยะความแตกต่างโดยเจาะจงไปที่กลุ่มประชากรสำคัญที่มีโอกาสติดเชื้อเอดส์มากที่สุด ซึ่งได้แก่ หญิงขายบริการทางเพศ ชายที่ร่วมเพศกับชาย คนข้ามเพศ ผู้ใช้ยาเสพติด และกลุ่มที่ทำงานในเส้นทางหลักที่ใช้รถบรรทุก การดำเนินงานในลักษณะอื่นๆ เป็นไปตามกรอบ “ถั่วหน้า” ซึ่งหมายถึงทุกๆ คน ตัวอย่างเช่น การบังคับใช้กฎหมายหมวกนิรภัยของเวียดนามมีผลต่อคนจนและคนรวยเหมือนกัน อย่างไรก็ตาม ภายใต้ลักษณะถั่วหน้านี้ ก็มักจะมีคนพยายามเข้าถึงประชาชนในชุมชนที่มีโอกาสหลุดออกไปจากวงจรร ด้วยการทำงานเชิงรุกไปยังเป้าหมาย ด้วยการให้เงินช่วยเหลือเพิ่มเติม และด้วยการติดตามความเป็นไปของชุมชน

**3. รัฐบาลต่างๆ ยังคงมีความสามารถในการทำงาน; ความช่วยเหลือยังคงมีประโยชน์**

เกือบทุกกรณีในหนังสือเล่มนี้ รัฐบาลต่างๆ ทั้งในประเทศรายได้น้อยและประเทศรายได้ปานกลางได้ผลักดันงานอย่างหนักในการเข้าถึงประชากรที่มีความจำเป็นจริงๆ ด้วยการกำหนดนโยบายและสร้างสรรคัลยุทธ์ต่างๆ ดังเช่น โครงการชอคาฟาเมียเลียของบราซิลแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลได้มีพันธสัญญาในการสร้างความเท่าเทียมเมื่อนำหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (primary healthcare) ไปใช้กับประชาชนที่ยากจน หรือในแอฟริกาใต้ รัฐบาลหลังยุคแบ่งแยกสีผิวได้ใช้กองทุนสนับสนุนเด็ก (Child Support Grant) เป็นยุทธศาสตร์หลักในการสลายนครทางวัฒนธรรมในอดีต และในประเทศไทยบรรดาผู้เคลื่อนไหวทางสังคมได้ชี้แนะให้รัฐบาลออกกฎหมายที่มีผลกระทบอย่างมากต่อบริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่และจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานด้วยเงินภาษีบุหรี่ และแม้แต่ในประเทศที่ได้ชื่อว่า “รัฐล้มเหลว (failed states)” ก็ยังมีหน่วยงานของรัฐที่จัดการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถ ใต้แก่การขาดโรคโปลิโอในเฮติ การโอนเงินช่วยเหลือในปากีสถาน และการให้วัคซีนในประเทศที่เป็นสายพานโรคเชื้อหุ้มสมองหรือไขสันหลังอักเสบใน

ทวีปแอฟริกา ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การบริหารประเทศอย่างอ่อนแอ ไม่ได้เป็นอุปสรรคขัดขวางการดำเนินงานของหน่วยงานรัฐที่ยังสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพเมื่อมีการสนับสนุนจากภายนอกประเทศอย่างเหมาะสม

แท้จริงแล้วนั้น สิ่งที่สำคัญคือความร่วมมือต่างๆ อธิบายไว้ในกรณีดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า ความสำเร็จเป็นผลมาจากความรับผิดชอบร่วมกัน โดยทุกภาคส่วนทำหน้าที่ของตนตามที่ตกลงกันและไม่มีการผลักงานไปดำเนินการตามลำพัง กรณีต่างๆ ส่วนใหญ่แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนเงินทุนจากภายนอกหรือมีความร่วมมือกันทางวิชาการ(ดูตาราง 1) หลายๆ โครงการได้รับความช่วยเหลืออย่างจริงจังจากภาคีต่างๆ ในระดับโลก ทั้งที่เป็นหน่วยงานความช่วยเหลือแบบทวิภาคีและแบบพหุภาคี รวมถึงที่เป็นมูลนิธิ นอกจากนี้ ภาคเอกชนก็ยังสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ด้วย เช่น บริษัทยาได้บริจาคยาให้ในบอตสวานา บริษัททองแดงให้การสนับสนุนโครงการควบคุมมาลาเรียในแซมเบีย และบริษัทพลาสติกได้สานฝันให้เป็นจริงได้ด้วยการสร้างสถานีล้างมือหลายแห่งในเปรู

#### 4. สิ่งจูงใจต่างๆ มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

หลายกรณีแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า สิ่งจูงใจมีผลต่อสุขภาพ และสิ่งจูงใจมีหลายรูปแบบและหลายลักษณะ สำหรับผู้ให้บริการ สิ่งจูงใจต่างๆ จะช่วยกระตุ้นให้มีความพยายามมากขึ้นและผลผลิตก็จะเพิ่มขึ้น เขาอาจจะมอบเงินค่าตอบแทนการให้บริการแก่ผู้ทำงานด้านสุขภาพจำนวนหนึ่งเป็นหลักปฏิบัติขั้นพื้นฐานหรือเพิ่มขึ้นตอนการส่งเสริมความรับผิดชอบด้วยการเฝ้าติดตามและให้รางวัลตามผลงานเหล่านั้นเป็นต้น ในทำนองเดียวกัน สิ่งจูงใจสามารถช่วยกระตุ้นระดับปัจเจกชนให้เกิดการปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพที่ดีกว่า เพื่อการเข้าหาบริการสุขภาพ และเพื่อการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาอย่างเคร่งครัด<sup>13</sup> การจ่ายเงินให้แก่ครอบครัวต่างๆ (ผ่านทางออนไลน์) และแก่ผู้ให้บริการตามแนวทางที่สอดคล้องกับผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการและเปรียบเทียบดูว่าวิธีใดที่สามารถสร้างผลลัพธ์สุขภาพได้มากกว่ากัน

ในรวันดา การจ่ายเงินให้กับการให้บริการและการติดตามคุณภาพของการให้บริการสามารถสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ให้บริการและภาวะโภชนาการของเด็กก็ดีขึ้นในบราซิลและอาร์เจนตินา การจ่ายเงินให้แก่หน่วยงานต่างๆ ของรัฐบาลเพื่อสนับสนุนแต่ละครอบครัวที่เพิ่มเข้ามาให้บริการปฐมภูมินั้น ช่วยกระตุ้นให้ผู้ทำงานด้านสุขภาพออกติดตามค้นหาเป้าหมายที่มีความจำเป็นจริงๆ และช่วยให้มั่นใจได้ว่าเป้าหมายเหล่านั้นได้รับการที่สำคัญด้วย ในประเทศไทย ประชาชนผู้ยากจนได้รับการขึ้นทะเบียนให้ได้รับบัตรทองซึ่งเป็นเครื่องรับประกันว่า เขาเหล่านั้นจะได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ เป็นแรงจูงใจให้ครอบครัวต่างๆ ไปรับบริการการดูแลสุขภาพบ่อยขึ้นและทำให้สุขภาพของพวกเขาดีขึ้นในเวียดนาม การบังคับใช้กฎหมายของตำรวจที่เข้มงวดขึ้นต่อการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่จักรยานยนต์ ทำให้ผู้ไม่สวมหมวกนิรภัยต้องมีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจใหม่ที่มีพลังต่อประชาชนในการคุ้มครองชีวิตของตนเอง

เนื่องจากสิ่งจูงใจอย่างเงินนั้นมีความจูงใจสูง จึงควรตระหนักว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียโดยไม่ตั้งใจและมีความสมเหตุสมผล โครงการการเงินช่วยเหลือของฮอนดูรัสอาจสร้างแรงจูงใจโดยไม่ตั้งใจที่ทำให้

ผู้หญิงมีลูกเร็วขึ้นหรือเร็วกว่าเมื่อเทียบกับภาวะที่ไม่มีแรงจูงใจจากภายนอก ในทำนองเดียวกัน โครงการสุขภาพชุมชนของอินโดนีเซียก็อาจทำให้เกิดโรคท้องร่วงมากขึ้น เนื่องจากไปสร้างรอยมลทินให้แก่ประชาชนที่ตายอยู่จากระเบิดที่ไม่เป็นทางการจูงใจทางสังคมที่มีอำนาจนั้นนำไปสู่สุขภาพที่ดีขึ้น แต่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือทำให้ได้อายุต่อผู้ที่ไม่สามารถสร้างหรือซื้อส้มได้

#### 5. สิ่งที่สามารถทำได้ผล: ประสิทธิภาพ (efficacy) ไม่เหมือนกับประสิทธิผล (effectiveness)

ภาษาอังกฤษในปัจจุบัน คำว่า “ประสิทธิภาพ” และ “ประสิทธิผล” อาจมีความหมายคล้ายกัน อย่างไรก็ตาม ในวงการสาธารณสุขนั้น มีการจำแนกความสำคัญระหว่างสองคำนี้ ประสิทธิภาพคือผลกระทบที่เกิดจากปฏิบัติการที่สามารถพิสูจน์ได้จากชุดการทดลอง ในขณะที่ประสิทธิผลคือผลที่เกิดจากปฏิบัติการในโลกแห่งความเป็นจริง ในหนังสือเล่มนี้ เราเกี่ยวข้องกับคำว่าประสิทธิผลเป็นส่วนใหญ่ ในวงการสุขภาพโลกนั้น ภูมิปัญญาดั้งเดิมมักจะชี้แนะว่าเทคโนโลยีที่ดี ที่พิสูจน์แล้วว่ามีความมีประสิทธิภาพ ใช้งานได้ในการทดลองขนาดเล็กก็ถือว่าใช้ได้แล้ว ในประวัติศาสตร์ชุมชนสุขภาพโลกให้ความสำคัญกับการซื้อวัคซีนและยาแจกจ่ายให้แก่ประเทศที่ไม่มีการผลิตและคาดว่าผลิตภัณฑ์เหล่านั้นจะเดินทางไปสู่ผู้ที่มีความจำเป็นเป็นส่วนใหญ่ ในความเป็นจริง เหตุผลหลักของภาคีความร่วมมือระดับโลก ดังเช่น Gavi, พันธมิตรด้านวัคซีน, กองทุนหยุดยั้งโรค; UNITAID และอื่นๆ ก็คือ ซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยสมมติฐานว่า อุปสรรคส่วนใหญ่ของการแก้ไขปัญหาสุขภาพก็คือการขาดยาที่มีประสิทธิภาพและส่วนใหญ่เป็นยาที่มีราคาไม่สูงนัก และประเทศเหล่านั้นพอมีกำลังที่จะซื้อเองได้

การขาดแคลนนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของปัญหาเท่านั้น เพราะการปรับปรุงสุขภาพในขอบเขตที่กว้างใหญ่นั้น ยังมีอีกหลายเรื่องนักที่เป็นปัญหามากกว่าเรื่องเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพและมีกำลังซื้อได้ การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา องค์ประกอบเหล่านี้มีความสำคัญพอๆ กันต่อประสิทธิผล อัตราตายจากโรคเอดส์ที่ลดลงในบอตสวานานั้น ไม่ได้เกิดจากการได้รับยาที่มาจากกการบริจาคอย่างเดียว แต่ยังเกิดจากความสามารถของผู้ให้บริการสุขภาพในการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสนับสนุนให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องอีกด้วย ในทำนองเดียวกัน กลุ่มนักวิจัยในบังคลาเทศพบว่า การแทรกแซงด้วยสิ่งที่มีประสิทธิภาพเพียงอย่างเดียวนั้น ไม่เพียงพอที่จะปรับปรุงสุขภาพได้ จะต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจด้วย

โดยภาพรวมแล้ว กรณีเหล่านี้ยังได้แสดงให้เห็นได้อีกว่า แม้เราจะรู้ว่า “สิ่งใดทำงานได้ผล” ในด้านของเทคโนโลยีสุขภาพ เราก็ยังต้องเรียนรู้อีกมากเกี่ยวกับการนำไปใช้บริการในวงกว้างและการใช้ประโยชน์ในบริบทลักษณะเฉพาะ หลายโครงการที่ได้รับการคัดเลือกบรรจุในเล่มนี้ เช่น โครงการปิโซเฟิร์ม (Piso Firme) ในเม็กซิโก โครงการการเงินช่วยเหลือในแอฟริกาใต้ โครงการจ่ายตามผลลัพธ์ของงานในรวันดา ส่งผลให้ภาวะโภชนาการในเด็กดีขึ้น แม้ว่าแต่ละโครงการจะใช้เทคโนโลยีและกลยุทธ์การให้บริการแตกต่างกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโครงการก็ตาม ในการพิจารณาบทเรียนของแต่ละ



ตาราง 1. ชื่อโครงการ หน่วยงานต่างๆ ที่ร่วมดำเนินการ และ ผู้สนับสนุนทุนดำเนินการ

ชื่อโครงการ	หน่วยงานหลักที่ร่วมดำเนินการ	ผู้สนับสนุนทุน
โครงการให้วัคซีนป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบตลอดสายพานโรคนี้ในแอฟริกา	โครงการวัคซีนเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (นำโดย PATH และองค์การอนามัยโลก), ศูนย์วิจัยและประเมินผลทางชีวภาพขององค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐ, สถาบันเซรุ่มแห่งอินเดีย จำกัด, Synco Bio Partners, สถาบันเพื่อมาตรฐานและการควบคุมทางชีวภาพแห่งชาติของอังกฤษ	โครงการวัคซีนเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (PATH, องค์การอนามัยโลก), BMGF, USAID, มูลนิธิเดลล์, Gavi, กระทรวงสาธารณสุข (ของประเทศบูร์กินาฟาโซ, มาลี, และไนเจอร์)
โครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทั่วประเทศบอตสวานา	รัฐบาลของประเทศบอตสวานา, BMGF, มูลนิธิเมอร์ค (ผ่านทางความร่วมมือด้านเอชไอวี/เอดส์อย่างครบวงจรแห่งแอฟริกา)	รัฐบาลของประเทศบอตสวานา; มูลนิธิเมอร์ค; BMGF; PEPFAR; กองทุนโลกเพื่อการต่อสู้กับเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค
โครงการสร้างความครอบคลุมวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีอย่างเท่าเทียมแห่งประเทศจีน	กระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศจีน, Gavi	รัฐบาลแห่งประเทศจีน, Gavi
โครงการควบคุมมาลาเรียแห่งชาติของประเทศแซมเบีย	กระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศแซมเบีย, UNICEF, โครงการมาลาเรียแห่งประธานาธิบดีสหรัฐ, Roll Back Malaria	USAID; โครงการมาลาเรียแห่งประธานาธิบดีสหรัฐ; กองทุนโลกเพื่อการต่อสู้กับเอดส์ มาลาเรียและวัณโรค; ธนาคารโลก; PATH (สนับสนุนทุนโดย BMGF)
โครงการซิโซเฟิร์มแห่งประเทศเม็กซิโก	รัฐบาลของประเทศเม็กซิโก	รัฐบาลของประเทศเม็กซิโก
โครงการจัดหนอนพยาธิโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานแห่งประเทศเคนยา	กระทรวงสาธารณสุขและการศึกษาแห่งเคนยา, Deworm the World	ธนาคารโลก, Deworm the World, มูลนิธิกองทุนการลงทุนของเด็ก, END Fund
การรณรงค์กำจัดโปลิโอแห่งประเทศเฮติ	รัฐบาลของประเทศเฮติ, Pan American Health Organization, ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐ	Pan American Health Organization, องค์การอนามัยโลก, หน่วยงานการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งแคนาดา, USAID, UNICEF, Rotary International, ธนาคารโลก
การจัดการแบบบูรณาการสำหรับความเจ็บป่วยของเด็กในบังคลาเทศ	รัฐบาลของประเทศบังคลาเทศ; ICDDR,B; องค์การอนามัยโลก	รัฐบาลของประเทศบังคลาเทศ, UNICEF
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งประเทศไทย	รัฐบาลของประเทศไทย	รัฐบาลของประเทศไทย
แผนกานีตทหารกแห่งอาร์เจนตินา	กระทรวงสาธารณสุขทั้งระดับส่วนกลางและระดับจังหวัดของอาร์เจนตินา, ธนาคารโลก	รัฐบาลของอาร์เจนตินา (ทั้งระดับส่วนกลางและระดับจังหวัด), ธนาคารโลก
โครงการชอดคาแฟมิเลียแห่งบราซิล	รัฐบาลของประเทศบราซิล	รัฐบาลของประเทศบราซิล
โครงการจ่ายตามผลงานสำหรับบริการสุขภาพในวันดา	รัฐบาลของประเทศวันดา	รัฐบาลของประเทศวันดา
โครงการลดค่าใช้จ่ายสำหรับการคลอดที่สถาบันในแคว้นคุชราต ประเทศอินเดีย	รัฐบาลของแคว้นคุชราต ประเทศอินเดีย	รัฐบาลของแคว้นคุชราต ประเทศอินเดีย
โครงการเงินช่วยเหลือสังคมของเคนยา	รัฐบาลของประเทศเคนยา, UNICEF	รัฐบาลของประเทศเคนยา, UNICEF, ธนาคารโลก, กรมการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งอังกฤษ
โครงการเงินเดือนนักเรียนหญิงแห่งแคว้นปัญจาบ	รัฐบาลของแคว้นปัญจาบ ประเทศปากีสถาน	รัฐบาลของแคว้นปัญจาบ, ธนาคารโลก, กรมการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งอังกฤษ, หน่วยงานการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งแคนาดา
เงินทุนสนับสนุนเด็กแห่งแอฟริกาใต้	รัฐบาลของประเทศแอฟริกาใต้, Lund Committee on Child and Family Support	รัฐบาลของประเทศแอฟริกาใต้
โครงการเงินช่วยเหลือครอบครัวแห่งฮอนดูรัส II	รัฐบาลของประเทศฮอนดูรัส	Inter - American Development Bank, รัฐบาลของประเทศฮอนดูรัส
โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แห่งประเทศไทย	รัฐบาลของประเทศไทย, โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แห่งประเทศไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ	กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย
กฎหมายหมวกนิรภัยที่สวมรูปแบบของเวียดนาม	รัฐบาลของประเทศเวียดนาม, องค์การอนามัยโลก, มูลนิธิป้องกันการบาดเจ็บแห่งเอเชีย	รัฐบาลของประเทศเวียดนาม, องค์การอนามัยโลก, มูลนิธิป้องกันการบาดเจ็บแห่งเอเชีย
โครงการการตลาดสุขภาพิบาลและการสุขภาพิบาลครบวงจรแห่งอินโดนีเซีย	รัฐบาลของประเทศอินโดนีเซีย, โครงการสุขภาพิบาลและน้ำแห่งธนาคารโลก	รัฐบาลของประเทศอินโดนีเซีย, โครงการสุขภาพิบาลและน้ำแห่งธนาคารโลก, BMGF
โครงการอะวอซานแห่งอินเดีย	BMGF, Family Health International, CARE International, องค์การอนามัยโลก	BMGF
โครงการล้างมือของประเทศเปรู	รัฐบาลของประเทศ, โครงการสุขภาพิบาลและน้ำแห่งธนาคารโลก, ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อการล้างมือ	โครงการสุขภาพิบาลและน้ำแห่งธนาคารโลก

แหล่งที่มา: คู่มือของแต่ละโครงการ.

หมายเหตุ: BMGF = Bill &amp; Melinda Gates Foundation; ICDDR,B = International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh; PEPFAR = US President's Emergency Plan for AIDS Relief; UNICEF = United Nations Children's Fund; USAID = United States Agency for International Development

กรณีเหล่านี้ เราต้องประเมินอย่างระมัดระวังเกี่ยวกับเทคโนโลยีต่างๆ ที่เป็นทางเลือกและเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ของการให้บริการในบริบทของแต่ละประเทศที่แตกต่างกันเพื่อให้ได้ภาพที่ชัดเจนที่สุดสำหรับการนำเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพไปใช้ประโยชน์ในวงกว้างอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## 6. มีการปฏิวัติกระบวนการประเมินผลด้วย

โครงการด้านสุขภาพหลายๆ โครงการได้รับการตัดสินด้วยผลงานระหว่างทาง เช่น จำนวนเด็กที่ได้รับวัคซีน จำนวนวัคซีนที่ซื้อ หรือจำนวนประชาชนที่ได้รับการรักษาหรือได้รับการอบรม โดยไม่มีการประเมินผลโดยตรงต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในท้ายที่สุด ในขณะที่เดียวกัน ประเทศที่มีรายได้น้อยและมีรายได้ปานกลางจำนวนมากกำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น การศึกษาของเด็กหญิง การเติบโตเป็นเมืองใหญ่ และการเติบโตด้านเศรษฐกิจ ที่กล่าวมานี้มีความสำคัญเพราะถ้าหากเรารู้ว่าสุขภาพดีขึ้นได้โดยไม่ต้องมีการแทรกแซงใดๆ จะได้นำเงินไปใช้ทำประโยชน์ในที่อื่นจะดีกว่า

กรณีต่างๆ ที่ตีพิมพ์ใน *หลายล้านชีวิตรอด* ฉบับแรกล้วนมีหลักฐานว่า ผลลัพธ์สุขภาพในวงกว้างที่ดีขึ้นนั้น ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากความพยายามดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างจำเพาะเจาะจงมากกว่าจะเกิดขึ้นจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ดีขึ้นในภาพรวม ในปัจจุบันนี้มีหลักฐานที่ดีกว่าที่แสดงให้เห็นว่า การประเมินผลโครงการสุขภาพใหญ่ๆ อย่างเข้มงวดมีความเป็นไปได้และใช้เงินไม่มาก ตลอดศตวรรษที่ผ่านมา มีการประเมินแบบที่ว่ามีเพิ่มจำนวนขึ้นมากมายในประเทศรายได้น้อยและประเทศรายได้ปานกลาง จาก 10 ในปี พ.ศ. 2538 เป็น มากกว่า 300 ในปี พ.ศ. 2557<sup>14</sup>

ในจำนวน 22 กรณีในหนังสือเล่มนั้น 14 กรณีใช้การศึกษาแบบการทดลอง (experimental study designs) ซึ่งวัดผลกระทบด้านสุขภาพได้ชัดเจน บางรัฐบาลมีส่วนร่วมในการประเมินด้วย ในอาร์เจนตินา แอฟริกาใต้ ไทย และเม็กซิโกนั้น หน่วยงานประเมินของรัฐบาลได้ออกแบบโครงสร้างเพื่อให้มั่นใจได้ว่าวิธีการประเมินนั้นจะเป็นไปอย่างเข้มงวดและสามารถแปลผลลัพธ์ไปสู่นโยบายได้ เช่น การขยายผลโครงการที่ประสบความสำเร็จไปสู่การปฏิบัติในวงกว้างหรือล้มเลิกการสนับสนุนโครงการที่ล้มเหลว

ในบางกรณีก็พบหลักฐานที่แสดงผลกระทบจากโครงการโดยไม่ต้องประเมินอย่างเข้มงวด เช่น การไม่พบไข้ทรพิษก็คือจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้ทรพิษเป็นศูนย์ และเราเพียงแต่ต้องการระบบเฝ้าระวังโรคที่มีคุณภาพสูงที่มีใช้การทดลอง เพื่อที่จะได้เข้าใจผลลัพธ์ของโครงการต่างๆ อย่างไรก็ตาม อาจพูดได้ว่าการประเมินผลกระทบยังคงมีประโยชน์เพื่อที่จะช่วยให้เราได้เรียนรู้เกี่ยวกับยุทธศาสตร์การบริการให้ภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิผลในพื้นที่ชนบทและในประเทศที่มี

การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจหรือการเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศ การประเมินผลกระทบก็จะช่วยให้เข้าใจได้ว่าแนวโน้มของโรคในส่วนใหญ่เป็นผลมาจากโครงการหรือปัจจัยอื่นกันแน่

แม้ว่าโลกของการประเมินผลกระทบจะมีความก้าวหน้าไปอย่างมากแล้ว แต่ก็ยังขาดข้อมูลอีกหลายประเภทที่มีความจำเป็น ยกตัวอย่างเช่น ความคุ้มค่าเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ให้ทุนและผู้กำหนดนโยบายจำนวนมาก เขาเหล่านั้นต้องการรู้ว่า ประโยชน์ด้านสุขภาพที่ได้รับนั้นมีคุณค่าคุ้มกับค่าใช้จ่ายของโครงการหรือไม่และพวกเขายังต้องการให้ช่วยจัดลำดับความสำคัญว่าควรกระจายทรัพยากรสาธารณะซึ่งมีจำกัดนั้นไปให้ที่ใดบ้าง แต่รายงานการศึกษาเกี่ยวกับการประมาณการความคุ้มค่าอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นยังคงมีอยู่น้อย มีเพียงสองกรณีในหนังสือเล่มนี้ที่ทำการศึกษาประเด็นดังกล่าว เราจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการออกแบบการประมาณการและใช้แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ<sup>15</sup> และนอกจากนี้ ในบางกลุ่มโครงการ ตัวอย่างเช่น กลุ่มโครงการที่ต่อต้านโรคไม่ติดต่อที่ยังคงได้รับการประเมินน้อยเกินไป มีเพียงการทดลองจำนวนหนึ่งกับการประเมินเล็กๆ ภายใตโครงการใหญ่เท่านั้น

## 7. ยังคงต้องการการทุ่มเทในการพัฒนาหลักฐาน

ผู้กำหนดนโยบายหรือผู้บริหารไม่ได้ใช้ผลของการประเมินเสมอไปไม่ว่าผลนั้นจะออกมาในทางบวกหรือลบในศตวรรษที่ผ่านมา โครงการมุ่งใจให้ไปตลอดที่สถานพยาบาลยังคงดำเนินต่อไปโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินงานต่างๆ ที่ผลที่ได้ออกมาล้มเหลว ความเฉื่อยชาที่มักจะมีมาคู่กับการเมืองหรือการอื่นใดและทำให้ยากที่จะหยุดได้เมื่อเริ่มต้นไปแล้ว ยิ่งไปกว่านั้น ผู้กำหนดนโยบายอาจจะไม่รู้จักกับความล้มเหลวเสียด้วยซ้ำไปเพราะรายงานที่ตีพิมพ์ที่มีความลำเอียง น้อยกว่าครึ่งของการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trials) ในด้านการดูแลสุขภาพที่ได้รับการตีพิมพ์ และในกลุ่มที่ได้รับการตีพิมพ์ก็มักจะแสดงผลลัพธ์สำคัญทางสถิติที่มีความลำเอียงมาก เช่น แสดงผลลัพธ์ที่ชี้ว่ายาหรือโครงการนั้นประสบความสำเร็จ<sup>16</sup>

ในโลกแห่งอุดมคตินั้น ผู้กำหนดนโยบายจะพิจารณาผลการประเมินที่ผ่านการสังเคราะห์เป็นอย่างดีจากกรทบทวนอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ จากนั้นก็จะปรับปรุงโครงการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลแต่ในความเป็นจริงเพียงเท่านั้นไม่เพียงพอสำหรับการประเมินโครงการ หลักฐานจะต้องมีความน่าเชื่อถือด้วย ในบางโครงการ เช่น เม็กซิโกและแอฟริกาใต้ สถาบันของรัฐทำหน้าที่ประเมินโครงการของรัฐโดยตรงและส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินนั้น นอกจากนี้ บางครั้งผู้ให้ทุนยังมีบทบาทพิเศษในการให้ความช่วยเหลือด้วย เลวินและเซฟโดฟฟ์ (Levine and Savedoff)<sup>17</sup> ได้เสนอว่าผู้ให้ทุนมีความเหมาะสมในการเป็นผู้ลงทุนในการประเมินในกรณีที่มีผู้ให้ทุนเป็นองค์กรขนาดเล็ก หรือต้องการเพิ่มอำนาจที่มี

อยู่น้อยนิด หรือเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่จะมีการใช้ประโยชน์จากโครงการในทางที่ผิดกฎหมาย หรือต้องการเพิ่มศักยภาพในการเชื่อมโยงชุมชนต่างๆ หรือเพิ่มบทบาทในการเรียกร้องให้ภาครัฐรับผิดชอบให้มากขึ้น

### ความท้าทายในอนาคต

สุขภาพโลกเปลี่ยนแปลงไปมากตั้งแต่การตีพิมพ์ *หลายล้านชีวิตรอด* ฉบับแรกเรื่อยมา แต่สิ่งที่ยังคงอยู่เหมือนเดิมก็มีมากเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2547 *หลายล้านชีวิตรอด* ฉบับแรกระบุว่า “ปัญหาเก่าๆ ก็ยังไม่ได้รับการแก้ไข เช่น ความเหลื่อมล้ำระหว่างคนรวยกับคนจน ปัญหาใหม่ๆ ตั้งแต่การระบาดของโรคเอดส์ไปยังอุบัติการณ์โรคที่เกิดจากนุรีและไปยังการเพิ่มจำนวนของโรคหัวใจและหลอดเลือด เหล่านี้คือสิ่งคุกคามคนรุ่นต่อไป ไปในอนาคต”<sup>18</sup> แม้ว่าความเข้มข้นของปัญหาเหล่านี้จะเจือจางลงด้วยส่วนหนึ่งเนื่องมาจากบางโครงการที่ได้บรรณาธิบายไว้ในหนังสือเล่มนี้ แต่ปัญหาเหล่านี้ก็ยังดำรงอยู่และยังคงต้องการความใส่ใจและพันธสัญญาจากชุมชนสุขภาพโลก (global health community)

อยากจะกล่าวอีกว่า เป็นที่น่าเสียดายที่โครงการโรคไม่ติดต่อจำนวนหนึ่งไม่ได้รับคัดเลือกเข้ามาในฉบับใหม่นี้ภายหลังจากหนึ่งทศวรรษเต็มๆ ถัดมา แม้จะมีการทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กหลายโครงการทดลองที่แสดงว่าโครงการที่เข้าไปแทรกแซงการเกิดโรคไม่ติดต่อนั้นมีความคุ้มค่า และงานวิจัยของเราก็ได้พบว่า มีโครงการขนาดใหญ่หลายโครงการในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางที่มุ่งลดหรือรักษาโรคไม่ติดต่อนั้น พิสูจน์ได้ว่ามีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในบางโครงการ โครงการเหล่านี้ได้แก่ โครงการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีของจีนเพื่อป้องกันมะเร็งตับ กฎหมายหมวกนิรภัยสำหรับมอเตอร์ไซค์ของเวียดนามเพื่อลดการบาดเจ็บที่ศีรษะ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของไทย และโครงการชอตตาแอฟริกาของบราซิลที่ควบคุมโรคหัวใจได้สำเร็จ การแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อนี้ระดับโลกให้เกิดผลในวงกว้างนั้นเป็นงานสำคัญที่ละเลยไม่ได้ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า โรคไม่ติดต่อนี้จะเป็นสาเหตุการตายมากกว่าสามในสี่ส่วนของการตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2573<sup>19</sup> แม้แต่ในกลุ่มประเทศแอฟริกาใต้สะฮารา (sub-Saharan Africa) โรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นเป็นอันดับหนึ่งเรียบร้อยแล้วในการคร่าชีวิตผู้ใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี

อย่างไรก็ตาม วาระเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งเป็นเป้าหมายเดิมก็ยังไม่เสร็จสิ้น ความตายที่ป้องกันได้ของมารดา ทารก และเด็กที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการและโรคติดต่อก็ยังเกิดขึ้นอยู่เป็น

ประจำอย่างมากมาย แม้แต่ในกลุ่มประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่ได้เปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาโดยสมบูรณ์แล้ว จากโรคติดต่อและความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสืบพันธุ์ไปเป็นโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ และสาเหตุความตายอื่นๆ การดื้อยาของเชื้อจุลินทรีย์ที่กำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และภาวะคุกคามของมาลาเรียที่พลิกฟื้นคืนชีพ รวมถึงเชื้อไวรัสที่กำลังผุดขึ้นสำแดงเดชอย่างเช่นอีโบล่า (Ebola) และซิกา (Zika) ทำให้เรายังคงต้องเฝ้าระวังและใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าการคุกคามโดยเฉพาะเหล่านี้จะหยุดไป

สุดท้ายนี้ ความต้องการด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ ทั่วโลกเหมือนกับชื่อของหนังสือเล่มนี้ คือมุ่งให้ความสนใจกับการช่วยชีวิต แต่หลายๆ กรณีใน *หลายล้านชีวิตรอด* มีผลกระทบที่ช่วยยกระดับผู้ได้รับความสามารถ มิใช่เพียงการช่วยให้พ้นความตายซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ที่สามารถขยายต่อไปยังคนรุ่นใหม่ได้ โรคที่ไม่รุนแรงถึงกับทำให้ตายได้สามารถส่งผลได้ทั้งระยะกลางและระยะยาว โรคเหล่านี้ในกลุ่มผู้หญิง เช่น โรคโลหิตจาง โรคที่เกิดจากเชื้อเอชพีวี (HPV: human papilloma virus) เชื้อเอชไอวี (HIV) และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ที่ไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อพวกเธอในภายภาคหน้าเมื่อมีอายุมากขึ้นรวมทั้งอาจมีปัญหาลูกๆ ของพวกเธอในอนาคตด้วย การรักษาโรคพยาธิไส้เดือนให้ประโยชน์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ในเคนยา พบว่าผู้หญิงที่เคยได้รับยาเม็ดฆ่าพยาธิหลังจากนั้น 10 ปีเต็ม มีโอกาสแท้งลูกน้อยกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับการรักษา การลดการสูญเสียสมรรถภาพและการเพิ่มจำนวนปี สุขภาพคือความท้าทายด้านสุขภาพระดับโลกในกลุ่มคนรุ่นต่อไปและเราจะต้องตามไปวัดผลความสำเร็จในกาลข้างหน้าต่อไปด้วย

ฝ่ายงานด้านสุขภาพของเรายังคงค้นหาคำตอบต่างๆ อยู่อย่างต่อเนื่องและก็ได้ค้นพบคำตอบบางประการแล้ว *หลายล้านชีวิตรอด* ฉบับต่อไปจะแตกต่างจากฉบับนี้ ฉบับต่อไปจะครอบคลุมโครงการต่างๆ ในยุคใหม่ ทั้งในส่วนของภาคสุขภาพโดยตรงและนอกภาคส่วนด้านสุขภาพ เราหวังและคาดการณ์ว่า โครงการเหล่านี้จะสะท้อนการเปลี่ยนแปลงอันยิ่งใหญ่และเฉียบพลันที่พวกเรากำลังจะพบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการเพิ่มขึ้นของการใช้การประเมินผลกระทบอย่างเข้มงวดและการวิเคราะห์ความคุ้มค่าเป็นเครื่องมือสำหรับนโยบายสุขภาพ ประโยชน์ที่ได้รับในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเป็นฐานกำลังใจให้เห็นโลกสวยงามในทศวรรษต่อไป นโยบายสุขภาพที่ดีขึ้นจะหมายถึงชีวิตอีกหลายล้านคนได้รับการช่วยเหลือให้อยู่รอดอย่างปลอดภัย

## อ้างอิง

- Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab. 2011. "The Price Is Wrong: Charging Small Fees Dramatically Reduces Access to Important Products for the Poor." *J - PAL Bulletin*, April. <http://www.povertyactionlab.org/publication/the-price-is-wrong>.
- American Thyroid Association. 2014. "China: Leading the Way in Sustained IDD Elimination." *IDD Newsletter* 42 (2): 1-5. <http://www.thyroid.org/idd-newsletter-3/>.
- Carter Center. 2015. "Guinea Worm Disease: Worldwide Case Totals," September 8. [http://www.cartercenter.org/health/guinea\\_worm/case-totals.html](http://www.cartercenter.org/health/guinea_worm/case-totals.html).
- Cochrane Collaboration. 2015. "The Deworming Debate," November 17. <http://www.cochrane.org/news/deworming-debate>.
- Dwan, Kerry, Douglas G. Altman, Juan A. Arnaiz, Jill Bloom, An - Wen Chan, Eugenia Cronin, Evelyne Decullier, et al. 2008. "Systematic Review of the Empirical Evidence of Study Publication Bias and Outcome Reporting Bias." *PLoS ONE* 3 (8): e3081. doi:10.1371/journal.pone.0003081.
- Evans, David. 2015. "Worm Wars: The Anthology." *Development Impact* (blog), World Bank, August 4. <http://blogs.worldbank.org/impactevaluations/worm-wars-anthology>.
- Gertler, Paul, Manisha Shah, Maria Laura Alzua, Lisa Cameron, Sebastian Martinez, and Sumeet Patil. 2015. *How Does Health Promotion Work? Evidence from the Dirty Business of Eliminating Open Defecation*. Working Paper 20997. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. <http://www.nber.org/papers/w20997>.
- Glassman, Amanda, Victoria Fan, Mead Over, and Working Group on Value for Money in Global Health. 2013. *More Health for the Money: Putting Incentives to Work for the Global Fund and Its Partners*. Washington, DC: Center for Global Development. <http://www.cgdev.org/sites/default/files/More-Health-for-the-Money.pdf>.
- Grantham - McGregor, S.M., S.P. Walker, S.M. Chang, and C.A. Powell. 1997. "Effects of Early Childhood Supplementation with and without Stimulation on Later Development in Stunted Jamaican Children." *American Journal of Clinical Nutrition* 66 (2): 247-53.
- Hoddinott, J., J.A. Maluccio, J.R., Behrman, R. Flores, and R. Martorell. 2008. "Effect of a Nutrition Intervention during Early Childhood on Economic Productivity in Guatemalan Adults." *Lancet* 371 (9610): 411-16. doi:10.1016/S0140-6736(08)60205-6.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2014. *Financing Global Health 2013: Transition in an Age of Austerity*. Seattle, WA: IHME.
- Levine, Ruth. 2007. *Case Studies in Global Health: Millions Saved*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Levine, Ruth, and William Savedoff. 2015. *The Future of Aid: Building Knowledge Collectively*. CGD Policy Paper 050. Washington, DC: Center for Global Development. <http://www.cgdev.org/sites/default/files/CGD-Policy-Paper-Levine-Savedoff-Future-Aid.pdf>.
- Levine, Ruth, What Works Working Group, and Molly Kinder. 2004. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost - Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- Ng, Marie, Emmanuela Gakidou, Alison Levin - Rector, Ajay Khera, Christopher J.L. Murray, and Lalit Dandona. 2011. "Assessment of Population - Level Effect of Avahan, an HIV - Prevention Initiative in India." *Lancet* 378 (9803): 1643-52. doi:10.1016/S0140-6736(11)61390-1.
- Pickles, Michael, Marie - Claude Boily, Peter Vickerman, Catherine M. Lowndes, Stephen Moses, James F. Blanchard, Kathleen N. Deering, et al. 2013. "Assessment of the Population - Level Effectiveness of the Avahan HIV - Prevention Programme in South India: A Preplanned, Causal - Pathway - Based Modelling Analysis." *Lancet Global Health* 1 (5): e289-99. doi:10.1016/S2214-109X(13)70083-4.
- Stokes, Bruce. 2015. "Around the World, Dissatisfaction with Economy and Concern for Its Future." *Fact Tank: News in the Numbers* (blog), Pew Research Center, July 23. <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2015/07/23/around-the-world-dissatisfaction-with-economy-andconcern-for-its-future/>.
- WHO (World Health Organization). 2011. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Geneva: WHO. [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. IHME (2014).
2. Levine, What Works Working Group, and Kinder (2004); Levine (2007).
3. Carter Center (2015).
4. American Thyroid Association (2014).
5. The 2015 Millennium Development Goals—targeting poverty, education, gender equality, child mortality, maternal health, disease, environment, and global partnership—have been replaced by the Global Goals for Sustainable Development, a new set of universally acknowledged goals, targets, and indicators that

**อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)**

- United Nations member states are expected to use in framing their agendas and political policies until 2030.
6. Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
  7. Hodinott et al. (2008); Grantham - McGregor et al. (1997).
  8. Cochrane Collaboration (2015); Evans (2015).
  9. Ng et al. (2011); Pickles et al. (2013).
  10. Gertler et al. (2015).
  11. Stokes (2015).
  12. The sum of the Botswana antiretroviral therapy, MenAfriVac, hepatitis B, deworming, malaria, Piso Firme, Plan Nacer, helmets, sanitation, tobacco, and Avahan programs comes to 18.1 million disability - adjusted life years averted. See Mirelman, Glassman, and Temin (2016) and chapter 23 of this volume.
  13. Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (2011).
  14. Levine and Savedoff (2015).
  15. Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
  16. Dwan et al. (2008).
  17. 2015.
  18. Levine, What Works Working Group, and Kinder (2004, 10).
  19. WHO (2011).

### โครงสร้างของหนังสือเล่มนี้

กรณีศึกษาต่างๆ ได้รับการจัดกลุ่มเป็นสี่ภาค ประกอบด้วย ภาคที่ 1 “การกระจายยาและเทคโนโลยี” ภาคที่ 2 “การขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ” ภาคที่ 3 “การใช้วิธีโอนเงินช่วยเหลือไปยังเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพ” และภาคที่ 4 “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชากรในวงกว้างเพื่อลดความเสี่ยง” แต่ละภาคจะมีบทเกริ่นนำว่าจะกล่าวถึงสิ่งใดในแต่ละกรณีและประเด็นสำคัญดังที่กล่าวไว้ในบทนำ

แต่ละเรื่องราวของกรณีศึกษาจะได้รับการจัดโครงสร้างคล้ายๆ กัน ได้แก่ รายละเอียดพอสังเขปเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของนโยบายหรือโครงการ การกำหนดปัญหาสุขภาพที่เป็นเป้าหมายและการสาธยายรูปแบบของวิธีการ การบรรยายเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพและหลักฐานที่แน่นหนา การประเมินต้นทุนที่ทำให้ได้รับผลกระทบนั้น การสรุปปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ และสุดท้าย การวิเคราะห์นัยแห่งกรณีศึกษาที่ทำให้เป็นประเด็นสุขภาพโลกในวงกว้างขึ้น

หนังสือเล่มนี้จบลงด้วยบทที่ว่าด้วยการระดมทุนและวิธีการของ *หลายล้านชีวิตรอด*



## ภาคที่ 1

# การกระจายยาและเทคโนโลยี

- จุดเริ่มของอวสาน:** การกำจัดเชื้อเมนิไนต์สเอ ตลอดจนสายพานโรคเชื้อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบในแอฟริกา เมื่อเชื้อโรคร้ายเมนิไนต์สเอแต่โบราณ เจอวัคซีนใหม่นามเมเนอฟริวัค (MenAfriVac) เพียง 217 ล้านเข็ม การเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคก็ลดลงอย่างเป็นประวัติการณ์ ในเจ็ดประเทศแห่งทวีปแอฟริกา
- सानฝันให้เป็นจริง:** โครงการรักษาด้วยยาต้านเรโทรไวรัสทั่วบอตสวานา  
รัฐบาลกระจายยารักษาเพื่อช่วยชีวิตชาวบอตสวานาที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ส่งผลให้การเสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคเอดส์ลดฮวบฮาบลงกว่าร้อยละ 70 ภายในเวลาน้อยกว่าหนึ่งทศวรรษ
- ลดความเสี่ยงต่อมะเร็งในจีน:** สร้างความครอบคลุมวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีให้ทั่วถึงและเท่าเทียม  
รัฐบาลจีนขยายการเข้าถึงวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีทั่วประเทศจนสามารถสกัดกั้นการระบาดของโรคมะเร็งตับได้
- กำจัดยุงตัวต่อตัว:** โครงการควบคุมมาลาเรียแห่งชาติแซมเบีย  
ประเทศแซมเบียหุ้มสุดตัวด้วยเครื่องมือที่พิสูจน์แล้วว่าเห็นผลในการต่อสู้ยุงพาหะนำเชื้อมาลาเรีย ช่วยเพิ่มจำนวนเด็กที่อยู่ถึงวันเกิดขวบปี ที่ห้าได้มากขึ้น
- พื้นบ้านแข็งเพื่อสุขภาพเด็ก:** โครงการปิโซเฟิร์มแห่งเม็กซิโก  
สุขภาพที่ดีของเด็กเม็กซิกันที่ยากจนและความสุขของผู้เป็นแม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมจากโครงการพื้นคอนกรีตแข็งเพื่อสุขภาพ
- เริ่มต้นสดใสเพื่ออนาคตสดใส:** โครงการโรงเรียนจัดหอนอนพยาธิแห่งเคนยา  
เด็กเคนยาหลายล้านคนปลอดหอนอนพยาธิโดยอาศัยโรงเรียนเป็นพื้นฐานในการรักษาซึ่งประโยชน์ต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ตลอดชีวิต
- หยุดเส้นทางระบาด:** การกำจัดโปลิโอในเฮติ  
เฮติฆ่าตัวก้าวเดินจากโรงเรียนสู่โรงเรียน จากบ้านสู่บ้านให้วัคซีนแก่เด็กจนหยุดโปลิโอระบาดได้ ด้วยกลวิธีที่พิสูจน์แล้ว
- เรียนรู้จากความล้มเหลว:** การจัดการความเจ็บป่วยของเด็กในบังคลาเทศแบบบูรณาการ  
ชุดวิธีการแก้ปัญหาที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผลกลับไม่ได้ผลเมื่อขยายเป็นโครงการระดับใหญ่ ซึ่งไม่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้



งานแพทย์และสาธารณสุขอาศัยการทดลองขนาดเล็กแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อช่วยให้ทราบถึงผลลัพธ์ของยา เทคโนโลยี และวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในบริบทจำกัดขนาดเล็กละก็อาจไม่เกิดขึ้นในแบบเดียวกัน เทคโนโลยีที่ใช้ทำงานได้ผลในบริบทขนาดเล็กสามารถแปลงให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพในวงกว้างได้อย่างไร? การรวบรวมบทเรียนนี้มีขึ้นเพื่อพยายามตอบคำถามว่า

การขยายผลมีความเป็นไปได้แม้ในประเทศที่ยากจนที่สุดและมีประชากรที่ยากจนที่สุด การรักษาด้วยยาต้านเรโทรไวรัส (antiretroviral therapy) ที่บดสวานาเพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์ครอบคลุมสูงถึงเกือบร้อยละ 90 ของประชากรที่มีสิทธิ มีเพียงร้อยละ 10 ที่ติดต่อไม่ได้ ในปี พ.ศ. 2556 บดสวานาขึ้นเป็นผู้นำในภูมิภาคนี้ ใน 7 ประเทศที่อยู่ในสายพานโรคเอดส์สูงของแอฟริกาที่มีการระบาดของโรคนี้อย่างรุนแรง หน่วยงานสาธารณสุขได้ให้วัคซีนชนิดใหม่ คือ เมนแอฟริวัค (MenAfriVac) แก่ประชาชนได้กว่า 153 ล้านคนภายในช่วงเวลา 3 ปี ส่งผลให้โรคเอดส์สูงของแอฟริกาที่มีการระบาดทศวรรษจนเกือบถึงศูนย์ในบางประเทศ และเมื่อโรคโปลิโออุบัติขึ้นใหม่ในเฮติ การระบาดก็สามารถควบคุมได้โดยมีคนไข้โปลิโออัมพาตเพียง 8 ราย

แต่ผลลัพธ์การทดลองไม่จำเป็นจะต้องให้ผลสัมฤทธิ์เสมอไป ชุดบริหารจัดการความเจ็บป่วยของเด็กแบบบูรณาการของบังคลาเทศชี้ให้เห็นว่าแม้จะลดภาวะแคะแกระรินในการทดลองได้ แต่ไม่สามารถลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ยังมีอีกมากที่เราไม่รู้

มีการประเมินผลเพียงไม่กี่โครงการที่สำรวจผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งหมด การมุ่งความสนใจต่อปัญหาเฉพาะ จะกลบความสำคัญของบริการอื่นในระบบบริการปฐมภูมิในแซมเบียหรือไม่? นักวิจัยบางคนบอกว่าการเชื่อมโยงกัน แต่ไม่มีใครทดสอบสมมติฐาน หรือกรณีของบดสวานานี้ การแก้ปัญหาเอดส์มีส่วนทำให้บทบาทหน้าที่อื่นๆ ของระบบสุขภาพเข้มแข็งขึ้นหรืออ่อนแอลง? เรื่องนี้มีการศึกษามาก แต่ยังไม่เข้มข้น นอกจากนี้ นักวิจัยยังไม่ค่อยได้ประเมินต้นทุนค่าสูญเสียโอกาสในการลงทุนด้านเวลา เงิน และสรรพกำลังในโครงการเดียว ประเด็นนี้ควรได้รับการใส่ใจมากขึ้นในงานวิจัย

ตรงข้ามกับกรณีศึกษาต่างๆ ในหลายล้านชีวิตรอด เล่มนี้ การประเมินผลส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้การศึกษาเปรียบเทียบเพื่อประมาณการณผลกระทบ เป็นที่รับรู้กันว่า วิธีจัดการโรคติดต่อหลายวิธีให้ผลลัพธ์ในการทดลองขนาดเล็ก นักวิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังนิยมติดตามความก้าวหน้าผ่านรายงานผู้ป่วยจากระบบเฝ้าระวังโรค แต่ระบบการให้บริการสุขภาพ มีความแตกต่างทั้งรูปแบบและประสิทธิผล เราจำเป็นต้องประเมินยุทธศาสตร์การให้บริการรูปแบบอื่นเปรียบเทียบกับเพื่อเรียนรู้ให้มากขึ้นว่า ยุทธศาสตร์ใดใช้ได้ดีผลและยุทธศาสตร์ใดใช้ไม่ได้ผล

สำหรับโรคบางประเภท โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การประเมินผลขนาดใหญ่แบบจริงจังมีน้อยมาก ไม่สำคัญว่าเป็นการประเมินผลแบบใด ภาคนี้ซึ่งมี NCD เรื่องเดียวคือ วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในประเทศจีน ที่ขณะนี้ นักวิจัยกำลังทดสอบวิธีการใหม่ๆ ที่เป็นทางเลือกและรักษา NCDs แบบประหยัด เช่น การคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกด้วยตาเปล่าโดยใช้กรดน้ำส้มสายชู การขยายร่วมกันหลายชนิดเพื่อต่อสู้กับโรคหัวใจ และการคัดกรองโรคทางสุขภาพจิตโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่างสุด อย่างไรก็ตามระบบสุขภาพส่วนใหญ่ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางไม่ได้นำเอาวิธีการเหล่านี้ไปใช้ในวงกว้าง

## กรณีศึกษาที่ 1

### จุดเริ่มของอวสาน

## การกำจัดเชื้อเมนิไนเจตีสเอ ตลอดจนสายพานโรคเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบในแอฟริกา

(ต้นฉบับโดย Alix Beith)

### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ป้องกันการระบาดของโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย นีสซีเรีย เมนิไนเจตีสเอ เซโรกรุ๊ปเอ (Neisseria meningitidis serogroup A)

**ยุทธวิธี:** พัฒนา ทดสอบ มอบสิทธิการผลิต และกระจายวัคซีน MenAfriVac เพื่อป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบ ตลอดจนสายพานโรคนี้ในแอฟริกา

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** จำนวนผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบ (จากนี้เป็นต้นไปขอใช้ว่า “โรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ”) ตลอดจนสายพานโรคในปี พ.ศ. 2556 อยู่ในระดับต่ำที่สุดในรอบสิบปี ไม่พบโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบในกลุ่มเอในกลุ่มผู้ที่ได้รับวัคซีนเมนิไนเจตีสเอ (MenAfriVac) คาดว่าช่วยชีวิตได้ 142,000 คน หลีกเลี่ยงความพิการถาวรได้ 284,000 คน และป้องกันคนมากกว่าหนึ่งล้านไม่ให้ป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบในหนึ่งทศวรรษ ตลอดจนสายพานโรคนี้ในทวีปแอฟริกาที่มีการระบาดอย่างหนักของโรคนี้ได้แก่ บุร์กินาฟาโซ ชาด เอธิโอเปีย มาลี ไนเจอร์ไนจีเรีย และซูดาน

**ปัจจัยสำเร็จ:** การมีพันธมิตรที่สร้างสรรค์ การใช้นวัตกรรมทางเทคโนโลยี การดำเนินงานที่ครอบคลุมกว้างขวาง การเฝ้าระวังมากขึ้น การมีพันธมิตรสัญญา ร่วมกันระหว่างพันธมิตรที่หลากหลาย โครงสร้างและวิสัยทัศน์ของโครงการ

**การเงินการคลัง:** เงิน 87 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ จากมูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์ สำหรับโครงการวัคซีนโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เงิน 262 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ จากกาวิ (Gavi) องค์การพันธมิตรด้านวัคซีน มีการสนับสนุนเพิ่มเติมจากองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา (United States Agency for International Development / USAID) และมูลนิธิเดลล์ (Dell Foundation) รัฐบาลของบุร์กินาฟาโซ มาลี และไนเจอร์ยังได้จัดตั้งกองทุนกระจายวัคซีนภายในประเทศของตน ประมาณการได้ว่าสามารถประหยัดเงินได้ 350 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ในเจ็ดประเทศที่มีการระบาดสูงในช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2563 อัตราส่วนความคุ้มค่าอยู่ที่ 96.36 เหรียญสหรัฐฯ ต่อการหลีกเลี่ยงความสูญเสียปี สุขภาวะ

**ขนาดของโครงการ:** กว่า 217 ล้านคนได้รับวัคซีน (พ.ศ. 2553 - 2557)

คลื่นของโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบได้กวาดพาดผ่าน 26 ประเทศของแอฟริกาจากภาคตะวันตกของเซเนกัลถึงภาคตะวันออกของเอธิโอเปีย ทุก 5 ถึง 14 ปี กระทั่งเป็นสายพานของโรคนี้ โรคนี้วินิจฉัยได้ยากและฆ่าคนได้เร็ว จึงเป็นโรคที่น่ากลัวที่สุดโรคหนึ่งในแอฟริกา การติดเชื้อโรคนี้จะทำให้เยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังบริเวณคอของบวมขึ้นและปวด อาการโดยทั่วไปคือ มีไข้ ปวดหัว คอแข็ง แต่สัญญาณเหล่านี้มักถูกมองข้าม หรือตีความผิดๆ ได้ แต่บางทีก็ไม่ปรากฏให้เห็น บ่อยครั้งผู้ได้รับเชื้อ โดยเฉพาะทารกและเด็กเล็กที่ยังแข็งแรง นอนหลับไม่ตื่น<sup>1</sup> ถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ได้รับเชื้อมากกว่าร้อยละ 80 จะเสียชีวิต และแม้ได้รับการรักษาแต่ได้รับยาไม่ครอบคลุม ผู้ได้รับเชื้อประมาณร้อยละ 5 ถึง 10 ก็ยังเสียชีวิต ส่วนใหญ่เสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหลังแสดงอาการ

การระบาดของโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบเป็นช่วงๆ เช่นนี้ นับเป็นเรื่องท้าทายประการหนึ่งสำหรับภูมิภาคที่ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่แล้วเป็นพื้นฐาน ด้วยต้องเผชิญกับความยากจน ความไม่มั่นคงทางอาหาร ความเสี่ยงทางภูมิอากาศ และปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ผลกระทบต่อสังคมและ

ปัจเจกนั้นใหญ่หลวงมาก มีคนไข้ล้นโรงพยาบาล เด็กๆ ล้มตายมากมาย ในขณะที่เงินจุนเจือครอบครัวที่ขาดแคลนอยู่แล้วก็ต้องนำมาใช้รักษาจนหมดตัว

สาเหตุที่สำคัญของการระบาดเกิดจากเชื้อเมนิไนโกคอคคัลเมนิไนเจตีสกลุ่มเอ (group A meningococcal meningitis) หรือ เมนิไนเจตีสเอ (meningitis A) ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียตระกูลนีสซีเรีย เมนิไนเจตีส เซโรกรุ๊ปเอ (Neisseria meningitidis serogroup A) เชื้อฆาตกรนี้แฝงอยู่ตามช่องคอและโพรงจมูก แพร่กระจายผ่านการจาม ไอและการสัมผัสโดยตรง ในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการผลิตวัคซีนชื่อ เมนิไนเจตีสเอ (MenAfriVac) และวางตลาดโดยตั้งราคาพิเศษสำหรับประชากรชาวแอฟริกาที่ยากจน ถือเป็นวัคซีนตัวแรกที่ต่อสู้กับฆาตกรเก่าแก่นี้ได้ผล<sup>2</sup>

ไม่นานภายหลังจากที่วัคซีนนี้ได้รับการพัฒนา ได้มีการกระจายวัคซีนในประเทศต่างๆ ตลอดจนสายพานโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ การรณรงค์ให้ได้รับวัคซีนเริ่มในปี พ.ศ. 2553 ที่ประเทศบุร์กินาฟาโซ มาลี และไนเจอร์ ต่อด้วยการรณรงค์ที่ประเทศคาเมรูน ชาด และไนจีเรีย

การกระจายวัคซีนให้ทั่วทั้งหมด 26 ประเทศ ในสายพานโรคนี้เสร็จสิ้น สมบูรณ์ภายในปี พ.ศ. 2559 ผลลัพธ์ชัดเจนนั่นคือ การเกิดโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบลดลงอย่างชวบชาบและไม่มีรายงานโรคในพื้นที่รณรงค์การได้รับวัคซีน ในไม่ช้าหายนะจากโรคนี้คงในอดีตจะหมดสิ้นไป

**ความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เอ**

มีรายงานผู้ป่วยโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบกว่าหนึ่งล้านรายในแอฟริกา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ร้อยละ 80 ถึง 85 เกิดจากเชื้อแบคทีเรียเมนิงโกคอคคัสเซโรไทป์เอ<sup>3</sup> การระบาดรุนแรงหลายครั้ง ส่งผลกระทบต่อประชาชนสูงถึง 1 ใน 100<sup>4</sup> ช่วงปี พ.ศ. 2539 - 40 ซึ่งมีการระบาดกว้างขวางที่สุด โดยมีคนที่ป่วยด้วยโรคนี้กว่า 250,000 คน ถูกคร่าชีวิตไป 25,000 ราย โรคนี้มีอุบัติการณ์สูงสุดในสายพานเจ็ดประเทศซึ่งมีประชากรรวมประมาณ 240 ล้านคน (ดูภาพที่ 1)

แม้ว่าการใช้ยาปฏิชีวนะในทันทีจะรักษาโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เอได้ แต่การติดเชื้อที่แม่ได้รับการรักษาสามารถส่งผลกระทบ ต่อเนื่องในระยะยาว ผู้รอดชีวิตจำนวนมากถึงร้อยละ 20 ต้องอยู่อย่างพิการถาวร เช่น เป็นโรคลมชัก หูหนวก สมองพิการ อัมพาต หรือต้องตัดอวัยวะบางส่วนออก ผู้ได้รับผลกระทบเหล่านี้ต้องถูกทอดทิ้ง ผู้เคราะห์ร้ายรายหนึ่งกล่าวว่า “คนมักคิดว่าผมเป็นบ้า เหมือนกับเราไม่มีตัวตนอีกต่อไปแล้ว”<sup>5</sup> ผู้เคราะห์ร้ายส่วนใหญ่ทำงานไม่ได้

เจ็ดประเทศที่มีการระบาดสูงเป็นประเทศที่ยากจนขั้นขั้นคน ประชากรยังชีพด้วยการทำนาทำไร่เพื่อเอาชีวิตรอดไปวันๆ<sup>6</sup> เมื่อโรคนี้ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวออกไปทำการเพาะปลูกไม่ได้ ปริมาณอาหารบนโต๊ะก็ลดลง การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยก่อให้เกิดความเครียดสูง ในประเทศกานา ครวเรือนต้องสูญเสียวันทำงานโดยเฉลี่ย 29 วันต่อคนที่ป่วยด้วยโรคนี้หนึ่งราย<sup>7</sup> ในประเทศบูร์กินาฟาโซนั้น ครวเรือนต้องควักกระเป๋าจ่ายถึง 90 เหรียญสหรัฐฯ ต่อรายซึ่งมากกว่าหนึ่งในสามของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวในหนึ่งปี บางกรณี ผลแทรกซ้อนระยะยาวมีผลเพิ่มค่าใช้จ่ายถึงกว่า 150 เหรียญสหรัฐฯ ต่อราย<sup>8</sup> สำหรับครวเรือนที่หาเข้ากินค่าในภาวะปกติ ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ อาจทำให้การดูแลรักษาเป็นไปได้เลย

ภาพที่ 1. สายพานโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบของแอฟริกา



แหล่งข้อมูล: PATH / David Simpson: <http://www.path.org/menafrivac/meningitis-belt.php>.

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: ภาคน้ำใหม่ พัฒนาผลิตภัณฑ์ใหม่

การระบาดในปี พ.ศ. 2539 - 40 ที่ทำให้ผู้คนล้มตายเป็นจำนวนมาก สร้างความตระหนักว่า วิธีการจัดการโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบขณะนั้นไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รัฐบาลตอบโต้การระบาดโดยเร่งรีบให้รับวัคซีนพีเอส (reactive polysaccharide / PS) และยาปฏิชีวนะ (ช่วยชีวิตได้เพียงบางคน)<sup>9</sup> วัคซีนพีเอสมีข้อดีหลายประการกล่าวคือ ป้องกันโรคได้แค่สองถึงสามปี สร้างภูมิป้องกันแก่ทารกและเด็กเล็กได้น้อย ไม่สามารถป้องกันการแพร่เชื้อภายในประชากรทั่วไปได้ รวมทั้งมีราคาสูงเกินกว่าที่หลายประเทศจะจ่ายได้ ในปี พ.ศ. 2550 ประเทศบูร์กินาฟาโซใช้จ่ายเงินร้อยละ 5 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมดในการจัดการกับการระบาดด้วยวัคซีนพีเอส<sup>10</sup> ความที่ท้อแท้สิ้นหวังและประสงค์จะค้นหาวินัยการที่ดีกว่า ผู้นำด้านสุขภาพแห่งแอฟริกาจึงติดต่อขอความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลก (WHO)<sup>11</sup>

องค์การอนามัยโลก จึงทำการศึกษาว่า วัคซีนคอนจูเกต (conjugate vaccine) ที่ใหม่กว่าและดีกว่าจะใช้ได้ผลหรือไม่<sup>12</sup> เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าวัคซีนคอนจูเกตหลายชนิดทำงานได้ผลโดยการกระตุ้นภูมิคุ้มกันรวมทั้งมีฤทธิ์แรงกว่าและทนทานกว่าวัคซีนพีเอส วัคซีนคอนจูเกตชนิดหนึ่งที่ใช้ป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบสามารถขจัดโรคนี้ออกไปจากประเทศในยุโรปตะวันตก<sup>13</sup> การศึกษาของคณะกรรมการศึกษาความเป็นไปได้ขององค์การอนามัยโลกแนะนำว่า เส้นทางแห่งความสำเร็จในการผลิตวัคซีนคอนจูเกตสำหรับป้องกันโรคนี้อาจยาวไกล แต่คุ้มค่าต่อการรอคอย การพัฒนาอาจล่าช้าประมาณ 3 ถึง 7 ปี แต่เมื่อพัฒนาสำเร็จวัคซีนคอนจูเกตนี้อาจลดการติดเชื้อและการแพร่เชื้อได้อย่างหมดจดภายในระยะเวลา 10 ปี เป็นอย่างน้อย

เจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ภาคน้ำในการพัฒนาและการขนส่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาวัคซีนใหม่นี้<sup>14</sup> องค์การอนามัยโลกและองค์กรพัฒนาภาคเอกชนที่ชื่อ “พาท” (PATH) จึงขอเงินจำนวน 70 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จากมูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์ (Bill & Melinda Gates Foundation) เพื่อสร้างภาคน้ำที่แท้จริง ในปี พ.ศ. 2544 โครงการวัคซีนป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบหรือเอ็มวีพี (Meningitis Vaccine Project / MVP) จึงถือกำเนิดขึ้น โดยมุ่งพัฒนาทดสอบ มอบสิทธิในการผลิต และสนับสนุนการใช้วัคซีนคอนจูเกตราคาต่ำนี้เพื่อป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ

นอกจากผลงานดังกล่าว ภายใต้โครงการนี้ยังมีการส่งเสริมความร่วมมือที่เปิดกว้างและยืดหยุ่นระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้แก่ ศูนย์วิจัยและประเมินสารชีวภาพสังกัด อย.แห่งสหรัฐฯ (US Food and Drug Administration's Center for Biologics Evaluation and Research) ผู้ผลิตวัคซีนในประเทศอินเดีย สถาบันเซรัมแห่งอินเดีย บริษัทเทคโนโลยีชีวภาพสัญชาติดีที่ชื่อ SynCo Bio Partners และสถาบันมาตรฐานและการควบคุมด้านชีวภาพแห่งชาติของสหราชอาณาจักร<sup>15</sup>

ในช่วงแปดเดือนแรกของโครงการนี้ ผู้อำนวยการของภาคน้ำหนึ่ง คือ ดอกเตอร์มาร์ก ลาฟอรัซ (Dr. Marc LaForce) และผู้ร่วมงานเดินทางผ่านสายพานโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เพื่อศึกษาว่า “ลูกค้ำต้องทำอะไรและการขนส่งจริงควรเป็นอย่างไร”<sup>16</sup> พวกเขาได้หารือกับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพชาวแอฟริกันเพื่อประโยชน์ในการกำหนดราคาวัคซีนที่ผู้ซื้อสามารถ

จ่ายได้ และเพื่อประมาณการระดับความต้องการ รวมทั้งรับฟังข้อคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะของผลิตภัณฑ์เป้าหมาย ตลอดจนคุณลักษณะของวัคซีนด้วย<sup>17</sup>

ครั้นถึงปี พ.ศ. 2548 จึงมีผลิตภัณฑ์ที่มีความพร้อมสำหรับการทดสอบประสิทธิภาพและความปลอดภัย ผลที่ได้ในอีกสองสามปีถัดมาทำให้ผู้พัฒนาวัคซีนหายใจคล่องคอ วัคซีนใหม่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิผลสูงกว่าวัคซีนพีเอสที่ใช้อยู่ในขณะนั้น<sup>18</sup> ในปี พ.ศ. 2553 วัคซีนใหม่ซึ่งผู้ผลิตคือสถาบันเซรัมได้ให้ชื่อว่าเมนแอฟริวัค (MenAfriVac) เพื่อสะท้อนชื่อโรคเป้าหมายและประชากรเป้าหมาย ก็ได้รับอนุมัติดวงจากองค์การอนามัยโลกให้กระจายออกไปได้<sup>19</sup> ตราประทับจากองค์การอนามัยโลกถือเป็นการรับรองว่าวัคซีนมีความปลอดภัยและมีฤทธิ์สร้างภูมิคุ้มกันได้ องค์การต่างๆ ของสหประชาชาติ เช่น องค์การยูนิเซฟ (United Nations Children's Fund / UNICEF) ก็ได้รับไฟเขียวให้ซื้อและกระจายเมนแอฟริวัคในปริมาณมาก ไม่ช้าไม่นาน รัฐบาลอีกหลายประเทศก็ดำเนินการตาม แต่ความท้าทายข้างหน้าก็ยังคงน่ากลัว เพราะได้มีการประมาณการว่าจะต้องใช้วัคซีนนี้ถึง 25 ล้านโดสต่อปี เป็นเวลาสิบปี<sup>20</sup>

ผู้นำหลายคนในรัฐบาลของประเทศที่ได้รับผลกระทบพากันเครียดว่า พวกเขาไม่อาจซื้อวัคซีนนี้ได้ถ้ามันมีราคาเกินกว่าหนึ่งเหรียญสหรัฐต่อโดส “ขอรับรองว่าอย่าให้วัคซีนที่เราไม่มีกำลังซื้อเลย” แฮสเซน ฮดามู (Hassane Adamou) ปลัดกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไนเจอร์ กล่าวกับลาฟอรัซในปี พ.ศ. 2544<sup>21</sup> ท้ายที่สุดโครงการวัคซีนนี้ตั้งราคาสูงสุด 0.50 เหรียญสหรัฐต่อโดสเพื่อให้อุ่นใจว่าจะมีในการใช้วัคซีนนี้อย่างยั่งยืน ท้ายที่สุด สถาบันเซรัมก็ให้ราคาที่ต่ำกว่านั้น บริษัทจึงตกลงที่จะขายเมนแอฟริวัคที่ราคา 0.40 เหรียญสหรัฐต่อโดส โดยอาจมีการปรับเพิ่มบ้างในอนาคตตามภาวะอัตราเงินเฟ้อ<sup>22</sup>

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจากทั้งหมด 26 ประเทศในสายพานโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบได้ร่วมกันลงนามปฏิญญายาฮุนเด (Yaoundé Declaration) ณ เมืองหลวงของประเทศคาเมรูน เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 เพื่อสร้างความเป็นปึกแผ่นในพันธสัญญาที่จะจัดโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบเอาไว้หมดไป<sup>23</sup> ทั้งนี้ที่วัคซีนออกสู่ตลาด พวกเขาจึงพร้อมดำเนินการ

## ปฏิบัติการกระจายเมนแอฟริวัค

การกระจายเมนแอฟริวัคเริ่มในปี พ.ศ. 2553 การกำหนดว่าประเทศใดจะเป็นประเทศแรกนั้น คณะอนุกรรมการผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานองค์การอนามัยโลกภูมิภาคแอฟริกา และกาวิ (Gavi) พันธมิตรด้านวัคซีน ได้ร่วมกันประเมินภาวะโลก ความเสี่ยงต่อการระบาด และความพร้อมของประเทศนั้นๆ<sup>24</sup> โดยรัฐบาลของประเทศนั้นๆ จะต้องสัญญาว่าจะใช้เงินงบประมาณในประเทศของตนจำนวนครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการดำเนินการให้วัคซีนแก่ประชาชน<sup>25</sup>

บูร์กินาฟาโซที่ได้รับผลกระทบจากโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบมากที่สุด ได้รับการคัดเลือกให้เป็นประเทศแรกในการนำเมนแอฟริวัคสู่ประชาชน ยุทธศาสตร์สร้างภูมิคุ้มกันหมู่ การให้ภูมิคุ้มกัน

โรคแก่กลุ่มประชากรกลุ่มใหญ่ก่อน ในการรณรงค์ครั้งแรกจึงมุ่งเป้าไปที่ประชากรอายุต่ำกว่า 30 ปี หรือประมาณร้อยละ 70 ของประชากรทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุขใช้บุคลากรสาธารณสุขกว่า 10,000 คน กับผู้ควบคุมดูแลอีก 650 คน เข้าถึงตัวประชากรทั่วประเทศ โดยเริ่มที่เด็กนักเรียน พวกเขาประสบความสำเร็จในการให้วัคซีนแก่เด็กในบูริกินาฟาไซจำนวน 11 ล้านคน ภายในระยะเวลาเพียง 10 วัน ทันก่อนการเริ่มต้นฤดูแล้งของปี พ.ศ. 2554 อันถือเป็นการบรรลุเป้าหมายได้ทันเวลา เพราะการระบาดจะเริ่มในช่วงฤดูแล้ง ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน ซึ่งสภาพแวดล้อมจะรบกวนเมือกในลำคอและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ

การกระจายวัคซีนค่อยๆ แพร่ไปตามประเทศต่างๆ ในเขตพื้นที่สายพานโรค ต่อจากบูริกินาฟาไซก็คือมาลีและไนเจอร์ ตามด้วยชาด คามารูน และไนจีเรีย<sup>26</sup> มีการรณรงค์พิเศษที่เจาะกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น กลุ่มคนจรจัดและกลุ่มผู้ลี้ภัย บางครั้งการให้เมนออฟริวด์ก็บูรณาการร่วมไปกับการรณรงค์ให้วัคซีนอื่นๆ ครั้นสิ้นสุดปี พ.ศ. 2557 ประชาชนกว่า 217 ล้านคน ใน 15 ประเทศ ก็ได้รับวัคซีนชนิดนี้

แผนการสื่อสารที่รอบคอบครบถ้วนและการรณรงค์ที่จริงจังและเข้มแข็งช่วยเอื้อให้การให้เมนออฟริวด์ประสบความสำเร็จ ประเทศบูริกินาฟาไซพยายามสื่อสารตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2550 เพื่อให้สาธารณชนได้รับรู้ว่าวัคซีนป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบชนิดใหม่กำลังออกสู่ตลาด การสื่อสารทำอย่างเข้มข้นมากในช่วงสองสามเดือนก่อนการรณรงค์ มีการใช้ทั้งผู้ข่าวประกาศและอาสาสมัครในระดับชุมชนให้เข้าถึงประชาชนอย่างแท้จริง วันที่ 1 ธันวาคม หรือห้าวันก่อนการให้เมนออฟริวด์เป็นครั้งแรก สื่อแขนงต่างๆ ปลูกประชาชนให้รับรู้ว่าจะมีวัคซีนที่รอคอยมาแล้ว และเน้นย้ำว่า อวสานของการระบาดด้วยโรคนี้อาจมาถึงแล้ว

การติดตามความก้าวหน้าในตอนนั้นมุ่งไปที่ความสำเร็จของการรณรงค์ ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งโครงการ เอ็มวีพีได้ทำงานอย่างใกล้ชิดกับรัฐบาลต่างๆ ของแต่ละประเทศเพื่อหนุนเสริมการติดตามและหนุนเสริมศักยภาพของห้องปฏิบัติการ ครั้นถึงปี พ.ศ. 2546 ศูนย์เฝ้าระวังโรครวม (Multi-Disease Surveillance Center) ที่ตั้งอยู่ในอัวกาตูกู (Ouagadougou) เมืองหลวงของบูริกินาฟาไซก็จัดทำรายงานการเฝ้าระวังโรคนี้ทุกสัปดาห์ ซึ่งเป็นรายงานการแพร่ระบาดของโรคนี้ทั่วทั้งภูมิภาค<sup>27</sup>

ทารกที่อยู่ในประเทศเขตพื้นที่สายพานโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบได้รับวัคซีนกระตุ้นเมื่อต้นปี พ.ศ. 2558 อันเป็นจุดที่องค์การอนามัยโลกสามารถควบคุมคุณภาพสูตรของวัคซีนขนาดต่ำสำหรับทารกได้สำเร็จ ผลสำเร็จนี้ส่งผลให้ผู้กำหนดนโยบายตัดสินใจบรรจุเมนออฟริวด์เข้าในตารางการกระตุ้นภูมิคุ้มกันขององค์การอนามัยโลกด้วย<sup>28</sup>

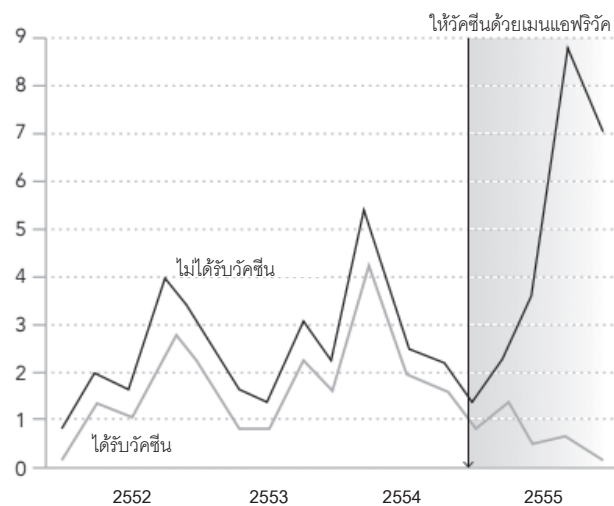
## ผลลัพธ์ตอบแทน: ภูมิคุ้มกันเข้าแทนการติดเชื้อ

เมนออฟริวด์สามารถป้องกันการเกิดโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบและยับยั้งการแพร่เชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรค トラบาจนขณะนี้ ยังไม่มีรายงานการเกิดโรคแม้แต่รายเดียวในจำนวนคน 153 ล้านคนที่ได้รับเมนออฟริวด์หนึ่งโดสภายใต้เอ็มวีพี<sup>29</sup> ในบางประเทศ อัตราการติดเชื้อลดลงในทันทีเมื่อเริ่มให้วัคซีน<sup>30</sup> อีกทั้งวัคซีนนี้ยังเร่งให้เกิดแนวโน้มเชิงบวกอย่างไม่น่าเชื่อ (ดูกล่อง 1)

ประเทศบูริกินาฟาไซเพียง 1 ปี หลังจากการให้วัคซีนขนานใหญ่ก็ไม่พบผู้ป่วยโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบเลย ทั้งยังไม่มีรายงานการระบาดของโรคในระดับท้องถิ่น<sup>31</sup> และในระหว่างช่วงฤดูการระบาดของปี พ.ศ. 2556 องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่า ในประเทศ แดบสายพานโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบนั้น พบจำนวนคนไข้ที่แพทย์สงสัยว่าติดเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มเดียวกันในระดับต่ำสุดในรอบทศวรรษ<sup>32</sup>

อีกหนึ่งบทพิสูจน์ประสิทธิผลของวัคซีนนี้มาจากประเทศชาด (Chad) การศึกษาในปี พ.ศ. 2556 พบว่า เมนออฟริวด์ มีเพียงหยุดยั้งโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เอ แต่ยังคงการแพร่เชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคนี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>33</sup> ไม่มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เอ ในพื้นที่เป้าหมายที่มีการรณรงค์ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบทุกชนิดได้ลดลงอย่างไม่น่าเชื่อในสามอำเภอที่มีการบูรณาการวัคซีนขณะที่การแพร่ระบาดในที่อื่นยังไม่ลดลง ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ระหว่างสองพื้นที่มีความต่างกันอย่างไม่น่าเชื่อถึงร้อยละ 94 (ดูภาพที่ 2)

ภาพที่ 2. อุตบัติการณ์การเกิดโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบในประเทศชาด พ.ศ. 2552 - 2555 (จำนวนผู้ป่วยต่อแสนประชากรในหนึ่งสัปดาห์)



แหล่งข้อมูล: Daugla et al. (2014).

## กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

องค์การอนามัยโลกอนุมัติให้ใช้เมนแอฟริควัด เพราะมันมีความปลอดภัยและมีฤทธิ์กระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันได้ การศึกษาต่อมาในประเทศบูร์กินาฟาโซก็ช่วยยืนยันประสิทธิผล<sup>35</sup> ทีมวิจัยใช้ข้อมูลเผ่าละวัชระดับชาติในการคำนวณอัตราการเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบและอัตราตายทั้งก่อนการให้วัคซีนและหลังการให้วัคซีนนี้หนึ่งปี โนวาก (Novak) และผู้ร่วมงานคำนวณไว้ว่า ความเสี่ยงในการเกิดโรคนี้ลดลงร้อยละ 71 และความตายลดลงร้อยละ 64 เป็นผลจากการรณรงค์ให้ประชาชนได้รับวัคซีน โดยถึงแม้จะเป็นการศึกษาแบบสังเกตการณ์ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยที่น่าจะเป็นจะต่ำกว่าจำนวนจริงในปี ที่มีการระบาดต่ำสุด แต่ผลที่ออกมาก็แสดงว่าวัคซีนนี้ใช้ได้ผล และการลดลงนี้มิใช่เป็นเพราะความผันผวนโดยธรรมชาติของการเกิดโรค

ในปี พ.ศ. 2556 มีการศึกษาครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลกระทบของเมนแอฟริควัดในพื้นที่สามภูมิภาคของประเทศชาด โดยใช้ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบทั้งก่อน

และหลังการให้วัคซีน และพบว่า เมนแอฟริควัดหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคนี้ได้สำเร็จ<sup>36</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษาในชาติและในบูร์กินาฟาโซไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างการเลือกพื้นที่ที่ทำการศึกษา ข้อค้นพบจึงอาจเกิดจากความแตกต่างในการจัดระบบที่ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคแตกต่างกัน การศึกษาต่อมาของดอกลา (Daugla) และคณะที่จัดซื้อวัคซีนนี้ออกไปก็ให้ผลแนวโน้มที่คล้ายกัน ทั้งในพื้นที่ที่ให้และไม่ให้วัคซีน

ดอกลาและผู้ร่วมงานชี้ว่า ข้อค้นพบของคณะเกี่ยวกับผลกระทบของวัคซีนในประเทศชาดนั้นค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริงด้วยเหตุผลสองประการ ประการแรก พื้นที่ที่ได้รับเมนแอฟริควัดมีความได้เปรียบ เนื่องจากมีการเผ่าละวัชมากกว่าพื้นที่ที่ไม่ได้รับวัคซีน ดังนั้นพื้นที่ที่ได้รับวัคซีนจึงมีโอกาสตรวจพบผู้ป่วยมากกว่าประการที่สอง การให้วัคซีนก่อนหน้านั้นในพื้นที่ควบคุมมีผลทำให้โรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบลดลงอยู่แล้ว ความแตกต่างของสิ่งที่ได้จากสังเกตการณ์ในสองพื้นที่จึงลดลง

ผลกระทบทางบวกเพิ่มเติมคือ ในเจ็ดประเทศที่มีการระบาดของโรคนี้สูงนั้น คาดว่า เมนแอฟริควัดช่วยให้อัตราชีวิต 142,000 คน เลี่ยงความพิการถาวร 284,000 คน และป้องกันไม่ให้เป็นโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบได้กว่าหนึ่งล้านคนภายในระยะเวลาสิบปี<sup>34</sup> ทั้งยังนับเป็นโชคดีที่ขณะที่กำลังเขียนบทความนี้ก็ยังไม่มียางานผลข้างเคียงของวัคซีน

## ประโยชน์ที่ได้รับเกิดจากการลงทุนเท่าใด?

การนำวัคซีนสำหรับมนุษย์เข้าสู่ตลาดนั้น โดยทั่วไปต้องใช้เงินลงทุนระหว่าง 200 - 900 ล้านดอลลาร์สหรัฐ แต่เมนแอฟริควัดได้รับการพัฒนาขึ้นด้วยเงินจำนวนน้อยกว่าหนึ่งในห้า คือเพียง 70 ล้านดอลลาร์สหรัฐ<sup>37</sup> อีกทั้งการรณรงค์ให้วัคซีนหมู่ก็ถูกจำกัดค่าใช้จ่ายไว้ที่ประมาณ 1.40 เหรียญสหรัฐต่อคน ซึ่งรวมค่าวัคซีน ค่าวัสดุที่ต้องใช้ในการฉีด ค่าใช้จ่ายในโครงสร้างพื้นฐาน และค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการปฏิบัติงานแล้ว<sup>38</sup>

เอ็มวีพีเริ่มต้นให้ทุน 70 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการพัฒนาวัคซีนและค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ต่อมามูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์มอบให้อีก 17 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อใช้ในการทดลองทางคลินิกสำหรับวัคซีนทารกและเพื่อใช้ในการศึกษาช่วงระยะเวลาที่ป้องกันโรคได้ภายหลังจากฉีดวัคซีนนี้หนึ่งครั้ง USAID และมูลนิธิเดลล์ร่วมสมทบทุนด้วย สามประเทศแรกที่เริ่มให้เมนแอฟริควัดแก่ประชาชน ได้แก่ บูร์กินาฟาโซ มาลี และไนเจอร์ ได้ร่วมสนับสนุนทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานกระจายวัคซีนสู่ประชาชนรวมถึง Gavi ซึ่งเป็นพันธมิตรด้านวัคซีน ก็ได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับประเทศที่เหลือ<sup>39</sup>

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 Gavi ได้ตกลงให้เงินจำนวน 262 ล้านดอลลาร์สหรัฐ สนับสนุนการรณรงค์กำจัดโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบในแอฟริกา ซึ่งเพียงพอต่อกิจการของประเทศที่ได้รับผลกระทบ เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2556 มี 12 ประเทศเริ่มรณรงค์การให้เมนแอฟริควัด ครอบคลุมปี พ.ศ. 2559 คาดว่ายังมีอีก 14 ประเทศที่จะดำเนินการให้วัคซีนนี้แก่ประชาชนด้วยการสนับสนุนจาก Gavi การสนับสนุนเงินทุนเพิ่มเติมสำหรับการรณรงค์ให้วัคซีนในประชาชนกลุ่มใหญ่จะยังคงมีอยู่บนพื้นฐานความต้องการของประเทศนั้น<sup>40</sup>

ในการคำนวณตัวเลขให้แก่ *หลายล้านชีวิตรอด* ทีมนักวิจัยได้ประมาณการว่า วัคซีนนี้ได้ป้องกันชาวชาดจำนวน 12,469 คน ให้รอดพ้นจากความตาย หมายถึงสามารถหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะ (DALYs) ได้ 875,844 ภายในเวลาสามปี ที่ทำการศึกษาคือปี พ.ศ. 2553 ถึง 2556<sup>41</sup> การคำนวณนี้ช่วยชี้ให้เห็นว่า เมนแอฟริควัดสามารถหลีกเลี่ยงการสูญเสียหนึ่งปี สุขภาวะด้วยเงินเพียง 96.36 เหรียญสหรัฐ ช่วยยืนยันว่าค่าใช้จ่ายอันน้อยนิดนี้สามารถช่วยแลกกับผลกระทบสุขภาพที่กว้างใหญ่ได้ เท่ากับสะท้อนว่าวัคซีนนี้มีคุณค่าสูง การประมาณการที่ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า การให้เมนแอฟริควัดแบบปฐมผลให้เกิดภูมิคุ้มกันเป็นกลุ่มใหญ่ (herd immunity) ช่วยยับยั้งการแพร่เชื้อโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ อันเป็นคุณประโยชน์ที่ไม่ได้รับจากวัคซีนพีเอส อีงานวิจัยประมาณการว่าการให้เมนแอฟริควัดสามารถประหยัดเงินได้อย่างน้อย 350 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ตลอดทศวรรษในเจ็ดประเทศที่มีการระบาดของโรคนี้สูง เหตุที่ประหยัดได้มากนี้ เนื่องจากไม่ต้องซื้อและกระจายวัคซีนพีเอสอย่างต่อเนื่องอีกต่อไป<sup>42</sup>

## กฎแห่งความสำเร็จ

ความสำเร็จของเอ็มวีพีเกิดจากหลายองค์ประกอบที่สำคัญ บางขณะก็เป็นโชคแต่หลายขณะก็เป็นเพราะมิตรไมตรีที่มีต่อกัน การมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ นวัตกรรมทางเทคโนโลยี ความครอบคลุมอย่างกว้างขวาง และการเฝ้าระวังอย่างเข้มแข็ง ทั้งหมดนี้เป็นรากฐานที่ทำให้วัคซีนนี้ประสบความสำเร็จ ความเป็นผู้นำของรัฐบาลต่างๆ ในแอฟริกา รวมถึงปัญญาญาณ การได้รับทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และการประกาศต่อสื่อมวลชนอย่างสม่ำเสมอ ทั้งหมดล้วนมีความสำคัญ

วิสัยทัศน์ที่ทันสมัยของเอ็มวีพีเป็นพื้นฐานที่ทำให้การพัฒนาวัคซีนประสบความสำเร็จ โดยในระยะแรกได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์ และ Gavi โครงสร้างภาคีเครือข่ายของเอ็มวีพีที่มีความยืดหยุ่นช่วยหนุนเสริมความร่วมมือกันและทำให้เกิดความไว้วางใจกันระหว่างภาคีต่างๆ<sup>43</sup> ผู้อำนวยการฝ่ายพันธมิตร คือ ลาฟอร์ซ (LaForce) กล่าวว่า “การเยี่ยมเยียนประเทศภายใต้โครงการในช่วงแรกๆ เป็นไปอย่างสร้างสรรค์ และส่งเสริมการมุ่งเน้นความเท่าเทียมกันมากกว่าการมุ่งเน้นความสำเร็จ”<sup>44</sup>

เอ็มวีพีได้พิสูจน์ให้เห็นว่า ความร่วมมือกันระหว่างรัฐกับเอกชนมีความสำคัญ และสามารถนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ได้ในที่สุด<sup>45</sup> เมื่อบริษัทยาใหญ่ได้แสดงออกชัดเจนว่า ไม่มีความสนใจที่จะพัฒนาวัคซีนคอนจูเกตสำหรับป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบเอที่มีสนราคาไม่เกิน 2 เหรียญสหรัฐต่อโดส<sup>46</sup> เอ็มวีพีจึงได้เชิญบริษัทเล็กๆ เข้ามาร่วมเป็นภาคีในคณะกรรมการเครือข่ายความร่วมมือเพื่อพัฒนาวัคซีนนี้ เมนแอฟริคจึงถือเป็นวัคซีนรายแรกที่ได้รับการพัฒนาจากบริษัทยาเล็กๆ ที่ไม่โด่งดัง<sup>47</sup> บริษัทเล็กๆ เหล่านี้ก็พลอยได้รับโชคไปด้วยผลตอบแทนที่คุ้มค่า แต่เอ็มวีพีก็ยังคงตั้งราคาของวัคซีนนี้อย่างเหนียวแน่นที่เพดานไม่เกิน 0.50 เหรียญสหรัฐต่อโดส เพราะราคาที่สูงกว่านี้จะทำให้วัคซีนนี้ไม่เป็นประโยชน์ต่อรัฐบาลต่างๆ ในแอฟริกา บทเรียนอันชัดเจนนี้เป็นไปตามที่ลาฟอร์ซกล่าวว่า “ถ้าคุณสนองตอบตามที่เขาต้องการด้วยราคาที่เหมาะสม คุณก็มีโอกาสสำเร็จ”<sup>48</sup>

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

สัญญาณทั้งหมดพุ่งตรงไปที่อวสานของโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เอ ในภูมิภาคที่ได้รับผลกระทบสาหัสที่สุดของโลก การควบคุมโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เอ ให้ประสบผลสำเร็จในอนาคตขึ้นอยู่กับดูแลประเทศให้ปลอดภัยและให้ทุนในการผลิตวัคซีนรุ่นใหม่ๆ ออกมาพร้อมๆ กับเมนแอฟริคสูตรตำรับทารก การพัฒนาเริ่มต้นอย่างมีความหวังในปี พ.ศ. 2558 เมื่อองค์การอนามัยโลกเปิดประตูรับเมนแอฟริคเข้าเป็นส่วนหนึ่งในโครงการภูมิคุ้มกันพื้นฐานระดับประเทศ<sup>49</sup>

ช่วงระยะเวลาที่วัคซีนจะยังให้ผลคุ้มกันในกรป้องกัน ยังคงสังเกตเห็นได้ ผู้บริหารหวังว่า มันจะป้องกันการระบาดในอนาคต แต่ก็กังวลว่า สายพันธุ์อื่นจะโผล่ขึ้นมาหลังจากมีการกำจัดโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เอ ได้เรียบร้อยแล้ว มีเพียงเวลาและการเฝ้าระวังที่จะให้คำตอบได้

ในขณะเดียวกัน การศึกษาเมื่อเร็วๆ นี้ในประเทศเบนิน (Benin) ชี้ว่า เมนแอฟริคคือวัคซีนป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบตัวแรกที่สามารถรักษาประสิทธิภาพของมันได้ในภูมิภาคที่มีอุณหภูมิอบอุ่น คงฤทธิ์ไว้ได้อย่างเต็มที่ภายในช่วงเวลาสั้นๆ โดยไม่ต้องแช่เย็นแม้ว่าจะมีอุณหภูมิสูงถึง 102° ฟาเรนไฮต์หรือร้อนกว่านี้<sup>50</sup> ด้วยเหตุนี้ การบริหารวัคซีนจึงไม่ต้องใช้ระบบขนส่งแบบห่วงโซ่ความเย็นที่ใช้กันแต่ดั้งเดิม จึงเท่ากับช่วยลดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการได้ถึงครึ่งหนึ่งเลยทีเดียว<sup>51</sup>

ถ้าการกระจายเมนแอฟริคยังคงเข้มแข็งและดำรงต่อเนื่องดังเช่นในปัจจุบัน การเข้าถึงวัคซีนและการป้องกันโรคนี้อย่างทั่วถึงก็จะเป็นความจริงได้ แต่ลาฟอร์ซมองไกลและหวังสูงกว่านั้น เขาคาดหวังว่าจะมีวัคซีนราคาไม่แพง ทนความร้อนได้สูง เป็นวัคซีนคอนจูเกตแบบเพนตะแวลันท์ (pentavalent) ซึ่งป้องกันโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบได้ทุกสายพันธุ์ในแอฟริกา<sup>52</sup> วัคซีนที่วางนี้อยู่ระหว่างการพัฒนา โดยจะเริ่มทดลองทางคลินิกในปี พ.ศ. 2559 การทำงานหนักอย่างต่อเนื่อง ความเสียสละผสมโชคอีกเล็กน้อย เช่นนี้ น่าจะช่วยให้แอฟริกาปลอดภัยจากโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบได้ในที่สุด

## อ้างอิง

Akweongo, Patricia, Maxwell A. Dalaba, Mary H. Hayden, Timothy Awine, Gertrude N. Nyaaba, Dominic Anaseba, Abraham Hodgson, Abdulai A. Forgor, and Rajul Pandya. 2013. “The Economic Burden of Meningitis to Households in Kassena - Nankana District of Northern Ghana.” PLoS ONE 8 (11). doi:10.1371/journal.pone.0079880.

André, F.E. 2002. “How the Research - Based Industry Approaches Vaccine Development and Establishes Priorities.” *Developments in Biologicals* 110: 25-29.

Bishai, David M., Claire Champion, Michael E. Steele, and Thompson Lindsay. 2011. “Product Development Partnerships Hit Their Stride: Lessons from Developing a Meningitis Vaccine for Africa.” *Health Affairs* 30 (6): 1058-64. doi:10.1377/hlthaff.2011.0295.

Boisier, P., H.B. Mainassara, F. Sidikou, S. Djibo, K.K. Kairo, and S. Chanteau. 2007. “Case - Fatality Ratio of Bacterial Meningitis in the African Meningitis Belt: We Can Do Better.” *Vaccine* 25 (Suppl 1): A24-29.

## อ้างอิง (ต่อ)

- Campbell, Helen, Ray Borrow, David Salisbury, and Elizabeth Miller. 2009. "Meningococcal C Conjugate Vaccine: The Experience in England and Wales." *Vaccine* 27 (Suppl 2): B20-29. doi:10.1016/j.vaccine.2009.04.067.
- Colombini, Anais, Fernand Bationo, Sylvie Zongo, Fatoumata Outtara, Ousmane Badolo, Philippe Jaillard, Emmanuel Seini, Bradford D. Gessner, and Alfred Da Silva. 2009. "Costs for Households and Community Perception of Meningitis Epidemics in Burkina Faso." *Clinical Infectious Diseases* 49 (10): 1520-25.
- Daugla, D.M., J.P. Gami, K. Gamougam, N. Naibej, L. Mbainadji, M. Narbé, J. Toralta, et al. 2014. "Effect of a Serogroup A Meningococcal Conjugate Vaccine (PsA-TT) on Serogroup A Meningococcal Meningitis and Carriage in Chad: A Community Study." *Lancet* 383 (9911): 40-47.
- De Wals, P., G. Deceuninck, N. Boulianne, and G. De Serres. 2004. "Effectiveness of a Mass Immunization Campaign Using Serogroup C Meningococcal Conjugate Vaccine." *JAMA* 292 (20): 2491-94. doi:10.1001/jama.292.20.2491.
- Djingarey, Mamoudou, Rodrigue Barry, Mete Bonkoungou, Sylvestre Tiendrebeogo, Rene Sebgo, Denis Kandolo, Clement Lingani, et al. 2012. "Effectively Introducing a New Meningococcal A Conjugate Vaccine in Africa: The Burkina Faso Experience." *Vaccine* 30 (Suppl 2): B40-45. doi:10.1016/j.vaccine.2011.12.073.
- Gordon, Rachel, John - Arne Røttingen, and Steven Hoffman. 2014. *The Meningitis Vaccine Project*. Cambridge, MA: Harvard Global Health Institute. [http://caseresources.hsph.harvard.edu/files/case/files/2014\\_meningitis\\_vaccine\\_project\\_0.pdf](http://caseresources.hsph.harvard.edu/files/case/files/2014_meningitis_vaccine_project_0.pdf).
- Grace, Cheri. 2010. *Product Development Partnerships (PDPs): Lessons from PDPs Established to Develop New Health Technologies for Neglected Diseases*. London: DFID Human Development Resource Centre. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/67678/lssns-pdps-estb-dev-new-hlth-tech-negl-diseases.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67678/lssns-pdps-estb-dev-new-hlth-tech-negl-diseases.pdf).
- Jódar, Luis, F. Marc LaForce, Costante Ceccarini, Teresa Aguado, and Dan M. Granoff. 2003. "Meningococcal Conjugate Vaccine for Africa: A Model for Development of New Vaccines for the Poorest Countries." *Lancet* 361 (9372): 1902-4. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13494-0.
- Kristiansen, Paul A., Fabien Diomandé, Absatou Ky Ba, Idrissa Sanou, Abdoul - Salam Ouédraogo, Rasmata Ouédraogo, Lassana Sangaré, et al. 2013. "Impact of the Serogroup A Meningococcal Conjugate Vaccine, MenAfriVac, on Carriage and Herd Immunity." *Clinical Infectious Diseases* 56 (3): 354-63. doi:10.1093/cid/cis892.
- Kshirsagar, Nilima, Naidu Mur, Urmila Thatte, Nithya Gogtay, Simonetta Viviani, Marie - Pierre Préziosi, Cheryl Elie, et al. 2007. "Safety, Immunogenicity, and Antibody Persistence of a New Meningococcal Group A Conjugate Vaccine in Healthy Indian Adults." *Vaccine* 25 (Suppl 1): A101-7. doi:10.1016/j.vaccine.2007.04.050.
- LaForce, F. Marc, and Jean - Marie Okwo - Bele. 2011. "Eliminating Epidemic Group A Meningococcal Meningitis in Africa through a New Vaccine." *Health Affairs* 30 (6): 1049-57. doi:10.1377/hlthaff.2011.0328.
- Lancet Infectious Diseases. 2011. "A Vaccine against Meningitis in Africa." *Lancet Infectious Diseases* 11 (1): 1. doi:10.1016/S1473-3099(10)70300-5.
- Lydon, Patrick, Simona Zipursky, Carole Tevi - Benissan, Mamoudou Harouna Djingarey, Placide Gbedonou, Brahim Oumar Youssouf, and Michel Zaffran. 2013. "Economic Benefits of Keeping Vaccines at Ambient Temperature during Mass Vaccination: The Case of Meningitis A Vaccine in Chad." *Bulletin of the World Health Organization* 92: 86-92. <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-123471/en/>.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost - Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- MVP (Meningitis Vaccine Project). 2015. WHO Surveillance Bulletins. Accessed August 5. <http://www.meningvax.org/epidemic-updates.php>.
- Novak, Ryan, Jean Ludovic Kambou, Fabien Diomandé, Tiga F. Tarbango, Rasmata Ouédraogo - Traoré, Clement Lingani, Stacey W. Martin, et al. 2012. "Serogroup A Meningococcal Conjugate Vaccination in Burkina Faso: Analysis of National Surveillance Data." *Lancet Infectious Diseases* 12 (10): 757-64.
- Romoser, Tracy. 2015. "Breaking the Paradigm: How an Essential Vaccine Was Fast - Tracked." *PATH blog*, January 8. <http://www.path.org/blog/2015/01/menafrivac-infant-prequal/>.
- Sow, Samba O., Brown J. Okoko, Aldiouma Diallo, Simonetta Viviani, Ray Borrow, George Carlone, Milagritos Tapia, et al. 2011. "Immunogenicity and Safety of a Meningococcal A Conjugate Vaccine in Africans." *New England Journal of Medicine* 364 (24): 2293-2304. doi:10.1056/NEJMoa1003812.
- Trotter, Caroline L., Nick J. Andrews, Edward B. Kaczmarski, Elizabeth Miller, and Mary E. Ramsay. 2004. "Effectiveness of Meningococcal Serogroup C Conjugate Vaccine 4 Years after Introduction." *Lancet* 364 (9431): 365-67. doi:10.1016/S0140-6736(04)16725-1.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2015. Human Development Index. Accessed November 10. <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>.
- WHO (World Health Organization). 2008. *Yaounde Declaration on Elimination of Meningococcal Meningitis Type A Epidemics as a Public Health Problem in Africa*. Geneva: WHO.



## อ้างอิง (ต่อ)

- . 2013. "Meningococcal Disease in Countries of the African Meningitis Belt, 2012: Emerging Needs and Future Perspectives." *Weekly Epidemiological Record* 88 (12): 129-36. <http://www.who.int/wer/2013/wer8812/en/>.
- Woods, C.W., G. Armstrong, S.O. Sackey, C. Tetteh, S. Bugri, B.A. Perkins, and N.E. Rosenstein. 2000. "Emergency Vaccination against Epidemic Meningitis in Ghana: Implications for the Control of Meningococcal Disease in West Africa." *Lancet* 355 (9197): 30-33.
- Zipursky, Simona, Mamoudou Harouna Djingarey, JeanClaude Lodjo, Laifoya Olodo, Sylvestre Tiendrebeogo, and Olivier Ronveaux. 2014. "Benefits of Using Vaccines Out of the Cold Chain: Delivering Meningitis A Vaccine in a Controlled Temperature Chain during the Mass Immunization Campaign in Benin." *Vaccine* 32 (13): 1431-35. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.038>.
- อ้างอิงท้ายเรื่อง**
1. Monique Berlier, personal communication with the author, August 6, 2014.
  2. LaForce and Okwo - Bele (2011).
  3. Meningococcal serotypes C, Y, and W135 cause 10-20 percent of cases along the meningitis belt (LaForce and Okwo - Bele 2011).
  4. Boisier et al. (2007).
  5. Monique Berlier, personal communication with the author, August 6, 2014.
  6. Data for 2012 (HDI 2015).
  7. Akweongo et al. (2013).
  8. Colombini et al. (2009).
  9. Woods et al. (2000).
  10. *Lancet Infectious Diseases* (2011).
  11. Djingarey et al. (2012).
  12. Polysaccharide vaccines are cheap but their protection is short - term and they don't kill asymptomatic throat infections. Conjugate vaccines join polysaccharides—sugar - like molecules from bacterial membranes—with proteins to stimulate enduring immune responses and remove asymptomatic infections.
  13. Campbell et al. (2009); Trotter et al. (2004); De Wals et al. (2004).
  14. Gordon, Røttingen, and Hoffman (2014).
  15. Bishai et al. (2011).
  16. Marc LaForce, personal communication with the author, September 2014; Bishai et al. (2011).
  17. Bishai et al. (2011).
  18. LaForce and Okwo - Bele (2011); Sow et al. (2011); Kshirsagar et al. (2007).
  19. Sow et al. (2011).
  20. Bishai et al. (2011).
  21. LaForce and Okwo - Bele (2011, 1051).
  22. LaForce and Okwo - Bele (2011).
  23. WHO (2008).
  24. Created in 2000, Gavi, the Vaccine Alliance (Gavi - alliance.org), is an innovative public - private partnership that was established with the mission of saving lives and protecting people's health by guaranteeing equal access to vaccines in poor countries.
  25. LaForce and Okwo - Bele (2011).
  26. Northern Nigeria was one of the areas where meningitis was hyperendemic. The other countries covered were Cameroon (2011), Chad (2011), Nigeria (2011), Benin (2012), Ghana (2012), Senegal (2012), Sudan (2012), the Gambia (2013), and Ethiopia (2013).
  27. MVP (2015).
  28. Romoser (2015).
  29. Gordon, Røttingen, and Hoffman (2014).
  30. Daugla et al. (2014).
  31. Novak et al. (2012); Kristiansen et al. (2013).
  32. Some countries have registered an increase in non - A serotypes (in particular W135 and X) as a result of strengthened surveillance (WHO 2013).
  33. Daugla et al. (2014).
  34. LaForce and Okwo - Bele (2011).
  35. Novak et al. (2012).
  36. Daugla et al. (2014).
  37. André (2002); LaForce and Okwo - Bele (2011).
  38. LaForce and Okwo - Bele (2011).
  39. Mamoudou Harouna Djingarey, personal communication with the author, November 2, 2014.
  40. Patience Musanhu, personal communication with the author, August 20, 2014.
  41. The estimation of the disease burden averted used the incidence of meningitis A in Chad, the under - 30 population, and the efficacy of the vaccine (Daugla et al. 2014). DALYs were calculated only for averted acute meningitis using WHO - recommended disability weights. The cost per person of the vaccine program comes from a study in Burkina Faso, Mali, and Niger (LaForce 2011). See Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
  42. LaForce and Okwo - Bele (2011).
  43. Bishai et al. (2011).
  44. Marc LaForce, personal communication with the author, September-November 2014.
  45. Grace (2010).
  46. Jódar et al. (2003).
  47. Marc LaForce, personal communication with the author, September-November 2014.
  48. Marc LaForce, personal communication with the author, September-November 2014.
  49. Romoser (2015).
  50. Zipursky et al. (2014).
  51. Lydon et al. (2013).
  52. Marc LaForce, personal communication with the author, September-November 2014.

## กรณีศึกษาที่ 2

### सानฝันให้เป็นจริง

#### โครงการรักษาด้วยยาต้านเรโทรไวรัสที่วบอตสวานา

(ต้นฉบับโดย Alix Beith)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตอยู่รอดรวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี จูงใจให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และลดจำนวนเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์

**ยุทธวิธี:** รัฐบาลให้บริการการรักษาฟรีด้วยยาต้านเรโทรไวรัส (antiretroviral therapy / ART) แก่พลเมืองที่เข้าเกณฑ์ทั่วประเทศเพื่อหยุดยั้งเชื้อเอชไอวี/เอดส์

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** การตายจากโรคเอดส์ลดลงจาก 21,000 รายในปี พ.ศ. 2546 เหลือเพียง 5,800 รายในปี พ.ศ. 2556 ส่วนใหญ่เนื่องจากการกระจายยาต้านเรโทรไวรัส ซึ่งประมาณการว่าหลีกเลี่ยงความตายได้ 144,000 ราย และหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะ (DALYs) ได้แปดล้านปี

**ปัจจัยสำเร็จ:** การมีพันธมิตรผู้นำทางเมืองและทางการคลังในระดับสูงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนของรัฐบาลบอตสวานา การรักษาฟรีที่จุดบริการที่ได้รับบริการจากยาต้านไวรัสฯ จากมูลนิธิเมอร์ค (Merck Foundation) การสนับสนุนด้านการเงินจากผู้บริจาคต่างๆ การลงทุนทางโครงสร้างพื้นฐานและการฝึกอบรม การกระจายยาต้านไวรัสฯ แบบไม่ได้รวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลางแต่เพียงแห่งเดียว

**การเงินการคลัง:** ค่าใช้จ่ายด้านเอดส์โดยรวม ทั้งจากต่างประเทศและจากงบประมาณของประเทศเท่ากับ 374 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ร้อยละ 68 มาจากรัฐบาลบอตสวานา) ในปี พ.ศ. 2554 และ 2555 อัตราความคุ้มค่าในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2553 ต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียหนึ่งปี สุขภาวะอยู่ที่ 475 เหรียญสหรัฐ

**ขนาดของโครงการ:** สามารถให้การรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัสฯ แก่ประชาชนจำนวน 223,974 คน หรือประมาณร้อยละ 87 ของประชากรที่ติดเชื้อ (ปี พ.ศ. 2556)

ในปี พ.ศ. 2543 ชาวบอตสวานาจำนวนมากมีนัดกันวันเสาร์เพื่อเข้าร่วมพิธีศพแสนเศร้าของเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ การสูญเสียไม่คาดฝันเหล่านี้ทำลายชุมชนของพวกเขา บ้านทอนกำลังของ คนวัยแรงงานที่กำลังสร้างผลผลิตได้ดีและทำให้เด็กหลายล้านคนเป็นกำพร้า แม้ว่าขณะนั้นประเทศกำลังอยู่ในฐานะมั่งคั่งแต่ก็เป็นเรื่องปกติที่จะเห็นผู้ป่วยใกล้ตายทั้งชายและหญิง ร่ายกายซูบผอมเหลือแต่หนังหุ้มกระดูก เดินโซเซเป็นระยะทางหลายไมล์ เพื่อระลึกถึงคนรักของพวกเขาในยามที่ยังมีชีวิต

การระบาดของเชื้อเอชไอวีในปี นั้นทำให้ทำนายได้ว่าชาวบอตสวานาอายุ 15 ปี จะตายเมื่ออายุได้ 48 ปี เทียบกับเมื่อทศวรรษก่อนหน้านั้นที่วัยรุ่นอายุเท่ากันมีอายุขัยถึง 65 ปี<sup>1</sup> เพียงปี พ.ศ. 2544 ปีเดียวมีประชาชนติดเชื้อเอชไอวีมากถึง 320,000 คน ในบอตสวานาหรือราวหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด<sup>2</sup> นอกจากความตายแล้ว เอชไอวียังคุกคามภาวะเศรษฐกิจและความก้าวหน้าทางสังคมอีกหลายทศวรรษของประเทศที่จัดว่ามั่งคั่งกว่าประเทศอื่นๆ ในแอฟริกาได้

แต่สำหรับผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ปี พ.ศ. 2545 ถือเป็นปีแห่งความหวัง เมื่อมีข่าวแพร่กระจายออกมาว่า รัฐบาลจะให้บริการฟรีสำหรับการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัสฯ ซึ่งเป็นยาสูตรผสมที่ควบคุมการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี ยาต้านฯ มีผลข้างเคียง คือทำให้ผู้ป่วยปวดหัวอย่างแรง บางครั้งก็ทำให้คลื่นไส้หรืออ่อนล้าสุดกำลัง แต่ถ้าผู้ป่วยกินยาเวลาเดียวกันทุกวัน เขาจะคืนสู่สภาพปกติภายในเวลาไม่กี่เดือน ภายในปี แรกของการเริ่มกินยาต้านฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กินยาได้ตามกำหนดจะแข็งแรงพอที่จะกลับไปทำงานตามปกติ ครั้นเวลาผ่านไป ความถี่ของงานศพก็ลดน้อยลง ชาวบอตสวานาค่อยๆ เรียกวันเสาร์ของพวกเขากลับคืนมาได้

รัฐบาลบอตสวานากลายเป็นแอฟริกันชาติแรกที่ให้การรักษาดูแลด้วยยาต้านฯ แก่ประชาชนของตนทุกคนที่ติดเชื้อ และเพื่อยกระดับระบบสาธารณสุขให้ทำงานได้เต็มที่ รัฐบาลบอตสวานาได้จัดสรรเงินงบประมาณ บุคลากร และทรัพยากรต่างๆ เพื่อการนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้เริ่มกินยาที่ช่วยให้มีชีวิตรอดและให้ได้กินยานั้นต่อเนื่องต่อไป เมื่อเวลาผ่านไปกว่าหนึ่งทศวรรษ บอตสวานาก็สยบปัญหานี้ได้อย่างรวดเร็วและช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างแข็งแรง

## ความสูญเสียเนื่องมาจากโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี

นับถึงปี พ.ศ. 2544 ประชาชนทั่วโลกทั้งเด็กและผู้ใหญ่วัยรวมเกือบ 30 ล้านคน ติดเชื้อเอชไอวี สองในสามของจำนวนนี้อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศใต้ทะเลทรายสะฮาราในทวีปแอฟริกา (sub-Saharan Africa)<sup>3</sup> โรคเอดส์โจมตีและฆ่าเสาหลักของชุมชนในแถบนี้ เช่น พ่อแม่ของเด็กเล็กๆ บุคลากรสาธารณสุข และครู ถึงปี พ.ศ. 2547 โรคนี้ได้ทำให้เด็กแอฟริกันจำนวน 12.3 ล้านคนเป็นกำพร้า<sup>4</sup>

แม้จะทำให้เกิดการสูญเสียอย่างใหญ่หลวง แต่การติดเชื้อเอชไอวีก็ใช่ว่าจะต้องหมายถึงการตายเสมอไป การวางตลาดยาต้านฯ สูตรผสมอย่างแพร่หลายช่วงกลางทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ทำให้อัตราการตายด้วยโรคเอดส์ลดลงอย่างมากในประเทศที่มีรายได้สูงเป็นส่วนใหญ่และในบางประเทศที่มีรายได้ปานกลาง สำหรับประเทศที่เข้าถึงยากลำบาก ได้มากเป็นพิเศษและมีระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง เอชไอวีก็กลายเป็นโรคเรื้อรังที่ ‘เอาอยู่’ อย่างไรก็ตาม ประชาชนที่มีเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงยาต้านฯ

ในปี พ.ศ. 2509 เมื่อบอตสวานาได้รับอิสรภาพจากสหราชอาณาจักรนั้น ประเทศนี้เป็นหนึ่งในประเทศที่ยากจนที่สุดในทวีปแอฟริกา แต่ภายหลังจากที่มีการขุดพบเพชรจำนวนมากภายในปี พ.ศ. 2510 ทำให้ประเทศนี้มีการเติบโตด้านทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องหลายทศวรรษ<sup>5</sup> กลางทศวรรษที่ 1990 บอตสวานามีประชาธิปไตยที่มั่นคงและแบ่งปันผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (gross domestic product : GDP) ต่อหัวเกือบเท่ากับ 3,000 เหรียญสหรัฐ จึงเป็นหนึ่งในบรรดาประเทศที่มีเศรษฐกิจเข้มแข็งที่สุดและมีการจัดการที่ดีที่สุดในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

บอตสวานามีผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2528 15 ปี ต่อมา เอชไอวีก็ระบาดคุกคามทั่วประเทศจนเศรษฐกิจของประเทศต้องหยุดชะงัก<sup>6</sup> ในปี พ.ศ. 2544 มีชาวบอตสวานาเสียชีวิต 18,000 ราย ด้วยโรคเอดส์ ไม่น่าเชื่อว่ามีชาวบอตสวานาถึง 320,000 คน หรือเกือบร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดติดเชื้อเอชไอวี<sup>7</sup> เด็กหญิงและสาววัยรุ่นต้องแบกรับความเสี่ยงอย่างมาก ในปี พ.ศ. 2547 ผู้หญิงกลุ่มนี้ได้รับการตรวจว่ามีเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ชายในกลุ่มเดียวกันถึงสามเท่า<sup>8</sup> อัตราส่วนเพศหญิงที่ลดลงอย่างผิดปกติสะท้อนว่า เด็กหญิงและผู้หญิงมีความเปราะบางกว่า ทั้งในด้านชีวภาพและด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งถูกซ้ำเติมด้วยมาตรฐานทางสังคมที่เพศหญิงถูกเลือกปฏิบัติ หญิงวัยรุ่นมักมีความสัมพันธ์กับชายหลายคน และเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์กับชายอายุมากกว่า จึงเพิ่มโอกาสการสัมผัสเชื้อเอชไอวี<sup>9</sup>

### ขับเคลื่อนแนวคิดที่ดีสู่การปฏิบัติ:

#### บอตสวานาประกาศสู่ เพื่อต่อต้าน “การสูญเสียพันธุ์”

ในปี พ.ศ. 2544 นายเฟสตุส โมเก (Festus Mogae) ประธานาธิบดีแห่งประเทศบอตสวานา เห็นข้อความคำเตือนบนกำแพงว่า: “บอตสวานากำลังจะสูญพันธุ์” จึงประกาศต่อสู้กับเอชไอวีโดยจัดให้เป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นของชาติ<sup>10</sup> เป็นคำประกาศที่เน้นย้ำจริงจังมาก ในขณะที่ผู้นำอีก

หลายประเทศทั่วโลกยังคงปฏิเสธที่จะต่อสู้กับเอชไอวี เห็นได้ชัดเจนสุดคือประเทศเพื่อนบ้านที่ทรงอิทธิพลด้านเศรษฐกิจอย่างเช่นประเทศแอฟริกาใต้

คำประกาศของประธานาธิบดีโมเกส่งผลให้เกิดการตื่นตัวทั่วโลกในสองทศวรรษถัดมา ในที่สุดก็มีการจ่ายยาในระดับประเทศ ทั้งนี้ ต้องขอบคุณโครงการเร่งการเข้าถึง (Accelerating Access Initiative) ที่ช่วยเพิ่มแรงกดดันต่อบริษัทยาักษ์ใหญ่ให้ทำวิจัยค้นคว้าหายามาต่อสู้กับโรคเอดส์ และช่วยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ในด้านภูมิทัศน์ของโรคเอดส์ โครงการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีประสบความสำเร็จมากขึ้นเรื่อยๆ ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง รวมถึงบราซิล ไทย เซเนกัล แซมเบีย อุกันดา และอีกหลายประเทศ<sup>11</sup>

บริษัทผู้ผลิตยาของรัฐบาลที่ประกาศจะแก้ไขปัญหาเร่งด่วนนี้ ได้ขอความช่วยเหลือด้านการเงินจากผู้ใจบุญและนักธุรกิจ และเมื่อการรักษาเพื่อช่วยชีวิตกลายเป็นเรื่องวาระสำคัญเช่นนี้ เจ้าหน้าที่รัฐจึงหันมาประสานความร่วมมือกับบริษัทยาข้ามชาติอย่างบริษัทเมอร์ค (Merck) รวมทั้งมูลนิธิเมอร์ค (Merck Foundation) และมูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์ (Bill & Melinda Gates Foundation) รัฐบาลและบริษัทเมอร์ครวมถึงอีกสองมูลนิธิดังกล่าวได้ร่วมกันริเริ่มโครงการความร่วมมือแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ อย่างรอบด้านแก่ชาวแอฟริกัน (African Comprehensive HIV/AIDS Partnership: ACHAP) นอกจากจะช่วยชาวบอตสวานาที่มีเชื้อเอชไอวีแล้ว มูลนิธิทั้งสองยังมีเป้าหมายกว้างกว่านั้น คือการพิสูจน์แนวคิดที่ว่า การดำเนินงานอย่างรอบด้าน ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ จะมีประสิทธิผลในระดับชาติหรือไม่ ในการแก้ปัญหาวิกฤตเอดส์และช่วยให้ประชาชนมีชีวิตรอดแม้แต่ชาวแอฟริกันที่ยากจนสุด<sup>12</sup> ความที่มีประชาชนติดเชื้อเอชไอวีสูง มีผู้นำที่จริงจังกับการแก้ปัญหาและมีการขยายประชาธิปไตยที่มั่นคง บอตสวานาจึงเป็นประเทศหนึ่งที่พร้อมจะประสบความสำเร็จ

ในปี พ.ศ. 2543 หน่วยประสานงานด้านเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Coordinating Agency: NACA) ของรัฐบาลนี้ได้ดำเนินยุทธศาสตร์เอชไอวี/เอดส์อย่างรอบด้าน รวมถึงการขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการให้การรักษาย่างทั่วถึง เมื่อรัฐบาลตัดสินใจกำหนดให้การรักษาด้านยาต้านฯ อย่างทั่วถึงเป็นยุทธศาสตร์หลัก บริษัทเมอร์คก็ตกลงบริจาคยาให้ฟรีโดยไม่มีค่าใช้จ่ายปี พ.ศ. 2545 บอตสวานาก็พร้อมเริ่มโครงการที่ทำหายนี้

### ปฏิบัติการโครงการให้การรักษาด้านยาต้านฯ ของรัฐบาล

รัฐบาลตั้งชื่อโครงการเอชไอวีใหม่นี้ว่า “มาซา” (Masa) เป็นภาษาเซตสวานา (Setswana) ซึ่งเป็นหนึ่งในภาษาบันตู (Bantu languages) ที่ใช้พูดกันในประเทศบอตสวานา แปลว่า “รุ่งอรุณครั้งใหม่” โครงการนี้เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2545 โดยจ่ายยาต้านฯ ให้แก่ผู้ที่เข้าเกณฑ์ทุกคน รัฐบาลใช้วิธีการดูระบบภูมิคุ้มกันว่าทำงานดีหรือไม่โดยอาศัยจำนวนเซลล์ซีดีโฟร์ (CD4+ count) (เซลล์ชนิดหนึ่งในระบบภูมิคุ้มกัน) เป็นมาตรวัดความเหมาะสมของประชาชนที่จะได้รับการรักษาภายใต้โครงการระดับชาติ

การติดตามจำนวนไวรัสในเลือด (viral load) ของแต่ละบุคคล เป็นอีกวิธีหนึ่งที่บ่งบอกการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย<sup>13</sup> ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านพีไรในตอนเริ่มต้นโครงการนั้น จะต้องมีค่าซีดีโฟร์ตั้งแต่ 200 ลงมาและผู้ที่มีอาการป่วยสัมพันธ์กับเอดส์อย่างชัดเจน

ในปี พ.ศ. 2545 โครงการนี้เปิดดำเนินงานในเขตเมือง 4 ศูนย์ทั่วประเทศ คือ กาบอโรน(Gaborone) ฟรานซิสทาวน์ (Francistown) มาอัน (Maun) และเซโรเว(Serowe) แม้จะผิดหวังต่อผลความครอบคลุมในช่วงต้น คือเมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2545 นั้น มีผู้ติดเชื้อเพียง 3,500 ราย มาขึ้นทะเบียนในโครงการซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ 19,000 ราย ค่อนข้างมาก แต่ความครอบคลุมการได้รับยาต้านฯ ก็สูงขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยการกระจายยาทั่วประเทศในอีกสองปี ถัดมา

ในปี พ.ศ. 2547 โรงพยาบาลปรินเซสมารีนาในเมืองกาบอโรน (Princess Marina Hospital) กลายเป็นแหล่งให้บริการยาต้านฯ ที่ใหญ่ที่สุดเพียงแห่งเดียวในแอฟริกา ต่อมาโครงการนี้ได้ขยายออกสู่โรงพยาบาลระดับอำเภอทุกแห่ง สุกท้ายก็ขยายสู่คลินิกสาขาทั่วประเทศ ประมาณกลางปี พ.ศ. 2548 เกินกว่าครึ่งของประชากรที่มีสิทธิ คือ 43,000 ราย ได้เข้ามาใช้ประโยชน์จากโครงการมาซา<sup>14</sup> เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2556 โครงการรักษาด้วยยาต้านฯ ของประเทศก็ครอบคลุมประชาชนได้มากกว่า 220,000 คน หรือประมาณร้อยละ 87 ของผู้มีสิทธิทั้งหมด<sup>15</sup>

เพื่อให้การตรวจหาผู้ติดเชื้อเร็วขึ้น รัฐบาลยังกระตุ้นนโยบายขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีนั้น ช่วงแรกใช้ระบบ “ตั้งรับ” คือประชาชนเป็นฝ่ายร้องขอตรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ในปี พ.ศ. 2547 รัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นระบบ “เชิงรุก” ซึ่งผู้ให้บริการเป็นฝ่ายเสนอให้ผู้ใช้บริการทุกคนเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และถือเป็นกิจวัตรประจำที่ต้องเสนอเมื่อมีผู้มาใช้บริการที่หน่วยงานนั้นๆ นับเป็นอีกครั้งที่ประธานาธิบดีโมเกแสดงภาวะผู้นำและแสดงความจริงจังต่อเรื่องนี้โดยประกาศต่อสาธารณะเกี่ยวกับนโยบายการเปลี่ยนแปลงระบบการตรวจนี้ รวมทั้งได้รับการตรวจหาเอชไอวีโดยออกอากาศสดทางโทรทัศน์ด้วย<sup>16</sup> นโยบายใหม่เชิงรุกนี้ได้พิสูจน์ประสิทธิผลเป็นอย่างดี ในปี พ.ศ. 2548 ประชาชนจำนวน 178,000 คนได้รับการเสนอให้ตรวจฯ ในงานกิจวัตรประจำของหน่วยงานเมื่อมีผู้มาใช้บริการ ร้อยละ 89 ตกลงเข้ารับการตรวจฯ<sup>17</sup>

ในปี พ.ศ. 2551 คุณสมบัตินี้ของผู้ที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาต้านฯ ขยายขึ้น คือเกณฑ์บุคคลที่มีค่าซีดีโฟร์ตั้งแต่ 250 ลงไป ในปี พ.ศ. 2555 ก็ขยายเป็นตั้งแต่ 350 ลงไป<sup>18</sup> การเปลี่ยนแปลงแต่ละครั้งส่งผลให้รัฐบาลขยายการเข้าถึงยาต้านฯ กว้างขึ้น ทำให้ประชากรเป้าหมายรูดมากขึ้น และมีสุขภาพที่ดีขึ้น

การตรวจหาการติดเชื้อฯ ที่เพิ่มขึ้นและการกระจายยาต้านฯ ลงไปถึงระดับคลินิกในท้องถิ่นทำให้การครอบคลุมการรักษาสูงขึ้นมาก ถึงกระนั้น รัฐบาลก็ยังริเริ่มทำความร่วมมือกับภาคเอกชนในประเทศ ในการตรวจหาการติดเชื้อฯ และให้บริการยาต้านฯ ในปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 14 ของผู้มีสิทธิได้ไปใช้บริการการรักษาด้วยยาต้านของภาคเอกชนดังกล่าว<sup>19</sup>

ในระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนแปลงสูตรการให้ยาต้านฯ ของรัฐบาลด้วย ในที่สุด ยาที่มีประสิทธิผลสูงกว่าและมีผลข้างเคียงน้อยกว่าก็เข้ามาสู่ตลาดแทนที่ยารุ่นก่อนๆ<sup>20</sup> อีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ต้องเปลี่ยนเป็นยาใหม่คือ มีหลักฐานเพิ่มขึ้นว่า เชื้อเอชไอวีสามารถพัฒนาตัวเองให้ดื้อยาต้านฯ ได้ ทำให้อายุทางเลือกลำดับแรกไม่มีประสิทธิผล (ยาทางเลือกลำดับแรกคือยาที่ถูกเลือกใช้ในขั้นแรกของการรักษาโรค ยาทางเลือกลำดับรองคือยาที่ถูกเลือกใช้เมื่อใช้ยาลำดับแรกไม่ได้ผล)<sup>21</sup> ประมาณปี พ.ศ. 2553 ชาวบอตสวานาบางคนไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านฯ สูตรหลัก ต่อมาบริษัทเมอร์คได้ปรับราคาขายยาต้านฯ ทางเลือกแก่ผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องใช้ยาลำดับรอง<sup>22</sup>

แม้ว่าระบบสาธารณสุขของบอตสวานาจะค่อนข้างแข็งแกร่ง แต่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ระบบมีความแข็งแกร่งยิ่งขึ้นก็มีความจำเป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รู้วิธีบริหารยาต้านฯ มีจำนวนน้อย การอบรมจึงมีความสำคัญเป็นลำดับแรก กระทรวงสาธารณสุข โครงการ ACHAP และภาคีนานาชาติร่วมกันคัดเลือกและอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลากหลายวิชาชีพเป็นการเฉพาะ มีทั้งแพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ช่วงปี แรกๆ ของโครงการนั้น ผู้เชี่ยวชาญในประเทศได้ร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันเอดส์แห่งฮาร์วาร์ด (Harvard AIDS Institute) และคณาจารย์ทางคลินิกจากต่างประเทศในการแนะนำยาต้านฯ หลักที่ใช้อยู่และยาใหม่ รวมถึงแนะนำวิธีการจัดการผู้ป่วยด้วย อาจารย์เหล่านี้เป็นผู้เชี่ยวชาญระดับนานาชาติจากยุโรปและสหรัฐอเมริกาที่เดินทางมาบอตสวานาเพื่ออบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเฉพาะ

สำหรับโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขนั้น รัฐบาลและภาคีต่างๆ ได้ร่วมกันก่อตั้งศูนย์รักษาพยาบาลและทรัพยากร ห้องปฏิบัติการสำหรับตรวจสอบทั่วไปและตรวจสอบเฉพาะ และเครือข่ายสาขาที่เป็นแหล่งจำหน่ายยาต้านฯ องค์ประกอบสำคัญสำหรับการติดตามผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพก็คือ การจัดหาและกระจายเครื่องมือสำหรับตรวจหาค่าซีดีโฟร์และจำนวนเชื้อไวรัส (viral loads) ทั่วประเทศจำนวนยารักษาฯ และแหล่งจำหน่ายยาฯ ส่วนอื่นๆ ที่สำคัญคือระบบจัดการผู้ป่วยด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ที่คอยติดตามการกินยาของผู้ป่วยและผลที่ไม่พึงประสงค์ของยา

### ผลลัพธ์ตอบแทน: ชีวิตยืนยาวขึ้น แข็งแรงขึ้น

การตายอันเนื่องมาจากเอดส์ในประเทศบอตสวานาลดลงฮวบฮาบ จาก 21,000 รายในปี พ.ศ. 2546 ลดลงเหลือ 5,800 รายในปี พ.ศ. 2556<sup>23</sup> มีหลายการศึกษาที่ติดตามผลการให้ยาต้านฯ ระดับชาติของโครงการนี้ ในการลดอัตราการตายและผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่างๆ ทุกการศึกษาชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการกระจายการรักษาด้วยยาต้านฯ กับการตายอันเนื่องมาจากเอดส์ที่ลดลง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาเหล่านี้ได้จากการสังเกตมากกว่าการทดลอง จึงยังมีข้อจำกัดในการยืนยันเหตุและผล (ดูกล่อง 1)<sup>24</sup>

ความกังวลในช่วงต้นที่ว่าประชาชนในประเทศที่มีรายได้ต่ำและในประเทศที่มีรายได้ปานกลางจะไม่สามารถรับการรักษาด้วยยาต้านฯ ได้

อย่างต่อเนื่องนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นในบอตสวานา อันที่แท้จริงแล้วการได้รับยาต้านฯ อย่างถูกต้องและต่อเนื่องในบอตสวานามีอัตราสูงกว่าในสหรัฐฯ เสียอีก ในปี แรกๆ ของโครงการ ผู้ป่วยบอตสวานาประมาณร้อยละ 85 - 90 ใช้ยาต้านฯ ได้อย่างต่อเนื่อง (เทียบกับร้อยละ 70 ในสหรัฐฯ) อัตราการได้รับยาที่บอตสวานานี้ยังรักษาระดับสูงอยู่ต่อไป<sup>25</sup> ผลคือ ประชาชนส่วนใหญ่ที่เข้ามาในโครงการยังคงมีชีวิตอยู่และมีสุขภาพแข็งแรงดี ในปี พ.ศ. 2553 อัตราตายต่อปี ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ค่าเฉลี่ยของซีดีโฟร์ก็สูงขึ้นคงที่ในแต่ละเดือนหลังการรักษาด้วยยาต้านฯ<sup>26</sup>

โครงการมาซาการะกระจายการรักษาฟรีด้วยความเป็นธรรม ก่อนที่จะเริ่มโครงการสาธารณสุขนี้ มีชาวบอตสวานาที่ร่ำรวยจำนวนน้อยเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านฯ การขยายการให้บริการอย่างครอบคลุมทั่วประเทศนั้นหมายถึงว่า ผู้อาศัยอยู่ในประเทศที่เข้าเกณฑ์ทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาฟรีตลอดชีวิต การขยายเกณฑ์คุณสมบัติในภายหลังก็ทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในการรักษาด้วยยาต้านฯ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมยังไม่ทั่วถึงอย่างแท้จริง หลังจากที่มีการเพิ่มขึ้นของความครอบคลุมนั้นเข้าสู่จุดคงที่ สัดส่วนของผู้มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฯ ก็ลดลงจากร้อยละ 96 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 87 ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งแปลว่ามีผู้ได้รับยาต้านฯ น้อยกว่าร้อยละ 70 ของชาวบอตสวานาที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด<sup>27</sup> เหตุที่กลุ่มคนที่จำเป็นต้องใช้ยาต้านฯ ยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ก็เพราะความพยายามในการดำเนินงานป้องกันโรคเริ่มอ่อนกำลังลง เป็นที่น่าเศร้าว่าประชาชนอีกจำนวนมากที่มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการติดเชื้อ ได้แก่ หญิงบริการทางเพศและชายที่มี

เพศสัมพันธ์กับชายยังไม่เข้าถึงโครงการป้องกันฯ ได้เต็มที่<sup>28</sup> กฎหมายของบอตสวานาที่ห้ามการมีเพศสัมพันธ์ในเพศเดียวกันยิ่งทำให้การเข้าถึงคนกลุ่มหลังลำบากยิ่ง ตราบาปของการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายด้วยกันทำให้ชายจำนวนมากถอยห่างจากบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม กลุ่มนี้เป็นเพียงกลุ่มหนึ่งเท่านั้นที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี<sup>29</sup>

## ประโยชน์ที่ได้รับนั้นต้องลงทุนไปเท่าใด

ปี พ.ศ. 2555 ค่าใช้จ่ายทั้งหมดต่อปี เกี่ยวกับเอชไอวีและเอ็ดส์ของบอตสวานาและอยู่ที่ 374 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ร้อยละ 68 ของค่าใช้จ่ายนี้ รัฐบาลจ่ายเองและเป็นจำนวนเงินที่ประเทศได้ชำระอาพอจะจ่ายได้ แต่ก็เป็นเรื่องท้าทายความยั่งยืนหากจะใช้ทรัพยากรของรัฐบาลเพียงลำพัง<sup>33</sup> มูลนิธิบิลล์แอนด์เมลินดาเกตส์ สนับสนุน 50 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และมูลนิธิเมอร์ค สนับสนุนอีก 56.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เพื่อให้รัฐบาลริเริ่มและดำเนินโครงการต่อไปได้ สองมูลนิธินี้ยังเพิ่มการสนับสนุนให้อีกมูลนิธิละ 30 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี พ.ศ. 2553 ส่วนที่เหลือได้มาจากแหล่งเงินทุนนานาชาติรวมถึงแผนงานฉุกเฉินแห่งประธานาธิบดีเพื่อบรรเทาสถานการณ์เอ็ดส์ (President's Emergency Plan for AIDS Relief: PEPFAR) และกองทุนโลกเพื่อขจัดเอ็ดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)

ในปี พ.ศ. 2557 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับโครงการรักษาด้วยยาต้านฯ แห่งชาติอยู่ที่ 480 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ต่อหนึ่งคน<sup>34</sup> ผู้ติดเชื้อฯ มักปรากฏตัวต่อเมื่อมีอาการหนักแล้ว การรักษาผู้ป่วยเหล่านี้จึงใช้

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

แม้โครงการรักษาด้วยยาต้านฯ ของบอตสวานาจะไม่มีพื้นที่ที่เป็นกลุ่มควบคุมสำหรับเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน แต่ด้วยความที่เป็นโครงการครอบคลุมกว้างใหญ่ มีการให้บริการทางคลินิกที่มีคุณภาพสูง และพบอัตราการตายจากเอ็ดส์ลดลงทั่วประเทศภายหลังการดำเนินโครงการ จึงอาจกล่าวได้ว่า โครงการนี้มีผลกระทบเชิงบวกด้านสุขภาพอย่างชัดเจน มีการศึกษาสามเรื่องที่ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างการกระจายยาต้านฯ กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพในบอตสวานา โดยเฉพาะการลดความตายอันเนื่องมาจากเอ็ดส์

สโตเวอร์และคณะ (Stover and others)<sup>30</sup> ใช้ข้อมูลการเฝ้าระวัง การสำรวจ และข้อมูลของโครงการในการประมาณผลการกระจายการรักษาด้วยยาต้านฯ ข้อค้นพบคือ ยิ่งกระจายความครอบคลุมการรักษา ได้มาก จำนวนการตายต่อปี จากเอ็ดส์ยิ่งลดลง จากกว่า 15,500 รายในปี พ.ศ. 2546 ลดลงเหลือน้อยกว่า 7,400 รายในปี พ.ศ. 2551 การศึกษานี้ยังสรุปเพิ่มเติมอีกว่าโครงการกระจายการรักษาฯ ช่วยให้มีชีวิตรอดประมาณ 53,000 รายระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึงปี พ.ศ. 2550 บุสส์แมนและคณะ (Bussmann and others)<sup>31</sup> ได้ประเมินผลระยะยาว (ห้าปี) เพื่อ

ดูผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มแรกจำนวน 633 คน ที่ได้รับยาต้านฯ ในประเทศนี้ พวกเขาพบว่าผู้ป่วยกินยาตามที่แนะนำได้ดีมาก และการรักษานี้ช่วยเพิ่มค่าซีดีโฟร์และลดจำนวนไวรัสลงโดยตลอด ส่งผลให้อัตราตายที่ลดลงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่รอดชีวิตจนเข้าสู่ปีที่สองของการรักษา อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดเนื่องด้วยเป็นการศึกษาแบบสังเกตการณ์ และเป็นการศึกษาในประชากรกลุ่มเล็ก

ในระยะต่อมา ฟาราฮานีและคณะ (Farahani and colleagues)<sup>32</sup> ทำการศึกษาวิเคราะห์อัตราตายที่ลดลงจากโครงการนี้ระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2553 พบว่าความตายต่อปี ในกลุ่มที่เข้าโครงการลดลงเรื่อยมา จากร้อยละ 63 ของผู้ป่วยกลุ่มแรกจำนวน 140 คน ในปี พ.ศ. 2545 ลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2553 (ผู้เข้าโครงการไม่จำเป็นต้องได้รับยาทุกราย) ข้อจำกัดของการศึกษาที่สำคัญคือไม่มีกลุ่มควบคุมสำหรับเปรียบเทียบ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังไม่สามารถติดตามผู้ป่วยจำนวนหนึ่งได้คิดเป็นร้อยละ 12 ถ้าการประมาณการความตายในกลุ่มนี้สูงหรือต่ำเกินไป ก็เท่ากับว่า การประมาณอัตราตายนี้ไม่เที่ยงตรง

เงินมากกว่าที่วางแผนไว้แต่แรกอย่างมาก คาดว่าค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งคนจะสูงขึ้นเป็น 600 เหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2573 สาเหตุหลักเนื่องมาจากมีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านฯ ลำดับสองและสามมากขึ้น เพราะเชื้อไวรัสที่ติดต่อยาด้านฯ ลำดับแรกมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ทีมนักวิจัยที่ประเมินความคุ้มค่าของโครงการที่ให้การรักษานี้ และเป็นผู้ประเมินให้แก่ *หลายล้านชีวิตรอด* ได้ใช้ตัวเลขประมาณการการติดเชื้ออย่างง่ายๆ ในการประเมิน ผลการวิเคราะห์ชี้ว่า การตายที่ลดลงนั้นหมายถึงประชาชนหลุดพ้นจากความตายได้ถึงเกือบ 144,000 คน ซึ่งแปลว่าสามารถหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้กว่าแปดล้านปี เมื่อเปรียบเทียบการประมาณการนี้กับตัวเลขประมาณการของรัฐบาลที่เป็นค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยต่อปี จึงคำนวณอัตราส่วนความคุ้มค่าได้ว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2553 นั้น ต้องใช้เงินจำนวน 475 เหรียญสหรัฐ จึงจะหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้หนึ่งปี ตัวเลขนี้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำที่เทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัว (GDP per capita) ซึ่งสำหรับบอตสวานาแล้ว มีค่าเท่ากับ 7,734 เหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2554<sup>35</sup>

## กฎแห่งความสำเร็จ

ความสำเร็จของโครงการรักษาด้วยยาด้านฯ ในระดับชาตินี้เกิดจากภาวะผู้นำเข้มแข็ง ความต่อเนื่องยั่งยืนของพันธสัญญาทางการเมือง การสนับสนุนทางการเงิน การลงทุนด้านทรัพยากรมนุษย์และด้านการให้บริการ และการหนุนเสริมด้วยการเพิ่มการตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อ ความเป็นผู้นำที่จริงจังของประธานาธิบดีโมเกทาให้บอตสวานามีการลงทุนระยะยาวในโครงการนี้ ถือเป็นสัญญาณที่เป็นรูปธรรมของพันธสัญญาที่ดำเนินการจริงจัง ในขณะที่ภาวะเศรษฐกิจที่เข้มแข็งของประเทศก็ส่งผลต่อการดำเนินงานตามข้อผูกมัดนั้น

โครงการรักษาด้วยยาด้านฯ นี้ประสบความสำเร็จได้เพราะเครือข่ายที่เข้มแข็งของบอตสวานา ทั้งคลินิกรัฐและโรงพยาบาลรัฐที่ดำเนินงานอยู่ในระบบสาธารณสุขปกติ<sup>36</sup> อย่างไรก็ตาม รัฐบาลยังต้องตื่นตัวต่อผู้ที่มีความขาดแคลนทรัพยากรทั้งในด้านบุคลากรและด้านอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการหนุนเสริมให้การรักษาด้านฯ เป็นไปโดยกว้างขวางและมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบร่วมของโครงสร้างพื้นฐานใหม่ การกระจายอำนาจการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การแบ่งเบาภาระงาน (มอบงานบางส่วนให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญน้อยกว่า) และการอบรมที่เข้มข้น เหล่านี้ช่วยเติมเต็มช่องว่างของการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี โครงสร้างพื้นฐานใหม่และการกระจายอำนาจการตรวจทางห้องปฏิบัติการทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไกลเพื่อไปรับการรักษา การแบ่งเบาภาระงาน การอบรม และการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคเอกชน ส่งผลในการเพิ่มจำนวนหน่วยให้บริการการรักษาด้านฯ เพิ่มจำนวนผู้ดูแลให้การรักษามีคุณภาพและมีความรู้จริง และลดเวลาการรอคอยเพื่อเริ่มการรักษา<sup>37</sup> การเตรียมกำลังคนในประเทศของบอตสวานาช่วงปี แรกๆ นั้น รัฐบาลคัดเลือกผู้ให้บริการจากประเทศคิวบา อินเดียนและประเทศใกล้เคียงในทวีปแอฟริกา ความพยายามเหล่านี้ทำให้การติดตามจำนวนไวรัสในกระแสโลหิตของผู้ป่วยมีความเป็นไปได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มโครงการเป็นความโดดเด่นเมื่อเทียบกับโครงการอื่นในแอฟริกาขณะนั้น และเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การขับเคลื่อนโครงการมาซาประสบความสำเร็จ<sup>38</sup>

การกินยาด้านฯ อย่างสม่ำเสมอทำให้ชาวบอตสวานาที่ติดเชื้อมีสุขภาพแข็งแรง การให้คำปรึกษาช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่ใช้ยาด้านฯ ค้นหา “เพื่อน” ที่จะคอยเตือนกัน และใช้คอมพิวเตอร์ในการติดตามการกินยาอย่างสม่ำเสมอ<sup>39</sup> การจ่ายยาด้านฯ ให้ผู้ป่วยคราวละหนึ่งเดือนยังทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ เจ้าหน้าที่ฯ จึงมีโอกาสต่อยอดให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการกินยาอย่างสม่ำเสมอว่าจะช่วยให้เชื้อไวรัสไม่มารายกแล้ว<sup>40</sup> สำหรับข้อจำกัดด้านกำลังคนของบอตสวานานั้น การยืดเวลาระหว่างการนัดแต่ละครั้งสำหรับผู้รับการตรวจแล้วพบเชื้อไวรัสต่ำมาก ก็ช่วยแก้ปัญหาได้อีกทางหนึ่ง<sup>41</sup>

คนที่เป็โรคเอดส์มักจะถูกสังคมตราหน้าว่ามีมลทิน คนจำนวนมากจึงหลีกเลี่ยงการถูกตรวจหาเชื้อฯ กว่าผู้ติดเชื้อฯ จะเข้ารับการรักษาก็ต่อเมื่อมีอาการป่วยมากแล้ว<sup>42</sup> รัฐบาลบอตสวานาเป็นผู้ดำเนินการต่อสู้กับมลทินทางสังคมนี้ด้วยการส่งเสริมให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี การตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นการสร้างวงจรแห่งความดีงาม เพราะเมื่อคนได้เรียนรู้ภาวะของตนเองมากขึ้น ทศนคติด้านลบของสังคมต่อผู้ติดเชื้อฯ ก็จะเปลี่ยนไป

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

นอกจากความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจและความมั่นคงทางการเมืองที่เหนือกว่าประเทศใกล้เคียงแล้ว บอตสวานายังแตกต่างจากประเทศเพื่อนบ้านโดยส่วนใหญ่ในประเด็นสำคัญอื่นๆ ในช่วงปีแรกๆ ของโครงการมาซา ผู้นำด้านการแก้ปัญหาเอดส์บางท่านกล่าวว่า ความล้มเหลวในบอตสวานาจะทำให้ประเทศที่ยากจนกว่า หรือมีความมั่นคงน้อยกว่าไม่กล้าดำเนินโครงการรักษาด้านฯ แต่ปรากฏว่าได้ผลตรงกันข้าม ความครอบคลุมของโครงการมีการขยายตัวออกไป พิสูจน์ให้เห็นว่าข้อกังวลนั้นผิดถนัด

แม้บอตสวานาจะมีความแตกต่างจากประเทศอื่นๆ แต่ผลกระทบของโครงการความร่วมมือแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์อย่างรอบด้านแก่ชาวแอฟริกัน (ACHAP) ที่แพร่ไปทั่วโลกนั้นยิ่งใหญ่มาก หัวหน้าแผนงานฉุกเฉินแห่งประธานาธิบดีเพื่อบรรเทาสถานการณ์เอดส์ (PEPFAR) ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2552 น.มาร์ค ไดบูล (Dr. Mark Dybul) กล่าวไว้ว่า “เพพฟาร์ (PEPFAR) ใช้บอตสวานา (ACHAP) เป็นหนึ่งในรูปแบบตัวอย่างที่ดีสำหรับศึกษาว่าจะต้องเตรียมโครงการอย่างไรก่อนจะเริ่มดำเนินโครงการ ถ้าไม่มีบอตสวานา ก็ไม่มีข้อมูลสำหรับเสนอเพพฟาร์”<sup>43</sup> นอกจากนี้ การที่โครงการนี้ใช้มาตรการเชิงรุกที่ผู้ให้บริการเป็นผู้เสนอผู้รับบริการทุกรายให้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ก็ถือว่าโครงการดังกล่าวเป็นผู้บุกเบิกมาตรการนี้ โดยต่อมาโครงการร่วมแห่งสหประชาชาติด้านเอชไอวี/เอดส์ (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS) ก็รับมาตรการนี้เป็นนโยบายหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ประกาศนโยบายในปี พ.ศ. 2547 เสนอให้ผู้ให้บริการเป็นฝ่ายเริ่มชักชวนให้มีการตรวจหาเชื้อฯ ในผู้รับบริการที่ไม่แสดงอาการ “โดยกระทำในสถานบริการระดับชุมชนที่มีความพร้อมด้านคลินิก ในพื้นที่ที่มีภาระระบาดของเชื้อเอชไอวีและมีบริการการรักษาด้านไวรัสเรโทร”<sup>44</sup> “บอตสวานาเป็นผู้บุกเบิกมาตรการนั้นและขยายไปทั่วโลก” เป็นคำพูดยืนยันของชีลา ตลู (Sheila Tlou) รัฐมนตรีสาธารณสุขของบอตสวานาในสมัยนั้น<sup>45</sup>

ความสำเร็จหลายแง่มุมของโครงการนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ที่อื่นได้ การจะเริ่มต้นได้ต้องมีพันธสัญญาด้านการเมืองและการเงิน

ที่ยั่งยืน พันธสัญญาด้านการเงินของบอตสวานาที่มีต่อการรักษาด้วยยาต้านฯ อย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะเงินบริจาคอาจลดลงเมื่อบอตสวานาเขยิบขึ้นไปเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางขั้นสูง<sup>46</sup> เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2557 ก็สิ้นสุดความสัมพันธ์ระหว่างบริษัทเมอร์คกับโครงการนี้ (ACHAP) บริษัทเมอร์คหยุดบริจาคยาต้านฯ ของตนสามในสี่รายการ (บริษัทฯ ยังคงบริจาคยารายการที่สี่ต่อไปถึงปี พ.ศ. 2559) เมื่อเจอสถานการณ์ที่ทรัพยากรลดน้อยถอยลง จึงมีการตั้งคณะทำงานวิชาการในปี พ.ศ. 2557 เพื่อคิดค้นวิธีการสร้างความเข้มแข็งให้กับโครงการตอบโต้เอชไอวีระดับชาติของบอตสวานาต่อไป<sup>47</sup>

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้คำนวณจากสมมติฐานว่า หากดำเนินการตามข้อเสนอการลงทุน จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ 76,000 ราย และป้องกันความตายเนื่องจากเชื้อเอชไอวีได้ 43,000 ราย ในปี พ.ศ. 2573 แต่ปรากฏว่า เมื่อถึงปี พ.ศ. 2557 ผู้ติดเชื้อ ที่สมควรได้รับยาต้านฯ จำนวน 35,000 ราย ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฯ<sup>48</sup> การดำเนินการดังกล่าวยังต้องใช้เงินอีกเป็นจำนวนมาก คือ อีก 50 - 100 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ต่อปีจนถึงปี พ.ศ. 2573<sup>49</sup>

ความท้าทายอีกประการต่อความยั่งยืนของโครงการรักษาของบอตสวานารวมถึงของรัฐบาลอื่นๆ คือ ภาวะการดูแลรักษาผู้คนจำนวนมากที่ต้องใช้ยาต้านฯ ที่อยู่ในระบบ ในบอตสวานา จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาครัฐที่ลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 เป็นอุปสรรคต่อโครงการต่อสู้กับเอชไอวีของประเทศ “ตั้งแต่ระดับล่างสุดจนถึงระดับกระทรวงสาธารณสุข”<sup>50</sup> ส่งผลต่ออัตราความล้มเหลวซึ่งเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของโครงการรักษาด้วยยาต้านฯ ในกรณียังมีการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งกระโดดจากน้อยกว่าร้อยละ 6 ในกลุ่มผู้ใหญ่ในปี พ.ศ. 2555 เป็นมากกว่าร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2556<sup>51</sup>

การหยุดยั้งการติดเชื้อรายใหม่เป็นเรื่องสำคัญสูงสุด รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการป้องกันควบคู่ไปกับความพยายามให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่บอตสวานาต้องสู้อย่างหนัก ตัวเลขการติดเชื้อเอชไอวีในบอตสวานาที่ ร้อยละ 18.5 ยังถือว่าสูงมากในภูมิภาค<sup>52</sup>

อุบัติการณ์การติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงยังคงที่ตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 1.45 เป็นร้อยละ 1.35 ในปี พ.ศ. 2556<sup>53</sup> กลุ่มเฉพาะต่างๆ ยังคงมีความเปราะบางเป็นพิเศษ โดยเฉพาะกลุ่มหญิงที่ให้บริการทางเพศ เกือบสองในสามของกลุ่มนี้มีการติดเชื้อ อัตราการตรวจหาเชื้อฯ ยังชบเซา (ตัวเลขแต่ละที่ร้อยละ 63 เท่านั้นในปี พ.ศ. 2555) มีน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของประชาชนวัยเยาว์ที่อธิบายวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ถูกต้อง<sup>54</sup> อีกหนึ่งจุดที่น่ายินดีคือ โครงการการรักษาฯ ของบอตสวานาโดยตัวของมันเองอาจช่วยป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ได้ด้วย เพราะการรักษาด้วยยาต้านฯ ทำให้จำนวนไวรัสลดลงทั้งในกระแสเลือด น้ำอสุจิ และในของเหลวบริเวณช่องคลอดและทวารหนัก ส่งผลให้ความเสี่ยงในการแพร่เชื้อฯ ลดลง เรียกว่าเป็นกลยุทธ์ “รักษาเพื่อป้องกัน”<sup>55</sup>

ในการขับเคลื่อนไปข้างหน้า รัฐบาลให้ความสำคัญกับการบูรณาการการรักษา การดูแล และการสนับสนุนด้านเอชไอวีให้เข้าสู่ระบบปกติของสถานบริการสาธารณสุข<sup>56</sup> หน่วยประสานงานด้านเอชไอวีแห่งชาติ (NACA) กล่าวว่า บอตสวานาไม่ได้ต้องการอะไรอื่น นอกจาก “บททวนวิสัยทัศน์ของการให้บริการสาธารณสุข เพื่อมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน”<sup>57</sup> ภาวะความเป็นผู้นำและนวัตกรรมเป็นสิ่งจำเป็นในการชี้นำวิวัฒนาการของโครงการในอนาคตและเป็นหลักประกันว่าประโยชน์ที่เคยได้รับจะไม่สูญหาย เป็นที่น่ายินดีที่รัฐบาลได้จัดพิมพ์แนวทางการปรับปรุงการให้บริการสาธารณสุขและแก้ไขปัญหายุ่งยากอุปสรรคด้านกฎหมายและการปฏิบัติگردแลเกี่ยวกับเอชไอวี<sup>58</sup>

สำหรับสถานการณ์ทั่วโลกนั้น พบว่าเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2556 ผู้ติดเชื้อฯ เกือบ 13 ล้านคน ได้รับการรักษาด้วยยาช่วยชีวิต<sup>59</sup> สำหรับผู้ติดเชื้อฯ ที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 63 ที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฯ นั้น การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นเสมือนฝันเกินเอื้อมของพวกเขา<sup>60</sup> แต่ประสบการณ์ของบอตสวานาได้แสดงให้เห็นแล้วว่า พันธสัญญาของรัฐบาลประกอบกับความร่วมมือจากนานาชาติสามารถพลิกฝันให้เป็นจริงได้

## อ้างอิง

amfAR. 2013. *Tackling HIV/AIDS among Key Populations: Essential to Achieving an AIDS - Free Generation*. Washington, DC: amfAR. [http://www.amfar.org/uploadedFiles/\\_amfarorg/Articles/On\\_The\\_Hill/2013/Key%20Populations%20Issue%20Brief%20-%20Final%20\(2\).pdf](http://www.amfar.org/uploadedFiles/_amfarorg/Articles/On_The_Hill/2013/Key%20Populations%20Issue%20Brief%20-%20Final%20(2).pdf)

Avalos, Ava, and Keith Jeffries. 2014. *Botswana at the Crossroads: Investment Towards Sustainable Integration, Increased ART Access and Effective HIV Prevention*. Gaborone, Botswana: NACA.

AVERT. 2015a. “HIV and AIDS in Botswana.” Accessed July 9. <http://www.avert.org/hiv - aids - botswana.htm>.

———. 2015b. “HIV Treatment as Prevention.” Accessed August 6. <http://www.avert.org/hiv - treatment - asprevention.htm#sthash.blQlgazp.dpuf>.

Bill & Melinda Gates Foundation. 2006. *Working with Botswana to Confront Its Devastating AIDS Crisis*. Seattle, WA: Bill & Melinda Gates Foundation. <https://docs.gatesfoundation.org/documents/achap.pdf>.

Bussmann, Christine, Philip Rotz, Ndwapi Ndwapi, Daniel Baxter, Hermann Bussmann, C. William Wester, Patricia Ncube, et al. 2008. “Strengthening Healthcare Capacity through a Responsive, Country-Specific, Training Standard: The KITSO AIDS Training Program’s Support of Botswana’s National Antiretroviral Therapy Rollout.” *Open AIDS Journal* 2 (February): 10-16. doi:10.2174/1874613600802010010.

Canadian AIDS Society. 2012. “Women’s Biological Susceptibility to HIV.” <http://www.cdnaids.ca/files.nsf/pages>

## อ้างอิง (ต่อ)

- 15womensbio/\$file/Women%E2%80%99s%20Biological%20Susceptibility%20to%20HIV.pdf.
- Chabrol, Fanny. 2014. "Biomedicine, Public Health, and Citizenship in the Advent of Antiretrovirals in Botswana: The Advent of Antiretrovirals in Botswana." *Developing World Bioethics* 14 (2): 75-82. doi:10.1111/dewb.12051.
- Farahani, Mansour, Anusha Vable, Refeletswe Lebelonyane, Khumo Seipone, Marina Anderson, Ava Avalos, Tim Chadborn, et al. 2014. "Outcomes of the Botswana National HIV/AIDS Treatment Programme from 2002 to 2010: A Longitudinal Analysis." *Lancet Global Health* 2 (1): e44-50. doi:10.1016/S2214 - 109X(13)70149 - 9.
- Fibæk, Maria. 2010. "Botswana's Modern Economic History since 1966: Has Botswana Reached the Last Stage of Modern Growth Regime?" Thesis, Department of Economics, University of Copenhagen. [http://www.econ.ku.dk/okojwe/filer/UGT%20Seminar%202010/Maria\\_Fibaek%20The%20modern%20economic%20history%20of%20Botswana\].pdf](http://www.econ.ku.dk/okojwe/filer/UGT%20Seminar%202010/Maria_Fibaek%20The%20modern%20economic%20history%20of%20Botswana].pdf).
- Miles, K., D.J. Clutterbuck, O. Seitio, M. Sebegu, and A. Riley. 2007. "Antiretroviral Treatment Roll - Out in a Resource - Constrained Setting: Capitalizing on Nursing Resources in Botswana." *Bulletin of the World Health Organization* 85 (7): 555-60.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost - Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- Mogae, Festus G. 2003. "Christmas and New Year Message to the Nation." *Daily News* (Botswana), December 22.
- NACA (National AIDS Coordinating Agency, Republic of Botswana). 2005. *Botswana AIDS Impact Survey II: Statistical Report*. Gaborone, Botswana: Central Statistics Office. <http://catalog.ihsn.org/index.php/catalog/2048..>
- . 2014. *Botswana 2013 Global Aids Report: Progress Report of the National Response to the 2011 Declaration of Commitments on HIV and AIDS*. Gaborone, Botswana: NACA. [http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//file\\_94425.es..pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//file_94425.es..pdf).
- Ntibinyane, Ntibinyane. 2012. "25 Years Fighting AIDS in Botswana." Open Society Initiative for Southern Africa blog, April 19. <http://www.osisa.org/hiv - and - aids/blog/25 - years - fighting - aids - botswana>.
- PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief). 2014. *Botswana Operational Plan Report FY 2013*. Washington, DC: PEPFAR. <http://www.pepfar.gov/documents/organization/222152.pdf>.
- Public Health Agency of Canada. 2012. *HIV Transmission Risk: A Summary of the Evidence*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada. <http://www.catie.ca/sites/default/files/HIV - TRANSMISSION - RISK - EN.pdf>.
- Stover, John, Boga Fidzani, Batho Chris Molomo, Themba Moeti, and Godfrey Musuka. 2008. "Estimated HIV Trends and Program Effects in Botswana." *PLoS ONE* 3 (11): e3729. doi:10.1371/journal.pone.0003729.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2011. *Global AIDS Response Progress Reporting 2012: Guidelines: Construction of Core Indicators for Monitoring the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS*. Geneva: UNAIDS.
- . 2014. Gap Report. Geneva: UNAIDS. <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport>.
- . 2015. "AIDS Info Visualization Tool." Accessed November 5. <http://aidsinfo.unaids.org/>.
- . 2016. AIDSinfo. Accessed February 12. <http://aidsinfo.unaids.org/>.
- UNAIDS, UNICEF (United Nations Children's Fund), and USAID (United States Agency for International Development). 2004. *Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: UNAIDS, UNICEF, and USAID.
- UNAIDS and WHO (World Health Organization). 2004. "UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing." [http://data.unaids.org/una - docs/hivtestingpolicy\\_en.pdf](http://data.unaids.org/una - docs/hivtestingpolicy_en.pdf).
- WHO (World Health Organization). 2005. *Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale - Up: Botswana*. Geneva: WHO. [http://www.who.int/hiv/HIVCP\\_BWA.pdf](http://www.who.int/hiv/HIVCP_BWA.pdf).
- . 2015a. Global Health Observatory (GHO) Data. Accessed November 10. <http://www.who.int/gho/en/>.
- . 2015b. "HIV Drug Resistance." Accessed August 5. <http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/en/>.
- . 2015c. "Realizing Nurses' Full Potential." *Bulletin of the World Health Organization* 93 (9): 596-97. doi:10.2471/BLT.15.030915.
- World Bank. 2015. Country and Lending Groups. Accessed August 6. <http://data.worldbank.org/about/countryand - lending - groups>.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. WHO (2015a).
2. UNAIDS (2015).
3. UNAIDS (2011).
4. UNAIDS, UNICEF, and USAID (2004).
5. Fibæk (2010).
6. WHO (2005).
7. UNAIDS (2015).
8. NACA (2005).
9. Public Health Agency of Canada (2012); Canadian AIDS Society (2012); UNAIDS (2014).
10. Ntibinyane (2012).
11. Chabrol (2014).



## อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)

12. Bill & Melinda Gates Foundation (2006).
13. Jeff Sturchio, personal communication with the author, August 6, 2015.
14. AVERT (2015a).
15. NACA (2014).
16. Mogae (2003).
17. Bill & Melinda Gates Foundation (2006).
18. NACA (2014).
19. Lule, Seifman, and David (2009).
20. Farahani et al. (2014).
21. WHO (2015b).
22. Ava Avalos, personal communication with the author, December 17, 2014.
23. UNAIDS (2015).
24. Bill & Melinda Gates Foundation (2006); Ava Avalos, personal communication with the author, December 17, 2014.
25. Bill & Melinda Gates Foundation (2006); Ava Avalos, personal communication with the author, December 17, 2014.
26. Farahani et al. (2014).
27. NACA (2014).
28. NACA (2014).
29. amfAR (2013).
30. 2008.
31. 2008.
32. 2014.
33. NACA (2014).
34. Avalos and Jeffries (2014).
35. The estimation of DALYs averted was based on HIV prevalence estimates from UNAIDS (2016), population size, and the HIV prevalence reduction from Farahani et al. (2014). DALY estimates were consistent with WHO Global Health Estimates. Costs per person were taken from government estimates of the Masa program. See Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
36. Fanny Chabrol, personal communication with the author, March 4, 2015.
37. Miles et al. (2007); Bussmann et al. (2008).
38. Ava Avalos, personal communication with the author, December 17, 2014.
39. UNAIDS, UNICEF, and USAID (2004).
40. UNAIDS, UNICEF, and USAID (2004).
41. Jose - Antonio Izazola - Licea, personal communication with the author, September 7, 2015.
42. The 2014 "investment case" argues that this high rate of late presentation could be abated by strengthened HIV testing and pre - ART monitoring (see Avalos and Jeffries 2014, 11).
43. Brenda Colatrella, personal communication with the author, August 9, 2015.
44. Brenda Colatrella, personal communication with the author, August 9, 2015; UNAIDS and WHO (2004).
45. WHO (2015c).
46. World Bank (2015).
47. Avalos and Jeffries (2014).
48. Avalos and Jeffries (2014).
49. Avalos and Jeffries (2014). According to a 2010 World Bank study, under current projections Botswana's costs for treating people with HIV will grow from US\$457 million to US\$1.6 billion by 2025. Botswana's total budget as of 2013 was only US\$5.4 billion (PEPFAR 2014).
50. Avalos and Jeffries (2014, 11).
51. NACA (2014).
52. For the general population, aged 18 weeks or older (NACA 2014).
53. NACA (2014).
54. NACA (2014).
55. AVERT (2015b).
56. Avalos and Jeffries (2014).
57. NACA (2014, 10).
58. NACA (2014, 201).
59. UNAIDS (2014).
60. UNAIDS (2014).

## กรณีศึกษาที่ 3

### ลดความเสี่ยงต่อมะเร็งในจีน

#### สร้างความครอบคลุมวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีอย่างเท่าเทียม

(ต้นฉบับโดย Alix Beith)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ลดการตายจากมะเร็งตับและตับแข็งเนื่องจากไวรัสตับอักเสบบี

**ยุทธวิธี:** ขยายการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี เพื่อลดความไม่เป็นธรรมของการเข้าถึงในกลุ่มคนจนและในพื้นที่ที่เข้าถึงบริการได้ยากของประเทศจีน

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** เพิ่มความครอบคลุมวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีอีกร้อยละ 15 และเพิ่มการให้วัคซีนฯ ขนาดแรกเกิดอีกร้อยละ 27 ของความครอบคลุมที่คาดหวังไว้ในโครงการเดิมโดยไม่ต้องมีโครงการใหม่เพื่อขยายเพิ่มเติมอีก จนลดอัตราความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีระดับประเทศได้เหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 หลีกเลี่ยงการติดเชื้อได้ 520,000 ราย หลีกเลี่ยงการตายได้ 93,000 ราย และหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้มากกว่า 22 ล้านปี

**เหตุที่ประสบผลสำเร็จ:** รัฐบาลมีพันธสัญญากับเรื่องนี้ในระดับสูง มีระบบการเงินการคลังที่ดึงวันการเก็บค่าธรรมเนียมการให้วัคซีน ให้วัสดุที่ผลิตในประเทศ ระดมความเชี่ยวชาญจากในประเทศและต่างประเทศ มีระบบปฏิบัติการภายในที่พร้อมอยู่แล้ว

**การเงินการคลัง:** 45 ล้านเหรียญสหรัฐจากรัฐบาลประเทศจีน, 38 ล้านเหรียญสหรัฐจากกาวิ (Gavi) ซึ่งเป็นพันธมิตรด้านวัคซีน อัตราความคุ้มทุนประมาณ 28.70 เหรียญสหรัฐต่อการป้องกันการติดเชื้อได้ 1 คน, 160 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงความตายได้ 1 คน และ 3.36 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี

**ขนาดของโครงการ:** ในเด็กที่ควรได้รับวัคซีน 1.87 ล้านคน มีเด็กได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีอีกร้อยละ 85 โดยได้รับแรกคลอดร้อยละ 75

ในจังหวัดที่ยากจนแห่งหนึ่งในภาคตะวันตกของจีน หญิงวัยกลางคนมีอาการปวดข้อ, คลื่นไส้, เป็นไข้, ท้องอืด มีคนบอกว่าเธอเป็นไข้หวัดใหญ่ แต่เธอก็ยังไม่ไปพบแพทย์ เพราะการไปพบแพทย์ที่อยู่ใกล้ที่สุด หมายถึง การต้องหยุดงานและเสียค่าใช้จ่าย ทั้งค่าเดินทาง ค่าหมอ ค่ายา ครั้นในที่สุดเมื่อเธอได้รับการดูแล มันก็สายเสียแล้วด้วยอาการของเธอไม่ใช่ไข้หวัดใหญ่ธรรมดา แต่เป็นมะเร็งตับขั้นลุกลามสาเหตุจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เธอคงอยู่ได้ไม่กี่เดือน อย่างมากก็ไม่กี่ปี

เรื่องราวเช่นเธอผู้นี้เกิดขึ้นเป็นประจำในประเทศจีนซึ่งมีภาระโรคไวรัสตับอักเสบบีมากที่สุดในโลก ประชาชนวัยกลางคนและทารกแรกคลอดติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีกว่า 350 ล้านคนทั่วโลก เชื้อไวรัสนี้อยู่ในร่างกายไปจนตลอดชีวิต ถือเป็น “ฆาตกรเงียบ” ฆ่าคนตายปี ละมากกว่า 780,000 คน!

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมักจะนำไปสู่ตับแข็งและมะเร็งตับ มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงและแอฟริกาใต้สะฮารา ร้อยละ 66 และ 58 ของการตายเนื่องจากมะเร็ง

ตับทั้งหมดในจีนมีสาเหตุจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ เชื้อนี้ยังเป็นสาเหตุนำของโรคตับแข็งอีกด้วย? การรักษาโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบียังไม่มีการให้บริการในพื้นที่ส่วนใหญ่ที่มีความชุก รวมถึง การรักษาต้องใช้งบประมาณมากและแม้ได้รับการรักษา ผู้ป่วยก็มีชีวิตอยู่ไม่กี่ปี แนวทางควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบีจึงเป็นการป้องกัน

เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2535 และทวีความเข้มข้นในปี พ.ศ. 2545 ประเทศจีนได้จัดโครงการรณรงค์ป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยกระจายวัคซีนฯ ทั่วประเทศ แต่อุปสรรคทางการเงินทำให้วัคซีนฯ ไปไม่ถึงประชาชนส่วนใหญ่ที่อยู่ในเขตยากจนของประเทศจีน รัฐบาลจีนได้ร่วมมือกับกาวิในการลดความไม่เป็นธรรมนี้ โดยขยายการเข้าถึงการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีไปยังชุมชนต่างๆ ที่เข้าถึงบริการได้ยาก ด้วยการกระจายทรัพยากรไปยังพื้นที่ที่มีความเสี่ยง จนในที่สุดโครงการป้องกันก็เอาชนะอุปสรรคต่างๆ และเกิดผลกระทบที่ยิ่งใหญ่คือลดความชุกของการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบีในเด็กทั่วประเทศได้จากเกือบร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2535 เป็นน้อยกว่าร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2549

## ความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคไวรัสตับอักเสบบี

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับเชื้อแล้ว 6 เดือนขึ้นไป และระบบภูมิคุ้มกันไม่สามารถกำจัดเชื้อได้ จึงมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับไวรัสตับอักเสบบีต่อไป อายุของผู้ติดเชื้อมีผลต่อการพยากรณ์โรค โดยโอกาสเป็นโรคเรื้อรังเกิดขึ้นในร้อยละ 90 ของการติดเชื้อแรกตลอด ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 5 - 10 ของการติดเชื้อตอนโตที่จะพัฒนาเป็นโรคเรื้อรัง<sup>3</sup>

ในจำนวน 350 ล้านคนที่มีชีวิตอยู่กับไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังนั้น 3 ใน 4 อาศัยในเอเชียและแปซิฟิกฝั่งตะวันตก<sup>4</sup> ไวรัสตับอักเสบบีระบบในประเศจีน ชาวจีนส่วนใหญ่ได้รับเชื้อในวัยเด็ก ทั้งจากแม่สู่ลูกระหว่างการคลอดและการติดต่อจากเพื่อนเล่นวัยเด็กผ่านของเหลวจากร่างกาย ผลคือมีชาวจีน 93 ล้านคนติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับเนื่องด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบี 250,000 - 300,000 คนทุกปี<sup>5</sup> ภาวะโรคนี้สำคัญยิ่ง เพราะแต่ละปี โรคไวรัสตับอักเสบบีฆ่าชาวจีนมากกว่าวัณโรค เอชดี และมาลาเรียรวมกัน

อย่างไรก็ตาม การป้องกันยังมีความเป็นไปได้ การได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครบชุดจะป้องกันได้ร้อยละ 95 ในทารก เด็ก และวัยรุ่น โดยป้องกันได้นานถึง 20 ปี หรือนานกว่านั้น<sup>6</sup> สำหรับทารกที่มีแม่ติดเชื้อ วัคซีนจะมีประสิทธิผลสูงสุดถ้าทารกได้รับครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดเรียกว่า “timely birth dose” หรือ “TBD”<sup>7</sup> ในชนบทของประเทศจีน การคลอดที่บ้านเป็นเรื่องปกติและผู้หญิงมักไม่ตระหนักต่อโรคไวรัสตับอักเสบบี จึงมีความเป็นไปได้ที่จะติดเชื้อ ความครอบคลุมของ “timely birth dose” จึงเป็นความท้าทายเร่งด่วน

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: ประเทศจีนพยายามลดช่องว่างการครอบคลุมวัคซีน

เหตุการณ์สำคัญบนเวทีนานาชาติได้ช่วยให้ประเทศจีนริเริ่มโครงการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี กล่าวคือ มีการวางตลาดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีครั้งแรกในปี พ.ศ. 2525 ทศวรรษถัดมา สมัชชาอนามัยโลกได้ผลักดันให้ประเทศที่มีการระบาดด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเร่งบูรณาการวัคซีนนี้เข้าในโครงการปกติของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในเด็ก<sup>8</sup> ในปี พ.ศ. 2544 สมัชชาอนามัยโลกได้มีมติบังคับให้ประเทศต่างๆ ต้องให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครอบคลุมร้อยละ 90 ภายในปี พ.ศ. 2558 ประเทศต่างๆ ในปัจจุบันมีวัคซีนที่มีประสิทธิผลเหลือเพื่อและมีความมุ่งมั่นที่จะใช้

ในปี พ.ศ. 2533 ผลจากความพยายามอย่างมากโดยรัฐบาล ผู้บริจาค และหน่วยงานระหว่างประเทศ ทำให้ร้อยละ 80 ของเด็กบนโลกใบนี้ได้รับวัคซีน 6 ชนิดที่อยู่ภายใต้โครงการขยายการให้ภูมิคุ้มกัน (Expanded Program on Immunization: EPI) ขององค์การอนามัยโลก<sup>9</sup> แต่ในระหว่างทศวรรษที่ 1990 ตลาดวัคซีนโลกมีการเปลี่ยนแปลง

จำนวนการผลิตวัคซีนลดลง ความจำเป็นในการใช้วัคซีนที่แตกต่างกันระหว่างภูมิภาคที่มีรายได้ต่ำกับที่มีรายได้สูง และผู้บริจาคเปลี่ยนการให้ความสำคัญไปจากวัคซีน ตอนปลายทศวรรษที่ 1990 จึงเกิดการขาดแคลนวัคซีน<sup>10</sup> ประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางต้องกระเสือกกระสนที่จะรณรงค์วัคซีนและรักษาระดับการให้ภูมิคุ้มกันไว้ให้ได้<sup>11</sup> เมื่อสิ้นทศวรรษที่ 21 เด็กในประเทศที่ร่ำรวยได้รับวัคซีนที่จำเป็นทุกชนิด แต่เด็กในประเทศยากจนได้รับเพียงครึ่งหนึ่งของรายการที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ<sup>12</sup> การเข้าถึงวัคซีนชนิดใหม่ยังคงมีความไม่เป็นธรรม ในขณะนั้นดังเช่นวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี<sup>13</sup>

กระแสโลกยังคงให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2541 เจมส์ วูล์ฟเสนสัน (James Wolfensohn) ประธานกรรมการธนาคารโลก ได้จัดประชุมสุดยอดผู้นำเรื่องการแก้ปัญหาการเข้าถึงวัคซีนในระดับโลก<sup>14</sup> ในปีต่อมา บิลล์และเมลินดาเกตส์ ได้จัดเลี้ยงอาหารค่ำแก่นักวิชาการชั้นนำที่บ้านส่วนตัว ทั้งสองจุดไฟด้วยคำถามที่ท้าทายว่า “เราจะแก้ปัญหาเด็กหลายล้านคนที่ไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานได้อย่างไร?” ในปี พ.ศ. 2543 ในการประชุมของมูลนิธิโรคกัฟเฟิลเลอร์ที่ศูนย์การประชุมเบลลาจีโอ ได้มีการเสนอให้ก่อตั้งศูนย์ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนระดับโลกเพื่อกระตุ้นการลงทุนด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ซึ่งก็คือ กาวี (Gavi) พันธมิตรด้านวัคซีนนั่นเอง<sup>15</sup>

พันธกิจของกาวีคือ ลดความไม่เป็นธรรมระดับโลกระหว่างคนรวยกับคนจน เพื่อช่วยชีวิต และปกป้องสุขภาพด้วยการรับประกันการเข้าถึงวัคซีนใหม่อย่างเท่าเทียมสำหรับประเทศยากจน ถึงปี พ.ศ. 2556 กาวีได้ขยายการให้วัคซีนเด็กเพิ่มขึ้นอีก 151 ล้านคน และยังทำให้ราคาวัคซีนลดลงด้วยการซื้อในปริมาณมากต่อครั้ง ทั้งวัคซีนใหม่และวัคซีนที่ใช้แล้ว<sup>16</sup> โรคไวรัสตับอักเสบบีและโรคไข้เหลือง (Yellow fever) คือสองโรคแรกที่กาวีให้ความสำคัญ การต่อสู้กับโรคไวรัสตับอักเสบบีของกาวีเป็นไปอย่างสมเหตุสมผลตั้งแต่เริ่ม<sup>17</sup>

ในระหว่างนั้น ความตระหนักต่อโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศจีนเพิ่มสูงขึ้น โรงพยาบาลใหญ่ทุกแห่งมีเรือนนอนของแผนกมะเร็งตับ แพทย์ส่วนใหญ่ใช้เวลาไปกับผู้ป่วยมะเร็งตับในระหว่างที่สอนนักศึกษาแพทย์ในหอผู้ป่วยใน<sup>18</sup> เมื่อพบหลักฐานว่ามีความเชื่อมโยงระหว่างโรคไวรัสตับอักเสบบีกับมะเร็งตับ แพทย์ก็ยิ่งอยากให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กแรกเกิด<sup>19</sup> สองเหตุการณ์ที่ถือเป็นความเคลื่อนไหวสำคัญคือการกระจายวัคซีนที่ผลิตขึ้นเองภายในประเทศในปี พ.ศ. 2529<sup>20</sup> และการสำรวจความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีในระดับประเทศในปี พ.ศ. 2535<sup>21</sup> ด้วยการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากนายแพทย์เชน มินฉาง (Dr. Chen Minzhang) รัฐมนตรีสาธารณสุข เหล่าผู้นำจากรัฐบาล ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งประเทศจีน (China CDC) และบรรดานักวิชาการ ได้ร่วมกันก่อตั้งมูลนิธิโรคไวรัสตับอักเสบบีแห่งประเทศจีน (China Hepatitis Foundation) โดยมีวาระเร่งด่วนที่สุดคือ ขยายการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีให้ครอบคลุมทั่วประเทศ<sup>22</sup>

ในการนี้กระทรวงสาธารณสุขจีนได้บูรณาการวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีเข้าในโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันพื้นฐานของประเทศในปี พ.ศ. 2535 และชี้แนะให้บริหารวัคซีนนี้ในฐานะเป็นหนึ่งในวัคซีนปกติที่ต้องให้ประจำทั่วประเทศ<sup>23</sup> รัฐบาลรับผิดชอบการบริหารวัคซีนและการติดตาม โดยกระจายวัคซีนใหม่นี้ร่วมกับวัคซีนอื่นๆ เช่น โปลิโอและหัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการขยายการให้ภูมิคุ้มกัน<sup>24</sup>

แต่การกระจายวัคซีนเกิดขึ้นภายในระบบสุขภาพที่มีภาระเก็บค่าธรรมเนียม ตัวผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าธรรมเนียมบุคลากร ค่าวัคซีน และค่าอุปกรณ์สำหรับฉีดยา ในปี พ.ศ. 2542 ค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับสามรายการดังกล่าวอยู่ที่ 20 - 40 หยวน (2 - 5 เหรียญสหรัฐ) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานที่ตั้งและระดับของรายได้<sup>25</sup> เรื่องนี้จึงเป็นปัญหาเพราะเมื่อการให้วัคซีนมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นทันที แต่ประโยชน์ไม่ได้เห็นผลทันที การใช้ประโยชน์จึงต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่ครอบครัวที่ยากจน ค่าธรรมเนียมนี้ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของการครอบคลุมอย่างมาก ตามฐานะทางเศรษฐกิจ ดังจะเห็นได้จากจังหวัดทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งประชาชนมีฐานะดีกว่า ในเวลาไม่นาน เด็กๆ ก็ได้รับวัคซีนถึงร้อยละ 80 - 90 แต่ในภาคตะวันตกที่ยากจนกว่า เด็กได้รับวัคซีนเพียงร้อยละ 40<sup>26</sup>

ตัวเลขทางสถิติเหล่านี้ช่วยกระตุ้นรัฐบาลให้เริ่มปฏิบัติการ โดยในปี พ.ศ. 2544 ประเทศจีนได้ยื่นขอให้การสนับสนุนการขยายความครอบคลุมของวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี เพราะจีนมีอาณาบริเวณกว้างใหญ่เกินกว่าจะสนับสนุนการฉีดวัคซีนได้อย่างมีคุณภาพ จีนจึงได้รับเงินไปเป็นจำนวน 40 ล้านดอลลาร์สหรัฐสำหรับสนับสนุนมาตรการการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีตามแต่จีนจะเห็นสมควร<sup>27</sup> รัฐบาลกาวิ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ได้ตกลงร่วมกันว่า จะใช้เงินสนับสนุนจำนวนนี้สำหรับพื้นที่ที่ยากจนและห่างไกลที่การครอบคลุมยังเบาบาง โครงการกาวิ-จีน จึงถือกำเนิดขึ้นด้วยประการฉะนี้

## ปฏิบัติการโครงการกาวิ-จีน

โครงการกาวิ-จีน มุ่งเป้าไปที่ 12 จังหวัดภาคตะวันตกของจีน และหมู่บ้านชนบทที่ยากจนที่สุดใน 10 จังหวัดภาคกลาง รวมทั้งสิ้น 1,301 หมู่บ้าน พื้นที่เหล่านี้มีเด็กเกิดประมาณ 5.6 ล้านคนต่อปี มากกว่าหนึ่งในสามของยอดรวมทั้งประเทศ<sup>28</sup>

ด้วยการสนับสนุนของกาวิระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2550 โครงการมุ่งเพิ่มความครอบคลุมของการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีครบ 3 ครั้ง (Hepatitis B3: hep B3) เป็นร้อยละ 85 (เปลี่ยนเป็นร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2551) และ “timely birth dose” เป็นร้อยละ 75 ขึ้นไป ครั้นมีหลักฐานว่ามีวิธีการฉีดยาที่ไม่ปลอดภัยเกิดขึ้น รวมถึงการนำเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่ โครงการกาวิ-จีนจึงต้องสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรสาธารณสุขบริหารการให้วัคซีนโดยใช้อุปกรณ์ฉีดยาที่ต้อง

ใช้แล้วทิ้งโดยอัตโนมัติ (auto - disable syringes) โดยใช้ได้ครั้งเดียวเท่านั้น<sup>29</sup> โครงการยังให้การศึกษากับผู้บริหารในภาคสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับภาวะโรคและผลกระทบที่เกิดจากโรคไวรัสตับอักเสบบีอีกด้วย<sup>30</sup>

รูปแบบของโครงการกาวิ คือ มอบให้เจ้าของประเทศเป็นผู้บริหารทุน โดยกระทรวงสาธารณสุขและโครงการ EPI ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม โครงการกาวิ-จีนต่างจากกาวิทั่วไปในบางประการ ที่เด่นชัดที่สุดคือ มีการจัดตั้งสำนักงานโครงการขึ้นภายในประเทศ มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน 2 คน คนหนึ่งเป็นคนจีน อีกคนมาจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐ (US CDC)<sup>31</sup> สำนักงานตั้งอยู่ในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแห่งชาติของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศจีน ทำหน้าที่ประสานงานและบริหารจัดการภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขที่มีงานปฏิบัติเกิดขึ้นมากมายในระดับพื้นที่<sup>32</sup> สำนักงานทำหน้าที่จัดหาวัคซีนและ auto - disable syringes แก่จังหวัดต่างๆ ในภาคตะวันตก ส่วนภาคกลางนั้นแต่ละจังหวัดดำเนินการเองในพื้นที่ของตน นอกจากนี้ สำนักงานฯ ยังจัดทำแนวทางการดำเนินงานแก่พื้นที่ระดับล่างของระบบสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการให้ศึกษาที่รวมถึงความสำคัญของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้วย<sup>33</sup>

รัฐบาลค่อยๆ เปลี่ยนนโยบายการเก็บค่าธรรมเนียมผู้ใช้บริการวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการเข้าถึงสำหรับประชาชนที่ยากจนที่สุด ในปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลจีนกำหนดค่าธรรมเนียมที่ประมาณ 1 เหรียญสหรัฐสำหรับสามโดส พร้อมกับบูรณาการวัคซีนนี้เข้าในโครงการ EPI จึงช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการลงได้<sup>34</sup> ในปี พ.ศ. 2548 รัฐบาลได้ยกเลิกค่าธรรมเนียมสำหรับวัคซีนทุกชนิดทั่วประเทศ วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีและ auto - disable syringes ยังคงได้รับการสนับสนุนจากโครงการกาวิ-จีนในพื้นที่ของโครงการจนถึงปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นปี ที่รัฐบาลกลางรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของการให้วัคซีนทั้งหมดจำนวน 14 ชนิดทั่วประเทศ รวมถึงวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี<sup>35</sup>

## ผลลัพธ์ตอบแทน: การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีลดฮวบฮาบ

ในปี พ.ศ. 2535 เด็กชาวจีน 1 ใน 10 ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จนถึงปี พ.ศ. 2549 จำนวนลดลงเหลือเพียง 1 ในร้อย<sup>36</sup> โครงการกาวิ-จีนมีส่วนในความสำเร็จนี้ โดยหนุนเสริมความพยายามของรัฐบาลที่มีอยู่ก่อนแล้วในการขยายการเข้าถึงวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีจนถึงปี พ.ศ. 2554 ทุกจังหวัดภายใต้โครงการสามารถให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีได้เกินเป้าหมาย (ดูภาพที่ 1)

แม้เป็นเรื่องยากที่จะบอกว่าโครงการกาวิ-จีนมีส่วนช่วยลดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีลงเท่าใด แต่แบบจำลองที่เชื่อถือได้บ่งชี้ว่าโครงการวัคซีนของรัฐบาลนี้ป้องกันกาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้ประมาณ 3.8 ล้านคน ระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2552 ในพื้นที่โครงการ ป้องกันการตายในอนาคตได้ประมาณ 680,000 ราย<sup>37</sup> โครงการกาวิ-จีนมีความ

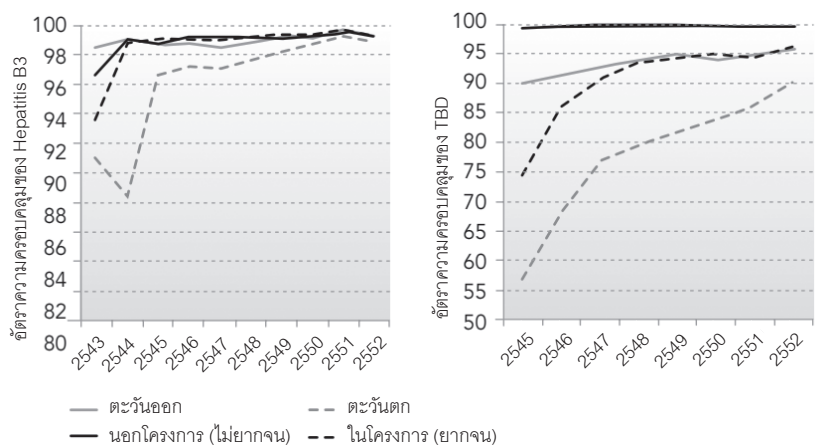
เพียรพยายามจนป้องกันการติดเชื้อ ได้ประมาณ 500,000 ราย และป้องกันการตายได้ประมาณเกือบ 100,000 ราย (ดูกล่อง 1)<sup>38</sup>

นอกจากคุณประโยชน์ด้านสุขภาพที่ได้รับอย่างชัดเจนแล้ว โครงการนี้ยังส่งผลต่อระบบสุขภาพอีกหลายด้านที่ช่วยให้ผลกระทบเชิงบวกที่เกิดจากโครงการนี้มีความยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการอบรมบุคลากรสาธารณสุขมากกว่า 5 ล้านคน เกี่ยวกับการให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีและการใช้ auto-disable syringes<sup>39</sup> กระทั่งถึงปี พ.ศ. 2558 ก็ยังมีการใช้อุปกรณ์นี้กันมากในภาคตะวันตกอันอาจเป็นผลจากการอบรมของโครงการกาวิ-จีน ความแตกต่างระหว่างการสำรวจกับการรายงานอัตราความครอบคลุมในภาคตะวันตกลดลง ชี้ให้เห็นว่าโครงการนี้ได้เสริมสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน<sup>40</sup> และประการสุดท้าย ความรู้และความตระหนักของสาธารณสุขชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อันเป็นผลมาจากความพยายามของโครงการกาวิ-จีน<sup>41</sup>

### ประโยชน์ที่ได้รับ แลกมาด้วยการลงทุนไปเท่าใด

กาวิและรัฐบาลจีนร่วมกันลงทุนสนับสนุนงานนี้เป็นเงินประมาณ 76 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ส่วนการลงทุนระหว่างรัฐบาลกลางกับจังหวัดคำนวณเป็นเงินเหรียญสหรัฐได้ยาก เนื่องจากความผันผวนของอัตราแลกเปลี่ยน แต่ประมาณการได้ว่ามีการลงทุนในส่วนนี้ 361 ล้านดอลลาร์ (61 ล้านเหรียญสหรัฐ) ระหว่างปี พ.ศ. 2545 - 2550<sup>44</sup>

ภาพที่ 1. อัตราความครอบคลุมของ Hepatitis B3 และ Timely Birth Dose (TBD) สำหรับพื้นที่ในโครงการและนอกโครงการ



แหล่งข้อมูล: Chee, Xie, และ Nakhimovsky (2012)

โครงการกาวิ-จีนประสบความสำเร็จในการให้วัคซีนครอบคลุมตามเป้าหมายด้วยความประหยัด มีการจัดวัคซีนและอุปกรณ์สำหรับฉีดภายในประเทศด้วยราคาที่ต่ำกว่าที่คิด และรัฐบาลกลางได้สมทบเงินค่าวัคซีนไว้ในงบประมาณของโครงการตั้งแต่แรก<sup>45</sup> เงินที่ประหยัดนี้จึงนำไปทำกิจกรรมอื่นเพิ่มเติมในพื้นที่เป้าหมาย ซึ่งรวมถึงการให้วัคซีนในกลุ่มเด็กและกลุ่มอายุมากกว่า 15 ปี ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนจำเป็นเมื่อครั้งที่ยังเป็นเด็กเล็ก<sup>46</sup>

การบริหารค่าใช้จ่ายระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2550 มีความคุ้มค่ามาก<sup>47</sup> โครงการนี้มีค่าใช้จ่ายเพียง 28.70 เหรียญสหรัฐต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้ 1 ราย ใช้เงินเพียง 160 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการตายจากไวรัสตับอักเสบบีได้ 1 ราย การวิเคราะห์ความคุ้มค่าที่กระทำโดยกลุ่มนักวิจัยที่ศึกษาให้กับ *หลายล้านชีวิตรอด* ชี้ว่าโครงการนี้หลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะทั้งหมดได้ถึง 22.6 ล้านปี หรือมีอัตราความคุ้มค่าอยู่ที่ 3.36 ต่อการหลีกเลี่ยงความสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี<sup>48</sup> ค่าประมาณการนี้ยืนยันว่าโครงการนี้มีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ต่อหัว<sup>49</sup>

### กฎแห่งความสำเร็จ

โครงการกาวิ-จีนทำงานบนความพยายามของรัฐบาลจีนที่มีอยู่แล้วในการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีโดยปรากฏชัดว่าสามารถเพิ่มการเข้าถึงได้ พันธสัญญาของชาติที่มีต่อโครงการกาวิ-จีนและการมุ่งเน้นความสำคัญกับพื้นที่ที่เข้าไม่ถึงบริการเป็นปัจจัยสำคัญแห่งความสำเร็จ<sup>50</sup> รัฐบาลตั้งใจร่วมทุนตั้งแต่แรก แสดงให้เห็นว่าการเมืองที่ให้การสนับสนุนอย่างจริงจังมีส่วนกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้มแข็งและหนุนเสริมการประสานงานกับส่วนอื่นๆ ของภาคสาธารณสุข เช่น โครงการแม่และเด็ก<sup>51</sup> ความสำเร็จในการประสานงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกาวิส่งผลให้ปฏิบัติการมีความราบรื่น ทั้งยังได้รับความร่วมมือจากภาคีนานาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) และพาธ (PATH) ที่ช่วยออกแบบโครงการกาวิ-จีน และให้คำแนะนำระหว่างการดำเนินงานโดยตลอด<sup>52</sup>

การวางแผนการบริหารจัดการโครงการที่ดีก็ช่วยได้มาก สำนักงานโครงการและโครงสร้างการประสานงานสองฝ่ายช่วยเพิ่มการเข้าถึงความรู้และความเชี่ยวชาญทาง

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

การให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีเป็นการให้บริการฟรีทั่วประเทศจีน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โครงการกาวิ-จีนได้ร่วมปฏิบัติการในพื้นที่เป้าหมายภายใต้บริบทของโครงการแห่งชาติ การจะระบุผลกระทบของโครงการกาวิ-จีนอย่างเดียว ยังต้องจำแนกแยกผลลัพท์ออกจากโครงการแห่งชาติ ฮาร์ดเลอร์ (Hardler) และคณะ ได้จำลองรูปแบบเพื่อศึกษาว่าโครงการมีส่วนช่วยหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ และการตายได้เพียงใด โดยดูอัตราความครอบคลุมการให้วัคซีนและประสิทธิผลของการให้วัคซีน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยากแก่การเข้าถึงบริการ<sup>42</sup> กลุ่มนักวิจัยประมาณการความครอบคลุมบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากการสำรวจประชากรอย่างเป็นระบบ

ในภาพรวมของแบบจำลองชี้ว่า การกระจายวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีทั่วประเทศของจีนมีผลกระทบมหาศาล หลีกเลี่ยงความตายจากสาเหตุนี้ได้ประมาณ 43 ล้านคน ในกลุ่มเด็กที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2535 - 2552 ในพื้นที่ของโครงการกาวิ-จีน กลุ่มนักวิจัยประมาณการจากแบบจำลองได้ว่า โครงการนี้ป้องกันการติดเชื้อ

ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้ 520,000 คน และป้องกันความตายจากสาเหตุนี้ได้ 93,200 ราย

แม้วัคซีนจะมีประสิทธิผลสูง (ร้อยละ 95 ในการทดลองที่มีตัวควบคุม) และจีนมีคุณภาพสูงในการดำเนินมาตรการจนครอบคลุม แต่กลุ่มนักวิจัยก็ยังคงประมาณการผลกระทบของโครงการอย่างมีเหตุผลและตีความอย่างระมัดระวัง การออกแบบการประเมินจึงขึ้นกับการประมาณการความสัมพันธ์ระหว่างการให้วัคซีนกับผลที่เกิดขึ้น ดังเช่นการศึกษาผลในน้ำเหลืองในปี พ.ศ. 2549 ที่แสดงหลักฐานชัดเจนถึงผลกระทบของวัคซีนในด้านสุขภาพ<sup>43</sup> อย่างไรก็ตาม การค้นหาผลกระทบของโครงการที่แน่นอน ต้องมีการสำรวจตัวอย่างน้ำเหลืองเพื่อดูการติดเชื้อ ผนวกกับการติดตามระยะยาวเพื่อดูผลของวัคซีนเมื่อเวลาผ่านไป เรื่องสำคัญในอนาคตคือ การติดตามแหล่งข้อมูล เช่น ทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งเพื่อดูผลกระทบระยะยาวของโครงการให้วัคซีน

วิชาการทั้งจากในและนอกประเทศจีน<sup>53</sup> การที่สำนักงานตั้งอยู่ในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันแห่งชาติทำให้ชาวจีนรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ สร้างความสะดวกในการสื่อสารกับผู้บริหารในการบูรณาการโครงการนี้เข้ากับกิจกรรมอื่นในด้านไวรัสตับอักเสบบีและทำให้การดำเนินการต่างๆ เกิดขึ้นทันเวลา<sup>54</sup> โครงสร้างระบบสุขภาพของจีนเป็นอีกปัจจัยของความสำเร็จ กล่าวคือ การปฏิบัติการไหลลื่นตั้งแต่สำนักงานลงไปถึงการบริหารระดับล่างสุด<sup>55</sup> ทำให้เกิดระเบียบวินัยและความเป็นเอกภาพในการจัดกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ และเพิ่มความตระหนักต่อปัญหาไวรัสตับอักเสบบี<sup>56</sup>

กลยุทธ์การจัดหาที่เป็นนวัตกรรมก็ช่วยให้โครงการมีความคุ้มค่ามาก และกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบกว้างขึ้น โครงการกาวิ-จีนต่างจากโครงการอื่นที่กาวิให้การสนับสนุน มีการมุ่งจัดหาวัคซีนและอุปกรณ์สำหรับฉีดจากผู้จำหน่ายในประเทศ ช่วงแรกภาคีของกาวิต่อต้านวัคซีนที่ผลิตในประเทศเพราะองค์การอนามัยโลกยังไม่ได้รับรองคุณภาพ ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับ แต่รัฐบาลจีนเอาชนะการคัดค้านนี้ได้ด้วยการทำงานกับองค์การอนามัยโลกอย่างใกล้ชิดเพื่อสร้างกฎระเบียบที่เข้มแข็ง จนมีการรับรองคุณภาพวัคซีนฯ ในประเทศสำหรับการจัดหาของสหประชาชาติ ความร่วมมือที่มีประสิทธิผลนี้จึงนำไปสู่การปรับปรุงกฎระเบียบสำหรับวัคซีนอื่นทุกชนิดในประเทศจีนด้วย

ผลกระทบของโครงการได้รับการหนุนเสริมจากการตัดสินใจของรัฐบาลจีนในปี พ.ศ. 2548 นายกรัฐมนตรีเหวินเจียเป่า (Jiabao Wen) ประกาศสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานทุกโรคทั่วประเทศ รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายนี้เกิดขึ้นเนื่องจากมีข้อค้นพบในการทบทวนนโยบายวัคซีนภายหลังจากที่มีการระบาดอย่างหนักของโรคซาร์ส (SARS)<sup>57</sup> ที่ระบุว่ามีความไม่เป็นธรรมเกี่ยวกับการเงินการคลังของการบริการป้องกันโรค และเน้นย้ำว่าจีนเป็นประเทศเดียวในภูมิภาคที่ยังเก็บค่าบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานสำหรับเด็ก<sup>58</sup>

ยังมีปัจจัยอื่นภายนอกโครงการที่หนุนเสริมความครอบคลุมและผลกระทบ ตัวอย่างเช่น การคลอดที่โรงพยาบาลเพิ่มจากร้อยละ 58 ของการเกิดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 93 ในปี พ.ศ. 2552 ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีโครงการจูงใจให้คลอดในสถานพยาบาล<sup>59</sup> การตั้งเด็กแรกคลอดให้มาอยู่ในโรงพยาบาลมากขึ้น ผนวกกับการที่โครงการกาวิ-จีนให้ TBD ได้เกินร้อยละ 95 ทำให้ในภาพรวมนั้น อัตราความครอบคลุมวัคซีนฯ ในเด็กแรกเกิดเพิ่มสูงอย่างมากทั่วทั้งประเทศจีน<sup>60</sup>

### นัยสำหรับสุขภาพโลก

ผู้กำหนดนโยบายตระหนักว่าประชาชนมักจะไม่ลงทุนในการป้องกันโรค และเนื่องด้วยคนยากจนส่วนใหญ่มักไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค ผู้กำหนดนโยบายจึงสรุปว่า การลงทุนในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโดย

ภาครัฐเป็นการสร้างความเป็นธรรมที่ดีที่สุดในการส่งเสริมให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น<sup>61</sup> ประเทศจีนซึ่งมีประชากร 1.3 พันล้านคน ก็ได้งดเว้นการเก็บค่าธรรมเนียมสำหรับบริการป้องกันโรคที่สำคัญ เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบี กาวีและองค์กรภาคีต่างๆ มีส่วนช่วยกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายนี้ ซึ่งช่วยลดการคุกคามของโรคไวรัสตับอักเสบบีและเพิ่มความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

ประสบการณ์ของโครงการกาวี-จีนแสดงให้เห็นว่า โครงการระยะสั้นสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวงกว้างและทำให้เกิดพันธสัญญาระดับชาติได้ในปี พ.ศ. 2547 รัฐบาลจีนให้การสนับสนุนเพียงร้อยละ 27 ของค่าใช้จ่ายในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีทั้งหมด<sup>62</sup> ปัจจุบันรัฐบาลกลางรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีระดับชาติ คือค่าวัคซีนฯ รวมถึงอุปกรณ์สำหรับฉีดและค่าธรรมเนียมของผู้ให้บริการ ในขณะที่มีการบูรณาการการอบรม การกำกับ และการติดตามเข้ากับโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในระบบปกติ

ประเทศจีนหลุดจากการสนับสนุนของกาวีแล้ว เศรษฐกิจขาขึ้นทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวสูงกว่าเกณฑ์ที่กาวีตั้งไว้สำหรับประเทศที่มีสิทธิได้รับการสนับสนุนคือ 1,500 เหรียญสหรัฐ อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ของโครงการกาวี-จีนได้ให้บทเรียนแก่กาวีและรัฐบาลจีนในการจัดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงวัคซีนได้ ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางเช่นประเทศจีนนั้น เม็ดเงินและการสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายสามารถส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพในระดับชาติได้ โครงการนี้ยังฉายแสงให้เห็นว่าผู้สนับสนุนทุนด้านสุขภาพในระดับโลกอย่างเช่นกาวีสามารถก่อประโยชน์ที่ให้ผลกระทบกว้างขวางในประเทศที่มีรายได้ปานกลางได้ การสนับสนุนของกาวีด้วยการให้ทรัพยากรอันน้อยนิดสำหรับการจัดกิจกรรม สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายการเก็บค่าธรรมเนียมและกฎระเบียบการผลิตภายในประเทศ บทเรียนเหล่านี้อาจนำไปปรับใช้ในการกระจายวัคซีนใหม่ๆ ชนิดอื่นสำหรับโรคต่างๆ เช่น

โรคปอดบวมบางชนิด (pneumococcal disease) ในประเทศที่การสนับสนุนจากกาวีใกล้ยุติ แง่มุมอื่นของรูปแบบปฏิบัติการนี้ เช่น การบริหารจัดการโครงการร่วมกันระหว่างผู้ประสานงานภายในประเทศกับผู้ประสานงานระหว่างประเทศ ก็สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับที่อื่นได้เช่นกัน<sup>63</sup>

ความท้าทายยังคงมีอยู่ คาดว่าอัตราการเกิดโรคมาเร็งจะลดลงอย่างมากเมื่อเด็กชาวจีนได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนี้แล้ว แต่วัคซีนนี้ไม่ช่วยหญิงและชายอีกประมาณ 93 ล้านคนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังไปแล้ว และครั้นถึงปี พ.ศ. 2558 แล้ว รัฐบาลก็ยังไม่มีโครงการตรวจหาเชื้อฯ และรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีอย่างครอบคลุมทั่วประเทศ<sup>64</sup> การให้ TBD มีความยากลำบากสำหรับพื้นที่ชนบทบางแห่งที่นิยมคลอดในบ้าน<sup>65</sup> นอกจากนี้การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบียังมีครอบคลุมต่ำในกลุ่มผู้ใหญ่ในพื้นที่ส่วนใหญ่ เนื่องจากยังมีการเก็บค่าธรรมเนียมการใช้บริการ รวมทั้งผู้ให้บริการต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง<sup>66</sup>

ในฐานะที่เป็นรูปแบบตัวอย่างของการป้องกันโรค โครงการกาวี-จีน ได้ให้บทเรียนของปฏิบัติการการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมโดยการเชื่อมต่อประชาชนที่เข้าไม่ถึงบริการกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สามารถช่วยชีวิตได้ ในการเข้าถึงประชาชนที่ยากจนที่สุดนั้น ผู้สนับสนุนหวังว่า ประสบการณ์ของโครงการนี้จะเป็แรงบันดาลใจให้ผู้จัดการโครงการ EPI ของจีนและผู้บริหารระดับสูงนำไปบูรณาการเข้ากับวัคซีนอื่นที่เสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลกในโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันพื้นฐาน เช่น วัคซีนป้องกันโรตาไวรัส (rotavirus) วัคซีนป้องกันโรคอิบ (Haemophilus influenzae type B: Hib) และวัคซีนป้องกันโรคปอดบวมบางชนิด (pneumococcal disease) วัคซีนเหล่านี้ได้รับการขึ้นทะเบียนและจำหน่ายอย่างกว้างขวางในจีน แต่ใช้ได้เฉพาะคนที่มีเงินจ่ายเท่านั้น

## อ้างอิง

Chee, Grace, Zheng Xie, and Sharon Nakhimovsky. 2012. *Evaluation of GAVI-Government of China Hepatitis B Vaccination Program*. Bethesda, MD: Abt Associates. <http://www.gavi.org/results/evaluations/evaluation-of-the-gavi-government-of-china-hepatitis-b-vaccination-programme/>.

England, Sarah, Miloud Kaddar, Ashok Nigam, and Matilde Pinto. 2001. *Practice and Policies on User Fees for Immunization in Developing Countries*. Geneva: Department of Vaccines and Biologicals, World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66712/1/WHO\\_V-B\\_01-07\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66712/1/WHO_V-B_01-07_eng.pdf).

Fan, Jin - Hu, Jian - Bing Wang, Yong Biang, Wang Xiang, Hao Liang, Wen - Qiang Wei, and Paolo Boffetta. 2013. "Attributable Causes of Liver Cancer Mortality and Incidence in China." *Asian Pacific Journal of Cancer*

*Prevention* 14 (12): 7251-56. doi:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.12.7251>.

Fuqiang, Cui. 2013. "Scaling Up Hepatitis B Vaccination with the Support of GAVI in China: Lessons Learned for Introduction of New Vaccines and for the Future of Hepatitis B Control." PhD diss., Faculty of Science, University of Basel. <http://edoc.unibas.ch/29237/>.

Gavi. 2014. "Mission Indicators." In *GAVI Alliance 2013 Progress Report*. Geneva: Gavi. <http://gaviprogressreport.org/2013/mission-indicators/>.

———. 2016. "History of Gavi." Accessed February 9. <http://www.gavialliance.org/about/mission/history/>.

Hadler, Stephen C., Cui Fuqiang, Francisco Averhoff, Thomas Taylor, Wang Fuzhen, Li Li, Liang Xiaofeng, and Yang Weizhong. 2013. "The Impact of Hepatitis B Vaccine in China

## อ้างอิง (ต่อ)

- and in the China GAVI Project." *Vaccine* 31 (Suppl 9): J66-72.
- Hutton, David W., Samuel K. So, and Margaret L. Brandeau. 2010. "Cost - Effectiveness of Nationwide Hepatitis B Catch-Up Vaccination among Children and Adolescents in China." *Hepatology* 51 (2): 405-14. doi:10.1002/hep.23310.
- Kane, M.A., S.C. Hadler, L. Lee, C.N. Shapiro, F. Cui, X. Wang, and R. Kumar. 2013. "The Inception, Achievements, and Implications of the China GAVI Alliance Project on Hepatitis B Immunization." *Vaccine* 31 (Suppl 9): J15-20.
- Liang, Xiaofeng, Shengli Bi, Weizhong Yang, Longde Wang, Gang Cui, Fuqiang Cui, Yong Zhang, et al. 2009. "Epidemiological Survey of Hepatitis B in China: Declining HBV Prevalence Due to Hepatitis B Vaccination." *Vaccine* 31: J21-J28.
- Liang, X., F. Cui, S. Hadler, X. Wang, H. Luo, Y. Chen, M. Kane, C. Shapiro, W. Yang, and Y. Wang. 2013. "Origins, Design and Implementation of the China GAVI Project." *Vaccine* 31 (Suppl 9): J8-14. doi:10.1016/j.vaccine.2012.12.019.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost-Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- Ndumbe, P. 1996. "Childhood Vaccination: Achievements and Challenges." *Africa Health* 18 (6): 18-19.
- PATH. "Using Auto - Disable Syringes." n.d. Accessed February 8, 2016. <http://www.path.org/publications/files/SafelnjPDF - Module5.pdf>.
- Simonsen, L., A. Kane, J. Lloyd, M. Zaffran, and M. Kane. 1999. "Unsafe Injections in the Developing World and Transmission of Bloodborne Pathogens: A Review." *Bulletin of the World Health Organization* 77 (10): 789-800.
- Smith, Richard D. 2006. "Responding to Global Infectious Disease Outbreaks: Lessons from SARS on the Role of Risk Perception, Communication and Management." *Social Science and Medicine* 63 (12): 3113-23. doi:10.1016/j.socscimed.2006.08.004.
- Song, Guang - jun, Bo Feng, Hui - ying Rao, and Lai Wei. 2013. "Etiological Features of Cirrhosis Inpatients in Beijing, China." *Chinese Medical Journal* 126 (13): 2430-34.
- WHO (World Health Organization). 2010. "Hepatitis B Vaccines: WHO Position Paper—Recommendations." *Vaccine* 28 (3): 589-90. doi:10.1016/j.vaccine.2009.10.110.
- . 2015a. "Emergencies Preparedness, Response: Hepatitis B." Accessed June 22. <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo20022/en/index3.html>
- . 2015b. "Hepatitis B." Fact Sheet 204. Updated July. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.
- WHO China. 2003. *Public Health Options for China: Using the Lessons Learned from SARS*. Beijing: WHO China.
- WHO, UNICEF (United Nation's Children Fund), Global Alliance for Vaccines and Immunization, Japan International Cooperation Agency, and US Centers for Disease Control and Prevention. 2005. *2004 International Review of the Expanded Programme on Immunizations (EPI) in China*. Beijing: Beijing Reizhe Publishing House.
- WHO, UNICEF, and World Bank. 2009. *State of the World's Vaccines and Immunization*. 3rd ed. Geneva: WHO. [http://www.unicef.org/media/files/SOWVI\\_full\\_report\\_english\\_LR1.pdf](http://www.unicef.org/media/files/SOWVI_full_report_english_LR1.pdf).
- Zhou, Yuqing, Wang Huaqing, Jinshan Zheng, Xu Zhu, Wei Xia, and David B. Hipgrave. 2009. "Coverage of and Influences on Timely Administration of Hepatitis B Vaccines Birth Dose in Remote Rural Areas of the People's Republic of China." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 81 (5): 869-74. doi:10.4269/ajtmh.2009.09 - 0238.
- Zhu, D., J. Wang, and K.R. Wangen. 2014. "Hepatitis B Vaccination Coverage Rates among Adults in Rural China: Are Economic Barriers Relevant?" *Vaccine* 32 (49): 6705-10. doi:10.1016/j.vaccine.2013.06.095.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. WHO (2015b).
2. Fan et al. (2013); Song et al. (2013).
3. WHO (2015b).
4. WHO (2015a).
5. Kane et al. (2013).
6. WHO (2015b).
7. The other two doses are typically given at one month and six months of age.
8. WHO (2010).
9. Ndumbe (1996).
10. WHO, UNICEF, and World Bank (2009); Gavi (2015).
11. Gavi (2015).
12. Gavi (2015).
13. Gavi (2015).
14. Gavi (2015).
15. Initially called the Global Alliance for Vaccines and Immunization.
16. Gavi (2014).
17. Stephano Malvolti, personal communication with the author, August 14, 2014.
18. Kane et al. (2013).
19. Kane et al. (2013).
20. Zhou et al. (2009).
21. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012).
22. Kane et al. (2013)



## อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)

23. Fuqiang (2013).
24. Fuqiang (2013); Kane et al. (2013).
25. England et al. (2001).
26. Kane et al. (2013); Zhou et al. (2009).
27. Kane et al. (2013).
28. Kane et al. (2013).
29. At the time of Gavi's initiation, an estimated 12 billion injections per year occurred, of which 40-60 percent were considered unsafe (Simonsen et al. 1999). For more about the importance of using auto - disable syringes, see PATH (n.d.).
30. Stephano Malvolti, personal communication with the author, August 14, 2014.
31. Other program design elements that differ from typical Gavi arrangements include (1) engagement of an international program manager, (2) cofunding from the grant recipient country from the outset, and (3) program oversight by an Organizational Advisory Committee.
32. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012).
33. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012).
34. Liang et al. (2013).
35. Liang et al. (2013).
36. Liang et al. (2013).
37. Hadler et al. (2013).
38. Hadler et al. (2013).
39. Kane et al. (2013).
40. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012).
41. Kane et al. (2013).
42. 2013.
43. Liang et al. (2009).
44. Liang et al. (2013).
45. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012); Kane et al. (2013).
46. Liang et al. (2013).
47. Hadler et al. (2013).
48. The estimation of the averted disease burden in DALYs used an assessment of program impact (Hadler et al. 2013) and estimates of the distribution of hepatocellular carcinoma, cirrhosis, and fulminant infection and associated DALY parameters such as disability weights and disease duration. Total program costs were derived from the same impact evaluation (Hadler et al. 2013). See Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
49. Hutton, So, and Brandeau (2010).
50. Kane et al. (2013).
51. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012).
52. Liang Xiaofeng and Cui Fuqiang, personal communication with the author, October 27-30, 2014; Stephen Hadler, personal communication with the author, October-December 2014.
53. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012).
54. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012).
55. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012).
56. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012).
57. Kane et al. (2013); WHO et al. (2005); WHO China (2003). An outbreak of SARS, a viral respiratory disease, in southern China from November 2002 to July 2003 caused over 8,000 infections and 775 deaths in 37 countries (Smith 2006). Although SARS placed an unexpected strain on Chinese health administration staff and delayed China-Gavi Program implementation, over time the outbreak provided some benefit to the hep B vaccine rollout. SARS helped elevate the position of health on the national agenda and stimulated increased public funding for health activities.
58. Kane et al. (2013); Lisa Lee, personal communication with the author, October 27-29, 2014.
59. Kane et al. (2013).
60. Stephen Hadler, personal communication with the author, October-December 2014.
61. England et al. (2001).
62. Chee, Xie, and Nakhimovsky (2012).
63. Kane et al. (2013).
64. Kane et al. (2013).
65. Kane et al. (2013).
66. Zhu, Wang, and Wangen (2014).

## กรณีศึกษาที่ 4

### กำจัดยุงตัวต่อตัว

#### โครงการควบคุมมาลาเรียแห่งชาติแซมเบีย

(ต้นฉบับโดย Lauren Post จากร่างแรกโดย Yuna Sakuma)

##### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ป้องกันและควบคุมมาลาเรีย

**ยุทธวิธี:** โครงการดำเนินอย่างรอบด้านในระดับชาติเพื่อป้องกันและควบคุมมาลาเรีย โดยใช้มุ้งเคลือบยาฆ่าแมลง (insecticide-treated nets) สเปรย์ฆ่ายุงภายในบ้าน ชุดตรวจวินิจฉัยเร่งด่วน และยารักษาโรคมาลาเรียสูตรผสม

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** ผู้มีเชื้อมาลาเรียลดลงจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 15 อุบัติการณ์โรคโลหิตจางอย่างรุนแรงลดลงจากร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2549 เหลือร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2555 ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 168 ต่อพันในปี พ.ศ. 2549 เหลือ 109 ต่อพันในปี พ.ศ. 2555 ช่วยเหลือชีวิตเด็กได้ 33,000 คนระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2553

**เหตุที่ประสบความสำเร็จ:** การนำที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ภาคีหลายภาคส่วน รวมถึงภาคเอกชนที่สำคัญเข้ามามีส่วนร่วม โครงการมีความครอบคลุมรอบด้านหลายแง่มุม มีการติดตามประเมินผลที่เข้มแข็ง

**การเงินการคลัง:** งบประมาณโครงการในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 60 ล้านดอลลาร์สหรัฐ อัตราความคุ้มค่าคือ 13.50 เหรียญสหรัฐ ต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะ 1ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2553

**ขนาดของโครงการ:** ระดับชาติ

ในทวีปอเมริกาใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแอฟริกาใต้สะฮารา ยุงตัวเล็ก ๆ สามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพที่รุนแรงได้ การกัดของมันเป็นเหมือนไม่มีอันตราย แต่ถ้าในตัวของมันมีเชื้อโปรโตซัวที่ทำให้เกิดโรคมาลาเรีย ชื่อพลาสโมเดียม (Plasmodium) ชนิดใดชนิดหนึ่งในห้าชนิดที่ก่อโรคในคนได้ ก็จะทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบอัมพาตและปวดหัวได้ อาการจะคล้ายไข้หวัดใหญ่รุนแรง คือปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ ร่วมกับอาการหนาวสั่นทั่วร่างกาย ตามด้วยอาเจียนและท้องเสีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่ อาการเหล่านี้จะทวีความรุนแรง นำไปสู่ปัญหาทางระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบเมตาบอลิก บางกรณีถึงขั้นเสียชีวิต

ภายหลังความล้มเหลวในการรณรงค์กำจัดโรคนี้ในช่วงทศวรรษ 1960 และ 1970 กระแสการตอบโต้มาลาเรียในระดับโลกก็ลดลงไปนานหลายทศวรรษ ครั้นย่างเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ก็มีการฟื้นฟูกลับขึ้นมาอีก เนื่องจากหลายประเทศยังมีภาระโรคนี้อยู่มาก จึงเกิดความร่วมมือครั้งใหญ่ในการควบคุมมาลาเรียที่มีมูลค่าสูงกว่าการลงทุนใดๆ ในด้านสุขภาพ หากไม่นับเรื่องเอชไอวีและอนามัยแม่และเด็ก การลงทุนครั้งใหญ่นี้

ประกอบด้วยความร่วมมือทางสถาบันและทางการเมืองระดับสูง รวมถึงการเปิดตัวโครงการ Roll Back Malaria (RBM) ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งรวมอยู่ในเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ในปี พ.ศ. 2543 และการก่อตั้งกองทุนโลกสู่ภัยเอชไอวี โรคและมาลาเรียในปี พ.ศ. 2545

โครงการมาลาเรียของประเทศแซมเบียเป็นหนึ่งในบรรดาโครงการที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดของการเคลื่อนไหวระดับโลกครั้งนี้ ปี พ.ศ. 2543 แซมเบียได้เริ่มปฏิบัติการโครงการควบคุมมาลาเรียแห่งชาติ (National Malaria Control Program: NMCP) อย่างเป็นทางการ มุ่งกำจัดยุงที่เป็นพาหะนำเชื้อมาลาเรีย ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น แจกมุ้งกำจัดยุง (แซมเบียเป็นหนึ่งในประเทศแรกๆ ที่รัฐบาลแจกมุ้งฟรีในระดับประเทศ) ฉีดยาฆ่ายุงภายในบ้าน ใช้ชุดตรวจวินิจฉัยด่วน และใช้ยารักษา มาลาเรียที่เป็นยาสูตรผสม นอกจากนี้ยังให้ความรู้ ใช้กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการประสานงานกับเอ็นจีโอต่างๆ อย่างใกล้ชิด

ณ วันนี้ มีเด็กชาวแซมเบียน้อยคนมากที่มีเชื้อมาลาเรียหรือตายด้วยโรคนี้เมื่อเทียบกับในช่วงทศวรรษที่ 1990 อย่างไรก็ตาม ประเทศนี้

ยังไม่มีภูมิคุ้มกันการระบาดอย่างสมบูรณ์ อันที่จริง การกลับมาครั้งใหญ่ของมาลาเรียในปี พ.ศ. 2552 และ 2553 ถือเป็นกาทดสอบของรัฐบาลที่ลุกขึ้นต่อกรกับสิ่งที่เกิดขึ้น ค้นหาปัญหา แก้ปัญหา และในที่สุดก็เอาชนะการกลับมาใหม่ของโรคมาลาเรียได้

## ความสูญเสียเนื่องมาจากโรคมาลาเรีย

โรคมาลาเรียเกิดจากการถูกยุงที่มีเชื้อมาลาเรียกัด เป็นยุงตัวเมียสกุล (genus) Anopheles ซึ่งปล่อยเชื้อปรสิตที่ชื่อพลาสโมเดียมเข้าสู่ร่างกายตรงรอยคัน ประเทศรายได้สูงส่วนใหญ่กับประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางอีกหลายประเทศที่มีอากาศร้อนชื้นได้จัดการกำจัดมาลาเรียไปหมดแล้ว แต่ยังคงมีการระบาดในบางประเทศที่มีความยากจนและเปราะบาง<sup>1</sup> การเสียชีวิตเนื่องจากมาลาเรียกว่าครึ่งในปี พ.ศ. 2543 กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มคนจนที่สุดที่มีประมาณร้อยละ 20 ของประชานมาลาเรียจึงเป็นโรคที่สัมพันธ์กับความจนมากที่สุดในบรรดาโรคที่มีความสำคัญต่อสาธารณสุขในระดับโลก<sup>2</sup>

เด็กมีความเปราะบางต่อโรคนี้เป็นการเฉพาะ มีการกล่าวไว้ว่า ณ จุดใดจุดหนึ่งในโลกนี้ มาลาเรียฆ่าเด็ก 1 คนทุกๆ 30 วินาที<sup>3</sup> ในปี พ.ศ. 2543 อัตราตายทั่วโลกของทารกเนื่องจากมาลาเรียคือร้อยละ 8<sup>4</sup> ในแอฟริกาใต้สะฮารา โรคมาลาเรียที่ชุกชุมนำไปสู่ความตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประมาณ 800,000 คนในปี นั้นเพียงปี เดียว

ในปี พ.ศ. 2543 แคมเบีย ซึ่งเป็นประเทศรายได้ต่ำประเทศหนึ่งในแอฟริกาใต้ พบผู้มีเชื้อมาลาเรีย 3.3 ล้านคนจากประชากรทั้งหมดจำนวนประมาณ 10 ล้านคน<sup>5</sup> ปี นั้นมีคนตายด้วยโรคมาลาเรีย 17,000 คน ส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็ก และโรคนี้เป็นสาเหตุแห่งความตายของเด็กในลำดับต้นๆ<sup>6</sup> นอกจากผลกระทบทางด้านสุขภาพ มาลาเรียยังทำให้แคมเบียต้องประสบปัญหาด้านการพัฒนาเศรษฐกิจอีกด้วย บ่อยครั้งความเจ็บป่วยและความตายของชาวแคมเบียอันเนื่องมาจากมาลาเรียเกิดขึ้นในเหมืองทองแดง แหล่งเศรษฐกิจหลักของแคมเบีย นำไปสู่อัตราเพิ่มขึ้นของการหยุดงาน การบาดเจ็บระหว่างทำงาน และการสูญเสียที่ต้องหาคนงานใหม่<sup>7</sup> ผลผลิตจึงลดลงและบั่นทอนอุตสาหกรรม การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศมีขึ้นต้องชะลอตัวลง<sup>8</sup>

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: แคมเบียทำทุกวิถีทางที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผล

ถึงปี พ.ศ. 2533 การควบคุมมาลาเรียในแคมเบียถึงทางตัน ชาวแคมเบียตระหนักว่ามาลาเรียเป็นโรคถึงตาย แต่น้อยคนนักที่จะหาทางป้องกัน อุตสาหกรรมเหมืองเล็กใช้สเปรย์ฆ่ายุงในโรงงาน ซึ่งก่อนหน้านี้ใช้นิยมใช้เป็นวิธีควบคุมมาลาเรีย ราคาทองแดงตกต่ำ ขณะที่ราคาน้ำมันดิบตัวบริษัทเหมืองแร่จึงไม่สามารถใช้วิธีสเปรย์ได้อีกเนื่องจากผู้ค้าใช้จ่ายไม่ไหว<sup>9</sup>

โครงการให้การรักษาก็ไม่มีความพร้อม การกระจายยาที่ไม่แน่นอนทำให้บ่อยครั้งพื้นที่ชนบทต้องขาดแคลนยา ถึงแม้จะมียา ยาอีกอาจไม่ได้ผล ดังเช่นเจ้าหน้าที่นักวิจัยในหน่วยมาลาเรียของกระทรวงสาธารณสุขเริ่มสังเกตเห็นว่า เชื้อเริ่มคือยาคลอโรควิน (chloroquine) ซึ่งเป็นยาขั้นต้นที่ใช้รักษาโรคมาลาเรีย ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้เกิดกับแคมเบียเพียงประเทศเดียว ประเทศอื่นส่วนใหญ่ที่มีมาลาเรียระบาดก็เผชิญปัญหาคล้ายกัน

จวบจนช่วงทศวรรษที่ 1990 การระบาดอย่างไม่หยุดยั้งของมาลาเรียดังเช่นในแคมเบียได้จุดประกายให้เกิดกระแสโลกที่จะต้องปฏิบัติการอะไรสักอย่าง ในปี พ.ศ. 2541 พญ.โกร ฮาร์เลม บรันด์ท์แลนด์ (Dr. Gro Harlem Brundtland) ผู้เข้ามารับตำแหน่งผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศเจตจำนงให้ “การกวาดล้างมาลาเรียให้หมดไป” เป็นหนึ่งในพันธกิจสำคัญลำดับต้นของเธอ<sup>10</sup> ผู้นำระดับนานาชาติอื่นๆ ต่างขานรับคำประกาศของเธอ ภาควิชาการมาลาเรียจึงได้เริ่มต้นขึ้นภายในปีนั้น โดยองค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติและธนาคารโลก ในปี พ.ศ. 2543 ผู้แทนระดับสูงของ 44 ประเทศได้มีการประชุมกันที่เมืองอะบูจา (Abuja) ประเทศไนจีเรีย เป็นการประชุมสุดยอดเพื่อกวาดล้างมาลาเรียในแอฟริกา คำประกาศอะบูจาได้กระตุ้นให้เกิดเจตจำนงทางการเมืองในอันที่จะกวาดล้างมาลาเรียร่วมกัน พร้อมมีการกำหนดเป้าหมายสำหรับวัดผลงานของรัฐบาลด้วย

ในปี เดียวกันมีรายงานใหม่ออกมาว่า ปฏิบัติการกำจัดโรคมาลาเรียในแคมเบียเพิ่มเป็นสามเท่าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2519 อันเป็นจุดกระตุ้นให้รัฐบาลต้องลงนามประกาศอะบูจา และเนื่องด้วยการลงนามนี้ รัฐบาลจะต้องมีมาตรการป้องกันและรักษาโรคมาลาเรียครอบคลุมประชากรร้อยละ 60 ภายในปี พ.ศ. 2548 รัฐบาลจึงจัดตั้งศูนย์ควบคุมมาลาเรียแห่งชาติ (National Malaria Control Center: NMCC) และวางรากฐานการฟื้นฟูโครงการควบคุมมาลาเรียให้กลับมามีชีวิตชีวามากกว่าเก่าก่อน

ในการเริ่มปฏิบัติการต่างๆ ที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผลในแคมเบีย NMCC ได้ประสานงานขอความร่วมมือจากวัด โรงพยาบาล เอ็นจีโอ และองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ เช่น สภากาชาด (Red Cross Society)<sup>11</sup> บริษัทเหมืองแร่และบริษัทเกษตรกรรมของแคมเบียก็เข้าร่วมในโครงการของรัฐบาลนี้ด้วย บริษัทเหมืองแร่ทองแดงที่ชื่อโมพานิ (Mopani) และกอนโกลา (Konkola) และบริษัทน้ำตาลแคมเบีย (Zambia Sugar) มีคนงานรวมกันทั้งหมดประมาณ 30,000 คน ช่วยกันแจกมุ้งเคลือบสารฆ่ายุง ออกปฏิบัติการพ่นฆ่ายุงภายในบ้านต่างๆ และเปิดให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคมาลาเรียที่คลินิกของบริษัททั้งสาม

ความสำเร็จของโครงการในช่วงต้นทำให้มีผู้บริจาคเงินเข้ามาสนับสนุนมากขึ้นช่วยให้รัฐบาลขยายความพยายามกว้างขวางออกไปและปฏิบัติการตามแผนกลยุทธ์ได้ ในปี พ.ศ. 2546 องค์การยูเอสเอไอดี (United States Agency for International Development: USAID) และกองทุนโลก (Global Fund) ได้เข้าร่วมร่วมลงทุนในโครงการนี้เป็นครั้งแรก และในปี

พ.ศ. 2548 ธนาคารโลก (World Bank) และภาคีประเมินและควบคุม มาลาเรียในแอฟริกา (Malaria Control and Evaluation Partnership: MACEPA) ซึ่งเป็นโครงการหนึ่งของ PATH ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก มูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์) ก็เข้าร่วมโครงการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 ประธานาธิบดีจอร์จดับเบิลยู. บุช แห่งสหรัฐอเมริกาเริ่มโครงการมาลาเรีย แห่งประธานาธิบดี (President's Malaria Initiative) ในแอฟริกา เป็น โครงการห้าปี ด้วยเงินงบประมาณ 1.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ

## แผนปฏิบัติการมาลาเรีย

ยุทธศาสตร์แห่งชาติมี 4 วิธีที่พิสูจน์ว่าได้ผลในการต่อสู้กับมาลาเรีย (ดูกล่อง 1) คือ มุ้งเคลือบน้ำยาฆ่าแมลง (insecticide-treated nets: ITNs) การพ่นสารตกค้างภายในบ้าน (indoor residual spraying: IRS) ชุดตรวจ วินิจฉัยเร่งด่วน (rapid diagnostic tests: RDTs) และยารักษาสูตรผสม สี่องค์ประกอบนี้หากมีการส่งให้ถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะส่งผลกระทบต่อ วงกว้าง

การกระจายมุ้งกลายเป็นยุทธศาสตร์หลักของกระทรวงสาธารณสุข มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปตามบ้านต่างๆ ในชุมชนที่มีความเสี่ยงเพื่อ ส่งมอบ ITNs ให้ทันฤดูกาลที่มีการแพร่เชื้อมาลาเรีย ขณะที่คลินิกก็มีการรณรงค์ให้ใช้ ITNs สำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็กเล็ก MACEPA ได้ ศึกษาการกระจาย ITNs เปรียบเทียบระหว่างส่งจากส่วนกลางโดยตรงกับ มอบให้ระดับอำเภอจัดการ พบว่าแบบหลังคล่องตัวกว่าและค่าใช้จ่ายก็ น้อยกว่า<sup>12</sup> ITNs จึงถูกส่งไปที่ระดับอำเภอ ทำให้กระจายได้ครอบคลุม ทั้งถึงแม้ในพื้นที่ที่เข้าถึงได้ยาก

ปี พ.ศ. 2555 เจ้าหน้าที่สามารถกระจาย ITNs ได้มากกว่า ช่วงปี แรกๆ ถึง 20 เท่า คือ ประมาณเกือบ 3 ล้านหลัง<sup>13</sup> ถึงจุดนี้ เกือบ 2 ใน 3 ของหลังคาเรือนชาวแซมเบียจะมี ITNs อย่างน้อย 1 หลัง<sup>14</sup> อย่างไรก็ตาม การมีมุ้งไม่ได้เป็นเครื่องรับประกันว่าจะปลอดจาก

มาลาเรีย มุ้งจะมีประสิทธิภาพเมื่อมีการใช้อย่างเหมาะสมเท่านั้น การ สำรองมาลาเรียหลายครั้งแสดงให้เห็นว่า จำนวนมุ้งที่กระจายออกไปหรือ จำนวนมุ้งที่ประชาชนได้รับอาจไม่สัมพันธ์กับจำนวนของหญิงและเด็ก ที่นอนในมุ้ง<sup>15</sup> ในประเทศแซมเบีย อาสาสมัครของชุมชน รวมถึงสมาชิก ของโบสถ์อังกลิแคน (Anglican church) ได้ให้ความรู้ถึงวิธี จุดประสงค์ และประโยชน์ในการติดตั้งมุ้งที่เหมาะสม รัฐบาลเองก็เข้าไปมีส่วนร่วม ในเมืองกู (Mongu) เมืองหลวงของภาคตะวันตก มีเจ้าหน้าที่ของรัฐคนหนึ่ง ชูว่า จะยึดมุ้งคืน ถ้าผู้ใดนำไปใช้จับปลาหรือทำเป็นชุดแต่งงาน<sup>16</sup>

IRS เป็นอาวุธอีกอันที่ใช้ต่อสู้กับยุง โดยระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2553 IRS คุ้มครองชาวแซมเบียได้อย่างน้อย 5 ล้านคนต่อปี<sup>17</sup> ในช่วงแรกมุ้งใช้ IRS ในเขตเมือง แต่ต่อมาขยายไปทั่วประเทศได้ประมาณ ครั้งหนึ่งของจำนวนอำเภอทั้งหมด<sup>18</sup> อุตสาหกรรมเหมืองหันมาใช้ IRS ในปี พ.ศ. 2543 ร่วมกับการใช้มุ้งกางนอน

ต่อมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของแซมเบียก็หันมาให้ความสนใจกับการวินิจฉัยโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาโรค มาลาเรีย โดย NMCC และทีมบริหารงานสาธารณสุขระดับอำเภอได้ กระจาย RDTs มากกว่า 2 ล้านชุดต่อปี ระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2553 ทำให้ศูนย์สาธารณสุขสามารถวินิจฉัยผู้ป่วยที่ต้องสงสัยได้โดยไม่ต้องเก็บ ค่าตรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนในพื้นที่ชนบทได้รับการสอนวิธีใช้ชุด ทดสอบและการจ่ายยาอย่างเหมาะสม ช่วยป้องกันการวินิจฉัยผิด รวมถึง ป้องกันการให้ยารักษามาลาเรียผิดได้

ในการลดปรากฏการณ์การดื้อยาเก่า แซมเบียเป็นหนึ่งในกลุ่ม ประเทศแรกที่ให้ยาสูตรผสมที่มีอาร์เทมิซินิน (Artemisinin) แรกๆ ก็ใช้ อย่างระมัดระวัง แต่ต่อมาก็ใช้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2548<sup>19</sup> ในเวลาเดียวกัน คลินิกรับฝากครรภ์ก็ให้การรักษาแบบป้องกันแก่หญิง ตั้งครรภ์เป็นระยะๆ ครั้นถึงปี พ.ศ. 2553 ก็ให้การรักษาแบบนี้ได้ถึง ร้อยละ 70 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด<sup>20</sup>

### กล่อง 1. องค์ประกอบของยุทธศาสตร์การรักษาและการป้องกันมาลาเรียของแซมเบีย

**มุ้งเคลือบยาฆ่าแมลง (Insecticide-treated net: ITN):** ผ้าตาข่าย โดยทั่วไปออกแบบไว้คลุมที่นอนเพื่อป้องกันยุง แต่มุ้ง ชนิดนี้ป้องกันยุงได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากสามารถฆ่ายุงที่มาสัมผัสตัวสัตว์ ได้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 มุ้งทุกหลังที่แจกจ่ายออกไปในแซมเบียเป็น ชนิดเคลือบยาฆ่าแมลงที่ออกฤทธิ์ยาว ยาฆ่าแมลงซึ่มอยู่ในหรือ รอบเส้นใยของผ้าตาข่ายนั้น

**การพ่นสารตกค้างภายในบ้าน (Indoor residual spraying: IRS):** กระบวนการพ่นสารเคมีฆ่าแมลงที่ออกฤทธิ์ได้ยาวนานผนังห้องและ เพดานห้องของบ้าน เมื่อยุงบินมาเกาะบนพื้นผิวที่พ่นยาไว้ มันก็จะตาย IRS เสื่อมฤทธิ์ใน 1 ปี จึงต้องพ่นปี ละครั้งก่อนฤดูกาลที่ มาลาเรียระบาดสูงสุด

**ชุดวินิจฉัยเร่งด่วน (Rapid diagnostic tests: RDTs):** แผ่น ทดสอบที่สามารถตรวจหาเชื้อมาลาเรียในเลือดจำนวนเล็กน้อย ภายใน 20 นาที

**ยารักษามาลาเรียสูตรผสม (Combination therapy drugs):** การ ดื้อยาของเชื้อมาลาเรียต่อยาเดี่ยว เช่น คลอโรควิน (chloroquine) ทำให้องค์การอนามัยโลกต้องแนะนำยาสูตรผสม เช่น ยาสูตรผสม ที่มีอาร์เทมิซินิน (artemisinin-based combination therapies: ACTs) และการรักษาแบบป้องกันเป็นระยะในหญิงตั้งครรภ์ (intermittent preventive treatment in pregnancy: IPTp) เป็นวิธีการ รักษาขั้นต้น ACT เป็นการรักษาที่แนะนำให้ใช้กับเชื้อมาลาเรียที่ชื่อ พลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม (*Plasmodium falciparum*) ซึ่งพบมาก ที่สุดในแอฟริกา ส่วน IPTp เป็นการป้องกันมาลาเรียด้วยยาสูตร ผสม โดยให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์

อย่างไรก็ตาม ปัญหาคือการกระจายเวชภัณฑ์ที่มีอยู่อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการขาดแคลนปัจจัยสำคัญ เป็นอุปสรรคต่อ RDT และการรักษาด้วยยา ภาวะทรวงสาธารณสุข โดยการสนับสนุนจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาและธนาคารโลก จึงออกแบบและทดลองระบบการกระจายใหม่สองระบบในปี พ.ศ. 2552 ในระบบแรก ทีมงานของโครงการวางแผนเวชภัณฑ์ไว้ที่ระดับอำเภอเพื่อดูแลการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ภายในอำเภอ ในระบบที่สองแต่ละหน่วยบริการขึ้นไปในสังกัดตรงไปที่คลังยาส่วนกลาง จากการประเมินผลกระทบ พบว่าระบบที่สองคุ้มค่าน่ามากกว่าและมีประสิทธิภาพมากกว่าเนื่องจากไม่มีการติดคอขวดที่ระดับอำเภอ 1 ปีผ่านไป แบบที่สองลดอัตราการขาดแคลนลงได้อย่างมาก จากร้อยละ 48 เหลือร้อยละ 6 ในการรักษา กลุ่มผู้ใหญ่ และจากร้อยละ 43 เป็นร้อยละ 12 ในการรักษา กลุ่มเด็ก การเข้าถึงยาเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด<sup>21</sup>

นอกจากกิจกรรมด้านการรักษาและการป้องกันแล้ว รัฐบาลยังจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้แก่สาธารณสุขชนด้วย และเพื่อให้แน่ใจว่าชาวชนบทจะไม่พลาดข้อมูล รัฐบาลก็ได้ระดมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครจากโบสถ์ต่างๆ และสถานีวิทย์มาช่วยกันรณรงค์ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้นำชุมชนได้เรียนรู้วิธีการกระจายข้อมูลสำคัญ เช่น ความสำคัญของการใช้มุ้งอย่างเหมาะสม และ วิธีการดูแลเด็กที่มีไข้ นอกจากนี้ยังได้เรียนรู้วิธีจัดการความเชื่อผิดๆ เช่น เชื่อว่าการติดเชื้อมาลาเรียจะทำให้มีภูมิคุ้มกันโรคนี้ในอนาคต หรือเชื่อว่าโรคมาลาเรียรักษาได้โดยไม่ต้องใช้ยา

ระบบติดตามมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพทำให้รัฐบาลสามารถติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุงยุทธศาสตร์ได้เมื่อจำเป็น ในปี พ.ศ. 2549 แคมเบียเป็นประเทศแรกที่มีการสำรวจตัวชี้วัดมาลาเรีย (Malaria Indicator Survey: MIS) โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยโครงการ RBM ด้วยการสนับสนุนจากยูเอสเอ (USAID) ผ่านโครงการสำรวจประชากรกับสุขภาพ (Demographic and Health Surveys Program)<sup>22</sup> ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานการสำรวจสองปี นี้ ได้มีการอบรมวิธีการสำรวจมาลาเรียให้กับพื้นที่ทั่วประเทศ รวมถึงในชนบทที่ห่างไกลความเจริญ เจ้าหน้าที่สวมเสื้อยืดสีส้มเดินทางด้วยจักรยาน รถกระบะ บางทีก็ใช้เกวียน เข้าสำรวจครัวเรือนทุกบ้าน ตรวจและรักษาสมาชิกในครอบครัว และบันทึกข้อค้นพบ<sup>23</sup> การรวบรวมข้อมูลที่เชื่อถือได้เป็นสิ่งที่ยาก การเข้าถึงประชาชนเป็นสิ่งที่ยากลำบาก ทั้งยังต้องให้ประชาชนรายงานข้อมูลด้วยตนเองด้วย แต่แม้จะยากเพียงใด การรายงานข้อมูล MIS ทุกสองปี จำนวนสี่ครั้ง ก็ให้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้เป็นแนวทางในการกระจายทรัพยากรต่อไปได้

ในปี พ.ศ. 2552 และ 2553 MIS ได้เตือนภัยว่า อัตราการเกิดโรคมาลาเรียและโรคโลหิตจางอย่างรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในจังหวัดต่างๆ ทางภาคเหนือและภาคตะวันออก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะปัญหาการกระจายเวชภัณฑ์อันเกิดจากทุนสนับสนุนลดลง<sup>24</sup> การสนับสนุนการจัดหาและการดำเนินการชะลอตัวลงในพื้นที่เหล่านี้ และการขาดแคลนแมงไ

พื้นที่ที่มีความจำเป็นมาก<sup>25</sup> เมื่อโรคพื้นด้วนขึ้นมาใหม่ กระทรวงสาธารณสุขก็ต้องออกปฏิบัติกร โดยในปี พ.ศ. 2554 กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องระดมทุนยกใหม่เพื่อลดช่องว่างทางการเงิน ทำให้แคมเปญกระจายมุ้งได้ทั่วถึงทุกพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ

## ผลลัพธ์ตอบแทน: ยุ้งก้นน้อยลง เด็กแข็งแรงขึ้น

การติดตามผลประเมินเป็นประจำพบว่า ความพยายามของแคมเปญไม่สูญเปล่า ตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมาลาเรียดีขึ้น ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2555 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีเชื้อมาลาเรียในกระแสเลือดลดลงจากร้อยละ 22 เหลือร้อยละ 15 ในเวลาเดียวกัน เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่โลหิตจางอย่างรุนแรง<sup>26</sup> คือตัวชี้วัดอีกตัว เนื่องจากเชื้อมาลาเรียจะทำลายเม็ดเลือดแดง ตัวชี้วัดนี้ก็ลดลงจากร้อยละ 14 เหลือร้อยละ 9<sup>27</sup> ที่สำคัญที่สุดคือ ถึงปี พ.ศ. 2551 การเสียชีวิตเนื่องจากมาลาเรียที่รายงานโดยสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ได้ลดต่ำลงร้อยละ 66 เมื่อเทียบกับรายงานในปี พ.ศ. 2543<sup>28</sup>

ด้วยมาลาเรียก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างหนักต่อกลุ่มเด็กเล็ก การพิจารณาความสำเร็จของการควบคุมมาลาเรียจึงควรพิจารณาจากการรอดชีวิตของเด็ก ความเป็นจริงก็เป็นเช่นนั้น เพราะเมื่อโครงการควบคุมมาลาเรียแห่งชาติ (NMCP) ขยายพื้นที่ออกไป อัตราตายของเด็กยิ่งลดลงชัดเจน จาก 168 ต่อพันในปี พ.ศ. 2544 ลดลงเหลือ 109 ต่อพันในปี พ.ศ. 2553<sup>29</sup> ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงทั้งสองนี้เป็นที่น่าสนใจยิ่ง แม้ว่าอาจยังมียาอุปสรรคให้ชัดเจนได้ (ดูกล่อง 2)

เพราะเหตุใดเราจึงมีอายุได้แก่ขนาดนี้? แม้ว่าในแวดวงชุมชนมาลาเรียจะยอมรับว่าสาเหตุการตายของเด็กทุกสาเหตุเป็นเรื่องตรงไปตรงมา แต่การวัดอัตราตายของเด็กเป็นเรื่องยาก<sup>30</sup> ตัวเลขทางสถิติที่เที่ยงตรงขึ้นกับการขึ้นทะเบียนเกิดและตาย แต่การไม่ขึ้นทะเบียนเป็นเรื่องปกติในประเทศที่มีรายได้น้อย ในบริบทเช่นนั้นการประมาณอัตราตายของเด็กและทารกกระทำได้ด้วยการสำรวจและใช้ฐานข้อมูลสำมะโนประชากร แต่วิธีการแบบนี้ยังเป็นปัญหา เพราะการสำรวจเกิดขึ้นไม่บ่อยและยังเป็นการรายงานด้วยตนเอง<sup>31</sup> ยิ่งไปกว่านั้น ยังเป็นเรื่องยากในเชิงระเบียบวิธีวิจัยที่จะวัดอัตราการตายของเด็กและทารกตามสาเหตุที่แท้จริง เพราะสาเหตุมีหลากหลายโดยอาจเป็นผลจากปัจจัยด้านพันธุกรรมและสภาพแวดล้อมต่างๆ นานา จึงเป็นการยากที่จะพิสูจน์สาเหตุการตายที่แน่นอนได้<sup>32</sup>

แม้ว่าจะเป็นไปได้ที่จะพิสูจน์ว่าโครงการควบคุมมาลาเรียของแคมเบียช่วยลดอัตราตายของเด็กทุกสาเหตุได้มากน้อยเพียงใด แต่การวิเคราะห์รูปแบบจำลองก็สามารถช่วยประมาณการผลกระทบได้ เครื่องมือที่เด่นๆ ก็คือซอฟต์แวร์แบบจำลองที่ชื่อ Lives Saved Tool (LiST)<sup>33</sup> พัฒนาขึ้นที่มหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอปกินส์ (Johns Hopkins) ใช้ประมาณการจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่รอดชีวิตเนื่องจากผลของมาตรการในการแก้ปัญหา ผลจากการใช้เครื่องมือ LiST พบว่า ความพยายามในการควบคุม

## กล่อง 2. ความชัดเจนของหลักฐาน

อัตราการตายจากทุกสาเหตุของเด็ก (all - cause child mortality: ACCM) เป็นหน่วยวัดที่ใช้ในโครงการควบคุมมาลาเรีย เพราะแสดงถึงการตายที่เป็นผลจากมาลาเรียทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมถึงการตายเนื่องจากโลหิตจางและน้ำหนักแรกคลอดต่ำ<sup>35</sup> แม้กลุ่มนักวิจัยจะมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการกระจาย ITN และอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แต่เนื่องจาก ACCM เป็นการประมาณการแบบรวมๆ ที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ภายในระบบสุขภาพ จึงเป็นการยากที่จะให้มันสะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิธีใดวิธีหนึ่งในการแก้ปัญหา

ACCM ที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงของแซมเบียอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการขยายโครงการมาลาเรีย ในปี พ.ศ. 2547 PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief) ได้สนับสนุนทุนแก่แซมเบียเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โครงการสุขภาพอื่นๆ สำหรับเด็กที่เข้ามาในช่วงนั้น เช่น โครงการวัคซีน 5 ชนิด โครงการส่งเสริมให้แม่แม่ทารกแรกเกิดถึงอายุ 6 เดือน และโครงการแก้ปัญหาหัวใจ<sup>36</sup> โรคมาลาเรียที่ลดลงจึงอาจมีผลให้อัตราป่วยและอัตราการตายของโรคอื่นลดลงด้วย หรือโรคอื่นที่ลดลงมีผลให้อัตราป่วยและตายของโรคมาลาเรียลดลง ฉะนั้นจึงเป็นไปได้ที่จะค้นหาความแน่นอนหรือความชัดเจนในเรื่องนี้<sup>37</sup>

การที่ไม่สามารถนำหลักฐานที่มีอยู่มากล่าวอ้างอย่างสิ้นเชิงถึงขาดผลสัมฤทธิ์ของโครงการมาลาเรียต่อสุขภาพเด็กชาวแซมเบีย ถือเป็นปัญหาสำคัญในโลกแห่งมาลาเรีย นั่นคือประสิทธิผลของโครงการอาจพิสูจน์ได้ด้วยการศึกษา แต่ในกรณีที่เป็นโครงการระดับชาตินั้น การประเมินประสิทธิผลและความคุ้มค่าของการลงทุนด้วยทรัพยากรที่จำเป็นในระดับกว้างของ

โครงการนั้นๆ ไม่สามารถกระทำได้ มีการศึกษาน้อยมากที่ศึกษาโครงการมาลาเรียระดับชาติโดยใช้การสุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพหลังดำเนินกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งแบบเจาะจง เหตุผลหนึ่งที่มีการศึกษาแบบนี้มีน้อยเนื่องจากว่า ผู้คนเห็นว่ามันไม่ถูกต้องในเชิงจริยธรรมที่จะระงับการให้ยาเพียงเพื่อการประเมิน ทั้งๆ ที่ยานั้นอาจช่วยชีวิตได้ ในแซมเบียมีการศึกษาทดลองที่มีตัวควบคุม แต่เนื่องจากจำนวนตัวอย่างน้อย จึงยากที่จะประมาณค่าในระดับประเทศได้<sup>38</sup> ผลสรุปคือ ยังไม่สามารถรู้แน่ชัดในบางเรื่อง เช่น อัตราตายของเด็กลดลงในแซมเบียเป็นเพราะการให้ภูมิคุ้มกันหรือเป็นเพราะโครงการมาลาเรีย

มีบางการศึกษาที่พยายามแยกผลกระทบของ ITNs ออกจากผลกระทบของสิ่งอื่น รายงานของธนาคารโลกปี พ.ศ. 2557<sup>39</sup> ใช้วิธีการวิเคราะห์แยกส่วนในการอธิบายเหตุปัจจัยที่ทำให้อัตราการตายของเด็กลดลงในเคนยา โดยใช้ข้อมูลจาก DHS (Demographic and Health Survey) ผู้นิพนธ์ระบุว่า การที่ประชาชนในพื้นที่ที่มีมาลาเรียระบาดได้ ITN เพิ่มขึ้นในระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2551 ทำให้อัตราการตายของทารกลดลงประมาณร้อยละ 58 และทำให้อัตราตายหลังคลอดลดลงประมาณร้อยละ 39 การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจาก DHS เพื่อประมาณการผลกระทบในระดับชาติ แต่ไม่ได้ระบุรายละเอียดของการแจก ITN จึงทิ้งไว้ให้ผู้อ่านเดาเอาเองว่า มาตรการใดที่ทำให้เคนยาประสบความสำเร็จในการต่อต้านมาลาเรียกันแน่ แต่เมื่อผนวกกับการศึกษาที่ออกแบบคล้ายๆ กันที่พบในแซมเบีย ก็อาจช่วยให้เรามองเห็นประสิทธิผลของ ITNs ในการลดอัตราการตายจากทุกสาเหตุของเด็กได้

มาลาเรีย สามารถช่วยชีวิตเด็กชาวแซมเบียได้ 33,000 คน ระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2553<sup>34</sup>

หลักฐานที่พอมีความชัดเจนอยู่บ้าง คือความสำเร็จที่มาจากความพยายามของบริษัทเหมืองแร่และบริษัทเกษตรกรรมที่ให้บริการชุมชนในชนบท มิฉะนั้นคนเหล่านี้ก็คงเข้าไปไม่ถึงบริการต่างๆ ที่ช่วยชีวิตได้ คลินิกของบริษัทเหล่านี้ คือบริษัทเหมืองทองแดงโมปานี บริษัทเหมืองทองแดงกอนโกลา และบริษัทน้ำตาลแซมเบีย ช่วยลดการเกิดโรคมาลาเรียได้ถึงร้อยละ 94<sup>40</sup> ขณะที่บริษัทฝ้ายดูนาวันต์ (Dunavant Cotton) ช่วยลดการเกิดโรคมาลาเรียได้ถึงร้อยละ 45 ในจังหวัดที่บริษัทฯ เข้าไปแจกจ่ายมุ้ง<sup>41</sup>

### ประโยชน์ที่ได้รับแลกมาด้วยการลงทุนเท่าใด?

การลงทุนด้านสุขภาพของรัฐบาลแซมเบียเริ่มมาถูกทาง รัฐบาลเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพจาก 270 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2550

มาเป็น 380 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2552 หรือเกือบร้อยละ 12 ของงบประมาณทั้งหมด<sup>42</sup> งบประมาณนี้ ไม่ได้มีการแจกแจงว่าใช้ไปในเรื่องมาลาเรียและโรคเฉพาะอื่นๆ เท่าใด<sup>43</sup>

แผนยุทธศาสตร์ของ NMCC มีการระบุค่าใช้จ่ายของโครงการควบคุมมาลาเรีย ในปี พ.ศ. 2551 NMCC ตั้งงบไว้ 60 ล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับโครงการมาลาเรียแห่งชาติของประเทศแซมเบีย ซึ่งประกอบด้วยทุนสนับสนุนจากภายนอกและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 25 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เกินกว่าครึ่งหนึ่งของงบประมาณทั้งหมดถูกใช้ไปในการจัดหา ITNs, ร้อยละ 15 ใช้ไปกับ IRS, ร้อยละ 9 ใช้ไปในการรักษา, ร้อยละ 5 ใช้ไปกับ RDTs, ที่เหลือเป็นค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของโครงการ<sup>44</sup>

ระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2553 การสนับสนุนทุนจากภายนอกแก่ NMCP ของแซมเบียรวมแล้วเกือบ 200 ล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 60 ของงบประมาณทั้งหมดสำหรับดำเนินโครงการมาลาเรียในช่วงดังกล่าว งบประมาณจำนวนนี้ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในเรื่องมุ้ง ยาฆ่าแมลง ชุดทดสอบและยารักษาโรคมาลาเรีย

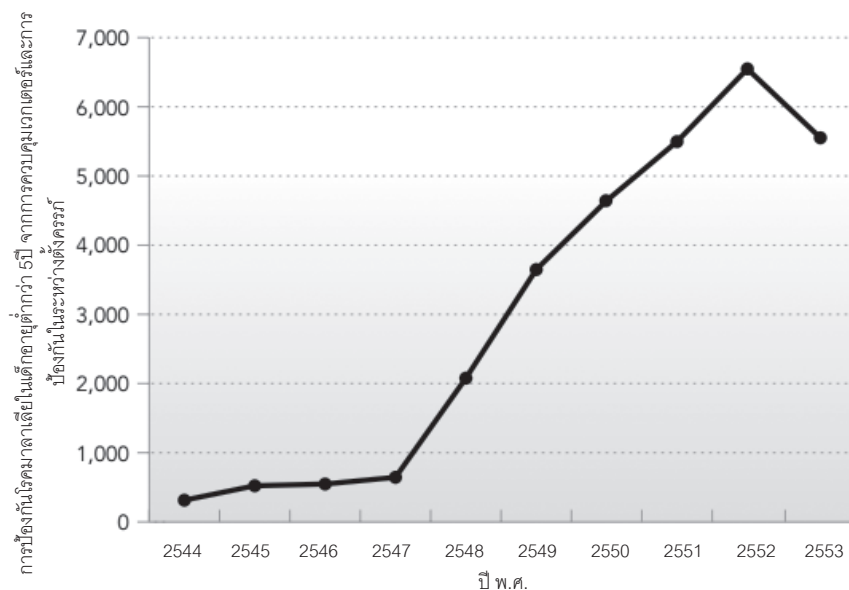
ภาคเอกชนของแซมเบียก็ร่วมสนับสนุนโครงการควบคุม มาลาเรียโดยตรง การศึกษาชิ้นหนึ่งระบุว่าบริษัทฝ้ายคูนาวันต์ได้ร่วม รับผิดชอบโดยจ่ายค่าจ้างประมาณหลังละ 5 เหรียญสหรัฐ หรือปกป้อง คุ่มครองคน 1 คนจากการป่วยด้วยโรคมาลาเรียด้วยเงินเพียง 0.21 เหรียญ สหรัฐ<sup>45</sup> หากใช้อัตราตายขั้นต่ำ 1 ต่อพันราย การศึกษานี้ก็ประมาณได้ ว่า โครงการนี้มีค่าใช้จ่าย 210 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงความตาย จากมาลาเรียได้ 1 คน เรียกได้ว่ามีความคุ้มค่าสูงมากตามเกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลก ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษานี้ยังพบอีกว่า โครงการควบคุม มาลาเรียของบริษัทเหมือนแร่ทองแดงโมปานีและคอนโกลา รวมถึงบริษัท น้ำตาลแซมเบีย ก็มีความคุ้มค่าอย่างแท้จริง คือทำให้คลินิกของบริษัท เหล่านี้ลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับมาลาเรียลงได้ร้อยละ 76 หรือประหยัดได้ 2 เหรียญต่อทุกๆ การลงทุน 1 เหรียญโดยประมาณ<sup>46</sup>

การวิเคราะห์ที่ทำให้แก่ *หลายล้านชีวิตรอด* ได้ประเมินจำนวน การตายที่หลีกเลี่ยงได้ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในแซมเบียระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2553 (ดูภาพที่ 1) กลุ่มนักวิจัยประมาณการว่า อัตราความ คุ้มค่าอยู่ที่ 13.50 เหรียญสหรัฐ ต่อการหลีกเลี่ยงความสูญเสียปีสุขภาวะ 1 ปี<sup>47</sup>

**กฎแห่งความสำเร็จ**

ยุทธศาสตร์ควบคุมมาลาเรียของแซมเบียนั้น แรกเริ่มเดิมทีเป็นดังเช่น ประเทศอื่น คือมุ่งขู่ขู่วิธีเดียว เช่น IRS ที่ประสบความสำเร็จในวง จำกัด<sup>48</sup> ต่อมาแซมเบียได้ใช้ยุทธศาสตร์ดำเนินการแบบหลายแง่มุมและ ครอบคลุม รวมถึงการผสมผสานวิธีการที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผล เน้นทั้งการ

**ภาพที่ 1. จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่การป้องกันมาลาเรียในแซมเบียช่วยให้รอดชีวิต ระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2553**



แหล่งข้อมูล: Eisele et al. (2012).

ป้องกันและการรักษา รวมถึงมีระบบติดตามและประเมินผลที่ทำให้ได้ ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจในระยะต่อไป สัญญาณเหล่านี้จึงสื่อถึงความ สำเร็จ โดยแม้จะเผชิญกับสิ่งท้าทาย แต่ความพยายามในการประสาน งานที่เสมอต้นเสมอปลายก็ช่วยให้แซมเบียเอาชนะอุปสรรคและกวาดล้าง มาลาเรียได้

ตั้งแต่เริ่มต้น รัฐบาลมุ่งมั่นขับเคลื่อนโครงการเอง ผู้บริหาร ระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขท่านหนึ่งที่มีส่วนในความสำเร็จด้วย คุณสมบัติของความเป็นผู้นำที่เข้มแข็ง ได้เริ่มต้นพร้อมกับกำลังคนด้าน สาธารณสุขที่ใช้ระดับอำเภอเป็นฐานปฏิบัติการ รวมทั้งหาทางจัดภาษี สำหรับเครื่องมือควบคุมมาลาเรียด้วย<sup>49</sup> และเพื่อแสดงให้เห็น ว่ารัฐบาลให้การสนับสนุน ประธานาธิบดีรูเบีย บันดา (President Rupia Banda) ก็ได้สวมเสื้อยืดควบคุมมาลาเรียยามปรากฏตัวต่อสาธารณะ พยายามในบ้านพักของตนเอง และเรียกร้องอย่างจริงจังให้เร่งกระจายมุ่ง เป็นการด่วน<sup>50</sup>

การเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่มีส่วนช่วย เช่น การปรับเปลี่ยนนโยบาย การใช้จ่ายให้เป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ และการงดเว้นภาษี สำหรับวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการควบคุมมาลาเรีย งบประมาณด้าน สุขภาพในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2543 และในปีเดียวกันนี้ก็มีการ กระจายอำนาจทางการเงินการคลังด้านสุขภาพให้ระดับอำเภอควบคุม ทรัพยากรได้มากขึ้น การยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมด้านสุขภาพในระดับ ปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่ในปี พ.ศ. 2549 ช่วยให้ขยายการเข้าถึง ผู้เปราะบางที่สุดได้<sup>51</sup>

แม้ว่ารัฐบาลแซมเบียจะเป็นผู้นำในการต่อต้านมาลาเรีย แต่ ยุทธศาสตร์ที่ใช้จะไม่ประสบความสำเร็จ หากขาดภาคีที่หลากหลาย เจ้าหน้าที่ของโครงการ RBM (Roll Back Malaria) ให้ความช่วยเหลือ เป็นอย่างดีแก่ NMCC ของแซมเบียในการ ร่างแผนยุทธศาสตร์มาลาเรียแห่งชาติ ซึ่งต่อ มาก็ส่งผลให้มีผู้บริจาคมากมาย ที่สำคัญคือ โครงการมาลาเรียแห่งประธานาธิบดีสหรัฐ (US President's Malaria Initiative) และกองทุนโลก ภาควิทยาศาสตร์สุขภาพ MACEPA และธนาคารโลก ได้ช่วยรัฐบาลทำการทดลองในการแจกจ่าย มุ้ง ชุดทดสอบ และยารักษามาลาเรีย เพื่อให้ มั่นใจได้ว่า NMCC จะดำเนินโครงการอย่างมี ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุ้มค่าที่สุด และ ด้วยหลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของ ชุมชน จากภาคธุรกิจเอกชนถึงเอ็นจีโอและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ความพยายามของ รัฐบาลจึงได้รับการส่งเสริมค้ำจุนให้ผ่านพ้น วิกฤติจนกระทั่งประสบผลสำเร็จโดยเฉพาะใน พื้นที่ชนบท

ประการสุดท้าย โครงการฯ ของแซมเบียเน้นการติดตามและประเมินผลตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบเห็นปัญหา ทั้งยังเป็นจุดที่ทำให้ผู้บริจาคชื่นชอบ กลไกการติดตามทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เช่น คริวเรือนได้ใช้มุ้งถูกต้องหรือไม่ ใช้ส่ม่าเสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ มาลาเรียหรือไม่ เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้น การติดตามประเมินผลที่เข้มแข็ง ยังนำไปสู่การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพในภาพรวมของประเทศอีกด้วย ในปี พ.ศ. 2552 การอบรมวิธีการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และวิธีการตรวจสอบ ข้อมูล ที่ได้รับการสนับสนุนจาก MACEPA ธนาคารโลก และ NMCC ทำให้ได้สถิติมาลาเรียที่รอบด้านและเที่ยงตรง<sup>52</sup> นับแต่นั้นมา กระทรวงสาธารณสุขก็ดำเนินการจัดอบรมคล้ายกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมศักยภาพของพื้นที่ในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดด้านสุขภาพตัวอื่นๆ เพิ่มขึ้นต่อไป

### นัยสำหรับสุขภาพโลก

มีการบริจาคทรัพยากรในระดับนานาชาติอย่างมากเพื่อป้องกันและรักษาโรคมาลาเรีย ทั่วทั้งโลกมีการบริจาคสูงถึง 2.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2556<sup>53</sup> รัฐบาลของหลายประเทศในทวีปแอฟริกาได้เพิ่มการทุ่มเททรัพยากรของตนเองเพื่อต่อสู้โรคเช่นมาลาเรีย แม้จะมีเพียงสองประเทศคือ แอฟริกาใต้กับรวันดาที่ทำได้ตามเป้าหมายของคำประกาศอะบูจา ที่เรียกร้องให้รัฐบาลจัดสรรงบประมาณร้อยละ 15 ของงบบุ ทั้งหมดเพื่อการสาธารณสุข<sup>54</sup>

ยิ่งทุ่มเทเงินสนับสนุน โลกยิ่งได้รับประโยชน์ รายงานมาลาเรียโลกโดยองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2557 ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมาลาเรียลดลงอย่างมโหฬาร ดังที่เห็นว่า ผู้ติดเชื้อมาลาเรียลดลงมากถึง 45 ล้านคน เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2543<sup>55</sup> อย่างไรก็ตาม ตัวเลข 128 ล้านคนที่ติดเชื้อมาลาเรียในปี พ.ศ. 2556 บ่งบอกว่า การต่อสู้กับเชื้อปรสิตที่ชื่อพลาสโมเดียมยังไม่จบ การกลับมาระบาดของใหม่ของโรคนี้ในหลายอำเภอของแซมเบียทำให้ต้องพึงระลึกว่าเชื้อมาลาเรียนี้อาจสร้างความเปราะบางให้เกิดขึ้นกับมนุษย์ได้ก็เพียงใด แม้แต่ในประเทศที่มีการกำจัดมาลาเรียที่

มีประสิทธิภาพสูง รวมถึงประเทศที่มีวิธีการที่หลากหลาย เช่น อียิปต์และจอร์เจีย<sup>56</sup> ก็ยังต้องเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นเพื่อป้องกันการกลับมาของมัน

ประสบการณ์ของแซมเบีย หนึ่งในกลุ่มประเทศแอฟริกากลุ่มแรก ที่ขยายโครงการควบคุมมาลาเรียไปทั่วประเทศ ได้ให้บทเรียนสำคัญของการดำเนินโครงการมาลาเรียแห่งชาติที่มีหลายแง่มุมและรอบด้าน ขั้นตอนแรกที่สำคัญคือ การจัดระบบประสานงานระหว่างส่วนกลางกับหน่วยงานรัฐระดับล่าง และระหว่างรัฐบาลกับองค์กรแห่งทุนผู้ให้การบริจาค

นอกจากนี้ ประสบการณ์ของแซมเบียยังแสดงให้เห็นว่า ภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม ความพยายามในการควบคุมมาลาเรียจะต้องทำไปพร้อมกัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพของประเทศ ทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การกระจายเวชภัณฑ์ และการรักษาพยาบาลที่มีแนวทางชัดเจน แต่ก็ต้องระลึกว่า โครงการแนวคิด ดังเช่นการควบคุมมาลาเรียที่มีเป้าหมายเฉพาะนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อบริการสุขภาพอื่นๆ ในระดับปฐมภูมิ ตัวอย่างเช่น การศึกษาชิ้นหนึ่งที่พบว่า ขณะที่แซมเบียได้ประโยชน์จากโครงการมาลาเรีย บางอำเภอกลับมีปัญหาระบาดการให้ภูมิคุ้มกันโรคโปลิโอ<sup>57</sup>

ซิมบับเว ประเทศที่มีพรมแดนติดกับแซมเบีย อาจเก็บเกี่ยวประโยชน์ของบทเรียนจากประเทศเพื่อนบ้านได้ เพียงข้ามแม่น้ำแซมเบซี (Zambezi River) เท่านั้น ในปี พ.ศ. 2556 ซิมบับเวและแซมเบียร่วมกันจัดทำโครงการมาลาเรียข้ามพรมแดนเพื่อประสานงานกันจัดกิจกรรมควบคุมมาลาเรีย<sup>58</sup> ทั้งสองประเทศหวังว่า การผนึกกำลังกันด้วยนโยบายที่เป็นเอกภาพ จากเริ่มต้นจนถึงการวัดผล จะกำจัดมาลาเรียให้หมดไปได้

แซมเบียยังคงดำเนินงานต่อไปสู่เป้าหมายสุดท้ายแห่งการกำจัดมาลาเรีย และทำได้ดีด้วย ดีเกินกว่าที่ระบุไว้ในคำประกาศอะบูจาเสียอีก การต่อสู้มาลาเรียเชิงรุกของแซมเบียนั้น ตั้งอยู่บนรากฐานของการมองโลกในแง่ดี ความสำเร็จของประเทศนี้ แสดงให้เห็นว่า แม้ประเทศที่มีรายได้ต่ำก็ประสบความสำเร็จในการแก้ภัยคุกคามจากมาลาเรียได้ ขอเพียงมีภาวะผู้นำ เครื่องมือ การสนับสนุน และภาคีเครือข่าย



## อ้างอิง

- Against Malaria Foundation. "About Malaria." 2015. Accessed October 9. [http://www.againstmalaria.com/faq\\_malaria.aspx](http://www.againstmalaria.com/faq_malaria.aspx).
- Alarcon, Diana. 2007. "The Challenges of Measuring Child Mortality When Birth Registration Is Incomplete." Paper presented at the Global Forum on Gender Statistics, Rome. [http://www.academia.edu/1554703/The\\_Challenges\\_of\\_measuring\\_child\\_mortality\\_when\\_birth\\_registration\\_is\\_incomplete](http://www.academia.edu/1554703/The_Challenges_of_measuring_child_mortality_when_birth_registration_is_incomplete).
- Ashraf, Nava, Günther Fink, and David Weil. 2010. *Evaluating the Effects of Large Scale Health Interventions in Developing Countries: The Zambian Malaria Initiative*. Working Paper 16069. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. <http://www.nber.org/papers/w16069.pdf>.
- Barat, Lawrence M. 2006. "Four Malaria Success Stories: How Malaria Burden Was Successfully Reduced in Brazil, Eritrea, India, and Vietnam." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 74 (1): 12-16.
- Carasso, Barbara S., Mylene Lagarde, Caesar Cheelo, Collins Chansa, and Natasha Palmer. 2012. "Health Worker Perspectives on User Fee Removal in Zambia." *Human Resources for Health* 10 (1): 40. doi:10.1186/1478 - 4491-10-40.
- Chizema - Kawesha, E., J.M. Miller, R.W. Steketee, V.M. Mukonka, C. Mukuka, A.D. Mohamed, S.K. Miti, and C.C. Campbell. 2010. "Scaling Up Malaria Control in Zambia: Progress and Impact 2005-2008." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 83 (3): 480-88. doi:10.4269/ajtmh.2010.10 - 0035.
- Cohen, Justin M., David L. Smith, Chris Cotter, Abigail Ward, Gavin Yamey, Oliver J. Sabot, and Bruno Moonen. 2012. "Malaria Resurgence: A Systematic Review and Assessment of Its Causes." *Malaria Journal* 11 (1): 122. doi:10.1186/1475 - 2875 - 11 - 122.
- Colson, Katherine Ellicott, Laura Dwyer - Lindgren, Tom Achoki, Nancy Fullman, Matthew Schneider, Peter Mulenga, Peter Hangoma, Marie Ng, Felix Masiye, and Emmanuela Gakidou. 2015. "Benchmarking Health System Performance across Districts in Zambia: A Systematic Analysis of Levels and Trends in Key Maternal and Child Health Interventions from 1990 to 2010." *BMC Medicine* 13 (1). doi:10.1186/s12916 - 015 - 0308 - 5.
- Conteh, L., E. Sicuri, F. Manzi, G. Hutton, B. Obonyo, F. Ediosi, P. Biao, et al. 2010. "The Cost-Effectiveness of Intermittent Preventive Treatment for Malaria in Infants in Sub-Saharan Africa." *PLoS One* 5 (6): e10313. doi:10.1371/journal.pone.0010313.
- Demombynes, G., and S.K. Trommlerova. 2010. *What Has Driven the Decline of Infant Mortality in Kenya? Policy Research Working Paper WPS6057* 2010. Washington, DC: World Bank.
- Eisele, Thomas P., David A. Larsen, Neff Walker, Richard E. Cibulskis, Joshua O. Yukich, Charlotte M. Zikusooka, and Richard W. Steketee. 2012. "Estimates of Child Deaths Prevented from Malaria Prevention Scale - Up in Africa 2001-2010." *Malaria Journal* 11 (1): 93. doi:10.1186/1475 - 2875 - 11 - 93.
- Friends of the Global Fight Against AIDS, Tuberculosis and Malaria. n.d. *Innovation for Greater Impact: Exploring Resources for Domestic Health Funding in Africa*. Washington, DC: Friends of the Global Fight Against AIDS, Tuberculosis and Malaria.
- Gerson, Michael. 2012. "It Takes More Than a Village to Fight Malaria in Zambia." *Washington Post*, April 5. [http://www.washingtonpost.com/opinions/it-takes-more-than-a-village-to-fight-malaria-in-zambia/2012/04/05/gIQA7AwMyS\\_story.html](http://www.washingtonpost.com/opinions/it-takes-more-than-a-village-to-fight-malaria-in-zambia/2012/04/05/gIQA7AwMyS_story.html).
- Glassman, Amanda, and Yuna Sakuma. 2013. "How Many Bed Nets Equal a Life Saved? Why Results Matter for Value for Money." *Center for Global Development Global Health Policy Blog*, September 27. <http://www.cgdev.org/blog/how-many-bed-nets-equal-life-saved-%E2%80%93-why-results-matter-value-money>.
- Guillot, Michael, and David R. Gwatkin. 1999. *The Burden of Disease among the Global Poor: Current Situation, Future Trends, and Implications for Strategy*. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/1999/11/5132928/burden-disease-among-global-poor-current-situation-future-trends-implications-strategy>.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2015. GBD Compare. Accessed October 29. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
- Kawesha, Elizabeth Chizema. 2013. "What Will It Take for Zambia to Eliminate Malaria?" Bill & Melina Gates Foundation blog, May 16. <http://www.impatientoptimists.org/Posts/2013/05/What-Will-it-Take-for-Zambia-to-Eliminate-Malaria>.
- Ministry of Health. 2012. *Zambia National Malaria Indicator Survey 2012*. Lusaka, Zambia: Government of the Republic of Zambia.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost-Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- NMCP (National Malaria Control Program). 2015. "Scaling Up Malaria Control in Zambia: Using Results to Inform Actions." Lusaka, Zambia: Ministry of Health. <http://www.path.org/files/ZambiaFactSheet.pdf>.
- Oloo, James A. 2005. "Child Mortality in Developing Countries: Challenges and Policy Options." *EASSRR* 21 (2).

## อ้างอิง (ต่อ)

- Packard, Randall M. 2010. *The Making of a Tropical Disease: A Short History of Malaria*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Ricci, Francesco. 2012. "Social Implications of Malaria and Their Relationships with Poverty." *Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases* 4(1). doi:10.4084/MJHID.2012.048.
- Roll Back Malaria. 2011a. *A Decade of Partnership and Results. Progress and Impact Series 7*. Geneva: Roll Back Malaria. <http://www.rollbackmalaria.org/microsites/ProgressImpactSeries/docs/report8-en.pdf>.
- . 2011b. *Focus on Zambia*. Progress and Impact Series 2. Geneva: Roll Back Malaria. <http://www.rollbackmalaria.org/microsites/ProgressImpactSeries/docs/report7-en.pdf>.
- . n.d. "Strengthening Systems for Distributing Insecticide-Treated Mosquito Nets in Zambia." [http://www.rollbackmalaria.org/files/files/toolbox/docs/rbmtoolbox/tool\\_RBMlinDistrToolkit1.pdf](http://www.rollbackmalaria.org/files/files/toolbox/docs/rbmtoolbox/tool_RBMlinDistrToolkit1.pdf).
- Rowe, Alexander K., Samantha Rowe, Robert W. Snow, Eline L. Korenromp, Joanna R.M. Armstrong Schellenberg, Claudia Stein, Bernard L. Nahlen, Jennifer Bryce, Robert E. Black, and Richard W. Steketee. 2006. "The Burden of Malaria Mortality among African Children in the Year 2000." *International Journal of Epidemiology* 35 (3): 691-704. doi:10.1093/ije/dyl027.
- Sedlmayr, Richard, Günther Fink, John M. Miller, Duncan Earle, and Richard W. Steketee. 2013. "Health Impact and Cost-Effectiveness of a Private Sector Bed Net Distribution: Experimental Evidence from Zambia." *Malaria Journal* 12 (1): 102. doi:10.1186/1475-2875-12-102.
- Shiner, Cindy. 2013. "Zambia: Tracking a Lethal Foe." *AllAfrica*, January 10. <http://allafrica.com/stories/201301101309.html>.
- Steketee, R.W., N. Sipilanyambe, J. Chimumbwa, J.J. Banda, A. Mohamed, J. Miller, S. Basu, S.K. Miti, and C.C. Campbell. 2008. "National Malaria Control and Scaling Up for Impact: The Zambia Experience through 2006." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 79(1): 45-52.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2013. "UNDP Supports Cross Border Initiative to Roll Back Malaria Along the Zambezi River." News release, May 25. <http://www.zm.undp.org/content/zambia/en/home/presscenter/pressreleases/2013/05/25/undp-supportscross-border-initiative-to-roll-back-malaria-along-thezambezi-river.html>.
- . 2015. "Defeating Malaria, One of Zambia's Biggest Killers." Accessed November 11. <http://www.zm.undp.org/content/zambia/en/home/ourwork/povertyreduction/successstories/defeating-malaria-one-of-zambias-biggestkillers-.html>.
- USAID (United States Agency for International Development), HHS (Department of Health and Human Services), CDC (Centers for Disease Control and Prevention), and US State Department. 2015. *President's Malaria Initiative: Zambia Malaria Operational Plan FY 2014*. Washington, DC: USAID. [http://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/malaria-operational-plans/fy14/zambia\\_mop\\_fy14.pdf?sfvrsn=8](http://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/malaria-operational-plans/fy14/zambia_mop_fy14.pdf?sfvrsn=8).
- White, Michael T., Lesong Conteh, Ricahrd Cibulskis, and Azra C. Ghani. 2011. "Costs and Cost-Effectiveness of Malaria Control Interventions: A Systematic Review." *Malaria Journal* 10: 337. doi:10.1186/1475-2875-10-337.
- WHO (World Health Organization). 2009. "Malaria Deaths Decline by 66% in Zambia." News release, April 23. [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/malaria\\_deaths\\_zambia\\_20090423/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/malaria_deaths_zambia_20090423/en/).
- . 2013a. "Malaria: Prevention of Reintroduction." May 7. [http://www.who.int/malaria/areas/elimination/prevention\\_of\\_reintroduction/en/](http://www.who.int/malaria/areas/elimination/prevention_of_reintroduction/en/).
- . 2013b. *World Malaria Report 2013*. Geneva: WHO. [http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report\\_2013/en/](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/).
- . 2014a. "Scale-up in Effective Malaria Control Dramatically Reduces Deaths." News release, December 9. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/malaria-control/en/>.
- . 2014b. *World Malaria Report 2014*. Geneva: WHO. [http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report\\_2014/report/en/](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/report/en/).
- World Bank. 2013. *The Challenge of Ensuring Adequate Stocks of Essential Drugs in Rural Health Clinics*. From Evidence to Policy 76881. Washington, DC: World Bank. [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/04/23/000356161\\_20130423144017/Rendered/PDF/768810BRI0Apr-0Box0377287B00PUBLIC0.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/04/23/000356161_20130423144017/Rendered/PDF/768810BRI0Apr-0Box0377287B00PUBLIC0.pdf).
- Young, M. 2000. *Report on Malaria Consultancy: Support to the Zambia National Roll Back Malaria Campaign*. Geneva: United Nations Children's Fund. [http://www.unicef.org/evaldatabase/index\\_31217.html](http://www.unicef.org/evaldatabase/index_31217.html).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. WHO (2013b).
2. Ricci (2012); Guillot and Gwatkin (1999).
3. Against Malaria Foundation (2015).
4. IHME (2015).
5. WHO (2013b, Annex 6D).
6. IHME (2015).
7. Kawesha (2013).
8. Kawesha (2013).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)

9. Packard (2010, 213).
10. Roll Back Malaria (2011a).
11. Roll Back Malaria (2011b).
12. Roll Back Malaria (n.d.).
13. USAID et al. (2015).
14. UNDP (2015).
15. NMCP (2015); Glassman and Sakuma (2013).
16. Gerson (2012).
17. Roll Back Malaria (2011b).
18. Ashraf, Fink, and Weil (2010).
19. Ashraf, Fink, and Weil (2010).
20. Roll Back Malaria (2011b).
21. World Bank (2013).
22. NMCP (2015).
23. Shiner (2013).
24. Cohen et al. (2012).
25. Roll Back Malaria (2011b).
26. Hemoglobin less than 8g/dL.
27. Rowe et al. (2006); USAID et al. (2015); Ministry of Health (2012).
28. WHO (2009).
29. Roll Back Malaria (2011b); Chizema - Kawesha et al. (2010).
30. The malaria community uses all-cause child mortality as an outcome instead of malaria-specific mortality because it views this measure as robust. A child death is a memorable event, and most use the same standardized estimation procedure to track it.
31. Alarcon (2007).
32. Oloo (2005).
33. LiST is used to estimate the number of lives saved among children under five according to the estimated efficacy of the various malaria prevention interventions.
34. Roll Back Malaria (2011b).
35. Young (2000).
36. IHME (2015).
37. Ashraf, Fink, and Weil (2010).
38. Sedlmayr et al. (2013).
39. Demombynes and Trommlerova (2010).
40. Roll Back Malaria (2011b).
41. Sedlmayr et al. (2013).
42. Roll Back Malaria (2011b, 26).
43. Roll Back Malaria (2011b).
44. Ashraf, Fink, and Weil (2010).
45. Chizema - Kawesha et al. (2010).
46. Chizema - Kawesha et al. (2010).
47. The estimation of DALYs averted is based on deaths and cases averted for all newborns in Zambia. Averted deaths were from the Roll Back Malaria program in Zambia (Eisele et al. 2012) for scale-up of ITNs, intermittent preventive treatment in pregnancy (IPTp), and ITN during pregnancy. Cases averted used an application of the case-fatality ratio (Conteh et al. 2010). The costs per person protected by ITNs and IPTp were from a 2011 systematic review of malaria control measures (White et al. 2011). See Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
48. Barat (2006).
49. Steketee et al. (2008).
50. Roll Back Malaria (2011b).
51. Carasso et al. (2012).
52. Ashraf, Fink, and Weil (2010).
53. WHO (2014b).
54. Friends of the Global Fight Against AIDS, Tuberculosis and Malaria (n.d.).
55. WHO (2014a).
56. WHO (2013a).
57. Colson et al. (2015).
58. UNDP (2013).

## กรณีศึกษาที่ 5

### พื้นบ้านแข็งเพื่อสุขภาพเด็ก

#### โครงการปิโซเฟิร์มแห่งเม็กซิโก

(ต้นฉบับโดย Miriam Temin)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินชีวิตและสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับแม่และเด็กกลุ่มเปราะบางที่อาศัยในชุมชนแออัดที่มีรายได้น้อย

**ยุทธวิธี:** โครงการรัฐที่มุ่งเปลี่ยนแปลงพื้นบ้านสกปรกของครัวเรือนชายขอบให้เป็นพื้นที่ที่ปลอดภัยโดยใช้แรงงานในชุมชนและวัสดุที่ได้จากการบริจาค

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** โรคหอนอนพยาธิลดลงเกือบร้อยละ 20, โรคท้องร่วงลดลงเกือบร้อยละ 30, โรคโลหิตจางลดลงร้อยละ 20 เด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 6 ปี มีการรับรู้ที่ดีขึ้น ระดับของการซึมเศร้าและความเครียดในกลุ่มมารดาของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ลดลงร้อยละ 12.5 และ 10.5 ตามลำดับ หลีกเลี่ยงความตายได้ 408 ชีวิต และหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 40,748 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2556

**ปัจจัยสำเร็จ:** การใช้หลักทฤษฎีแห่งการเปลี่ยนแปลงง่ายๆ และหลักผลประโยชน์ที่มองเห็นได้ทำให้โครงการได้รับการตอบรับอย่างกว้างขวาง ความจริงจังของรัฐบาลเสริมด้วยโครงการที่มุ่งเน้นประโยชน์ทางสังคม การสนับสนุนทุนจากภาครัฐ การประเมินผลอย่างตรงไปตรงมาและการเรียนรู้วัฒนธรรม

**การเงินการคลัง:** โครงการของรัฐโกอาวิลา (Coahuila State) ใช้งบประมาณ 5.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (162 เหรียญสหรัฐต่อ 1 ครัวเรือน) รัฐบาลกลางใช้จ่ายเงินไป 1.27 พันล้านเหรียญสหรัฐระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2555 (468 เหรียญสหรัฐต่อครัวเรือน)

**ขนาดของโครงการ:** รัฐโกอาวิลาปูพื้นที่ที่ปลอดภัยใน 34,000 ครัวเรือน (พ.ศ. 2543 - 2548) รัฐบาลกลางปูพื้นที่ที่ปลอดภัยใน 2.36 ล้านครัวเรือน (พ.ศ. 2550 - 2556)

การที่เด็กจะมีอาการท้องเสียบ้างบางครั้งอาจเป็นเรื่องปกติ แต่เด็กที่อาศัยในบ้านที่มีพื้นสกปรกจะมีอาการท้องเสียบ่อย เมื่อเด็กเล็กคลานเล่นบนพื้นสกปรกเขาก็อาจกลืนกินเศษอุจจาระเข้าไป มีโอกาสได้รับนอพยาธิและเชื้อปรสิตอันตรายเข้าสู่ร่างกายที่จะเจริญเติบโตในอุจจาระภายในลำไส้เด็กได้ เชื้อโรคเหล่านี้ก่อให้เกิดอาการท้องเสียอย่างต่อเนื่องรวมทั้งอาการป่วยอย่างอื่นด้วย อาการรบกวนไม่มีเพียงแค่นี้ แต่ยังมีโภชนาการที่ไม่ดีกินสารอาหารจากเด็กที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต ทำให้พัฒนาการช้า นำไปสู่การอ่อนเพลีย โลหิตจาง และเฉื่อยชาในการรับรู้<sup>2</sup> ที่แย่ที่สุดคืออาการท้องเสียทำให้สูญเสียทั้งน้ำและเกลือแร่ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตซึ่งท้องเสียคร่าชีวิตเด็กประมาณ 750,000 คนทั่วโลกทุกปี<sup>3</sup>

มาตรการง่ายๆ ที่ใช้ต่อสู้กับโรคท้องร่วงมีชื่อว่า “ไม่ต้องคิดมาก” (no-brainer) เสนอโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพโลกคนหนึ่ง คือการเปลี่ยนพื้นบ้านที่สกปรกของครัวเรือนที่ยากจนให้เป็นพื้นคอนกรีต ในปี พ.ศ. 2549 การประเมินผลโครงการปิโซเฟิร์ม (Piso Firme = Solid Floor) หรือโครงการพื้นแข็ง ในรัฐโกอาวิลาของประเทศเม็กซิโก ทำให้ได้หลักฐานที่ปฏิเสธไม่ได้ว่า การปรับปรุงพื้นบ้านทำให้ได้ประโยชน์ทั้งด้านสุขภาพ

และสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับเด็กเล็กและสตรี<sup>4</sup> การอาศัยอยู่บนพื้นใหม่ให้ความรู้สึกสะดวกสบายกว่าอาศัยบนพื้นสกปรก ผู้เป็นแม่ก็ชอบเพราะทำความสะอาดง่าย พื้นใหม่ทำให้พวกเขามีความสุขมากขึ้นจริง

โครงการปิโซเฟิร์มประสบความสำเร็จมากจนกระทั่งประธานาธิบดีเฟลิเป คัลเดอรอน (President Felipe Calderon) ประกาศเป็นนโยบายระดับชาติที่จะขจัดพื้นสกปรกในพื้นที่เป้าหมายให้หมดภายในปี พ.ศ. 2555 ความครอบคลุมบ้านที่มี พื้นแข็ง ยังไม่ทั่วทั้งประเทศ รัฐบาลเม็กซิโกกำลังเร่งรัดให้เข้าสู่เป้าหมายเพื่อการกำจัดช่องทางที่เชื้อก่อโรคท้องเสียจะคร่าชีวิตเด็กได้<sup>5</sup>

#### ความสูญเสียอันเนื่องมาจากพื้นบ้านสกปรก

บ้านหรือที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพะปัจจัยหนึ่ง ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทจะมีบ้านอยู่จำนวนหนึ่งที่สภาพไม่ดีทำให้ผู้อยู่อาศัยมีความเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการ ความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สัมพันธ์กับ

บ้านที่สำคัญได้แก่ โรคทางหายใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ อันเนื่องมาจากมลภาวะทางอากาศภายในบ้าน โรคติดต่อ การบาดเจ็บ และสิ่งคุกคามทางสุขภาพจิต ความเป็นเมืองทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับสุขภาพมีมากขึ้น<sup>6</sup> ด้วยความเป็นเมืองที่เติบโตอย่างรวดเร็ว เด็กจำนวนหนึ่งต้องใช้ชีวิตอยู่ในที่เสมือนบ้านภายในบริบทที่เป็นเมืองใหญ่ ขณะที่รัฐบาลเองก็กำลังต่อสู้เพื่อจัดหาบ้านให้เพียงพอเพียง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเกือบร้อยละ 40 ของการเติบโตในเขตเมืองทั่วโลกอยู่ในบ้านแบบสลัมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ<sup>7</sup> ดังเช่นพื้นที่ในเม็กซิโกที่โครงการปิโซเฟิร์มเข้าไปแก้ปัญหา

พื้นบ้านสลัมมีความเสี่ยงเพราะซึมซับสารจากอุจจาระของคนและสัตว์ พบมากในพื้นที่เขตเมืองแออัดที่ระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูลยังไม่ดีพอ พื้นสลัมปก ทำความสะอาดได้ยากและอาจมีหนอนพยาธิ หมดและโปรโตซัวต่างๆ<sup>8</sup> ในประเทศเม็กซิโก พื้นบ้านสลัมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดในลำไส้ เมื่อเทียบกับบ้านยากจนแต่มีพื้นบ้านแข็งโดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงตัวอื่นแล้ว ข้อค้นพบในที่อื่นในลาตินอเมริกาที่ให้คำตอบเดียวกัน<sup>9</sup>

การรังควาญของหนอนพยาธิและปรสิตทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กทั้งในระยะยาวและปัจจุบัน ทำให้เกิดอาการท้องเสียและทุพโภชนาการ นำไปสู่โรคโลหิตจาง โรคขาดสารอาหารที่ให้พลังงาน อาการตับบวมและม้ามบวม หนอนพยาธิและปรสิตยังมีผลกระทบต่อพัฒนาการการรับรู้ของเด็ก ส่งผลต่อการสร้างผลผลิตในอนาคต<sup>10</sup> ถึงปี พ.ศ. 2558 ยังไม่มียาที่คุ้มทุนที่จะนำมาใช้กับคนหมู่มากในการป้องกันหรือรักษาโรคติดเชื้อโปรโตซัว (ขณะที่ยาฆ่าหนอนพยาธิได้รับการพัฒนาและมีการใช้กันอย่างกว้างขวาง ดูกรณีที่ 6 ในหนังสือเล่มนี้)<sup>11</sup>

ทั่วโลก เด็กมีสุขภาพดีขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2553 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตายน้อยลง 2 ล้านรายเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2543 และโรคท้องร่วงที่เป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการตายอันดับแรกๆ ก็ลดลง<sup>12</sup> สอดคล้องกับแนวโน้มของโลก เด็กชาวเม็กซิกันมีสุขภาพดีกว่าพ่อแม่เมื่อครั้งเป็นเด็ก ในช่วงปี ที่มุ่งสู่เส้นตายของเป้าหมายสหัสวรรษแห่งการพัฒนา (Millennium Development Goal) คือในปี พ.ศ. 2558 เม็กซิโกถูกติดตามเป้าหมายอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าอัตราตายนี้ลดลงจาก 20.4 ต่อพันการเกิดในปี พ.ศ. 2547 เหลือ 16.8 ในปี พ.ศ. 2553<sup>13</sup>

แต่นั้น ก็ยังไม่ดีพอ โรคท้องร่วงที่สามารถป้องกันได้ ได้คร่าชีวิตเด็กจำนวนหลายพันทุกวันทั่วโลก รวม 750,000 รายในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หลังจากพื้นที่ที่เป็นเด็กแรกเกิดมาแล้ว<sup>14</sup> และในประเทศเม็กซิโกนั้น ความก้าวหน้าของสุขภาพเด็กยังมีความเหลื่อมล้ำในแต่ละพื้นที่ ยังมีความแตกต่างกันในเรื่องสุขภาพที่สำคัญ ตัวอย่างเช่น อัตราตายของทารก

ในรัฐทางภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงใต้จะสูงกว่าภาคเหนืออย่างชัดเจน เด็กมักเป็นไข้หรือท้องร่วงได้ง่ายถ้าเขาอยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์ที่เป็นคนพื้นเมืองดั้งเดิม มีแม่ที่ด้อยการศึกษา หรืออาศัยอยู่ในชนบท เขาเหล่านี้ยังได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมน้อยกว่าด้วย<sup>15</sup> เด็กในเขตเมืองมีความได้เปรียบทางด้านสุขภาพมากกว่าแม้ว่าจะอาศัยอยู่ในบริบทที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าเนื่องจากความแออัดอย่างไร้ระบบ

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: เม็กซิโกเคลื่อนจากคอนเสิร์ตสู่คอนกรีต

ในปี พ.ศ. 2543 เอนริเก มาร์ติเนซ วาย มาร์ติเนซ (Enrique Martinez y Martinez) ผู้แทนชมรมสถาบันปฏิวัติ (Revolutional Institutional Party) ลงแข่งรับเลือกตั้งผู้ว่าการแห่งรัฐทางเหนือของโกอาวิลา เมื่อที่มรณงค์หาเสียงบอกเขาว่า ยังมีประชาชนอีกมากอาศัยในบ้านที่มีพื้นสลัม เขาก็ให้สัญญากับผู้อาศัยในรัฐนั้นว่า จะจัดพื้นสลัมให้หมดไปจากรัฐ ถ้าเขาได้รับเลือกตั้งเป็นผู้ว่าฯ<sup>16</sup> พื้นที่ที่ได้รับเลือก เขาก็เริ่มโครงการปูพื้นซีเมนต์ในนาม “ปิโซเฟิร์ม” แก่บ้านจำนวน 34,000 หลังคาเรือนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงภายในปี พ.ศ. 2548<sup>17</sup>

ความสำเร็จในโกอาวิลาค้นพบกับบารมีของผู้ว่าคนี่ในระดับรัฐบาลกลางได้กระตุ้นให้รัฐบาลขยายโครงการปูพื้นซีเมนต์เป็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับชาติ<sup>18</sup> มีโครงการทางสังคมจำนวนหนึ่งเกิดขึ้นในเวลาเดียวกันเพื่อแก้ปัญหาความจนและปัญหาของคนชายขอบ เช่น โครงการคุ้มครองทางสังคมเชิงรุกแห่งเม็กซิโกหรือโปรเกรซา (Progesa) ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น โอportunidades (Oportunidades) เป็นโครงการใหญ่โครงการแรกที่มีการโอนเงินสดให้เป้าหมายอย่างกว้างขวางแต่มีเงื่อนไข<sup>19</sup> พร้อมกันนั้น รัฐบาลก็ได้เปิดตัวโครงการเซกูโร ป็อบปูลาร์ (Seguro Popular / Popular Insurance) เป็นโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับคนยากจน ซึ่งเป็นก้าวแรกสู่เส้นทางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ชาวเม็กซิกันทุกคน นอกจากนี้ ยังมีโครงการทางสังคมเล็กๆ อีกที่มีส่วนช่วยเสริมวัตถุประสงค์ของปิโซเฟิร์ม ได้แก่ โครงการจัดthonพยาธิแห่งชาติ และโครงการปรับปรุงภาวะแวดล้อมที่อยู่อาศัยในชนบทและในเขตเมือง รัฐบาลกลางแห่งเม็กซิโกจึงยินดีที่จะขยายโครงการปิโซเฟิร์มออกไป

## ปฏิบัติการโครงการปิโซเฟิร์ม

ความเรียบง่ายเป็นเสน่ห์อย่างหนึ่งของโครงการปิโซเฟิร์ม ขบวนการบรรพบุรุษซีเมนต์มุ่งสู่ชุมชนเป้าหมาย ส่งซีเมนต์มูลค่า 150 เหรียญสหรัฐให้แก่แต่ละครัวเรือน เพียงพอที่จะปูพื้นได้ 540 ตารางฟุตด้วยแผ่นอิฐหนา 5 นิ้ว

ครัวเรือนที่มีสิทธิจะได้รับคู่มือการปูพื้นซีเมนต์ ส่วนแรงงานจะใช้แรงงานในครอบครัวหรือในชุมชน กระบวนการทั้งหมด ทั้งการผสมและการเทปูนซีเมนต์จะเสร็จสิ้นภายในวันเดียว

ปิโซเฟิร์มมุ่งเป้าไปที่ครอบครัวผู้ด้อยโอกาสในชุมชนชายขอบ ในโกอาวีลา เจ้าหน้าที่โครงการค้นหาผู้มีสิทธิโดยการเคาะประตูบ้าน มองหาพื้นสกปรกและเสนอเจ้าของบ้านว่าจะปรับปรุงพื้นที่ใหม่ เกือบทั้งหมดก็ตอบรับ<sup>20</sup> ในเวลาต่อมา โครงการระดับชาติได้ใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรในการค้นหาชุมชนที่มีสิทธิโดยดูระดับความเป็นชายขอบด้านสังคมและเศรษฐกิจ<sup>21</sup> แต่ละบ้านในชุมชนเป้าหมายจะได้รับสิทธิถ้าพิสูจน์ได้ว่าพวกเขาอาศัยในบ้านที่มีพื้นสกปรกและมีรายได้ต่ำ

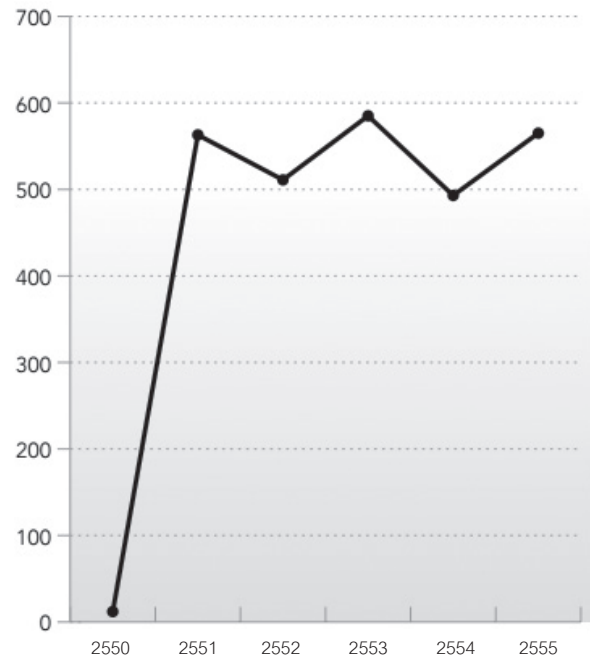
ปิโซเฟิร์มเริ่มปฏิบัติการในโกอาวีลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543. ถึงปลายปี พ.ศ. 2546 ก็ขยายโครงการไปทั่วประเทศโดยผ่านรัฐต่างๆ และผ่านโครงการลดความยากจนของรัฐบาลกลาง<sup>22</sup> ถึงปี พ.ศ. 2548 พื้นซีเมนต์ได้รับการปูประมาณ 300,000 หลังคาเรือน และมีการเร่งขยายผลงานของปิโซเฟิร์มอย่างมากระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2555 ทำให้ปูพื้นซีเมนต์ได้ยอดรวมถึง 2.7 ล้านหลังคาเรือน (ดูภาพที่ 1) ถึงปี พ.ศ. 2555 มีประชากรเพียง 4.2 ล้านคน (ร้อยละ 3.6 ของประชากรทั้งประเทศ) ที่ยังอาศัยในบ้านที่มีพื้นสกปรก ลดต่ำลงจาก 8 ล้านคน (ร้อยละ 7.3) ในปี พ.ศ. 2551<sup>23</sup>

แม้จะมีการปูพื้นซีเมนต์กันอย่างมโหฬารแล้ว แต่ก็ยังหลงเหลือบ้านที่มีพื้นสกปรก บ้านเหล่านี้ไม่ได้กระจายอย่างเป็นธรรมทั่วเม็กซิโกด้วย<sup>24</sup> เกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในพื้นที่ชนเผ่าดั้งเดิม มากกว่าครึ่งอยู่ในพื้นที่สุดชายขอบสุดๆ ซึ่งยังไม่ได้รับการปรับปรุงพื้นบ้าน<sup>25</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: ห้องร่วมน้อยลง แม่สุขใจมากขึ้น

โครงการปิโซเฟิร์มประสบความสำเร็จเชิงปฏิบัติกรอย่างชัดเจนในโกอาวีลา ผลที่เกิดขึ้นก็คือคนหลายหมื่นคนอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ว่ามาร์ตินเนซและเลขาธิการพัฒนาสังคมก็ยังไม่พอใจกับความสำเร็จของโครงการที่คูมิเวเนน พวกเขาต้องการแสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพของเด็กที่ผ่านการประเมินโดยอิสระ รัฐโกอาวีลาและสำนักงานพัฒนาสังคมจึงลงทุนร่วมกันในการประเมินครั้งนี้ มีคณะกรรมการวิชาการประเมินร่วมกับนักวิจัยของธนาคารโลกและพอล เกอर्टเลอร์ (Paul Gertler) จากมหาวิทยาลัยแห่งแคลิฟอร์เนีย เบิร์กลีย์ (Berkeley) ซึ่งเคยเป็นหนึ่งในคณะผู้ประเมินโครงการโปรเกรซาดแรกๆ ของรัฐบาลกลาง

ภาพที่ 1. จำนวนพื้นปูนซีเมนต์ที่ปูได้ต่อปี ประเทศเม็กซิโก พ.ศ. 2550 - 2555 (หน่วยเป็นพันแห่ง)



แหล่งข้อมูล: CONEVAL (2014).

การประเมินผลกระทบได้ข้อค้นพบที่น่าชื่นชม<sup>26</sup> 2-4 ปีหลังจากที่ครอบครัวต่างๆ ได้รับการปรับปรุงพื้นบ้านใหม่ เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีมีเชื้อปรสิลดลงเกือบร้อยละ 20 ความชุกของโรคท้องร่วงลดลงร้อยละ 13 เป็นโรคโลหิตจางน้อยกว่าพื้นที่ควบคุมร้อยละ 20 การที่โรคโลหิตจางลดลง หมายถึง พัฒนาการในการรับรู้ของเด็กดีขึ้น เด็กในพื้นที่ทดลอง (ได้รับการปรับปรุงพื้น) มีคะแนนสูงกว่าเด็กในพื้นที่ควบคุม (ไม่มีพื้นบ้านซีเมนต์) ร้อยละ 9 เมื่อใช้การทดสอบพัฒนาการทางด้านภาษาด้วยรูปภาพกับคำศัพท์<sup>27</sup>

ผู้หญิงก็ได้รับประโยชน์จากการปรับปรุงพื้นบ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างอนามัยแม่กับอนามัยเด็กมีความสำคัญมากขึ้น ในชุมชนที่ได้รับการปรับปรุงพื้น ระดับความซึมเศร้าและความเครียดของผู้เป็นแม่จะลดลงร้อยละ 12.5 และ 10.5 ตามลำดับเมื่อเทียบกับพื้นที่ควบคุม พื้นบ้านที่ดีขึ้นยังสัมพันธ์กับความพอใจของแม่ที่มีมากขึ้น ด้วยเห็นว่าบ้านมีคุณภาพมากขึ้น (สูงกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 15) และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สูงกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 19)

การประเมินผลกระทบแยกผลกระทบของโครงการปิโซเฟิร์มออกจากการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ สิ่งแวดล้อมรอบๆ ที่อยู่อาศัยและตัวแปร

กวนต่างๆ (ดูกล่อง 1) การออกแบบเช่นนี้ ช่วยให้ นักวิจัยเชื่อมโยงผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากพื้นที่เมนต์ในการป้องกันการติดเชื้อปรสิต แสดงให้เห็นว่า โครงการนี้มีผลกระทบในทางบวกที่วัดได้ นอกเหนือจากประโยชน์ที่เกิดจากการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของเม็กซิโกในเวลานั้น

รัฐบาลเม็กซิกันใช้หลายวิธีในการวัดความยากจน และก็มีรายงานว่า การปรับปรุงพื้นบ้านช่วยลดความยากจนได้<sup>28</sup> รัฐบาลใช้ตัวชี้วัดหลายมิติในการวัดความยากจนซึ่งรวมถึงการรวมเอาระดับรายได้ของบุคคลเข้ากับระดับความรุนแรงของการถูกกีดกันออกจากสังคม ตัวชี้วัดอื่นได้แก่ ระดับการศึกษา ความมั่นคงทางสังคม การได้รับบริการสุขภาพ การเข้าถึง

อาหาร และคุณภาพของการอยู่อาศัย คุณภาพของการอยู่อาศัยวัดจากความแข็งแรงของบ้านและวัสดุที่ใช้ทำพื้นบ้าน วิธีการนี้สะท้อนว่า รัฐบาลมีความจริงจังที่จะปูพื้นซีเมนต์ให้แก่ประชาชนและเชื่อมโยงการปรับปรุงพื้นบ้านเข้ากับการลดความยากจน

ด้วยการปรับปรุงคุณภาพของการอยู่อาศัยทั่วประเทศ โดยเฉพาะในเขตชนบทที่ยากจนและยากจนที่สุดซึ่งเป็นเป้าหมายของการปรับปรุงพื้นบ้าน การขยายโครงการปิโซเฟิร์มจึงช่วยลดความยากจนในเม็กซิโกลงได้ จากการคำนวณโดยสภาแห่งชาติเพื่อการประเมินนโยบายทางสังคม (National Council for the Evaluation of Social Policy: CONEVAL) ชาว

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

การวัดผลกระทบด้านสุขภาพอันเกิดจากการปรับปรุงบ้าน มีความยากของการออกแบบระเบียบวิธี เพราะมีตัวแปรกวนและปัญหาทางจริยธรรมมากมาย การประเมินโครงการปิโซเฟิร์มเป็นไปอย่างมุ่งมั่นจึงช่วยให้ได้หลักฐานที่เป็นผลกระทบด้านสุขภาพจากที่อยู่อาศัยในชุมชนที่มีรายได้ปานกลาง

การขยายโครงการแต่ละระยะมีการทดลองโดยวิธีธรรมชาติทำให้มีความเป็นไปได้ที่จะเปรียบเทียบผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จากโครงการปิโซเฟิร์มกับครัวเรือนที่มีลักษณะคล้ายกันแต่ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ผู้ประเมินเน้นติดตามในพื้นที่เขตเมืองของลาลากูนา (La Laguna) ชุมชนเขตเมืองที่ขยายตัวออกมาจากพรมแดนระหว่างรัฐโกอาวิลาและรัฐดูแรนโก (Durango) พื้นที่ในแต่ละด้านของพรมแดนมีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมคล้ายกัน แต่มีอย่างหนึ่งที่ต่างกันและมีความสำคัญโกอาวิลาเป็นรัฐแรกที่ดำเนินโครงการปิโซเฟิร์มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ในขณะที่ดูแรนโกไม่ได้เริ่มดำเนินการ ณ เวลานั้น ผู้ประเมินสุ่มตัวอย่างครัวเรือนในพื้นที่ฝั่งโกอาวิลาที่ได้รับสิทธิประโยชน์และใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประชากรปี พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นข้อมูลช่วงก่อนการเริ่มโครงการ และใช้พื้นที่ที่เหมาะสมส่วนหนึ่งของดูแรนโกเป็นพื้นที่ควบคุม<sup>31</sup>

จากการสำรวจตัวอย่างที่สุ่มมาได้ในแต่ละกลุ่ม นักวิจัยสามารถจำแนกผลที่เกิดจากโครงการปิโซเฟิร์มได้อย่างน่าเชื่อถือ พวกเขาพบประโยชน์ที่เกิดจากโครงการด้วยการวิเคราะห์เจาะลึกในความตั้งใจจริงของโครงการ ซึ่งมีความตั้งใจสูงเพราะเกือบไม่มีผู้ใดปฏิเสธเลย เมื่อโครงการฯ เสนอจะทำพื้นคอนกรีตให้ และด้วยข้อคำถามจำนวนหนึ่งเกี่ยวกับการปรับปรุงบ้านใน

ภาพรวมและการรับรู้ถึงคุณค่าของบ้านที่มีหรือไม่มีพื้นคอนกรีต นักวิจัยจึงจัดความเป็นไปได้หรือเหตุผลอื่นที่อาจชี้ว่าทำให้สุขภาพดีขึ้น เช่น รายได้ (ตัวอย่างเช่น ผู้มีสิทธินั้นยังได้รับเงินอีกประมาณ 150 เหรียญสหรัฐจากการเข้าร่วมในกิจกรรมการปรับปรุงสุขภาพอื่นๆ) นักวิจัยก็ใช้ข้อมูลความแตกต่างในความชุกของการเกิดโรคระหว่างกลุ่มที่ได้รับกับไม่ได้รับการปรับปรุงพื้นบ้านในการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของการมีพื้นคอนกรีต โดยพบว่า สัดส่วนที่สูงขึ้นของร้อยละของบ้านที่มีพื้นคอนกรีตมีความสัมพันธ์กับโรคที่ลดลง ได้แก่ โรคโลหิตจาง โรคท้องร่วง ความชุกของการมีปรสิตก็ลดลง ไม่ว่าจะเป็นการปูพื้นคอนกรีตในโครงการปิโซเฟิร์มหรือนอกโครงการ

เป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องบันทึกข้อจำกัดในการศึกษากรณีโกอาวิลาไว้ด้วย ผู้วิจัยดำเนินการหลายขั้นตอนเพื่อให้แน่ใจได้ว่าสามารถเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ทดลองกับพื้นที่ควบคุมได้ แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองซึ่งการสุ่มตัวอย่างไม่ได้ช่วยป้องกัน ตัวแปรกวนต่างๆ จึงอาจยังคงหลงเหลืออยู่ การศึกษาซ้ำซึ่งกำลังดำเนินการอยู่จะทำให้ได้คำตอบเพิ่มขึ้น<sup>32</sup>

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในเม็กซิโกสอดคล้องกับหลักฐานในที่อื่นๆ เกี่ยวกับประโยชน์ของพื้นแข็ง เช่น โครงการของ “หลังคาเพื่อประเทศของฉัน” องค์การแห่งหนึ่งในภูมิภาคลาตินอเมริกาที่ดำเนินการจัดหาบ้านราคาถูกแก่คนยากจนที่สุดในสลัม รวมถึงการปูพื้นซีเมนต์ให้กับบ้านบางหลัง การศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับผลกระทบจากที่อยู่อาศัยงานหนึ่งพบว่า บ้านมีส่วนทำให้ผู้อยู่อาศัยมีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความสุข และ เด็กเอลชัลวาดอร์ในบ้านที่มีพื้นซีเมนต์จะเป็นโรคท้องร่วงน้อยกว่าเด็กในบ้านที่อยู่ในกลุ่มควบคุม<sup>33</sup>

เม็กซิกันร้อยละ 9.7 อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ยากจนที่สุดที่ไม่มีพื้นที่ซีเมนต์ ต่อมาเมื่อได้รับพื้นที่ซีเมนต์แล้ว ตัวเลขนี้ลดลงเหลือร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557<sup>29</sup>

กลุ่มนักวิจัยที่ทำการประเมินผลกระทบของโครงการได้ชี้ให้เห็นถึงลักษณะที่แสดงว่าเด็กได้รับประโยชน์จากโครงการปิโซเฟิร์มในโกอาวีลา พวกเขาเด็กเหล่านั้นอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้น้อยในเขตเมืองที่มีความยากจน แต่ยากจนไม่มาก พวกเขาได้รับสารอาหารเพียงพอและเข้าถึงน้ำสะอาดและได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าพยาธิอย่างสม่ำเสมอ ดูเหมือนว่าเด็กเหล่านี้ได้รับประโยชน์เช่นเดียวกับเด็กในบ้านที่ได้รับการปรับปรุงพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ผู้ประเมินแนะนำว่า ไม่ควรเหมารวมแบบหยาบๆ เพราะเมื่อประชากรและบริบทแตกต่างกัน ผลกระทบย่อมแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ในพื้นที่ชนบทที่ปราศจากน้ำสะอาด เด็กมีโอกาสได้รับเชื้อปรสิตจากสถานที่ต่างๆ ได้ง่าย การอาศัยบนพื้นคอนกรีตจึงอาจไม่ได้รับประโยชน์เท่าที่ควร ยังคงมีคำถามต่ออีก ตัวอย่างเช่น ผลกระทบด้านสุขภาพจากโครงการโกอาวีลาอาจแตกต่างกันขึ้นกับห้องที่ได้รับการปรับปรุงพื้นที่ การปรับปรุงห้องครัวน่าจะได้รับประโยชน์มากกว่า การปรับปรุงห้องนอน ในทำนองเดียวกัน ผลกระทบน่าจะแตกต่างกันขึ้นกับขนาดของพื้นที่ที่ได้รับการปรับปรุงด้วย ปรับปรุงทั้งหมดย่อมจะได้รับประโยชน์มากกว่าปรับปรุงเพียงบางส่วนของบ้าน จึงเป็นไปได้ว่า คนอีกคนหนึ่งได้รับประโยชน์มากกว่าจากโครงการปิโซเฟิร์ม เพราะพวกเขามักมีบ้านที่มีพื้นสกปรกทั้งหมดก่อนเข้าโครงการ การประเมินครั้งที่สองที่เป็นการศึกษาซ้ำจะค้นหาคำตอบจากคำถามเหล่านี้ ข้อค้นพบจะยังทำให้ประสบการณ์ของเม็กซิโกมีประโยชน์มากขึ้น<sup>30</sup>

### ประโยชน์ที่ได้รับเกิดจากการลงทุนไปเท่าใด?

รัฐบาลเม็กซิโกสนับสนุนโครงการปิโซเฟิร์มโดยใช้งบประมาณทั้งหมดจากรัฐและส่วนกลาง เฉพาะในรัฐโกอาวีลา ทั้งโครงการมีค่าใช้จ่าย 5.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2548 หรือ 162 เหรียญสหรัฐต่อครัวเรือน ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากเมื่อมีการขยายโครงการเป็นระดับประเทศ 1.2 พันล้านเหรียญสหรัฐจากงบประมาณส่วนกลางสำหรับปี พ.ศ. 2550 - 2556 เฉลี่ยคือประมาณ 460 เหรียญสหรัฐต่อครัวเรือน (ค่าเงินของเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2550)<sup>34</sup> ความแตกต่างนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากมีค่าขนส่งเพิ่มขึ้นมาในการดำเนินงานระดับประเทศ ในโกอาวีลา มีการขนส่งซีเมนต์ภายในเขตเมืองเท่านั้น ขณะที่ความพยายามในระดับประเทศต้องใช้รถบรรทุกขนส่งซีเมนต์ไปยังพื้นที่ที่ไกลแสนไกลมากกว่า<sup>35</sup>

ในโกอาวีลานั้น กลุ่มนักวิจัยพบว่าโครงการปิโซเฟิร์มมีความคุ้มค่าในด้านการพัฒนาการรับรู้เป็นการเฉพาะ<sup>36</sup> วัดได้ว่า เด็กๆ มีคะแนนสูงขึ้นร้อยละ 9 เมื่อใช้การทดสอบพัฒนาการทางด้านภาษาดูด้วยรูปภาพกับคำศัพท์หลังจากที่ได้อาศัยในบ้านที่มีพื้นที่ซีเมนต์แล้ว เปรียบเทียบกับ

การเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 ในลักษณะเดียวกันกับของโครงการ Oportunities ที่คำนวณค่าใช้จ่ายต่อหน่วยได้ระหว่าง 210 - 750 เหรียญสหรัฐต่อครัวเรือน

ในการประเมินความคุ้มค่าของโครงการปิโซเฟิร์มให้ *หลายด้านชีวิตรอด* นั้น มีการออกแบบโดยพิจารณาจากจำนวนคนใช้ห้องว่างและจำนวนคนใช้โลหิตจางที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในกลุ่มที่มีสิทธิได้รับการปรับปรุงพื้นบ้าน จากผลลัพธ์ด้านสุขภาพสองตัวนี้ก็ประมาณการได้ว่าสามารถหลีกเลี่ยงความตายได้ 408 ราย (ทั้งหมดจากโรคท้องร่วง) ในช่วงขยายโครงการ (พ.ศ. 2550 - 2556) ซึ่งเท่ากับสามารถหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 40,748 ปี ทั้งนี้ ยังไม่ได้มีการประมาณการอัตราความคุ้มค่าเนื่องจากไม่สามารถประมาณการผลกระทบด้านสุขภาพทั้งหมดของโครงการฯ ได้<sup>37</sup>

### กฎแห่งความสำเร็จ

เม็กซิโกโดดเด่นเรื่องระบบการประเมินที่ดีเยี่ยม ทำให้รัฐบาลปรับปรุงการออกแบบโครงการทางสังคมได้อย่างทั่วถึง ทั้งนี้ มีข้อบังคับตามกฎหมายว่า ทุกโครงการทางสังคมของรัฐจะต้องมีการประเมินจากบุคคลภายนอกอย่างน้อยปี ละครั้ง การผลักดันนี้มาโดยสภาแห่งชาติเพื่อการประเมินนโยบายทางสังคม (CONEVAL)<sup>38</sup> รัฐบาลได้เป็นผู้นำในการแสดงให้เห็นว่า การประเมินอย่างอิสระและสร้างสรรค์มีผลต่อนโยบายทางสังคมได้อย่างไร<sup>39</sup> ผลการประเมินทุกโครงการจะต้องแสดงให้เห็นปรากฏแก่สาธารณะ ความโปร่งใสนี้ช่วยให้สื่อสารมวลชนและองค์การภาคประชาสังคมตรวจสอบความรับผิดชอบของรัฐบาลต่อสิ่งที่ได้ให้สัญญาไว้ว่าจะกระทำเพื่อประโยชน์ของสังคม<sup>40</sup>

ระบบนี้ทำให้โครงการระดับประเทศอย่างปิโซเฟิร์มตั้งอยู่บนรากฐานที่แข็งแกร่ง รากฐานความสัมพันธ์ระหว่างการปูพื้นที่ซีเมนต์กับประโยชน์ทางสุขภาพของเด็กที่ทราบได้จากการประเมินผลกระทบ ความเรียบง่ายของวิธีการและหลักฐานจากผลกระทบ ทำให้เห็นภาพแผนอธิบายได้โดยง่ายว่า เป็นทฤษฎีแห่งการเปลี่ยนแปลงซึ่งสามารถเข้าใจและสื่อสารได้อย่างกว้างขวาง ผลการประเมินที่ผุดขึ้นเป็นระยะนับแต่มีการขยายโครงการปิโซเฟิร์มเป็นสิ่งมีค่าที่ผู้สนับสนุนต่างๆ ต้องการเห็น นวัตกรรมของโครงการผนวกกับการประเมินที่เข้มแข็งทำให้เป็นที่สนใจอย่างมากในระดับนานาชาติ

ภายในประเทศเม็กซิโกนั้น การที่สามารถแสดงผลกระทบต่อสุขภาพในเชิงปริมาณที่เป็นผลของรูปแบบการส่งของอย่างง่าย “ไม่ต้องคิดมาก” ทำให้รัฐบาลสนับสนุนและผูกพันสัญญาทางการเมืองอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้มีการขยายโครงการไปทั่วประเทศ ความเป็นผู้นำของผู้ว่าฯ มาร์ตินเนซที่แสดงออกมาในช่วงต้นของโครงการและการกระตุ้น



ของเขาในระดับชาติ ผนวกกับพันธสัญญาทั่วไปของรัฐบาลในประเด็นทางสังคมและการลดความยากจน ส่งผลให้เกิดการขยายโครงการไปทั่วประเทศ และในปี พ.ศ. 2551 ปีโซเฟิร์มได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมเมื่อได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนามนุษย์ของรัฐบาลกลาง (หรือที่เรียกว่ายุทธศาสตร์ “ชีวิตที่ดีกว่า”) ไม่นานก็มีโครงการอิสระเกิดขึ้นโดยใช้งบประมาณของตนเอง การปูพื้นซีเมนต์ในช่วงนี้ บริหารจัดการโดยโครงการของรัฐบาลกลางจำนวนหนึ่งที่มุ่งปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท<sup>41</sup> รัฐต่างๆ ยังได้สนับสนุนวัสดุที่ต้องใช้ในการปูพื้นคอนกรีต โดยจัดเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาสังคมของรัฐบาลนั้นๆ

การปูพื้นซีเมนต์ถือเป็นโอกาสดีเลิศของรัฐบาลในการผูกพันสัญญาเพื่อลดความยากจนที่จับต้องได้ รัฐบาลได้ผลงานจากงานนี้มีการติดป้ายหน้าบ้านที่ได้รับการปรับปรุงพื้นว่า “บ้านอันพื้นบ้านแข็งพร้อมโลโก้ “เพื่อชีวิตที่ดีกว่า”<sup>42</sup> ภาพเหล่านี้ปรากฏอยู่ในสื่อเพื่อการส่งเสริมในด้านต่างๆ รวมทั้งในโซเชียลมีเดีย แม้แต่ประธานาธิบดีฟิลิป แคลเดรอน (President Felipe Calderon) ยังกล่าวถึงความสำเร็จของปีโซเฟิร์ม<sup>43</sup>

### นัยสำหรับสุขภาพโลก

เมื่อจำนวนประชากรเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมือง ผู้บริหารต้องเผชิญกับความกดดันที่จะต้องแก้ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากที่อยู่อาศัยที่มีคุณภาพต่ำ ความสำเร็จของปีโซเฟิร์มแสดงให้เห็นศักยภาพของโครงการที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยที่ออกแบบและวางเป้าหมายได้ดีและไม่เยิ่นเย้อ การเปลี่ยนพื้นสกปรกเป็นพื้นซีเมนต์เป็นการปรับปรุงสุขภาพของเด็กในเขตเมืองที่มีโภชนาการที่ดีและเข้าถึงน้ำสะอาดอยู่แล้วเหลือเพียงอย่างเดียวคือพื้นสกปรกที่เป็นช่องทางสุดท้ายที่ปรสิตรจะแพร่เชื้อได้ การปิดประตูทางพื้นมีความสัมพันธ์กับอนามัยเด็ก สุขภาวะของมารดา และที่อยู่อาศัยในเขตเมือง และยังเป็นกรริเริ่มข้อมูลด้านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพด้วย

การปูพื้นซีเมนต์ไม่ใช่วิธีการที่มีประสิทธิผลดีที่สุดในการลดโรคท้องร่วงในทุกบริบท น้ำใช้พื้นฐาน การสุขาภิบาล การปรับปรุงสุขอนามัย รวมทั้งการใช้ยุทธศาสตร์อื่นๆ อาจสำคัญกว่าในการป้องกันโรคท้องร่วงในภูมิภาคที่มีการระบาดของโรค<sup>44</sup> ค่าใช้จ่ายของโครงการปีโซเฟิร์มอาจมากเกินไปสำหรับบางรัฐบาล แม้จะได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลจริงในประเทศรายได้ปานกลางดังเช่นเม็กซิโก

ประโยชน์ระยะยาวที่ได้จากการลงทุนด้านสุขภาพของเด็กเล็กเป็นที่ประจักษ์ชัดเจนแล้ว แต่ในแง่มุมมองอื่นของเรื่องปีโซเฟิร์มยิ่งน่าทึ่งกว่า นั่นคือผลกระทบต่อสุขภาพเด็กและที่อยู่อาศัยที่มีต่อมารดา ผู้หญิงทั่วโลกต้องแบกรับรับผิดชอบในการรักษาสุขภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของครอบครัวและการดูแลเด็ก อีกทั้งยังต้องแก้ไขปัญหามายในบ้านเมื่อเด็กๆ โตขึ้น<sup>45</sup> ความเจ็บป่วยในวัยเด็กและที่อยู่อาศัยคุณภาพต่ำทำให้ผู้หญิงสูญเสียสุขภาพจิตและสุขภาพโดยรวม ผลการประเมินโครงการปีโซเฟิร์มยืนยันว่า การปรับปรุงสุขภาพเด็กและที่อยู่อาศัยช่วยให้สุขภาพของแม่ดีขึ้นได้ด้วย

รายงานผลกระทบจากโครงการปีโซเฟิร์มมีอิทธิพลไปนอกเม็กซิโก โครงการลักษณะเดียวกันในที่อื่นมักกล่าวถึงผลการประเมินของชาวเม็กซิกันนี้ในชื่อประเภทต่างๆ มูลนิธิที่อยู่อาศัยเพื่อมนุษยชาติ (Habitat for Humanity) ที่สร้างบ้านมากกว่า 500,000 หลังใน 80 ประเทศมักปูพื้นซีเมนต์ในบ้านหลังใหม่หรือในการปรับปรุงหลังเก่า มูลนิธิที่อยู่อาศัย ในนิวยอร์กที่ดำเนินโครงการในลักษณะเดียวกันนี้ มีการรณรงค์ให้ปรับปรุงพื้นบ้านเรียกว่าโครงการพื้นบ้านเพื่อการเดิน (A Floor to Play On)<sup>46</sup> โครงการเอธิโอเปีย (Project Ethiopia) เป็นความพยายามในระดับรากหญ้า โดยชาวอเมริกัน 2 คน ที่มุ่งพัฒนาที่ละหมู่บ้านในเอธิโอเปีย ได้บริจาคให้ 400 เหรียญสหรัฐต่อ 1 ครอบครัว เพื่อปูพื้นคอนกรีต และบริจาคให้ 1,200 เหรียญสหรัฐต่อ 1 โรงเรียน สำหรับการปูพื้นห้องเรียน<sup>47</sup>

การเปลี่ยนพื้นสกปรกให้เป็นพื้นซีเมนต์ดูเหมือนเป็นมาตรการที่ง่ายและเห็นผลชัดเจน แต่ก่อนจะมีโครงการปีโซเฟิร์มนั้น ไม่เคยมีประเทศรายได้น้อยหรือรายได้ปานกลางประเทศใดใช้มาตรการนี้ในระดับประเทศ ปีโซเฟิร์มเป็นชัยชนะครั้งยิ่งใหญ่สำหรับเม็กซิโก ที่มีอิทธิพลต่อประเทศรายได้ปานกลางอื่นๆ ที่ชุมชนสลัมกำลังเติบโต และกำลังเริ่มลงทุนปรับปรุงภาวะแวดล้อมของที่อยู่อาศัยและจัดหาที่อยู่อาศัยให้คนจน<sup>48</sup> ประสิทธิภาพของเม็กซิโกแสดงให้เห็นว่า วิธีแก้ปัญหานั้นคุ้มค่ากับความพยายาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้มีการประเมินผลกระทบและผลการประเมินนั้นได้รับการตีพิมพ์ในวารสารงานวิจัยที่มีคุณภาพ โครงการของเม็กซิโกนี้ให้บทเรียนเกี่ยวกับการเลือกเป้าหมาย การให้ความเป็นธรรม และการปรับปรุงระบบสาธารณสุข โครงการปีโซเฟิร์มได้ให้หลักฐานที่มีคุณค่าว่า พื้นซีเมนต์และการปรับปรุงที่อยู่อาศัยด้านอื่นๆ ช่วยทำให้สุขภาพและสุขภาพของเด็กในสลัมและแม่ของพวกเขาดีขึ้นได้อย่างไร

## อ้างอิง

- Arroyo, Ernesto Cordero. 2009. *Mejoramiento de la vivienda rural: impacto de la instalación de piso firme y estufas ecológicas en las condiciones de vida de los hogares*. Mexico City: Procuraduría Agraria. [http://www.pa.gob.mx/publica/rev\\_40/notas/ernesto%20cordero%20arroyo.pdf](http://www.pa.gob.mx/publica/rev_40/notas/ernesto%20cordero%20arroyo.pdf).
- Basurto, Maria Pia, Ramiro Burga, Jose Luis Flor Toro, and Cesar Huaroto. 2013. *Replication Plan Study: "Housing, Health and Happiness"*. Washington, DC: International Initiative for Impact Evaluation (3ie). [http://www.3ieimpact.org/media/filer\\_public/2014/01/13/basurto\\_revised\\_replication\\_plan.pdf](http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2014/01/13/basurto_revised_replication_plan.pdf).
- Calderon, Felipe. 2012. Twitter post, Nov. 24, 12:35 p.m. <https://twitter.com/felipecalderon/status/272438397841317888>.
- Cattaneo, Matias D., Sebastian Galiani, Paul J. Gertler, Sebastian Martinez, and Rocio Titiunik. 2009. "Housing, Health, and Happiness." *American Economic Journal: Economic Policy* 1 (1): 75-105. doi:10.1257/po1.1.1.75.
- Center for Sustainable Development. 2015. "Household Concrete Floors as a Health Measure in Sustainable Development." Accessed November 19. <http://www.csd-i.org/installing-concrete-floors>.
- Chávez, Axel. 2013. "Fracosó el programa 'Piso Firme' de Sedesol." *Milenio*, June 9. [http://www.milenio.com/hidalgo/Fracaso-programa-Piso-Firme-Sedesol\\_0\\_148785597.html](http://www.milenio.com/hidalgo/Fracaso-programa-Piso-Firme-Sedesol_0_148785597.html).
- Collins, George, Thomas McLeod, Njilah Isaac Konfor, Clarisse B. Lamnyam, Leo Ngarka, and Nfor Leo Njamshu. 2009. "Tungiasis: A Neglected Health Problem in Rural Cameroon." *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health* 1 (1): 2-10.
- CONEVAL (National Council for the Evaluation of Social Policy). 2010. "Cambios en el Índice Absoluto de Marginación por Entidad Federativa." In *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2012-2013*. Mexico City: CONEVAL. <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1755/1/images/02Capitulo.pdf>.
- . 2014. *Impact of Cement Floors on Poverty in Mexico 2008-2012*. Mexico City: CONEVAL.
- Engle, Patrice L., Maureen M. Black, Jere R. Behrman, Meena Cabral de Mello, Paul J. Gertler, Lydia Kapiriri, Reynaldo Martorell, and Mary Eming Young. 2007. "Strategies to Avoid the Loss of Developmental Potential in More than 200 Million Children in the Developing World." *Lancet* 369 (9557): 229-42. doi:10.1016/S0140-6736(07)60112-3.
- Galiani, Sebastian, Paul Gertler, Ryan Cooper, Sebastian Martinex, Adam Ross, and Raimundo Undurraga. 2013. *Shelter from the Storm: Upgrading Housing Infrastructure in Latin American Slums*. Working Paper 19322. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Gamboa, M.I., J.A. Basualdo, L. Kozubsky, E. Costas, E. Cueto Rúa, and H.B. Lahitte. 1998. "Prevalence of Intestinal Parasitosis within Three Population Groups in La Plata, Argentina." *European Journal of Epidemiology* 14: 55-61.
- Hábitat para la Humanidad Nicaragua. 2015. "Un Piso para Jugar." Accessed October 13. <http://www.habitatnicaragua.org/proyectos/fondo-anual/un-piso-para-jugar/>.
- Harhay, Michael O., John Horton, and Piero L. Olliaro. 2010. "Epidemiology and Control of Human Gastrointestinal Parasites in Children." *Expert Review of Anti-Infective Therapy* 8 (2): 219-34. doi:10.1586/eri.09.119.
- Hesham, M.S., A.B. Edariah, and M. Norhayati. 2004. "Intestinal Parasitic Infections and Micronutrient Deficiency: A Review." *Medical Journal of Malaysia* 59 (2): 284-93.
- Hotez, Peter. 2008. "Hookworm and Poverty." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1136 (1): 38-44. doi:10.1196/annals.1425.000.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2013. *The Millennium Development Goals in Mexico: Progress Report 2013*. Aguascalientes, Mexico: INEGI. [http://200.23.8.225/odm/Doctos/ResInfMex2013\\_ing.pdf](http://200.23.8.225/odm/Doctos/ResInfMex2013_ing.pdf).
- . 2015. Módulo de Condiciones Socioeconómicas (MCS). Accessed November 4. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/modulos/mcs/>.
- Jacobsen, Kathryn H., Priscila S. Ribeiro, Bradley K. Quist, and Bruce V. Rydbeck. 2007. "Prevalence of Intestinal Parasites in Young Quichua Children in the Highlands of Rural Ecuador." *Journal of Health, Population and Nutrition* 25 (4): 399-405.
- Joseph, J. Keith, Junior Bazile, Justin Mutter, Sonya Shin, Andrew Ruddle, Louise Ivers, Evan Lyon, and Paul Farmer. 2006. "Tungiasis in Rural Haiti: A Community-Based Response." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 100 (10): 970-74. doi:10.1016/j.trstmh.2005.11.006.
- Kassebaum, Nicholas J., Amelia Bertozzi - Villa, Megan S. Coggeshall, Katya A. Shackelford, Caitlyn Steiner, Kyle R. Heuton, Diego Gonzalez-Medina, and Ryan Barber. 2014. "Global, Regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality during 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *Lancet* 384 (9947): 980-1004. doi:10.1016/S0140-6736(14)60696-6.
- Lamberti, M., C.L. Fischer Walker, and R.E. Black. 2012. "Systematic Review of Diarrhea Duration and Severity in Children and Adults in Low- and Middle-Income Countries." *BMC Public Health* 12: 276. doi:10.1186/1471-2458-12-276.
- Langer, Ana, Afaf Meleis, Felicia M. Knaul, Rifat Atun, Meltem Aran, Héctor Arreola - Ornelas, Zulfiqar A. Bhutta, et al. 2015. "Women and Health: The Key for Sustainable Development." *Lancet* 386 (9999): 1165-1210. doi:10.1016/S0140-6736(15)60497-4.
- Levine, Ruth. 2004. "Improving the Health of the Poor in Mexico." In *Millions Saved: Proven Successes in Global*

## อ้างอิง (ต่อ)

- Health*, 2nd ed. Washington, DC: Center for Global Development.
- Liu, Li, Hope L. Johnson, Simon Cousens, Jamie Perin, Susana Scott, Joy E. Lawn, Igor Rudan, et al. 2012. "Global, Regional, and National Causes of Child Mortality: An Updated Systematic Analysis for 2010 with Time Trends since 2000." *Lancet* 379 (9832): 2151-61. doi:10.1016/S0140-6736(12)60560-1.
- Lopez, A.S., J.M. Bendik, J.Y. Alliance, J.M. Roberts, A.J. da Silva, I.N.S. Moura, M.J. Arrowood, M.L. Eberhard, and B.L. Herwaldt. 2003. "Epidemiology of Cyclospora cayentanensis and Other Intestinal Parasites in a Community in Haiti." *Journal of Clinical Microbiology* 41 (5): 2047-54. doi:10.1128/JCM.41.5.2047-2054.2003.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. Estimating the Avertable Disease Burden and Cost-Effectiveness in Millions Saved Third Edition. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- Morales-Espinoza, E.M., H.J. Sánchez-Pérez, M.M. García-Gil, G. Vargas-Morales, J.D. Méndez-Sánchez, and M. PérezRamírez. 2003. "Intestinal Parasites in Children, in Highly Deprived Areas in the Border Region of Chiapas, Mexico." *Salud Pública de México* 45 (5): 379-88.
- Pick, Susan. 2011. "Mexico's Struggle to 'Vivir Mejor.'" *OUPblog*, February 15. <http://blog.oup.com/2011/02/live-better/>.
- Project Ethiopia. 2015. "Projects." Accessed November 4. <http://projectethiopia.com/projects>.
- Salomon, Joshua A., Theo Vos, Daniel R. Hogan, Michael Gagnon, Mohsen Naghavi, Ali Mokdad, Nazma Begum, et al. 2012. "Common Values in Assessing Health Outcomes from Disease and Injury: Disability Weights Measurement Study for the Global Burden of Disease Study 2010." *Lancet* 380 (9859): 2129-43. doi:10.1016/S0140-6736(12)61680-8.
- Stevens, Gretchen, Rodrigo H. Dias, Kevin J.A. Thomas, Juan A. Rivera, Natalie Carvalho, Simón Barquera, Kenneth Hill, and Majid Ezzati. 2008. "Characterizing the Epidemiological Transition in Mexico: National and Subnational Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors." *PLoS Medicine* 5(6): e125. doi:10.1371/journal.pmed.0050125.
- Székely, Miguel. 2011. *Toward Results - Based Social Policy Design and Implementation*. Working Paper 249. Washington, DC: Center for Global Development.
- Teruel, Graciela. 2013. "Mexico's Monitoring and Evaluation System." PowerPoint presentation. [http://www.3ieimpact.org/media/filer\\_public/2013/10/25/mexicos\\_monitoring\\_evaluation\\_system.pdf](http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2013/10/25/mexicos_monitoring_evaluation_system.pdf).
- Thomson, H., M. Petticrew, and D. Morrison. 2001. "Health Effects of Housing Improvement: Systematic Review of Intervention Studies." *BMJ* 323 (7306): 187-90. doi:10.1136/bmj.323.7306.187.
- Ugbomoiko, Uade Samuel, Liana Ariza, Ifeanyi Emmanuel Ofoezie, and Jörg Heukelbach. 2007. "Risk Factors for Tungiasis in Nigeria: Identification of Targets for Effective Intervention." *PLoS Neglected Tropical Diseases* 1(3): e87. doi:10.1371/journal.pntd.0000087.
- United Nations. 2015. "Children under Five Mortality Rate per 1,000 Live Births." *Millennium Development Goals Indicators*. Accessed October 13. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=561>.
- Velasquez, F.R., H. Garcia-Lozano, E. Rodriguez, Y. Cervantes, A. Gomez, M. Melo, L. Anaya, et al. 2004. "Diarrhea Morbidity and Mortality in Mexican Children: Impact of Rotavirus Disease." *Pediatric Infectious Disease Journal* 23 (10 Suppl): S149-55.
- WHO (World Health Organization). 2010. *International Workshop on Housing, Health and Climate Change: Developing Guidance for Health Protection in the Built Environment—Mitigation and Adaptation Responses*. Meeting Report. Geneva: WHO.
- . 2013. "Diarrhoeal Disease." Fact Sheet 330. Updated April. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. 2008. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health Final Report*. Geneva: WHO.
- WHO and UN - Habitat (United Nations Human Settlements Programme). 2010. *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*. Kobe, Japan: WHO and UN - HABITAT.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Ugbomoiko et al. (2007).
2. Hesham, Edariah, and Norhayati (2004).
3. WHO (2013).
4. Cattaneo et al. (2009).
5. CONEVAL (2014).
6. Thomson, Petticrew, and Morrison (2001); WHO Commission on Social Determinants of Health (2008).
7. WHO (2010).
8. Hotez (2008); Collins et al. (2009).
9. Morales-Espinoza et al. (2003); Jacobsen et al. (2007); Lopez et al. (2003); Gamboa et al. (1998).
10. Engle et al. (2007).
11. Harhay, Horton, and Olliaro (2010).
12. Liu et al. (2012).
13. United Nations (2015); INEGI (2013).
14. Liu et al. (2012).
15. Stevens et al. (2008).
16. The government programs Microregiones and Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas included similar interventions prior to 2000. Flooring components of these programs were relatively small and

## อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)

- targeted rural areas with a high density of indigenous populations. Microregiones covered select communities in six municipalities in Coahuila and nine municipalities in Durango in 2003 (see Cattaneo et al. 2009, 4).
17. Cattaneo et al. (2009).
  18. Cattaneo et al. (2009).
  19. A conditional cash transfer program offers a set amount of money to beneficiaries on a predictable schedule when they adhere to established conditions, which are often related to family members' attendance at school and participation in health programs (Levine 2004).
  20. Cattaneo et al. (2009).
  21. CONEVAL (2010).
  22. By 2005, state - level Piso Firme programs were established in Chihuahua (<http://municipios.chihuahua.gob.mx>) and Guanajuato (<http://www.leon.gob.mx>), and the Piso Firme subcomponent of the Programa para Desarrollo Local Microregiones (Microregiones Program for Local Development) was expanded (<http://www.sedesol.gob.mx>).
  23. CONEVAL estimates are based on information from the Microregiones Unit of SEDESOL and MCS-ENIGH 2008, 2010, and 2012 (INEGI 2015).
  24. Chávez (2013).
  25. Arroyo (2009).
  26. Cattaneo et al. (2009).
  27. The researchers used an "intent - to - treat" approach for their analysis, as described in Box 1. The same researchers constructed an alternate model to estimate the effect of a complete replacement of dirt floors by cement floors, which they estimated would lead to a 78 percent reduction in parasitic infestations, a 49 percent reduction in diarrhea, an 81 percent reduction in anemia, and a 36-96 percent improvement in cognitive development among young children. Worms were controlled separately through the national albendazole distribution program.
  28. CONEVAL (2014).
  29. CONEVAL (2014).
  30. Basurto et al. (2013).
  31. Cattaneo et al. (2009).
  32. Basurto et al. (2013).
  33. Galiani et al. (2013).
  34. CONEVAL (2014).
  35. Luis Gerardo Mejia Sanchez, personal communication with the author, June 19, 2014.
  36. Cattaneo et al. (2009).
  37. The estimates of program size were calculated from the eligible population. DALYs averted were derived from diarrhea and anemia cases averted and distribution of severity (Velasquez 2004; Lamberti 2012); disability weights (Salomon et al. 2012; Kassebaum et al. 2014); and program efficacy (Cattaneo et al. 2009). The reported large reduction in prevalence of parasites, 19.6 percent, was excluded. Costs were examined, but the estimation of cost - effectiveness in terms of cost per DALY averted was not appropriate and not reported. See Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
  38. Székely (2011); Teruel (2013).
  39. Székely (2011).
  40. Pick (2011).
  41. Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP), Vivienda Digna, and Vivienda Rural. Vivienda Digna and Vivienda Rural are part of FONHAPO, the former urban focused and the latter rural focused.
  42. Pick (2011).
  43. Calderon (2012). Piso Firme's visibility has invited some criticism. For example, concerns have been raised that Piso Firme's top - down delivery may override home owners' own priorities for home improvement, such as improving roofing or upgrading sanitation facilities. Irregularities have been reported, from corruption or simulated rigged bids and illegal charges to poor work and delays that are related to elections (see Chávez 2013 [SEDESOL's "Piso Firme" program failed.]
  44. Joseph et al. (2006); Ugbomoiko et al. (2007); Center for Sustainable Development (2015).
  45. Langer et al. (2015).
  46. Hábitat para la Humanidad Nicaragua (2015).
  47. For more information, see Project Ethiopia (2015).
  48. WHO and UN - Habitat (2010).

## กรณีศึกษาที่ 6

# เริ่มต้นสดใสเพื่ออนาคตที่สดใส

## โครงการโรงเรียนขจัดหนอนพยาธิแห่งเคนยา

(ต้นฉบับโดย Rachel Silverman)

### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** กำจัดหนอนพยาธิที่เป็นปัญหาสาธารณสุข

**ยุทธวิธี:** ระยะเวลาดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาภาคเอกชน ต่อมาขยายทั่วประเทศในรูปแบบโครงการรัฐ ให้การรักษาโรคหนอนพยาธิแก่เด็กนักเรียนในเคนยา

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** ความชุกของการติดเชื้อพยาธิที่แพร่จากดินลดลงร้อยละ 83 และความชุกของโรคพยาธิใบไม้ในเลือด 2 ชนิดลดลงร้อยละ 58 และ 67 ในกลุ่มนักเรียนชาวเคนยาใน 4 จังหวัดที่มีการระบาดสูงระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2557

**ปัจจัยสำเร็จ:** ความพยายามจากหลายภาคส่วนในการผลักดันให้โรงเรียนอำนวยความสะดวกในการให้ยา ทรัพยากรและความช่วยเหลือทางวิชาการจากนานาชาติช่วยหนุนเสริมความเป็นผู้นำและพันธมิตรทางภาคการเมืองของรัฐบาล มีโครงสร้างที่รองรับการติดตามที่กว้างขวาง

**การเงินการคลัง:** ค่าใช้จ่ายประมาณ 0.56 เหรียญสหรัฐต่อนักเรียน 1 คนต่อปี อัตราความคุ้มค่าคือ 47.20 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี

**ขนาดของโครงการ:** นักเรียนจำนวน 6.4 ล้านคน (ปี การศึกษา พ.ศ. 2556 - 2557)

เด็กที่ได้รับโภชนาการที่เหมาะสมจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่แข็งแรงทางร่างกายและจิตใจในวันหน้า แต่ทั่วโลกในขณะนี้ เด็กเกือบ 900 ล้านคนเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิที่แพร่มาจากดินและเด็กอีกจำนวนมากเสี่ยงเพิ่มต่อโรคพยาธิใบไม้ในเลือด<sup>1</sup> เด็กที่ได้รับเชื้อต้องได้รับโภชนาการที่เหมาะสมเพื่อต่อสู้เป็นรายวันกับพยาธิลำไส้ที่อาศัยอยู่ในเลือดและเนื้อเยื่ออื่นๆ ส่งผลให้เด็กไม่อยากอาหารและทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่พอเพียง

ในภูมิภาคบูเซีย (Busia region) ทางตะวันตกของเคนยา เด็กกว่าร้อยละ 90 ติดเชื้อหนอนพยาธิที่แพร่มาจากดิน หนอนพยาธิใบไม้ในเลือดหรือหนอนพยาธิทั้งสองชนิดในปี พ.ศ. 2541 นักวิจัยอยากจะทำวิจัยว่าเด็กที่ไม่มีหนอนพยาธิเป็นรากฐานของการมีสุขภาพดีในระยะยาว รากฐานของการมีสุขภาพดี และรากฐานที่ดีของการเรียนรู้<sup>2</sup> ผลของการประเมินแบบสุ่มตัวอย่างได้รับการเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2544 ทำให้มีการริเริ่มการรักษาด้วยการฆ่าพยาธิในเด็กนักเรียนเพื่อให้พยาธิในร่างกายเด็กลดลง การเจริญเติบโตดีขึ้น การมาโรงเรียนเพิ่มขึ้น ความสำเร็จของโครงการในระยะแรกๆ ทำให้ในเวลาต่อมา รัฐบาลเคนยาได้ออกเป็นนโยบายแห่งชาติ กำหนดให้มีการถ่ายพยาธิทุกปี พร้อมด้วยการสนับสนุนจากผู้บริจาคต่างๆ ส่งผลให้เด็กนักเรียนชาวเคนยาประมาณ 6 ล้านคน

เจริญเติบโตดีขึ้นทุกปี ถ้าการประเมินในทุกภูมิภาคของเคนยาที่มีการระบาดของหนอนพยาธิได้ผลเหมือนที่บูเซีย แรงกระตุ้นของการแก้ปัญหาด้วยวิธีนี้จะส่งผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและทรัพยากรมนุษย์ของเคนยาในอนาคต หลักฐานความสำเร็จในบริบทของเคนยาเป็นแรงบันดาลใจไปทั่วโลก มีโครงการขจัดหนอนพยาธิอย่างกว้างขวางในประเทศต่างๆ รวมทั้งอินเดียซึ่งเป็นประเทศที่มีภาวะโรคหนอนพยาธิมากที่สุดในโลกด้วย อย่างไรก็ตาม หลักฐานระดับโลกเกี่ยวกับการบูรณาการขจัดหนอนพยาธินั้นยังชี้ชัดข้อสรุปไม่ได้ บางการศึกษาชี้ว่า ผลกระทบขึ้นกับความชุกของพยาธิลำไส้เพียงบางส่วน ขณะที่ต่อมาก็กมีการศึกษาที่ให้ข้อค้นพบต่างออกไป ทำให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องระมัดระวังในการนำผลการศึกษามาแบบทดลองเฉพาะแห่งไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่ต่างกัน

### ความสูญเสียอันเนื่องมาจากพยาธิที่แพร่ทางดินและโรคพยาธิใบไม้ในเลือด

พยาธิลำไส้ 2 ประเภท—คือหนอนพยาธิที่แพร่ทางดิน (soil-transmitted helminthes: STHs) และพยาธิใบไม้ที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ในเลือด (Schistosomiasis)—จะเจริญเติบโตในพื้นที่ที่สุขอนามัยและการเข้าถึง

บริการสุขภาพไม่ดีหรือขาดแคลนทรัพยากรต่างๆ หนองพยาธิและพยาธิใบไม้เหล่านี้มีผลกระทบต่อประชากร 1 ใน 4 ของโลก ส่วนใหญ่เป็นเด็กและระบอบกว้างในลาตินอเมริกา เอเชีย และแอฟริกา<sup>3</sup>

STHs ประกอบด้วยหนองพยาธิหลายสายพันธุ์—ที่พบมากที่สุดคือ พยาธิตัวกลม พยาธิเส้นผ่า และพยาธิปากขอ—อาศัยอยู่ในลำไส้ของเหยื่อ เมื่อได้รับอาหารจากเนื้อเยื่อของเหยื่อแล้ว มันก็จะวางไข่ได้เป็นพันๆ ฟองต่อวัน ไข่เหล่านี้ต่อมาจะถูกขับออกทางอุจจาระ STHs เข้าสู่ร่างกายเด็กทางดินโดยผ่านเข้าทางปากในขณะที่พวกเขาออกไปเล่นข้างนอก ดื่มน้ำจากแหล่งปนเปื้อน หรือกินอาหารดิบที่ไม่ได้ล้าง การติดเชื้อ STHs เล็กน้อย จะไม่แสดงอาการ แต่การติดเชื้ออย่างรุนแรงจะเกิดขึ้นได้เมื่อเด็กติดเชื้อปรสิตหลายครั้ง ส่งผลให้มีการเพิ่มจำนวนพยาธิและความรุนแรงของอาการ<sup>4</sup>

โรคพยาธิใบไม้ในเลือดมีสมมุติฐานของโรคที่ต่างไปจาก STHs แต่ มักจัดไว้ในกลุ่มการติดเชื้อ STHs เพราะใช้ยุทธศาสตร์การรักษาร่วมกัน และมักจะมีการติดเชื้อร่วมกัน โรคพยาธิใบไม้ในเลือดเกิดจากหนองพยาธิใบไม้ชนิดหนึ่ง ตัวเล็ก ๆ เจาะเข้าเส้นเลือดดำของเหยื่อทางลำไส้หรือทางเดินปัสสาวะ เมื่อไข่ของพยาธินี้เข้าไปฝังตัวอยู่ในเนื้อเยื่อของมนุษย์ มันจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ก่อให้เกิดการอักเสบเรื้อรังและปวดไข้พยาธิจะออกมาทางอุจจาระของเด็ก เมื่อตกไปในแหล่งน้ำจะฟักตัวและเจริญเติบโตได้ในหอยทากน้ำจืด วงจรชีวิตของปรสิตจะสมบูรณ์เมื่อเด็กแช่ในน้ำที่มีเชื้อนี้ ทำให้ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้มีโอกาสเจาะไชผ่านผิวหนังได้<sup>5</sup>

พยาธิลำไส้ไม่ได้ฆ่าเจ้าของร่างที่มันอาศัย แต่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของเจ้าของร่าง ส่วนใหญ่ โรคนี้จะทำให้พัฒนาการทางร่างกายช้าลงและลดคุณภาพชีวิต การติดเชื้อ STH อย่างรุนแรง จะสามารถระงับความอยากอาหารของเด็ก ชัดขวางการดูดซึมสารอาหาร ทำให้ขาดธาตุเหล็กและโปรตีน นำไปสู่โรคโลหิตจาง ภาวะพร่องวิตามินเอ แคระแกร็น และท้องร่วง โรคแทรกซ้อนที่มักเกิดร่วมกับโรคพยาธิใบไม้ในเลือด ได้แก่ ผลในทางเดินอาหาร ไตวาย ผลบริเวณอวัยวะเพศ และการเจริญเติบโตหยุดชะงัก<sup>6</sup> การศึกษาภาระโรค การบาดเจ็บ และปัจจัยเสี่ยงในระดับโลก ณ เวลาที่โครงการบูเซียมเริ่มต้นขึ้นชี้ว่า การติดเชื้อ STH และพยาธิใบไม้ในเลือดทำให้เกิดการสูญเสียปี สุขภาวะมากกว่า 7.7 ล้านปี ทุกๆ ปี รวมถึงการสูญเสียปี สุขภาวะมากกว่า 4.5 ล้านปี ในกลุ่มเด็กวัยเรียน 5 - 14 ปี<sup>7</sup>

เด็กเคนยาได้รับผลกระทบอย่างหนักในเรื่องนี้ ในปี พ.ศ. 2551 การสำรวจอุจจาระแห่งชาติเผยว่า พบปรสิตในลำไส้ของเด็กนักเรียนเคนยา ร้อยละ 57 (นักเรียน 5 ล้านคน) ซึ่งรวมถึงร้อยละ 70 ของเด็กนักเรียนอายุ 13 - 14 ปี . การติดเชื้อนี้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากดินและน้ำที่ปนเปื้อน

การติดเชื้อ STH และพยาธิใบไม้ในเลือดร้อยละ 40 ของชาวเคนยาจึงอยู่ในเขตชนบทที่ไม่มีน้ำประปาหรือไม่มีระบบสุขาภิบาลที่ดี<sup>8</sup> ในอดีตภาวะโรคกระดูกตัวตามริมฝั่งและรอบอ่างเก็บน้ำทะเลสาบวิกตอเรีย (Lake Victoria basin) สองพื้นที่นี้หนาแน่นไปด้วยเกษตรกร ประชาชนมีความยากจนมาก สภาพอากาศก็เหมาะสมต่อการมีชีวิตรอดของปรสิต และ อีกทั้งประชาชนต้องพึ่งพาน้ำที่ปนเปื้อนในการอาบน้ำ ซักผ้าและปรุงอาหาร โดยเฉพาะรอบอ่างเก็บน้ำทะเลสาบวิกตอเรีย<sup>9</sup>

ในภูมิภาคบูเซียมทางใต้ติดกับทะเลสาบวิกตอเรีย เด็กมีพยาธิถือเป็นเรื่องปกติ ถึงปี พ.ศ. 2541 ร้อยละ 92 ของเด็กได้รับเชื้อปรสิตอย่างน้อย 1 ชนิด และร้อยละ 37 ต้องทนทุกข์ทรมานจากการติดเชื้อระดับปานกลางและระดับรุนแรง<sup>10</sup> ด้วยการศึกษาไมยสารอาหารที่จำเป็นสำหรับสุขภาพเด็กในช่วงเวลาสำคัญต่อการพัฒนาทั้งทางร่างกายและสติปัญญา พยาธิลำไส้ทำให้การเจริญเติบโตของเด็กหยุดชะงักส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นผู้ใหญ่ ทำให้ผู้นั้นติดกับดักวงจรแห่งความยากจน

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: ขยายการขับพยาธิ จากโครงการศึกษาสู่โครงการใหญ่

เป็นเวลาหลายปี มาแล้ว ที่วิชาชีพทางการแพทย์และนักเศรษฐศาสตร์มีทฤษฎีว่า การให้ยาขับพยาธิอย่างกว้างขวางจะสามารถปลดล็อกปัญหาสุขภาพและปัญหาด้านการเรียนรู้ของเด็กหลายร้อยล้านคนทั่วโลกได้ แต่ความเชื่อมั่นของพวกเขายังไม่มีความมั่นใจที่ชัดเจน ตราบจนถึงปี พ.ศ. 2543 ก็มีหลายการศึกษาชี้ว่า การขับพยาธิส่งผลกระทบต่อการศึกษาของเด็กทางร่างกายของเด็กและไม่มีผลต่อการรับรู้หรือการเรียนรู้เลย<sup>11</sup>

ในภาคตะวันตกของเคนยา นักเศรษฐศาสตร์การพัฒนาระดับนานาชาติ 2 คน คือเอ็ดวาร์ด มิเกล (Edward Miguel) แห่งเบอร์คเลย์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย และไมเคิล เครเมอร์ (Michael Kremer) แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ต้องการไปศึกษาเด็กมากขึ้น เขาทั้งสองยืนยันว่า การศึกษาหลายชิ้นก่อนหน้านี้นั้นมีข้อจำกัดที่สำคัญ ยกตัวอย่างเช่น บ้างมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างเล็กเกินไป บ้างไม่สามารถวัดผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องได้ทั้งหมด บ้างก็ไม่สามารถค้นหาประโยชน์ของการลดการแพร่เชื้อพยาธิ การศึกษาเหล่านั้นอาจจะไม่ประสบความสำเร็จในการค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการขับพยาธิอย่างบูรณาการกับโอกาสแห่งชีวิตที่ดีขึ้น<sup>12</sup>

เมื่อได้ร่วมมือกับเอ็นจีโชาวัดท์, Internationaal Christelijk Steunfonds Africa (ICS) และหน่วยงานสาธารณสุขแห่งบูเซียม มิเกลและเครเมอร์ก็ได้รับโอกาสอันดีที่จะพิสูจน์สมมุติฐานของพวกเขา โครงการขับพยาธิในโรงเรียนขั้นประถมศึกษา (Primary School Deworming Project:

PSDP) ของ ICS ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินงานมากกว่า 3 ปี มุ่งเป้าหมายไปที่นักเรียนในโรงเรียนชั้นประถมศึกษา 75 แห่งทางตอนใต้ของภูมิภาคบูเซียโดยการรักษาด้วยยาฆ่า STH และยาฆ่าพยาธิไปไม่ในเลือด<sup>13</sup> แม้ว่าจะมีใช้โครงการแรกในลักษณะนี้ และมีใช้โครงการแรกที่มีการประเมินผลแบบสุ่มตัวอย่าง แต่ก็มีลักษณะโดดเด่นประการหนึ่งคือ มิเกลและเครเมอร์ได้แนะนำให้ ICS สุ่มเลือกโรงเรียนเข้ากลุ่มตามช่วงเวลาต่างๆ ที่เริ่มดำเนินการ (เป็นการการศึกษาแบบสุ่มเป็นกลุ่ม) ด้วยวิธีนี้ ก็จะทำให้พวกเขาสามารถดูความสัมพันธ์ของเหตุและผลระหว่างการแก้ปัญหา กับผลลัพธ์ รวมทั้งยังสามารถค้นหาประโยชน์ข้างเคียงที่เกิดขึ้นในกลุ่มนักเรียนและเพื่อนๆ ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วย<sup>14</sup> ในทางตอนใต้ของบูเซียนั้น ภาวะโรคพยาธิลำไส้มีมากมาย ดังนั้น ถ้าการขับพยาธิอย่างกว้างขวาง ได้ผลแล้วไซ้ คุณภาพชีวิตและพัฒนาการที่ดีขึ้นของเด็กเกือบทั้งหมดก็น่าจะสังเกตได้ชัดเจน

ในปี พ.ศ. 2544 สามปี หลังจากเริ่มดำเนินการ ทั้งสองเผยแพร่รายงานผลลัพธ์ที่น่าตื่นตะลึงคือ แม้การให้ยาแก่นักเรียนทุกคนจะไม่สมบูรณ์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพราะเด็กบางคนไม่ได้มาโรงเรียนในวันที่ให้ยา แต่เด็กๆ ในกลุ่มที่ได้รับยาขับพยาธิมีการเจริญเติบโตที่ดีขึ้นและขาดโรงเรียนน้อยลง<sup>15</sup>

รายงานนี้ได้รับการเวียนเผยแพร่ในแวดวงนักวิชาการ มีการอ้างอิงถึงโดยรายงานต่างๆ ที่มีชื่อเสียงเกี่ยวกับการพัฒนาและการเศรษฐกิจระดับโลก<sup>16</sup> ธนาคารโลกยังช่วยให้ กลุ่มนักวิชาการแปลงข้อมูลในเอกสารนี้ไปสู่การประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียชาวเคนยาที่สำคัญ . ทั้งรัฐบาลและผู้บริจาคเงินต่างประทับใจต่อข้อค้นพบในรายงานและถือเป็นโอกาสสรรจโครงการขับพยาธิในโรงเรียนเข้าเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายโรงเรียนระดับชาติที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่ในช่วงเวลานั้น ถึงปี พ.ศ. 2549 ธนาคารโลกได้เข้ามาร่วมมือกับรัฐบาลเคนยาและผู้บริจาครายอื่นอีกหลายรายในการให้ทุนแก่โครงการสนับสนุนภาคการศึกษาของเคนยา (Kenyan Education Sector Support Program) ซึ่งจัดสรรเงินส่วนหนึ่งเพื่อการขับพยาธิในระดับประเทศโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานปฏิบัติการ<sup>17</sup>

แม้จะไม่มีปัญหาเรื่องเงิน โครงการขับพยาธินี้ก็ยังคงจะล่าช้า เพราะกระทรวงศึกษาธิการขาดแคลนบุคลากรอย่างรุนแรง (มีคณาจารย์ดูแลด้านอนามัยโรงเรียนทั่วประเทศอย่างรอบด้านเพียง 4 คน) ข้าราชการยังถูกตัดเงินด้วยนโยบายแช่แข็งงบประมาณและยังถูกรบกวนด้วยวิกฤติรายวัน แทบจะไม่มีเวลาในการวางแผนและประสานงานระหว่างส่วนต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินโครงการนี้<sup>18</sup>

ในปี พ.ศ. 2550 เหตุการณ์ภายนอกประเทศเคนยาช่วยให้เกิดแรงส่งสำคัญต่อโครงการโรงเรียนขับพยาธินี้ เครเมอร์เป็นหนึ่งในสมาชิกของสภาเศรษฐกิจโลกแห่งผู้นำรุ่นเยาว์ของโลก (World Economic Forum of Young Global Leaders) ที่มีการประชุมเป็นระยะเพื่อแก้ปัญหาของโลก ที่ประชุมในปี นั้น เขาและนายเอสเธอร์ ดูโฟล (Esther Duflo) นักเศรษฐศาสตร์แห่งสถาบัน MIT ประสบความสำเร็จในการเสนอให้โครงการโรงเรียนขับพยาธิเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาของผู้นำรุ่นเยาว์ของ

โลก<sup>19</sup> การเปิดตัวต่อสาธารณะผ่านการประชุมช่วยให้โครงการขับพยาธิให้หมดไปจากโลก (Deworm the World Initiative) ของเครเมอร์และดูโฟลที่เพิ่งริเริ่มได้รับการสนับสนุนเป็นครั้งแรก จ้างคนทำงานให้แก่กระทรวงศึกษาธิการของเคนยาได้<sup>20</sup>

การเตรียมการเริ่มขึ้นจากการปลูกหญ้าของคณกรหนึ่งกับกระแสความสนใจที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ยาขับพยาธิ 300 ล้านเม็ดที่ได้รับจากการบริจาคสำหรับนำไปป้อนนักเรียนเพื่อขับพยาธิให้หมดไปจากโลกถูกนำไปแจกจ่ายในเคนยาและประเทศอื่นๆ ทำให้รัฐบาลประหยัดค่าใช้จ่ายและลดขั้นตอนที่เป็นทางการในการจัดซื้อจัดหา<sup>21</sup> รัฐบาลใช้ข้อมูลจากการสำรวจจู่จจะทั่วประเทศและวางแผนที่ค้นหาพื้นที่ที่มีการระบาดสูงและนำมาออกแบบเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว<sup>22</sup> ในปี พ.ศ. 2552 การขับพยาธิโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานฯ ก็คืบคักทั่วประเทศ

หลังจากการขับเคลื่อนยกแรกผ่านไป การขับพยาธิทั่วประเทศก็หยุดชะงักเมื่อมีการเปิดโปงคอร์รัปชันในกระทรวงศึกษาธิการ ผู้บริจาคพากันหนีหายไปจากภาคการศึกษาทั้งหมดและชวนโครงการสนับสนุนภาคการศึกษาของเคนยาไว้ ซึ่งเป็นแหล่งทุนแหล่งใหญ่ของโครงการขับพยาธินี้ ทั้งรัฐบาลและผู้บริจาคต่างก็อยากให้มีการดำเนินงานโครงการขับพยาธิต่อไป แต่ทั้งสองฝ่ายก็ไม่เต็มใจที่จะสนับสนุนทุนผ่านกระทรวงศึกษาธิการที่มีมลทินในเรื่องคอร์รัปชัน<sup>23</sup>

โครงการขับพยาธิให้หมดไปจากโลกก้าวเข้ามารับตำแหน่งเป็นผู้ช่วยเหลือทางด้านวิชาการและเป็นหน่วยงานงบประมาณของโครงการนี้ ซึ่งทำหน้าที่ดูแลการจัดการด้านการเงินและเป็นผู้ดำเนินการจัดหาทุน และด้วยการบริจาคอย่างใจกว้างจากมูลนิธิกองทุนการลงทุนด้านเด็ก (Children's Investment Fund Foundation: CIFF) และกองทุนเอนด์ (END Fund) โครงการโรงเรียนขับพยาธิจึงดำเนินต่อไปในปี พ.ศ. 2555

## ปฏิบัติการการขับพยาธิระดับชาติ

การขับพยาธิทำโดยให้ยาฆ่าพยาธิแก่เด็กเพียงครั้งเดียวต่อปี แต่การให้ยาเพียงครั้งเดียวต้องทำด้วยความรอบคอบ โครงการขับพยาธิระดับชาติของเคนยาเป็นโครงการเฉพาะโรคแนวตั้ง ที่ครอบคลุมและอาศัยความร่วมมือในแนวระนาบ โดยเฉพาะจากเจ้าหน้าที่ของรัฐในกระทรวงต่างๆ หลากหลายวิชาชีพ และทุกระดับ ภายในรัฐบาลของเคนยานั้น ความเป็นหุ้นส่วนที่เข้มแข็งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงศึกษาธิการเป็นปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่กำหนดแนวทางวิชาการ ขณะที่กระทรวงศึกษาธิการอนุญาตให้ใช้โครงสร้างพื้นฐานและครุจำนวนมากในการบริหารจัดการการให้การรักษาที่อาศัยโรงเรียนเป็นฐานฯ<sup>24</sup>

โครงการนี้ดำเนินการในระดับชาติโดยมีคณะกรรมการอำนวยการทำหน้าที่กำหนดนโยบายในภาพรวม และมีคณะกรรมการบริหารทำหน้าที่บริหารจัดการงานรายวัน จากนั้นจะมีการกระจายวัสดุอุปกรณ์การอบรม และคู่มือแนวทางการดำเนินงานลงสู่ระดับชั้นต่างๆ ของส่วน

ภูมิภาคและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สุดก็ถึงโรงเรียนประถมศึกษา คนในโครงการเรียกการกระจายลักษณะนี้ว่ากระบวนการ “น้ำตก” เป็นรากฐานของการบูรณาการสุขภาพ<sup>25</sup>

กระบวนการทำงานเริ่มต้นจาก ผู้แทนโครงการฯ เข้าพบผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข จากนั้นเจ้าหน้าที่จากส่วนกลางจะเดินทางไปพบกับเจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาคเพื่อคำนวณยาที่ต้องใช้และส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จัดการอบรมครูเกี่ยวกับการจัดการโครงการและการบริหารยา เจ้าหน้าที่เหล่านั้นจะอบรมครูในพื้นที่ ครูที่ผ่านการอบรมและคนทำงานในชุมชนจะร่วมกันให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับการขับพยาธิในเด็กที่จะนัดมาให้การรักษาต่อไป<sup>26</sup>

เมื่อเตรียมพร้อมทุกอย่างแล้ว โรงเรียนก็พร้อมสำหรับ “วันขับพยาธิ” ประจำปี เมื่อเด็กอายุ 2 - 14 ปี มาถึงโรงเรียนประถมศึกษาของพวกเขา ครูจะแจกจ่ายยาฆ่าพยาธิและเฝ้าดูเด็กแต่ละคนกินยาอัลเบนดาโซล (albendazole) สำหรับฆ่า “STHs” ส่วนในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ในเลือดสูงจะได้รับยาพราซิควอนเทล (praziquantel) ในขนาดที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งรายการเพื่อฆ่าพยาธิใบไม้ในเลือด เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการยังต้องเฝ้าระวังและจัดการกับผลข้างเคียงของยา—ซึ่งเกิดขึ้นน้อยมาก เด็กๆ ที่ไม่ได้เข้าเรียนแต่อยู่ในละแวกนั้นก็ได้รับการเชิญชวนให้มาโรงเรียนในวันขับพยาธิเพื่อเข้าร่วมรับยาในโครงการด้วย<sup>27</sup>

ครูต้องติดตามบันทึกจำนวนเด็กที่ได้รับยาขับพยาธิโดยใช้แบบฟอร์มที่ออกแบบไว้เป็นการเฉพาะสำหรับจุดมุ่งหมายนี้ ข้อมูลระดับโรงเรียนไหลขึ้นบนดังที่ผู้นำโครงการนี้เรียกว่า “ย้อนรอยน้ำตก” โดยมีการเก็บรวบรวมแบบฟอร์มสำหรับติดตามภายในโรงเรียน เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ผลการรวบรวมผ่านการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ระดับเขตและขึ้นไปสู่สำนักงานระดับชาติในที่สุด นอกจากนี้โครงการฯ ยังว่าจ้างสถาบันวิจัยการแพทย์แห่งเคนยาให้บริหารการสำรวจจุลจากระยะและปีศาจะปีละ 2 ครั้ง ใน 4 ภูมิภาคที่มีการระบาดสูง ข้อมูลสะท้อนกลับที่ได้จากการสำรวจทำให้ผู้นำโครงการติดตามความก้าวหน้าเพื่อมุ่งสู่ความครอบคลุมเป้าหมายได้อย่างใกล้ชิดและปรับปรุงการออกแบบโครงการได้ตลอดเวลา<sup>28</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: เด็กปลอดหนอนพยาธิ

ผลที่น่าพอใจจากการทดลองในบูเซียเป็นฐานที่แข็งแกร่งสำหรับการขยายโครงการสู่ระดับประเทศ การวิเคราะห์ข้อมูลของนักวิจัยแสดงให้เห็นว่า 1 ปี หลังจากการดำเนินโครงการ เด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าพยาธิมีการติดเชื้อระดับปานกลางและระดับรุนแรงลดลงน้อยกว่าแต่ก่อน

ร้อยละ 44<sup>29</sup> ผลที่ตามมาคือ เด็กสูงชันอย่างเห็นได้ชัด มีรายงานว่าป่วยน้อยลงในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งขาดเรียนน้อยกว่าแต่ก่อนเมื่อครั้งยังไม่ได้รับการรักษา ประโยชน์ยังไม่ได้เกิดกับเด็กที่ได้รับยาฆ่าพยาธิเท่านั้น แต่ยังเกิดกับเด็กที่ไม่ได้รับยาด้วย เนื่องจากมีการแพร่เชื้อปรสิตลดลง

หลังจากการศึกษาครั้งแรก 10 ปี นักวิจัยได้ทำการศึกษิตตามระยะยาวดูผลของโครงการขับพยาธินี้ โดยศึกษาในโรงเรียน 2 กลุ่มแรกที่ได้รับการรักษา—เป็นกลุ่มโรงเรียนที่ได้รับยาฆ่าพยาธิฟรีเพิ่มขึ้นอีก 2-3 ปี เทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า นักเรียนกลุ่มแรกอยู่ในตลาดแรงงานที่ศึกษา มีรายได้สูงกว่า และมีสุขภาพดีกว่าโดยการรายงานด้วยตนเอง ในนักเรียนหญิงกลุ่มแรกพบการแท้งบุตรลดลงมากกว่า 2 ใน 3<sup>30</sup> ผลลัพธ์เหล่านี้ชี้ว่า การได้รับยาฆ่าพยาธิแต่เนิ่นๆ มีผลกระทบต่อชีวิตในระยะยาวของเด็กนักเรียนทั้งในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต

อีกการศึกษาพบว่า การรณรงค์ให้ยาฆ่าพยาธิอย่างกว้างขวางจะมีผลกระทบต่อบรรดาน้องๆ ของนักเรียนซึ่งตอนรณรงค์ยังเป็นทารกเล็กเกินไปที่จะรับยาฆ่าพยาธิได้และนับแต่บัดนั้นก็ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าพยาธิโดยตรงเลย ทศวรรษต่อมา เด็กนักเรียนเหล่านั้นมีการแสดงออกในด้านการรับรู้ที่ดี “เปรียบเทียบได้ระหว่าง 0.5 - 0.8 ปี ของการเรียน” เมื่อเทียบกับนักเรียนในชุมชนที่ไม่เคยได้รับยาฆ่าพยาธิ<sup>30</sup>

นับตั้งแต่โครงการบูเซียประสบความสำเร็จ โครงการขับพยาธิให้หมดไปจากโลกและรัฐบาลเคนยาได้พยายามดำเนินรอยตามในระดับประเทศ การขยายโครงการสู่ระดับประเทศประสบความสำเร็จในขั้นปฏิบัติการอย่างชัดเจนสำหรับประเทศที่มีศักยภาพจำกัดทั้งในระบบการศึกษาและในระบบสาธารณสุข ถึงปี พ.ศ. 2557 โครงการนี้ได้ให้ยาฆ่า STHs แก่เด็ก 6.4 ล้านคน และยาฆ่าพยาธิใบไม้ในเลือดแก่เด็ก 890,000 คนในแต่ละปี<sup>31</sup>

ผลกระทบระยะยาวของโครงการระดับชาติของเคนยายังไม่อาจทราบได้ แต่ผลในเบื้องต้นก็น่าพอใจ ในปี พ.ศ. 2551 การสำรวจจุลจากระยะพบความชุกระดับประเทศของ STH ในเด็กนักเรียนของเคนยาร้อยละ 57<sup>32</sup> ถึงปลายปี พ.ศ. 2557 เฉพาะใน 4 จังหวัดที่มีการระบาดสูง พบการติดเชื้อลดลงอย่างมาก ความชุกของ STH ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 6 ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2557 พื้นที่เดียวกันที่มีการระบาดสูงนี้ พบความชุกของพยาธิใบไม้ในเลือด 2 ชนิดลดลงร้อยละ 58 (เหลือความชุกเพียงร้อยละ 0.6) และร้อยละ 67 (เหลือความชุกเพียงร้อยละ 7.6) ตามลำดับ อีกนัยหนึ่งคือ เด็กชาวเคนยาได้รับประโยชน์ด้านสุขภาพอย่างมาก<sup>33</sup>



## ประโยชน์ที่ได้รับเกิดจากการลงทุนเท่าใด?

การริเริ่มโครงการขับพยาธิของเคนยามีความเป็นไปได้เนื่องจากการสนับสนุนทางการเงินจากธนาคารโลกและผู้บริจาครายอื่นที่ให้แกโครงการสนับสนุนภาคการศึกษาแห่งเคนยา ต่อมาได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากกองทุนเอนด์ (END Fund) และ CIFF ผ่านโครงการขับพยาธิให้หมดไปจากโลก (Deworm the World) ที่ทำหน้าที่ทั้งสนับสนุนวิชาการและเป็นหน่วยงานดำเนินงานประมาณ และยังได้รับยาจากบริษัทต่างๆ ผ่านทางโครงการบริจาคยาโลกขององค์การอนามัยโลก ในการขับพยาธิโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานฯ ของเคนยามีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 0.56 เหรียญสหรัฐต่อเด็ก 1 คน ต่ำกว่าประเทศอื่นๆ<sup>44</sup>

เป็นที่รู้กันว่า การขับพยาธิเป็นวิธีการแก้ไขปัญหามีความคุ้มค่าสูง แม้ว่า การประมาณการจากแหล่งต่างๆ จะมีความแตกต่างกันมาก ขึ้นกับตัวแปรภายใน<sup>45</sup> การวิเคราะห์โครงการขับพยาธิโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานฯ ของเคนยาที่นักวิจัยทำให้ *หลายล้านชีวิตรอด* เป็นการเฉพาะนั้น ได้ผลอัตราความคุ้มค่าที่ 47.20 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงความสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี<sup>46</sup> การประมาณการนี้ชี้ว่าถ้าทุกคนที่ควรได้รับ

การรักษาได้รับการรักษา วิธีการแก้ปัญหานี้ก็จะมีความคุ้มค่าสูงมาก ที่สำคัญคือ การคำนวณนี้ไม่ได้คิดถึงประโยชน์อื่นที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่คือการศึกษาที่เด็กเข้าห้องเรียนเพิ่มขึ้น การประมาณการความคุ้มค่าจะแตกต่างกันขึ้นกับความชุกของปรสิตและค่าใช้จ่ายในการขับพยาธิในห้องเรียนนั้นๆ ซึ่งสามารถทำให้ต่ำลงเท่ากับที่บิฮาร์ (Bihar) ประเทศอินเดียคือเหลือเพียง 0.09 เหรียญสหรัฐต่อเด็ก 1 คน<sup>47</sup>

มีการโต้เถียงเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจริงต่อการหลีกเลี่ยงความสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ของโครงการขับพยาธิที่ใช้โรงเรียนเป็นฐานฯ นี้—แม้ว่าวิธีวัดด้วยปี สุขภาวะแบบนี้จะเป็นวิธีที่เหมาะสมในการวัดประโยชน์ก็ตาม เหตุโต้เถียงเป็นเพราะการรักษาโรคนี้ที่สูญเสียผลทั้งประโยชน์ในการเรียนและในด้านเศรษฐกิจ รวมถึงส่งผลกระทบต่อเด็กที่ไม่เคยได้รับยาฆ่าพยาธิด้วย จึงเกิดคำถามว่าการวัดที่จำกัดเพียงวิธีค้นหาสถานะสุขภาพ เช่น ปี สุขภาวะที่สูญเสียไปหรือที่ป้องกันได้จะถูกต้องเพียงพอหรือไม่ ความไม่แน่นอนมีอยู่เสมอเกี่ยวกับประโยชน์ของการขับพยาธิทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (ดูกล่อง 1) ผลเสียของการติดเชื้อ STH และพยาธิใบไม้ในเลือดก็ยังไม่มีความไม่แน่นอน การวัดผลจึงยังเป็นสิ่งที่ท้าทาย<sup>48</sup>

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

การประเมินผลนำร่องและรายงานการติดตามผล 2 ฉบับของมิเกลและเครเมอร์ที่ได้รับการตีพิมพ์ในอีก 10 ปี ต่อมาได้แนะนำเสนอการทดลองหนึ่ง ซึ่งก็คือการรักษาด้วยยาขับพยาธิอย่างกว้างขวางแบบสุ่มในบูเซีย เป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาวอย่างกว้างรวมถึงผลลัพธ์ด้านสวัสดิการ<sup>31</sup> และเป็นการศึกษาแบบสุ่มรายกลุ่มที่อธิบายความเป็นไปภายนอกกลุ่มทดลองด้วย รายงานเหล่านี้แม้ว่าจะเป็นการศึกษาในพื้นที่เดียว แต่ก็ให้ผลชัดเจนเกี่ยวกับผลของการขับพยาธิในด้านการเข้าห้องเรียนและผลลัพธ์สุขภาพของเด็กนักเรียน อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2558 มีการศึกษา 2 ชิ้นที่พยายามทำซ้ำและวิเคราะห์บททวนรายงานการศึกษาในปี พ.ศ. 2547 อีกครั้งพร้อมกับตั้งคำถามต่อข้อค้นพบที่สำคัญบางประการ<sup>32</sup> จนต่อมามีการโต้เถียงร่างระเบียบวิธีวิจัยซึ่งเรียกกันว่า “สงครามหนอนพยาธิ” เกิดขึ้นในขณะเขียนหนังสือเล่มนี้

นอกจากนี้ ยังมีข้อสงสัยว่าจะนำผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2547 ของมิเกลและเครเมอร์ไปใช้กับประเทศอื่นหรือภูมิภาคอื่นได้หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบด้านการเข้าห้องเรียนและการเติบโตทางด้านร่างกาย<sup>33</sup> ในปี พ.ศ. 2555 การทบทวนอย่างเป็นระบบของ Cochrane เกี่ยวกับผลกระทบของการขับพยาธิสรุปว่า ถึงขณะนี้หลักฐานที่ชี้ว่าการให้ยาฆ่าพยาธิอย่างกว้างขวางสามารถทำให้เด็กนักเรียนมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น มีระดับของเฮโมโกลบินสูงขึ้น มีการรับรู้ดีขึ้น และเข้าห้องเรียนมากขึ้นนั้น ยังมีจำกัดหรือยังล้าสน แม้ว่ามันยังเป็นประโยชน์ต่อโครงการขับพยาธิที่มีการคัดกรองก็ตาม<sup>34</sup> การทบทวนนี้ระบุว่า โครงการศึกษา

แรกเริ่มที่บูเซียนั้นผ่านมาเกือบ 15 ปีแล้ว ระหว่างนั้นเป็นเวลาที่ภาพรวมของ STH และพยาธิใบไม้ระยะบาดสูงมาก (และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ) เนื่องจากภาวะอากาศที่สัมพันธ์กับเอลนีโญ<sup>35</sup> การทบทวนของ Cochrane ครั้งใหม่ในปี พ.ศ. 2558 สรุปคล้ายกันว่าการศึกษาเด็กที่มีพยาธิอาจทำให้น้ำหนักของเด็กเพิ่มขึ้นได้ แต่การให้ยาขับพยาธิอย่างกว้างขวางแก่นักเรียนทุกคนนั้น ยังไม่มีหลักฐานที่น่าเชื่อถือว่าสามารถทำให้เด็กเจริญเติบโตดีขึ้น สุขภาพดีขึ้น และการรับรู้ดีขึ้น<sup>36</sup> การทดลองแบบสุ่มเป็นรายกลุ่มและมีตัวควบคุมจากประเทศอินเดียที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2556 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาด้วยยาฆ่า STHs อย่างกว้างขวางกับการที่น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรืออัตราตายลดลง งานนี้ไม่ได้ประเมินผลลัพธ์ด้านการรับรู้<sup>37</sup>

อย่างไรก็ตามนักเศรษฐศาสตร์และคนทำงานด้านหนอนพยาธิบางคนปฏิเสธไม่ยอมรับระเบียบวิธีวิจัยของ Cochrane อ้างว่าการทบทวนนั้น “สรุปหลักฐานไม่ครบถ้วนและไขว้เขว” พร้อมทั้งชี้ว่ามีการศึกษาติดตาม 2 ชิ้น ที่พบว่า มีความเชื่อมโยงระหว่างโครงการขับพยาธิกับการรับรู้ที่ดีขึ้นและประโยชน์ทางการสร้างผลผลิต<sup>38</sup> นอกจากนี้ ยังมีการอ้างถึงการศึกษาเมื่อเร็วๆ นี้ ในอุกันดาที่พบความเชื่อมโยงระหว่างโครงการขับพยาธิกับการรับรู้ที่ดีขึ้น แม้ว่าการศึกษาไม่ได้ติดตามเรื่องน้ำหนัก<sup>39</sup> ดังนั้น จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องติดตามผลของงานการศึกษาอื่นต่อไปเพื่อดูผลการปฏิบัติงานแบบบูเซียในพื้นที่อื่น เพื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของโครงการขับพยาธิมาเป็นข้อมูลนำเข้าแวดวงวิชาการที่กำลังโต้เถียงกัน

## กฎแห่งความสำเร็จ

ข่าวอื้อฉาวเรื่องคอร์รัปชันในกระทรวงศึกษาธิการในปี พ.ศ. 2554 แทบจะทำให้โครงการนี้ต้องปิดตัวลงแม้จะเป็นโครงการที่มีประสิทธิผลดี ภายใต้สถานการณ์นี้ โครงการขับพยาธิให้หมดไปจากโลก (Deworm the World) ก็เริ่มควบคุมงบประมาณเอง ซึ่งแต่เดิมให้รัฐบาลควบคุมเองทั้งหมด ถึงกระนั้นบรรดาผู้บริจาคก็ต้องทำงานอย่างหนักเพื่อให้มั่นใจว่ากระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขยังสามารถนำโครงการต่อไปได้ ถ้ายิ่งให้การสนับสนุนงบประมาณแก่กระทรวงทั้งสอง ทั้งนี้ ยังคงมีการประสานงานระหว่างหุ้นส่วนต่างๆ ต่อไปในรูปแบบของการประชุมคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการบริหารในระดับประเทศ<sup>49</sup>

นอกจากนี้ โครงการขับพยาธิแห่งชาติยังได้รับประโยชน์จากการมองไกลของผู้บริจาคที่ต้องการให้การสนับสนุนต่อเนื่องกันหลายปี ทั้ง CIFF และกองทุนเอนด์ (END Fund) ต่างสัญญาจะให้ทุน 5 ปี เริ่มจากปี พ.ศ. 2555 ทำให้โครงการขับพยาธิให้หมดไปจากโลกและหุ้นส่วนต่างๆ ต้องวางแผนระยะยาวด้วย แทนที่จะหวังผลเร็วและผิวเผินเพื่อระดมทุนเป็นรายปี<sup>50</sup> พันธสัญญาระยะยาวนี้ช่วยบรรเทาปัญหาเรื่องการขาดแคลนทรัพยากรบุคคล รวมถึงช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นให้แก่ผู้บริหารโครงการในการปรับยุทธศาสตร์เพื่อให้ได้เป้าหมายอย่างครอบคลุม<sup>51</sup>

อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาแต่เงินบริจาค ทำให้โครงการนี้ดูไม่มั่นคงเมื่อเวลาแห่งการสนับสนุนสิ้นสุดลง ความยั่งยืนของโครงการขับพยาธิอาจจะมีความเสี่ยงในเคนยาซึ่งเป็นประเทศรายได้ปานกลางที่กำลังเติบโตต้องเผชิญกับการแก้ปัญหาอีกหลายโรค รวมถึงต้องเผชิญค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นด้วย

โครงการระดับชาติต้องมีการออกแบบโครงการที่ดีพอ รัฐบาลต้องเลือกเดินบนเส้นทางที่ดีที่สุดเพื่อเข้าถึงเด็กหลายล้านคน ในด้านหนึ่ง การทำงานขนาดใหญ่ต้องอาศัยการกระจายอำนาจไปยังหน่วยงานท้องถิ่นของรัฐหลายร้อยแห่ง ในอีกด้านหนึ่ง เจ้าหน้าที่ของรัฐส่วนกลางและผู้บริจาคจะต้องดูแลรับผิดชอบผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในระดับประเทศจากการลงทุนนั้น โครงการนี้ได้พิชิตความท้าทายผ่านโครงสร้างลำดับชั้นสองทิศทาง คือกระบวนการนำตกและย้อนรอยนำตก กลไกเหล่านี้ทำให้พื้นที่ที่มีความยืดหยุ่นในการปรับโครงการให้เข้ากับบริบทของท้องถิ่น แต่ยังคงมีมาตรฐานและโครงสร้างที่ทำให้มั่นใจในประสิทธิผลและทำให้เด็กมีความปลอดภัยทั่วประเทศที่กว้างใหญ่และมีความหลากหลาย นอกจากนี้ยังมีการจ้างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการดำเนินการวัดผลการดำเนินงานขับพยาธิตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เพื่อให้มั่นใจได้ว่าโครงการนี้จะดำเนินอย่างจริงจังจนประสบความสำเร็จ<sup>52</sup>

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

หลักฐานเบื้องต้นหลังของการขับพยาธิอย่างกว้างขวางย่อมเป็นที่น่าสนใจในพื้นที่ที่มีการระบาดสูงอย่างเช่นบูเซีย มีความเชื่อว่าหนอนพยาธิในลำไส้ขโมยอาหารของเด็กและระดับความอยากอาหารของเด็ก ทำให้อาหารไม่ย่อย ทูฟโภชนาการ เจ็บป่วยง่าย และสูญเสียสมรรถภาพในการเรียน ตราบจนปี พ.ศ. 2544 ก็ยังไม่มีผู้ใดทำวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างการขับพยาธิอย่างกว้างขวางกับประโยชน์ในระยะสั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลที่ทำให้เด็กเข้าห้องเรียนเพิ่มขึ้น การประเมินของมิถูเอลและเครเมอร์เป็นจุดเปลี่ยน คือมีหลักฐานชัดเจนในการยืนยันทฤษฎีต่างๆ และวางรากฐานงานสำหรับการเคลื่อนไหวโครงการขับพยาธิในระดับโลก

หลังจากที่ช่วยริเริ่มโครงการขับพยาธิให้หมดไปจากโลกในปี พ.ศ. 2550 เครเมอร์ก็เข้ารับตำแหน่งประธานผู้ก่อตั้งโครงการ ขับพยาธิให้หมดไปจากโลกของเครเมอร์ (อยู่ภายใต้ร่มธงที่ไม่แสวงกำไร ชื่อ Evidence Action ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556) ได้ช่วยขับพยาธิให้เด็กจำนวน 37 ล้านคนระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2557 ผ่านโครงการต่างๆ ในเคนยาและอินเดีย<sup>53</sup> การรณรงค์ขับพยาธิอย่างกว้างขวางได้รับการแนะนำจากองค์การอนามัยโลก และได้รับการรับรองให้เป็นนโยบายลำดับต้นโดยฉันทมติโคเปนเฮเกน (Copenhagen Consensus) ซึ่งเป็นความร่วมมือนานาชาติระหว่างผู้เชี่ยวชาญระดับโลกที่มุ่งค้นหาวិธีแก้ปัญหาดังคมที่สำคัญที่สุดของโลก<sup>54</sup>

แม้ว่าจะติดกระแสโลกรวมถึงได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ รวมถึง CIFF และมูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์ แต่หลักฐานทั้งหมดที่มีก็ทำให้ผู้บริจาคบางรายระมัดระวังการบริจาคให้กับการรณรงค์ขับพยาธิแบบปูพรมนี้<sup>55</sup> ในการโต้เถียงกันนั้น ต่างฝ่ายต่างก็ต้องการรู้ว่าการประเมินจะลงเอยอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลการประเมินจากการทดลองแห่งเดียวหรือที่มีบริบทเฉพาะ ภายใต้ฐานข้อมูลหลักฐานทั้งหมดเพื่อให้เข้าใจระดับเส้นพื้นฐานของการเกิดโรคเฉพาะถิ่น และทำงานอย่างรอบคอบกับหลักฐานที่ได้จากการศึกษาขั้นเดียว หรือสรุปผลอย่างรอบคอบจากบริบทที่ต่างกันทั้งในด้านวัฒนธรรมและด้านระบาดวิทยา

รัฐบาลหลายประเทศเห็นว่าการขับพยาธิอย่างกว้างขวางโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานฯ เป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ที่อินเดีย ผู้ปกครองรัฐบิฮาร์เริ่มโครงการขับพยาธิอย่างกว้างขวางโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานฯ ในปี พ.ศ. 2554 และปรากฏผลสำเร็จในเชิงปฏิบัติที่โดดเด่น เฉพาะในบิฮาร์โครงการขับพยาธิได้รับทุนและการบริหารจัดการจากรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่ได้รับความช่วยเหลือทางวิชาการจากโครงการขับพยาธิให้หมดไปจากโลก รวมถึงได้รับทุนสนับสนุนเล็กน้อยจากโครงการเดียวกันนี้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการทำงาน ถึงปี พ.ศ. 2558 มีการขยายโครงการไปอีก 2 รัฐในอินเดีย<sup>56</sup> นอกจากนี้ รัฐบาลอินเดียยังเริ่มปฏิบัติการ

ยกแรกของโครงการระดับชาติด้วยโครงการสนับสนุนทางวิชาการ มุ่งเป้าไปที่เด็ก 140 ล้านคนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิ<sup>57</sup> โครงการขับพยาธิให้หมดไปจากโลกได้รับการอ้างอิงถึงอย่างกว้างขวางโดยองค์การกุศลต่างๆ เช่น GiveWell และ Giving What We Can โดยอ้างว่าโครงการนี้เป็นการทำงานที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูง<sup>58</sup>

โดยสรุป ประสิทธิภาพการขับพยาธิของเคนยาแสดงให้เห็นว่าการกระจายอำนาจการให้บริการควบคู่กับการใช้มาตรการส่งเสริม

ความรับผิดชอบระดับชาติมีความเป็นไปได้ ทั้งยังแสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาสาธารณสุขก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้านมากกว่าด้านสุขภาพ ทำให้ต้องพิจารณาถึงประโยชน์เสริมในด้านการศึกษา การสร้างผลผลิต และการเจริญเติบโตด้วยในยามที่จะพิจารณาความคุ้มค่า ประโยชน์ด้านสุขภาพสามารถช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสังคมที่สำคัญให้ดีขึ้นได้ ดังเช่นในเคนยาที่ประโยชน์ของการขับพยาธิอย่างกว้างขวางสามารถเปลี่ยนชีวิตเด็กหลายล้านคนให้ดีขึ้นได้

## อ้างอิง

- Alderman, Harold, Joseph Konde - Lule, Isaac Sebuliba, Donald Bundy, and Andrew Hall. 2006. "Effect on Weight Gain of Routinely Giving Albendazole to Preschool Children during Child Health Days in Uganda: Cluster Randomised Controlled Trial." *BMJ* 333 (7559): 122. doi:10.1136/bmj.38877.393530.7C.
- Ashraf, Nava, Neil Buddy Shah, and Rachel Gordon. 2010. *Deworming Kenya: Translating Research into Actions (A)*. Harvard Business School Case 910-001. Cambridge, MA: Harvard Business School.
- Awasthi, Shally, Richard Peto, Simon Read, Susan M. Richards, Vinod Pande, Donald Bundy, and DEVTA (Deworming and Enhanced Vitamin A) team. 2013. "Population Deworming Every 6 Months with Albendazole in 1 Million Pre-School Children in North India: DEVTA, a Cluster - Randomised Trial." *Lancet* 381 (9876): 1478-86. doi:10.1016/S0140-6736(12)62126 - 6.
- Baird, Sarah, Joan Homory, Michael Kremer, and Edward Miguel. 2011. "Worms at Work: Long-Run Impacts of Child Health Gains." Working Paper. Cambridge, MA: Harvard University.
- Berger, Alexander. 2011. "Errors in DCP2 Cost - Effectiveness Estimate for Deworming." GiveWell blog, September 29. <http://blog.givewell.org/2011/09/29/errors-in-dcp2-cost-effectiveness-estimate-for-deworming/>.
- . 2012. "New Cochrane Review of the Effectiveness of Deworming." GiveWell blog, July 13. <http://blog.givewell.org/2012/07/13/new-cochrane-review-of-the-effectiveness-of-deworming/>.
- Bill & Melinda Gates Foundation. 2014. "Global Partners Are Taking the 'Neglect' out of Neglected Tropical Diseases." News release, April 2. <http://www.gatesfoundation.org/Media-Center/Press-Releases/2014/04/Global-Partners-Are-Taking-the-Neglect-out-of-Neglected-Tropical-Diseases>.
- Copenhagen Consensus Center. 2015. "Outcome: The Expert Panel Findings." Accessed October 13. <http://www.copenhagenconsensus.com/copenhagen-consensus-iii/outcome>.
- Council of Economic Advisers. 2003. *Annual Report of the Council of Economic Advisers*. Washington, DC: United States Government Printing Office. [http://www.presidency.ucsb.edu/economic\\_reports/2003.pdf](http://www.presidency.ucsb.edu/economic_reports/2003.pdf).
- Croke, Kevin. 2014. "The Long Run Effects of Early Childhood Deworming on Literacy and Numeracy: Evidence from Uganda." Working paper, Harvard School of Public Health, Boston. [http://scholar.harvard.edu/files/kcroke/files/ug\\_lr\\_deworming\\_071714.pdf](http://scholar.harvard.edu/files/kcroke/files/ug_lr_deworming_071714.pdf).
- Davey, Calum, Alexander M. Aiken, Richard J. Hayes, and James R. Hargreaves. 2015. "Re - Analysis of Health and Educational Impacts of a School - Based Deworming Programme in Western Kenya: A Statistical Replication of a Cluster Quasi - Randomized Stepped - Wedge Trial." *International Journal of Epidemiology* 44 (5): 1581-92. doi:10.1093/ije/dyv128.
- Dickson, R., S. Awasthi, C. Demellweek, and P. Williamson. 2000. "Anthelmintic Drugs for Treating Worms in Children: Effects on Growth and Cognitive Performance." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000 (2). Article CD000371. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000371/abstract>.
- Duflo, Annie, Alissa Fishbane, Rachel Glennerster, Michael Kremer, Temina Madon, and Edward Miguel. 2012. "Cochrane's Incomplete and Misleading Summary of the Evidence on Deworming." Innovations for Poverty Action blog, July 20. <http://www.poverty-action.org/blog/cochrane%25E2%2580%2599s-incomplete-and-misleading-summary-evidence-deworming>.
- Evidence Action. 2015a. "Deworm the World Initiative." Accessed July 8. <http://www.evidenceaction.org/#deworm-the-world>.
- . 2015b. "Impact Report: Our First 24 Months." Accessed October 13. <http://www.evidenceaction.org/impact-first-report/>.
- . 2015c. "World's Largest Deworming Program in India to Start With Support from Evidence Action." Accessed July 8. <http://www.evidenceaction.org/blog-full/largest-deworming-program-in-india-to-start-with-support-from-evidence-action>.
- GiveWell. 2011. "Combination Deworming (Mass Drug Administration Targeting Both Schistosomiasis and Soil-Transmitted Helminths)." <http://www.givewell.org/international/technical/programs/deworming/2011-report#Howcosteffectiveismassdeworming>.

## อ้างอิง (ต่อ)

- . 2015. "Top Charities." Accessed July 8. <http://www.givewell.org/charities/top-charities>.
- Giving What We Can. 2015. "Top Charities." Accessed July 8. <http://www.givingwhatwecan.org/top-charities>.
- Government of Kenya. 2014. *Performance Contract between the Government of Kenya and the Cabinet Secretary Ministry of Health for the Period July 2013 to June 2014*. Nairobi, Kenya: Government of Kenya. <http://www.devolutionplanning.go.ke/wp-content/uploads/2014/08/MINISTRY-OF-HEALTH.pdf>.
- Harrison, Jessica. 2015. "School for Scaling." *Stanford Social Innovation Review*, April. [http://www.ssireview.org/articles/entry/school\\_for\\_scaling](http://www.ssireview.org/articles/entry/school_for_scaling)
- Hotez, Peter J., Donald A.P. Bundy, Kathleen Beegle, Simon Brooker, Lesley Drake, Nilanthi de Silva, Antonio Montresor, et al. 2006. "Helminth Infections: Soil - Transmitted Helminth Infections and Schistosomiasis." In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed. Washington, DC: World Bank.
- Kabaka, Stewart, and Christine Wanza Kisia. 2011. "National Deworming Program: Kenya's Experience." Background paper prepared for the World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, October 19-21.
- Miguel, Edward, and Michael Kremer. 2004. "Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities." *Econometrica* 72(1): 159-217.
- Ministry of Education, Science and Technology. 2014. *Kenya National School - Based Deworming Programme: Year 2 Report*. Nairobi, Kenya: Ministry of Education, Science and Technology.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost-Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- Mwandawiro, Charles S., Birgit Nikolay, Jimmy H. Kihara, Owen Ozier, Dunstan A. Mukoko, Mariam T. Mwanje, Anna Hakobyan, Rachel L. Pullan, Simon J. Brooker, and Sammy M. Njenga. 2013. "Monitoring and Evaluating the Impact of National School-Based Deworming in Kenya: Study Design and Baseline Results." *Parasites and Vectors* 6 (1): 198. doi:10.1186/1756-3305-6-198.
- Ozier, Owen W. 2014. *Exploiting Externalities to Estimate the Long-Term Effects of Early Childhood Deworming*. Policy Research Working Paper 7052. Washington, DC: World Bank.
- Taylor-Robinson, David C., Nicola Maayan, Karla Soares-Weiser, Sarah Donegan, and Paul Garner. 2015. "Deworming Drugs for Soil-Transmitted Intestinal Worms in Children: Effect on Nutritional Indicators, Haemoglobin, and School Performance." In *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015(7). Article CD000371. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000371.pub6/abstract>.
- Ted, Miguel, and Michael Kremer. 1999. "The Educational Impact of De-Worming in Kenya." Working paper, Harvard University, Cambridge, MA. [http://www.cid.harvard.edu/archive/events/cidneudc/papers/worm\\_sep.pdf](http://www.cid.harvard.edu/archive/events/cidneudc/papers/worm_sep.pdf).
- WHO (World Health Organization). 2013. *Improved School Based Deworming Coverage through Intersectoral Coordination: The Kenya Experience*. Brazzaville, Republic of the Congo: WHO Regional Office for Africa.
- . 2014. "Number of Children (Pre - SAC and SAC) Requiring Preventive Chemotherapy for Soil-Transmitted Helminthiasis, 2013." [http://apps.who.int/neglected\\_diseases/ntddata/sth/sth.html](http://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/sth/sth.html).
- . 2015a. "Schistosomiasis: A Major Public Health Problem." Accessed July 8. <http://www.who.int/schistosomiasis/en/>.
- . 2015b. "Soil - Transmitted Helminth Infections." Fact Sheet 366. Updated May. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs366/en/>.
- Williams, Katherine. 2015. "How Do We Calculate the Cost of Deworming." Evidence Action blog, January 16. <http://www.evidenceaction.org/blog-full/how-d-we-calculate-the-cost-of-deworming>.
- World Bank. 2006. *World Development Report 2006: Equity and Development*. Washington, DC: World Bank.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. WHO (2014).
2. Miguel and Kremer (2004).
3. WHO (2015b).
4. WHO (2015b).
5. WHO (2015a).
6. Hotez et al. 2006).
7. WHO (2014).
8. WHO (2013).
9. Kabaka and Kisia (2011).
10. Miguel and Kremer (2004).
11. Dickson et al. (2000).
12. Miguel and Kremer (2004).
13. Per World Health Organization recommendations, schistosomiasis treatment was provided only in schools with greater than 30 percent schistosomiasis prevalence (see Miguel and Kremer 2004).
14. Miguel and Kremer (2004).
15. Miguel and Kremer (2004).
16. See, for example, Council of Economic Advisers (2003) and World Bank (2006).
17. Ashraf, Shah, and Gordon (2010).
18. Ashraf, Shah, and Gordon (2010).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)

19. Ashraf, Shah, and Gordon (2010).
20. Michael Kremer, personal communication with the author, September 26, 2014.
21. Ashraf, Shah, and Gordon (2010).
22. Kabaka and Kisia (2011).
23. Jessica Harrison, personal communication with the author, September 19, 2014.
24. Harrison (2015).
25. Ministry of Education, Science and Technology (2014).
26. Ministry of Education, Science and Technology (2014).
27. Ministry of Education, Science and Technology (2014).
28. Ministry of Education, Science and Technology (2014).
29. Davey et al. (2015).
30. Baird et al. (2011).
31. Miguel and Kremer (2004); Ozier (2014); Baird et al. (2011).
32. Davey et al. (2015).
33. Duflo et al. (2012); Berger (2012).
34. Taylor - Robinson et al. (2015).
35. Berger (2012).
36. Taylor - Robinson et al. (2015).
37. Awasthi et al. (2013).
38. Duflo et al. (2012).
39. Croke (2014); Alderman et al. (2006).
40. Ozier (2014).
41. Ministry of Education, Science and Technology (2014).
42. WHO (2013).
43. Ministry of Education, Science and Technology (2014).
44. Based on figures used by the Deworm the World Initiative (see Williams 2015). Because of its small scale and inbuilt evaluation costs, the initial Busia program cost considerably more, at a total of US\$1.46 per treated student (see Ted and Kremer 1999).
45. Berger (2011).
46. The estimation of DALYs averted was based on the estimated population aged 5-16 years, baseline year prevalence estimates (see Mwandawiro et al. 2013), and World Health Organization (WHO) weighting recommendations for disability from worms and schistosomiasis, yielding a DALY estimate consistent with WHO Global Health Estimates. Costs were derived from GiveWell (2011). See Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
47. Williams (2015).
48. GiveWell (2011).
49. Harrison (2015).
50. Harrison (2015, 59).
51. Harrison (2015).
52. Government of Kenya (2014).
53. Evidence Action (2015b).
54. Copenhagen Consensus Center (2015).
55. Bill & Melinda Gates Foundation (2014).
56. Evidence Action (2015a).
57. Evidence Action (2015c).
58. See, for example, GiveWell (2015) and Giving What We Can (2015).

## กรณีศึกษาที่ 7

### หยุดเส้นทางระบาด การกำจัดโปลิโอในเฮติ

(ต้นฉบับโดย Lauren Post)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** กำจัดไวรัสโปลิโอที่กำลังระบาดและกวาดล้างไวรัสโปลิโอสายพันธุ์อื่นให้สิ้นซาก

**ยุทธวิธี:** ให้อัตราฉีดโปลิโอแก่เด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี โดยใช้โรงเรียนและชุมชนเป็นฐานปฏิบัติการ ในวันภูมิคุ้มกันแห่งชาติ พร้อมการรณรงค์จากบ้านถึงบ้าน

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** การระบาดยุติได้ คนไข้โปลิโออัมพาตรายสุดท้ายของเฮติเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2544

**ปัจจัยสำเร็จ:** ปฏิบัติการอย่างรวดเร็วภายหลังพบคนไข้โปลิโออัมพาตรายแรก การประสานงานระหว่างเฮติ สาธารณรัฐโดมินิกัน ผู้บริจาดนานาชาติ หลายราย การเฝ้าระวังและการติดตามที่ได้รับการพัฒนาคุณภาพ

**การเงินการคลัง:** 4.82 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

**ขนาดของโครงการ:** กว่ร้อยละ 90 ของเด็กชาวเฮติอายุต่ำกว่า 10 ปี ที่มีราว 2.5 ล้านคน

โปลิโอเป็นเชื้อไวรัสที่ติดต่อย่างผลสุดท้ายทำให้เกิดอัมพาต ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่ขาและร่างกายส่วนล่าง โพลิโอโจมตีเซลล์ประสาทสั่งการ (motor neurons) ของไขสันหลัง (spinal cord) และก้านสมอง (brain stem) คนติดเชื้อโปลิโออัมพาต (paralytic polio) จะรู้สึกกล้ามเนื้อ ปวด หายใจไม่สะดวกและอาจมีการกระตุกของกล้ามเนื้อด้วย ระยะต่อมาอาจมีอาการปวดกล้ามเนื้อมากขึ้น สูญเสียการตอบสนอง และเป็นอัมพาตฉับพลัน อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรือถาวร ต้องใช้ไม้ค้ำยันรถเข็นหรือเก้าอี้ล้อเลื่อน กรณีที่รุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้ ไม่มีการรักษาให้หายขาด ในหลายประเทศที่ได้รับผลกระทบมีบริการที่ให้การรักษาน้อยมากที่เป็นแบบประคับประคองป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

เมื่อบุคคลได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคโปลิโออัมพาต เขาผู้นั้นก็คือส่วนหนึ่งของภูเขาน้ำแข็งแห่งการระบาด<sup>1</sup> หากปราศจากการเฝ้าระวังและให้วัคซีนอย่างครอบคลุมและเหมาะสม คนไข้โปลิโอ 1 รายจะก่อให้เกิดคนไข้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเป็นการระบาด การกำจัดโปลิโอให้หมดไปจากโลกเป็นความพยายามที่ไม่สิ้นสุด บางประเทศพบโรคโปลิโอกลับคืนมาหลังจากที่ได้กำจัดให้หมดไปจากประเทศหลายปี แล้ว

ปี พ.ศ. 2543 มีคนไข้ 1 รายในเฮติเป็นเด็กหญิงอายุ 2 ปี ในแคว้นทางตะวันตกเฉียงเหนือ ติดเชื้อโรคโปลิโออัมพาตจากไวรัสสายพันธุ์เดียวกับที่มีในวัคซีนที่ใช้อยู่ในขณะนั้น ส่วนใหญ่เป็นเพราะการสุกดิบไม่ดี การให้วัคซีนครอบคลุมไม่ทั่วถึงและระบบการเฝ้าระวังไม่เข้มแข็ง

ในปี ต่อมา เชื้อโรคจึงระบาดไปอีก 20 รายทั่วเกาะฮิสปันโโอลา (Hispaniola) ซึ่งเป็นเกาะในทะเลแคริบเบียนที่ครอบคลุมร่วมกันโดยเฮติและสาธารณรัฐโดมินิกัน<sup>2</sup>

ปัญหาของระบบสาธารณสุขและระบบการเมืองของเฮติมีมากมาย เมื่อผนวกกับความเสียหายต่างๆ จึงเปิดประตูให้กับโปลิโอ<sup>3</sup> สถานการณ์การเมืองที่ไม่มั่นคงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เฮติยังคงเป็นประเทศที่ยากจนที่สุดในซีกโลกตะวันตก— ในปี พ.ศ. 2544 ร้อยละ 55 ของประชากรทั้งหมดอยู่ได้ด้วยเงินรายได้น้อยกว่า 1 เหรียญสหรัฐต่อวัน<sup>4</sup> ระดับความยากจนถึงขีดสุดนี้ทำให้เฮติต้องเจ็บปวดตลอดทศวรรษที่ 1990 เมื่อชาวเฮติต้องเผชิญกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างรุนแรง ความยากจนขั้นแค้น พหุโภชนาการ และความไม่มั่นคงของสถาบันต่างๆ ในขณะที่ประเทศก็ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อพยายามสร้างประชาธิปไตยและหลักนิติธรรม

ดูเหมือนการระบาดของโรคโปลิโอยิ่งเลวร้ายมากขึ้น ด้วยผลข้างเคียงจากการเมืองประกอบกับรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้แก่ภาคสาธารณสุขน้อยเพียงร้อยละ 1 - 2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ—กระทรวงสาธารณสุขของเฮติร่วมกับหน่วยงานนานาชาติ เช่น PAHO (Pan American Health Organization) และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐ (CDC) จึงต้องรีบออกมาวิงวอนให้ใช้มาตรการควบคุมอย่างจริงจังและตัดวงจรไวรัสนี้เมื่อโรคโปลิโอเริ่มระบาด<sup>5</sup>

แม้ว่าอัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีนโดยภาพรวมจะผันผวนระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2556 แต่การให้ภูมิคุ้มกันโพลิโอส่วนใหญ่มีความต่อเนื่องยั่งยืน<sup>6</sup> เฮติสามารถกำจัดการระบาดของโรคโพลิโอได้อีกครั้งภายหลังแผ่นดินไหวในปี พ.ศ. 2553 เมื่อมีความกลัวกันว่าโรคนี้จะกลับมาอุบัติใหม่เพียงข้างกับการระบาดของโรคหิวาต<sup>7</sup>

ในภาพรวมทั่วโลก โพลิโอถูกกำจัดเกือบสิ้นซากแล้ว ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ทั้งทวีปแอฟริกาพร้อมกันกำหนดว่าภายในหนึ่งปีจะต้องไม่มีโรคโพลิโอสักราย แต่หลายประเทศยังคงมีความเสี่ยงต่อการระบาดภายหลังการกำจัดนั้นโดยเฉพาะประเทศที่มีระบบเฝ้าระวังที่อ่อนแอ ประสบการณ์ของเฮติในการต่อสู้กับการระบาดใหม่ของโพลิโอถือเป็นอุทาหรณ์ว่า แม้ประเทศยากจนมากที่มีทรัพยากรมนุษย์จำกัดก็แก้ปัญหาสาธารณสุขพื้นฐานได้ถูกต้อง

### ความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคโพลิโอ (Poliomyelitis)

โรคที่รู้จักกันทั่วไปในนามว่าโพลิโอเกิดจากเชื้อไวรัสโพลิโอ ซึ่งอาจอยู่ในรูปดั้งเดิมโดยธรรมชาติหรือบางกรณีเป็นผลในรูปที่กลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสที่มีชีวิต ดังเช่นที่ใช้เป็นวัคซีนโพลิโอชนิดรับประทาน คนส่วนใหญ่ไม่มีอาการใดเมื่อติดเชื้อนี้ แต่บางคนมีอาการคล้ายหัด ได้แก่ มีไข้ เจ็บคอ คลื่นไส้ หรือปวดหัว<sup>8</sup> และที่พบได้น้อยที่สุดแต่รุนแรงมากคือเชื้อโพลิโอแพร่เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ออกฤทธิ์ต่อสมองและไขสันหลัง และทำให้เกิดอัมพาต

โดยทั่วไปเชื้อโรคนี้แพร่กระจายผ่านทางอุจจาระของคนที่ยังติดเชื้อสามารถแพร่ได้ทั้งช่วงก่อนและหลังมีอาการ<sup>9</sup> ร้อยละ 90 ของผู้ได้รับเชื้อไม่มีอาการแสดง แต่ก็ยังรับเชื้อตัวอื่นได้อีก ซ้ำร้ายไปกว่านั้น เชื้อไวรัสนี้มีชีวิตอยู่ได้ภายนอกร่างกายได้ถึง 2 เดือน ทั้งในน้ำ อาหาร อุจจาระ หรือแม้แต่เสื้อผ้า จึงสามารถติดต่อไปถึงผู้อื่นได้ง่ายเพียงการสัมผัส เด็กเล็กที่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตัวนี้ต่ำก็มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อนี้ โดยเฉพาะเด็กเล็กในสถานที่ที่การสุขาภิบาลไม่ดี

โรคโพลิโอป้องกันได้ด้วยวัคซีนซึ่งมี 2 รูปแบบ คือชนิดฉีดและชนิดรับประทาน วัคซีนโพลิโอชนิดฉีด (Injected Polio Vaccine: IPV) ทำจากเชื้อไวรัสโพลิโอที่ถูกทำให้หมดฤทธิ์ ภูมิคุ้มกันเกิดภายหลังจากฉีดไปได้ 4 ครั้ง และเป็นมาตรฐานที่ใช้กันในประเทศที่มีรายได้สูง<sup>10</sup> ส่วนวัคซีนโพลิโอชนิดรับประทาน (Oral Polio Vaccine: OPV) ได้รับการพัฒนาโดย นพ.อัลเบิร์ต แซบิน (Dr. Albert Sabin) ทำจากเชื้อโพลิโอที่ถูกทำให้อ่อนกำลังลงแต่ยังมีชีวิตอยู่ ต้องรับประทาน 3 ครั้งจึงจะสร้างภูมิคุ้มกันได้<sup>11</sup> OPV ราคาต่ำกว่า IPV แต่ OPV ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทางลำไส้และในทวีปอเมริกาเลือกใช้นิวชนิดนี้ในการกำจัดไวรัสโพลิโอให้หมดไป

เช่นเดียวกับวัคซีนอื่นๆ ทั้ง IPV และ OPV ทำงานโดยกระตุ้นให้ร่างกายตอบสนองทางภูมิคุ้มกันโดยสร้างสารภูมิต้านทาน (antibody) สำหรับป้องกันตัวเองจากเชื้อไวรัส

เพราะวัคซีนนี้เอง ผู้ป่วยด้วยโรคโพลิโอจึงลดลงอย่างมากทั่วโลก จาก 350,000 รายในปี พ.ศ. 2531 ลดเหลือเพียง 100 รายในปี พ.ศ. 2558<sup>12</sup> เกือบ 126 ประเทศที่เคยมีโรคโพลิโอระบาดได้ขจัดโพลิโอจนหมดภายในปี พ.ศ. 2544<sup>13</sup>

แต่น่าประหลาดที่ความสำเร็จนี้มาพร้อมกับความเสี่ยง กล่าวคือ การให้ OPV อย่างกว้างขวางทำให้เกิดโรคโพลิโอได้เช่นกัน โดยคุณลักษณะที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและการให้วัคซีนไม่ทั่วถึง ทั้งนี้เพราะเชื้อไวรัสที่ยังมีชีวิตใน OPV สามารถแบ่งตัวเพิ่มขึ้นในลำไส้ ถูกขับออกมากับอุจจาระและแพร่ไปทั่วชุมชน แม้ว่าการแพร่เชื้อลักษณะนี้จะเป็นการดีเพราะไวรัสที่ถูกขับออกมาจะช่วยให้ร่างกายของคนอื่นๆ สร้างภูมิคุ้มกันต่อไวรัส (ภูมิคุ้มกันฝูงชน - herd immunity) แต่ก็อาจเป็นอันตรายและเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อโพลิโอชนิดหนึ่งๆ ที่เรียกกันว่าเชื้อไวรัสโพลิโอที่มาจากวัคซีน (circulating vaccine - derived poliovirus: cVDPV) ไวรัสชนิดนี้วนเวียนอยู่นานกว่า 1 ปี และกลายพันธุ์กลับไปเหมือนกับสายพันธุ์ดั้งเดิมที่แพร่สุดคนที่ไม่มีภูมิคุ้มกันได้ง่ายและทำให้เป็นอัมพาตได้<sup>14</sup>

ในลาตินอเมริกาช่วงทศวรรษที่ 1970 (พ.ศ. 2513 - 2522) มีคนไข้อัมพาตประมาณ 15,000 รายและมีคนตายประมาณ 1,750 ราย ทุกปี จากโรคโพลิโอ หลังจากที่ยุทธศาสตร์ขจัดโพลิโอให้หมดไปจากสหรัฐอเมริกาได้แล้ว PAHO (Pan American Health Organization) ได้เริ่มโครงการรณรงค์ขจัดโพลิโอช่วงทศวรรษที่ 1970 ในลาตินอเมริกาและแถบแคริบเบียน ในปี พ.ศ. 2520 ประเทศต่างๆ ในภูมิภาคนี้ได้บรรจุ OPV เข้าไปในรายการของ EPI (Expanded Program on Immunization) ของ PAHO เพื่อต่อสู้กับไวรัสโพลิโอ

การขจัดไวรัสโพลิโอให้หมดไปจากตอนเหนือ ตอนกลาง และตอนใต้ของทวีปอเมริกาอยู่ในแผนของนพ.ซีโร เดอ ควอดรอส (Dr. Ciro de Quadros) ผู้อำนวยการโครงการการให้ภูมิคุ้มกันของ PAHO เดอ ควอดรอสได้แรงบันดาลใจมาจากความสำเร็จของโครงการควบคุมโพลิโอในบราซิลและคิวบา โดยในปี พ.ศ. 2506 สองประเทศนี้เป็นประเทศแรกที่ประสบความสำเร็จในภูมิภาคนี้ในการขจัดไวรัสโพลิโอให้หมดไปจากประเทศ<sup>15</sup> เดอ ควอดรอสขอความช่วยเหลือจาก Rotary International, USAID, UNICEF, Inter - American Development Bank และ Canadian Public Health Association เพื่อดำเนินการรณรงค์ให้ OPV อย่างกว้างขวาง โครงการรณรงค์และเฝ้าระวังของประเทศที่เข้มแข็งเป็นปัจจัยที่ทำให้การแพร่ระบาดของโพลิโอลดลง<sup>16</sup> คนไข้โพลิโออัมพาตรายสุดท้ายถูกบันทึกไว้ในประเทศเปรูในปี พ.ศ. 2534<sup>17</sup>

หลังจากที่ไม่มีคนไข้โปลิโอครบ 3 ปี องค์การอนามัยโลกก็ให้การรับรองว่า ภูมิภาคอเมริกาปลอดจากโรคโปลิโอตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ภูมิภาคนี้จึงคิดว่าตนเองได้เห็นจุดจบของโปลิโอแล้ว

### จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: ระบบเฝ้าระวังของเฮติ ส่งสัญญาณเตือนภัย

ระบบสุขภาพของเฮติสิ้นคลอนภายหลังรัฐประหารในปี พ.ศ. 2534 ประธานาธิบดีฌ็อง-แบร์ทร็อง อารีสตีดี (President Jean - Bertrand Aristide) ซึ่งเป็นประธานาธิบดีคนแรกที่ได้รับการเลือกตั้งเข้ามาตามระบอบประชาธิปไตยของเฮติ ถูกขับออกจากตำแหน่งและถูกบีบให้ออกนอกประเทศ ทหารยังคงละเมิดสิทธิมนุษยชนของพลเมืองต่อไป ความสับสนอลหม่านทำให้ประเทศผู้บริจาคและหน่วยงานพหุภาคีพากันแขวนการสนับสนุนเงินและความช่วยเหลือทางวิชาการแก่โครงการของกระทรวงสาธารณสุขของเฮติ<sup>18</sup>

ระบบสาธารณสุขของเฮติที่อ่อนแออยู่แล้วจึงอ่อนแอมากขึ้นภายใต้ภาวะเหล่านี้ ความครอบคลุมของการให้วัคซีนโปลิโอตกต่ำมาก ประกอบกับการสุขภาพที่ย่ำแย่ ทำให้การระบาดดำเนินต่อไปทั่วประเทศตลอดทศวรรษที่ 1990<sup>19</sup> ช่วงระยะเวลาสั้นๆ หลังจากที่ถูกภูมิภาคนี้ปลอดโปลิโอ รัฐบาลเฮติก็วางแผนโครงการให้ภูมิคุ้มกันอย่างกว้างขวางที่จัดขึ้นในวันภูมิคุ้มกันแห่งชาติ<sup>20</sup> การรณรงค์ด้วยการให้วัคซีน OPV นี้เป็นยุทธศาสตร์ที่พิสูจน์แล้วว่าได้ผลดีและคุ้มค่าสำหรับการต่อสู้กับไวรัสตัวนี้ แต่ได้รับการสนับสนุนน้อยลงหลังจากการกวาดล้างไวรัสโปลิโอผ่านไปแล้ว.<sup>21</sup> ผลคือความเสียหาย เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ควรได้รับวัคซีน OPV อย่างน้อย 3 ครั้งมีเพียงร้อยละ 30 - 50 ในช่วงทศวรรษที่ 1990<sup>22</sup> ภาวะที่เฮติกำลังชนหน้าด้วยหนี้สินส่งผลให้ระบบสาธารณสุขอ่อนแอด้วย เพราะงบประมาณในประเทศสำหรับการสุขภาพพื้นฐานและโครงการสาธารณสุขต่างๆ ถูกตัดอย่างง่ายดาย<sup>23</sup>

การที่ขาดการลงทุนในมาตรการคุณภาพน้ำและการสุขภาพชักนำให้เกิดการระบาดของโรคโปลิโอ บรรยากาศทางการเมืองก็มีผลกระทบต่อภาวะเหล่านี้ เช่น คอร์รัปชันในหมู่เจ้าหน้าที่ทำให้โครงการปรับปรุงน้ำและการสุขภาพในชนบทมีอุปสรรคมาหลายทศวรรษ ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่หลวงเพราะไวรัสโปลิโอที่มาจากวัคซีนสามารถอยู่อาศัยได้ในน้ำและแพร่ไปทางอุจจาระ<sup>24</sup>

แม้ว่าจะมีปัญหาดังกล่าว แต่ก็ยังมีข่าวดีอยู่อย่าง คือระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (Epidemiological Surveillance System: ESS) ของเฮติยังคงอยู่ ทั้งนี้ต้องขอบคุณสถาบันเด็กแห่งชาติซึ่งเป็นกลุ่มเอกชนที่ดำเนินการสำรวจสุขภาพระดับประเทศ

ในประเทศเฮตินั้น คนไข้โปลิโออัมพาตรายสุดท้ายถูกบันทึกไว้โดย ESS ในปี พ.ศ. 2532<sup>25</sup> อย่างไรก็ตาม ในฤดูร้อนของปี พ.ศ. 2543

ESS พบเด็กหญิงอายุ 2 ปี ในแคว้นทางตะวันตกเฉียงเหนือป่วยเป็นอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนแอเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis: AFP) ซึ่งเป็นอาการขั้นต้นของโรคอัมพาต การติดตามสืบค้นโดยกระทรวงสาธารณสุขของเฮติ ศูนย์ระบาดวิทยาแคริบเบียนของ PAHO และ CDC ยืนยันว่าโปลิโอกลับมาแล้ว<sup>26</sup> ไม่นาน ก็มีผู้ป่วยด้วย AFP อีกรายได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคอัมพาต อยู่ข้ามเขตแดนออกไปในประเทศสาธารณรัฐโดมินิกัน

งานประจำในระบบเฝ้าระวังของ ESS ทำให้พบคนไข้รายเริ่มต้นใหม่ในปี พ.ศ. 2543 ตามข้อกำหนดของ ESS คนไข้รายนี้ถูกสืบค้นในฐานะที่ต้องสงสัยว่าเป็นโรคโปลิโอ ตัวอย่างอุจจาระถูกส่งไปยังห้องแล็บประจำภูมิภาค—ซึ่งคือศูนย์ระบาดวิทยาแคริบเบียนของ PAHO—โดยแยกเชื้อไวรัสโปลิโอออกมา<sup>27</sup> แล้วส่งเชื้อที่แยกได้ไปยังห้องแล็บไวรัสโปลิโอของ CDC เพื่อสืบค้นเพิ่มเติมและยืนยันสิ่งที่ค้นพบ<sup>28</sup>

คำยืนยันของ CDC ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเฮติรับรู้ พวกเขากำลังรับมือกับเชื้อไวรัสโปลิโอที่มาจากวัคซีนที่มีคุณสมบัติทางชีววิทยาค้ายไวรัสโปลิโอดั้งเดิม กล่าวอีกอย่างได้คือไวรัสที่อยู่ในวัคซีนได้พัฒนาศักยภาพตนเองจนแสดงฤทธิ์ได้เหมือนลูกพี่ลูกน้องของคนที่เกิดโดยธรรมชาติ ทำให้เป็นอัมพาตและแพร่จากคนสู่คนได้อย่างรวดเร็วด้วย<sup>29</sup> เชื้อไวรัสชนิดนี้ดูเหมือนว่าจะแพร่กระจายไปสู่คนมากกว่าพันคนแล้วแต่ไม่มีอาการใดๆ แสดงออกมา ไม่นานนัก ก็มีการยืนยันคนไข้โปลิโออัมพาตอีกหลายรายบนเกาะฮิสปันโยลา ถึงต้นปี พ.ศ. 2544 มีการยืนยันผู้ป่วยด้วยโรคนี้ 8 รายในเฮติและ 14 รายในสาธารณรัฐโดมินิกัน<sup>30</sup>

การวิเคราะห์ทางห้องแล็บพบว่าสายพันธุ์นี้มาจากวัคซีน OPV ที่ให้แก่เด็กในชุมชนช่วงปลายปี พ.ศ. 2541 หรือต้นปี พ.ศ. 2542 แต่ความครอบคลุมการให้วัคซีนในครั้งนั้นต่ำ<sup>31</sup> นักระบาดวิทยาสรุปว่าการระบาดครั้งแรกเริ่มต้นในกลุ่มเด็กที่ไม่มีภูมิคุ้มกันในเฮติและแพร่ไปสู่สาธารณรัฐโดมินิกันในเวลาสองสามเดือน ผ่านทางอาหารปนเปื้อนเชื้อหรือคนที่ได้รับเชื้อ<sup>32</sup>

รายที่ได้รับการยืนยันทั้งหมดมีอายุระหว่าง 2 - 12 ปี ยังไม่เคยได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนบางส่วน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมการให้วัคซีน OPV เพียงบางส่วน<sup>33</sup> ในแคว้นตะวันตกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบรายแรก การให้วัคซีนครอบคลุมเพียงร้อยละ 40 เมื่อถึงปี พ.ศ. 2544<sup>34</sup>

### ปฏิบัติการการให้วัคซีนโปลิโอ

PAHO และ CDC กระโดดเข้ามาช่วยเฮติหยุดการระบาดของโปลิโอสองหน่วยงานนี้ส่งนักระบาดวิทยาจำนวน 16 คนมาค้นหาผู้ป่วยด้วย AFP ในทั้งสองประเทศ<sup>35</sup> พวกเขาได้พบกับผู้นำศาสนา ครู ผู้ดูแลศูนย์เด็กเล็ก มารดา และหมอพื้นบ้านเพื่อค้นหาผู้ป่วยด้วย AFP ที่ไม่ได้รายงาน<sup>36</sup>



ขณะเดียวกันรัฐบาลเฮติใช้มาตรการการควบคุมอย่างจริงจัง สนับสนุนแก่พื้นที่ เริ่มจากการให้วัคซีนในบริเวณใกล้ๆ ที่พบผู้ป่วยโปลิโอ อัมพาต ตามด้วยการให้วัคซีนครอบคลุมทั่วประเทศ ณ สถานบริการ สาธารณสุขต่างๆ โดยในช่วงต้นปี พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วยความช่วยเหลือทางวิชาการจาก PAHO ได้ดำเนินการให้วัคซีน 2 รอบ แต่การวางแผนที่ไม่ดีพอ รวมกับปัญหาการขนส่ง และสภาพ อากาศฝนตกหนัก ได้บั่นทอนกิจกรรมการควบคุมในช่วงต้นของรัฐบาล จึงครอบคลุมการให้วัคซีนได้เพียงร้อยละ 40 ของเด็กชาวเฮติ 1.2 ล้านคน ที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี<sup>37</sup> พอถึงกลางปี พ.ศ. 2544 เฮติประสบปัญหาอีกครั้ง เพราะรัฐบาลและหุ้นส่วนต่างๆ ไม่ได้ให้วัคซีนแก่ประชากรอย่างเพียงพอ ที่จะรับประกันว่าสามารถคุมครองได้

เหตุการณ์ดังกล่าวกระตุ้นให้ นพ.ฌ็อง คล็อด โวลแตร์ (Dr. Jean Claude Voltaire) รัฐมนตรีสาธารณสุข ต้องเริ่มยุทธศาสตร์ใหม่ ที่มีเป้าหมายสูงกว่าเดิม เริ่มจากการให้วัคซีนแก่เด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี ทุกคนทั่วประเทศโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานปฏิบัติการ ตามด้วยการให้วัคซีน OPV จากบ้านถึงบ้าน 2 รอบเพื่อให้บริการแก่เด็กที่ควรได้รับวัคซีนที่ยังหลงเหลืออยู่ จากจุดนี้หน่วยงานนานาชาติก็เข้ามามีส่วนร่วม ทั้ง PAHO UNICEF ธนาคารโลก รัฐบาลแคนาดา และ USAID ได้ให้การสนับสนุน ทั้งด้านการเงินและด้านวิชาการแก่กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวง ศึกษาธิการในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ใหม่ ความพยายามที่เข้มข้นนั้นนำไปสู่โครงการรณรงค์การให้ภูมิคุ้มกันแห่งชาติ 2 โครงการในฤดูใบไม้ผลิและฤดูใบไม้ร่วงของปี พ.ศ. 2544

การรายงานผู้ป่วย AFP อย่างฉับไวทำให้รู้ถึงจุดวิกฤติที่จะต้องควบคุมโปลิโอแล้ว แม้ระบบเฝ้าระวังจะมีจุดอ่อนที่การเชื่อมโยง แต่ ESS ก็ยังสำคัญในการค้นพบและตอบโต้ต่อการระบาดได้ และพบว่า ณ เวลาที่เกิดการระบาด มากกว่าครึ่งของแหล่งที่พบคนไข้โปลิโอยังสรุปรายงานประจำสัปดาห์ไม่เสร็จ และไม่เคยมีการเก็บรวบรวมตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วย AFP ส่งตรวจในระยะเวลา 5 ปี ก่อนหน้านั้น<sup>38</sup> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำท้องถิ่นมากกว่า 1 ร้อยคนได้รับการอบรมการค้นหาผู้ป่วยใน ระหว่างการจัดกิจกรรมของชุมชนเพื่อปรับปรุงการเฝ้าระวัง<sup>39</sup> PAHO ยังคงส่งนักระบาดวิทยามากำกับดูแลกิจกรรมการเฝ้าระวัง ขณะที่กระทรวงสาธารณสุขก็ประกาศจะให้รางวัล 100 เหรียญสหรัฐแก่ผู้ที่รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันทางห้องแล็บแล้วว่าเป็นโรคนี้<sup>40</sup>

รัฐบาลเฮติประสานงานกับรัฐบาลสาธารณรัฐโดมินิกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข้ามพรมแดน ถึงปลายปี พ.ศ. 2544 ก็ได้มีการปรับเปลี่ยนการประสานงานไปเป็นความร่วมมือกัน โดยผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขจาก 2 ประเทศพบกันที่พรมแดนและร่วมกันปรับ

แผนการดำเนินงานเพื่อให้มั่นใจได้ว่าเด็กทุกคนที่ผ่านเข้าออกพรมแดน เคยได้รับวัคซีนนี้แล้ว ไม่ว่าจะได้รับจากปากใดก็ตาม<sup>41</sup>

โครงการให้วัคซีนป้องกันหัดใน 2 ประเทศถูกระงับไว้ขณะที่พบโรคโปลิโออัมพาต แต่เด็กๆ จำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองป้องกันจากการระบาดของโรคอันตรายถึงชีวิตทั้ง 2 โรคนี้ ผู้เชี่ยวชาญระบุว่า การรณรงค์ร่วมกันระหว่างโปลิโอและหัดจะต้องมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ถึงกลางปี พ.ศ. 2544 ภิรียนายกรัฐมนตรีของทั้ง 2 ประเทศ เข้ามาร่วมทำงานกับรัฐมนตรีสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ เอ็นจีโอ และหน่วยงานนานาชาติในการเปิดตัวอย่างเป็นทางการของการรณรงค์โปลิโอ - หัดร่วมกัน<sup>42</sup> มีการให้วัคซีนทั้ง 2 ชนิดร่วมกันในการรณรงค์การให้ OPV ทั้งประเทศครั้งที่ 3 ในปีต่อมา

แม้จะประสบความสำเร็จในการรณรงค์ให้วัคซีนและการเฝ้าระวัง กระทรวงสาธารณสุขยังต้องปรับปรุงการขนส่ง โดยเฉพาะการเข้าถึงพื้นที่ที่ยากจนที่สุดและเปราะบางที่สุดของเฮติเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง ถนนหนทางส่วนใหญ่ของประเทศอยู่ในสภาพย่ำแย่ ศูนย์สุขภาพครึ่งหนึ่งขาดผู้เฝ้าสำหรับเก็บวัคซีน OPV ให้ใช้การได้ วัคซีนบางขวดเสียหรือแตก ทำให้ต้องเลื่อนนัดการให้วัคซีนออกไป<sup>43</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: กำจัดโปลิโอได้อีกครั้ง

การรณรงค์ให้วัคซีนของเฮติสามารถควบคุมการระบาดของโปลิโอได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการห่อหุ้มคุ้มครองประเทศไว้ด้วยการป้องกัน โครงการ EPI ในทวีปอเมริการายงานว่า มีการให้วัคซีน OPV จำนวน 2.4 ล้านโดสแก่เด็กในช่วงวันให้ภูมิคุ้มกันแห่งชาติครั้งแรกและการให้แบบกวาดไปบ้านต่อบ้าน ทำให้เด็กอายุน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 88 ได้รับวัคซีนนี้<sup>44</sup> การรณรงค์ครั้งที่ 2 ทำได้ดีขึ้น โดยทำได้ถึงร้อยละ 93 ของประชากรเป้าหมาย<sup>45</sup> EPI ได้ข้อมูลมาจากรายงานการติดตามความครอบคลุมการให้วัคซีนโปลิโอและผู้ต้องสงสัยว่าป่วยด้วย AFP ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำท้องถิ่น ซึ่งยืนยันว่าการให้วัคซีนนี้ครอบคลุมประมาณร้อยละ 90 และการกวาดให้วัคซีนตามบ้านก็ยิ่งครอบคลุมมากขึ้น<sup>46</sup>

การประชุมในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2544 1ปี หลังจากพบผู้ป่วยโปลิโออัมพาตรายแรก จอร์จ เอ.โอ. แอลลีน (George A.O. Alleyne) ผู้อำนวยการของ PAHO เรียกการรณรงค์โปลิโอของเฮติว่า “success story”<sup>47</sup> แต่ในความเป็นจริงนั้น ผู้ป่วยด้วยโรคโปลิโออัมพาตอายุ 2 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2544 ในปอร์โตแปรงซ์ (Port - au - Prince) นั้น ถือเป็นผู้ป่วยรายสุดท้ายที่ได้รับการบันทึกไว้ในเฮติ<sup>48</sup> ส่วนประเทศสาธารณรัฐโดมินิกัน ก็สามารถหยุดยั้งไวรัส

ที่มาจากวัคซีนตัวนี้ได้เช่นกัน ผู้ป่วยในเดือนมกราคม พ.ศ. 2544 ได้รับการยืนยันว่าเป็นรายสุดท้าย<sup>49</sup>

ไม่มีการรายงานผู้ป่วยโปลิโออัมพาตรายใหม่อีกหลังจากการรณรงค์ให้ภูมิคุ้มกัน จึงถือได้ว่าประสบความสำเร็จ เป็นที่ยอมรับกันว่าการให้วัคซีนสามารถป้องกันและหยุดยั้งการระบาดของโปลิโอได้ ถ้าไม่มีวัคซีน ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนลดลง ระดับของภูมิคุ้มกันลดลง โพลิโอโปลิโอก็จะเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีความไม่ชัดเจนว่าแง่มุมใดในความพยายามของเฮติที่มีประสิทธิภาพและให้ประสิทธิผลมากที่สุดและผลกระทบของการรณรงค์นี้ยิ่งใหญ่เพียงใด (ดูกล่อง 1)

### ประโยชน์ที่ได้รับเกิดจากการลงทุนเท่าใด?

การหยุดการระบาดของเชื้อไวรัสโปลิโออัมพาตที่มาจากวัคซีนทำให้เฮติและหุ้นส่วนต่างๆ ต้องจ่ายเงินไปทั้งหมด 4.82 ล้านดอลลาร์สหรัฐ อ้างจากแหล่งข้อมูลของ EPI<sup>50</sup> ในเงินจำนวนนั้น กระทรวงสาธารณสุขของเฮติแม้จะมีงบประมาณจำกัด ลงขันไปประมาณร้อยละ 20—หรือร้อยละ 2 ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2544<sup>51</sup> หุ้นส่วนต่างๆ ที่ออกเงินในส่วนที่เหลือ ได้แก่ หน่วยงานการพัฒนานานาชาติแห่งแคนาดา (Canadian International Development Agency) PAHO ธนาคารโลก องค์การอนามัยโลก โรตารีนานาชาติ UNICEF และ USAID<sup>52</sup> บทบาทของ UNICEF มีความสำคัญเป็นพิเศษ เพราะเป็นองค์กรที่จ่ายเงินค่าวัคซีนและอุปกรณ์สำหรับทำความเย็นให้แก่วัคซีนเพื่อยืดอายุวัคซีนระหว่างขนส่งและระหว่างเก็บรักษา

การออกแบบเพื่อค้นหาความคุ้มทุนของการขจัดโปลิโอเป็นเรื่องยากเพราะมีความไม่แน่นอนสูงว่าจะระบาดอย่างไรหรือระบาดที่ไหน ต้นทุนในเชิงปริมาณเกี่ยวกับปฏิกิริยาทางสังคม เช่น ความกังวลหรือความรุนแรงก็วัดยาก<sup>53</sup> ยิ่งไปกว่านั้น ยังไม่มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากเรื่องนี้ จึงเป็นสิ่งท้าทายในการประเมินความคุ้มทุนของการกำจัดโปลิโอในเฮติ อย่างไรก็ตาม เป็นที่ชัดเจนว่ามีการทุ่มทุนอย่างมากในการกำจัดโปลิโอครั้งนี้ทั้งจากรัฐบาลเฮติและหุ้นส่วนนานาชาติต่างๆ เฮติและผู้บริจาคจากภายนอกประเทศได้แสดงตัวเลขรวมๆ ก้อนใหญ่ที่ได้ลงทุนเพื่อกำจัดโปลิโอด้วย

แม้จะมีปัญหาทางด้านระเบียบวิธีวิจัยแต่ก็มีการวิเคราะห์ต้นทุนผลลัพธ์ของการกำจัดโปลิโอให้หมดไปจากโลกเพราะการกำจัดเชื้อนี้ได้ให้อานิสงส์ในทางสังคมระยะยาวทั้งยังเป็นที่ยอมรับว่าเป็นสาธารณสุขระดับโลก<sup>54</sup> โครงการกำจัดโปลิโอโลก (Global Polio Eradication Initiative: GPEI) ได้ประมาณการว่า การกำจัดโปลิโอในระดับโลกจะมีค่าใช้จ่าย 5.5 พันล้านเหรียญสหรัฐในช่วงปี พ.ศ. 2556 - 2561<sup>55</sup> ถือเป็นประมาณการขั้นต่ำ—แต่ถ้าล้มเหลว ก็จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าอีกมากที่ต้องใช้ในการรักษาระยะยาว การกำจัดโปลิโอได้สำเร็จภายในปี พ.ศ. 2561 จะช่วยประหยัดเงินได้มหาศาล

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

ความพยายามของเฮติในการควบคุมการระบาดของโปลิโอปรากฏเป็นความสำเร็จ คือไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้อีกในประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 การประเมินผลกระทบแสดงให้เห็นว่าประเทศนี้ควบคุมการระบาดได้โดยใช้ยุทธวิธีที่มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุด

ความท้าทายอื่นในการดูแลผลกระทบที่เกิดจากโครงการของเฮติคือการยืนยันความครอบคลุมการให้วัคซีน—ข้อมูลการให้วัคซีนที่ได้รับจากรายงาน ประกอบด้วยจำนวนโดสของวัคซีนที่ให้และจำนวนประชากรเป้าหมายโดยประมาณ ซึ่งอาจไม่เที่ยงตรง บางกรณีมีการรายงานอัตราความครอบคลุมเกินร้อยละ 100 เพราะข้อมูลถูกแบ่งโดยการประมาณการประชากรเป้าหมาย ซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจที่ล้าสมัยแล้ว ตัวอย่างเช่น กลางปี พ.ศ. 2544 มีการรายงานว่าได้ให้วัคซีน OPV ไป 2.4 ล้านโดสให้กับเด็กประมาณ 2.26 ล้านคน วิธีการประเมินความครอบคลุมแบบนี้ต้องมีการบันทึกข้อมูลอย่างดีเพื่อป้องกันระบบสถิติที่สำคัญและมีการประมาณการประชากรอย่างเที่ยงตรง ทั้งสองประการนี้เป็นเรื่องท้าทายอย่างยิ่งสำหรับประเทศที่ขาดแคลนทรัพยากรอย่างเฮติ

มีการประมาณการได้ว่าจะประหยัดได้ถึง 40 - 50 พันล้านเหรียญสหรัฐเมื่อคำนวณถึงปี พ.ศ. 2578 และส่วนใหญ่ของการประหยัดนี้จะเกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ที่ยากจนที่สุดในโลก<sup>56</sup>

### กุญแจแห่งความสำเร็จ

ความสำเร็จของเฮติในการดำเนินงานเรื่องโปลิโอนั้นมาจากหลายปัจจัย คือ การตอบสนองอย่างรวดเร็วของรัฐบาลและหน่วยงานต่างๆ ที่เป็นองค์กรระหว่างประเทศ ความจริงจังของรัฐบาลในการควบคุมโปลิโอระบบเฝ้าระวังที่ยังมีอยู่และได้รับการปรับปรุง และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพกับรัฐบาลของประเทศสาธารณรัฐโดมินิกันและหุ้นส่วนอื่นๆ

แม้ว่าโครงการให้ภูมิคุ้มกันและระบบเฝ้าระวังจะล้มเหลวในการเตือนภัยว่ามีการระบาดของโปลิโอจากวัคซีนบนเกาะฮิสแพนโโอลาในช่วงต้น แต่เฮติก็ลุกขึ้นยืนและกระจายโครงการให้วัคซีนหลังจากค้นพบผู้ป่วยรายแรกได้ การดำเนินโครงการของเฮติโดดเด่นในด้านความเข้มงวดภายหลังความผิดหวังจากความพยายามในช่วงแรกๆ ดำเนินรอยตามนานาชาติ—ซึ่งเป็นรูปแบบการควบคุมโปลิโอที่พิสูจน์แล้วว่า ความครอบคลุมการให้วัคซีนกับการเฝ้าระวังที่ดีเป็นเรื่องสำคัญที่ยึดถือกันมาหลายทศวรรษแล้วก่อนหน้านี้ ในทศวรรษที่ 1970

(พ.ศ. 2513 - 2522) และ 1980 (พ.ศ. 2523 - 2532) ความสำเร็จของโครงการกำจัดโปลิโอขึ้นอยู่กับ 3 ยุทธศาสตร์หลัก คือการกำหนดวันให้ภูมิคุ้มกันแห่งชาติ การรณรงค์ให้วัคซีนแบบบ้านต่อบ้านในบริเวณใกล้ๆ แหล่งระบาดทุกครั้งที่มีการระบาดและในพื้นที่ที่เข้าถึงยากและระบบเฝ้าระวังที่มีการวิเคราะห์และวินิจฉัยด้วยห้องแล็บไวรัสวิทยา<sup>57</sup> บทเรียนเหล่านี้ ในประวัติศาสตร์ได้พิสูจน์แล้วว่าขาดไม่ได้

แม้ว่าการเงินการคลังของเฮติในขณะนั้นจะย่ำแย่ แต่ก็มีพันธสัญญาทางการเมืองที่จะกำจัดโปลิโอให้ได้ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่น่าทึ่งของกระทรวงสาธารณสุขออกเงิน 1 ใน 5 ของงบประมาณในโครงการควบคุมโปลิโอ เป็นเครื่องแสดงว่ารัฐบาลมีความจริงจังที่จะหยุดการระบาดของโรคโปลิโอให้ได้โดยเร็ว ที่เห็นได้ชัดจนที่สุดว่ารัฐบาลมีความจริงจังคือการที่รัฐมนตรีสาธารณสุขโวลแตร์และภริยานายกรัฐมนตรีแสดงภาวะความเป็นผู้นำในการควบคุมโปลิโอและหัดเข้าไปในโครงการรณรงค์เดียวกัน

กระทรวงสาธารณสุขของเฮติไม่สามารถหยุดการระบาดของโรคนี้ได้โดยลำพัง หน่วยงานความช่วยเหลือแบบทวิภาคีและพหุภาคี รวมถึงรัฐบาลของประเทศต่างๆ ได้เข้าร่วมอย่างต่อเนื่องและจริงจังในการค้นหาผู้ป่วยโปลิโออัมพาต การสนับสนุนทางการเงินและความช่วยเหลือทางวิชาการจะขาดเสียมิได้ การประสานงานและความร่วมมือระหว่างรัฐบาลเฮติและรัฐบาลสาธารณสุขโลกมีกันนำไปสู่การประชุมร่วมกันเพื่อให้ความพยายามของทั้งสองประเทศสอดคล้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บริเวณพรมแดนซึ่งพิสูจน์แล้วว่าสำคัญ

สาเหตุที่โรคโปลิโอระบาดในเฮติเกิดจาก—ระบบสาธารณสุขที่อ่อนแอและการล้มลุกคลุกคลานของความพยายามในการปรับปรุงสุขภาพ เฮติจึงยอมต้องเฝ้าระวังเพื่อให้อุ่นใจว่าการระบาดของเชื้อที่มาจากวัคซีนจะไม่เกิดขึ้น การปฏิรูประดับชาติเกี่ยวกับน้ำและการสุขภาพไม่ได้รับเลือกเข้าสู่ระบบกฎหมายจนกระทั่งปี พ.ศ. 2552 และหายนัยจากแผ่นดินไหวในปี พ.ศ. 2553 ก็ทำให้แผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระยะยาวของประเทศต้องหยุดชะงักลงเพื่อความจำเป็นทางมนุษยธรรม<sup>58</sup> ความพยายามในการลดความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคขึ้นอยู่กับศักยภาพของรัฐบาล มิเพียงแต่เพื่อให้มั่นใจว่าได้ให้วัคซีนโปลิโออย่างครอบคลุม แต่ยังคงต้องปรับปรุงเรื่องน้ำและการสุขภาพตลอดจนการให้ความรู้ด้านสุขอนามัยเพื่อให้มั่นใจว่าไวรัสโปลิโอที่มาจากวัคซีนจะไม่แพร่จากอุจจาระไปสู่ น้ำหรืออาหาร (อ่านประกอบในกรณีศึกษาที่ 20 และ 22 เกี่ยวกับโครงการสุขภาพในอินโดนีเซียและเปรู ตามลำดับ)

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

โครงการกำจัดโปลิโอโลก (GPEI) เริ่มในปี พ.ศ. 2531 สามารถทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคโปลิโอลดลงทั่วโลกได้อย่างน่าประหลาดใจถึงร้อยละ 99 อย่างไรก็ตาม ทั้งไวรัสโปลิโอดั้งเดิมและไวรัสโปลิโอจากวัคซีน

ยังคงคุกคามในบางพื้นที่ ที่โดดเด่นคือในเขตที่มีประชากรหนาแน่นของประเทศปากีสถานและอัฟกานิสถาน

ศักยภาพของโปลิโอที่สามารถข้ามพรมแดนประเทศได้ทำให้เป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องอุดช่องว่างในเรื่องภูมิคุ้มกันและทำให้โปลิโอสูญพันธุ์ให้ได้ ขณะที่การระบาดของโปลิโอบนเกาะฮิสแพนีโอลาถูกจำกัดโดย 2 ประเทศที่ครอบครองเกาะนี้ร่วมกัน แต่การระบาดของไวรัสโปลิโอดั้งเดิมและไวรัสโปลิโอจากวัคซีนที่ประเทศไนจีเรียนั้นแพร่ระบาดไปอีก 20 ประเทศทั่วทวีปแอฟริกา ตะวันออกกลาง และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2551 (ดูกล่อง 2)<sup>59</sup> โครงการกำจัดโปลิโอหลายโครงการต้องเผชิญการขาดแคลนงบประมาณและเริ่มประสบกับความยากลำบากที่จะรักษาระดับความครอบคลุมการให้วัคซีนขึ้นสูงในประเทศที่ได้รับการรับรองว่าปลอดจากโปลิโอแล้ว<sup>60</sup> บางรัฐบาลถามว่า ทำไมต้องใช้เงินมากมายสำหรับผู้วยที่มีจำนวนน้อย<sup>61</sup> ผู้บริจาคเองก็เริ่มหมดแรงในการสนับสนุนเงินเพื่อกำจัดโปลิโอ<sup>62</sup>

ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีข้อโต้แย้งเกี่ยวกับยุทธวิธีที่ดีที่สุดในการควบคุมโรคโปลิโอ บางคนอ้างว่า การรณรงค์ให้วัคซีนตอนนี้ได้ผลตอบแทนกลับมาน้อยกว่าที่จะทำเมื่อมีภาระโรครุนแรงกว่านี้และควรเอาทรัพยากรไปใช้ในทางอื่นที่ดีกว่า เช่น ใช้ในการปรับปรุงเรื่องน้ำและเรื่องโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ<sup>63</sup> อย่างไรก็ตาม วันให้ภูมิคุ้มกันแห่งชาติยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ผล การยกเลิกวันให้ภูมิคุ้มกันแห่งชาติของอินเดียและไนจีเรียทำให้เกิดการระบาดขึ้นอีกเมื่อเร็ว ๆ นี้ จำนวนผู้ป่วยโปลิโอเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งสองประเทศต้องเสียเงินไปหลายล้านเหรียญสหรัฐ เมื่ออินเดียนำเอาวันให้ภูมิคุ้มกันแห่งชาติกลับคืนมาใหม่ในหลายปี ต่อมาการระบาดของโปลิโอก็ลดลง หลายประเทศพอเห็นว่าเป็นเช่นนี้ก็ยิ่งส่งเสริมวันให้ภูมิคุ้มกันแห่งชาติเป็นยุทธวิธีสำคัญในการควบคุมการระบาดของไวรัสโปลิโอ

เพื่อกำจัดโปลิโอให้หมดไปจากโลกนี้ บรรดาผู้นำในโครงการ GPEI ซึ่งได้แก่ องค์การอนามัยโลก, โรตารีนานาชาติ CDC UNICEF และมูลนิธิบิลล์แอนด์เมลินดาเกตส์ และรัฐบาลของประเทศที่ได้รับผลกระทบจำเป็นต้องตกลงร่วมกันที่จะใช้ยุทธศาสตร์เกมอวสาน (endgame strategy) ในการกำจัดวัคซีน OPV ด้วย เพื่อป้องกันการระบาดของเชื้อโปลิโอที่มาจากวัคซีน

มี 2 ยุทธวิธีที่ได้ผลในการกำจัดการใช้ OPV ยุทธวิธีแรกคือเปลี่ยนจากการใช้ OPV ไปเป็น IPV อย่างไรก็ตามมีคำถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพของ IPV ในการป้องกันโปลิโอที่แพร่อยู่ในบริบทที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด เนื่องจาก IPV ให้ผลป้องกันประชาชนที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันได้ดีกว่า OPV เพราะ IPV ไม่สามารถทำให้เกิดภูมิคุ้มกันเป็นกลุ่ม (herd immunity) ได้<sup>64</sup> นอกจากนี้ IPV ยังมีราคาสูงกว่า ซึ่งอาจเป็นปัญหาต่อประเทศที่มีรายได้น้อยหรือมีรายได้ปานกลาง โดยเฉพาะถ้าไม่มีการผนวกรวมค่าใช้จ่ายของวัคซีนนี้เข้าในโครงการการให้วัคซีนที่มีอยู่<sup>65</sup> อย่างไรก็ตาม IPV ช่วยลดความเสี่ยงที่จะต้องจ่ายเงินเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากการระบาดของ

ไวรัสโปลิโอที่มาจาก OPV<sup>66</sup> ยุทธวิธีที่ 2 คือ ประสานงานให้ค่อยๆ เลิกการใช้ OPV อย่างรอบคอบโดยไม่ต้องนำ IPV มาใช้ทดแทน อย่างไรก็ตาม ยุทธวิธีนี้ ก็อาจทำให้เกิดการระบาดของไวรัสโปลิโอที่มาจากวัคซีนขึ้นอีก ถ้าไม่ประสานกันให้ดีในระดับโลก<sup>67</sup>

อีกทางเลือกคือ ยังคงใช้ OPV ต่อไปโดยการควบคุมโรคให้แน่นหนา แต่การใช้ OPV ก็อาจมีอันตราย ดังเช่นกรณีของเฮติ ถ้าไม่มีระบบเฝ้าระวังที่ดี ไม่มีการดูแลคลังวัคซีนอย่างถูกต้อง ไม่มีการลงทุนกำจัดสาเหตของโรคโปลิโอ เช่น น้ำปนเปื้อนและการสุขาภิบาลที่ย่ำแย่ นักเศรษฐศาสตร์ด้านสุขภาพและกลุ่มเคลื่อนไหวด้านสุขภาพส่วนใหญ่เสนอให้ใช้ยุทธวิธีค่อยๆ หยุดใช้ OPV ทั่วโลกอย่างรอบคอบ<sup>68</sup> บางคนเสนอว่าน่าจะมีจริยธรรมมากกว่าถ้าจะใช้วิธีกำจัดเชื้อโปลิโอในเมื่อเรามีวิธีกำจัดมันแล้ว อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการกำจัดก็น้อยกว่าการให้มาตรการควบคุมโรคนี้<sup>69</sup>

แม้ว่าเส้นตายของโครงการ GPEI ในการกำจัดโปลิโอจะต้องเลื่อนจากปี พ.ศ. 2543 ไปเป็นปี พ.ศ. 2550 และไปเป็นปี พ.ศ. 2561 แต่การบรรลุเป้าหมายนี้ยังมีความเป็นไปได้ องค์ประกอบสำคัญคือ ประชากรมีภูมิคุ้มกันกว้างขวางและมีระบบเฝ้าระวังที่ดี บางคนถึงกับกล่าวว่า โลกนี้ไม่ต้องกำจัดเชื้อโปลิโอแล้ว แม้จะยังมีผู้ป่วยโรคนี้จำนวนหนึ่งในปากีสถานและอัฟกานิสถาน<sup>70</sup> การกลับมาของโปลิโอในเฮติยังคงเป็นตัวอย่างที่เตือนชัดว่า มันเกิดขึ้นได้ถ้าการรณรงค์วัคซีนระดับประเทศไม่เดินหน้า

การตอบโต้โดยเร่งด่วนต่อเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องส่งเสริม เมื่อการระบาดของอีโบล่า (Ebola) ได้รับการยืนยันในปี พ.ศ. 2557 นั้น ถ้าไม่มีการเฝ้าระวังและการเตรียมการจากนานาชาติ ในเวลาอันรวดเร็ว การระบาดในวงเล็กนั้นก็ควบคุมไม่ได้ และกระจายไปทั่วภูมิภาค ประสบการณ์ของเฮติแสดงให้เห็นว่า วิกฤติการณ์ระดับภูมิภาคสามารถป้องกันได้ด้วยความร่วมมือที่ดีจากรัฐบาลของประเทศเพื่อนบ้านและหน่วยงานความช่วยเหลือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข การที่มีองค์การอนามัยโลก CDC, PAHO, UNICEF, และหน่วยงานอื่นๆ พร้อมพร้อมกันเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยป้องกันไม่ให้โรคโปลิโออัมพาตแพร่วงกว้างออกไปบนเกาะฮิสแพนนิโอลาและนอกเกาะนี้

แต่การกำจัดไวรัสโปลิโอด้วยการให้วัคซีนอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ การละเลยต่อการปรับปรุงเรื่องน้ำและสุขาภิบาลก็ยังเป็นปัญหาการที่อหิวาตกโรคระบาดในเฮติปี พ.ศ. 2553 ย่อมแสดงให้เห็นว่า ชาวเฮติยังมีความเปราะบางอย่างสูงต่อการคุกคามของเชื้อโรคที่มากับน้ำ ถ้ายังปราศจากการลงทุนอย่างมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงน้ำและการสุขาภิบาล หน่วยงานสาธารณสุขจะต้องเฝ้าระวังเป็นสองเท่า หน่วยงานที่เป็นหุ้นส่วนนานาชาติจะต้องพิจารณาข้อดีของการลงทุนในการปรับปรุงเรื่องน้ำและการสุขาภิบาลให้ดีขึ้นอย่างชัดเจนในระยะสั้น แทนที่จะให้เงินทุนต่อไปเรื่อยๆ สำหรับโครงการให้วัคซีนซึ่งเป็นโครงการระยะยาว

## กล่อง 2. การเข้าสู่สถานะปลอดโปลิโอในไนจีเรีย<sup>71</sup>

ไนจีเรียพยายามกำจัดโปลิโอมาเกือบ 30 ปี เคยมีผู้ติดเชื้อไวรัสโปลิโอดั้งเดิม 801 รายในปี พ.ศ. 2551 นับว่ามากที่สุดในโลกในปีนั้น.<sup>72</sup> อุปสรรคของการกำจัดโปลิโอประกอบด้วย ความหลากหลายของสภาพภูมิประเทศ โครงสร้างพื้นฐานไม่ดี สถานการณ์ความตึงเครียดระหว่างชาวมุสลิมในตอนเหนือและชาวคริสเตียนทางตอนใต้ และความไม่ศรัทธาต่อการแพทย์สมัยใหม่

แต่ด้วยภาวะผู้นำของหน่วยงานพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติของไนจีเรียในปี พ.ศ. 2551 จึงทำให้ประเทศมีพันธสัญญาที่จะจัดการโปลิโอ ด้วยการเรียนรู้จากยุทธศาสตร์โปลิโอในครั้งก่อนของไนจีเรีย กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายใหม่ของการรณรงค์ไว้ที่ประชากร 160 ล้านคนใน 36 รัฐ โครงการรณรงค์ได้รับทุนสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก โรตารีนานาชาติ CDC UNICEF และมูลนิธิบิลล์แอนด์เมลินดาเกตส์

เพื่อให้เกิดโครงสร้างควมรับผิดชอบที่ชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) ขึ้นเพื่อดูแลการรณรงค์และให้มั่นใจได้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐบาลของแต่ละรัฐ ทำงานในหน้าที่ของตนในการเพิ่มความครอบคลุมการให้วัคซีน ยุทธศาสตร์ของการรณรงค์ส่วนหนึ่งคือมีการทำงานร่วมกับผู้นำพื้นบ้านเพื่อให้เข้าถึงชุมชนอย่างแท้จริง การเพิ่มจำนวนและประสิทธิภาพของผู้ให้วัคซีนในชุมชน และการใช้เทคโนโลยีระบบข้อมูลทางภูมิศาสตร์ในการค้นหาจุดอ่อนของการครอบคลุมวัคซีน

ความพยายามเป็นผลสำเร็จ คนไข้ติดเชื้อไวรัสโปลิโอดั้งเดิมรายสุดท้ายในปี พ.ศ. 2557 องค์การอนามัยโลกประกาศให้ไนจีเรียเป็นประเทศปลอดโปลิโอในเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2561 โครงการรณรงค์นี้ถูกคาดหวังว่าจะหลีกเลี่ยงไม่ให้คนตายด้วยโรคนี้ได้ 30,000 - 35,000 คน และประหยัดเงินได้ 4 พันล้านเหรียญสหรัฐ<sup>73</sup> กลไกของโครงการนี้ เช่น EOC ยังช่วยหยุดยั้งการโจมตีของอีโบล่าในปี พ.ศ. 2558 อีกด้วย

ประสบการณ์ของไนจีเรียได้ให้บทเรียนแก่ประเทศต่างๆ ที่กำลังต่อสู้กับโปลิโอ ทั้งในการพัฒนายุทธศาสตร์เฉพาะบริบท การปรับปรุงบทบาทความรับผิดชอบ การสร้างศรัทธาให้เกิดขึ้นในชุมชน และการจัดระบบติดตามที่เป็นอิสระอย่างสม่ำเสมอ

## อ้างอิง

- Alleyne, George A.O. 2001. "Health in Haiti." *Revista Panamericana de Salud Publica / Pan American Journal of Public Health* 10(3): 149-51. [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000900001&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000900001&script=sci_arttext).
- Alsan, Marcella M., Michael Westerhaus, Michael Herce, Koji Nakashima, and Paul E. Farmer. 2011. "Poverty, Global Health and Infectious Disease: Lessons from Haiti and Rwanda." *Infectious Disease Clinics of North America* 25(3): 611-22. doi:10.1016/j.idc.2011.05.004.
- Aylward, Bruce, and Tadataka Yamada. 2011. "The Polio Endgame." *New England Journal of Medicine* 364 (24): 2273-75. doi:10.1056/NEJMp1104329.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 1994. "International Notes Certification of Poliomyelitis Eradication: The Americas, 1994." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, October 7.
- . 2001. "Public Health Dispatch: Outbreak of Poliomyelitis: Dominican Republic and Haiti, 2000-2001." *Morbidity and Mortality Weekly Report*, October 5.
- . 2014. "Global Health—Polio: What Is Polio?" Last updated October 15. <http://www.cdc.gov/polio/about/deQuadros,Ciro,andMonicaBranca.2001a.Haiti'sPolioCampaign:A%20SuccessStory.EPI%20Newsletter,August>.
- . 2001b. "Update: OPV - Derived Poliomyelitis Outbreak in the Dominican Republic and Haiti." *EPI Newsletter*, February.
- . 2001c. "Update: Vaccine Derived Polio Outbreak in Hispaniola." *EPI Newsletter*, June.
- . 2002. "Haiti and the Dominican Republic Join Efforts to Control Polio and Measles on the Island of Hispaniola." *EPI Newsletter*, June.
- Elias, Chris. 2014. "Economic Case for Eradicating Polio: Gates Foundation." *CNBC*, January 22. <http://www.cnbc.com/2014/01/22/economic-case-for-eradicating-poliogates-foundation.html>.
- Fast, Shannon M., Marta C. González, and Natasha Markuzon. 2015. "Cost - Effective Control of Infectious Disease Outbreaks Accounting for Societal Reaction." *PLoS ONE* 10(8). doi:10.1371/journal.pone.0136059.
- Gelting, Richard, Katherine Bliss, Molly Patrick, Gabriella Lockhart, and Thomas Handzel. 2013. "Water, Sanitation and Hygiene in Haiti: Past, Present, and Future." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 89 (4): 655-70.
- Global Polio Eradication Initiative. 2013. *Economic Case for Eradicating Polio*. Geneva: Global Polio Eradication Initiative. <http://www.polioeradication.org/portals/0/document/resources/strategywork/economiccase.pdf>.
- . 2014. *Global Polio Eradication Initiative Financial Resource Requirements, 2013-2018*. Geneva: World Health Organization. [http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Financing/FRR\\_EN\\_A4.pdf](http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Financing/FRR_EN_A4.pdf).
- . 2015a. "Fact File: Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018." Accessed September 22. <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Strategyandwork.aspx>.
- . 2016. "Oral Polio Vaccine (OPV)." Accessed February 14. [http://www.polioeradication.org/Polioandprevention/Thevaccines/Oralpoliovaccine\(OPV\).aspx](http://www.polioeradication.org/Polioandprevention/Thevaccines/Oralpoliovaccine(OPV).aspx).
- . 2016b. "Polio This Week as of 10 February 2016." Accessed February 22. <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx>.
- Immunization Action Coalition. 2015. "Ask the Experts: Diseases and Vaccines—Polio." Last reviewed February 25. [http://www.immunize.org/askexperts/experts\\_pol.asp](http://www.immunize.org/askexperts/experts_pol.asp).
- Jack, Andrew. 2005. "Donor Fatigue Puts Brake on Drive to Eradicate Polio." *Financial Times*, April 12. <http://www.ft.com/intl/cms/s/1/f2ecccab87-11d9-893c-00000e2511c8.html?siteedition=uk#axzz3mPcK7nD8>.
- Kaufmann, Judith R., and Harley Feldbaum. 2009. "Diplomacy and the Polio Immunization Boycott in Northern Nigeria." *Health Affairs* 28 (4): 1091-1101. doi:10.1377/hlthaff.28.4.1091.
- Kew, Olen, Victoria Morris - Glasgow, Mauricio Landaverde, Cara Burns, Jing Shaw, Zacarias Garib, Jean André, et al. 2002. "Outbreak of Poliomyelitis in Hispaniola Associated with Circulating Type 1 Vaccine - Derived Poliovirus." *Science* 296(5566): 356-59. doi:10.1126/science.1068284.
- Kew, Olen M., Peter F. Wright, Vadim I. Agol, Francis Delpreyroux, Hiroyuki Shimizu, Neal Nathanson, and Mark Pallansch. 2004. "Circulating Vaccine-Derived Polioviruses: Current State of Knowledge." *Bulletin of the World Health Organization* 82 (1): 16-23.
- Levine, Ruth. 2004. "Eliminating Polio in Latin America and the Caribbean." In *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*, 39-46. Washington, DC: Center for Global Development.
- Modlin, John F. 2010. "The Bumpy Road to Polio Eradication." *New England Journal of Medicine* 362 (25): 2346-49. doi:10.1056/NEJMp1005405.
- Nathanson, Neal, and Paul Fine. 2002. "Poliomyelitis Eradication: A Dangerous Endgame." *Science* 296(5566): 269-70. doi:10.1126/science.1071207.
- Nathanson, Neal, and Olen M. Kew. 2010. "From Emergence to Eradication: The Epidemiology of Poliomyelitis Deconstructed." *American Journal of Epidemiology* 172 (11): 1213-29. doi:10.1093/aje/kwq320.
- PAHO (Pan American Health Organization). 1994. "Epidemiological Surveillance in Haiti: Experiences and Outlook." *Epidemiological Bulletin*, Summer.
- . 2001. "Costa Rica Embarks on Accelerated Rubella and Congenital Rubella Syndrome Program." *EPI Newsletter: Expanded Program on Immunization in the*

## อ้างอิง (ต่อ)

- Americas, February. <http://www1.paho.org/english/ad/fch/im/sne2301.pdf?ua=1>.
- . 2007. "Haiti." In *Health in the Americas, 2007*. Vol. 2, 412-29. Washington, DC: PAHO. <http://www1.paho.org/hia/archivosvol2/paisesing/Haiti%20English.pdf>.
- PAHO and WHO (World Health Organization). 2012. "Haiti." In *Health in the Americas, 2012, Country Volume*, 395-407. Washington, DC: PAHO. [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=134&Itemid=](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=134&Itemid=).
- . 2015. "Haiti: Immunization Coverage, 1995-2014." Country Profile. Last updated December 7. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&Itemid=270&gid=4175&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=4175&lang=en).
- Premji, Aly, Pagie W. Scholar, Azfar Hossain, Lisa Wanda, Jamal Edwards, Kunal Potnis, Laura Winn, et al. 2016. *The Next Country to Be Polio - Free: A Case Study of Nigeria's Challenges, Successes, and Lessons Learned for the Global Quest to Eradicate Polio*. CGD Policy Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- Renne, E. P. 2012. "Polio in Nigeria." *History Compass* 10 (7): 496 - 511. doi:10.1111/j.1478 - 0542.2012.00859.x.
- Rey, Michel, and Marc P. Gerard. 2008. "The Global Eradication of Poliomyelitis: Progress and Problems." *Comparative Immunology Microbiology and Infectious Diseases* 31 (2-3): 317-25. doi:10.1016/j.cimid.2007.07.013.
- Rosenstein, Scott, and Emily Hoch. 2011. "Concerns of Polio in Haiti." *Foreign Policy*, January 25. <http://foreignpolicy.com/2011/01/25/concerns-of-polio-in-haiti/>.
- Thompson, Kimberly M., Radboud J. Duintjer Tebbens, Mark Pallansch, Olen M. Kew, Roland W. Sutter, R. Bruce Aylward, Margaret Watkins, et al. 2008. "The Risks, Costs, and Benefits of Possible Future Global Policies for Managing Polioviruses." *American Journal of Public Health* 98 (7): 1322-30. doi:10.2105/AJPH.2007.122192
- Venczel, Linda, James Dobbins, Jean André, Fernando Laender, Hector Izurieta, Patrick Delorme, and Henri-Claude Voltaire. 2003. "Measles Eradication in the Americas: Experience in Haiti." *Journal of Infectious Disease* 187 (Suppl 1): S127-32. doi:10.1086/368029.
- WHO (World Health Organization). 1997. *Field Guide: For Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication, 1995 Revision*. Geneva: WHO. [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/resources/Field\\_guide\\_polio\\_96.pdf](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/Field_guide_polio_96.pdf).
- . 2014. "Poliomyelitis." Fact Sheet 114. Updated October. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/>.
- . 2016. Global Health Expenditure Database: NHA Indicators. Accessed February 11. <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
- Wilson, James. 2014. "The Ethics of Disease Eradication." *Vaccine* 32 (52): 7179-83. doi:10.1016/j.vaccine.2014.10.009.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Nathanson and Kew (2010).
2. Modlin (2010).
3. Rey and Gerard (2008).
4. PAHO (2007).
5. WHO (2014).
6. PAHO and WHO (2012, 2015).
7. Rosenstein and Hoch (2011).
8. CDC (2014).
9. CDC (2014).
10. Immunization Action Coalition (2015).
11. Global Polio Eradication Initiative (2016a).
12. Global Polio Eradication Initiative (2016b); WHO (2014).
13. Rey and Gerard (2008).
14. Modlin (2010).
15. Nathanson and Kew (2010).
16. WHO (2014); CDC (1994).
17. WHO (2014).
18. PAHO (1994).
19. de Quadros and Brana (2002).
20. Kew et al. (2002).
21. de Quadros and Brana (2001a); de Quadros and Brana (2002).
22. PAHO (2001).
23. Haiti has had a long history of debt obligations to foreign governments, including France and the United States, and multilateral institutions, such as the Inter-American Development Bank. Haiti's debt began in 1804, when it gained independence and France demanded reparations. Since then, Haiti has paid back the reparations but has incurred additional debt through loans from other countries and international financial institutions. A large portion of this debt was incurred during periods of dictatorship (e.g., during the Duvalier family's rule from 1957 to 1986) (Alsan et al. 2011).
24. Gelting et al. (2013).
25. Kew et al. (2002).
26. Kew et al. (2002); de Quadros and Brana (2001b).
27. de Quadros and Brana (2001a).
28. de Quadros and Brana (2001a).
29. CDC (2001).
30. de Quadros and Brana (2002).
31. Kew et al. (2002).
32. Kew et al. (2004).
33. CDC (2001); Nathanson and Fine (2002).
34. de Quadros and Brana (2001a).
35. de Quadros and Brana (2001a).
36. WHO (1997).
37. de Quadros and Brana (2001b).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)

38. de Quadros and Brana (2001a).
39. de Quadros and Brana (2001c).
40. de Quadros and Brana (2001c).
41. de Quadros and Brana (2002).
42. de Quadros and Brana (2002).
43. Venczel et al. (2003).
44. Venczel et al. (2003).
45. Venczel et al. (2003).
46. de Quadros and Brana (2001c).
47. Alleyne (2001).
48. de Quadros and Brana (2001b).
49. de Quadros and Brana (2001b).
50. de Quadros and Brana (2001c).
51. Calculations were based on WHO National Health Accounts indicators (see WHO 2016). Total health expenditure was US\$198 million in 2001; public health expenditure was US\$51.48 million (26 percent of total health expenditure).
52. de Quadros and Brana (2001c).
53. Fast, González, and Markuzon (2015).
54. Wilson (2014).
55. Elias (2014); Global Polio Eradication Initiative (2014).
56. Elias (2014).
57. Levine (2004).
58. Gelting et al. (2013).
59. Kaufmann and Feldbaum (2009).
60. Kew et al. (2004).
61. Jack (2005).
62. Rey and Gerard (2008).
63. Rey and Gerard (2008).
64. Modlin (2010).
65. Nathanson and Kew (2010); Aylward and Yamada (2011).
66. Thompson et al. (2008).
67. Nathanson and Kew (2010).
68. Kew et al. (2002).
69. Nathanson and Kew (2010).
70. Jon Andrus, personal communication with the author, July 16, 2015; Global Polio Eradication Initiative (2016b).
71. Premji et al. (2016).
72. Renne (2006).
73. Global Polio Eradication Initiative (2013).

## กรณีศึกษาที่ 8

### เรียนรู้จากความล้มเหลว

#### การจัดการความเจ็บป่วยของเด็กในบังคลาเทศแบบบูรณาการ

(ต้นฉบับโดย Miriam Temin)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ลดจำนวนการตายด้วยโรคท้องร่วง โรคปอดบวม โรคมาลาเรีย โรคหัด และภาวะทุพโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

**ยุทธวิธี:** บูรณาการวิธีการต่างๆ ได้แก่ การอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การพัฒนาหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐ และการปรับปรุงหลักปฏิบัติครอบครัว และหลักปฏิบัติชุมชน

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มสูงขึ้น ลดจำนวนการแคระแกร็น แต่อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

**เหตุที่ไม่ประสบความสำเร็จ:** อัตราตายของเด็กในภาพรวมของประเทศที่ลดลงมีอาจพิสูจน์ได้ว่าเป็นผลกระทบจากโครงการนี้ ความไม่สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลทางระบาดวิทยากับการแก้ปัญหา การให้ความสำคัญกับภาครัฐมากเกินไปจนกระทั่งละเลยความสนใจภาคเอกชนที่ประชาชนจำนวนมากไม่ยอมไปใช้บริการ การติดตามดูแลโครงการไม่เพียงพอ หลักปฏิบัติครอบครัวที่ไม่ดีต่อสุขภาพยังคงดำรงอยู่

**การเงินการคลัง:** 2.4 ล้านดอลลาร์สหรัฐในตำบลแม็ทแล็บ (Matlab) ประเทศบังคลาเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2551

**ขนาดของโครงการ:** ระดับท้องถิ่นและยกขึ้นสู่ระดับประเทศ

บังคลาเทศเป็นประเทศสัญลักษณ์ของการรอการพัฒนา ในแวดวงการเงินนั้น ประเทศนี้นับเป็นแหล่งกำเนิดของธุรกิจให้กู้เงินรายย่อยในโลกของสุขภาพ ที่นั่นเป็นที่รู้จักกันดีในเรื่องการรักษาท้องร่วงด้วยเกลือแร่ เป็นวิธีง่ายๆ ที่ช่วยให้คนหลายล้านทั่วโลกรอดชีวิต<sup>1</sup> นักประชากรสถิติและนักวิจัยด้านสุขภาพรู้จักบังคลาเทศในฐานะที่ตั้งศูนย์นานาชาติสำหรับการวิจัยโรคท้องร่วง (International Center for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh: ICDDR,B) ในตำบลแม็ทแล็บ ที่สร้างงานวิจัยด้านสาธารณสุขพื้นฐานโดยใช้ฐานปฏิบัติการเฝ้าระวังประชากรที่มีอายุยาวนานที่สุดในโลกและเป็นแหล่งศึกษาด้านวิฤตสถิติประชากรมานานหลายทศวรรษแล้ว

ในกลางทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ที่แม็ทแล็บ มีการทดสอบแบบครบวงจรวิธีการใหม่ที่จะช่วยให้เด็กมีชีวิตรอดได้ เรียกว่าการจัดการความเจ็บป่วยของเด็กอย่างบูรณาการ (Integrated Management of Childhood Illness: IMCI) ก่อนหน้านั้นโครงการสุขภาพเด็กมีลักษณะแยกกันทำ แต่ละโครงการมีงบประมาณ บุคลากร โครงสร้างพื้นฐานและวัสดุอุปกรณ์เป็นของตนเอง เรียกว่าการบริหารแบบแนวตั้ง (vertical approach) แต่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเด็กแห่งองค์การอนามัยโลกและ UNICEF ได้ให้หลักการในเชิงทฤษฎีว่า พวกเขาควรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโครงการสุขภาพเด็กต่างๆ

ด้วยวิธีบูรณาการแบบดาหน้าไปพร้อมกันแทนที่จะเจาะทำแต่ละโครงการแยกจากกัน เพื่อทดสอบทฤษฎี สองยักษ์ใหญ่ด้านสุขภาพระดับโลกก็ได้พัฒนาโครงการ IMCI ขึ้น โดยบูรณาการกิจกรรมต่างๆ เข้าด้วยกัน ได้แก่ การอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และการปรับปรุงหลักปฏิบัติครอบครัวและหลักปฏิบัติชุมชน พวกเขาหวังว่าวิธีใหม่นี้ จะช่วยลดสาเหตุส่วนใหญ่ของอัตราตายและภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงได้อย่างมาก และมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าวิธีแบบเดิมๆ

ประสบการณ์ของ IMCI ในบังคลาเทศช่วงต้นๆ คู่มือความหวังคุณภาพของการให้บริการค้นหาและดูแลเด็กป่วยดีขึ้นอย่างวัดได้ แต่เมื่อประเมินอย่างจริงจังในแม็ทแล็บ กลับพบว่าวิสัยทัศน์หลักมิได้มุ่งสู่การทำให้เด็กมีชีวิตรอด โดยแม้จะปรับปรุงมาตรฐานกลางๆ ได้ แต่กลับล้มเหลวในการลดอัตราตายของเด็กและยังห่างไกลจากสถิติของทั้งประเทศ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความล้มเหลวมีหลายประการ เช่น ความไม่สอดคล้องกันระหว่างวิธีการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสาเหตุแห่งความเจ็บป่วยของเด็กในพื้นที่ การเน้นเฉพาะภาครัฐในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่เลือกรับบริการที่ภาคเอกชน และการปฏิบัติตนในครอบครัวที่ไม่ดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพของเด็กในบังคลาเทศก็ยังเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถประเมินผลกระทบของโครงการ



ต่ออัตราตายได้ วิธีแก้ปัญหาแบบบูรณาการเพื่อรักษาเด็กถือเป็นเรื่องที่มีคุณธรรมบทเรียนหลักจากประสบการณ์ของบังคลาเทศก็คือ ปฏิบัติการของ IMCI นั้น จะต้องปรับปรุงระบบและเพิ่มการแก้ปัญหาในระดับชุมชน จึงจะเกิดผลกระทบในวงกว้างได้

### ความสูญเสียเนื่องจากการเจ็บป่วยของเด็ก

แม้จำนวนเด็กตายทั่วโลกจะลดลงในช่วงทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) แต่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ก็ตายเกือบ 11 ล้านคนทุกปี ด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ 5 โรค คือ ท้องร่วง ปอดบวมและการติดเชื้อในทางหายใจแบบเฉียบพลัน มาลาเรีย หัด และภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้เด็กเล็กตายประมาณร้อยละ 70 ของการตายของเด็กเล็กทั้งหมด<sup>3</sup>

เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ช่วงทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) เด็กในบังคลาเทศมีอัตราการรอดชีวิตสูง ช่วงปี พ.ศ. 2536 - 2543 อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 133 เหลือ 94 รายต่อเด็ก 1 พันคน อัตราเฉลี่ยลดลงร้อยละ 5.3 ต่อปี<sup>4</sup> แม้ว่าสถานการณ์แนวโน้มจะไปทางบวก แต่โรคปอดบวม โรคท้องร่วง ทุพโภชนาการ การติดเชื้อที่รุนแรง และการบาดเจ็บ ยังคงทำให้เด็กชาวบังคลาเทศต้องตายเป็นจำนวนมาก<sup>5</sup> ในตำบลแม่ทแล็บ อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คูดีกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศเล็กน้อย คือ 89 ต่อ 1 พันรายเกิดมีชีพในปี พ.ศ. 2543<sup>6</sup>

ความตายที่ป้องกันได้เหล่านี้สะท้อนถึงความด้อยคุณภาพของการวินิจฉัยและระบบส่งต่อทั่วโลก ในช่วงการดำเนินโครงการ IMCI ในแม่ทแล็บ มีการศึกษาเล็กๆ งานหนึ่งพบว่า สถานบริการสาธารณสุขระดับล่างสุดสามารถวินิจฉัยความเจ็บป่วยของเด็กได้ถูกต้องเพียง 1 ใน 5 ราย เด็กเจ็บป่วยรุนแรงที่จำเป็นต้องส่งต่อให้แพทย์ได้รับการส่งต่อเพียงครึ่งหนึ่ง<sup>7</sup> เด็กชาวบังคลาเทศยังต้องเผชิญกับการให้อาหารทารกอย่างผิดๆ การดูแลเด็กป่วยตามประเพณีพื้นบ้านที่ไม่ดีต่อสุขภาพและการขาดแคลนยาที่จำเป็นสำหรับรักษาโรคที่เป็นสาเหตุการตายโดยส่วนใหญ่<sup>8</sup>

ในแม่ทแล็บ เด็กป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากสถานบริการเอกชน การศึกษาในปี พ.ศ. 2543 พบ ผู้ดูแลเด็กพาเด็กป่วยมากกว่าร้อยละ 40 ไปใช้บริการภาคเอกชนในหมู่บ้านหรือชื้อยาจากคนขายที่ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ทางการแพทย์<sup>9</sup>

### จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: แม่ทแล็บเปลี่ยนการทำงานแบบแยกส่วนสู่การทำงานแบบเป็นระบบ

IMCI มีข้อมูลพื้นฐานว่า เด็กมักติดเชื้อมากกว่าหนึ่งแห่งของร่างกายในเวลาเดียวกัน<sup>10</sup> แม้อาจพาลูกน้อยไปร้านขายยาเนื่องจากลูกท้อง

เสียมาหลายวันแล้วและมีอาการที่สูญเสีย น้ำ เธอได้ยามาก็สบายใจว่ามียาสำหรับรักษาลูก แต่เธอไม่อาจรู้ได้ว่าการเจ็บป่วยหลายอย่างในเด็กแสดงออกมาทางอาการเดียวกันซึ่งยากต่อการวินิจฉัย ทั้งเธอและคนขายยาไม่รู้ว่าอาการเฉื่อยชาของเด็กไม่ได้เกิดจากท้องเสีย แต่เกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจแบบเฉียบพลันที่ต้องเข้าโรงพยาบาล

หลายปี ก่อนเริ่มโครงการ IMCI โครงการสุขภาพเด็กหลายโครงการทำแบบแยกส่วนที่สั่งการและสนับสนุนจากส่วนกลางลงไปยังพื้นที่ ผู้สังเกตการณ์บางท่านเกรงว่าลักษณะนี้จะทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพรวมถึงเกิดการวินิจฉัยผิดพลาดได้ เจ้าหน้าที่ด้านอนามัยเด็กขององค์การอนามัยโลกเชื่อว่า หากมีการบูรณาการโครงการแยกส่วนเหล่านี้ให้เป็นโครงการเดียวที่มีความแนบชิดติดกันก็จะเกิดการปรับปรุงวิธีการวินิจฉัยโรคที่คุกคามชีวิตรวมถึงทำให้การส่งต่อเร็วขึ้น นำไปสู่ผลการรักษาและสุขภาพที่ดีขึ้น องค์การอนามัยโลกและ UNICEF พร้อมด้วยหุ้นส่วนด้านวิชาการอื่นๆ ร่วมกันพัฒนาโครงการ IMCI ให้แก่ประเทศต่างๆ ที่มีอัตราตายของทารกสูงกว่า 40 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย<sup>11</sup>

ในปี พ.ศ. 2540 การประเมินร่วมกันแบบพหุประเทศ (Multi-country Evaluation: MCE) ได้เริ่มต้นขึ้นเพื่อทดสอบผลกระทบและความคุ้มค่าของโครงการ IMCI (ด้วยการสนับสนุนจากมูลนิธิบิลล์แอนด์เมลินดาเกตส์, USAID, และองค์กรอื่นๆ) ในปี พ.ศ. 2541 ประเทศบังคลาเทศ บราซิล เปรู อุกันดา และแทนซาเนีย ได้ร่วมกันเป็นแหล่งประเมินของ MCE โดยในช่วงนั้น รัฐบาลบังคลาเทศได้บรรจุโครงการ IMCI เข้าในนโยบายสุขภาพเด็กของรัฐแล้ว แต่ยังไม่ได้เริ่มดำเนินโครงการ<sup>12</sup> เมื่อเจอแรงกดดันของ ICDDR,B และองค์การอนามัยโลก จึงได้เริ่มปฏิบัติการโครงการ IMCI ในที่สุด<sup>13</sup>

จากการหารือกับกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการครอบครัวแล้ว ICDDR,B และองค์การอนามัยโลกตัดสินใจเลือกแม่ทแล็บเป็นที่ทดสอบการบูรณาการโครงการต่างๆ ด้านสุขภาพเด็กในโลกแห่งความเป็นจริง แม่ทแล็บมีความเหมาะสมที่น่าสนใจคือ มีฐานข้อมูลอัตราตายด้วยสาเหตุต่างๆ และเป็นที่ตั้งของ ICDDR,B ด้วยความเป็นองค์กรระดับนานาชาติในด้านการจัดการอย่างมีหลักฐาน ICDDR,B ได้สนับสนุนวิชาการที่เข้มข้นพร้อมสร้างทีมงานในพื้นที่ให้ปฏิบัติงานโครงการนี้ได้ ทีมงานโครงการสุ่มเลือกพื้นที่ในโครงการ IMCI เพื่อการประเมินร่วมกับ ICDDR,B บังคลาเทศเป็นประเทศแรกที่ถูกประเมินนี้

### ปฏิบัติการโครงการ IMCI

IMCI ให้บริการแบบชุดปฏิบัติการที่ไม่ใช่ปฏิบัติการเฉพาะด้าน โครงการนี้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งวัตถุประสงค์กว้างๆ 3 ประการ (ดูภาพที่ 1)

เรียกว่า เสา 3 ต้นของ IMCI คือ

1. พัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. พัฒนาระบบสาธารณสุขภาครัฐ
3. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติของครอบครัวและชุมชน

แนวคิดในการขับเคลื่อนโครงการ IMCI คือ ประสิทธิภาพของชุดกิจกรรมสุขภาพสำหรับเด็ก (แต่ละกิจกรรมได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในโครงการขนาดเล็ก) มีมากกว่าผลรวมของกิจกรรมที่แยกส่วนกันทำ จุดเริ่มโครงการ IMCI มุ่งเป้าไปที่เด็กอายุระหว่าง 1 สัปดาห์ถึง 5 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อโรคปอดบวม ท้องร่วง มาลาเรีย หัด หรือภาวะทุพโภชนาการ สำหรับแต่ละวัตถุประสงค์ IMCI ขอให้ผู้วางแผนสุขภาพแห่งชาติได้วางแผน (ตามเอกสารขององค์การอนามัยโลกและ UNICEF) โดยคำนึงถึงบริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ทั้งในด้านระบาดวิทยา ระบบสุขภาพ และมุมมองทางวัฒนธรรม ความสำคัญลำดับแรกคือ การปรับปรุงการจัดการกับคนไข้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประสานงานการดูแลเด็กระหว่างวิชาชีพและบริการต่างๆ อย่างต่อเนื่องโดยใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุด ตัวอย่างเช่น เอกสารที่ใช้ในการอบรมของ IMCI แนะนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหัวข้อต่างๆ เช่น การวินิจฉัยและการรักษาโดยดูจากอาการ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลคนไข้ในบ้าน การบริหารยาแก่คนไข้ที่เป็นเด็ก ความสำคัญของการพาคนไข้กลับไปโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์ติดตามดูอาการ โภชนาการที่เหมาะสม

และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ IMCI ยังให้ความสำคัญกับการมียาไว้ใช้ เช่น ยาปฏิชีวนะและยารักษามาลาเรียเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรักษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคทั่วไปได้<sup>14</sup>

ในการขับเคลื่อนโครงการ IMCI จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในบังคลาเทศ รัฐบาลและทีมประเมินผลต้องปรับปรุงวัตถุประสงค์และเอกสารต่างๆ ให้เข้ากับบริบทของระบบการดูแลสุขภาพในแม่เหล็ก ICDDR,B เป็นผู้ให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพเด็กซึ่งจะมีการปรับให้เป็นปัจจุบันอย่างรวดเร็วจากผลการศึกษิต่างๆ ที่ได้ข้อสรุปแล้ว ผู้ปฏิบัติงานโครงการ IMCI ใช้หลักฐานนี้เป็นฐานตั้งต้นสำหรับปัญหาที่ยากที่สุด เช่น ระบบการส่งต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการใช้บริการดูแลสุขภาพ การดูแลภายในบ้าน การเลี้ยงทารกและแนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการ<sup>15</sup>

ในเบื้องต้นทีมงาน IMCI ให้ความสำคัญกับการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแม่เหล็ก ผู้ปฏิบัติงานระดับหมู่บ้านในภาคเอกชนได้รับการอบรม 2 วันเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้อง ครอบคลุมทั้งวิธีการรักษาอย่างเหมาะสมและการส่งต่อสำหรับรายที่ป่วยอย่างรุนแรง ผู้ปฏิบัติงานระดับหมู่บ้านจะได้รับทั้งแนวทางการส่งต่อและเครื่องมือการลงทะเบียนติดตามกลับบ้านด้วย

ทีมงานของ IMCI พยายามพัฒนาสถานบริการ(เสาที่ 2 ของ IMCI) โดยส่งเสริมด้านการสำรองยาในคลินิกเป้าหมายและคัดเลือกเจ้าหน้าที่เข้ามาเพื่อบรรจุในตำแหน่งที่ว่าง

ภาพที่ 1. ยุทธศาสตร์การจัดการความเจ็บป่วยของเด็กอย่างบูรณาการ: กิจกรรมการวางแผนและบริหารจัดการ

<p><b>การพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• พัฒนา/ปรับปรุงมาตรฐานและแนวทางการจัดการผู้ป่วย</li> <li>• อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาครัฐ</li> <li>• กำหนดบทบาทสำหรับผู้ให้บริการที่เป็นเอ็นจีโอ/ภาคเอกชน</li> <li>• ปรับปรุงและรักษาคุณภาพผลงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</li> <li>• ใช้การอบรมเป็นเครื่องมือในการทำให้คนทำงานด้านสุขภาพเข้าใจวิธีการแก้ปัญหาในชุมชน</li> </ul>	<p><b>การพัฒนาระบบสาธารณสุขภาครัฐ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ปรับปรุงการกระจายและการสำรองยา</li> <li>• ปรับปรุงคุณภาพการให้บริการที่สถานบริการสาธารณสุข</li> <li>• ปรับปรุงบริการและเส้นทางส่งต่อ</li> <li>• ค้นหา/พัฒนาวิธีทำให้สถานะทางการเงินยั่งยืนและเกิดการเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม</li> <li>• เชื่อมโยง IMCI เข้ากับระบบข้อมูลสุขภาพ</li> </ul>	<p><b>การปรับปรุงแนวทางปฏิบัติของครอบครัวและชุมชน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สนับสนุน/สร้างความเข้มแข็งแก่องค์กรชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน</li> <li>• ส่งเสริมพฤติกรรมของครอบครัวที่เหมาะสมในการปฏิบัติต่อความเจ็บป่วยของเด็ก</li> <li>• สนับสนุนการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเด็กรวมถึงปฏิบัติการด้านโภชนาการ</li> <li>• สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและปลอดภัย</li> </ul>
--	--	--

แหล่งข้อมูล: องค์การอนามัยโลกและ UNICEF(พ.ศ. 2542)

เสาที่ 3 ของ IMCI คือการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติของครอบครัว และของชุมชน โดยมุ่งเน้นองค์ประกอบ 5 ประการของการดูแล ได้แก่ การดูแลเด็กแรกเกิดโดยครอบครัวที่บ้าน การให้อาหารและโภชนาการในทารกและเด็กเล็ก พัฒนาการของวัยเด็กช่วงต้น การป้องกันการจมน้ำ และการดูแลเด็กป่วยโดยครอบครัว กิจกรรมภายใต้เสานี้มุ่งขับเคลื่อนโครงการ IMCI ออกจากการติดขัดแต่การดูแลทางคลินิกมาเป็นการจัดการเด็กป่วย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน (เรียกว่า การจัดการผู้ป่วยในชุมชน) มีการอบรมอาสาสมัครที่มาจากชุมชน และระดมการมีส่วนร่วมจากชุมชน<sup>16</sup> นอกจากนี้ โครงการนี้ระดมความร่วมมือจากโต๊ะอิหม่ามในการให้ความรู้ระหว่างเทศนาในวันศุกร์และตอกย้ำบทเรียนเหล่านั้นผ่านการประชุมในเวทีชุมชน

โชคไม่ดีที่เสาที่ 3 ต้องใช้เวลานานกว่าจะเริ่มต้นได้ และ IMCI ยังคงง่วนอยู่กับการเฝ้าดูว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ มีการจัดกิจกรรมน้อยมากเพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติครอบครัวและแนวทางปฏิบัติชุมชนในระหว่างการประเมินผลในเม็กซิโก

จากผลการติดตามในช่วงต้น ที่งานของ IMCI ได้ปรับปรุงนโยบายด้านการรักษาและทีมงานของตน<sup>17</sup> ตัวอย่างเช่นเร่งการปฏิบัติงานในเสาที่ 3 ให้อาสาสมัครในหมู่บ้านมาช่วยจัดการผู้ป่วยในชุมชนและให้คำปรึกษาแก่ครัวเรือน โดยคนช่วยงานได้รับการอบรมเรื่องการให้ยา การดูแลและติดตามจัดการเด็กป่วยรายไม่รุนแรงที่เป็นปอดบวมและท้องร่วงภายในบ้าน รวมถึงส่งต่อเด็กที่ป่วยรุนแรงไปยังคลินิก ระยะเวลาปัญหาการส่งต่อทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ แนวทางปฏิบัติใหม่อนุญาตให้สถานบริการระดับล่างสุดดำเนินการรักษาโรคปอดบวมขั้นรุนแรงได้โดยตรง ทำให้ไม่ต้องส่งต่อเด็กที่มีอาการอ่อนกว่ารุนแรง

เมื่อเห็นว่าโครงการ IMCI ในเม็กซิโกและอีก 2 ตำบลดำเนินการได้ รัฐบาลจึงขยายโครงการ IMCI อย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2546<sup>18</sup> สูดทำยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการครอบครัวก็รวมเอาโครงการโรคท้องร่วงและโครงการโรคติดเชื้อในทางหายใจเฉียบพลันเข้าไปในโครงการ IMCI เป็นโครงการเดียวกัน นับแต่นั้นมา IMCI ก็เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรการพยาบาลและในหลักสูตรของโรงเรียนที่อบรมผู้ช่วยแพทย์<sup>19</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่เปลี่ยนแปลง

ตลอดเวลา 6 ปี มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลกระทบของโครงการ IMCI ในสถานบริการสาธารณสุขระดับล่างสุดและพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการนั้นๆ เป็นการประเมินประสิทธิผลอย่างจริงจัง

ของการให้บริการสาธารณสุขในโลกแห่งความเป็นจริง<sup>20</sup> การทดลองนี้เป็นความร่วมมือระหว่างรัฐบาล ICDDR,B และองค์การอนามัยโลก โดยมี UNICEF เป็นแกนนำปฏิบัติการ<sup>21</sup> การประเมินครั้งนี้ออกแบบและดำเนินการอย่างรอบคอบ มีนักวิจัยที่มีความชำนาญ ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่จึงยอมรับว่าข้อค้นพบมีความน่าเชื่อถือสูง (ดูกล่อง 1)

ทั้งแนวปฏิบัติครอบครัว การเลือกใช้บริการสุขภาพ และคุณภาพของการดูแล ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดภายใต้โครงการ IMCI นี้ ผู้ดูแลพาเด็กไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยขึ้น การให้บริการมีประสิทธิภาพสูงกว่ามาตรฐานที่เด็กได้รับจากที่อื่น<sup>22</sup> บรรดาแม่ก็เริ่มปฏิบัติตามหลักการเลี้ยงลูกที่ดี แม่จำนวนมากขึ้นที่ตั้งใจจะให้นมแม่อย่างเดียวในระยะเวลา 6 เดือนแรกของการเกิดมีชีพ มีเด็กแคระแกร็นลดลง<sup>23</sup> และแนวโน้มเหล่านี้ไม่มีความเป็นเอกภาพในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ความก้าวหน้าแห่งหนึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วมากกว่าแห่งอื่นๆ ของประเทศ แสดงว่าวิธีการที่ใช้มีผลต่อผลลัพธ์

ปัจจัยนำเข้าเกือบทั้งหมดรวมถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่คาดว่าจะช่วยชีวิตเด็กได้นั้น ล้วนดีขึ้นเป็นผลจากโครงการ IMCI แต่แม้จะส่งผลด้านบวกต่อปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ความตายของเด็กก็ไม่ลดลงชัดเจนเมื่อเทียบกับพื้นที่ควบคุมภายในช่วงที่มีการประเมินผล

การสรุปแบบนี้อาจจะดูที่ดูไปหน่อย เนื่องจากเป็นการพิจารณาแนวโน้มภายใต้บริบทต่างๆ ที่ได้ดำเนินไปแล้ว จำนวนเด็กตายลดลงในบังคลาเทศ และอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ก็ลดลงเร็วกว่าที่คาดไว้ การสำรวจสุขภาพและจำนวนประชากรของ USAID ปี พ.ศ. 2550 รายงานว่า อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงร้อยละ 7 ทุกปี ในระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2547<sup>24</sup> ผลดังกล่าวทำให้บังคลาเทศเป็น 1 ใน 6 ประเทศที่ลดอัตราตายของเด็กได้มากกว่าครึ่ง จากตาย 151 รายต่อเด็ก 1,000 คนในปี พ.ศ. 2533 เหลือตาย 65 รายต่อเด็ก 1,000 คนในปี พ.ศ. 2550 แนวโน้มเชิงบวกของอัตราเด็กตายที่ลดลงซึ่งบดบังผลกระทบของ IMCI เสียหมด

### ลงทุนไปเท่าใด?

สำหรับกรณีเม็กซิโก ปฏิบัติการโครงการ IMCI ใช้เงินไม่มาก ค่าใช้จ่ายประมาณ 2.4 ล้านดอลลาร์สหรัฐตลอดทศวรรษระหว่างปี พ.ศ. 2542 - 2551 ซึ่งรวมค่าใช้จ่ายในการประเมินผลด้วยแล้ว<sup>26</sup> สำหรับระดับชาติ ได้มีการบรรจุโครงการ IMCI เข้าในแผนงบประมาณและแผนปฏิบัติการสาธารณสุขมูลฐานของรัฐบาลและหุ้นส่วนระดับโลก ซึ่งโดยมากเป็นบทบาทของ UNICEF ซึ่งได้เข้าช่วยสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของ IMCI โดยตรง

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

ด้วยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก มูลนิธิบิลล์แอนด์เมลินดาเกตส์ USAID และองค์กรอื่นๆ กลุ่มสหวิชาชีพได้พัฒนาระเบียบวิธีวิจัยเพื่อประเมินผลโครงการ IMCI แบบพหุประเทศ (Multicountry Evaluation: MCE) ในทางปฏิบัติ MCE มุ่งที่จะทำให้ได้ผลที่สามารถเปรียบเทียบระหว่างประเทศต่างๆ ได้ อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศก็ได้ปรับปรุงระเบียบวิธีวิจัยให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตน

ในบังคลาเทศ การประเมินผลได้ใช้ข้อมูลที่มีมากของแม่เหล็ก ทำให้ได้ฐานข้อมูลตั้งต้นด้านสุขภาพและด้านประชากรที่ค่อนข้างเที่ยงตรง นักวิจัยได้สุ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประมาณการผลกระทบ โดยเลือกสุ่มสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับล่างสุดจำนวน 20 แห่งพร้อมด้วยพื้นที่รับผิดชอบโดยรอบ (ครอบคลุมประชาชน 350,000 คน) จับคู่กันภายในกลุ่มตัวอย่างนี้และสุ่มมอบหมายภารกิจการให้บริการระหว่างบริการปกติกับบริการแบบ IMCI นักวิจัยใช้การสำรวจครัวเรือนและการให้บริการสาธารณสุขในการวัดความเปลี่ยนแปลงเชิงกิจกรรมและผลลัพธ์ (outputs & outcomes) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านโภชนาการและอัตราการตาย<sup>25</sup>

วิธีสุ่มที่ออกแบบโดยผู้เชี่ยวชาญอิสระ ช่วยให้วัดผลกระทบของโครงการ IMCI ได้ อย่างไรก็ตามแม้จะวางแผนอย่างดีก็ยังคงเผชิญกับเรื่องยุ่งยากที่คาดไม่ถึงและชวนงุนงง นั่นคือการลดลงอย่างฮวบฮาบของอัตราตายทั้งในพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุม ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการ IMCI สถานการณ์ดังกล่าวเป็นเรื่องดีสำหรับเด็กชาวบังคลาเทศ แต่ไม่ดีสำหรับอำนาจสถิติ เพราะในขณะที่เด็กตายน้อยลงในแม่เหล็ก เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ในภาพรวมก็ยิ่งตายน้อยกว่า ทำให้ต้องใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใหญ่กว่าเดิมในการค้นหา

ผลก็คือนักวิจัยไม่สามารถให้คำตอบได้ว่า IMCI มีผลกระทบต่ออัตราการตายหรือไม่ หรือเป็นเพราะปัญหาเชิงวิเคราะห์ ทำให้ไม่สามารถอธิบายผลที่มีขนาดเล็กได้ ตัวอย่างเช่น ประมาณการอัตราการตายจากท้องร่วงในพื้นที่ทดลองน้อยกว่าครึ่งของพื้นที่ควบคุม แต่ความแตกต่างเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะใช้พิจารณาให้ชัดเจนด้วยเกณฑ์ของนักวิจัย ยิ่งไปกว่านั้นดูเหมือนจะมีการปนเปื้อนตัวอย่างที่ใช้ศึกษาที่อาจลดความแตกต่างลงได้อีกเมื่อประชาชนจากพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุมมาปะปนกันเพื่อการค้าหรือทางสังคมและได้พูดคุยกันเกี่ยวกับกิจกรรมนี้

องค์การอนามัยโลกคาดหวังว่า ถ้าโครงการ IMCI ดำเนินไปอย่างถูกต้อง จะมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าบริการการดูแล ณ ปัจจุบัน และผู้บริจาคจะไม่รู้สึกรู้ว่าวิธีการที่ใช้นั้นมีราคาแพง<sup>27</sup> โดยเฉพาะในบังคลาเทศ การศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพในตอนปลายของทศวรรษที่ 1990 พบว่าการดำเนินโครงการ IMCI ในระดับประเทศประหยัดให้แก่ประเทศได้มากกว่า 4 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี<sup>28</sup>

ในช่วงกลางทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) การประมาณการเบื้องต้นเกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการ IMCI พบว่า “ปฏิบัติการกลุ่มแบบบูรณาการที่รวมถึงบริการของโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายระหว่าง 30 - 100 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี” นับเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า ณ เวลานั้น<sup>29</sup> ทั้งนี้ การประมาณการความคุ้มค่าก่อนหน้าที่จะเริ่มโครงการนี้ก็ออกมาว่าได้ผลดีเช่นกัน ทั้งสองการประมาณการนี้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นการมองในแง่ดี ไม่มีรายงานผลต่ออัตราการตายของเด็กในแม่เหล็กเป็นการเฉพาะ จึงเป็นเรื่องยากที่จะบอกว่า โครงการ IMCI มีความคุ้มค่าหรือไม่

### ทำไมโครงการ IMCI จึงไม่เป็นไปตามที่คาดหวังในแม่เหล็ก

ผลงานในแม่เหล็กที่มีค่าเป็นเลขศูนย์สร้างความผิดหวังแก่ผู้บริหารเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนักวิจัยของ MCE คาดหวังว่าโครงการของบังคลาเทศ

จะเป็น “โครงการ IMCI ที่ประสบผลสำเร็จได้ง่ายที่สุด”<sup>30</sup> ทำไมมาตรการลดปัจจัยเสี่ยงจึงล้มเหลวต่อการช่วยชีวิตในพื้นที่การศึกษาข้างต้นและไม่มีแนวโน้มว่าจะได้ผลในระยะยาวด้วย ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้โครงการ IMCI สร้างผลกระทบได้จำกัด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมในวงกว้างที่มีผลต่อการออกแบบโครงการ IMCI ข้อจำกัดในด้านทรัพยากรมนุษย์ และแนวปฏิบัติครอบครัวยุคใหม่ในพื้นที่

ระหว่างกรอบเวลาการประเมินผลโครงการ IMCI ในสองสามปี แรกของศตวรรษนี้ บังคลาเทศมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว มารดามีการศึกษาเพิ่มขึ้น กระแสไฟฟ้า น้ำประปา การสุขาภิบาล และโทรศัพท์เคลื่อนที่เข้าถึงพื้นที่กว้างขวางมากขึ้น ส่งผลให้อัตราตายของเด็กลดลงอย่างรวดเร็ว เด็กๆ ยังได้รับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพอื่นๆ ครอบคลุมเพิ่มขึ้น เช่น การให้วิตามินเอเสริม การให้ภูมิคุ้มกันแก่เด็ก การวางแผนครอบครัว โครงการโภชนาการระดับประเทศและอื่นๆ<sup>31</sup> เด็กๆ โดยเฉพาะในแม่เหล็ก ได้รับการคุ้มครองด้วยการให้ภูมิคุ้มกันที่จำเป็นอย่างครบครันและมีการใช้สารละลายเกลือแร่ชนิดรับประทานรักษาโรคท้องร่วงกันมากกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไป<sup>32</sup>

มิใช่เพียงปัจจัยเชิงบริบทดังกล่าวที่สร้างปัญหาให้นักวิจัยของ IMCI ยังมีเรื่องของกรอบการศึกษาและผลของการศึกษาอีกด้วย เมื่อผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นเผยแพร่ว่าอัตราการตายของเด็กน้อยกว่าที่คาดไว้

นักวิจัยก็คิดว่าการศึกษาของพวกเขาอาจมีอำนาจทางสถิติที่น้อยเกินไป อีกนัยหนึ่งคือเป็นประเด็นปัญหาของขนาดตัวอย่างที่จำนวนการตายของเด็กที่น้อยนั้น ทำให้ยากที่จะได้ค่าทางสถิติที่มีนัยสำคัญ

ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ผลของโครงการไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ตัวอย่างเช่น IMCI อาจเหมาะกับประเทศเป้าหมายที่มีอัตราการตายของทารกสูง ทั้งๆ ที่องค์การอนามัยโลกตระหนักดีว่า วิธีการใดวิธีการหนึ่งไม่สามารถใช้กับทุกประเทศได้ และในตอนปลายของทศวรรษที่ 1990 องค์การอนามัยโลกก็เน้นย้ำเรื่องการเลือกปรับใช้อย่างมาก<sup>33</sup> ประสบการณ์ของบังคลาเทศผนวกกับผลการประเมินของประเทศไทยอื่นๆ ภายในโครงการ IMCI ชี้ให้เห็นว่าการเลือกปรับใช้ให้เหมาะกับประเทศของตนจะช่วยให้<sup>34</sup>

การออกแบบโครงการ IMCI ในช่วงแรกไม่ค่อยเหมาะสมกับคุณสมบัติทางระบาดวิทยาของบังคลาเทศเท่าใดนัก ตัวอย่างเช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลันในแม่ที่เลี้ยง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคปอดบวมนั้น ทำให้เด็กตายมากกว่าโรคท้องร่วง แต่จากการประเมินพบว่า IMCI มีผลต่อโรคท้องร่วงมากกว่าโรคปอดบวมและทำให้เกิดข้อจำกัดต่ออัตราการตายที่เป็นผลรวมจากทุกสาเหตุ<sup>35</sup> การดื้อยาปฏิชีวนะที่เป็นผลมาจากการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็นโดยหมอฟันบ้านและร้านขายยา ก็เป็นอีกปัญหา ขณะที่ IMCI ส่งเสริมให้ใช้โคไตรม็อกซาโซล (co-trimoxazole) ในการรักษาโรคปอดบวม แต่ในบังคลาเทศยานี้มีประสิทธิผลน้อยกว่ายาปฏิชีวนะต่างๆ ที่ใช้ในพื้นที่นอกโครงการ IMCI<sup>36</sup> แม้จะมีความกังวลเรื่องความสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคและสูตรการใช้ยาปฏิชีวนะ แต่ IMCI ก็ยังคงยึดมั่นกับการออกแบบการศึกษาดั้งเดิม สุดท้ายการประเมินผลก็มุ่งประเมินว่า โครงการ IMCI แบบที่คิดไว้แต่แรกจะใช้ได้หรือไม่เมื่อนำไปปฏิบัติในบริบทของแม่ที่เลี้ยง<sup>37</sup>

ช่วงเริ่ม แนวทาง IMCI ไม่ได้ครอบคลุมประเด็นสุขภาพของเด็กอายุช่วง 1 สัปดาห์แรกของชีวิต ซึ่งเป็นช่วงความเสี่ยงของเด็กแรกเกิดที่ยังไม่สามารถทำความเข้าใจได้อย่างถ่องแท้ ณ เวลาที่มีการพัฒนาโครงการนี้ ตัวอย่างเช่น IMCI ช่วงต้นไม่ครอบคลุมการดูแลเด็กแรกคลอดน้ำหนักน้อยและไม่ครอบคลุมเรื่องการให้นมแม่ ซึ่งเป็นเรื่องวิกฤตสำหรับสุขภาพและการรอดชีวิตของเด็กแรกเกิด ในปี พ.ศ. 2552 นักวางแผนสุขภาพได้ปรับปรุงแนวทางของ IMCI ให้ครอบคลุมการดูแลเด็กแรกเกิดด้วย<sup>38</sup> แต่กว่า 3 ใน 4 ของทารกในบังคลาเทศยังเกิดที่บ้านห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุขที่ IMCI สนับสนุนและห่างไกลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรม แนวทางใหม่ที่มีผลกระทบต่อการดูแลเด็กแรกเกิดจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับสถานบริการภายใต้โครงการ IMCI<sup>39</sup>

ความพยายามในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติครอบครัวและแนวทางปฏิบัติชุมชน มุ่งที่จะเอาชนะอุปสรรคที่สัมพันธ์กับปัจจัยทางครอบครัวและชุมชนที่ขัดขวางครอบครัวในการเลือกใช้บริการที่มีคุณภาพ

ยามเด็กป่วย แต่องค์ประกอบนี้เกิดผลไม่ทันในช่วงประเมินผล นอกจากนี้การที่ต้องไปให้บริการถึงที่บ้าน เพราะพ่อแม่เด็กมักไม่พาเด็กกลับมาหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภายหลังจากจำหน่ายออกไปแล้ว ด้วยปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางและไม่สามารถเข้าถึงบริการส่งต่อได้หรือเป็นเพราะพ่อแม่เด็กไม่สามารถรู้ได้ว่าอาการป่วยของเด็กนั้นรุนแรงเพียงใด<sup>40</sup> และแม้ว่าภายหลังจาก IMCI รับเพิ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาดูแลภายในหมู่บ้าน แต่ครอบครัวเหล่านั้นก็ยังคงไปหาหมอพื้นบ้านที่ไม่มีคุณภาพอยู่บ่อยๆ<sup>41</sup>

แม้มีการจัดอบรมให้ภายใต้โครงการ IMCI แต่ข้อจำกัดด้านทรัพยากรมนุษย์ก็ยังเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการสาธารณสุขในบังคลาเทศ ภาครัฐไม่มีระบบการติดตาม ดูแลและสนับสนุนในระดับที่ต่ำกว่าอำเภอ<sup>42</sup> โดยทั่วไป IMCI เน้นหน่วยบริการภาครัฐไม่สนใจภาคเอกชนที่ชาวบังคลาเทศส่วนใหญ่เลือกใช้บริการด้านสุขภาพ<sup>43</sup>

โครงการ MCE ได้ประเมินการปฏิบัติงานของโครงการ IMCI ในเปรู บราซิล อุกันดา และแทนซาเนียด้วย นักวิจัยควบคุมการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อม แต่สุ่มได้เฉพาะในแม่ที่เลี้ยงเท่านั้นและไม่มี การพูดถึงปัจจัยรบกวน (ที่อาจมี) ในการวิเคราะห์อื่นๆ การสุ่มอย่างชัดเจนจากประเทศอื่นๆ ภายใต้โครงการ MCE จึงมีข้อจำกัดเมื่อเทียบกับบังคลาเทศ

สิ้นห้าประเทศภายใต้โครงการ MCE ได้พยายามรักษาคุณภาพของการปฏิบัติงานภายใต้นโยบายนี้ในระดับประเทศ<sup>44</sup> ตัวอย่างเช่น ในอุกันดา การจัดอบรมของ IMCI ทำให้ผลงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดีขึ้น แต่คุณภาพของบริการในภาพรวมยังคงต่ำ ผู้ประเมินสรุปว่าการจัดอบรมไม่เพียงพอ การเพิ่มผลงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องอาศัยนโยบายที่ชัดเจนมาสนับสนุนอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการติดตามดูแลและการอบรมที่มีคุณภาพสูง<sup>45</sup>

ผู้ประเมินยังศึกษาผลขององค์ประกอบสองประการแรกของโครงการ IMCI ในเขตชนบทของแทนซาเนีย ซึ่งผลของมันดูมีขนาดในระดับอำเภอภายใต้โครงการ IMCI การจัดการรายโรคดีขึ้นและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตายลดลงร้อยละ 13 แต่เป็นเพราะ ไม่ได้ปฏิบัติตามแบบสุ่ม จึงไม่สามารถควบคุมอิทธิพลของปัจจัยในบริบทได้ทั้งหมด<sup>46</sup>

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

การประเมินผลในแม่ที่เลี้ยงพบว่า ปฏิบัติการโครงการ IMCI ในบริบทนี้ให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นบางประการ แต่ไม่เพียงพอที่จะลดอัตราการตายของเด็กลงได้ในภาพรวมของประเทศ เด็กในแม่ที่เลี้ยงมีสุขภาพแข็งแรงกว่าเด็กในประเทศอื่นภายใต้โครงการ IMCI ทำให้ผลกระทบที่เกิดขึ้นในแม่ที่เลี้ยงมีความแปลกแยกจากประเทศอื่นมาก อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบของทีม

ประเมินเกี่ยวกับผลของประสบการณ์ในแม่เหล็กสอดคล้องกับผลจากประเทศอื่นภายใต้โครงการ MCE ผลการประเมินมีส่วนทำให้ทีมงาน IMCI ตระหนักต่อศักยภาพและข้อจำกัดของวิธีการที่ใช้ และต้องใส่ใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายเป็นส่วนใหญ่ เพื่อปรับปรุงระบบสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับชุมชนด้วย<sup>47</sup>

ผู้ออกแบบโครงการ IMCI อาจไม่ใส่ใจเท่าที่ควรต่อความซับซ้อนในการปฏิบัติการแบบหลายแง่มุมในแนวระนาบที่บังคลาเทศและที่อื่นๆ<sup>48</sup> ความสำเร็จแบบยั่งยืนของ IMCI ขึ้นกับระบบสุขภาพที่แข็งแกร่ง แต่โครงการนี้ก็เสนอทางเลือกให้น้อยมากในการทำให้ระบบสุขภาพที่อ่อนแอเข้มแข็งขึ้น<sup>49</sup> ผู้เชี่ยวชาญของ MCE เห็นด้วยว่า โครงการนี้ประมาณการความสำคัญของปัจจัยทางระบบสุขภาพต่ำเกินไป โดยระบุว่า “การแก้ปัญหาใหญ่ๆ ได้แก่ ความจริงจังทางการเมือง ทรัพยากรมนุษย์ การเงิน การคลัง การจัดการโครงการ และการกระจายอำนาจ เป็นรากฐานสำคัญของความสำเร็จที่จะทำให้ลดอัตราการตายของเด็กได้”<sup>50</sup>

เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2546 ประเทศด้อยพัฒนาจำนวน 108 ประเทศได้เริ่มโครงการ IMCI ในสองเสาแรก เครื่องมือการอบรมของ IMCI เป็นที่นิยมมาก หลายประเทศภายใต้ IMCI ได้เริ่มการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่โดยไม่ได้เริ่มงานอื่น<sup>51</sup> อย่างไรก็ตาม ประเทศส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องทรัพยากรมนุษย์ ขาดแคลนบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนจาก IMCI และมีการติดตามที่ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นอุปสรรคต่อบริการการรักษาและต่อคุณภาพของบริการ ระบบให้คำปรึกษาก็ไม่ยั่งยืน แม้แต่แทนซาเนียซึ่งเป็นประเทศแรกที่เริ่มโครงการ IMCI<sup>52</sup>

โครงการดำเนินไปได้ด้วยดีแต่ก็ไม่มีผลต่อระบบสุขภาพ IMCI คาดหวังสูงที่จะเห็นผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน แต่การค้นหาวិธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพภายในชุมชนอย่างได้ผลก็เป็นเรื่องยาก<sup>53</sup> ในปัจจุบัน วงการสุขภาพทั่วโลกได้ตระหนักถึงบทบาทอันสำคัญ of ชุมชนในการดูแลสุขภาพแล้ว แต่การเก็บหลักฐานยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น ต้องอาศัยการใส่ใจมากกว่านี้ รวมถึงต้องมีความเข้าใจให้มากขึ้นเกี่ยวกับอุปสรรคต่อการเข้าถึงหลักฐานดังกล่าวด้วย<sup>54</sup>

ทุนระดับโลกที่สนับสนุน IMCI ลดลง โดยหันไปให้ทุนแก่โครงการสุขภาพเด็กโดยตรงเพิ่มขึ้นในช่วงสองสามปี ที่ผ่านมา ทำให้กระทรวง

สาธารณสุขของหลายประเทศที่มีพันธสัญญากับ IMCI ไม่มีเงินสำหรับดำเนินการ<sup>55</sup> ผู้สนับสนุน IMCI กล่าวว่า การให้ทุนแก่โครงการบูรณาการแบบนี้กลายเป็นเรื่องไม่สำคัญเพราะโครงการแบบแยกส่วนมองว่าเป็นคู่แข่ง แม้ว่าผลของการประเมินจะปะปนกันแต่ทีมงานของ MCE ก็ยังพิจารณาว่าการบริหารจัดการผู้ป่วยเป็นวิธีการ “มาตรฐานทอง” สำหรับประเทศภายใต้โครงการ IMCI ถึงแม้จะมีข้อพึงระวังว่าการปฏิบัติตาม IMCI จะต้องยืดหยุ่นพอที่จะปรับให้เข้ากับบริบทวิทยาของพื้นที่และใช้วิธีการที่พิสูจน์แล้วว่าคุ้มค่าที่จะได้จัดการกับความเจ็บป่วยของเด็กแต่ละคนได้ แต่พวกเขาก็ยังแนะนำให้ใส่ใจให้กับกลุ่มแม่และเด็กที่เปราะบางที่สุด ซึ่งเรียกร้องให้ใช้วิธีการที่ยืดหยุ่นเพื่อที่จะได้เข้าถึงทารกคนใหม่ๆ ที่บ้านได้<sup>56</sup>

ในทางทฤษฎี IMCI มีองค์ประกอบที่จำเป็นครบสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลดอัตราการตายของเด็ก แต่หลายๆ ประเทศภายใต้โครงการนี้กลับไม่ประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัดเหล่านั้น การประเมินผลโครงการ IMCI ในแม่เหล็กชี้ให้เห็นถึงความยากลำบากของการปฏิบัติตามวิธีที่ซับซ้อน ความซับซ้อนของวิธีการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์สามองค์ประกอบ เป็นสิ่งที่ต้องทำภายใต้การควบคุมเงื่อนไขต่างๆ ซึ่งยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่มีโครงสร้างพื้นฐานด้านการดูแลสุขภาพและทรัพยากรมนุษย์ที่จำกัด

มันอาจจะผิดก็ได้ที่สรุปว่า จากการประเมินผลในแม่เหล็กนั้น การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานร่วมกับ IMCI ไม่สามารถส่งผลกระทบต่ออัตราการตายของเด็กได้ แต่การขาดข้อมูลผลกระทบก็มิได้ขัดขวางการปรับตัวในวิธีการของ IMCI หรือขัดขวางประโยชน์ที่ประชากรจะได้รับผลจากแม่เหล็กและพื้นที่อื่นชี้ให้เห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องประเมินผลกระทบขององค์ประกอบต่างๆ ของ IMCI และปรับปรุงโครงการเพื่อหนุนเสริมการให้บริการ รวมทั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิผลให้เป็นส่วนหนึ่งของวิธีการเชิงระบบ การอบรมทักษะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การปรับปรุงคุณภาพ รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่สำคัญ ต้องทำให้เหมาะสมกับบริบทวิทยาของแต่ละประเทศเหล่านี้ก็จะทำให้ IMCI มีศักยภาพในการลดอัตราการตายของเด็กในระดับประเทศได้

## อ้างอิง

- Ahmed, Haitham M., Marc Mitchell, and Bethany Hedt. 2010. "National Implementation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): Policy Constraints and Strategies." *Health Policy* 96 (2): 128-33. doi:10.1016/j.healthpol.2010.01.013.
- Ahmed, Syed Masud, Housne Ara Begum, and Kaosar Afsana. 2007. *Maternal, Neonatal and Child Health Programmes in Bangladesh*. Research Monograph Series 32. Dhaka, Bangladesh: BRAC.
- Arifeen, S.E., J. Bryce, E. Gouws, A.H. Baqui, R.E. Black, D.M.E. Hoque, E.K. Chowdhury, et al. 2005. "Quality of Care for Under - Fives in First - Level Health Facilities in One District of Bangladesh." *Bulletin of the World Health Organization* 83 (4): 260-67.
- Arifeen, Shams E., D.M. Emdadul Hoque, Tasnima Akter, Muntasir Rahman, Mohammad Enamul Hoque, Khadija Begum, Enayet K. Chowdhury, et al. 2009. "Effect of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy on Childhood Mortality and Nutrition in a Rural Area in Bangladesh: A Cluster Randomised Trial." *Lancet* 374 (9687): 393-403. doi:10.1016/S0140 - 6736(09)60828 - X.
- Bryce, J. 2005. "Programmatic Pathways to Child Survival: Results of a Multi - Country Evaluation of Integrated Management of Childhood Illness." *Health Policy and Planning* 20 (90001): i5-17. doi:10.1093/heapol/czi055.
- Bryce, Jennifer, Cesar G. Victora, Jean - Pierre Habicht, J. Patrick Vaughan, and Robert E. Black. 2004. "The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons for the Evaluation of Public Health Interventions." *American Journal of Public Health*: 94 (3): 406-15. doi:10.2105/AJPH.94.3.406.
- Chowdhury, Enayet K., Shams El Arifeen, Muntasir Rahman, D.M. Emdadul Hoque, M. Altaf Hossain, Khadija Begum, Ashraf Siddik, et al. 2008. "Care at First-Level Facilities for Children with Severe Pneumonia in Bangladesh: A Cohort Study." *Lancet* 372 (9641): 822-30. doi:10.1016/S0140 - 6736(08)61166 - 6.
- Duke, Trevor. 2009. "Child Survival and IMCI: In Need of Sustained Global Support." *Lancet* 374 (9687): 361-62. doi:10.1016/S0140 - 6736(09)61396 - 9.
- El Arifeen, Shams. 2008. "Child Health and Mortality." *Journal of Health, Population, and Nutrition* 26 (3): 273-79.
- El Arifeen, Shams, Tasnima Akhter, Hafizur Rahman Chowdhury, Kazi Mizanur Rahman, Enayet Karim Chowdhury, and N. Alam. 2005. "Causes of Death in Children Under Five Years of Age." Dhaka, Bangladesh: National Institute of Population Research and Training.
- El Arifeen, S., L.S. Blum, D.M. Hoque, E.K. Chowdhury, R. Khan, R.E. Black, C.G. Victora, and J. Bryce. 2004. "Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: Early Findings from a Cluster - Randomised Study." *Lancet* 364 (9445): 1595-1602.
- Gwatkin, Davidson R. 2004. "Integrating the Management of Childhood Illness." *Lancet* 364 (9445): 1557-58. doi:10.1016/S0140 - 6736(04)17324 - 8.
- Harding, April, Henrik Axelson, and Flavia Bustreo. 2010. "Child Health and the Missing Link: Working with the Private Sector for Better Results." Draft document for discussion. [http://www.who.int/pmnch/topics/child/child\\_missinglink.pdf](http://www.who.int/pmnch/topics/child/child_missinglink.pdf).
- ICDDR,B (International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh). 2003. *Health and Demographic Surveillance System Matlab. Vol. 90, Registration of Health and Demographic Events 2001*. Dhaka, Bangladesh: ICDDR,B. [http://www.icddr.org/publications/cat\\_view/52-publications/10049-hdss-annual-reports?start=10](http://www.icddr.org/publications/cat_view/52-publications/10049-hdss-annual-reports?start=10).
- . 2008. "Promoting Case Management for Severe Pneumonia in Children: How We May Do It Differently and Better." <http://www.icddr.org/media - centre/news?id=376&task=view>.
- Khan, M.M., K.K. Saha, and S. Ahmed. 2002. "Adopting Integrated Management of Childhood Illness Module at Local Level in Bangladesh: Implications for Recurrent Costs." *Journal of Health, Population, and Nutrition* 20 (1): 42-50.
- NIPORT (National Institute of Population Research and Training), Mitra and Associates, and Macro International. 2009. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2007*. Dhaka, Bangladesh, and Calverton, MD: NIPORT. [http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR207/FR207\[April - 10 - 2009\].pdf](http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR207/FR207[April - 10 - 2009].pdf).
- Nosites, Emily, Rob Hackleman, Kristoffer L.M. Weum, Julian Pintye, Lisa Manhart, and Stephen Hawes. 2012. "Bangladesh Zinc Case Study." Working paper, University of Washington Global Health Start Program, Seattle.
- Pariyo, George W., Eleanor Gouws, Jennifer Bryce, Gilbert Burnham, and Uganda IMCI Impact Study Team. 2005. "Improving Facility - Based Care for Sick Children in Uganda: Training Is Not Enough." *Health Policy and Planning* 20 (Suppl 1): i58-68. doi:10.1093/heapol/czi051.
- Rehydration Project. 2014. "Oral Rehydration Therapy: 25 Years of Saving Lives." Last updated April 21. <http://rehydrate.org/ors/25years - saving - lives.htm>.
- Schellenberg, Joanna R.M. Armstrong, Taghreed Adam, Hassan Mshinda, Honorati Masanja, Gregory Kabadi, Oscar Mukasa, Theopista John, et al. 2004. "Effectiveness and Cost of Facility - Based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania." *Lancet* 364 (9445): 1583-94. doi:10.1016/S0140 - 6736(04)17311 - X.
- Streatfield, P.K., S.E. Arifeen, and A. Al - Sabir. 2011. *Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2010: Summary of Key Findings and Implications*. Dhaka, Bangladesh: National Institute of Population Research and Training.

## อ้างอิง (ต่อ)

- Tulloch, J. 1999. "Integrated Approach to Child Health in Developing Countries." *Lancet* 354 (Suppl 2): 16-20.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2009. *National Report Bangladesh: Global Study on Child Poverty and Disparities*. Dhaka, Bangladesh: UNICEF.
- . 2010. *Child Survival in Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh: UNICEF. [http://www.unicef.org/bangladesh/Child\\_Surviva\\_in\\_Bangladesh.pdf](http://www.unicef.org/bangladesh/Child_Surviva_in_Bangladesh.pdf).
- . 2012. *IMCI Newsletter: Performance Report for January to December 2010*. Issue 3. Dhaka, Bangladesh: Directorate General of Health Services. [http://www.dghs.gov.bd/liets\\_file/images/IMCI/imci\\_issue\\_3\\_march\\_2012.pdf](http://www.dghs.gov.bd/liets_file/images/IMCI/imci_issue_3_march_2012.pdf).
- WHO (World Health Organization). 2015. "Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health: Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)." Accessed December 15. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/imci/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/en/).
- WHO and UNICEF. 1999. *IMCI Information: Planning National Implementation of IMCI*. Geneva: World Health Organization. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65002/3/WHO\\_CHS\\_CAH\\_98.1C\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65002/3/WHO_CHS_CAH_98.1C_eng.pdf).
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford, UK: Oxford University Press.
18. Shams El Arifeen, personal communication with the author, December 19, 2014.
19. UNICEF (2012).
20. Duke (2009).
21. Chowdhury et al. (2008).
22. Arifeen et al. (2005).
23. Arifeen et al. (2009).
24. NIPORT, Mitra and Associates, and Macro International (2009).
25. Arifeen et al. (2009).
26. Sk. Masum Billah, personal communication with the author, August 4, 2015.
27. WHO (2015); Schellenberg et al. (2004).
28. Khan, Saha, and Ahmed (2002).
29. World Bank (1993, 114).
30. Bryce (2004, 413).
31. Ahmed, Begum, and Afsana (2007).
32. Alejandro Cravioto, personal communication with Amanda Glassman, October 30, 2015.
33. Bryce (2005).
34. Bryce (2005).
35. Arifeen et al. (2009).
36. Arifeen et al. (2009).
37. Shams El Arifeen, personal communication with the author, December 19, 2014.
38. UNICEF (2010).
39. Streatfield, Arifeen, and Al - Sabir (2011).
40. ICDDR,B (2008).
41. Arifeen et al. (2009).
42. UNICEF (2010); Shams El Arifeen, personal communication with the author, December 19, 2014.
43. Harding, Axelson, and Bustreo (2010); El Arifeen et al. (2005).
44. Bryce (2005).
45. Pariyo et al. (2005).
46. Schellenberg et al. (2004).
47. Shams El Arifeen, personal communication with the author, December 19, 2014.
48. Gwatkin (2004).
49. Arifeen et al. (2005).
50. Bryce (2005, i5).
51. Ahmed, Mitchell, and Hedt (2010).
52. Schellenberg et al. (2004).
53. Gwatkin (2004).
54. Duke (2009).
55. Duke (2009).
56. Bryce (2005); Shams El Arifeen, personal communication with the author, December 19, 2014.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Rehydration Project (2014).
2. El Arifeen et al. (2004).
3. Tulloch (1999).
4. El Arifeen (2008).
5. El Arifeen et al. (2005).
6. ICDDR,B (2003).
7. El Arifeen et al. (2005).
8. Arifeen et al. (2005).
9. Arifeen et al. (2009); Harding, Axelson, and Bustreo (2010).
10. Arifeen et al. (2005).
11. Bryce (2005).
12. Nosites et al. (2012).
13. Shams El Arifeen, personal communication with the author, December 19, 2014.
14. Bryce (2005).
15. Arifeen et al. (2005); Bryce (2005).
16. UNICEF (2009).
17. Duke (2009).





## ภาคที่ 2

# การขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ

9. **การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับทุกคน: โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งประเทศไทย**  
พลเมืองไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและได้รับสิทธิประโยชน์ตั้งแต่เด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่แข็งแรง ทำให้สามารถเพิ่มผลผลิตจากแรงงานและลดความเสี่ยงทางการเงินของครอบครัว
10. **การจ่ายงบประมาณให้จังหวัดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ: แผนกำเนิดทารกแห่งอาร์เจนตินา (Argentina's Plan Nacer)**  
ด้วยระบบที่ออกแบบให้มีโครงสร้างการจ่ายเงินเป็นแรงจูงใจ รัฐบาลอาร์เจนตินาประสานงานกับหน่วยงานของรัฐในระดับจังหวัดเป็นอย่างดี เพื่อแก้ปัญหาวิกฤตสุขภาพเด็กแรกเกิดที่กำลังแย่ลง
11. **ขจัดโรคถึงรากเหง้า: โครงการชอตตาแฟมิลีเยแห่งบราซิล (Brazil's Programa Saúde da Família)**  
ด้วยการยกระดับคุณภาพงานบริการปฐมภูมิให้สูงขึ้นในทุกระดับ บราซิลสามารถลดอัตราการตายจากโรคหัวใจตลอดจนลดอัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
12. **ยิ่งส่งเสริมคนทำงานด้านสุขภาพ สุขภาพยิ่งดีขึ้น: โครงการจ่ายตามผลงานบริการสุขภาพในวันดา**  
ในประเทศรวันดา การจ่ายเงินผู้ให้บริการตามผลงาน ทำให้: การใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น เด็กมีการเจริญเติบโตที่ดีขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
13. **เรียนรู้จากความล้มเหลว: การลดค่าใช้จ่ายสำหรับการคลอดที่สถานพยาบาลในแคว้นคูชราต ประเทศอินเดีย**  
คูชราตพยายามลดอัตราการตายของแม่และทารกแรกคลอดด้วยการเพิ่มแรงจูงใจในการให้บริการ แต่ละเลยเรื่องอุปสงค์และการพัฒนาคุณภาพบริการ ดังนั้น แม้มีการใช้บริการเพิ่มขึ้นแต่ก็ล้มเหลวในการปรับปรุงด้านสุขภาพ

# วิ

รัฐบาลไทยกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ครอบคลุมพลเมืองที่ก่อนหน้านี้ไม่มีหลักประกันสุขภาพและว่าจ้างทีมสุขภาพออกค้นหาและให้บริการแก่พลเมืองที่สมควรได้รับสิทธิ ประเทศอาร์เจนตินาให้สิ่งจูงใจต่างๆ กระตุ้นทีมงานสุขภาพในระดับพื้นที่และในระดับจังหวัดค้นหาแม่และเด็กที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพให้เข้ามาใช้บริการที่สำคัญภายใต้โครงการใหม่ รัฐบาลกลางบราซิลกำหนดชุดมาตรฐานบริการการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและจัดสรรงบประมาณไปยังเทศบาลตามจำนวนหัวประชากรที่รับผิดชอบและตามลักษณะความเสี่ยงของประชากรนั้นๆ รัฐบาลรวันดาจ่ายเงินเพิ่มพิเศษแก่ผู้ให้บริการตามปริมาณและคุณภาพของการให้บริการ

ผลการแทรกแซงของโครงการเหล่านี้ทำให้เกิดประโยชน์ชัดเจนคือสุขภาพดีขึ้น รัฐบาลพยายามผลักดันผลกระทบที่เกิดขึ้นให้กว้างออกไปด้วยการกำหนดสิทธิประโยชน์ในชุดบริการและประชากรที่จะได้รับสิทธิ รวมถึงจัดให้บริการที่มีคุณภาพ แต่การเพิ่มการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ มิได้หมายถึงสุขภาพจะดีขึ้นโดยอัตโนมัติ มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลายโครงการทั่วโลกที่เพิ่มการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพโดยไม่ได้ทำให้สุขภาพดีขึ้นชัดเจน ดังเช่นประสบการณ์ของสหรัฐอเมริกา จีน และเวียดนาม<sup>1</sup> กรณีศึกษาหนึ่งที่จัดอยู่ในส่วนนี้คือรัฐคุชราตที่อุดหนุนเงินให้หน่วยบริการเอกชน แต่ก็ยังล้มเหลว เพราะความตายของทารกและมารดามีได้ลดลง แม้การคลอดที่สถานพยาบาลจะเพิ่มขึ้นแทนที่การคลอดที่บ้าน

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในคุชราตเป็นบทเรียนที่ทำให้ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการระบุปัญหาที่แม่นยำและเลือกใช้วิธีแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการ เช่น ความครอบคลุมของสถานพยาบาลและคุณภาพของบริการ กรณีศึกษาต่อไปนี้จะชี้ว่าผู้กำหนดนโยบายจะต้องจัดเตรียมทั้งด้านความครอบคลุมและคุณภาพของบริการเพื่อให้พลเมืองมีสุขภาพดีขึ้นอย่างแท้จริง

## อ้างอิง

Davis, Karen, Kristof Stremikis, David Squires, and Cathy Schoen. 2014. *Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally*. New York: Commonwealth Fund. <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>.

*Economist*. 2014. "Health Care in Vietnam: Limping Along," September 20. <http://www.economist.com/news/asia/21618894-ordinary-folk-are-sick-and-tired-their-public-hospitals-limping-along>.

Qi, Liyan, and Lauri Burkitt. 2015. "Falling through the Cracks of China's Health - Care System." *Wall Street Journal*, January 4. <http://www.wsj.com/articles/falling-through-the-cracks-of-chinas-health-care-system-1420420231>.

## บันทึก

1. Davis et al. (2014); Qi and Burkitt (2015); Economist (2014)

## กรณีศึกษาที่ 9

### การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับทุกคน

#### โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแห่งประเทศไทย

(ต้นฉบับโดย Yuna Sakuma)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** พลเมืองทุกคนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพบนฐานแห่งความเท่าเทียมตามความจำเป็น ไม่ว่าจะอยู่ในฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมใดๆ

**ยุทธวิธี:** รัฐบาลเป็นผู้ริเริ่มและดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมโดยประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การป้องกันโรค และบริการฉุกเฉิน

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** การใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพมีมากขึ้น ลดอัตราการตายของทารก ลดการเจ็บป่วยหนักจนทำงานไม่ได้ ลดสัดส่วนของครอบครัวที่ต้องเผชิญปัญหาทางการเงินเนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

**ปัจจัยสำเร็จ:** การสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ การจำแนกบทบาทระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการออกเป็นสองหน่วยงาน ระบบการจ่ายแบบเหมาหัว (Capitation) การทุ่มเทให้กับการดำเนินงานที่ต่อเนื่องยาวนาน

**การเงินการคลัง:** 35 เหรียญสหรัฐ (1,200 บาท) ต่อคน ในปี พ.ศ. 2545 80 เหรียญสหรัฐ (2,700 บาท) ต่อคน ในปี พ.ศ. 2554

**ขนาดของโครงการ:** สมาชิก 48 ล้านคน (พ.ศ. 2554)

ชายไทยติดเชื้ระบบทางหายใจอาจต้องลาหยุดงานหนึ่งสัปดาห์ หรือมากกว่านั้น การไปหาหมออาจช่วยให้กลับไปทำงานเร็วขึ้น แต่เขาก็ต้องหาเลี้ยงครอบครัว การจ่ายค่ารักษาพยาบาลหมายถึงการแลกกับค่าอาหารและค่าเสื้อผ้าของครอบครัว เมื่อต้องเผชิญทางเลือกที่อุทธรณ์ไม่ได้ เช่นนี้ คนไทยหลายคนเลือกที่จะละทิ้งการดูแลสุขภาพ จึงป่วยนาน ขาดงานและรายได้ หากขาดงานบ่อยๆ ก็ทำให้ตกงาน กลายเป็นวงจรอุบาทว์ระหว่างสุขภาพแย่กับความยากจน นี่คือนทางเลือกที่อุทธรณ์ไม่ได้ของคนไทยจำนวนมากก่อนจะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความสำเร็จในการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพอย่างถ้วนหน้าเป็นเป้าหมายของประเทศร่ำรวยส่วนใหญ่หลังยุคสงคราม เมื่อไม่นานมานี้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ริเริ่มเพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการสุขภาพโดยไม่ต้องทนทุกข์กับปัญหาทางการเงิน โดยมีการผลักดันอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศที่รายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง กลุ่มขับเคลื่อนทางสังคมและกลุ่มนักวิจัย ต่างสรรเสริญศักยภาพอันยิ่งใหญ่ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเป็นการส่งเสริมทั้งสุขภาพและสิทธิมนุษยชน<sup>1</sup>

เมื่อมีการผลักดันในเรื่องนี้ทั่วโลก ประเทศไทยก็เริ่มขึ้นแรกเพื่อสร้างระบบนี้ โดยในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลไทยได้จัดการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพที่ถือได้ว่าเป็นหนึ่งในโครงการที่สำเร็จได้ยากที่สุดเท่า

ที่เคยมีมาในประเทศกำลังพัฒนา นั่นคือ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme : UCS)<sup>2</sup> มุ่งให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพจำเป็นอย่างถ้วนหน้าและลดภาวะหายนะทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการจ่ายเงินเองในการดูแลสุขภาพ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยครอบคลุมประชากร 18 ล้านคนภายในเวลาไม่ถึงหนึ่งปี<sup>3</sup> ผลการดำเนินงานทำให้คนไทยที่ป่วยหนักถึงขั้นทำงานไม่ได้มีจำนวนน้อยลง เด็กทารกในจังหวัดที่ยากจนก็ตายน้อยลง<sup>4</sup> ประเทศไทยแสดงศักยภาพให้เห็นว่า แม้เป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางก็ประสบความสำเร็จในการให้หลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าแก่ประชาชนได้ โดยดำเนินการด้วยนโยบายที่โปร่งใส ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และไม่เลือกปฏิบัติ เป็นตัวอย่างให้ประเทศอื่นๆ ได้เจริญรอยตามเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพอย่างแท้จริง

#### ผลเสียของการไม่มีหลักประกัน

หลายระบบสุขภาพทั่วโลกล้มเหลวในการคุ้มครองครอบครัวให้พ้นจากความเสียหายทางการเงินเพื่อการดูแลสุขภาพดีกว่า 35 ประเทศประชาชนต้องจ่ายเงินเองเกินกว่าครึ่งของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศในปี พ.ศ. 2555<sup>5</sup> ยามเผชิญความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อช่วยเหลือ

ลูกที่ป่วยด้วยโรคอันตราย พ่อแม่ต้องทำทุกอย่างที่จำเป็นเพื่อให้ลูกนั้นได้รับการรักษาพยาบาล. ครอบครัวที่ยากจนจริงๆ อาจไม่ได้รับความช่วยเหลือใดๆ เลย ในหลายสถานการณ์ กว่าหนึ่งในสี่ของประชากรจำเป็นต้องไปกู้หนี้ยืมสินหรือขายสมบัติที่ดินเพื่อให้ได้เงินไปจ่ายค่ารักษาพยาบาล<sup>6</sup> ความเจ็บป่วยจึงทำให้ฐานะทางการเงินล้มละลายในทันที ประมาณได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพอย่างน้อยที่สุดเท่ากับร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่มีโชอาหาร

การประกันสุขภาพช่วยปกป้องประชาชนจากการจ่ายเงินก้อนใหญ่จากรายได้ครอบครัวในการรักษาพยาบาล ทำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงความจนจากการต้องจ่ายเงินเอง หลักฐานจาก 40 ประเทศรายได้น้อยและรายได้ปานกลางยืนยันว่า ประเทศที่ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้มากจะมีประชาชนจำนวนน้อยที่ต้องขายสมบัติหรือยืมเงินมาเพื่อซื้อบริการสุขภาพ<sup>7</sup>

นอกจากคุ้มครองฐานะการเงินแล้ว หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังปรับปรุงสถานะสุขภาพให้ดีขึ้นได้ถ้าประเทศมีระบบสุขภาพที่ทำงานได้ดี ทั้งนี้เพราะเหตุผลสองประการ ประการแรก หลักประกันสุขภาพทำให้การเข้าถึงบริการดีขึ้นด้วยการลดระดับกำแพงค่าใช้จ่าย ประการที่สอง การลดภาระที่ต้องจ่ายเงินเองทำให้ประชาชนไม่ต้องตกอยู่ในภาวะยากจนอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การคุ้มครองฐานะทางการเงินของครอบครัวจึงช่วยลดความเสี่ยงที่เด็กจะต้องสัมผัสกับภาวะยากจนที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค คือ ปอดบวมและการติดเชื้ออื่นๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกต้องเสียชีวิต<sup>8</sup>

ในประเทศไทยช่วงก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกือบหนึ่งในสี่ของประชากรไม่มีหลักประกันสุขภาพ<sup>9</sup> ส่วนที่เหลือมีหลักประกันสุขภาพที่คุ้มครองเพียงบางส่วน ผลคือ เด็กไทยกว่า 17,000 คนที่อายุต่ำกว่าห้าปี เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2543 (18.9 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย) สองในสามตายจากโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ง่าย<sup>10</sup> ขณะที่เงินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ประชาชนต้องจ่ายเองส่วนหนึ่งมาจากหนึ่งในห้าของครอบครัวไทยที่ยากจนที่สุด<sup>11</sup>

### จากแนวคิดสู่การขับเคลื่อน: สัญญาทางการเมือง กลายเป็นนโยบายในโลกแห่งความจริง

กว่าประเทศไทยจะริเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำเร็จ ต้องใช้สายป่านแห่งความพยายามที่ยาวนานเพื่อปรับปรุงความเท่าเทียมด้านสุขภาพให้ดีขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2518 รัฐบาลได้ให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อย และเมื่อตระหนักถึงการขาดแคลนสถานอนามัยในพื้นที่ชนบท ก็ได้หยุดการลงทุนสำหรับโรงพยาบาลในเขตเมืองระหว่างปี พ.ศ. 2525 - 2529 ในขณะที่เดียวกันก็โยกย้ายทรัพยากรไปยังโรงพยาบาลประจำอำเภอและสถานอนามัยในชนบท ผลิตเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนบรรจุแพทย์ไปประจำโรงพยาบาลอำเภอ สรรหาและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับสาธารณสุขมูลฐาน

แม้ว่างานด้านสาธารณสุขจะมีความก้าวหน้า แต่ ในปี พ.ศ. 2544 ประชากรไทยประมาณร้อยละ 25 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ การกระจายสิทธิการรักษาพยาบาลฟรียังไม่เท่าเทียม ตัวชี้วัดทางการแพทย์บางตัวสะท้อนความไม่สมดุลนี้ ในขณะที่ประชากรส่วนใหญ่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล(สปร.) ซึ่งเป็นโครงการที่ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ทหารผ่านศึก พระสงฆ์ และนักบวช แต่อัตราตายของทารกยังคงสูงกว่าประเทศอื่น<sup>12</sup> ความเชื่อมโยงระหว่างการมีโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลดังกล่าวกับผลลัพธ์สุขภาพที่ยังแย่ช่วยยืนยันว่า ประชาชนยังยากจน ทารกก็ตายเพิ่มขึ้น วิฤตเศรษฐกิจเอเชียในปี พ.ศ. 2540 ยิ่งทำให้การคุ้มครองสุขภาพมีความไม่เท่าเทียม เศรษฐกิจและระบบสุขภาพของไทยอ่อนแอลง โดยการว่างงาน สัดส่วนของประชากรที่ยากจน และค่าใช้จ่ายด้านยาและวัสดุทางการแพทย์ เหล่านี้ล้วนเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขก็ถูกปรับลดงบประมาณลง<sup>13</sup>

ในปี พ.ศ. 2542 นักวิชาการด้านการปฏิรูปและผู้เชี่ยวชาญการสาธารณสุขไทยจำนวนหนึ่งได้จัดทำรายงานข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งมิติการเงินการคลังและมิติความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการ<sup>14</sup> แต่ความพยายามในการนำเสนอโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในครั้งนั้นมีอันต้องสะดุดหยุดลง<sup>15</sup> นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (ผู้ซึ่งต่อมาได้มาดูแลการขยายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ได้ทำงานอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อยเพื่อทำให้นักการเมืองและสาธารณชนเห็นด้วยกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่จนแล้วจนรอด แนวความคิดของเขาก็ไม่ได้รับการขานรับ<sup>16</sup>

ต่อมา นักวิชาการกลุ่มดังกล่าวได้มองเห็นช่องทางแห่งโอกาสในการผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยอย่างถอนรากถอนโคนในช่วงต้นของการเตรียมการเลือกตั้งผู้แทนราษฎรที่จะมีขึ้นในปี พ.ศ. 2544<sup>17</sup> พรรคไทยรักไทยที่นำโดยทักษิณ ชินวัตร (ผู้ต่อมาได้รับการแต่งตั้งให้เป็นนายกรัฐมนตรี) ได้ชูธงประชานิยมโดยใช้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหนึ่งในนโยบายหลักของพรรคที่แสดงก่อนการเลือกตั้ง พรรคนี้จึงกลายเป็นหัวใจของการขับเคลื่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เคียงข้างไปกับนักเคลื่อนไหวฝั่งรัฐบาลและนักเคลื่อนไหวในกลุ่มประชาสังคม ไทยรักไทยได้ให้คำมั่นสัญญาในการรณรงค์หาเสียงว่า โครงการใหม่ที่เสนอนั้นจะคุ้มครองคนไทยที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ สโลแกนของพรรคคือ “สามสิบบาทรักษาทุกคน”

ภาคประชาสังคมก็มีบทบาทสำคัญเช่นกัน จน อึ้งภากรณ์ วุฒิสมาชิกแห่งรัฐสภาไทยและนักเคลื่อนไหวสังคม, สร้างกลุ่มเครือข่ายที่ประกอบด้วย 11 องค์กรพัฒนาภาคเอกชนเพื่อสนับสนุนโครงการ “สามสิบบาท” กลุ่มนี้ได้รับแรงผลักดันเรื่องความเท่าเทียมกันในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการคุ้มครองฐานะทางการเงิน ภาคประชาสังคมมีที่นั่งจำนวน 5 ที่นั่งในคณะกรรมการรัฐสภาที่ทำหน้าที่ทบทวนร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนเหล่านี้จึงมีอิทธิพลอย่างแท้จริงต่อการออกแบบนโยบาย<sup>22</sup>

ไทยรักไทยขณะอย่างถล่มทลายในการเลือกตั้งระดับประเทศในเดือนมกราคมปี พ.ศ. 2544 ช่วยกรุยทางเรื่องนี้สู่การเปลี่ยนแปลงในท้ายที่สุด<sup>23</sup> รัฐบาลนี้เร่งรัดการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างรวดเร็ว แม้ว่าที่ปรึกษาอาวุโสของธนาคารโลกและองค์การอนามัยโลกจะแนะนำให้ดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป<sup>24</sup> และแม้กลุ่มผู้นำรัฐบาลไทยจะมีความระมัดระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการงบประมาณ แต่พวกเขาเชื่อว่าการดำเนินการโครงการนี้ในวงกว้างอย่างรวดเร็วจะเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการบริหารประเทศได้มากขึ้น<sup>25</sup>

แผนการของรัฐบาลในช่วงต้นคือรวบรวมทรัพยากรจากโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ ของรัฐที่มีอยู่ในขณะนั้น ได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โครงการบัตรสุขภาพโครงการสวัสดิการประกันสังคม (สปส.) และโครงการสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการ (ดุกล่อง 1) รวมเข้าด้วยกันเป็นโครงการเดียว เพื่อป้องกันความเหลื่อมล้ำและไม่เสมอภาค แต่กลับถูกต่อต้านจากกรมต่างๆ ที่รับผิดชอบแต่ละโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มข้าราชการและกลุ่มสหภาพแรงงานที่ได้รับประโยชน์จากโครงการที่มีฐานการจ้างงานทั้งสองนั้น ซึ่งคือ สปส. และโครงการสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการ<sup>26</sup> รัฐบาลจำต้องประนีประนอมเพื่อไม่ให้เสียฐานเสียงสนับสนุน โดยบริหารจัดการทรัพยากรในลักษณะแยกส่วนแทนการรวมโครงการที่มีอยู่ (รวมได้เพียงโครงการสปร. และโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งเป็นโครงการสำหรับคนยากจนและผู้มีรายได้น้อย) ผลจากการประนีประนอม ทำให้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านออกมาได้ในปี พ.ศ. 2545 และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็พร้อมเห็นเงา<sup>27</sup>

### กล่อง 1. โครงการประกันต่างๆ ของรัฐในด้านการดูแลสุขภาพ

**โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.):** ให้บริการรักษาพยาบาลฟรีที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐสำหรับคนยากจน (มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท [30 เหรียญสหรัฐ]) ผู้สูงอายุ เด็ก ทหารผ่านศึก พระสงฆ์ และนักบวช โดยใช้งบประมาณจากภาษีเงินได้ของประชาชน<sup>14</sup>

**โครงการบัตรสุขภาพ:** รัฐสนับสนุนการประกันสุขภาพโดยสมัครใจของประชาชนที่มีรายได้น้อย ค่าบัตรเริ่มต้นที่ 500 บาท (15 เหรียญสหรัฐ) ต่อครอบครัวต่อปี<sup>15</sup>

**โครงการสวัสดิการประกันสังคม (สปส.):** เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับลูกจ้างของบริษัทเอกชนและลูกจ้างชั่วคราวของรัฐ โดยงบประมาณมาจากสามส่วนเท่ากันคือนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล<sup>16</sup>

**โครงการสวัสดิการข้าราชการ:** เป็นการประกันสุขภาพให้กับข้าราชการและลูกจ้างประจำของรัฐรวมถึงครอบครัว (พ่อ-แม่-ลูก) โดยใช้งบประมาณจากภาษีเงินได้ของประชาชน<sup>17</sup>

### ปฏิบัติการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการนี้มีการปูพรมเร็วมาก เริ่มจากหกจังหวัดในกลางปี พ.ศ. 2544 จากนั้นก็ขยายสู่จังหวัดอื่นๆ เกือบครบทุกจังหวัดของประเทศไทย (75 จังหวัด) ภายในสิ้นปี และครอบคลุมเขตต่างๆ ของกรุงเทพมหานครในกลางปี พ.ศ. 2545<sup>28</sup> เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรได้เพิ่ม 18 ล้านคนโดยรวมกลุ่มผู้ที่อยู่ภายใต้โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและโครงการบัตรสุขภาพที่มีอยู่เดิมเข้ามา ส่งผลให้จำนวนคนไทยที่ไม่มีประกันสุขภาพลดลงอย่างฮวบฮาบ พลเมืองทุกคนอยู่ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งสมาชิกของโครงการเดิม คือโครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการสปส. รวมถึงสมาชิกโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและสมาชิกโครงการบัตรสุขภาพ ตลอดจนผู้ที่ยังไม่มีประกันสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2554 โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ครอบคลุมสมาชิกและคนในครอบครัวได้ 48 ล้านคน เหลือเพียงน้อยกว่าร้อยละ 2 ของประชากรไทยที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ<sup>29</sup>

ลักษณะหนึ่งของการบริหารงานส่วนกลางของโครงการคือ มีการแยกหน่วยงานระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ซื้อบริการสุขภาพออกจากกันโดยสิ้นเชิง กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการสุขภาพ หน่วยงานอิสระแห่งใหม่อย่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่บริหารจัดการและดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหตุผลของการจัดโครงสร้างแบบนี้ก็เพื่อให้สปสช. ซึ่งเป็นผู้ซื้อ ควบคุมกำกับความรับผิดชอบของผู้ให้บริการให้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

ในการเข้าสู่ระบบ ประชาชนจะได้รับการขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการคู่สัญญา ซึ่งโดยทั่วไปเป็นเครือข่ายผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับอำเภอ ประชาชนจะได้รับบัตรทอง ซึ่งเป็นเครื่องแสดงว่าเข้าสู่ระบบ มีสิทธิเข้ารับบริการสุขภาพได้ที่ฟรีที่สถานอนามัยภายในอำเภอที่ผู้นั้นอยู่อาศัยและที่โรงพยาบาลต่างๆ ที่เป็นคู่สัญญา รวมถึงมีสิทธิได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือระดับตติยภูมิในเขตเมือง<sup>30</sup> อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรผู้ให้บริการร่วมกันให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ภายใต้โครงการนี้ในระหว่างการปฏิบัติงานในชุมชน เสริมด้วยการรณรงค์ทางสื่อมวลชนเพื่อสร้างกระแสความสนใจ<sup>31</sup>

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิแก่สมาชิกในการเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมรอบด้าน ในการออกแบบช่วงต้นโครงการประกันสุขภาพเดิมเป็นผู้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน บริการฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ทันตกรรมและบริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายสูงอื่นๆ รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสืบสวนโรคพิเศษ ยาและวัสดุการแพทย์ โครงการยังเน้นเรื่องการป้องกันโรคผ่านบริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งจัดขึ้นที่สถานอนามัยด้วย โดยการใช้กระบวนการที่เป็นระบบที่คำนึงถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ความเสมอภาคและจริยธรรม นอกเหนือจากความคุ้มค่า ที่ผ่านมา รัฐบาลเพิ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้นเรื่อยๆ ในชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการนี้ อันเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้งบประมาณต่อหัวเพิ่มสูงขึ้น

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้งบประมาณจากภาษีรายได้ทั่วไป จึงเป็นการใช้เงินจากคนรวยมากกว่าคนจน<sup>32</sup> ในช่วงแรกของโครงการ ผู้ใช้บริการต้องจ่ายร่วมเป็นเงิน 30 บาท (ประมาณ 0.70 เหรียญสหรัฐ) ต่อครั้งของการใช้บริการ<sup>33</sup> แต่ที่สุดแล้ว ต้นทุนทางการเงินร่วมจ่ายกลับมีมากกว่ารายรับที่เก็บได้ เมื่อมีการรัฐประหารโดยทหารในปี พ.ศ. 2549 จึงยกเลิกการเก็บเงินร่วมจ่ายเกิดเป็นผลงานที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขขณะนั้นได้สร้างให้แก่รัฐบาลที่มีคุณูปการต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย<sup>34</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: ยิ่งเข้าถึงบริการสุขภาพ สุขภาพยิ่งดี

หนึ่งทศวรรษหลังเริ่มโครงการ การเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น เฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มทารกและกลุ่มผู้หญิงอายุ 20 - 30 ปี สมาชิกของโครงการก็มีสุขภาพดีขึ้น มีสิ่งบ่งบอกที่เชื่อถือได้ว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนในความก้าวหน้านี้ (ดูกล่อง 2) เมื่อสิ่งกีดขวางทางการเงินที่มีต่อบริการสุขภาพลดต่ำลง คนไทยที่แต่เดิมไม่มีประกันสุขภาพก็เข้าหาบริการสุขภาพมากขึ้น กลุ่มคนรายได้น้อยที่สุดเข้ามาใช้บริการสุขภาพมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ยากจนที่สุดพร้อมกับทารกได้รับประโยชน์อย่างกว้างขวางที่สุด<sup>35</sup> ความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนกับการรอดชีวิตของทารกบ่งบอกว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จในการขจัดช่องว่างแห่งความเสมอภาคที่เกี่ยวกับสุขภาพทารกได้<sup>36</sup>

หนึ่งปี หลังเริ่มโครงการ แทบไม่มีรายงานประชาชนป่วยจนไม่สามารถไปทำงานได้ดังเช่นแต่ก่อน ถือเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสุขภาพที่ดีขึ้นที่บรรดานักวิจัยเห็นว่าเป็นผลจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลของโครงการยังมีต่อผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ที่ยังทำงานได้<sup>40</sup> ด้วยการทำให้ผู้สูงอายุไทยที่ยังทำงานได้มีสุขภาพแข็งแรง จึงเชื่อได้ว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเพิ่มผลผลิตในแรงงานได้

นอกจากการปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น การศึกษายังพบว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยลดความเสี่ยงด้านฐานะทางการเงิน นั่นคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทำให้คนไทยยากจนน้อยลงกว่าก่อนหน้าภายหลังจากเริ่มโครงการ บางครอบครัวต้องตกอยู่ใต้เส้นแบ่งความยากจนอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายด้านยาและการรักษาพยาบาล แต่จำนวนคนกลุ่มนี้ลดลงจากร้อยละ 2.7 ในปี พ.ศ. 2543 เหลือน้อยกว่าร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2552<sup>41</sup> แม้ว่าการทำงานให้โครงการเริ่มต้นจะเป็นเรื่องยาก แต่การมีคนในครอบครัวหนึ่งคนขึ้นไปได้เป็นสมาชิกของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ช่วยลดความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างชัดเจน ซึ่งให้เห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก้ปัญหานี้ได้

### ประโยชน์ที่ได้รับเกิดจากการลงทุนเท่าใด?

ค่าใช้จ่ายทั้งหมดด้านสุขภาพที่รัฐบาลไทยต้องจ่ายไปนั้น เพิ่มจาก 84.5 พันล้านบาท (2.6 พันล้านเหรียญสหรัฐ) ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 116.3 พันล้านบาท (3.6 พันล้านเหรียญสหรัฐ) ในปี พ.ศ. 2545 และยังคงเพิ่มขึ้น

## กล่อง 2. ความชัดเจนของหลักฐาน

นักวิจัยมีความขี้ใจมานานว่า การเพิ่มความครอบคลุมจำนวนคนให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น สามารถปรับปรุงให้สุขภาพดีขึ้นได้จริงหรือไม่ หลายการศึกษาไม่สามารถจำแนกผลของการประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าหรือโครงการประกันอื่นใดออกจากปัจจัยต่างๆ ที่ไม่ได้วัดผล การกำหนดผลลัพธ์ที่แย่งความจริงที่ถือเป็นเรื่องท้าทายสำหรับโครงการที่ต้องการความครอบคลุมประชากรทั้งหมดที่มีประชากรสูง

การบูรณาการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยมีประชากรสูงเลือกให้บริการ หลายที่มิวิจัยดำเนินการวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการนี้อย่างจริงจัง เช่น สิบปี หลังจากเริ่มโครงการนี้ นักวิจัยกลุ่มหนึ่งได้ใช้การวิเคราะห์แบบอนุกรมเวลา (time-series analysis) ในการสำรวจข้อมูลเพื่อประเมินผลกระทบจากโครงการนี้ในด้านการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ สุขภาพ และการคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงิน<sup>37</sup> มีผลกระทบเชิงบวกแม้ว่าที่มิวิจัยจะไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนในแต่ละข้อก็ตาม ที่มิวิจัยยังได้ใช้วิธีการรูปแบบหนึ่งในการประเมินผลกระทบจากกระบวนการคุ้มครองทางการเงินด้วย วิธีการดังกล่าวมีสมมติฐานว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดจำนวนครอบครัวที่ยากจนเพราะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงได้ แต่การประเมินโดยการสังเกตมีข้อจำกัดที่สำคัญ ส่งผลให้ไม่สามารถขจัดสาเหตุทั้งหมดที่ทำให้เกิดอคติ เช่น การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

มีการศึกษา 2 ชิ้นที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับประโยชน์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างจำเพาะเจาะจง การศึกษาของกรูเบอร์, เฮนเดรน, และทาวน์เซนด์ (Gruber, Hendren, and Townsend)<sup>38</sup> เปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไปช่วงหนึ่ง เป็นความเปลี่ยนแปลงด้านการใช้ประโยชน์และอัตราตายในกลุ่มทารก เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคนจนไทยที่ใช้สิทธิโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับกลุ่มคนไทยที่มีประกันสุขภาพผ่านการจ้างงานของหน่วยงานที่เป็นทางการ แม้ว่าไม่ได้พิจารณาชุดคำอธิบายอื่นๆ (เช่น การเปลี่ยนแปลงวิธีการรายงานทางสถิติที่สำคัญและการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ) ผลการวิเคราะห์ก็ยิ่งชี้อย่างมั่นใจว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยลดอัตราตายของทารก การศึกษาของวากสตาฟฟ์และมานะโชติพงษ์ (Wagstaff and Manachotphong)<sup>39</sup> พบผลลัพธ์ด้านสุขภาพทางการสำรวจกำลังคนของแรงงานไทย เป็นการรายงานด้วยตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถไปทำงานได้ ที่มิวิจัยเชื่อมโยงความเป็นไปที่ละชั้นของการขยายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับในจังหวัดที่ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ ที่มิวิจัยพบว่าจังหวัดที่เริ่มโครงการนี้มานานกว่าจะมีความเสี่ยงน้อยกว่าในการขาดงานอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

ในอัตราคงที่ เป็น 247.7 พันล้านบาท (7.6 พันล้านเหรียญสหรัฐ) ในปี พ.ศ. 2551<sup>42</sup> โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการสนับสนุนเงินทั้งหมดจากรัฐบาลไทย ส่วนใหญ่มาจากเงินรายได้ที่ได้จากการเก็บภาษีทั่วไป

งบประมาณที่ใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคำนวณได้โดยนำจำนวนผู้มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์มาคูณด้วยค่ามาตรฐานต่อคน ซึ่งเพิ่มขึ้นตามจำนวนคนและตามอัตราต่อหัว ในปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลได้จัดสรรเงินประมาณ 1,200 บาท (35 เหรียญสหรัฐ) ต่อผู้มีสิทธิหนึ่งคน และเพิ่มเป็น 2,700 บาท (80 เหรียญสหรัฐ) ในปี พ.ศ. 2555<sup>43</sup> ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของรัฐในโครงการอื่นๆ เช่น โครงการสปส. ยังคงเท่าเดิม ประเทศไทยประสบความสำเร็จในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกือบเต็มร้อยโดยมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าประเทศที่มีรายได้ปานกลางเพียงเล็กน้อย เช่น โคลอมเบียและแอฟริกาใต้<sup>44</sup>

## กฎแห่งความสำเร็จ

ด้วยผู้นำที่มีความทุ่มเทต่อเนื่อง โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงดำรงอยู่ได้ พรรคไทยรักไทยได้บูรณาการโครงการนี้เข้าในสัญญาการเลือกตั้งในปี พ.ศ. 2544 และกลุ่มผู้นำที่ได้ออกมาผลักดันการปฏิรูปก็ยังคงอยู่ในตำแหน่งหน้าที่ที่มีบทบาทการนำภายหลังการเลือกตั้งครั้งนั้น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำงานอย่างหนักเพื่อให้มีการเมืองและพลเมืองยอมรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้สืบทอดตำแหน่งจากเขาในปี พ.ศ. 2551 คือนายแพทย์วิบูลย์ สวัสดิ์ศิริ รองเลขาธิการที่ร่วมงานกันมานาน ก็รักษากระแสการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องด้วย<sup>45</sup> ผลประโยชน์ที่ประชาชนสัมผัสได้อย่างชัดเจนทำให้พรรคไทยรักไทยได้รับความนิยมและคงอยู่ในอำนาจต่อไป พรรคนี้จึงมีโอกาสนำมาบูรณะและสร้างความเข้มแข็งแก่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้นเรื่อยๆ<sup>46</sup>

นักปฏิรูปไทยเรียนรู้จากประสบการณ์ของนานาชาติอย่างรวดเร็ว ทั้งโครงการหลักประกันสุขภาพไทยในปัจจุบันและในช่วงเริ่มต้นของการบูรณาการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตัวอย่างเช่น การริเริ่มโครงการสปส. ซึ่งแสดงถึงการตัดสินใจที่จะแยกการซื้อบริการสุขภาพออกจากการให้บริการสุขภาพ ระบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation system) ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นการจัดสรรงบประมาณให้ตามประชากรที่รับผิดชอบแทนการจ่ายตามที่ใช้บริการ (fee - for - service) วิธีนี้ช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยการถอดห่างจากการใช้บริการที่มีราคาแพงกว่า มุ่งเน้นการบริการปฐมภูมิและการป้องกัน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังลงทุนในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อลดต้นทุนการบริหารจัดการและยังรวมศูนย์การจัดซื้อยาและอุปกรณ์ต่างๆ ใช้ยอดสั่งซื้อสูงๆ ด้วยอำนาจในการต่อรองเพื่อให้ได้ราคาที่ต่ำกว่า ความสามารถในการออกแบบเพื่อสร้างกลยุทธ์เกิดขึ้นจากประสบการณ์ในอดีต ซึ่งในที่สุดก็สามารถปรับปรุงโครงการนี้ให้มีประสิทธิภาพได้

ก่อนหน้าที่จะบูรณาการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลไทยได้มีมาตรการปรับปรุงศักยภาพของระบบสุขภาพเพื่อเตรียมรองรับความต้องการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า<sup>47</sup> โดยการเสริมสร้างศักยภาพของบริการสุขภาพในชนบท ตัวอย่างเช่น เพิ่มจุดให้บริการสุขภาพสำหรับประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั่วประเทศ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้โรงพยาบาลได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นด้วย เงินงบประมาณของโรงพยาบาลจำนวนประมาณมากกว่า 1,200 บาท (35 เหรียญสหรัฐ) ต่อคนเป็นจำนวนเงินสูงกว่าเงินจำนวนประมาณ 250 บาท (8 เหรียญสหรัฐ) ที่แต่เดิมโรงพยาบาลสามารถเบิกคืนจากโครงการสปส. ซึ่งสมาชิกมีสิทธิได้รับมาก่อนหน้านี้<sup>48</sup> เงินที่เพิ่มขึ้นทำให้หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถให้บริการสุขภาพดีขึ้นและกว้างขวางขึ้นด้วย

ปัจจัยสำคัญอื่นที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จคือ ประเทศไทยใช้ความสูญมรอบคอบในการค้นหาว่า เทคโนโลยีและบริการสุขภาพใดที่จะทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การตัดสินใจเหล่านั้น กระทำโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากกระบวนการที่เป็นระบบที่ดำเนินงานโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพหรือไฮแทป (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไฮแทปได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อตอบสนองการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างมากหลังจากเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำหน้าที่พิจารณาความคุ้มค่า ผลกระทบด้านงบประมาณ ความเป็นธรรม จริยธรรม และศักยภาพของผู้ผลิต เพื่อการตัดสินใจนำเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั่วทั้งโครงการ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขยายชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการต่างๆ เช่น การล้างไตเพื่อรักษาผู้ป่วยไตล้มเหลวและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเฮอร์เพอส์เพื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>49</sup>

ที่กล่าวมาข้างต้น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้วนได้รับแต่คำสรรเสริญ แต่ก็มีบางเรื่องที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์ บางคนกล่าวหาว่า แม้ว่าโครงการนี้จะได้รับงบประมาณเพิ่ม แต่โรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลับให้บริการที่มีคุณภาพต่ำกว่าที่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการข้าราชการและโครงการสปส. นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างในวิธีการรักษาและจำนวนวันที่ได้นอนโรงพยาบาล ณ ขณะที่เขียนหนังสือเล่มนี้ รัฐบาลกำลังพยายามแก้ไขปัญหานี้ รวมถึงปรับปรุงเรื่องความเป็นธรรมอื่นๆ ของการดูแลรักษาในโรงพยาบาลด้วย<sup>50</sup>

## นัยต่อสุขภาพโลก

หลายประเทศพยายามพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อประชาชนทั้งปวง<sup>51</sup> บางประเทศประสบความสำเร็จ เช่น โคลอมเบีย เกาหลีใต้ และตุรกี ในขณะที่ประเทศอื่นๆ เช่น ฟิลิปปินส์ ต้องประสบความชะงักงันในการปฏิรูป<sup>52</sup> โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยดำเนินการบูรณาการอย่างรวดเร็วกระทั่งเรียกได้ว่าเป็นการปฏิรูปแบบ “การระเบิดครั้งใหญ่”<sup>53</sup> แต่การระเบิดครั้งใหญ่ก็ต้องอาศัยการศึกษา การพัฒนา และการเตรียมการหลายปี ที่ช่วยให้มั่นใจได้ว่า การปฏิรูปจะประสบความสำเร็จในท้ายที่สุด ประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า ประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับต่ำสามารถประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เหมาะสมกับบริบทของตน พันธสัญญา



ภาคการเมืองที่มีอย่างต่อเนื่อง นโยบายของภาครัฐด้านการเงินการคลังที่เหมาะสมและการติดตามกำกับ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมล้วนมีส่วนช่วยให้เป็นไปได้

ประเทศไทยเป็นผู้นำในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพ โสแปงเป็นหน่วยงานที่มีจำนวนน้อยในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางหรือรายได้ต่ำที่ประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อให้ทราบว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพมีความเหมาะสมที่จะใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่<sup>54</sup> การตัดสินใจเรื่องสิทธิประโยชน์ว่าจะครอบคลุมอะไรบ้างและในระดับใดโดยกระทำผ่านกระบวนการที่เปิดเผยและด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ และเพื่อให้การพัฒนาโดยมีส่วนร่วมมากขึ้น จึงมีการตั้งคณะกรรมการที่มีองค์ประกอบหลากหลายภาคส่วนทั้งกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ กลุ่มนักวิชาการ กลุ่มคนไข้ และกลุ่มองค์กรภาคประชาสังคม ทำหน้าที่จัดลำดับความสำคัญ กระบวนการดังกล่าวมีความน่าสนใจเนื่องจากให้ความสำคัญกับความโปร่งใสตรวจสอบได้และมีความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ รัฐบาลไทยยังแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับประเทศอื่นๆ อีกด้วย

มีหลากหลายวิธีในการจัดการด้านการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประสบการณ์ของประเทศไทยช่วยเพิ่มหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพไม่จำเป็นต้องพึ่งค่าใช้จ่ายที่เก็บจากผู้ให้บริการในระบบสุขภาพ คนไทยส่วนใหญ่ได้รับบริการคุ้มครองด้านสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สิทธิประโยชน์ของพวกเขาเกิดขึ้นจากการบริหารจัดการภาษี (คนไทยบางกลุ่มเช่นกลุ่มลูกจ้างบริษัทเอกชนและกลุ่มลูกจ้างชั่วคราวของภาครัฐ

ยังคงต้องจ่ายโดยตรงบางส่วนเข้าสู่ระบบ)<sup>55</sup>

งบประมาณที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดข้อกังขาในเรื่องความยั่งยืนสำหรับความกังวลนี้ นักวิจัยกลุ่มหนึ่งชี้ว่า โครงการนี้ทำประโยชน์ได้มากกว่าเงินที่เสียไปอีก โดยให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งปัจจุบันใช้งบประมาณน้อยกว่าร้อยละ 20 ของงบประมาณทั้งหมดในโครงการนี้<sup>56</sup> ผู้มีหน้าที่วางแผนด้านสุขภาพยังคงวิเคราะห์ต่อไปทั้งในด้านการจัดบริการที่ให้อยู่แล้วและบริการใหม่ที่จะให้เพิ่มเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านความคุ้มค่าและผลกระทบต่องบประมาณ นอกจากนี้พวกเขายังจัดลำดับความสำคัญได้อย่างชัดเจนอีกด้วย<sup>57</sup> ประเทศต่างๆ กำลังจับตามองว่า ประเทศไทยจะจัดการความยั่งยืนได้อย่างไร

การขยายความครอบคลุมบริการด้านสุขภาพสามารถปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นได้ด้วยการเพิ่มการเข้าถึงบริการ (จัดอุปสรรคที่กีดขวางบริการสุขภาพ) และปกป้องคุ้มครองด้านการเงิน (ลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดความยากจนจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่ประชาชนต้องจ่ายเอง)<sup>58</sup> ประสบการณ์ซ้ำแล้วซ้ำเล่าได้ให้บทเรียนว่า การให้บริการสุขภาพฟรีโดยลำพังไม่ได้เป็นเครื่องรับประกันว่าสุขภาพจะดีขึ้น ยังต้องอาศัยองค์ประกอบอื่นเสริม สำหรับประเทศไทย ด้วยการให้บริการฟรีที่คุ้มครองในขณะเดียวกันก็เสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพไปด้วย ทำให้ประเทศไทยสามารถบริหารจัดการให้ประชาชนวัยแรงงานมีสุขภาพดีและประชาชนวัยเยาว์มีความปลอดภัย แม้ความท้าทายยังมีอยู่ ประเทศไทยก็ยังคงดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป สร้างแรงบันดาลใจแก่ประเทศอื่นๆ ให้ดำเนินรอยตามเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## อ้างอิง

- Australian Department of Foreign Affairs and Trade. 2015. "Australia's Aid Program." Accessed July 8. <http://dfat.gov.au/aid/Pages/australias-aid-program.aspx>.
- Averill, Ceri and Anna Marriott. 2013. *Universal Health Coverage: Why Health Insurance Schemes Are Leaving the Poor Behind*. Oxford, UK: Oxfam International.
- Diaz, Yadira, Eduardo Andres Alfonso, and Ursula Giedion. 2013. *The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence*. Working Paper 75326. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17291221/impact-universal-coverage-schemes-developing-world-review-existing-evidence>.
- Glassman, Amanda, and Kalipso Chalkidou. 2012. *Priority - Setting in Health: Building Institutions for Smarter Public Spending*. A Report of the Center for Global Development's Priority - Setting Institutions for Global Health Working Group. Washington, DC: Center for Global Development. <http://www.cgdev.org/publication/priority-setting-health-building-institutions-smarter-public-spending>.
- Gruber, Jonathan, Nathaniel Hendren, and Robert M. Townsend. 2013. "Access to Health Care Among Thailand's Poor Reduces Infant Mortality." Consortium on Financial Systems and Poverty, June 6. <http://www.cfsp.org/news/access-health-care-among-thailands-poor-reduces-infant-mortality#.U-tojvldVHU>.
- . 2014. "The Great Equalizer: Health Care Access and Infant Mortality in Thailand." *American Economic Journal: Applied Economics* 6 (1): 91-107. doi:10.1257/app.6.1.91.
- Hanvoravongchai, Piya. 2013. *Health Financing Reform in Thailand: Toward Universal Coverage under Fiscal Constraints*. Working Paper 75000. Washington, DC: World Bank.
- HISRO (Health Insurance System Research Office). 2012. *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An Independent Assessment of the First 10 Years (2001-2010)*. Nonthaburi, Thailand: HISRO. [http://www.hsri.or.th/sites/default/files/THailand%20UCS%20achievement%20and%20challenges\\_0.pdf](http://www.hsri.or.th/sites/default/files/THailand%20UCS%20achievement%20and%20challenges_0.pdf).
- Hughes, D., and S. Leethongdee. 2007. "Universal Coverage in the Land of Smiles: Lessons from Thailand's 30 Baht Health Reforms." 26 (4): 999-1008. doi:10.1377/hlthaff.26.4.999.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2015. "Compared Annualized Rates of Decline in Each MDG from 1999-2002." Accessed October 20. <http://vizhub.healthdata.org/mdg/>.

## อ้างอิง (ต่อ)

- Joint Learning Network for Universal Health Coverage. 2015. "Thailand: Universal Coverage Scheme." Accessed October 20. <http://programs.jointlearningnetwork.org/content/universal-coverage-scheme>.
- Kruk, M.E., E. Goldmann, and S. Galea. 2009. "Borrowing and Selling to Pay for Health Care in Low- and Middle-Income Countries." *Health Affairs* 28 (4): 1056-66. doi:10.1377/hlthaff.28.4.1056.
- Limwattananon, Supon. 2007. "Catastrophic and Poverty Impacts of Health Payments: Results from National Household Surveys in Thailand." *Bulletin of the World Health Organization* 85 (8): 600-6. doi:10.2471/BLT.06.033720.
- Limwattananon, S., V. Vongmongkol, P. Prakongsai, W. Patcharanarumol, K. Hanson, V. Tangcharoensathien, and A. Mills. 2011. *The Equity Impact of Universal Coverage: Health Care Finance, Catastrophic Health Expenditure, Utilization and Government Subsidies in Thailand*. London: Consortium for Research on Equitable Health Systems. <http://r4d.dfid.gov.uk/Output/188980>.
- Marten, Robert. 2014. "7 Things You Should Know about Universal Health Coverage." *Investing in Health* (blog), World Bank, April 28. <http://blogs.worldbank.org/health/7-things-you-should-know-about-universal-health-coverage>.
- Nitayarumphong, Sanguan. 2006. *Struggling along the Path to Universal Health Care for All*. Nonthabury, Thailand: National Health Security Office.
- Rosenquist, Rebecka, Olga Golichenko, Tim Roosen, and Julia Ravenscroft. 2013. "A Critical Player: The Role of Civil Society in Achieving Universal Health Coverage." *Global Health Governance* VI (2).
- Sen, Amartya, and Thomas W. Lamont. 2015. "Universal Health Care: The Affordable Dream." *Harvard Public Health Review* 4 (April). <http://harvardpublichealthreview.org/universal-health-care-the-affordable-dream/>.
- Pannarunothai, Supasit, Samrit Srithamrongsawat, Manit Kongpan, and Patchanee Thumvanna. 2000. "Financing Reforms for the Thai Health Card Scheme." *Health Policy and Planning* 15 (3): 303-11.
- Tangcharoensathien, Viroj, Siriwan Pitayangsarit, Walaiporn Patcharanarumol, Phusit Prakongsai, Hathaichanok Sumalee, Jiraboon Tosanguan, and Anne Mills. 2013. "Promoting Universal Financial Protection: How the Thai Universal Coverage Scheme Was Designed to Ensure Equity." *Health Research Policy and Systems* 11 (1): 25. doi:10.1186/1478-4505-11-25.
- Towse, A. 2004. "Learning from Thailand's Health Reforms." *BMJ* 328 (7431): 103-5. doi:10.1136/bmj.328.7431.103.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2015. "UNICEF Statistics: Number of Deaths of Children under Five." Accessed October 20. <http://www.data.unicef.org/child-mortality/under-five.html>.
- Wagstaff, Adam, and Wanwiphang Manachotphong. 2012. *The Health Effects of Universal Health Care: Evidence from Thailand*. Policy Research Working Paper 6119. Washington, DC: World Bank.
- WHO (World Health Organization). 2014. "Thailand's Health Ambitions Pay Off." *Bulletin of the World Health Organization* 92 (7): 472-73. doi:10.2471/BLT.14.030714.
- . 2016. Global Health Expenditure Database: NHA Indicators. Accessed February 8. <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
- Wibukoikorasert, S., and S. Thaiprayoon. 2008. "Thailand: Good Practice in Expanding Health Coverage—Lessons from the Thai Health Care Reforms." In *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low and Middle - Income Countries*, edited by Pablo E. Gottret, George Schieber, and Hugh Waters. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 2015a. "World Bank Group Releases 22 - Country Study of Universal Health Coverage." News release, February 14. <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2013/02/14/World-Bank-Group-releases-22-country-study-of-universal-health-coverage>.
- . 2015b. *World Development Indicators*. Accessed October 20. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Marten (2014).
2. Gruber, Hendren, and Townsend (2013, 2014).
3. Wibukoikorasert and Thaiprayoon (2008).
4. Gruber, Hendren, and Townsend (2013).
5. WHO (2016).
6. Kruk, Goldmann, and Galea (2009).
7. Kruk, Goldmann, and Galea (2009).
8. Sen and Lamont (2015).
9. HISRO (2012); Wibukoikorasert and Thaiprayoon (2008).
10. UNICEF (2015); IHME (2015).
11. Limwattananon (2007).
12. Gruber, Hendren, and Townsend (2014).
13. Australian Department of Foreign Affairs and Trade (2015).
14. Wibulpolprasert and Thaiprayoon (2008).
15. Pannarunothai et al. (2000).
16. Wibulpolprasert and Thaiprayoon (2008).
17. Wibulpolprasert and Thaiprayoon (2008).
18. HISRO (2012).
19. Wibulpolprasert and Thaiprayoon (2008).
20. WHO (2014); Nitayarumphong (2006).
21. WHO (2014); Hughes and Leethongdee (2007).
22. Rosenquist et al. 2013; HISRO (2012).
23. Hughes and Leethongdee (2007); Wibulpolprasert and Thaiprayoon (2008); HISRO (2012).
24. Hughes and Leethongdee (2007); WHO (2014).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)

25. WHO (2014).
26. Towse (2004).
27. HISRO (2012).
28. Gruber, Hendren, and Townsend (2013); Wagstaff and Manachatphong (2012).
29. Hanvoravongchai (2013).
30. Towse (2004).
31. Joint Learning Network for Universal Health Coverage (2015).
32. Limwattananon et al. (2011).
33. Joint Learning Network for Universal Health Coverage (2015).
34. Tangcharoensathien et al. (2013).
35. Gruber, Hendren, and Townsend (2013); HISRO (2012).
36. Gruber, Hendren, and Townsend (2014).
37. HISRO (2012).
38. 2014.
39. 2012.
40. Wagstaff and Manachatphong (2012).
41. HISRO (2012).
42. HISRO (2012); using the April 2015 exchange rate, US\$1 = BHT32.57.
43. HISRO (2012).
44. World Bank (2015a); WHO (2016).
45. Tangcharoensathien et al. (2013).
46. Tangcharoensathien et al. (2013).
47. WHO (2014).
48. Gruber, Hendren, and Townsend (2014).
49. HISRO (2012).
50. Hughes and Leethongdee (2007).
51. World Bank (2015b).
52. Hughes and Leethongdee (2007).
53. Hughes and Leethongdee (2007).
54. Glassman and Chalkidou (2012).
55. Averill and Marriott (2013).
56. Yot Teerawattananon, personal communication with the author, January 15, 2015.
57. Yot Teerawattananon, personal communication with the author, January 15, 2015.
58. Diaz, Alfonso, and Giedion (2013).

## กรณีศึกษาที่ 10

## การจ่ายงบประมาณให้จังหวัดตามผลลัพธ์ของงานด้านสุขภาพ

## แผนกำเนิดทารกแห่งอาร์เจนตินา (Argentina's Plan Nacer)

(ต้นฉบับโดย Miriam Temin)

## ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ปรับปรุงการคลอดให้ดีขึ้นสำหรับทารกที่เกิดในครอบครัวที่ยากจนด้วยการขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและปรับปรุงการให้บริการ

**ยุทธวิธี:** โครงการของรัฐบาลมุ่งให้บริการสุขภาพแก่เด็กและหญิงตั้งครรภ์ที่ยากจนด้วยระบบจ่ายเงินที่เชื่อมโยงผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** ลดอัตราการตายของเด็กแรกเกิดในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 74 สำหรับผู้มีสิทธิภายใต้แผนกำเนิดทารก และร้อยละ 22 สำหรับผู้ใช้บริการคลินิกของแผนกำเนิดทารก หลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 72,800 ปี และ 733 ชีวิตรอดระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2551

**ปัจจัยสำเร็จ:** รัฐบาลกลางและภาคีระดับจังหวัดมีความจริงจังเสมอต้นเสมอปลาย ให้ค่าตอบแทนตามผลงานเป็นแรงจูงใจทั่วทุกระดับของระบบสุขภาพ มุ่งเป้าบริการอนามัยแม่และเด็กแก่ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ พัฒนาระบบติดตามตรวจสอบที่ใช้ตามปกติ ที่เป็นข้อมูลการสะท้อนกลับ มีการประเมินผลเพื่อสนับสนุนวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการยืดหยุ่นผ่อนปรน มีกลไกรับผิดชอบโปร่งใสตรวจสอบได้และมีการส่งเสริมผู้ให้บริการให้สามารถให้ประโยชน์จากกองทุนใหม่ๆ ได้อย่างเหมาะสมรวมถึงมีการส่งเสริมผู้ให้บริการในด้านการคิดค้นนวัตกรรมด้วย

**การเงินการคลัง:** ประมาณการอัตราความคุ้มทุน คือ 814 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี

**ขนาดของโครงการ:** หญิงตั้งครรภ์ ทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี รวม 2 ล้านคน และสถานบริการสาธารณสุข 7,254 แห่ง (ปลายปี พ.ศ. 2555)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจอาร์เจนตินาปี พ.ศ. 2544 ความจนก็ซึมลึกทั่วประเทศ รายได้ต่อหัวลดลงครึ่งหนึ่ง ผู้ว่างงานร้อยละ 25<sup>1</sup> ราคาสินค้าที่สูงขึ้นทำให้หลายล้านครอบครัวประสบความยากลำบากในการหาอาหารกิน เกิดภาวะพร่องโภชนาการ หญิงตั้งครรภ์และเด็กต้องเผชิญกับความเสียหายเด็กแคระแกร็น เด็กขาดสารอาหาร ทำให้ชาวอาร์เจนตินาเองยังซื้อองค์การอนามัยโลกระบุว่าร้อยละ 20 ของเด็กชาวอาร์เจนตินามีภาวะทุพโภชนาการ สื่อต่างประเทศประชันว่า “วิกฤตเศรษฐกิจเพิ่มความจนให้กับประเทศผู้ส่งออกอาหารรายใหญ่ที่สุดเป็นอันดับ 4 ของโลก”<sup>2</sup>

วิกฤตเศรษฐกิจพัฒนาเร็วเข้าสู่วิกฤตสุขภาพเฉียบพลัน หญิงตั้งครรภ์จำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการ ครอบครัวไม่สามารถดูแลสุขภาพและให้อาหารทารกแก่เด็กอย่างพอเพียง การตกงานกว้างขวางทำให้ประชากรจำนวนมากไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ ต้องหันไปพึ่งบริการภาครัฐซึ่งยังลงทุนไม่พอ เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในการเลือกใช้บริการสุขภาพซึ่งมีอยู่ 3 ทางเลือก คือหนีจากภาคเอกชนไปสู่ประกันสังคมสำหรับผู้ใช้แรงงาน (สนับสนุนทุนโดยองค์การต่างๆ ที่ร่วมมือ

กันเพื่อสุขภาพแรงงานเรียกว่า obras sociales) และบริการสุขภาพภาครัฐ ภาครัฐในส่วนของจังหวัดซึ่งรับผิดชอบจัดบริการสาธารณสุขให้ตามกฎหมาย ก็ไม่สามารถให้บริการได้พอเพียง<sup>3</sup> อนามัยแม่และเด็กที่กำลังได้รับการปรับปรุงและดูท่าว่าจะดีขึ้นก็กลับผกผัน

เพื่อแก้ปัญหาสถานการณ์สุดเลวร้ายสำหรับมารดาและทารก ในปี พ.ศ. 2547 รัฐบาลอาร์เจนตินาได้ริเริ่มโครงการสุขภาพใหม่ชื่อ พลานนาเซอร์ (Plan Nacer) แปลว่า “แผนกำเนิดทารก” ตามอย่างประเทศผู้นำต่างๆ ในภูมิภาค เช่น ฮอนดูรัส (ดูกรณีศึกษาที่ 17) “แผนกำเนิดทารก” ขยายความครอบคลุมการดูแลสุขภาพไปยังหญิงตั้งครรภ์และเด็ก<sup>4</sup> แต่ที่มีมากกว่าคือใช้เงินจูงใจจังหวัดและสถานบริการค้นหาคุณสมบัติตรงเกณฑ์เพิ่มเข้ามาและปรับปรุงบริการที่สำคัญ ด้วยการออกแบบอย่างมืออาชีพ “แผนกำเนิดทารก” ปรับปรุงผลลัพธ์การคลอดได้ชัดเจนและลดอัตราการตายของเด็กแรกเกิดได้ด้วย หนึ่งในทศวรรษหลังดำเนินงาน อาร์เจนตินาก็สามารถขอตัวอ้างว่าบางภูมิภาคภายใต้โครงการฯ ได้รับการจัดอันดับหนึ่งในด้านตัวชี้วัดสุขภาพมาตรฐาน

## ความสูญเสียอันเนื่องมาจากวิกฤตเศรษฐกิจ

วิกฤตเศรษฐกิจของอาร์เจนตินาซึ่งเริ่มในปี พ.ศ. 2544 และยาวต่อเนื่องมา 3 ปี ได้มีผลผลักดันให้ครัวเรือนประมาณครึ่งหนึ่งตกอยู่ใต้เส้นความยากจน<sup>5</sup> ขณะที่ความยากจนเพิ่มสูง สุขภาพโดยรวมของประชากรก็เสื่อมถอยลง วิกฤตเศรษฐกิจทำลายสุขภาพของคนยากจนด้วยการจำกัดปริมาณอาหารและลดระดับคุณค่าทางโภชนาการลง และสำหรับหญิงตั้งครรภ์ อาหารที่ไม่พอเพียงและไม่ดีต่อสุขภาพยังเป็นอันตรายเพราะมีผลกระทบต่อเด็กในครรภ์ด้วย ทำให้เด็กคลอดออกมามีน้ำหนักน้อย ซึ่งในทางการแพทย์กำหนดไว้ที่น้อยกว่า 2,500 กรัม (5 ปอนด์ 8 ออนซ์)<sup>6</sup> ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยนี้เป็นลางร้ายสำหรับการพัฒนาในอนาคตและเป็นสาเหตุการตายของทารกเกือบทุกรายทั่วโลก<sup>7</sup>

นอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการตายของทารกแรกเกิด (ตายภายใน 4 สัปดาห์หลังจากเกิด) ขนาดของเด็กขณะแรกเกิดยังมีส่วนสำคัญที่สัมพันธ์กับการเจริญเติบโตในระยะต่อไปด้วย น้ำหนักแรกเกิดน้อยสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เกิดอย่างต่อเนื่อง การรับรู้พัฒนาได้ช้า ผลการเรียนรู้ไม่ดี ช่วงระยะเวลาในการประกอบอาชีพลดลง<sup>8</sup> น้ำหนักแรกเกิดน้อยเกิดขึ้นบ่อยกับทารกที่เกิดในครอบครัวที่ยากจน นั่นหมายความว่า หลายคนที่เกิดในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจอาร์เจนตินาจะต้องทนทุกข์จากโรคต่างๆ ไปอีกนาน<sup>9</sup>

ขณะที่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอุบัติมากขึ้นในอาร์เจนตินา การเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพก็ยังยากขึ้น จึงดูคุณภาพของเด็กแรกเกิดเข้าไปใหญ่ ปี พ.ศ. 2546 อัตราตายของทารกเท่ากับ 16.5 ต่อพันรายที่เกิดมีชีวิต มากกว่าประเทศเพื่อนบ้านอย่างชิลีสองเท่า<sup>10</sup> ผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า 6 ใน 10 รายของทารกที่ตายแรกเกิดน่าจะหลีกเลี่ยงได้ด้วยการฝากครรภ์ ด้วยการดูแลอย่างเหมาะสมระหว่างการคลอด และด้วยการได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคแต่เนิ่นๆ<sup>11</sup> เมื่อสาเหตุการตายของทารกส่วนใหญ่ในประเทศสามารถป้องกันได้เช่นนี้ การตายของเด็กแต่ละรายจึงเป็นเรื่องน่าเศร้า

วิกฤตเศรษฐกิจทำให้ประชากรกึ่งหนึ่งและร้อยละ 65 ของเด็กทั้งหมดไม่มีหลักประกันสุขภาพ รวมถึงไม่ได้รับการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น ไม่มีบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็กแก่หลายครอบครัวที่ไม่มีหลักประกัน ขณะที่ครอบครัวที่พอมีฐานะใช้บริการประกันสุขภาพเอกชนหรือได้รับสิทธิประโยชน์จากนายจ้าง คนจนและคนตกงานก็ต้องทนใช้บริการจากภาครัฐที่ยังสนองไม่ได้

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: อาร์เจนตินาวางแผนการให้กำเนิดทารกที่ดีกว่าเก่า

รัฐธรรมนูญแห่งชาติอาร์เจนตินาได้บัญญัติเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ทุกคนในประเทศแม้จะมีหรือไม่มีประกัน

สุขภาพสามารถเข้าใช้บริการจากระบบสาธารณสุขภาครัฐได้ ระบบสาธารณสุขภาครัฐเป็นแบบกระจายอำนาจ สะท้อนโครงสร้างสหพันธรัฐของรัฐบาลกลาง กล่าวคือหน่วยงานภาครัฐในระดับจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบจัดบริการสาธารณสุข(ไม่ใช่รัฐบาลกลาง)งบประมาณสาธารณสุขส่วนใหญ่ของจังหวัด และแต่ละจังหวัดในจำนวนทั้งหมด 23 จังหวัดกับบัวโนสไอเรส (Buenos Aires) ซึ่งเป็นเมืองในกำกับของรัฐ (autonomous city) ต่างมีกระทรวงสาธารณสุขของตนเอง<sup>12</sup>

เมื่อประเทศเริ่มเข้าสู่วิกฤตเศรษฐกิจ การดูแลสุขภาพผ่านทาง *obras sociales* ก็เริ่มจะรองรับประชากรชาวอาร์เจนตินาจำนวนมากที่ไม่มีประกันสุขภาพไม่ว่าไร ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการว่างงานสูงมาก<sup>13</sup> สำหรับคนตกงาน รัฐธรรมนูญให้หลักประกันสุขภาพไว้เฉพาะบริการสาธารณสุขภาครัฐเท่านั้น สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ยากจนก็ไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากกลับไปสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐที่รับฝากครรภ์

ผู้บริหารมีความกังวล เพราะว่าสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐรับภาระมากจนแทบทำไม่ไหว<sup>14</sup> บริการภาครัฐขาดแคลนงบประมาณเสมอมา ยิ่งกว่านั้น ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ พวกเขาไม่สามารถให้บริการที่ดีตามสมควรได้ ความไม่มีประสิทธิภาพนี้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าแก้ไขยาก<sup>15</sup> งบประมาณด้านสาธารณสุขไหลจากระดับประเทศลงสู่ระดับจังหวัดและลงสู่ระดับพื้นที่โดยขาดตอนจากกัน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศไม่มีอิทธิพลต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพความรับผิดชอบ หรือผลกระทบจากการใช้งบประมาณของจังหวัดได้<sup>16</sup>

หน่วยงานสาธารณสุขของอาร์เจนตินารับรู้ความเชื่อมโยงระหว่างบริการสาธารณสุขที่อ่อนแอกับภาวะสุขภาพของผู้หญิงที่เสื่อมถอย<sup>17</sup> และตระหนักว่าเรื่องการปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณด้านสาธารณสุขและเรื่องสุขภาพของหญิงและเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพเป็นเรื่องเร่งด่วน<sup>18</sup> ผู้บริหารสาธารณสุขระดับประเทศและระดับจังหวัดเห็นตรงกันว่าจำเป็นต้องปรับปรุงการประสานงานระหว่างหน่วยงานรัฐในแต่ละระดับ เพื่อค้นหาประชากรที่มีสิทธิในระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐและเพื่อประเมินว่ามีวิธีการใหม่ๆ ที่ใช้ได้ผลหรือไม่โดยการวัดจากผลงานของระบบ

ผู้บริหารก็เห็นด้วยว่าจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง จึงเริ่มมีการใช้ระบบการเงินการคลังอิงผลงาน (Results - Based Financing: RBF) กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวต่อการทำงานในทีอื่นๆ ด้วย สำหรับในอาร์เจนตินานั้น ธนาคารโลกเห็นโอกาสในการปรับปรุงความรับผิดชอบระหว่างระดับต่างๆ ของระบบสุขภาพ จึงบรรจุ RBF เข้าไปในกลไกการโอนเงินงบประมาณ<sup>19</sup>

รัฐบาลและธนาคารโลกร่วมกันออกแบบ “แผนกำเนิดทารก” และเริ่มบรรจุแผนนี้เข้าในแผนสุขภาพของรัฐบาลกลางฉบับใหม่ปี พ.ศ. 2547 - 2550 รวมทั้งมีการใช้เงินที่ได้จากการกู้ธนาคารโลก<sup>20</sup> โครงการนี้เริ่มต้นดำเนินงานใน 9 จังหวัดทางตอนเหนือ

ซึ่งมีอัตราตายของแม่และเด็กมากที่สุดในอาร์เจนตินา ในปี พ.ศ. 2550 แล้วค่อยๆ ขยายพื้นที่ออกไปจนทั่วประเทศอาร์เจนตินาในปี พ.ศ. 2555<sup>21</sup>

### ปฏิบัติการแผนกำเนิดทารก (Plan Nacer)

“แผนกำเนิดทารก” หนุนเสริมระบบสุขภาพที่มีอยู่ด้วยการกระจายสิ่งจูงใจไปยังรัฐบาลจังหวัด โดยจังหวัดจะส่งต่ออีกทีไปยังผู้ให้บริการสาธารณสุข<sup>22</sup> “แผนกำเนิดทารก” มี 5 องค์ประกอบ<sup>23</sup>

1. ข้อตกลงตามกฎหมายระหว่างกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัดกับระดับประเทศ
2. การลงทะเบียนสถานบริการสาธารณสุข
3. การลงทะเบียนประชากรเป้าหมาย
4. การเพิ่มทุนให้กับบริการที่มีความสำคัญ
5. การเก็บรวบรวมบันทึก รายงาน ติดตามตรวจสอบ และประเมินผล

ระยะแรกของโครงการเป็นการวางรากฐานให้มั่นคงเท่าที่ “แผนกำเนิดทารก” จะทำได้ โดยระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดเป้าหมายสุขภาพ จังหวัดถูกคาดหวังว่าต้องได้ผลงาน 10 ตัวชี้วัด ซึ่งรวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพ (เช่น น้ำหนักแรกคลอด) การให้บริการ (เช่น การให้วัคซีน) และความเป็นธรรม (เช่น การอบรมทีมงานให้มีความเห็นอกเห็นใจประชากรที่เป็นชาวพื้นเมือง) ทีมงานตระหนักว่า การหลังไหลเข้ามาของผู้ใช้บริการใหม่จะทำให้บริการที่มีอยู่รับไม่ไหว ดังนั้น ในช่วงแรกๆ หน่วยบริการจะได้รับเงินทุนเริ่มต้นเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ใหม่และอุปกรณ์ส่วนอบรม<sup>24</sup> ท้ายสุด ทีมงานก็จัดตั้งความสัมพันธ์เชิงสัญญาระหว่างกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางกับจังหวัด และระหว่างกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดกับสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

การลงทะเบียนสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐใน “แผนกำเนิดทารก” เป็นการส่งสัญญาณถึงข้อตกลงจะให้สิทธิประโยชน์อนามัยแม่และเด็กที่ครอบคลุมภายใต้ “แผนกำเนิดทารก” รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดสิทธิเหล่านี้และเน้นเรื่องการดูแลแบบป้องกัน ผู้ให้บริการที่เข้าร่วมยังคงที่จะติดตามการให้บริการทั้งหมดโดยรายงานอย่างสม่ำเสมอไปยังหน่วยงานจังหวัด นอกจากนี้ยังตกลงให้มีการตรวจสอบจากภายนอกด้วย พร้อมกับมีการลงทะเบียนการรายงานอย่างไม่ถูกต้อง<sup>25</sup> เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2551 “แผนกำเนิดทารก” ได้ทำสัญญากับสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐเกือบ 2,000 แห่ง (ร้อยละ 57 ของทั้งหมด)<sup>26</sup> ถึงสิ้นปี พ.ศ. 2555 มีหน่วยบริการเข้าร่วม 7,254 แห่ง<sup>27</sup>

หน่วยบริการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดร่วมกันลงทะเบียนประชาชนผู้มีสิทธิ ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิดของพวกเขา (นับถึงครบ 45 วันหลังคลอด) และเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่ไม่มีประกันสุขภาพ<sup>28</sup> การลงทะเบียนเป็นไปตามความสมัครใจ แต่มีเงินเป็นแรงจูงใจกระตุ้นผู้ให้บริการให้ชวนคนมาลงทะเบียน เมื่อลงทะเบียนแล้ว ผู้หญิงทารก และเด็กเล็กจะได้รับบริการฟรีตามรายการการให้บริการสุขภาพของ “แผนกำเนิดทารก”<sup>29</sup> เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2551 มีประชากรลงทะเบียนผู้มีสิทธิร้อยละ 82 ในจังหวัดต่างๆ ที่มีความสำคัญ<sup>30</sup> และเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2555 มีหญิงตั้งครรภ์และเด็กลงทะเบียน 2 ล้านคน<sup>31</sup>

รัฐบาลกลางจ่ายเงินให้ “แผนกำเนิดทารก” ผ่านรูปแบบการเงินการคลังอิงผลงาน (RBF model) กระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศจัดสรรเงินต่อหัวประมาณ 5 เหรียญสหรัฐเข้าสู่โครงการ เป็นจำนวนเงินที่กระทรวงสาธารณสุขประมาณการแล้วว่าสามารถเติมเต็มช่องว่างระหว่างสถานภาพปัจจุบันกับการให้บริการสุขภาพที่กำหนดไว้ จำนวนเงินที่โอนจากส่วนกลางสู่จังหวัดต่างๆ จะต่างกัน ขึ้นกับผลงานในการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ การบริการตาม “แผนกำเนิดทารก” และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในภาพรวม

แต่ละเดือน รัฐบาลกลางจะโอนเงินในส่วนของร้อยละ 60 ของเงินต่อหัวไปยังจังหวัดตามจำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ยิ่งลงทะเบียนได้มากยิ่งได้รับเงินมากซึ่งจะผ่านต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ<sup>32</sup> อีกร้อยละ 40 จังหวัดจะเก็บไว้จ่าย 4 เดือนต่อครั้ง จำนวนเงินที่หน่วยบริการจะได้รับจริงจะขึ้นกับผลงานตามเป้าหมายสุขภาพซึ่งวัดด้วย 10 ตัวชี้วัด จังหวัดจะกระจายทรัพยากรไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาเพื่อให้บริการแก่ผู้มีสิทธิ เงินทุนนี้คือสิ่งจูงใจให้เกิดผลงาน

นอกจากสิ่งจูงใจนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดยังได้กระตุ้นให้ผู้ให้บริการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ และผลของ “แผนกำเนิดทารก” ที่ช่วยหนุนเสริมด้านการเงิน ทำให้โรงพยาบาลและคลินิกต่างๆ มีเงินมาปรับปรุงการให้บริการ นอกจากนี้แนวทางกว้างๆ จากส่วนกลางยังทำให้ผู้ให้บริการมีความยืดหยุ่นในการกำหนดการใช้เงินพิเศษให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เงินจำนวนนี้ยังคงมีเหลือหลังใช้จ่ายไปกับการให้บริการแล้ว หน่วยให้บริการส่วนใหญ่จะจ่ายเงินพิเศษนี้ไปเป็นเงินเดือนเจ้าหน้าที่ และเป็นค่าวัสดุในการดูแลรักษา<sup>33</sup>

เพื่อติดตามความพึงพอใจของผู้มีสิทธิและเพื่อติดตามคุณภาพของบริการ จึงมีการสำรวจผู้ใช้บริการจำนวน 5 ครั้งใน 9 จังหวัดทางตอนเหนือที่เริ่มดำเนินงานเป็นกลุ่มแรก<sup>34</sup> ในการสำรวจครั้งที่ 5 กว่าร้อยละ 80 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีมุมมองเชิงบวกต่อโครงการ

### ผลลัพธ์ตอบแทน: เด็ก ๆ ผ่านวัยทารกมาได้

“แผนกำเนิดทารก” ใช้การออกแบบใหม่ที่ยึดหลัก “การเงินการคลังอิงผลงาน” ซึ่งเกิดอย่างรวดเร็วในอาร์เจนตินา ธนาคารโลกต้องประเมินผลกระทบตามเงื่อนไขของการกู้เงิน<sup>35</sup> “แผนกำเนิดทารก” ขยายตัวเร็ว ทำให้มีความเป็นไปได้ที่จะเรียนรู้พร้อมไปกับการดำเนินโครงการ และใช้ประโยชน์จากบทเรียนในการปรับปรุงแง่มุมต่างๆ ของโครงการ การประเมินผลอันเป็นความร่วมมือระหว่างธนาคารโลกกับกระทรวงสาธารณสุขแห่งอาร์เจนตินากินเวลาระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2551 ใน 7 จาก 9 จังหวัดที่ริเริ่ม “แผนกำเนิดทารก” เป็นกลุ่มแรก<sup>36</sup> การประเมินผลนี้มีความโดดเด่นเพราะเป็นการประเมินผลกระทบของโครงการ RBF โครงการแรกในลาตินอเมริกา

ในจังหวัดที่ถูกประเมิน ผลลัพธ์ของการเกิดมีชีพดีขึ้นและอัตราการตายเมื่อแรกเกิดลดลง นักวิจัยชี้ว่า “แผนกำเนิดทารก” ให้ประโยชน์แก่เด็กแรกเกิดทุกคนที่เกิดในสถานบริการภายใต้โครงการนี้และยังดีสำหรับทารกที่เกิดจากแม่ที่ลงทะเบียนเข้าโครงการนี้ (ดูกล่อง 1)<sup>37</sup>

ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ “แผนกำเนิดทารก” ลดความเสี่ยงต่อการตายแรกเกิดของทารกที่ลงทะเบียนได้อย่างน่าทึ่งถึงร้อยละ 74 แม้ผู้ไม่ใช้สิทธิก็ได้รับประโยชน์ คือ เด็กที่เกิดในสถานบริการที่ลงทะเบียนมีการตายขณะแรกเกิดลดลงร้อยละ 22 ไม่ว่าจะเด็กหรือแม่ของเขาจะลงทะเบียนในแผนนี้หรือไม่<sup>38</sup> การดูแลก่อนคลอดที่มากขึ้นและดีขึ้นรวมทั้งอัตราการตายของเด็กลดลงเป็นผลจากสิ่งจูงใจที่กระตุ้นให้มีการชักชวนหญิงตั้งครรภ์เข้ามาใช้บริการในโครงการ สิ่งจูงใจนั้นยังทำให้มีการปรับปรุงคุณภาพบริการที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับอีกด้วย ผู้ประเมินได้วิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งที่มาใช้บริการฝากครรภ์ การได้รับวัคซีนบาดทะยัก และอัตราการผ่าท้องคลอด พบว่า หญิงที่ลงทะเบียนใน “แผนกำเนิดทารก” ความเสี่ยงที่จะต้องได้รับการผ่าคลอดน้อยกว่าหญิงที่ไม่ได้ลงทะเบียนร้อยละ 20 ซึ่งเป็นผลจากความพยายามของแผนฯ ในการค้นหาและแก้ไขปัญหาแต่เนิ่นๆ ก่อนใกล้คลอด ข้อค้นพบเหล่านี้ น่าสนใจเป็นพิเศษเนื่องจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า การฝากครรภ์มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของเด็กแรกเกิด<sup>39</sup>

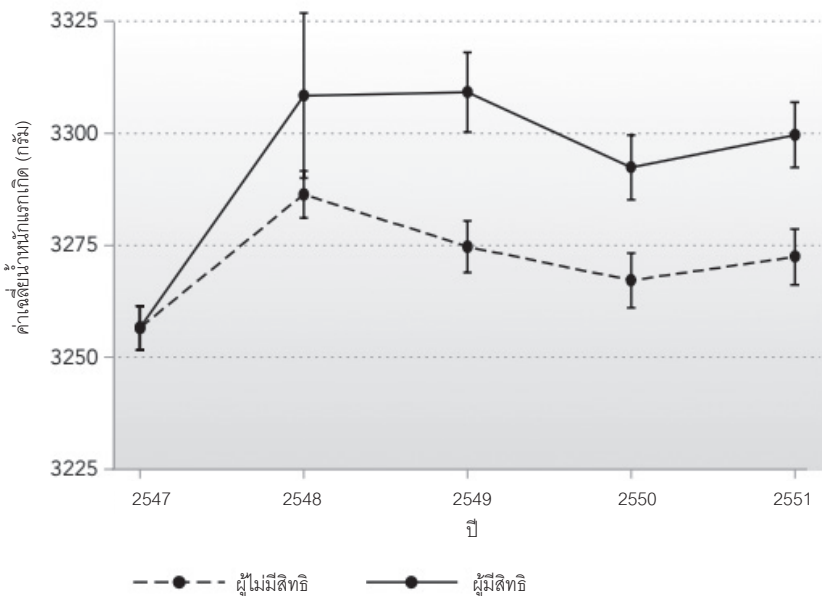
ผู้ประเมินชี้ว่าการตายแรกคลอดประมาณครึ่งหนึ่งมีผลจากน้ำหนักแรกเกิดต่ำ (ภาพที่ 1) โดยคำนวณว่าผู้ใช้สิทธิในแผนนี้คลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำลดลงร้อยละ 19 ทำให้ภาพรวมของเด็กแรกเกิดดีขึ้น<sup>40</sup> การบริหารจัดการแม่ที่มีความเสี่ยงส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จ และเมื่อทารกคลอดออกมามีน้ำหนักแรกเกิดต่ำ ซึ่งแม้ว่าก่อนหน้านี้หน่วยบริการพยายามอย่างสุดความสามารถแล้วก็ตาม ก็มีการดูแลหลังคลอดอย่างดีเพื่อช่วยให้ทารกมีชีวิตรอดและเติบโตเป็นเด็กได้อย่างปลอดภัย

การดำเนินงาน 7 จังหวัด ช่วยป้องกันการตายแรกเกิดได้ประมาณ 733 ราย, ป้องกันทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำได้ 1,071 ราย และหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 72,800 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2551

### ประโยชน์ที่ได้รับ เกิดจากการลงทุนไปเท่าใด?

“แผนกำเนิดทารก” ประสบความสำเร็จอย่างสูงโดยมีค่าใช้จ่ายไม่มาก โดยเฉลี่ยแล้ว เงินทุนสำหรับจูงใจรวมทั้งหมดยังน้อยกว่าร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในระดับจังหวัด

ภาพที่ 1. น้ำหนักแรกเกิดโดยเฉลี่ยที่ผ่านมา



แหล่งข้อมูล: Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014).

หมายเหตุ: กราฟแสดงน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยรายปี ตามสถานะผู้มีหรือไม่มีสิทธิ ผู้มีสิทธิหมายถึงถึงผู้ที่ถูกลงทะเบียนในแผนกำเนิดทารก คลินิกที่มารดาไปใช้บริการระหว่างตั้งครรภ์ก็ขึ้นทะเบียนไว้กับแผนกำเนิดทารกเช่นกัน

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

มีการออกแบบของค์ประกอบของการประเมินผล “แผนกำเนิดทารก” เพื่อวิเคราะห์ผลของโครงการต่อหน่วยบริการ ทั้งต่อโรงพยาบาลและคลินิก และต่อผู้ใช้บริการ<sup>41</sup> การประเมินผลใช้ข้อมูลที่เกิดขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2551 ใน 7 จาก 9 จังหวัดที่ดำเนินตามแผนนี้ ในระยะแรก หนึ่งจังหวัดถูกคัดออกเนื่องจากมีการชี้แจงโครงการเร็วเกินไป อีกจังหวัดถูกคัดออกเนื่องจากบันทึกข้อมูลการเกิดไม่สมบูรณ์ การประเมินผลนี้ไม่เหมือนการประเมินผลกระทบบหลายโครงการที่อาศัยการสำรวจครัวเรือนเป็นการเฉพาะที่มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้ประเมินใช้ชุดข้อมูลบริหารชุดใหญ่ที่รวมบันทึกรับรองการเกิดจากโรงพยาบาลแม่และเด็กของรัฐและข้อมูลการใช้ประโยชน์จากสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ จึงวิเคราะห์ผลกระทบของโครงการที่เป็นเหตุการณ์สำคัญแต่เกิดไม่บ่อยครั้งได้ เช่น น้ำหนักแรกเกิดน้อยและการตายขณะเกิด จึงครอบคลุมเหตุการณ์ต่างๆ มากมายที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ 282,000 คน ผลการประเมินนี้จึงเป็นตัวแทนที่ดีและน่าเชื่อถือ

โครงการนี้ประเมินตามช่วงระยะต่างๆ ของแผนเพื่อเปรียบเทียบผลกระทบที่เกิดขึ้นกับหญิงมีครรภ์และหน่วยบริการที่ลงทะเบียนเข้ามาในช่วงต้นกับช่วงต่อมา นักวิจัยทำการวิเคราะห์สองรอบ รอบแรกเพื่อดูผลกระทบของโครงการต่อผู้ใช้บริการทั้งหมดที่มาใช้บริการที่คลินิกที่ขึ้นทะเบียนไว้ และรอบสองเพื่อดูผลกระทบ

ของโครงการต่อผู้มีสิทธิที่มารับบริการที่คลินิกที่ขึ้นทะเบียนไว้ ทั้งที่ตั้งใจมาเข้ารับการรักษาและที่รักษาต่อเนื่อง พวกเขาเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มคล้ายกันที่ไม่ได้อยู่ในแผนฯ และประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังเริ่มโครงการ เพื่อควบคุมปัจจัยก่อกวน

การมีตัวควบคุมทำให้เห็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง “แผนกำเนิดทารก” กับการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ของการเกิด แต่เนื่องจากแผนฯ นี้กระจายไปทั่ว จึงเป็นไปได้ที่จะหาตัวควบคุมโดยแท้จริง นักวิจัยนำวิธีการวัดต่างๆ ทางเศรษฐศาสตร์มาใช้เพื่อให้เกิดความชัดเจน แต่ผลการประเมินก็ถูกตั้งว่ามีข้อจำกัดที่สำคัญ เช่น แนวโน้มผลลัพธ์ของการเกิดไม่มีความแตกต่างระหว่างคลินิกที่ลงทะเบียนแต่แรกกับคลินิกที่ลงทะเบียนภายหลัง แต่ความแตกต่างอาจเกิดขึ้นได้บ้างเนื่องจากอคติ ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพภายในและข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการมีจำกัด ไม่มีการวิเคราะห์ผลลัพธ์ในช่วงหลังคลอด เหตุผลภายนอกก็มีให้วิเคราะห์จำกัดเพราะข้อมูลการตายแรกเกิดได้มาเพียงส่วนหนึ่งของประชากรเท่านั้น (ร้อยละ 45 ของการเกิดใน 40 โรงพยาบาล) ถึงแม้ผู้ประเมินจะระบุว่าใช้ข้อมูลเปรียบเทียบกับข้อมูลในภาพรวมทั่วภูมิภาคก็ตาม

โครงการนี้ใช้เงินไปเพียง 39 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จัดว่าน้อยเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของอาร์เจนตินาราว 4 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของการประเมินผลกระทบบ<sup>42</sup> ประเมินของ “แผนกำเนิดทารก” ครอบคลุมเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ใช้เป็นสิ่งจูงใจ ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ทุนที่ได้ผลเพราะเป็นการจ่ายสมทบกับงบประมาณเพื่ออุดช่องว่างของระบบสุขภาพภายในจังหวัดที่รวมถึงใช้จ่ายเป็นเงินเดือนของผู้ให้บริการด้วย

ในระยะแรก ช่วงปี พ.ศ. 2548 - 2551 รัฐบาลกลางโอนเงินทั้งหมด 107 ล้านดอลลาร์สหรัฐไปยัง 9 จังหวัดแรก เดิมด้วยเงินกู้จากธนาคารโลกอีก 136 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ต่อมาจังหวัดจ่ายเพิ่มอีกกว่าร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด<sup>43</sup> การร่วมลงทุนใน “แผนกำเนิดทารก” ตลอดการดำเนินงานทำให้จังหวัดมีอิสระและความยืดหยุ่น โดยจังหวัดก็ได้ส่งผ่านการทำงานลักษณะนี้ลงไปยังหน่วยบริการต่างๆ ด้วย<sup>44</sup>

ผู้ประเมินโครงการสรุปว่า “แผนกำเนิดทารก” มีความคุ้มค่าสูงมากในบริบทของอาร์เจนตินา ด้วยค่าใช้จ่ายประมาณ 814 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ภายใต้มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวเท่ากับ 6,075 เหรียญสหรัฐ

### กฎแห่งความสำเร็จ

ความสำเร็จจากวิถีทางใหม่ของอาร์เจนตินาในการกระจายบริการสุขภาพคือ ความครอบคลุมกว้างขึ้น คุณภาพดีขึ้น การดูแลสุขภาพมีความเหมาะสมขึ้น และประการสุดท้ายคือสุขภาพดีขึ้น การขยายการใช้สิ่งจูงใจไปทั่วทุกระดับของระบบสุขภาพ การส่งเสริมผู้ให้บริการให้ควบคุมการใช้ประโยชน์จากเงินกองทุนใหม่ และการสร้างวัฒนธรรมความรับผิดชอบเหล่านี้เป็นกฎแห่งความสำเร็จของ “แผนกำเนิดทารก”

ผู้บริหารสาธารณสุขระดับสูงทุ่มเทให้กับ “แผนกำเนิดทารก” ตั้งแต่ต้น ด้วยการสร้างทีมงานที่เข้มแข็งทั้งด้านวิชาการและการเมืองในระดับกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นระดับประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มที่โดดเด่นในด้านการคิดเชิงกลยุทธ์ทั้งยังทำงานร่วมกับหุ้นส่วนที่หลากหลายในบริบทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงได้ สมาชิกของทีมยังมีความกล้าหาญที่จะท้าทายสภาพปัญหาปัจจุบันและค้นหาโอกาสใหม่ๆ มีการปรับปรุงเครื่องมือบริหารจัดการและเป้าหมายผลงานตลอดเวลาของโครงการ<sup>45</sup> “แผนกำเนิดทารก” ได้สร้างวิถีแห่งความร่วมมือรวมถึงการเป็นผู้นำร่วมกัน



มาร์ติน ซาบีญโญโซ (Martin Sabignoso) เป็นผู้ประสานงานระดับประเทศของแผนและเป็นหัวหน้าทีมของกระทรวงสาธารณสุข พื้นฐานเดิมของเขาคือนักกฎหมาย เขาเป็นผู้นำโครงการหลายปี ผ่านการเปลี่ยนแปลงภายในกระทรวงสาธารณสุขทั้งระดับประเทศและระดับจังหวัด รวมถึงผ่านระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่การขยายโครงการไปทั่วประเทศ ทีมงานของเขาบอกว่า เป็นเพราะความกระตือรือร้นขยันขันแข็งและคุณสมบัติพิเศษของเขาที่ทำให้การจัดการโครงการนี้รอดหน้าไป หน่วยจัดการในส่วนกลางก็ทำหน้าที่ดูแลและกำกับบทบาทเพื่อให้มั่นใจได้ว่าโครงการนี้จะบรรลุเป้าหมายและได้รับผลงานที่ดี

“แผนกกำเนิดทารก” ทำงานได้ดีภายในระบบสุขภาพของอาร์เจนตินา กระทรวงสุขภาพกลางให้กระจายอำนาจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการ ทีมงานพยายามสร้างสมดุลในการกระจายเงินทั่วทั้งระบบ ใช้เงินจำนวนน้อยจากกองทุนสุขภาพต่างๆ ในการกระตุ้นให้มีการใช้งบด้านสุขภาพของจังหวัดอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>46</sup> ด้วยการผสมผสานสิ่งจูงใจทั้งในการลงทะเบียนและการให้บริการ ทีมงานของแผนก็สามารถสร้างความสมดุลอย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น ป้องกันสถานการณ์ที่ผู้ให้บริการสนใจการลงทะเบียนโดยไม่ใส่ใจการให้บริการเท่าที่ควร

ด้วยการถ่ายโอนอำนาจการบริหารจัดการและการตัดสินใจไปยังจังหวัดและระดับล่างๆ โครงการนี้ทำให้ผู้ให้บริการมีอิสระภาพและความสามารถมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ด้วย บ่อยครั้งที่การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรพิเศษของแผนฯ เกิดจากมติร่วมของกลุ่ม<sup>47</sup> หน่วยบริการบางแห่ง ผู้ให้บริการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรคในการใช้เงินจูงใจผู้ให้บริการ เช่น ในวันคริสต์มาส ศูนย์สุขภาพแห่งหนึ่งในลา ปามปา (La Pampa - จังหวัดหนึ่งในภาคกลาง) ได้ซื้อจักรยานด้วยเงินกองทุนของแผนฯ แจกเป็นรางวัลแก่เด็กที่ได้รับวัคซีนครบถ้วน<sup>48</sup>

ผู้ดำเนินการตามแผนฯ เห็นว่า ความสำเร็จของโครงการเกิดจากกระบวนการที่มีการวัด สะท้อนกลับ และเรียนรู้ตลอดการดำเนินโครงการ สร้างวัฒนธรรมความรับผิดชอบ มีกระบวนการติดตามตรวจสอบบันทึกของคลินิกอย่างเข้มข้นทำให้ได้รู้ว่ามีค่าใช้จ่ายที่ถูกต้องหรือไม่ และการลงทะเบียนผู้ให้บริการที่บันทึกไม่เหมาะสมก็ทำให้การบันทึกดีขึ้น และข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น<sup>49</sup> ผู้นำโครงการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมการเรียนรู้จากกระบวนการติดตามตรวจสอบ การติดตามตรวจสอบช่วยให้ทีมงานทบทวนความก้าวหน้าได้ ตัวอย่างเช่น การประเมินในช่วงแรกพบปัญหาการทำสัญญากับผู้ให้บริการและปัญหาการลงทะเบียน<sup>50</sup> เพื่อตอบสนองต่อหลักฐานที่ผุดขึ้นตลอดการดำเนินโครงการ ทีมงานได้เพิ่มตัวชี้วัดผลงานใหม่และผลกระทบด้านสุขภาพ เพิ่มเป้าหมาย และพัฒนาสูตรคำนวณเงินจูงใจตามความซับซ้อนของการบรรลุเป้าหมาย<sup>51</sup>

“แผนกกำเนิดทารก” ยังส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคมด้วย<sup>52</sup> บางหน่วยบริการให้ความรู้แก่ผู้ได้รับการขึ้นทะเบียนเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของโครงการ โดยประกาศแจ้งรายการบริการที่ครอบคลุม ทีมงานยังได้เชื่อมโยงความพึงพอใจของผู้ป่วย (ทราบจากการสำรวจความเห็นของผู้ใช้บริการ) กับการจ่ายเงินจูงใจแก่ผู้ให้บริการ กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ใช้สิทธิได้รับบริการกว้างขวางขึ้นและมีคุณภาพมากขึ้น เว็บไซต์ของ “แผนกกำเนิดทารก” เผยแพร่ผลงานของแต่ละจังหวัดและจำนวนเงินที่จ่ายออกไป<sup>53</sup>

แนวโน้มภายหลังวิกฤตฯ เช่น ภาวะเศรษฐกิจในภาพรวมที่ตื้นเขินและความมั่นคงของสถาบันและการเมืองที่ตื้นเขินทำให้การดำเนินงานตามแผนฯ เป็นไปอย่างราบรื่น<sup>54</sup> แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองหลายสมัย แต่ความต่อเนื่องในนโยบายของรัฐบาลช่วยทำให้ “แผนกกำเนิดทารก” ประสบความสำเร็จ ภายหลังจากได้รับเลือกตั้งครั้งใหม่ของประธานาธิบดีคริสตินา เฟร์นานเดซ เด เคอร์เชเนอร์ (President Cristina Fernandez de Kirchner) ในปี พ.ศ. 2554 มีการเปลี่ยนแปลงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข 13 ใน 24 จังหวัด แต่ผู้ประสานงานของแผนในทุกจังหวัดก็ยังคงดำเนินงานได้ตามปกติ เพราะรัฐมนตรีใหม่รู้คุณค่าของแผนฯ นี้ รวมถึงรู้ว่าแผนนี้ได้รับความนิยมเพียงใด

## นัยต่อสุขภาพโลก

“แผนกกำเนิดทารก” ทำให้อาร์เจนตินากลายเป็นประเทศรายได้น้อยหรือปานกลางประเทศแรกที่ใช้เงินจูงใจกระตุ้นการขยายความครอบคลุมบริการสุขภาพและทำให้ผลลัพธ์ของการกำเนิดทารกดีขึ้น มีการบันทึกประสบการณ์ด้วยการประเมินผลกระทบที่มีความชัดเจน มีการประเมินผลและเผยแพร่ผลงานออกไปอย่างกว้างขวาง ทำให้ประสบการณ์ของอาร์เจนตินาเป็นแรงบันดาลใจแก่ประเทศต่างๆ ให้จ่ายเงินตามผลงานมากกว่าที่จะจ่ายตามสิ่งนำเข้าที่เรียกธำมา ในปานามา สาธารณรัฐโดมินิกัน และกัวเตมาลากำลังใช้รูปแบบการจ่ายเงินแบบนี้ และอาร์เจนตินาก็ยังได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับนักวางแผนสุขภาพในอียิปต์ แอฟริกาใต้ ตุรกี ยูเครน และอีกหลายประเทศ<sup>55</sup>

แม้ว่าอาร์เจนตินาจะเริ่มงานนี้ด้วยฐานะทางเศรษฐกิจที่ตื้นเขินและระบบสุขภาพที่ก้าวหน้ากว่าอีกหลายประเทศ รวมถึงช่องว่างในการแสวงหาทุนก็มีน้อย แต่ “แผนกกำเนิดทารก” นี้ใช้เงินไม่มาก มีความคุ้มค่าสูง วิธีการนี้จึงใช้ในประเทศที่ระบบสุขภาพมีทรัพยากรน้อยกว่าได้ บางที่ทรัพยากรที่สำคัญที่สุดอาจเป็นเรื่องของการนำของทีมงานที่เข้าใจและตอบโต้ต่อการเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบันภายในระบบสุขภาพได้ดีพอ

รวมทั้งสามารถประสานงานกับหน่วยงานในระดับต่างๆ ได้โดยมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ รูปแบบการเงินการคลังจึงผลงานยังต้องอาศัยระบบที่เชื่อถือได้ในการรวบรวมข้อมูลและสื่อสารข้อมูล ซึ่งประเด็นนี้ ประเทศอื่นๆ สามารถเรียนรู้จากระบบติดตามตรวจสอบของอาร์เจนตินาได้ อันเป็นระบบที่ทำให้ “แผนกำเนิดทารก” ได้รับการปรับปรุงตลอดมา

ส่วนข้อตกลงระหว่างกระทรวงในระดับประเทศและระดับจังหวัดนั้น “แผนกำเนิดทารก” มีความแตกต่างจากมาตรฐานการจ่ายเงินตามผลงานที่ถือปฏิบัติกันทั่วไป เช่น ในประเทศวันดา (ดูกรณีศึกษาที่ 12) มีองค์ประกอบที่บ่งบอกว่าเป็นการออกแบบสำหรับโครงการการเงินการคลังเชิงผลงาน เช่น ขนาดและแหล่งของงบประมาณ โครงสร้างทางการเงินการคลังของมณฑล และขนาดของการจ่ายเงินจูงใจ นอกจากนี้ ยังเน้นความสำคัญของการลงทุนในหน่วยบริการก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เพื่อช่วยให้รับมือได้กับความต้องการที่เพิ่มขึ้นที่จะตามมา. ผู้กำหนดนโยบายจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบว่าจะให้บริการใดบ้าง ความเสี่ยงอย่างหนึ่งก็คือ เงินจูงใจสามารถทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหมดกำลังใจที่จะให้บริการในงานที่ไม่มีเงินจูงใจ<sup>66</sup>

บทเรียนจาก “แผนกำเนิดทารก” สามารถใช้เป็นแบบเรียนสำหรับกระทรวงสาธารณสุขที่กำลังใช้ระบบการเงินการคลังเชิงผลงานและกำลังมุ่งสู่เป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาร์เจนตินาเองก็กำลังมุ่งมั่น

ทำงานเพื่อให้มั่นใจได้ว่า “แผนกำเนิดทารก” สามารถครอบคลุมประชาชนทุกคนที่จำเป็น ยังคงเป็นเรื่องท้าทายที่จะเข้าถึงคนยากจนที่อาศัยในที่ห่างไกล รวมถึงกลุ่มเปราะบางบางกลุ่มที่ยังไม่รู้ว่ามีสิทธิ<sup>67</sup> ถึงปี พ.ศ. 2552 ชาวอาร์เจนตินา 2 ล้านคนจากเกือบ 15 ล้านคน ที่ไม่มีประกันสุขภาพได้รับสิทธิในโครงการ “แผนกำเนิดทารก”<sup>68</sup> แม้ว่าผู้ให้บริการบางรายจะส่งหน่วยเคลื่อนที่ออกค้นหาหญิงตั้งครรภ์และเด็กในที่ห่างไกล แต่ก็ยังถูกวิพากษ์ว่าโครงการนี้ลงทุนน้อยไปในการออกค้นหาเป้าหมายในกลุ่มที่ยากต่อการเข้าถึงจริงๆ<sup>69</sup>

เพื่อขยายการเข้าถึง, “แผนกำเนิดทารก” ได้เพิ่มจำนวนเป้าหมายประชากรอีก โดยในปี พ.ศ. 2555 รัฐบาลก็ได้ริเริ่มโครงการใหม่ ชื่อว่า “โปรแกรมมา ซูมาร์” (“Programma Sumar” แปลว่าโครงการเสริม) ด้วยการสนับสนุนจากธนาคารโลก เพื่อขยายความครอบคลุมการดูแลสุขภาพแก่เด็กอายุ 6 ถึง 19 ปี และผู้หญิงอายุ 20 ถึง 64 ปี ในกลางปี พ.ศ. 2558 โครงการใหม่นี้ได้ขยายความครอบคลุมสู่ชายที่ไม่มีประกันสุขภาพอายุ 20 ถึง 64 ปี โดยใช้หลักการเดียวกับการเงินการคลังเชิงผล จึงครอบคลุมได้ถึง 16 ล้านคน ประกอบด้วยเด็กอายุต่ำกว่า 10 ปี วัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ และผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิง ทั้งนี้ นับถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558<sup>60</sup>, การขยายการเข้าถึงด้วยการจ่ายเงินตามผลงานจะเป็นการบูรณาการเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และสุขภาพของชาวอาร์เจนตินาทุกคน<sup>61</sup>

## อ้างอิง

- Abramovich, Victor, Laura Pautassi, and Victoria Furio. 2008. “Judicial Activism in the Argentine Health System: Recent Trends.” *Health and Human Rights* 10 (2): 53-65.
- Almond, Douglas, Kenneth Y. Chay, and David S. Lee. 2005. “The Costs of Low Birth Weight.” *Quarterly Journal of Economics* 120(3): 1031-83. doi:10.1093/qje/120.3.1031.
- Almond, Douglas, and Janet Currie. 2011. “Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis.” *Journal of Economic Perspectives* 25 (3): 153-72. doi:10.1257/jep.25.3.153.
- Baldock, Hannah. 2002. “Child Hunger Deaths Shock Argentina.” *Guardian*, November 24. <http://www.theguardian.com/world/2002/nov/25/famine.argentina>.
- Behrman, Jere R., and Mark R. Rosenzweig. 2004. “Returns to Birthweight.” *Review of Economics and Statistics* 86 (2): 586-601. doi:10.1162/003465304323031139.
- Black, Sandra E., Paul J. Devereux, and Kjell G. Salvanes. 2007. “From the Cradle to the Labor Market? The Effect of Birth Weight on Adult Outcomes.” *Quarterly Journal of Economics* 122 (1): 409-39.
- Cavagnero, Eleonora, Guy Carrin, Ke Xu, and Ana Mylena Aguilar - Rivera. 2006. *Health Financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization*. Working Paper 8. Mexico City: Fundación Mexicana para la Salud.
- Cortez, Rafael. 2009. *Argentina—Provincial Maternal and Child Health Insurance: A Results-Based Financing Project at Work*. Washington, DC: World Bank. <https://open-knowledge.worldbank.org/handle/10986/10218>.
- Cortez, Rafael, and Daniela Romero. 2013. *Argentina Increasing Utilization of Health Care Services among the Uninsured Populations: The Plan Nacer Program*. UNICO Studies Series 74956. Washington, DC: World Bank.
- Cortez, Rafael, Daniela Romero, Vanina Camporeale, and Luis Perez. 2012. *Results - Based Financing for Health in Argentina: The Plan Nacer Program*. Washington, DC: World Bank. [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/04/29/000445729\\_20130429160310/Rendered/PDF/716480WP0box-370forHealthinArgentina.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/04/29/000445729_20130429160310/Rendered/PDF/716480WP0box-370forHealthinArgentina.pdf).
- Currie, Janet. 2011. *Inequality at Birth: Some Causes and Consequences*. Working Paper 16798. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Economist*. 2002. “Argentina’s Collapse: A Decline without Parallel,” February 28. <http://www.economist.com/node/1010911>.
- Eichler, Rena, and Amanda Glassman. 2008. “Health Systems Strengthening via Performance - Based Aid.” *Brookings Global Economy and Development, Global Health Financing Initiative Working Paper 3*. Washington, DC:

## อ้างอิง (ต่อ)

- Brookings Institution. [http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2008/9/global%20health%20glassman/09\\_global\\_health\\_glassman.pdf](http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2008/9/global%20health%20glassman/09_global_health_glassman.pdf).
- Gasparini, Leonardo C., and Mónica Panadeiros. 2004. *Argentina: Assessing Changes in Targeting Health and Nutrition Policies*. HNP Discussion Paper 30471, Reaching the Poor Program Paper 1. Washington, DC: World Bank. [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/11/18/000090341\\_20041118090341/Rendered/PDF/304710RPP1ARGAssess-ingChanges.p df](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/11/18/000090341_20041118090341/Rendered/PDF/304710RPP1ARGAssess-ingChanges.p df).
- Gertler, Paul, Paula Giovagnoli, and Sebastian Martinez. 2014. *Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life*. Policy Research Working Paper 6884. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/05/19546892/rewarding-providerperformance-enable-healthy-start-life-evidenceargentinass-plan-nacer>.
- Giedion, Ursula, Ricardo A. Bitran, and Ignez Tristao, eds. 2014. *Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Health-Benefit-Plans.pdf?sequence=1>.
- Glassman, Amanda. 2013. "How Many Bed Nets Equal a Life Saved? Why Results Matter for Value for Money." *Global Health Policy Blog*, Center for Global Development, September 27. <http://www.cgdev.org/blog/how-many-bed-nets-equal-life-saved-%E2%80%93-why-results-matter-value-money>.
- Krauss, Clifford. 2001. "Argentina's Provinces Struggle to Stay Afloat." *New York Times*, November 18. <http://www.nytimes.com/2001/11/18/international/americas/18ARGE.html>.
- Ministry of Health. 2015. "Reporte de Gestion Sumar." PowerPoint presentation. Accessed November 8. <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/07-RG-JUL-2015.pdf>.
- Musgrove, Philip. 2011. *Financial and Other Rewards for Good Performance or Results: A Guided Tour of Concepts and Terms and a Short Glossary*. Washington, DC: World Bank. [https://www.rbhealth.org/sites/rbf/files/RBFGlossarylongrevised\\_0.pdf](https://www.rbhealth.org/sites/rbf/files/RBFGlossarylongrevised_0.pdf).
- Perazzo, Alfredo, and Erik Josephson. 2014. *Verification of Performance in Results-Based Financing Programs: The Case of Plan Nacer in Argentina*. Discussion Paper 95083. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development / World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/21712/950830WP0Box390ntina0Final00PUBLIC0.pdf?sequence=1>.
- Sabignoso, Martin. 2014. "Avanzando hacia la cobertura universal y efectiva en salud." PowerPoint presentation. April, Argentina: Buenos Aires. <http://diplomaturaredes.blogs.hospitalelcruce.org/files/2015/05/Presentaci%C3%B3n-Programa-SUMAR-Seminario-Diplomatura-en-Redes-de-Salud-Viernes-10-de-abril.pdf>.
- Villar, J., H. Ba'aqeel, G. Piaggio, P. Lumbiganon, J. Miguel Belizán, U. Farnot, Y. Al-Mazrou, et al. 2001. "WHO Antenatal Care Randomised Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care." *Lancet* 357 (9268): 1551-64.
- World Bank. 2015. "Mortality Rate, Infant (per 1,000 Live Births)." Data. Accessed August 7. <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. *Economist* (2002).
2. Baldock (2002).
3. Krauss (2001); Abramovich, Pautassi, and Furio (2008).
4. Giedion, Bitran, and Tristao (2014).
5. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012, 2).
6. Currie (2011).
7. Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014); Behrman and Rosenzweig (2004); Almond, Chay, and Lee (2005).
8. Behrman and Rosenzweig (2004); Almond, Chay, and Lee (2005); Black, Devereux, and Salvanes (2007).
9. Almond and Currie (2011).
10. Perazzo and Josephson (2014); World Bank (2015).
11. Giedion, Bitran, and Tristao (2014).
12. Giedion, Bitran, and Tristao (2014).
13. Cavagnero et al. (2006).
14. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
15. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
16. Glassman (2013).
17. Gasparini and Panadeiros (2004).
18. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
19. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
20. Eichler and Glassman (2008).
21. Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014).
22. Martin Sabignoso, personal communication with the author, August 29, 2014; Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
23. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
24. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
25. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
26. Musgrove (2011).
27. Martin Sabignoso, personal communication with the author, August 29, 2014.
28. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
29. Priority services cover healthcare promotion; delivery; preventative and diagnostic visits for pregnant women, mothers, and children; laboratory services; and imaging (Giedion, Bitran, and Tristao 2014).
30. Musgrove (2011).
31. Martin Sabignoso, personal communication with the author, August 29, 2014.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)

32. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
33. Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014).
34. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
35. Martin Sabignoso, personal communication with the author, August 29, 2014.
36. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
37. Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014).
38. Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014).
39. Villar et al. (2001).
40. Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014).
41. This account is based on Cortez and Romero (2013, 6).
42. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
43. The World Bank later provided an additional US\$300 million for the expansion to the remaining provinces (Cortez 2009).
44. Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014).
45. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
46. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
47. Sabignoso (2014).
48. Sabignoso (2014, 23).
49. Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014); Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
50. Cortez and Romero (2013).
51. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
52. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
53. Eichler and Glassman (2008).
54. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
55. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
56. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
57. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).
58. Gertler, Giovagnoli, and Martinez (2014).
59. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012, 24).
60. Ministry of Health (2015).
61. Cortez, Romero, Camporeale, and Perez (2012).

## กรณีศึกษาที่ 11

### ขจัดโรคถึงรากเหง้า

#### โครงการโชด ดาฟามิลีอาแห่งบราซิล (Brazil's Programa Saúde da Família)

(ต้นฉบับโดย Alix Beith, ด้วยความอนุเคราะห์จาก Frederico Guanais de Aguiar)

##### ภาพรวมโดยสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และลดการเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคที่ป้องกันได้หรือรักษาได้ในชุมชน

**ยุทธวิธี:** โครงการสาธารณสุขระดับชาติที่ให้บริการระดับปฐมภูมิและการป้องกันโรคในระดับชุมชน

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** ลดอัตราการตายและอัตราการเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดอัตราการตายของทารก ช่วยให้ชีวิตรอด 450,000 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2539 - 2555

**ปัจจัยสำเร็จ:** รัฐบาลมีความจริงจังทั้งในระดับประเทศ ระดับรัฐ และระดับเทศบาล การกระจายอำนาจการตัดสินใจลงสู่ระดับล่าง การมีส่วนร่วมและความจริงจังของชุมชนในการทำให้ชุมชนเข้มแข็ง มีโครงการทางสังคมอื่นๆ ที่ช่วยขยายผลกระทบ ใช้ทีมงานมืออาชีพที่เกี่ยวข้องหลายด้าน

**การเงินการคลัง:** 30 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2551 คำนวณได้เป็นร้อยละ 8 ของงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐทั้งหมด

**ขนาดของโครงการ:** ประชาชน 116 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 57 ของประชากรชาวบราซิล (กลางปี พ.ศ. 2557)

รุ่งอรุณวันหนึ่งในมินาส เจอราอีส์ (Minas Gerais) รัฐที่ยากจนในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของบราซิล หญิงวัยกลางคนปี นขึ้นเนินอย่างหอบล่า เพื่อปลูกต้นกาแฟ ครอบครัวของเธอยากจน สามีสูบลและดื่มจัด และเป็นเบาหวาน ลูกๆ ก็ริตึมสุราและหนักข้อขึ้นเรื่อยๆ อาหารสำหรับครอบครัวก็ไม่ดีต่อสุขภาพเพราะอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมีราคาแพงเกินไป เธอปวดหัวเป็นประจำและคิดเอาเองว่า ขาสองข้างที่บวมทำให้อ่อนล้า แต่อาการดังกล่าวส่งสัญญาณถึงโรคที่รุนแรงกว่านั้นเพราะมันเป็นอาการเริ่มต้นของโรคหัวใจวาย

ประชาชนในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางทั่วโลกกำลังเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สุขภาพของพวกเขาเปลี่ยนแปลงไปด้วย ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นในขณะที่แบบแผนของโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อที่คร่าชีวิตและมีความเสี่ยงทางอนามัยแม่และเด็กไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จุดเปลี่ยนนี้สร้างปัญหาใหม่ที่หนักหน่วงให้กับรัฐบาลต่างๆ ของประเทศที่มีระบบสุขภาพอ่อนแอและยังไม่สามารถให้บริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าได้ แม้ยังพอมีกกลยุทธ์ในการป้องกันและจัดการกับโรคเรื้อรังในระดับชุมชน แต่ก็ไม่สามารถดำเนินการได้กว้างขวางในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

บราซิลผู้นำด้านรุ่งด้านเศรษฐกิจโลกยังคงมีความก้าวหน้าในเรื่องนี้ ในปี พ.ศ. 2537 รัฐบาลได้เริ่มโครงการสาธารณสุขมูลฐานที่มีชุมชนเป็น

ฐานที่ต่อมากลายเป็นโครงการที่มีความรอบด้านใหญ่ที่สุดในโลก นั่นคือโครงการโชด ดาฟามิลีอา (Programa Saúde da Família: PSF) หรือ “โครงการสุขภาพครอบครัว” (“Family Health Program”) ตั้งแต่นั้นมา PSF ลดความตายและความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งยังมีผลต่อการปรับปรุงวิถีการทำให้ทารกรอดชีวิตอย่างก้าวกระโดด<sup>1</sup>

ผู้สนับสนุนบทความในวารสารการแพทย์อังกฤษบรรยายเกี่ยวกับ PSF ว่าเป็น “ระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีความรอบด้าน คุ่มทุน และขยายทั่วประเทศได้เร็ว เป็นตัวอย่างน่าประทับใจที่สุดในโลกก็ได้”<sup>2</sup> โครงการสาธารณสุขของบราซิลนี้ให้บทเรียนมีค่าแก่ประเทศต่างๆ มากมาย แต่ก็ยังมีช่องว่างที่ต้องปรับปรุง เช่น ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่ยังดำรงอยู่ และเงินทุนที่ไม่แน่นอน

#### ความสูญเสียเนื่องจากโรคเรื้อรัง

กลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางต้องเผชิญปัญหาสุขภาพสองด้าน ด้านหนึ่งคือโรคติดต่อและสิ่งคุกคามทางอนามัยแม่และเด็ก อีกด้านคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มขึ้นแล้วสองหรือสามเท่าในสองสามทศวรรษ

ที่ผ่านมา<sup>3</sup> ในบรรดาโรคกลุ่มนี้ โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่อันตรายที่สุด เป็นนิกซ์อันดับหนึ่งของโลก ความตายที่เกิดจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองอุดตันทั่วโลกคาดว่าจะเพิ่มจากประมาณ 17 ล้านคนในปี พ.ศ. 2551 เป็น 23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง

บราซิลเป็นประเทศหนึ่งที่สะท้อนสถานการณ์โลกดังกล่าว ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1960 (พ.ศ. 2503 - 2512) บราซิลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างสูงในด้านโครงสร้างประชากร ระบาดวิทยา และโภชนาการ ในขณะที่โรคมาลาเรีย วัณโรค และโรคเอดส์ยังเป็นโรคที่ก่อความสูญเสียให้แก่บราซิลมีใช้น้อย อีกทั้งโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย เช่น โรคชากาส (Chagas disease) โรคไข้เลือดออก และโรคพยาธิใบไม้ในเลือดก็ยังคงอยู่ แต่ในปัจจุบัน โรคไม่ติดต่อมีผลถึงตาย 3 ใน 4 ในบราซิล ร้อยละ 31 ของการเสียชีวิตมีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดหัวใจเพียงอย่างเดียว<sup>4</sup>

บราซิลนั้นเช่นเดียวกับประเทศส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากเรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย และพฤติกรรมที่ทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจคุกคาม เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า การป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองจะต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตส่วนบุคคลและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ บริการดูแลสุขภาพปฐมภูมิสามารถเข้าถึงปัจจัยความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันเลือดสูง โครงการสุขภาพสามารถให้การศึกษานู่นเสริม หรือแม้กระทั่งให้เงินจูงใจในการเลิกบุหรี่ กินถูกต้อง และร่วมกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามสภาพทางภูมิศาสตร์ ภาวะทางเศรษฐกิจสังคมที่ย่ำแย่ และเงื่อนไขอื่นๆ อีกมาก ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการตรวจหาและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจทั่วโลก

ที่บราซิล พื้นที่ด้อยโอกาสบางแห่งไม่มีบริการสาธารณสุขตามจำเป็น ต้นทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) มีเพียงร้อยละ 60 ของประชากรทั้งประเทศสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพภาคเอกชนที่มีคุณภาพ ซึ่งคือผู้จ่ายภาษีประกันสังคมและผู้จ่ายเงินจากกระเป๋าของตนเอง<sup>5</sup> ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพทำให้อายุขัยของคนในภาคใต้ของบราซิล (ซึ่งรวยกว่า) สูงกว่าคนในภาคเหนือ (ซึ่งจนกว่า) ประมาณ 8 ปี<sup>6</sup>

### จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: รัฐธรรมนูญใหม่ รับประกันดูแลสุขภาพถ้วนหน้าฟรี

ในประเทศบราซิล การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการเมืองอย่างสูงทำให้เกิดการปฏิรูปในภาคสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2528 ซึ่งเป็นปี หลังหตุคัพพันการปกครองโดยทหารร่วม 2 ทศวรรษ ประเทศได้เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูประชาธิปไตยอีกครั้ง องค์การภาคประชาชนผลักดันให้มีระบบสาธารณสุขฟรีสำหรับทุกคน รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2531 ให้ความสำคัญต่อเรื่องสุขภาพ

และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนและเป็นความรับผิดชอบของรัฐที่จะต้องจัดให้มี

สองปี ต่อมา ระบบสุขภาพใหม่ถือกำเนิดขึ้น เรียกว่า ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวแห่งชาติ (National Sistema Unico de Saude: SUS or National Unified Health System) SUS มีลักษณะเป็นการลงทุนร่วมระหว่างหน่วยงานรัฐหลายระดับ มีการกระจายอำนาจ เป็นความร่วมมือระหว่างภาคเอกชนและชุมชน และมีการปฏิรูปด้านอื่นๆ<sup>7</sup> นักวางแผนสาธารณสุขของรัฐบาลค่อยๆ ดำเนินโครงการ เป็นระยะๆ ปรับเปลี่ยนจุดเน้นจากการแพทย์ตติยภูมิไปเป็นการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ถึงจะล่าช้าแต่ก็แน่นอนกว่า ผู้อาศัยอยู่ในชนบทจำนวนมากเข้าถึงบริการสุขภาพที่เคยขาดแคลนได้ฟรี

PSF เป็นโครงการหลักของรัฐบาลสำหรับให้บริการปฐมภูมิภายใต้ SUS และได้รับการกล่าวขานว่าเป็น “บ่งชี้แห่งความสำเร็จของระบบสุขภาพหนึ่งเดียว”<sup>8</sup> PSF เริ่มในปี พ.ศ. 2537 โดยเริ่มจากโครงการนำร่องเล็กๆ ในรัฐเซอรา (Ceara) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของบราซิล ให้บริการสุขภาพฟรีแก่ประชาชน 1 ล้านคนภายใต้การดูแลโดยเทศบาลท้องถิ่น ส่วนหนึ่งเกิดจากแรงบันดาลใจที่ได้เห็นรูปแบบการดูแลสุขภาพของคิวบาที่ยึดหลักความยุติธรรมกับความเป็นปึกแผ่น PSF มุ่งการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการรักษา รวมถึงให้การส่งต่อในระดับชุมชนผ่านเครือข่ายที่เป็นทีมงานสหสาขาวิชาชีพดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ โครงการสุขภาพครอบครัวนำร่องกลายเป็นยุทธศาสตร์หลักของระบบสุขภาพทั้งปวง (หลักการการกระจายอำนาจเช่นกัน) ของบราซิลอย่างรวดเร็ว โครงการนี้ขยายตัวรวดเร็วระหว่างปี พ.ศ. 2541 - 2550 โดยมีพันธกิจในการสร้างความเท่าเทียมให้เกิดขึ้นในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างทั่วถึงทั่วประเทศ<sup>9</sup>

### ปฏิบัติการ PSF

ตั้งแต่เริ่มต้น PSF ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแลแบบองค์รวม<sup>10</sup> ทีมงานสาธารณสุขได้รับการสอนให้รู้จักคนในพื้นที่รับผิดชอบและให้บริการแบบองค์รวมอย่างเหมาะสมโดยไม่เรียกเก็บเงิน ทีมงานในระดับชุมชนต้องสร้างความน่าเชื่อถือหรือสร้างศรัทธาให้เกิดขึ้นเพื่อให้ประชาชนยินดีมาใช้บริการในระบบสุขภาพนี้

แต่ละทีมดูแลสุขภาพปฐมภูมิประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ด้านสังคม อย่างละ 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 4 - 6 คน บางเทศบาลเพิ่มวิชาชีพทันตกรรมด้วย หน่วยงานสาธารณสุขหนึ่งแห่งดูแลประชากรประมาณ 3,500 คน ตามสภาพภูมิศาสตร์ มีแพทย์และพยาบาลให้บริการภายในสถานที่ของหน่วยงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการรักษาพยาบาล

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนรับหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และให้บริการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บเล็กๆ น้อยๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คนรับผิดชอบประมาณ 120 ครอบครัว ไปเยี่ยมบ้านให้ได้ทุกบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งต่อเดือน<sup>11</sup> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนจึงเป็นตัวเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างทีมงานสาธารณสุขกับคนในชุมชน

ข้อมูลประชากรในท้องถิ่นทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตาม การตั้งครรภ์และวางแผนตามแนวทางการดูแลก่อนและหลังคลอด พวกเขาเชื่อว่าทารกแรกเกิดคนไหนที่ต้องให้วัคซีน และพวกเขา ก็สามารถให้การรักษาโรคปัจจุบันทันด่วนหรือบริการส่งต่อในยามจำเป็นได้ เมื่อเร็ว ๆ นี้ ด้วยทิศทางใหม่ที่เน้นการป้องกันและรักษาโรคหัวใจและเบาหวาน ทีมงานได้เริ่มค้นหา ติดตามและจัดการผู้ที่เริ่มมีโรคเรื้อรังเป็นรายๆ โดยส่งเสริมให้เปลี่ยนวิถีชีวิตที่ช่วยขจัดโรคได้ในทันที<sup>12</sup>

PSF ขยายตัวรวดเร็ว ถึงกลางปี พ.ศ. 2557 โครงการนี้ได้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างครอบคลุมในร้อยละ 95 ของเทศบาลทั้งหมดในประเทศบราซิล ทีมงานดูแลสุขภาพมากกว่า 37,300 ทีมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 261,600 คนทำหน้าที่ดูแลประชากรของประเทศประมาณร้อยละ 60<sup>13</sup>

เพื่อขยายการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น เซาเปาโล (Sao Paulo) และเทศบาลบางแห่งได้ทำสัญญาจ้างกลุ่มธุรกิจการแพทย์เอกชนที่มีโรงพยาบาลใหญ่อยู่ในเครือ ให้เข้ามาร่วมให้บริการในคลินิกของ PSF อย่างไรก็ตาม มาตราการนี้ทำให้ชาวบราซิลจำนวนหนึ่งข้องใจ เนื่องจากด้วยธุรกิจเอกชนย่อมอยู่ตรงข้ามกับอุดมการณ์พื้นฐานของ “ระบบสุขภาพสำหรับประชาชนโดยถ้วนหน้า”<sup>14</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: หัวใจแข็งแรงขึ้น, ประชาชนเข้าโรงพยาบาลน้อยลง

PSF ทำให้สุขภาพของชาวบราซิลดีขึ้นอย่างไม่ต้องสงสัย บทสรุปนี้สนับสนุนโดยหลักฐานที่มีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ดูกล่อง 1)<sup>15</sup> แต่การวัดผลกระทบของโครงการในเชิงปริมาณเป็นเรื่องท้าทายมากเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ด้านสังคมและการเมืองตลอดการปฏิบัติงาน

มีงานวิจัยที่พบความเชื่อมโยงระหว่าง PSF กับการลดลงของจำนวนความตายจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคเหล่านี้ก็ลดลง ยิ่งโครงการนี้ให้บริการต่อไปนานเท่าใด พื้นที่ยิ่งได้รับประโยชน์มากขึ้น<sup>16</sup> PSF ยังมีส่วนทำให้ผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่รักษาได้ง่ายในชุมชน มาเข้าโรงพยาบาลน้อยลงอีกด้วย ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2545 ผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคทางหายใจน้อยลงกว่าปี พ.ศ. 2542 เป็นจำนวน 126,000 ราย<sup>17</sup>

PSF ยังช่วยบรรเทาความรุนแรงของสิ่งคุกคามอื่นๆ ต่อสุขภาพด้วย แม้ว่าขณะนั้นการให้ภูมิคุ้มกันและการผดุงครรภ์ระดับประเทศจะครอบคลุมสูงขึ้นใกล้ระดับสากล<sup>18</sup> แต่โครงการนี้ก็ได้อธิบายว่าทำให้อัตราการตายของทารกลดลงด้วย ในเทศบาลจำนวนหนึ่งที่มีการกระจายอำนาจการบริหารและมีการขยายบริการของ PSF อัตราตายของทารกลดลงมากกว่าเทศบาลที่ไม่มีการกระจายอำนาจและไม่มีการ PSF ถึงร้อยละ 25<sup>19</sup> บทเรียนที่ชัดเจนก็คือ การให้อำนาจในการบริหารจัดการแก่หน่วยงานของรัฐในระดับล่างๆ ทำให้ประโยชน์ของโครงการสุขภาพมีมากขึ้น

ในภาพรวม ประมาณการอย่างต่ำได้ว่า PSF สามารถช่วยชีวิตให้รอดได้ 450,000 รายระหว่างปี พ.ศ. 2539 - 2555<sup>20</sup> ชาวบราซิลที่ยากจนได้รับประโยชน์มากที่สุด จึงถือได้ว่าโครงการนี้สามารถลดช่องว่างความไม่เสมอภาคได้มากและถือเป็นผลของการจัดตั้งหน่วยงานดูแลสุขภาพในพื้นที่ที่แต่ก่อนไม่เคยได้รับการนี้<sup>21</sup> ปัจจุบัน PSF ครอบคลุมประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ยากจนได้ร้อยละ 72 แต่ครอบคลุมประชากรในภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่รวยกว่าได้เพียงร้อยละ 36<sup>22</sup>

อย่างไรก็ตาม PSF ไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความเสี่ยงทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพในระดับประเทศมากนัก ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า การจ่ายเงินจากกระเป๋าของประชาชนเพื่อสุขภาพลดลงเพียงเล็กน้อยในประเทศบราซิลนับตั้งแต่ปี แรกของศตวรรษ คืออยู่ที่ร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในปี พ.ศ. 2556 เทียบกับในปี พ.ศ. 2546 ที่ร้อยละ 35<sup>23</sup> แม้ว่าตัวเลขนี้จะดูดีเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านบางประเทศ แต่ยังมีคนยากจนอีกมากที่ไม่ได้รับความคุ้มครองทางการเงินเมื่อต้องประสบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เป็นเสมือนหนามตะขิง ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่ PSF ไม่ได้จัดไว้ให้

### ประโยชน์ที่ได้รับเกิดจากการลงทุนไปเท่าใด?

ในปี พ.ศ. 2551 มีการจัดสรรเงินประมาณร้อยละ 8 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมดของรัฐบาล (30 พันล้านเหรียญสหรัฐ) ไปยังโครงการ PSF รัฐบาลกลางได้ออนเงินบางส่วนไปยังเทศบาลเพื่อให้ดำเนินงานบริการสุขภาพตามโครงการ เทศบาลได้รับประมาณ 15 เหรียญสหรัฐต่อหัวประชากรที่รับผิดชอบจากงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐบาล การจัดสรรงบประมาณที่แน่นอนกระทำโดยสูตรคำนวณที่ซับซ้อน สูตรการคำนวณจะต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ มากมาย เช่น สัดส่วนประชากรของเทศบาลที่ดูแลโดย PSF ความหนาแน่นของประชากรรายได้ต่อหัวประชากร อัตราความยากจน รวมถึงสัดส่วนผู้อาศัยที่มีประกันสุขภาพเอกชนเสริม<sup>30</sup>

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

โครงการ PSF เริ่มต้นในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างสูงในบราซิล จึงเป็นเรื่องยากที่จะที่ผลกระทบของโครงการท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงมากมายในเวลานั้นที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น อายุขัยและอัตราการตายของแม่และทารก

อย่างไรก็ตาม การศึกษามากมายพยายามประเมินประโยชน์ด้านสุขภาพของโครงการ PSF หลายการศึกษาได้มีการควบคุมตัวแปรกวนด้วย เช่น ภาวะทางสังคมเศรษฐกิจ การศึกษา การเข้าถึงน้ำสะอาด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาล และจำนวนเตียงของโรงพยาบาลต่อหัวประชากร ผลการศึกษาดังกล่าว 3 การศึกษาโดย Macinko และคณะ<sup>24</sup>, Aquino, de Oliveira, และ Barreto<sup>25</sup>, และ Guanais<sup>26</sup> ระบุว่ารัฐต่างๆ รวมถึงเทศบาลต่างๆ ของบราซิลที่มีผู้อาศัยส่วนใหญ่อยู่ภายใต้โครงการ PSF มีอัตราการตายของทารกลดลงกว่าในพื้นที่อื่นๆ

ในปี พ.ศ. 2552 นักวางแผนสาธารณสุขได้พัฒนาเครื่องวัดที่จะใช้ในการประเมินผลงานที่เกิดจากการป้องกันหรือการจัดการในระดับชุมชน ที่ทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านั้นไม่ต้องเข้าโรงพยาบาล เครื่องวัดดังกล่าวทำให้นักวิจัยวัดผลกระทบด้านสุขภาพจากการดำเนินงานป้องกันของโครงการได้<sup>27</sup> วิธีนี้จะทำให้ผู้บริหาร

ของบราซิลได้หลักฐานเกี่ยวกับประโยชน์ของโครงการ PSF ที่ลดการเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองได้

ในการศึกษาเทศบาลมากกว่า 1,600 แห่งของบราซิล นักวิจัยสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจเสมอมา<sup>28</sup> การวิเคราะห์ชี้ให้เห็นการตอบสนองต่อโครงการอย่างชัดเจนระหว่างสัดส่วนของประชากรภายใต้ PSF กับการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ การสำรวจนี้ได้ข้อมูลจากเทศบาลที่มีข้อมูลคุณภาพสูง ข้อค้นพบจึงมีความน่าเชื่อถือมาก แต่ก็ควรสรุปผลการศึกษานี้เฉพาะในพื้นที่การศึกษาเท่านั้น

นักวิจัยในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลเชิงนิเวศซึ่งเก็บรวบรวมที่ระดับประชากร ผลการศึกษาจึงมีข้อควรระวังในการพิจารณาข้อค้นพบที่อาจจะดูแปลกอันเนื่องมาจาก “มายาคติเชิงนิเวศ” ที่อาจเกิดจากการสังเกตในระดับกลุ่ม (เช่น ระหว่างกลุ่มคนภายใต้โครงการ PSF และกลุ่มคนโรคหัวใจในเทศบาล) แต่ถูกนำไปตีความเชื่อมโยงความคิดในระดับบุคคล (เช่น บุคคลภายใต้โครงการ PSF อาจคาดหวังว่า ตนมีความเสี่ยงลดลงจากการตายด้วยโรคหัวใจซึ่งอาจไม่เป็นจริง)<sup>29</sup> มายาคติเชิงนิเวศนี้จึงสร้างข้อจำกัดแก่นักวิจัยในการคาดการณ์ผลของโครงการต่อระดับบุคคลและในการทำความเข้าใจเส้นทางของผลกระทบในภาพรวมของโครงการด้วย

ค่าใช้จ่ายต่อปี สำหรับ PSF หนึ่งในสี่คือประมาณ 154,000 เหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2553 หรือ 44 เหรียญสหรัฐต่อหัว และประมาณหนึ่งในสามของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ส่วนกลางโอนไปให้<sup>31</sup> ความเหมาะสมของงบประมาณจากส่วนกลางและจากเทศบาลที่โอนไปให้ PSF เป็นเรื่องหนึ่งที่มีการโต้เถียงกัน เทศบาลส่วนใหญ่ออกเงินมากกว่าร้อยละ 50 ของงบดำเนินการ รัฐต่างๆ ส่วนใหญ่ก็ให้การสนับสนุนเงินด้วย มีการวางกรอบที่จะเพิ่มเงินสนับสนุนจากรัฐต่างๆ เพราะกว่าครึ่งของรัฐทั้ง 26 รัฐ ยังใช้จ่ายเงินด้านสุขภาพไม่ถึงเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนดไว้คือร้อยละ 12 ของงบทั้งหมด เทศบาลกลับทำได้ดีกว่า บางเทศบาลใช้เงินเกินเป้าหมายของส่วนกลางร้อยละ 15 และสละเงินอีกมากกว่าร้อยละ 30 ของงบประมาณเพื่อสุขภาพ<sup>32</sup>

เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าของ PSF นักวิจัยคำนวณว่า เทศบาลที่ดูแลประชาชน 100,000 คนและอยู่ภายใต้โครงการนี้ร้อยละ 40 ควรใช้เงินระหว่าง 1.3 - 2 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ในโครงการ PSF นี้ เทศบาลที่ใช้เงินระหว่างตัวเลขดังกล่าว PSF สามารถช่วยชีวิตได้ 57 คนภายใน 5 ปี และ 150 คนภายใน 8 ปี ของการดำเนินโครงการ PSF<sup>33</sup> เช่นนี้ถือว่าคุ้มค่ามากในบริบทของบราซิล

แต่ การสนับสนุนเงินทุนแก่ PSF เป็นเรื่องประเอาะบาง แม้รัฐส่วนกลางเหมือนจะเพิ่มการสนับสนุนเงินทุนเพื่อสุขภาพตลอดทศวรรษที่ผ่านมา แต่ภายหลังการปรับค่าเงินเพื่อจะพบว่า กำลังซื้อที่แท้จริงของการสนับสนุนเงินเหล่านั้นกลับลดลง<sup>34</sup>

### กุญแจแห่งความสำเร็จ

โครงการ PSF ประสบผลสำเร็จในการเพิ่มความต้องการการดูแลสุขภาพในบราซิล แต่ผลสำเร็จนี้ยังมีเรื่องท้าทายต่อไป ในช่วงปี ต้นๆ ของโครงการ ประชาชนในชนบทแห่เข้ามาเมืองไปใช้บริการสุขภาพ โดยไม่เข้าใจว่าบริการที่ตนต้องการเข้าถึงได้ใกล้บ้าน โดยผ่านทีมงานของ PSF เรื่องนี้ต้องใช้เวลาระยะหนึ่งกว่าที่ครอบครัวชนบทจะเริ่มเชื่อมั่นบริการในพื้นที่ ความท้าทายประการที่สองคือ แม้ว่าโครงการจะขยายออกไปและมีการสร้างสรรครูปแบบการให้บริการใหม่ๆ แต่ห้องฉุกเฉินยังคงแออัด เพราะวิชาชีพแพทย์ที่ให้บริการเฉพาะทางแก่ประชาชนใกล้บ้านยังมีจำกัด รัฐบาลจึงเริ่มกระจายการจัดตั้งคลินิกฉุกเฉินและการดูแลสุขภาพแบบ



เฉพาะทางในปี พ.ศ. 2551<sup>35</sup> สำหรับในพื้นที่เขตเมืองก็มีการเสริมกำลังทีมงาน PSF ในหน่วยบริการสุขภาพ พวกเขาจึงให้บริการพิเศษได้เพิ่มขึ้น เช่น อัลตราซาวด์<sup>36</sup>

การให้เงินเดือนเพิ่มพิเศษแก่แพทย์ในชนบทและพื้นที่ห่างไกลช่วยให้ในระดับหนึ่ง แม้แรงจูงใจทางการเงินจะยังไม่เพียงพอที่จะดึงดูดคนได้ทั้งหมด ทีมงานสาธารณสุขในเทศบาลเสนอมาตรการใหม่ เช่น ให้รางวัลเป็นคะแนนแก่แพทย์ โดยต้องมีประสบการณ์ผ่านการทำงานในโครงการ PSF จึงจะสอบผ่าน หรือให้เทศบาลจ้างแพทย์เป็นกลุ่มโดยใช้ทรัพยากรกองกลางที่มาจากทีมต่างๆ<sup>37</sup> ในปี พ.ศ. 2556, รัฐบาลที่นำโดยประธานาธิบดีดิลมา รุสเซฟฟี (President Dilma Rousseff) เริ่มรับแพทย์จากประเทศคิวบาเพื่อแก้ปัญหาแพทย์ขาดแคลนในบราซิล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทและพื้นที่ห่างไกล ผ่านโครงการที่เรียกว่าโครงการเพิ่มแพทย์ (More Doctors)<sup>38</sup>

นอกจากที่กล่าวข้างต้น ปัจจัยทางบริบทก็มีส่วนหนุนเสริมให้เกิดความสำเร็จ การกระจายอำนาจจากส่วนกลางลงสู่ระดับล่างช่วยให้ผลกระทบของโครงการดีขึ้นในการลดอัตราการตายของทารก การกระจายอำนาจทำให้เทศบาลเข้มแข็งขึ้นและมีความรับผิดชอบต่อการจ้างและพัฒนาทีมงาน PSF นอกจากนี้ ยังทำให้เทศบาลทำหน้าที่ที่ควบคุมว่าจะเปิดหน่วยบริการของ PSF แห่งใหม่ที่ไหนและเมื่อใด

แม้จะยังไม่มีการชั่งตวงวัดเกี่ยวกับสมมูลของสิทธิระหว่างความร่วมมือกับการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการโครงการ PSF โดยเฉพาะในระดับที่เทศบาลจะร่วมทุนกับ PSF แต่ก็เป็นที่เข้าใจได้ว่าโครงการนี้เป็นความรับผิดชอบของเทศบาล แม้ว่าในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมารัฐบาลกลางพยายามเพิ่มทุนให้เทศบาลที่ยากจนเพื่อสร้างความเท่าเทียมในระดับการจ่าย ถึงขณะนี้ความช่วยเหลือส่วนเสริมนี้มีการรอบที่เพิ่มมากขึ้นแล้ว<sup>39</sup>

นอกจากนี้ โครงการทางสังคมของรัฐบาลก็มีส่วนช่วยให้ประสบความสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2546, รัฐบาลใหม่ที่นำโดยประธานาธิบดีลูอิซ อินาซิโอ ลูลา ดา ซิลวา (President Luiz Inacio Lula da Silva) ได้ควมรวมการโอนเงินหลายโครงการเป็นหนึ่งเดียวเรียกว่า “กระเป๋าเงินครอบครัว” ผลจากการควมรวมทำให้ครัวเรือนได้รับเงินประมาณ 83 เหรียญสหรัฐต่อเดือน เงื่อนไขคือเพื่อปฏิบัติการด้านสุขภาพและการศึกษา โครงการนี้ถือปฏิบัติเร็วมากโดย ครอบคลุม 13 ล้านครอบครัวภายในปี พ.ศ. 2553 และภายในปี พ.ศ. 2558 โครงการนี้ก็กลายเป็นโครงการโอนเงินสดอย่างมีเงื่อนไขที่ใหญ่ที่สุดในโลก การศึกษาหนึ่งที่เน้นความสำคัญของการเสริมพลังกันระหว่างโครงการ “กระเป๋าเงินครอบครัว” กับโครงการ PSF พบว่าเมื่อโครงการ “กระเป๋าเงินครอบครัว” เพิ่มขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างความครอบคลุมของ PSF กับการลดอัตราการตายของเด็กหลังคลอดก็ชัดเจนขึ้น<sup>40</sup> ในกรณีนี้ แรงจูงใจที่เกิดจากการ เพิ่มการสนับสนุนทุนและทีมงานสาธารณสุข กับแรงจูงใจที่เกิดจากการให้เงินสดเพื่อให้เกิดปฏิบัติตามเงื่อนไข

เพื่อสุขภาพ ทำงานได้เร็วขึ้นเสริมซึ่งกันและกันจนเกิดผลกระทบ ดีกว่าที่จะทำแยกกัน

การมีส่วนร่วมของชุมชนก็มีความเข้มแข็ง ทุกเทศบาลทุกรัฐมีสภาสุขภาพที่พบปะกันสม่ำเสมอเพื่อจัดลำดับความสำคัญของงานวิเคราะห์นโยบาย และประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของโครงการ สมาชิกบางชุมชนร่วมทำงานแข่งขันกับสภาสุขภาพท้องถิ่น การเข้ามามีส่วนร่วมของพวกเขาทำให้ผู้บริโภคมือถือพลอย่างมาต่อการจัดสรรงบประมาณการดูแลผู้ป่วยรับจ่าย และการรับรองรายงานการปฏิบัติงาน<sup>41</sup>

แม้จะมีประโยชน์หลายอย่างเกิดขึ้นภายใต้โครงการ PSF แต่การต่อสู้เพื่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพยังดำเนินต่อไป การเข้าถึงบริการสุขภาพยังสัมพันธ์กับระดับรายได้ ตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ. 2551 ผู้หญิงอายุ 25 ปี ขึ้นไปในกลุ่มรายได้สูงสุดกว่าร้อยละ 50 ได้ตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม เทียบกับกลุ่มเดียวกันแต่มีรายได้ต่ำที่สุดได้ตรวจน้อยกว่าร้อยละ 30<sup>42</sup> อีกหลายคำถามยังคงอยู่ ตัวอย่างเช่น ครอบคลุมการให้บริการของ PSF ควรเป็นเช่นไร? โครงการนี้ควรจะขยายความครอบคลุมไปยังโรคอื่น เช่น โรคทางจิต ที่อาจดูแลได้ดีภายในชุมชน หรือไม่? ระบบของโครงการนี้จะรองรับโรคระบาดในวงกว้าง เช่น ไวรัสซิกา ได้ดีเพียงใด?

## นัยต่อสุขภาพโลก

ประสบการณ์ของโครงการ PSF ชี้ว่าวิธีป้องกัน ค้นหา และจัดการกับโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีประสิทธิผลและเป็นธรรม การเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพช่วยบรรเทาภาระงานในระดับตติยภูมิและช่วยป้องกันการเข้าโรงพยาบาลเนื่องด้วยโรคเหล่านี้โดยไม่จำเป็น ประโยชน์ต่างๆ ที่ได้รับนั้นมีความสำคัญต่อประเทศใหญ่ๆ อย่างบราซิลที่มีรัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐย่อยๆ ที่เข้มแข็ง ประเทศต่างๆ อย่างอินเดีย ไนจีเรีย และแอฟริกาใต้ น่าจะได้รับประโยชน์จากการนำประสบการณ์บางประการของ PSF ไปประยุกต์ใช้ อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพที่เข้มแข็งก็ยังไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันความเปราะบางบางเรื่องได้ เช่น การระบาดของโรคติดต่อ

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนถือเป็นแก่นกลางความสำเร็จ และเป็นแก่นกลางแห่งการรวบรวมข้อมูลที่ยืนยันความสำเร็จของโครงการด้วย หลักฐานด้านผลกระทบที่เกิดจากคนทำงานในชุมชนทั่วโลกมีค่อนข้างจำกัด แม้ว่าในประเทศรายได้ต่ำและประเทศปานกลางจะมีคนทำงานประเภทนี้เพิ่มเรื่อยๆ การศึกษาโครงการ PSF ยืนยันว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนมีส่วนสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและบริการสุขภาพใกล้บ้านฟรีของ PSF ทำให้ความเป็นธรรมด้านสุขภาพดีขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนยังเป็นผู้รวบรวมข้อมูลประชากรที่นำไปใช้เฝ้าระวังโรค ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการติดตามของโครงการ PSF เนื่องจากให้ข้อมูลด้านบริการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดด้วย

บทเรียนที่ชัดเจนจากประสบการณ์ของบราซิลก็คือ ความเข้มแข็งจริงจังทางการเมืองเพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นเครื่องรับประกันว่าจะได้ข้อตกลงร่วมกันอย่างกว้างขวางในระดับประชากรเกี่ยวกับบทบาทที่เหมาะสมสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสุขภาพหนึ่งเดียวแห่งชาติ (SUS) ครอบคลุมทุกคนในชาติ แต่ประมาณ 1 ใน 4 ส่วนของชาวบราซิลยังคงเลือกซื้อประกันเสริมจากตลาดประกันสุขภาพภาคเอกชน บางคนเสนอว่า PSF ควรใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดไปกับคนจนและปล่อยให้ชนชั้นกลางและคนรวยไปซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชน ดังเช่นที่หลายคนทำกันอยู่ บางคนเห็นว่าเป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิดภาพตามปรัชญาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเสนอให้รัฐส่วนกลางเพิ่มการ

สนับสนุนทุนเพื่อปรับปรุงโครงการ PSF ถือเป็นเรื่องที่น่าส่งเสริมให้เพิ่มทุนเข้าในระบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิผ่านโครงการจ่ายเงินตามผลงานของรัฐบาล ซึ่งจะเป็นการเชื่อมโยงผลงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับกองทุนสุขภาพที่ใหญ่ขึ้น<sup>43</sup>

โครงการ PSF และระบบสุขภาพที่โตกว่านี้ยังคงต้องต่อสู้กับโรคหัวใจและการปรับปรุงความเป็นธรรมทางสุขภาพอีกต่อไปหรือไม่ประเด็นนี้ยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับขนาดของ PSF แต่ถึงกระนั้นประสบการณ์ของชาวบราซิลก็แสดงให้เห็นว่า การขยายบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชนออกไปจะช่วยค้นหาและจัดการปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจและรวมถึงปัญหาอื่นๆ ให้ดีขึ้นได้

## อ้างอิง

- Alfradique, Maria Elmira, Palmira de Fátima Bonolo, Inês Dourado, Maria Fernanda Lima - Costa, James Macinko, Claunara Schilling Mendonça, Veneza Berenice Oliveira, et al. 2009. "Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations: Elaboration of Brazilian Listasa Tool for Measuring Health System Performance (Project ICSAP-Brazil)." *Cadernos de Saúde Pública* 25 (6): 1337-49.
- Aquino, Rosana, Nelson F. de Oliveira, and Mauricio L. Barreto. 2009. "Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities." *American Journal of Public Health* 99 (1): 87-93. doi:10.2105/AJPH.2007.127480.
- Bevins, Vincent. "Brazil's President Imports Cuban Doctors to Ease Shortage." 2015. *Latimes.com*. Accessed October 15. <http://www.latimes.com/world/la-fg-ff-brazil-doctors-20140106-story.html>.
- Departamento de Atenção Básica. 2015. "Histórico de Cobertura da Saúde da Família." Accessed November 3. [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php).
- Dugan, B., W. Hsiao, M. Roberts, M. Sinclair, and J. Noronha. 2013. *Brazil's National Health System*. Boston: Harvard School of Public Health and Harvard Kennedy School. <http://www.ministerialleadershipinhealth.org/wp-content/uploads/sites/19/2013/07/Brazils-National-Health-System-Reform.pdf>.
- Guanais, Frederico C. 2010. "Health Equity in Brazil." *BMJ* 341: c6542. doi:10.1136/bmj.c6542.
- . 2013. "The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010." *American Journal of Public Health* 103 (11): 2000-6. doi:10.2105/AJPH.2013.301452.
- Guanais, F. C., and J. Macinko. 2009a. "The Health Effects of Decentralizing Primary Care in Brazil." *Health Affairs* 28 (4): 1127-35. doi:10.1377/hlthaff.28.4.1127.
- . 2009b. "Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil." *Journal of Ambulatory Care Management* 32 (2): 115-22. doi:10.1097/JAC.0b013e31819942e51.
- Harris, Matthew, and Andy Haines. 2010. "Brazil's Family Health Programme: A Cost Effective Success That Higher Income Countries Could Learn From." *British Medical Journal* 341 (7784): 1171.
- Johnson, Christopher, Jane Noyes, Andy Haines, Kathrin Thomas, Chris Stockport, Antonio Neves Ribas, and Matthew Harris. 2013. "Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales." *Globalization and Health* 9 (1): 25. doi:10.1186/1744-8603-9-25.
- Jurberg, Claudia. 2008. "Flawed but Fair: Brazil's Health System Reaches Out to the Poor." *Bulletin of the World Health Organization* 86 (4): 241-320.
- Kepp, Michael. 2008. "Cracks Appear in Brazil's Primary Health - Care Programme." *Lancet* 372 (9642): 877. doi:10.1016/S0140-6736(08)61379-3.
- Macinko, James, Ines Dourado, Rosana Aquino, Palmira de Fatima Bonolo, Maria Fernanda Lima - Costa, Maria Guadalupe Medina, Eduardo Mota, Veneza de Oliveira, and Maria Turci. 2010. "Major Expansion of Primary Care in Brazil Linked to Decline in Unnecessary Hospitalization." *Health Affairs* 29 (12): 2149-60. doi:10.1377/hlthaff.2010.0251.
- Macinko, James, Maria de Fátima Marinho de Souza, Frederico C. Guanais, and Celso Cardoso da Silva Simões. 2007. "Going to Scale with Community-Based Primary

## อ้างอิง (ต่อ)

- Care: An Analysis of the Family Health Program and Infant Mortality in Brazil, 1999-2004." *Social Science and Medicine* 65 (10): 2070-80. doi:10.1016/j.socscimed.2007.06.028.
- Mendes, Áquilas, and Rosa Maria Marques. 2014. "O Financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde." *Saúde Em Debate* 38 (103). doi:10.5935/0103 - 1104.20140079.
- Paim, Jairnilson, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia, and James Macinko. 2011. "The Brazilian Health System: History, Advances, and Challenges." *Lancet* 377 (9779): 1778-97. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
- Pinto, Hêider Aurélio, Allan Nuno Alves de Sousa, Alcindo Antônio Ferla, Hêider Aurélio Pinto, Allan Nuno Alves de Sousa, and Alcindo Antônio Ferla. 2014. "O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Várias Faces de Uma Política Inovadora." *Saúde Em Debate* 38 (SPE): 358-72. doi:10.5935/0103 - 1104.2014S027.
- Rasella, D., M.O. Harhay, M.L. Pamponet, R. Aquino, and M.L. Barreto. 2014. "Impact of Primary Health Care on Mortality from Heart and Cerebrovascular Diseases in Brazil: A Nationwide Analysis of Longitudinal Data." *BMJ* 349: g4014. doi:10.1136/bmj.g4014.
- Rocha, Romero, and Rodrigo R. Soares. 2010. "Evaluating the Impact of Community - Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program." *Health Economics* 19 (Suppl 1): 126-58. doi:10.1002/hec.1607.
- Rothman, Kenneth J., Sander Greenland, and Timothy L. Lash, eds. 2008. *Modern epidemiology*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Vieira, Roberta da Silva, and Luciana Mendes Santos Servo. 2013. *Estimativas de Custos dos Recursos Humanos em Atenção Básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB)*. Nota Técnica 16. Brasília, Brazil: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- WHO (World Health Organization). 2010. "Brazil's March towards Universal Coverage." *Bulletin of the World Health Organization* 88 (9): 641-716.
- . 2014. "Brazil." Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. [http://www.who.int/nmh/countries/bra\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/bra_en.pdf?ua=1).
- . 2015. Global Health Expenditure Database. Accessed October 20. <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Rasella et al. (2014).
2. Harris and Haines (2010).
3. NCDs have tripled in some places where accidents contribute significantly.
4. Dugan et al. (2013); Macinko et al. (2010); WHO (2014).
5. Kepp (2008).
6. Dugan et al. (2013).
7. Macinko et al. (2010).
8. Harris and Haines (2010).
9. Rocha and Soares (2010).
10. Macinko et al. (2010).
11. Johnson et al. (2013).
12. Macinko et al. (2010).
13. Departamento de Atenção Básica (2015).
14. Federico Guanais, personal communication with the author, July-September 2014.
15. Macinko et al. 2007; Aquino, de Oliveira, and Barreto (2009).
16. Rasella et al. (2014).
17. Guanais and Macinko (2009a).
18. Dugan et al. (2013).
19. Infants between the ages of 28 and 364 days were included in this analysis (Guanais and Macinko 2009a).
20. Federico Guanais, personal communication with the author, July-September 2014.
21. Jurberg (2008).
22. Guanais (2010).
23. WHO (2015).
24. 2007.
25. 2009.
26. 2013.
27. Alfradique et al. (2009).
28. Rasella et al. (2014).
29. Rothman et al. (2008).
30. Kepp (2008); Mendes and Marques (2014).
31. Vieira and Servo (2013); Rocha and Soares (2010).
32. WHO (2010).
33. Rocha and Soares (2010).
34. Paim et al. (2011).
35. Guanais (2013).
36. Federico Guanais, personal communication with the author, 2014.
37. Federico Guanais, personal communication with the author, 2014.
38. Bevins (2015).
39. For a description of this scheme, the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care, see Pinto et al. (2014).
40. Guanais (2013).
41. WHO (2010).
42. Guanais (2010).
43. Pinto et al. (2014).

## กรณีศึกษาที่ 12

# ยิ่งส่งเสริมคนทำงานด้านสุขภาพ ยิ่งทำให้สุขภาพดีขึ้น

## โครงการจ่ายตามผลงานบริการสุขภาพในวันดา

(ต้นฉบับโดย Rachel Silverman)

### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ปรับปรุงการรอดชีวิตของมารดา ทารก และเด็ก

**ยุทธวิธี:** จ่ายเงินจูงใจผู้ให้บริการเพื่อให้ผลิตผลงานบริการสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** อัตราการคลอดที่โรงพยาบาลและจำนวนการมาโรงพยาบาลของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพิ่มขึ้นมาก น้ำหนักเฉลี่ยของทารกสูงชัน เด็กเล็กมีภาวะแคระแกร็นลดลง

**ปัจจัยสำเร็จ:** มีการประเมินผลกระทบที่สามารถวัดได้อย่างจริงจัง มีการออกแบบโครงการที่มุ่งแก้ความเชื่อชาในการทำงาน มุ่งให้ความสำคัญกับการดูแลทั้งปริมาณและคุณภาพ มีการตรวจสอบการรายงานของผู้ให้บริการอย่างอิสระเพื่อให้มั่นใจว่าผลงานมีความตรงไปตรงมาและไม่หลอก

**การเงินการคลัง:** 0.30 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี

**ขนาดของโครงการ:** ระดับประเทศ

หนุ่มสาวที่ฉลาด มีเมตตาและกระตือรือร้นทั่วโลกต่างใฝ่ฝันที่จะทำงานวิชาชีพดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นที่รพหรือประเทศยากจน ผู้ประกอบอาชีพแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ เกษษกรหรือเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการต่างปรารถนาเพื่อทำงานมากกว่าเงิน ในวันดาที่เช่นกัน การศึกษาในปี พ.ศ. 2553 พบ ร้อยละ 76 ของบุคลากรสาธารณสุข “เห็นด้วยว่าการช่วยเหลือชีวิตมนุษย์มีความสำคัญสำหรับพวกเขามากกว่าการได้รับเงินเดือนสูง”<sup>1</sup>

แม้บุคลากรสาธารณสุขรุ่นใหม่จะมีความตั้งใจดี แต่บางครั้งอุดมการณ์ในวัยเยาว์และความกระตือรือร้นสูง อาจทำให้เกิดความผิดหวังและชิงชังสังคมในที่สุด บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ถูกส่งไปหน่วยบริการที่มีทีมงานน้อยและมีการบริหารจัดการที่ไม่ดี เพื่อนร่วมงานไม่ได้รับทั้งรางวัลในยามที่มีผลงานโดดเด่นและไม่ได้รับการลงโทษในยามที่ปล่อยให้ละเลยจนและทะเลาะ เมื่อไม่มีใครเห็นคุณค่าของเขาที่ต้องตรากตรำทำงานหนัก แรงบันดาลใจภายในที่เคยมีก็ดับสูญ วัฒนธรรมของการอยู่ไปวันๆ ก็เกิดแทนที่ และสุดท้ายแล้ว สุขภาพและความปลอดภัยของคนไข้ก็ตกอยู่ในความเสี่ยง<sup>2</sup>

ปลายทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) รัฐบาลวันดาต้องการทบทวนปัญหาด้านความขาดแคลนในภาคสาธารณสุขและผลกระทบที่เกิดจากการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ในปี พ.ศ. 2537 ซึ่งสังหารผู้คนไป

กว่า 1 ใน 10 ของประชากรทั้งหมด ภายหลังเหตุการณ์การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญเรื่องขวัญกำลังใจและผลงานที่ตกต่ำของวิชาชีพสาธารณสุข ทางแก้ปัญหาคือ ให้แรงจูงใจทางการเงินชุดใหม่เพื่อเป็นรางวัลแก่ผู้ให้บริการ โดยไม่ให้เพราะตำแหน่งหรือความอาวุโส แต่ให้เพราะงานที่ทำนั้นทำให้สุขภาพดีขึ้นแท้จริง ถึงปี พ.ศ. 2551 โครงการจ่ายตามผลงานก็กระจายทั่วประเทศ โครงการแสดงให้เห็นว่า ถ้ามีการตรวจสอบผลงานอย่างเข้มงวด การจูงใจด้วยเงินจะสามารถปรับปรุงสุขภาพของประชากรได้ แม้ในหน่วยงานที่มีทรัพยากรน้อย แต่ในทศวรรษต่อมา ประชาชนที่ได้ก็ถูกคุกคามโดยสถานการณ์ความขัดแย้งในภูมิภาคด้านสิทธิมนุษยชน ผู้บริจาคเงินช่วยเหลือบางรายจึงหยุดการสนับสนุนแก่รัฐบาลวันดา<sup>3</sup>

### ความสูญเสียเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขเฉื่อยชา

ยามเด็กวันดาป่วย แพทย์และพยาบาลคือผู้สร้างปาฏิหาริย์ ใช้ทั้งความรู้และความชำนาญทำให้เด็กสุขภาพดีดังเดิม แต่บุคลากรสาธารณสุขเหล่านี้ก็เป็นมนุษย์ปุถุชนที่มีชีวิต มีปัญหา และมีความทะเยอทะยานเมื่อสิ่งแวดล้อมในการทำงานเสื่อมถอยลง ผลงานของพวกเขาอ่อนเลื่อมถอย

ในประเทศรายได้น้อยอย่างรวันดา รัฐบาลมักจะไม่สามารถจ่ายค่าตอบแทนให้บุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม สาเหตุเพราะไม่มีเงินจ่าย หรือไม่สามารถจ่ายในอัตราที่สูง ในหลายประเทศ การขาดการบริหารจัดการและการขาดระบบทรัพยากรมนุษย์ ทำให้การจ่ายเงินแก่บุคลากรสาธารณสุขไม่ตรงเวลา ผ่านไปหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนก็ยังไม่จ่าย งานประจำที่นำเบื่อกทำให้ท้อใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบุคลากรสาธารณสุขขาดปัจจัยจำเป็นต่อการประกอบวิชาชีพและสนองความจำเป็นของคนไข้ งานสาธารณสุขเมื่อขาดแคลนทรัพยากรอาจมีอันตรายต่อบุคลากร การขาดอุปกรณ์ป้องกันทำให้บุคลากรฯ ต้องติดเชื้อทางเลือดและทางระบบหายใจ บุคลากรฯ จำนวนมากต้องเผชิญความรุนแรงทางกายและจิตใจ รวมถึงการด่าว่าจากคนไข้หรือญาติที่ไม่พอใจ<sup>4</sup>

การได้รับค่าตอบแทนน้อยผนวกกับการเผชิญกับงานที่ไม่น่ารื่นรมย์ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขบางคนหนีจากชนบทไปทำงานที่อื่นหรือละทิ้งวิชาชีพไปประกอบอาชีพอื่น องค์การอนามัยโลกรายงานในปี พ.ศ. 2549 ว่า 57 ประเทศทั่วโลกที่รวมถึงรวันดากับอีก 35 ประเทศในแอฟริกาได้ระงับหรือต้องเผชิญวิกฤตการณ์ขาดแคลนแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความท้อใจของบุคลากร ความขาดแคลนนี้คุกคามประเทศเหล่านี้ให้ไม่อาจการบรรลุเป้าหมายสุขภาพ<sup>5</sup> ยังมีบุคลากรสาธารณสุขที่ท้อใจในงานต่างๆ แต่ไม่แสดงออกมาให้เห็น ส่วนการหลบงานของบุคลากรสาธารณสุขนั้น การตรวจสอบพบว่า มีบุคลากรสาธารณสุขไม่มาทำงานร้อยละ 35 ในบังคลาเทศ และร้อยละ 37 ในอุกันดา ในปี พ.ศ. 2549<sup>6</sup>

เพราะบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพมาก หากผลงานของพวกเขาไม่ดีพอ ผู้ใช้บริการก็จะเสียความรู้สึกไปนาน ในอุกันดา ความขาดแคลนสิ่งสนับสนุนและขาดการดูแลเพื่อสะท้อนกลับทำให้ผลงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนไม่ดีอย่างชัดเจน<sup>7</sup> ในเขตชนบทของอินเดีย บุคลากรสาธารณสุขมักจ่ายยาไม่จำเป็นหรือเป็นอันตรายแก่คนไข้ แทนที่จะปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาที่ถูกต้อง บางคนยังมีสมมติฐานว่า การที่ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจน้อยมีผลต่อคุณภาพการให้บริการอย่างมาก โดยทั่วโลกพบว่า การให้บริการแบบไม่ใส่ใจหรือการปฏิบัติแบบไม่ให้เกียรติของผู้ให้บริการ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ออกไปคลอดที่หน่วยบริการที่มีความชำนาญจึงยังทำให้พวกเธอและทารกตกอยู่ในความเสี่ยง<sup>9</sup>

ในรวันดา ปัญหาเหล่านี้ถูกซ้ำเติมด้วยการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ในปี พ.ศ. 2537 หลังจากเหตุการณ์อันเลวร้ายนั้น โครงสร้างทางกายภาพด้านสาธารณสุขก็ถูกละเลยปล่อยปละละเลย แทบเรียกได้ว่าถูกทำลายทั้งหมด บุคลากรสาธารณสุข 3 ใน 4 หนีหายหรือสูญเสียชีวิตในช่วงที่มีความขัดแย้ง เกิดวิกฤตทรัพยากรมนุษย์เฉียบพลัน พวกที่เหลือยังไม่มีความสนใจผลงานจึงย้ายหนี<sup>10</sup>

ความเสียหายอย่างรุนแรงในโครงสร้างพื้นฐานและกำลังคนด้านสาธารณสุข ผนวกกับสถานการณ์ที่ไม่สงบและความไม่มั่นคงทางการเมือง ทำให้สุขภาพของประชาชนชาวรวันดาเสื่อมถอยชัดเจน ระหว่างปี พ.ศ. 2536 - 2538 อัตราตายของทารกเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ขณะที่อัตราตายของเด็กเพิ่มขึ้นร้อยละ 41 จาก 179 เป็น 253 ต่อพันรายของการเกิดมีชีวิต ปี ต่อมาอัตราตายดังกล่าวลดลงบ้างแต่สุขภาพโดยรวมของชาวรวันดายังคงที่ หลายปี แห่งการสูญเสียยังส่งผลทางอ้อมในระยะยาวด้วย นั่นคือการพิจารณาตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพเด็ก เช่น อัตราตายของทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ในปี พ.ศ. 2543 สุขภาพเด็กย่ำแย่ลงเมื่อเทียบกับช่วงหนึ่งทศวรรษก่อนการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์<sup>11</sup>

### จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: เริ่มต้นวิธีการใหม่สำหรับภาคสาธารณสุขของรวันดาที่ถูกทำลายไป

ปี พ.ศ. 2538 รวันดาเป็นประเทศที่แตกแยก เริ่มต้นในเดือนเมษายน พ.ศ. 2537 คนในชาติทะเลาะกันเองลุกลามไปถึงการฆ่าฟันนาน 100 วัน เมื่อเหตุการณ์ยุติ ประชาชนทั้งชาย หญิง และเด็ก รวบรวม 800,000 คน (หรือกว่าร้อยละ 10 ของประชากรชาวรวันดาทั้งหมด) ถูกฆ่าตาย<sup>12</sup> ถึงเดือนกรกฎาคม ชัยชนะของทหารที่นำโดยประธานาธิบดีพอล คาแกเม (President Paul Kagame) ผู้นำกลุ่มแนวหน้าผู้รักชาติของรวันดา (Rwandan Patriotic Front) ได้พิชิตพวกหัวรุนแรงฮูตู (Hutu) ลงได้และหยุดการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ที่กระทำต่อชนกลุ่มน้อยทุตซี (Tutsis) ในที่สุด อย่างไรก็ตาม แม้เวลาจะผ่านไปหลายปี ความไม่มั่นคงทางการเมืองที่ยังคงดำเนินต่อมาก็ทำให้รัฐบาลที่อ่อนประสบการณ์ไม่สามารถจัดบริการใดๆ ให้ประชาชนได้ เว้นแต่ได้รับความช่วยเหลือจากองค์การบรรเทาความเดือดร้อนฉุกเฉินในบริการพื้นฐานสุด<sup>13</sup>

เมื่อบรรยากาศทางการเมืองของรวันดามั่นคงขึ้นในปลายทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) บรรดาผู้นำประเทศต่างๆ และองค์การด้านมนุษยธรรมนานาชาติได้ร่วมกันฟื้นฟูโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม และสถาบันของประเทศรวันดา<sup>14</sup> ความเสียหายของภาคสาธารณสุขคือความท้าทายที่น่ากังวล การเผชิญกับความขาดแคลนด้านทรัพยากรมนุษย์อย่างเฉียบพลัน ทำให้เอ็นจีโอนานาชาติต้องเริ่มต้นทดลองใส่แรงจูงใจไปที่บุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้เกิดผลผลิตที่ดีขึ้นภายใต้ภาวะแวดล้อมที่ยากลำบากในระดับจังหวัด แนวความคิดหนึ่งคือ ใช้เงินค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ที่หวังว่าจะช่วยส่งเสริมผลผลิตของบุคลากรสาธารณสุขรวมถึงคุณภาพของการให้บริการ<sup>15</sup>

เอ็นจีโอสัญชาติดัตช์ คือองค์การแคธอลิกเพื่อการบรรเทาทุกข์และการพัฒนา (Catholic Organization for Relief and Development Aid: CORDAID) ได้เริ่มซื้อบริการสุขภาพในปี พ.ศ. 2545 ที่จังหวัดไซอันกู

(Cyangugu) โดยจ่ายเงินให้แก่หน่วยบริการทุกแห่งทั้งของรัฐและของเอกชน รวมถึงร้านยาเอกชนบางแห่ง จำนวนเงินขึ้นกับปริมาณและคุณภาพของบริการ โดยใช้วิธีแบบ “จ่ายตามผลงาน” (Pay for performance: P4P)<sup>16</sup> ในเวลาเดียวกัน องค์การสัญญาติดตลก้องค์การหนึ่งคือ เครือข่ายสุขภาพนานาชาติ (HealthNet International) ก็เริ่มโครงการคล้ายๆ กันที่เมืองบูแตร์ (Butare) ดำเนินการโดยสถาบันรัฐของรวันดา<sup>17</sup> สามปี ต่อมา โครงการความร่วมมือทางวิชาการแห่งเบลเยียม (Belgian Technical Cooperation) ก็ริเริ่มโครงการที่สามที่คิกาลี (Kigali) เมืองหลวงของรวันดา<sup>18</sup>

บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ P4P นำร่องได้รับการจ่ายเงินโดยวิธีใหม่ ผู้บริหารนำผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการกำหนดนโยบายให้เหมาะสมต่อไป มีการศึกษาด้วยการสังเกตขึ้นหนึ่งพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริการในอีก 2 จังหวัดที่มีลักษณะคล้ายกัน ศูนย์สุขภาพของไซอันกูและบูแตร์ได้รับการพัฒนาดีกว่ามากในส่วนของการดูแลผู้ป่วยนอก แผนกคลอด และแผนกวางแผนครอบครัว ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2547 ศูนย์สุขภาพใน 2 จังหวัดดังกล่าวทำงานได้ผลดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดคุณภาพบริการต่างๆ ตัวหนึ่ง<sup>19</sup> ในคิกาลีก็เช่นกัน โครงการจ่ายตามผลงานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในการปรับปรุงบริการด้านสุขภาพ เช่น ในช่วงเวลาไม่กี่ปี การคลอดในโรงพยาบาลและในหน่วยบริการที่ทำการคลอดมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 30 ของการคลอดทั้งหมดและการติดตามการเจริญเติบโตของเด็กเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวเป็นร้อยละ 94<sup>20</sup> แม้ว่าจะพิสูจน์ไม่ได้ว่าการเพิ่มขึ้นนี้เป็นผลจาก P4P แต่สัญญาณดังกล่าวก็ทำให้เกิดแรงใจอย่างมาก

แม้จะเป็นการนำกลับมาใช้ใหม่ แต่ P4P ก็ยังเป็นของใหม่และส่วนใหญ่ยังไม่มีการทดสอบเพื่อพิสูจน์แนวคิด แต่รัฐบาลรวันดาไม่ค่อยหวงหวัดกับการทดลองเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสวัสดิการสังคมและการพัฒนาเศรษฐกิจ ในปี พ.ศ. 2543 กระทรวงการคลังและการวางแผนเศรษฐกิจได้เผยแพร่เอกสารวิสัยทัศน์ปี พ.ศ. 2563 ที่มุ่งหวังที่จะ “เปลี่ยนแปลงรวันดาให้เป็นประเทศรายได้ปานกลางในปี พ.ศ. 2563” รวมถึงเพิ่มผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวในประเทศเป็น 4 เท่า ลดอัตราการตายของทารกครึ่งหนึ่ง และลดอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ครึ่งร้อยละ 80<sup>21</sup> กระทรวงสาธารณสุขเห็นเป็นโอกาสว่า P4P จะช่วยเร่งการพัฒนาด้านสุขภาพและทำให้ภาคสาธารณสุขเข้มแข็ง เพราะเห็นโครงการนำร่องประสบความสำเร็จชัดเจน รัฐบาลก็พร้อมดำเนินไปข้างหน้าและขยายโครงการไปทั่วประเทศ<sup>22</sup>

ในช่วงแรก ภาคีหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาบางรายมีข้อกังวลเกี่ยวกับโครงการนี้ พวกเขาเห็นว่า “เสี่ยงเกินไป ซ้ำซ้อนเกินไป และยากเกินไปที่จะดำเนินโครงการ” อย่างไรก็ตาม รวันดามีชื่อเสียงด้านความ

น่าเชื่อถือและเป็นผู้รับบริจาคที่ดี กล่าวคือ มีการควบคุมจำนวนประชากรได้ดีและไม่มีคอร์รัปชัน รัฐบาลจึงเดินหน้าต่อ แม้ผู้บริจาคจะหวงหวัดแต่ก็ให้การสนับสนุน ภาคีเห็นร่วมกันว่าจำเป็นต้องพิสูจน์ว่าผลงานเบื้องต้นของโครงการนำร่องสามารถนำไปขยายในวงกว้างได้<sup>23</sup>

เพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการประเมินผลกระทบอย่างจริงจัง ธนาคารโลกได้ขอความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยแห่งแคลิฟอร์เนีย เบิร์คเลย์ ให้พอล เกอาร์ทเลอร์ (Paul Gertler) นักเศรษฐศาสตร์มาช่วยออกแบบการขยายโครงการ P4P<sup>24</sup> สามโครงการแรกครอบคลุม 13 อำเภอในรวันดา เกอาร์ทเลอร์และทีมงานจำแนก 17 อำเภอที่เหลือเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกดำเนินโครงการ P4P ในกลางปี พ.ศ. 2549 กลุ่มที่สองดำเนินโครงการ P4P ในปี พ.ศ. 2551 ในระหว่างนั้นหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ จะได้รับงบประมาณแบบเหมาจ่ายเท่ากับค่าเฉลี่ยของงบประมาณที่จ่ายให้อำเภอทดลอง P4P<sup>25</sup> ถึงสิ้นปี พ.ศ. 2551 งานวิจัยก็แสดงให้เห็นว่า โครงการ P4P ของหน่วยบริการต่างๆ ดำเนินไปอย่างราบรื่นทั่วประเทศ

### ปฏิบัติการโครงการจ่ายเงินตามผลงาน

โดยทั่วไปบุคลากรสาธารณสุขในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางจะได้รับการจ่ายเงินเดือนตายตัว มากน้อยขึ้นกับระดับการศึกษา ตำแหน่ง อายุงาน หรืออีกนัยหนึ่งคือจ่ายเงินเดือนไม่ได้ขึ้นกับจำนวนคนไข้ที่ให้บริการหรือไม่ได้ขึ้นกับคุณภาพที่ให้บริการ แต่โครงการ P4P ผูกติดค่าจ้างกับผลงาน เช่น จำนวนคนไข้ที่ให้บริการ คุณภาพและความเหมาะสมของบริการ บางครั้งอาจดูจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพของคนไข้ด้วย

ในรวันดา การจ่ายเงินจูงใจ P4P ผูกติดอยู่กับการให้บริการ 14 รายการของศูนย์สุขภาพที่ให้กับมารดา เด็ก และคนไข้ทั่วไป โดยมีอัตราจ่ายเป็นช่วงตั้งแต่ 0.09 เหรียญสหรัฐสำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรกถึง 4.59 เหรียญสหรัฐสำหรับการทำคลอดที่หน่วยบริการหรือการส่งต่อฉุกเฉินทางสูติเวช<sup>26</sup> มีตัวชี้วัด 4 ตัวเป็นเกณฑ์การให้รางวัลแก่การส่งต่อที่เหมาะสมไปยังสถานบริการระดับสูงกว่าในกรณีที่มีความซับซ้อน โดยจะจ่ายเมื่อโรงพยาบาลยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษรว่าการส่งต่อมีความจำเป็นทางการแพทย์ นอกจากนี้รัฐบาลยังจ่ายเงินจูงใจแก่บริการด้านเอ็ดส์และวัณโรคด้วยอัตราจ่ายใกล้เคียงกันอีกด้วย

การจ่ายเงินจูงใจ ใช้การคำนวณตามสูตรที่ขึ้นกับปริมาณและความครอบคลุมบริการสุขภาพโดยปรับตามคุณภาพของบริการ

แต่ละเดือนหน่วยบริการจะบันทึกการให้บริการส่งให้แก่คณะกรรมการอำเภอ ในขั้นต้นคณะกรรมการคำนวณเงินจูงใจทั้งหมดสำหรับแต่ละบริการโดยคุณอัตราจ่ายสำหรับบริการด้วยจำนวนครั้งของการให้บริการ จากนั้นจึงรวมเงินจูงใจของ 14 ตัวชี้วัดเข้าด้วยกัน ได้ยอดรวมทั้งหมดที่จะจ่ายให้แก่หน่วยบริการ<sup>27</sup> ทุก 3 เดือนจะมีผู้ตรวจสอบไปเยี่ยมหน่วยบริการเพื่อตรวจสอบความไม่สอดคล้องกันหรือการรายงานผิด โดยทั่วไปพบความไม่สอดคล้องบ้างเล็กน้อย แม้หลีกเลี่ยงเต็มที่แล้ว

การจูงใจให้บริการให้ปฏิบัติต่อคนไข้อย่างมีคุณภาพ นำโดยการปรับปรุงเงินจูงใจตามคุณภาพของการให้บริการนั้น กล่าวอีกนัยคือหน่วยบริการจะได้รับเพียงเงินจูงใจขั้นต่ำถ้าคะแนนคุณภาพไม่ดี การตรวจสอบคุณภาพนี้ ทำทุกสามเดือนโดยผู้ติดตามดูแลโรงพยาบาลระดับอำเภอ<sup>28</sup>

เป็นที่รับรู้กันว่าการวัดคุณภาพให้เป็นรูปธรรมเป็นเรื่องยากสำหรับโครงการนี้ คุณภาพจะถูกคำนวณด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น คะแนนคุณภาพที่มี 13 มิติของเงื่อนไขหน่วยบริการและการดูแลคนไข้ เงินจูงใจในแต่ละเดือนของหน่วยบริการจะถูกคูณด้วยคะแนนคุณภาพล่าสุด ผลลัพธ์ที่ได้คือเงินจูงใจ<sup>29</sup> หน่วยบริการได้รับเงินจูงใจโดยไม่มีข้อผูกมัดและมีอิสระที่จะจัดสรรเงินนี้ตามที่เห็นว่าเหมาะสม ส่วนใหญ่จ่ายให้เจ้าหน้าที่ที่เพิ่มจากเงินเดือนเฉลี่ยร้อยละ 38 ของระดับรายได้ปกติ

โครงการนี้มิใช่ว่าจะไม่มีปัญหา บุคลากรสาธารณสุขในวันดาบางคนรายงานว่า โครงการนี้รบกวนการจัดลำดับความสำคัญของพวกเขา ทำให้พวกเขาต้องเสียเวลาทำงานเอกสาร (เติมข้อมูลในแบบฟอร์ม) พะวัคพะวงเรื่องเงินที่จะได้รับจากการให้บริการดูแลผู้ป่วยวิกฤต<sup>31</sup> บุคลากรสาธารณสุขบางคนพยายามโกงโดยกรอกข้อมูลการให้บริการในเวชระเบียนคนไข้นอกโดยที่ไม่ได้ให้บริการ บางคนหยุดยั้งการจ่ายยาบางตัวเพื่อหลีกเลี่ยงยาขาดสต็อก (ยาขาดสต็อก ตัวชี้วัดตัวหนึ่งของคะแนนคุณภาพ จะทำให้หน่วยบริการถูกลดเงินจูงใจ)<sup>32</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: บุคลากรสาธารณสุขชนชั้นหมั่นเพียร, ประชาชนแข็งแรงขึ้น

รัฐบาลวันดาต้องการรู้ว่า วิธีการใหม่นี้ทำให้เกิดความแตกต่างหรือไม่ ด้วยความช่วยเหลือจากธนาคารโลกในการประสานและสนับสนุนด้านการเงิน รัฐบาลจึงทราบว่าการรณรงค์และนักวิจัยที่มีชื่อเสียงอีกหลายคนสนใจที่จะช่วยค้นหาคำตอบนี้ พวกเขาช่วยกันออกแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินผลโครงการนี้ซึ่งจะทำให้พวกเขาสรุปได้ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิรูปด้วย P4P กับผลกระทบต่อด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น (ดูกล่อง 1) ปรากฏว่า ผลต่างๆ ที่ออกมา ส่วนใหญ่เป็นเชิงบวก

บุคลากรสาธารณสุขใช้ความพยายามเต็มที่ภายใต้โครงการ P4P ไม่นานที่ทีมงานของหน่วยบริการก็รายงานว่า การจูงใจบุคลากรมีประโยชน์หลายด้านในระดับบุคคล เช่น ทำให้มีจิตวิญญาณของผู้ให้บริการมากขึ้น ความเป็นมิตรในทีมงานดีขึ้น ใส่ใจและให้เกียรติในสัมพันธภาพกับคนไข้มากขึ้น ในภาพรวม P4P ทำให้พวกเขาารู้สึกว่างานของพวกเขาที่มีคุณค่ามากขึ้น<sup>33</sup> การหนึ่งงานลดลง ประสิทธิภาพงานดีขึ้น บุคลากรสาธารณสุขยังตั้งประชากรที่ห่างไกลเข้ามาในระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการที่มีการจ่ายเงินให้สูงอย่างการคลอดในสถานบ้าน เป็นต้น<sup>34</sup>

แม้จะมีปัญหาในการดำเนินงานดังกล่าว แต่การประเมินพบว่า P4P นำมาซึ่งประโยชน์ที่น่าประทับใจทั้งในการใช้ประโยชน์และคุณภาพบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับอำเภอที่ได้รับงบประมาณเพิ่มเท่ากันแต่ไม่ได้ดำเนินการนี้แต่แรก อำเภอที่ดำเนิน P4P มีการคลอดในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ของการคลอดทั้งหมด มีการพาเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มาพบแพทย์เพื่อการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 27 และมารดามารับวัคซีนกันบาดทะยักในช่วงฝากครรภ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 8<sup>35</sup> คุณภาพของการรับฝากครรภ์ ที่วัดโดยใช้คะแนนรวมมาตรฐานก็สูงขึ้นในอำเภอที่ดำเนินโครงการ P4P<sup>36</sup>

หลังจากนั้นเพียง 2 ปี สุขภาพของทารกและเด็กในพื้นที่ P4P ก็ดีขึ้น ทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี มีน้ำหนักที่สัมพันธ์ตามอายุสูงขึ้น เด็กอายุระหว่าง 2 - 4 ปี มีภาวะแคระแกร็นลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับอำเภอที่เป็นตัวควบคุม แสดงว่า โครงการ P4P สามารถเปลี่ยนแปลงภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังในเด็กได้<sup>37</sup>

ประชาชนชาววันดามีสุขภาพดีขึ้นรวดเร็วในทศวรรษแรกของศตวรรษนี้ ในช่วงระหว่างพ.ศ. 2548 - 2553 ซึ่งเป็นช่วงที่มี P4P ทั่วประเทศ อัตราตายของหญิงตั้งครรภ์ทั่วประเทศลดลงร้อยละ 36 อัตราตายของทารกลดลงร้อยละ 35 และอัตราตายของเด็กลดลงร้อยละ 40<sup>38</sup> P4P เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ชาววันดามีสุขภาพดีขึ้น แต่มีใช้เพียงปัจจัย

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

โครงการ P4P ของวันดาได้รับการประเมินเชิงมวดยังจึ่งจากทีม นักวิจัยหลากหลายทีม นักวิจัยใช้ข้อมูลจากหลายแห่งซึ่งให้ผล คล้ายกัน การประมาณการผลกระทบจึงมีความน่าเชื่อถือสูง

ประการแรก การกระจายโครงการนี้ได้รับการออกแบบ ตั้งแต่ต้นให้ประเมินผลกระทบได้ เงินจูงใจชุดแรกถูกส่งไปยังอำเภอ ที่สุ่มเลือกแล้วในปี พ.ศ. 2549 (กลุ่มทดลอง) อำเภอที่เหลือได้รับ เงินหลังจากชุดแรก 2 ปี (กลุ่มควบคุม) ในช่วงเวลานั้นหน่วยบริการ ในอำเภอที่อยู่ในกลุ่มควบคุมได้รับเงินอย่างไม่มีการผูกมัดเป็น จำนวนเงินเท่ากับค่าเฉลี่ยของหน่วยบริการในอำเภอที่อยู่ในกลุ่ม ทดลอง ด้วยยุทธศาสตร์ที่ฉลาดนั้นนักวิจัยจึงรับรู้ได้ว่าทั้งสองกลุ่มมี ทรัพยากรเท่ากันและแยกผลกระทบของวิธีการจูงใจออกจาก การเพิ่มงบประมาณได้ หลังจากนั้น 2 ปี นักวิจัยพบว่า อำเภอที่ดำเนิน P4P มีการใช้บริการมากขึ้นและโภชนาการในเด็กดีขึ้นมากกว่าใน กลุ่มควบคุม

หลายปี ต่อมา นักวิจัยกลุ่มที่ 2 ใช้ข้อมูลคนละชุดกับทีม แรกเพื่อตรวจสอบซ้ำและขยายการวิเคราะห์เพิ่มเติมจากทีมแรก เซอร์รี, บอฮอฟฟ์, และโมฮะนัน (Sherry, Bauhoff and Mohanan)<sup>40</sup> พิจารณาผลการสำรวจประชากรและสุขภาพ (demographic and health surveys: DHSs) 2 ครั้งที่วันดา ก่อนลงโครงการในปี พ.ศ. 2548 และหลังโครงการในปี พ.ศ. 2550 - 2551 ส่วนหนึ่งของการ วิเคราะห์ยืนยันข้อค้นพบก่อนหน้าเกี่ยวกับผลกระทบของ P4P โดยเฉพาะอย่างยิ่งประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นในการคลอดที่สถาบันและ ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในการให้ภูมิคุ้มกันแก่เด็ก ส่วนการให้ธาตุ เหล็กแก่หญิงตั้งครรภ์และการตรวจปัสสาวะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญในพื้นที่ทดลอง แต่ไม่สามารถชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ ระหว่างผลกระทบด้านสุขภาพกับ P4P ตามตัวชี้วัดของ DHS เช่น การให้นมแม่ วิสัยทัศน์ โรคโลหิตจาง และโรคติดเชื้อในเด็กเล็ก กระนั้นความสำเร็จในการวิจัยซ้ำก็ช่วยเสริมความมั่นใจได้สูงด้วย หลักฐานในภาพรวมที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลของโครงการ

เดียว ยังมีปัจจัยการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องรวมถึงการเพิ่มขึ้นอย่าง มากของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมจากภาครัฐและผู้บริจาคต่างๆ การกระจายมุ่งให้ประชาชน และโครงการประกันสุขภาพชุมชน<sup>39</sup> จึงเป็น ไปไม่ได้ที่จะวัดเชิงปริมาณอย่างตายตัวว่า โครงการ P4P ทำให้เกิดอะไร เป็นจำนวนเท่าใด

### ประโยชน์ที่ได้รับเกิดจากการลงทุนเท่าใด?

ระยะเวลาเพียง 6 ปี ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวก็เพิ่มขึ้นประมาณ 5 เท่า จาก 8 เหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2545 เป็น 47 เหรียญในปี พ.ศ. 2551<sup>41</sup>

เพราะเป็นการเปรียบเทียบประโยชน์ทั้งหมดที่ได้รับจากโครงการ นี้กับผลงานของหน่วยบริการในกลุ่มควบคุมที่ใช้ทรัพยากรเท่ากัน การ ลงทุนจึงมีเพียงค่าใช้จ่ายของโครงการ P4P ที่เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นค่าบริหาร จัดการและค่าติดตามตรวจสอบ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมานี้รวมแล้วมี ประมาณ 0.30 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี แม้จะดูน้อยในมาตรฐานสหรัฐ แต่ก็มีความสำคัญในบริบทของวันดา คือเพิ่มขึ้นมาอีกร้อยละ 1.2 ของเงิน ค่าใช้จ่ายรวมระหว่างเงินที่ได้จากผู้บริจาคและจากรัฐบาล<sup>42</sup>

### กุญแจแห่งความสำเร็จ

โครงการ P4P ของวันดาไม่ได้ทำงานโดยลำพังแต่ทำงานร่วมกับการปฏิรูป ที่สำคัญหลายโครงการที่ทำให้ชาววันดาเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น และทำให้การสาธารณสุขในภาพรวมเข้มแข็งขึ้น ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาล

เริ่มกระบวนการกระจายอำนาจ จนในที่สุดก็มีการกระจายอำนาจ การควบคุมงบประมาณและการบริหารทรัพยากรมนุษย์ให้แก่หน่วย บริการต่างๆ หน่วยบริการจึงมีความยืดหยุ่นที่จะตอบสนองต่อโครงสร้าง การจูงใจใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการค่อนข้างมาก เช่น ขึ้นเงินเดือนหรือเพิ่มค่าตอบแทนให้แก่คนทำงานดี หรือไล่นักเชียวชา ออก<sup>43</sup>

โครงการประกันสุขภาพชุมชนขยายออกอย่างรวดเร็วครอบคลุม ร้อยละ 85 ของครอบครัวชาววันดาทั้งหมดในปี พ.ศ. 2551 ทำให้ผู้มีสิทธิ เข้าถึงบริการสุขภาพได้ในยามจำเป็นด้วยการร่วมจ่ายเล็กน้อย<sup>44</sup> สิ่งที่ไม่ ถึงก็คือ ทรัพยากรด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมากจากการบริจาคและ รัฐบาล

รัฐบาลวันดาเดินทางท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ รัฐบาล หลังการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์มีความทะเยอทะยานและทำงานด้วยข้อมูล มุ่งปราบปรามการโกงและคอร์รัปชัน แม้จะยังมีการจำกัดเสรีภาพทาง การเมืองและมีปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนอยู่บ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายหลังปี พ.ศ. 2555<sup>45</sup> นอกเหนือจากความพยายามในการตรวจสอบ ข้อมูลแล้ว เป็นไปได้ว่านโยบายปราบคอร์รัปชันมีผลห้ามปรามมิให้หน่วย บริการด้านสุขภาพบิดเบือนข้อมูลหรือรายงานผลผิดเพื่อหวังเงินจูงใจ คำถามที่จริงจยังคงดำรงอยู่เกี่ยวกับความยั่งยืนของ P4P และการพัฒนา ระบบสุขภาพของวันดาให้กว้างขวางขึ้น รวมถึงคำถามที่ว่า รายงาน การปรับปรุงระบบสุขภาพนั้นสะท้อนความจริงเพียงใด (รัฐบาลวันดา ถูกกล่าวหาว่าบิดเบือนข้อมูลสถิติการพัฒนาในด้านอื่นๆ แม้ว่ารัฐบาล



จะปฏิเสธข้อกล่าวหาอย่างแข็งขัน)<sup>46</sup> ผู้บริจาคเงินหลายราย ณ เวลานั้น ได้หยุดจ่ายเงินให้รัฐบาลรวันดาชั่วคราว โดยมีรายอื่นจ้องทำตาม<sup>47</sup>

## นัยต่อสุขภาพโลก

เมื่อหน่วยบริการต้องเผชิญความขาดแคลนอย่างต่อเนื่องในวัสดุอุปกรณ์ โครงสร้างพื้นฐาน เจ้าหน้าที่ และการบริหารจัดการ (นอกเหนือจากเงินเด็คน้อยนิด) วิกฤตทรัพยากรมนุษย์อาจกลายเป็นเรื่องธรรมดาสำหรับสังคมทั่วไป แต่ถ้าผู้บริหารต้องการแก้ปัญหาที่ยากเช่นนี้ โครงการ P4P ของรวันดาก็ขอเสนอเครื่องมือการบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรมและไปประยุกต์ใช้ได้ P4P ทำให้รัฐบาลเพิ่มผลงานด้านสุขภาพด้วยกำลังคนที่มีอยู่ ในขณะที่เดียวกันก็ช่วยส่งเสริมขวัญกำลังใจและทำให้บุคลากรดำรงอยู่ในระบบ จัดได้ว่าโครงการนี้เป็นหนึ่งในโครงการแรกๆ ที่มีการประเมินผลอย่างเข้มงวดจริงจังในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง และเมื่อมีการพิสูจน์ความเป็นไปได้ว่ามีความสำเร็จแล้ว ทำให้ผลของโครงการนี้จุดประกายปฏิวัติระดับโลกด้านการจ่ายค่าตอบแทนตามผลงานให้แก่บุคลากรสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2550 เงินทุนบริจาคจากนอร์เวย์และสหราชอาณาจักรอนุมัติให้ธนาคารโลกเปิดกองทุนนวัตกรรมผลงานด้านสุขภาพ (Health Results Innovation Trust Fund: HRITF) ซึ่งเป็นโครงการสนับสนุนนโยบายนี้ทั่วโลก เมื่อปิดตัวโครงการในปี พ.ศ. 2557 HRITF ได้ส่งเสริม

โครงการ P4P ให้รุ่งเรืองในกว่า 30 ประเทศทั่วภาคพื้นเอเชีย แอฟริกาใต้ สหราชอาณาจักร และลาตินอเมริกา (รวมถึงแผนกนิเทศการแห่งอาร์เจนตินา; คูรณศึกษาที่ 10) กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) ก็ได้กระโดดเข้ามาร่วมวงที่แม่ไพศาลของ P4P โดยให้การสนับสนุนโครงการจ่ายตามผลงานในประเทศเบเนน, เป็นต้น.<sup>48</sup>

การเคลื่อนไหวโครงการ P4P ระดับโลกก่อให้เกิดคำถามใหม่ๆ มากมายเกี่ยวกับปัจจัยที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จ, ดูเหมือนง่ายแต่ตอบยากเพราะมีรายละเอียดซ่อนอยู่มาก ตัวอย่างเช่น แต่ละบริการควรมีขนาดเท่าไร จึงจะเหมาะสมที่จะจ่ายด้วยวิธีนี้? วิธีวัดคุณภาพที่ดีที่สุดคือวิธีใด? การตรวจสอบผลงานโดยอิสระนั้น ควรทำมากน้อยเพียงใดจึงจะป้องกันการรายงานคลาดเคลื่อนและการโกงในระบบ?<sup>49</sup> การใช้บริการสุขภาพที่มากขึ้นนำไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชนเสมอไปหรือไม่? ความตั้งใจดีแต่ออกแบบไม่ดีทำให้เงินจูงใจทำร้ายคนไข้โดยไม่ตั้งใจได้หรือไม่?

ถึงขณะนี้คำถามเหล่านั้นยังตอบได้น้อย แต่ก็ช่วยกระตุ้นนักวิจัยที่ HRITF และที่อื่นๆ ให้ค้นหา บทเรียนหนึ่งที่ชัดเจนมากก็คือ บุคลากรสาธารณสุขเป็นมนุษย์ที่มีความต้องการเป็นธรรมดา ถ้าผู้บริหารสามารถสนองความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขได้พร้อมๆ กับการตอบสนองของความจำเป็นของประชาชน สุขภาพก็จะดีขึ้นได้

## อ้างอิง

Bagonza, James, Simon P.S. Kibira, and Elizeus Rutebem - berwa. 2014. "Performance of Community Health Workers Managing Malaria, Pneumonia and Diarrhoea under the Community Case Management Programme in Central Uganda: A Cross Sectional Study." *Malaria Journal* 13: 367. doi:10.1186/1475 - 2875 - 13 - 367.

Basinga, Paulin, Paul J. Gertler, Agnes Binagwaho, Agnes L.B. Soucat, Jennifer Sturdy, and Christel M.J. Vermeersch. 2011. "Effect on Maternal and Child Health Services in Rwanda of Payment to Primary Health - Care Providers for Performance: An Impact Evaluation." *Lancet* 377 (9775): 1421-28. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140 - 6736(11)60177 - 3.

Bowser, Diana, and Kathleen Hill. 2010. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility - Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. USAID TRAction project. Boston: Harvard School of Public Health.

Chaudhury, Nazmul, Jeffrey Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan, and F. Halsey Rogers. 2006. "Missing in

Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries." *Journal of Economic Perspectives* 20 (1): 91-116.

Das, Jishnu, Alaka Holla, Veena Das, Manoj Mohanan, Diana Tabak, and Brian Chan. 2012. "In Urban and Rural India, a Standardized Patient Study Showed Low Levels of Provider Training and Huge Quality Gaps." *Health Affairs* 31 (12): 2274-2784.

di Martino, Vittorio. 2002. *Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an Additional Australian Study*. Synthesis Report. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf).

Doyle, Mark. 2015. "UK Stops £21m Aid Payment to Rwanda." *BBC News*, November 30. <http://www.bbc.com/news/uk - politics - 20553872>.

*Economist*. 2012. "A Painful Dilemma: The Rwandan Government's Human - Rights Record Is so Bad That

## อ้างอิง (ต่อ)

- Donors Should Start Withdrawing Aid," August 4. <http://www.economist.com/node/2155943?zid=309&ah=80dcf288b8561b012f603b9fd9577f0e>.
- . 2013. "The Pain of Suspension," January 12. <http://www.economist.com/news/middle-east-and-africa/21569438-will-rwandas-widely-praised-development-plans-now-be-stymied-pain>.
- Germain, Nicolas. 2015. "Rwanda Accused of Manipulating Poverty Statistics." *France 24*, November 2. <http://www.france24.com/en/20151102-rwanda-accused-manipulating-poverty-statistics>.
- Gertler, Paul, and Christel Vermeersch. 2012. *Using Performance Incentives to Improve Health Outcomes*. Policy Research Working Papers. Washington, DC: World Bank. <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/1813-9450-6100>.
- . 2013. *Using Performance Incentives to Improve Medical Care Productivity and Health Outcomes*. Berkeley: University of California, Berkeley. [http://haas.berkeley.edu/faculty/papers/gertler\\_incentives.pdf](http://haas.berkeley.edu/faculty/papers/gertler_incentives.pdf).
- Habineza, Christian. 2010. "Performance Based Financing - Rwanda Piloted Project in Ex-Cyangugu." Presentation, July 9. [http://www.multicountrypbfnetwork.org/Rwanda\\_Presentation\\_PBF\\_exchange\\_visit.pdf](http://www.multicountrypbfnetwork.org/Rwanda_Presentation_PBF_exchange_visit.pdf).
- HRITF (Health Results Innovation Trust Fund). 2016. "Benin." *RBF Health*. Accessed February 9. <http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/content/benin>.
- Human Rights Watch. 2015. "World Report 2015: Rwanda." Accessed October 28. <https://www.hrw.org/world-report/2015/country-chapters/rwanda>.
- Kalk, Andreas, Friederike Amani Paul, and Eva Grabosch. 2010. "'Paying for Performance' in Rwanda: Does It Pay Off?" *Tropical Medicine and International Health* 15 (2): 182-90. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02430.x.
- Morgan, Lindsay. 2010. "Signed, Sealed, Delivered? Evidence from Rwanda on the Impact of Results-Based Financing for Health." RBF Health Feature 54103. Washington, DC: World Bank. [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/04/20/000333037\\_20100420030817/Rendered/PDF/541030BRI0RBF-110Box345636B01PUBLIC1.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/04/20/000333037_20100420030817/Rendered/PDF/541030BRI0RBF-110Box345636B01PUBLIC1.pdf).
- NISR (National Institute of Statistics of Rwanda). 2015. "NISR Refutes Wrong Allegations on Its Latest Poverty Report by France 24," November 3. <http://www.statistics.gov.rw/about-us/news/nisr-refutes-wrong-allegations-its-latest-poverty-report-france-24>.
- Overseas Development Institute. 2011. *Rwanda's Progress in Health: Leadership, Performance and Insurance*. London: ODI Publications. [http://www.developmentprogress.org/sites/developmentprogress.org/files/resource\\_report/rwanda\\_report\\_-\\_master\\_0.pdf](http://www.developmentprogress.org/sites/developmentprogress.org/files/resource_report/rwanda_report_-_master_0.pdf).
- Republic of Rwanda. 2012. *Rwanda Vision 2020*. Kigali, Rwanda: Republic of Rwanda. [http://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/templates/documents/NDPR/Vision\\_2020\\_.pdf](http://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/templates/documents/NDPR/Vision_2020_.pdf).
- Rusa, Louis, and Gyuri Fritsche. 2007. "Rwanda: Performance-Based Financing in Health." In *Emerging Good Practice in Managing for Development Results Source-book*, 2nd ed. Washington, DC: World Bank.
- Rusa, Louis, Miriam Schneidman, Gyuri Fritsche, and Laurent Musango. 2009. "Rwanda: Performance-Based Financing in the Public Sector." In *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls*. Washington, DC: Center for Global Development. <http://www.cgdev.org/publication/9781933286297-performance-incentives-global-health-potential-and-pitfalls>.
- Sekabaraga, C., A. Soucat, F. Diop, and G. Martin. 2011. "Innovative Financing for Health in Rwanda: A Report of Successful Reforms." In *Yes Africa Can: Success Stories from a Dynamic Continent*, edited by Punam Chuhan-Pole and Manka Angwafo. Washington, DC: World Bank.
- Serneels, Pieter, and Tomas Lievens. 2008. *Institutions for Health Care Delivery: A Formal Exploration of What Matters to Health Workers—Evidence from Rwanda*. Working Paper CSAEWPS/2008-29. Oxford, UK: Centre for the Study of African Economies, University of Oxford. <http://www.csae.ox.ac.uk/workingpapers/pdfs/2008-29text.pdf>.
- Sherry, Tisamarie B., Sebastian Bauhoff, and Manoj Mohanan. 2015. *Multitasking and Heterogeneous Treatment Effects in Pay-for-Performance in Health Care: Evidence from Rwanda*. SSRN Scholarly Paper ID 2170393. Rochester, NY: Social Science Research Network. <http://papers.ssrn.com/abstract=2170393>.
- Soeters, Robert, Laurent Musango, and Bruno Meessen. 2005. *Comparison of Two Output Based Schemes in Butare and Cyangugu Provinces with Two Control Provinces in Rwanda*. The Hague, Antwerp, and Butare: Global Partnership on Output-Based Aid, World Bank, and Rwandan Ministry of Health.
- United Human Rights Council. 2016. "Genocide in Rwanda." Accessed February 9. [http://www.unitedhumanrights.org/genocide/genocide\\_in\\_rwanda.html](http://www.unitedhumanrights.org/genocide/genocide_in_rwanda.html).
- US Department of State. 2015. "Country Reports on Human Rights Practices for 2014." Accessed October 28. <http://www.state.gov/j/drl/rls/hrrpt/humanrightsreport/index.htm>.
- US House Committee of Foreign Affairs. 2015. "Subcommittee Hearing: Developments in Rwanda." May 20. <http://foreignaffairs.house.gov/hearing/subcommittee-hearing-developments-rwanda>.
- WHO (World Health Organization). 2006. *Working Together for Health: The World Health Report 2006*. Geneva: WHO.

## อ้างอิง (ต่อ)

World Bank. 2015a. Data. Accessed November 10. <http://data.worldbank.org/>.

———. 2015b. "Rwanda." Data. Accessed October 28. <http://data.worldbank.org/country/rwanda>.

———. 2015c. "Health Expenditure per Capita (Current US\$)." Data. Accessed October 28. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP?page=2>.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Kalk, Paul, and Grabosch (2010, 185).
2. Serneels and Lievens (2008); WHO (2006).
3. Human Rights Watch (2015); US Department of State (2015); US House Committee on Foreign Affairs (2015); *Economist* (2013); Doyle (2015).
4. di Martino (2002); WHO (2006).
5. WHO (2006).
6. Chaudhury et al. (2006).
7. Bagonza, Kibira, and Rutebemberwa (2014).
8. Das et al. (2012).
9. Bowser and Hill (2010).
10. Overseas Development Institute (2011).
11. World Bank (2015a).
12. United Human Rights Council (2015).
13. Overseas Development Institute (2011).
14. Overseas Development Institute (2011).
15. Habineza (2010).
16. Rusa and Fritsche (2007); Habineza (2010).
17. Rusa and Fritsche (2007).
18. Rusa et al. (2009).
19. Soeters, Musango, and Meessen (2005).
20. Rusa and Fritsche (2007).
21. Republic of Rwanda (2012).
22. Overseas Development Institute (2011).
23. Morgan (2010).
24. Morgan (2010).
25. Rusa and Fritsche (2007).
26. Basinga et al. (2011).
27. Basinga et al. (2011).
28. Basinga et al. (2011).
29. Basinga et al. (2011).
30. Basinga et al. (2011).
31. Kalk, Paul, and Grabosch (2010).
32. Kalk, Paul, and Grabosch (2010).
33. Kalk, Paul, and Grabosch (2010, 185).
34. Gertler and Vermeersch (2012); Basinga et al. (2011).
35. Gertler and Vermeersch (2012).
36. Basinga et al. (2011).
37. Gertler and Vermeersch (2013).
38. World Bank (2015b).
39. Kalk, Paul, and Grabosch (2010).
40. 2015.
41. World Bank (2015c).
42. Basinga et al. (2011).
43. Sekabaraga et al. (2011).
44. Sekabaraga et al. (2011).
45. *Economist* (2012); Morgan (2010); US House Committee on Foreign Affairs (2010).
46. Germain (2015); NISR (2015).
47. *Economist* (2013); Doyle (2015).
48. HRITF (2016).
49. Kalk, Paul, and Grabosch (2010).

## กรณีศึกษาที่ 13

### เรียนรู้จากความล้มเหลว

#### การลดค่าใช้จ่ายสำหรับการคลอดที่สถาบันในแคว้นคุชราต ประเทศอินเดีย

(ต้นฉบับโดย Miriam Temin)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ลดอัตราการตายของมารดาและทารกด้วยการส่งเสริมให้ไปคลอดที่สถาบัน

**ยุทธวิธี:** รัฐบาลจ่ายเงิน ไปให้แพทย์เอกชนเป็นค่าทำคลอดแบบปกติและผ่านหน้าห้องแก่หญิงที่ยากจนและหญิงชนเผ่าต่างๆ

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในจำนวนการคลอดที่สถาบันและจำนวนปัญหาเกี่ยวกับการคลอดในประชากรทั่วไประหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2553 ค่าทำคลอดที่ประชาชนต้องจ่ายเองไม่ลดลง

**เหตุที่ไม่ประสบผลสำเร็จ:** โครงการนี้ตั้งเป้าหมายไม่ดี ขึ้นทะเบียนแพทย์และผู้หญิงได้ไม่พอ อัตราการจ่ายคืนไม่พอเพียงและยังเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ มีหลักฐานไม่พอจะนำมาปรับปรุงการจัดการ มีช่องว่างในคุณภาพของบริการ มีวัฒนธรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการคลอดที่โรงพยาบาล

**การเงินการคลัง:** 32 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2555

**ขนาดของโครงการ:** มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการมากกว่า 800 แห่งในคุชราต (พ.ศ. 2555)

ปกติทารกจะคลอดออกมาโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน อย่างน้อยร้อยละ 85 ของการคลอดจะไม่มีปัญหารุนแรง<sup>1</sup> แต่เมื่อใดที่มีภาวะแทรกซ้อน อันตรายถึงตายก็คุกคามทั้งมารดาและทารก การตายของมารดาส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่างรอคลอด ระหว่างคลอด หรือทันทีหลังคลอด<sup>2</sup> องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ความช่วยเหลือใกล้ชิดเมื่อผู้หญิงคลอดลูก ดีที่สุดคือผู้หญิงควรคลอดลูกในหน่วยบริการที่มีเครื่องมือพร้อมซึ่งดูแลช่วยชีวิตในยามฉุกเฉินได้<sup>3</sup>

ที่รัฐคุชราต ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของอินเดีย อัตราการสูญเสียชีวิตของมารดาและทารกในระหว่างคลอดสูงมาก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีเพียงร้อยละ 55 ของการคลอดทั้งหมดที่เกิดขึ้นในหน่วยบริการทางการแพทย์ในปี พ.ศ. 2548 ต่างกันลิบลับกับเคราลา (Kerala) ทางตะวันตกเฉียงใต้ของอินเดีย ที่มีการคลอดในหน่วยบริการถึงร้อยละ 99<sup>4</sup> ในปี พ.ศ. 2548 รัฐบาลของคุชราตได้ริเริ่มโครงการใหม่เพื่อให้ผลลัพธ์ของการคลอดดีขึ้น ชื่อ จิรันจิว โยชานา (Chiranjeevi Yojana: CY) หรือชีวิตนิรันดร์ (Eternal Life) มีจุดมุ่งหมายเพิ่มอัตราการคลอดที่สถาบันด้วยการจัดอุปสรรคสำคัญสำหรับหญิงที่ยากจน และหญิงชนเผ่าต่างๆ ซึ่งได้แก่ค่าบริการทำคลอด

โครงการดังกล่าวจะไปได้ด้วยดี CY อยู่ในมูลนิธิที่เข้มแข็งที่มีการบริหารจัดการอย่างดีในมาตรฐานสากล เป็นองค์กรภาคเอกชนที่โดดเด่น ผู้นำของรัฐก็ให้การสนับสนุนจริงจัง หลายครอบครัวได้รับประโยชน์จาก CY เช่น ในปี พ.ศ. 2555 สูติแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับโครงการประมาณ 800 คนได้ทำคลอดเด็กประมาณ 800,000 คนในหน่วยบริการสุขภาพ 1 ใน 3 ของทั้งหมดนี้เป็นหญิงยากจนและหญิงชนเผ่า ซึ่งเป็นประชากรเป้าหมายของโครงการ<sup>5</sup>

แม้ตัวเลขข้างต้นจะน่าประทับใจ แต่ก็ไม่มีหลักฐานว่า CY จะลดอัตราการตายของมารดาและทารกลงได้<sup>6</sup> ส่วนหนึ่งอธิบายได้จากภาพรวมของภูมิทัศน์สุขภาพว่า อัตราการคลอดที่สถานพยาบาลกำลังเพิ่มสูงขึ้นอยู่แล้วและตัวชี้วัดด้านอนามัยแม่และเด็กก็ดีขึ้นเช่นเดียวกัน แนวโน้มเหล่านี้จึงลดผลงานของ CY ในการสร้างผลกระทบ นอกจากนี้ลักษณะบางอย่างที่ CY ออกแบบไว้ก็กลับมีคุณค่าน้อยกว่าที่ผู้วางแผนคาดหวัง<sup>7</sup> แม้ว่าการปรับปรุงอนามัยแม่และเด็กเป็นประเด็นสุขภาพระดับโลกที่สำคัญ มีการให้ทุนสนับสนุนสูงอยู่ตลอดเวลา แต่ประสบการณ์ของ CY ก็จะเป็นข้อเตือนใจที่ดีที่สุดสำหรับโครงการที่มีเป้าหมายเดียวกันที่ใช้วิธีเพิ่มการคลอดที่สถาบัน<sup>8</sup>

## ความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายของมารดาและทารก

ปัจจุบันมารดาและทารกทั่วโลกรอดชีวิตจากการคลอดมากกว่าบรรพบุรุษเมื่อหลายทศวรรษก่อน อินเดียซึ่งเป็นประเทศหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงรายได้ปานกลาง ได้ปรับปรุงอนามัยแม่และเด็กให้ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงไม่กี่ปี มาปีนี้ อัตราตายของมารดาลดลงจาก 212 รายต่อแสนในปี พ.ศ. 2550 เป็น 178 รายต่อแสนในปี พ.ศ. 2555 และในช่วงเวลาเดียวกัน อัตราตายของทารกต่อปี ลดลงจาก 55 เหลือ 42 ต่อพันรายการเกิดมีชีวิต<sup>9</sup> แต่ก็ไม่น่าแปลกใจที่ผลดีด้านสุขภาพมิได้กระจายตัวอย่างสม่ำเสมอ อัตราตายแปรผันไปอย่างมีนัยสำคัญตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละรัฐ

รัฐคุชราตในภาคตะวันตกเฉียงเหนือของอินเดียเป็นหนึ่งใน 5 รัฐที่ร่ำรวยที่สุดในประเทศนี้<sup>10</sup> มีประชากรประมาณ 60 ล้านคน ด้วยภาวะเศรษฐกิจเติบโตเกือบถึงร้อยละ 10 ต่อปี<sup>11</sup> ชาวอินเดียมองว่ารัฐบาลคุชราตมีความก้าวหน้าด้านสาธารณสุข ตัวอย่างจากรัฐนี้ทำให้มีการประกันสุขภาพให้กับคนจนทั่วประเทศ<sup>12</sup>

ความเป็นผู้นำในด้านสาธารณสุข ทำให้ข้อมูลสถิติอัตราตายของมารดาและทารกของรัฐนี้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ตัวอย่างเช่นระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2555 มารดาตายขณะคลอด 122 รายต่อพันต่อปีในคุชราต เปรียบเทียบกับ 178 รายในระดับประเทศ<sup>13</sup> เหตุผลหนึ่งที่สุขภาพของมารดาในคุชราตดีกว่ารัฐอื่นคือจำนวนการคลอดในสถานพยาบาลสูงขึ้นผู้หญิงคลอดที่สถานพยาบาลมากขึ้นกว่าสองเท่าระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2553 จากร้อยละ 40.7 เป็นร้อยละ 89.3 เป็นการเปลี่ยนจากคลอดที่บ้านมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและต่อเนื่อง<sup>14</sup> CY มีส่วนในการทำให้ค่าสถิติตรงนี้ดีขึ้น อาจกล่าวได้ว่า ถ้าไม่มีโครงการนี้ สุขภาพของมารดาในคุชราตจะพัฒนาช้ากว่าอินเดียในภาพรวม<sup>15</sup>

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: คุชราตกรุยทางสู่การคลอดที่สถาบัน

การดูแลสุขภาพที่หน่วยบริการสาธารณสุขระหว่างรอคลอด (การฝากครรภ์) และระหว่างคลอดเป็นคำแนะนำที่ถือปฏิบัติทั่วโลก แม้จะไม่สามารถรับประกันได้ว่าปัญหาทุกอย่างจะแก้ได้ในโรงพยาบาลหรือคลินิก แต่หน่วยบริการก็สามารถดูแลสุขภาพมารดาได้ดีกว่าที่อื่นเนื่องจากมีทีมงานที่ฝึกฝนมาแล้ว มีโครงสร้างพื้นฐาน และมีแบบแผนที่จำเป็นสำหรับการจัดการปัญหาแทรกซ้อนส่วนใหญ่<sup>16</sup> เด็กที่คลอดในหน่วยบริการยังได้รับประโยชน์ในขั้นต้นต่อมา เช่น มีโอกาสได้รับวัคซีนและนมแม่มากกว่าการคลอดที่บ้าน<sup>17</sup>

ในอินเดีย พันธกิจสุขภาพชนบทแห่งชาติ (National Rural Health Mission) เป็นโครงการรณรงค์ของรัฐบาลที่มุ่งเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ถึงกำเนิดในปี พ.ศ. 2548<sup>18</sup> การย้ายทุกการคลอดไปสู่สถานพยาบาลเป็นวัตถุประสงค์ของประเทศภายใต้โครงการนี้ อินเดียเป็นหนึ่งในสองประเทศ (ในจีเรียเป็นอีกประเทศ) ที่จำนวนการตายของมารดาในสองประเทศนี้รวมแล้วเท่ากับหนึ่งในสามของโลกซึ่งเรื่องนี้เป็นเรื่องเร่งด่วน<sup>19</sup>

ถ้าไม่มีวัตถุประสงค์ในระดับชาติ ระบบบริการสาธารณสุขของอินเดียก็จะมีศักยภาพในการจัดการปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ได้<sup>20</sup> ปัญหาการกระจายทรัพยากรมนุษย์เกิดขึ้นเสมอและการดูแลด้านสูติกรรมฉุกเฉินก็มีน้อย ตัวอย่างเช่น ในพื้นที่ชนบทของคุชราต มีสูติแพทย์ภาครัฐเพียง 7 หรือ 8 คนที่ดูแลประชากรถึง 32 ล้านคน<sup>21</sup> ผู้หญิงในคุชราตเข้าถึงบริการรัฐได้ยาก และถ้าได้เข้าถึง ก็มักได้รับบริการคุณภาพต่ำ ในขณะที่แพทย์เอกชนนั้นกลับตรงกันข้าม คือมีความพร้อมที่จะให้บริการมากกว่า สามในสี่ของแพทย์ทั้งหมดในคุชราตทำงานภาคเอกชน<sup>22</sup> ร้อยละ 60 ของการคลอดทั้งหมดเกิดขึ้นที่หน่วยบริการภาคเอกชนในปี พ.ศ. 2553<sup>23</sup> การผลักไปให้ภาคเอกชนบริการแทน ทำให้ผู้หญิงขาดความไว้วางใจในหน่วยบริการของรัฐและเชื่อว่าบริการของเอกชนจะดีกว่า<sup>24</sup>

ในอินเดีย รัฐต่างๆ เป็นผู้จัดบริการสุขภาพและใช้งบประมาณของตนเอง นักการเมืองที่มีอำนาจมากที่สุดในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในรัฐคุชราตคือหัวหน้าคณะรัฐมนตรีนเรนทรา โมดิ (Narendra Modi) โมดิประกาศชัดเจนว่า รัฐบาลของเขาเปิดการทำงานร่วมกับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน จึงน่าจะทำงานดีขึ้น

โมดิต้องการเปลี่ยนบางเรื่องเป็นการเฉพาะเพื่อประกันสุขภาพของแม่และเด็ก<sup>25</sup> รัฐบาลของเขาตระหนักว่าผู้ให้บริการภาคเอกชนพร้อมที่จะให้บริการหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ผู้ให้บริการภาครัฐไม่พร้อม รัฐจึงออกแบบโครงการที่ให้เงินจูงใจภาคเอกชนมาเข้าร่วมให้บริการแก่หญิงที่เสี่ยงต่อการตายเนื่องจากการคลอดมากที่สุด นั่นก็คือหญิงยากจนและหญิงชนเผ่าต่างๆ รัฐบาลมุ่งทำสิ่งนี้โดยจ่ายเงินให้บริการภาคเอกชนทำคลอดแก่หญิงเหล่านี้ ถึงปี พ.ศ. 2548 รัฐก็พร้อมเริ่มโครงการ CY ในอำเภอনার่อง 5 อำเภอที่กันดาร ด้วยการสนับสนุนจากองค์กรภาคประชาสังคมและองค์การพัฒนาสุขภาพนานาชาติเยอรมัน (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit: GIZ)<sup>26</sup> หลังรับรายงานว่าโครงการนำร่องประสบความสำเร็จ CY ก็ขยายโครงการครอบคลุมทั้งรัฐในปี พ.ศ. 2550

## ปฏิบัติการจรินชีวี โยชานา (CY)

การออกแบบโครงการค่อนข้างตรงไปตรงมา รัฐบาลคัดเลือกสตูดิโอแพทย์ เอกชนเข้ามา ทำสัญญาให้ทำคลอดให้หญิงยากจนและหญิงชนเผ่า โดยจ่ายเงินค่าทำคลอดพร้อมค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน สมาคมสตรีแพทย์ท้องถิ่น และทีมงานสาธารณสุขระดับอำเภอช่วยกัน ค้นหาแพทย์ที่มีความสามารถ<sup>27</sup> เกณฑ์การคัดเลือกแพทย์มีความชัดเจน คือ เป็นเจ้าของหน่วยบริการ ขนาดอย่างต่ำ 15 เตียง มีคลังเลือด มีแพทย์ ดมยา และผ่าตัดฉุกเฉินได้<sup>28</sup>

สตูดิโอแพทย์เบิกเงินค่าทำคลอดได้ทุกเดือน หน่วยจัดการโครงการ ระดับอำเภอจะจ่ายเงินทุก 100 รายที่ทำคลอดเป็นยอดตายตัว เอ็นจีโอ แนวนอนำองค์กรหนึ่งชื่อ สังคมเพื่อปฏิบัติการและสวัสดิการการศึกษาในชนบท (Society for Education Welfare and Action - Rural: SEWA Rural) เป็นผู้คำนวณการจ่ายโดยใช้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจาก 100 รายที่ทำคลอดทั้งคลอดปกติและคลอดที่มีปัญหาแทรกซ้อน<sup>29</sup> อัตราการเบิกจ่ายเงินได้รับการพิจารณาโดยผู้มีส่วนได้เสียสำคัญๆ เช่น สมาคมสตรีแพทย์<sup>30</sup> อัตราเงินเพิ่มขึ้นทุกปี สูงสุดในปี พ.ศ. 2556 ที่ 380,000 อินเดีย รูปี ต่อ 100 รายที่ทำคลอด (ประมาณ 69 เหรียญสหรัฐต่อ 1 รายที่ทำคลอด ในปี พ.ศ. 2556)<sup>31</sup> โครงการนี้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเฉพาะการทำคลอด ไม่รวมการฝากครรภ์และการดูแลหลังคลอด ส่วนหนึ่งของเงินที่เบิกจ่ายได้นี้จะจ่ายให้หญิงที่คลอดเป็นค่าอาหารและค่าเดินทาง รวมถึงเงินรางวัลเล็กๆ น้อยๆ สำหรับผู้พามา<sup>32</sup>

รัฐบาลหวังว่าโครงการนี้จะดึงดูดหญิงยากจนและหญิงชนเผ่าได้ เพราะกลุ่มนี้มีอัตราการคลอดที่บ้านและมีปัญหามากกว่าหญิงอื่น ผู้มีสิทธิจะต้องแสดงบัตรยากจนหรือบัตรชนเผ่าเพื่อเข้ารับบริการภายใต้โครงการนี้<sup>33</sup> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนทำหน้าที่แจ้งให้หญิงเหล่านี้ทราบว่ามีสิทธิ

## ผลลัพธ์ตอบแทน: สุขภาพของมารดาไม่เปลี่ยนแปลง

หลังจากพบว่าผลงานของ CY อยู่ในระดับต่ำ ในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้ขอให้มีการประเมินอย่างอิสระโดยองค์กรความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงระบบสุขภาพและและการประเมินผลกระทบในอินเดีย (Collaboration for Health System Improvement and Impact Evaluation in India: COHESIVE - India) ผลการประเมินซึ่งยืนยันโดยหลายๆ การศึกษา พบเรื่องน่าประหลาดใจว่า ผู้หญิงหลายคนเปลี่ยนจากคลอดที่บ้านไปที่สถานพยาบาลในช่วงดังกล่าว แต่ CY ไม่ได้มีส่วนเร่งให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงนี้เลย<sup>34</sup> อีกนัยหนึ่ง ไม่มีหลักฐานแสดงว่าโครงการนี้มีส่วนเพิ่มการคลอดที่สถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งผู้หญิงที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมาย<sup>35</sup> และผู้หญิงในวงกว้าง<sup>36</sup>

การเพิ่มการคลอดที่หน่วยบริการและสุขภาพที่ดีขึ้นของมารดา และทารกในครรภ์เป็นข่าวดี แต่การประเมินผลชี้ว่า CY มีส่วนน้อยมาก สิ่งที่สุดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่า CY ไม่ได้มีผลต่อการเข้าถึงการคลอดที่สถานพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญคือ การประเมินผลไม่พบผลของโครงการต่อตัวชี้วัดด้านสุขภาพของมารดาและทารกในประชากรทั่วไป (ดูกล่อง 1) ผลการวิเคราะห์ของนักวิจัยชี้ว่า ภายหลังเริ่มโครงการ CY มีร้อยละ 54 ของหญิงที่คลอดทั้งหมดในรัฐนี้มีปัญหาแทรกซ้อน - และโครงการนี้ไม่ได้ช่วยลดโอกาสของการเกิดปัญหานั้นเลย<sup>37</sup> ควรบันทึกไว้ว่า การวิเคราะห์นี้ได้จากการประเมินผลลัพธ์สำหรับผู้หญิงทั่วทั้งรัฐ มิใช่เฉพาะผู้หญิงยากจนที่เป็นเป้าหมายของโครงการนี้ ด้วยหลักฐานที่มีอยู่ จึงมิได้มีเหตุอื่นเข้ามามีอิทธิพลต่อการสรุปผลการศึกษา

อีกการศึกษาพบว่า โครงการ CY เกิดขึ้นพร้อมกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการผ่าท้องคลอดในกลุ่มหญิงยากจนอย่างชัดเจน โดยนักวิจัยไม่สามารถยืนยันได้ว่า การผ่าท้องคลอดนั้นจำเป็นหรือไม่<sup>38</sup> CY ได้รับการออกแบบมาเพื่อให้มีการจูงใจให้ผ่าท้องคลอดโดยใช้อัตราจ่ายมาตรฐานเฉลี่ยต่อการทำคลอด นั่นคือแพทย์จะได้รับเงินจำนวนเท่ากันต่อการทำคลอดร้อยละ 84 ไม่ว่าจะมีการผ่าหรือไม่ แพทย์จึงอาจไม่ยอมผ่าท้องคลอดให้หญิงภายใต้โครงการ CY แม้ว่าจะมีข้อบ่งชี้ และเลือกใช้วิธีส่งต่อรายที่มีปัญหาไปให้ที่อื่นทำแทน เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงและค่าใช้จ่าย<sup>39</sup>

ผู้ก่อตั้ง CY ได้รับการแนะนำว่า การขจัดอุปสรรคด้านการเงิน จะทำให้หญิงตั้งครรภ์รายใหม่มาคลอดที่หน่วยบริการมากขึ้น อุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายนั้นมีจริง ชาวอินเดียต้องจ่ายเงินเองเมื่อไปใช้บริการสุขภาพเป็นจำนวนมาก ทำให้อินเดียอยู่ในกลุ่มประเทศที่ประชาชนต้องจ่ายเงินเองมากที่สุดในโลก<sup>40</sup> ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนโดยเฉลี่ยสำหรับการคลอดปกติที่ภาคเอกชนในอินเดียคือ 84 เหรียญสหรัฐ ซึ่งประชาชนเป้าหมายใน CY จำนวนมากไม่สามารถจ่ายได้<sup>41</sup> โชคไม่ดีที่ค่าใช้จ่ายที่ประชาชนจ่ายเองสำหรับการทำคลอดยังคงคงที่ตลอดระยะเวลา 5 ปี ของการดำเนินโครงการ CY<sup>42</sup> บทความต่างๆ ในหนังสือพิมพ์พยายามแฉว่า แพทย์ที่ร่วมในโครงการบางคนเสนอผู้มีสิทธิให้รับบริการเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่โครงการ CY ครอบคลุมและไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพด้วย<sup>43</sup> มีหลายการศึกษายืนยันบทความเหล่านี้ ทั้งยังพบอีกว่า แพทย์บางคนงุบงิบเงินเข้ากระเป๋าเอง ทั้งๆ ที่เป็นเงินที่ CY ตั้งใจจ่ายให้เป็นค่าอาหารและค่าเดินทางแก่ผู้มีสิทธิ<sup>44</sup>

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน<sup>45</sup>

รัฐบาลคุชราตได้เชิญองค์กรความร่วมมือเพื่อการปรับปรุงระบบสุขภาพและและการประเมินผลกระทบในอินเดีย (Collaboration for Health System Improvement and Impact Evaluation in India: COHESIVE - India) มาประเมินผลโครงการจันซีวี โยชานา (CY) ในปี พ.ศ. 2552. โดยประเมินเป็นระยะ ระยะแรกประเมินใน 5 อำเภอทางเหนือ ต่อมาประเมินในส่วนที่เหลือของรัฐ นักวิจัยใช้วิธีการศึกษาแบบย้อนหลังโดยใช้อำเภอในกลุ่มหลังเป็นกลุ่มควบคุมของกลุ่มแรก

นักวิจัยใช้ข้อมูลประชากรทั่วไปเพื่อจัดความลำเอียงในการเลือกหญิงที่คลอดที่หน่วยบริการ นอกจากนี้ พวกเขายังใช้วิธีตรวจทานแบบสามเส้ากับการวิเคราะห์คร่าวเร็วในระดับอำเภอและข้อมูลการสำรวจหน่วยบริการ ข้อค้นพบของพวกเขาสอดคล้องกันกับของแหล่งข้อมูลสองแห่ง คือ โครงการนี้ไม่ได้สร้างผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการคลอดที่สถานพยาบาลกับปัญหาที่เกิดจากการคลอด

ข้อสรุปของพวกเขาชี้ชัดว่าจำนวนหนึ่ง ประการแรก 5 อำเภอแรกต่างจากอำเภอที่เหลือในหลายประเด็นสำคัญ คือ มีความเป็นชนบทมากกว่า ผู้อาศัยในอำเภอยากจนกว่าและการศึกษาต่ำกว่า จึงอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ ประการที่สอง การวัดผลกระทบที่เป็นไปของการเปลี่ยนแปลงอัตราตายของมารดานั้นวัดได้ยาก

เพราะการตายเกิดไม่บ่อย ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางสถิติต่อผลการประเมิน ประการที่สาม การศึกษานี้ใช้ข้อมูลการรายงานจากผู้เป็นมารดาและเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง โดยถามว่ามีปัญหาอะไรหรือไม่ ซึ่งทำให้เกิดอคติได้บ่อย<sup>46</sup> ประการสุดท้าย ผู้ประเมินเปรียบเทียบตัวอย่างของตนมีแค่เพียงกับหญิงยากจนในกลุ่มเป้าหมายแต่ยังเปรียบเทียบกับประชากรหญิงทั้งหมดในคุชราตด้วย การใช้เลนส์มุกกว้างมองอาจทำให้เห็นตัวอย่างเล็กๆ ได้ไม่ชัดเจน

การประเมินผลของ COHESIVE - India ต่อโครงการนี้ขัดแย้งกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาโครงการเดียวกัน อาจเป็นเพราะมีการออกแบบการศึกษาที่ต่างกัน แต่ผลการศึกษาของ COHESIVE - India มีความเที่ยงตรงมากกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ใช้วิธีเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินโครงการ ทำให้ยากต่อการจำแนกผลกระทบจาก CY ออกจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดจากสาเหตุอื่น ที่สำคัญที่สุดคือการเพิ่มขึ้นของอัตราการคลอดที่สถานพยาบาลที่เกิดขึ้นอยู่แล้วก่อนหน้าจะมีโครงการนี้ อย่างไรก็ตามยังมีการประเมินผลขนาดใหญ่อื่นอีกที่สนับสนุน โดยสหภาพยุโรปและกำลังดำเนินการเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นเกี่ยวกับผลงานและผลกระทบของโครงการ CY

### ลงทุนไปเท่าใด?

เงินทุนสนับสนุนโครงการ CY ส่วนใหญ่มาจากรัฐบาลกลางผ่านทางโครงการพันธกิจสุขภาพชนบทแห่งชาติ (National Rural Health Mission)<sup>47</sup> เมื่อเริ่มก่อตั้ง CY ในปี พ.ศ. 2549 รัฐบาลของคุชราตจ่ายค่าบริการ 1,850 อินเดียรูปี (40 เหรียญสหรัฐ) ต่อการทำคลอดผู้มีสิทธิ 1 ราย และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถึง 3,800 อินเดียรูปี (69 เหรียญสหรัฐ) ถึงกลางปี พ.ศ. 2556 จ่ายไป 32 ล้านเหรียญสหรัฐเพื่อร่วมมือกับโรงพยาบาลต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2555

ทุนสนับสนุน CY จริงๆ แล้วมาจาก 3 แหล่ง จึงยากต่อการกำกับติดตาม และเกิดการเหลื่อมจ่าย เช่น เมื่อต้นปี พ.ศ. 2553 มีรายงานข่าวกล่าวหาว่า ร้อยละ 36 ของงบโครงการทั้งหมดยังไม่ได้เบิกจ่าย<sup>48</sup>

ในขณะที่การจัดสรรงบประมาณสำหรับ CY เพิ่มขึ้น รัฐคุชราตก็ได้เพิ่มงบด้านสุขภาพด้วย ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลรัฐบาลคุชราต ชี้ว่า มีการจัดสรรงบประมาณของรัฐในด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1 เป็น 4.2 หรือจาก 11.55 พันล้านอินเดียรูปี (266 ล้านเหรียญสหรัฐ) เป็น 29.88 พันล้านอินเดียรูปี (434 ล้านเหรียญสหรัฐ) ระหว่าง พ.ศ. 2548 - 2553<sup>49</sup>

### ทำไม โครงการจันซีวี โยชานา จึงไม่ได้ผลดังคาดในคุชราต

โครงการ CY มีหลักการดี ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปได้ ร่วมมือกับภาคเอกชนที่มีความพร้อม และได้รับการสนับสนุนจากภาคการเมืองระดับสูง<sup>50</sup> แล้วทำไมไม่ได้ผล? หลายเรื่องเป็นข้อจำกัดของ CY ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเงินการคลัง ความครอบคลุม และการบริหารจัดการ คุณภาพการดูแลมารดาของภาคเอกชนและปัจจัยทางสังคมที่ทำให้ผู้หญิงนิยมคลอดที่บ้านก็เป็นข้อจำกัดที่ทำให้โครงการก่อผลกระทบไม่ได้มากเท่าที่ควร แต่อย่างไรก็ตามไม่ควรอ้างเหตุเหล่านี้โดยขาดข้อมูลเชิงคุณภาพ ประเด็นเหล่านี้จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมอีกมากด้วยวิธีการที่หลากหลาย

โครงการนี้จ่ายเงินค่าทำคลอดแก่ผู้หญิงจำนวนมาก แต่ไม่รู้ว่าจ่ายถูกต้องประสงค์หรือไม่? มีหลักฐานชี้ว่าไม่ถูก แต่ CY ก็พยายามเข้าถึงประชากรเป้าหมายของตน<sup>51</sup> ผู้หญิงบางคนเข้ามาในโครงการ CY ทั้งๆ ที่ใช้บริการภาคเอกชนอยู่แล้ว ในขณะที่ผู้มีสิทธิบางคนยังคงคลอดที่บ้าน ส่วนหนึ่งของปัญหาอยู่ที่วิธีการกำหนดผู้หญิงเป้าหมายให้ถูกตัว ในบริบทของอินเดียนั้น CY อาศัยบัตรยากจนเป็นหลักในการกำหนดผู้มีสิทธิ

ครัวเรือนจะได้รับบัตรนี้เมื่อมีคะแนนตัวชี้วัดความยากจนแบบหลากหลายมิติต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20<sup>52</sup> แต่ในทางปฏิบัติ ประมาณร้อยละ 40 ของครัวเรือนในคุชราตที่มีสิทธิได้รับบัตรนี้กลับไม่ได้รับบัตรนี้ ขณะที่ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ถือบัตร ก็ไม่เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับสิทธินี้อย่างเป็นทางการ<sup>53</sup>

ปัญหาด้านการกำหนดเป้าหมายยังสัมพันธ์กับความครอบคลุมทางภูมิศาสตร์ การกระจายของแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนในโครงการนี้มุ่งไปยังเขตเมือง ผู้หญิงในเขตชนบทบางแห่งให้ความสำคัญกับโครงการนี้น้อยกว่าผู้หญิงในเขตพื้นที่อื่น<sup>54</sup> เรื่องนี้ช่างน่าผิดหวังเพราะโครงการนี้เน้นการรุกเข้าไปในพื้นที่ชนบท ถึงขนาดที่ผู้บริหารด้านสาธารณสุขลงไปเยี่ยมเป็นรายบุคคลเพื่อเชิญชวนแพทย์ในชนบทให้เข้าร่วมโครงการ<sup>55</sup> อย่างไรก็ตาม CY ก็ได้เน้นการทำงานในอำเภอที่มีความเป็นชนบทมากกว่า โดยแนะนำให้ผู้หญิงชนบทไปใช้บริการกับแพทย์ในเขตเมือง<sup>56</sup>

รัฐบาลคาดการณ์ว่า เงินเบิกจ่ายค่าทำคลอดของ CY จะเพียงพอ กับค่าใช้จ่ายทั้งหมด ตั้งแต่ค่าอาหาร ค่าเดินทาง และค่าบริการทางการแพทย์ แต่แม้จะมีการเพิ่มเงินให้หลายครั้งตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ แต่แพทย์ก็ยังบ่นว่าระดับการจ่ายเงินต่ำเกินไปสำหรับค่าใช้จ่ายเหล่านี้ ประเด็นนี้ส่งผลกระทบต่อโครงการ CY หลายประการ

ประการแรก ระดับการเบิกจ่ายคืน (ค่าตอบแทน) ใช้ได้ผลกับใครบ้าง? ในบรรดาสูติแพทย์ทั้งหมด 2,000 คน มีเพียง 740 คนที่เซ็นสัญญาเข้าโครงการในปี พ.ศ. 2549<sup>57</sup> ช่วงแรกโครงการนี้ได้ชักชวนแพทย์อายุสั้นน้อยจนประสบความสำเร็จในเข้าร่วมโครงการ แพทย์พวกนี้เข้าร่วมเพราะอยากสร้างฐานลูกค้า<sup>58</sup> แพทย์บางคนเห็นว่า CY ทำงานแบบการกุศลมากกว่าจะเป็นความร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชนอย่างแท้จริง ช่วงต้นมีแพทย์ที่ต้องการทำประโยชน์ให้ผู้อื่นมากขึ้นทะเบียน<sup>59</sup> แต่การขาดเงินจูงใจทำให้แพทย์อีกหลายคนไม่เข้าร่วม

ประการที่สอง ระดับการจ่ายค่าทำคลอดคู่จะมีส่วนทำให้จำนวนแพทย์ลดถอยลง จำนวนสูติแพทย์เพิ่มขึ้น 870 คนในปี พ.ศ. 2551 แต่ลดเหลือ 660 คนในปี พ.ศ. 2553 ทำให้ความครอบคลุมของโครงการที่ไม่พอเพียงอยู่แล้วแย่ลงไปอีก<sup>60</sup> ในปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 40 ของตำบลทั้งหมดไม่มีผู้ให้บริการ<sup>61</sup> แพทย์ที่เข้ามาในช่วงต้นลาออกไปขณะที่คนไข้คลอดมีมากขึ้นและเงินที่ยังไม่ได้เบิกจ่ายก็มีมากขึ้น จึงบั่นทอนรากฐานโครงการ<sup>62</sup> สถานการณ์ถดถอยนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเมืองใหญ่ แพทย์บางคนกลัวว่าการมีฐานลูกค้าจะทำลายชื่อเสียง<sup>63</sup> แพทย์ชนบทยังเผชิญการแข่งขันทางธุรกิจน้อยกว่าและกังวลเกี่ยวกับชื่อเสียงน้อยกว่ายังคงให้บริการลูกค้าระดับล่าง แพทย์กลุ่มนี้จึงอาจเหมาะกับโครงการนี้มากกว่า แพทย์บางคนที่ยังเกาะติดอยู่กับ CY อาจเป็นแพทย์ที่ไม่ค่อยดึงดูดลูกค้าที่อาจจะให้บริการคุณภาพต่ำก็เป็นได้

ประการที่สาม ระดับการเบิกจ่ายคืนต่ำทำให้โครงการต้องจ่ายเพิ่มให้ผู้หญิงมากกว่าการให้บัตรฟรี ผู้หญิงยังคงต้องเผชิญกับค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ<sup>64</sup> แพทย์บางคนแก้ปัญหาเงินไม่พอโดยตัดค่าใช้จ่าย

ของตนไปให้ผู้หญิง บางคนก็คิดค่าบริการอื่นแทนหรือไม่ก็บวกเพิ่มเมื่อไว้ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ความต้องการ CY ตกต่ำ เพราะครอบครัวยังคงต้องจ่ายเงินสำหรับการคลอด พวกเขาอาจต้องตัดสินใจว่าควรรับบริการจากแพทย์เอกชนภายใต้โครงการนี้คุ้มกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ ผู้จัดการโครงการ CY ไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนในกรณีเสนอแผนต่อผู้วางแผน การปรึกษาหารือกับองค์กรวิชาชีพ ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ ซึ่งมีอยู่ก่อนหน้าการเริ่มโครงการเท่านั้น ไม่มีงานวิจัยรอบด้านเกี่ยวกับอุปสรรคต่อการคลอดที่สถานพยาบาลหรือคุณภาพบริการดูแลมารดาของภาคเอกชนที่จะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบโครงการ<sup>65</sup> การติดตามที่ไม่เพียงพอก็เป็นปัญหาตลอดเวลาทำให้เกิดคำถามที่ไม่มีคำตอบเกี่ยวกับคุณภาพ การส่งต่อ และรายละเอียดของการทำคลอด<sup>66</sup> นอกจากนี้ การจ่ายเงินให้แพทย์กระทำโดยให้แพทย์รายงานเองโดยไม่มีการตรวจสอบและติดตาม<sup>67</sup> แพทย์ที่เข้าร่วมโครงการไม่มีแรงจูงใจจะรายงานให้เที่ยงตรงและอาจทำบันทึกเท็จเพื่อเบิกเงินได้มากขึ้น<sup>68</sup>

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

CY เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐกับเอกชนขนาดใหญ่โครงการแรกที่มุ่งเพิ่มการคลอดที่สถานพยาบาลในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ประสบความสำเร็จ จนได้รับรางวัลนวัตกรรมแห่งเอเชียโดย วอลล์สตรีทเจอร์นัลในปี พ.ศ. 2549<sup>69</sup> ประสบการณ์ของ CY ทำให้รัฐบาลแห่งคุชราตเริ่มโครงการประกันอื่นๆ สำหรับคนจน ตัวอย่างเช่น Mukhyamantri Amrutum Yojana (MAY) จัดสรรเงินประมาณ 3,400 เหยี่ยวสหรัฐต่อครอบครัวเพื่อรักษาความเจ็บป่วยที่วิกฤตในหน่วยบริการของรัฐ<sup>70</sup> อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยเกี่ยวกับ CY ที่ให้ผลตรงกันข้ามที่เน้นเรื่องการออกแบบการศึกษาและความสำคัญของการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง เพิ่มด้วยคำถามเชิงคุณภาพ

CY มีลักษณะเหมือนโครงการอื่นอีกหลายโครงการที่มีการออกแบบแสดงสิทธิและจัดค่าธรรมเนียมผู้ให้บริการ ใช้ได้ทั้งเฉพาะกลุ่มพิเศษหรือประชากรทั้งหมด (ได้อธิบายไว้แล้ว ณ ที่อื่นในหนังสือเล่มนี้) การขจัดค่าธรรมเนียมการใช้บริการเป็นทางเลือกของนโยบายประชานิยมและเป็นขั้นตอนสำคัญที่นำไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประสบการณ์ของ CY แพร่ไปยังที่อื่นๆ ตัวอย่างเช่น มีผลต่อ Janani Suraksha Yojana (JSY) ที่มุ่งส่งเสริมการคลอดที่สถานพยาบาลเช่นกัน ซึ่งเป็นโครงการโอนเงินสดอย่างมีเงื่อนไขที่ใหญ่ที่สุดในโลกและเป็นแกนกลางของพันธกิจสุขภาพชนบทแห่งชาติ (National Rural Health Mission) ด้วยแม้โครงการ JSY จะสามารถเพิ่มการคลอดในที่หน่วยบริการของรัฐได้ แต่ก็ต้องเผชิญกับข้อโต้แย้งเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพของโครงการด้วยเช่นกัน<sup>71</sup>



อย่างไรก็ตาม การจัดค่าธรรมเนียมการใช้บริการเพียงอย่างเดียวก็ไม่เพียงพอที่จะปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพตามที่คาดหวัง อุปสรรคอื่นๆ ที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพยังคงดำรงอยู่ในระบบสุขภาพในชุมชน และในครัวเรือน ตัวอย่างเช่น ปัจจัยทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นเหตุให้ต้องพิจารณาอย่างจริงจังต่อไปในการดำเนินโครงการปรับปรุงสุขภาพมารดาอย่างเป็นธรรม<sup>72</sup> ความไม่เท่าเทียมทางเพศก็มีผลในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิง ตำแหน่งทางสังคมที่ถูกจัดว่าต่ำของพวกเธอมีส่วนจำกัดการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วงการตั้งครรภ์ ตัวอย่างหนึ่งคือไม่มีผู้หญิงคนใดได้เลือกสถานที่คลอดเอง ผู้เลือกคือ ผู้ช่วยพยาบาล ผดุงครรภ์ สามี และแม่ของสามีที่ตัดสินใจแทนเธอ<sup>73</sup> การสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้หญิงมีความสำคัญ แต่เส้นทางสู่การคลอดที่สถานพยาบาลยังต้องพาดผ่านครอบครัวของเธอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่น่าเชื่อถือ

อุปสรรคอื่นที่ไม่ใช่ค่าใช้จ่ายก็ต้องได้รับการทะลุทะลวงเช่นกัน รวมถึงเหตุผลที่ผู้หญิงในคุชราตยังคงคลอดที่บ้าน ได้แก่ ความสะดวก ความกลัวโรงพยาบาล และความยากลำบากในการเดินทางไปโรงพยาบาล<sup>74</sup> บรรทัดฐานอันทรงพลังที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตั้งครมก็ไม่ได้อยู่ในกรอบแนวคิดของ CY

จากการที่อดีตนายกรัฐมนตรี (Modi) ขึ้นครองตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในปี พ.ศ. 2556 อาจมีการเผยแพร่องค์ประกอบต่างๆ ของรูปแบบโครงการ CY ไปยังรัฐอื่นๆ ในอินเดีย ประสบการณ์ของคุชราตทำให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาอย่างรอบคอบในองค์ประกอบต่างๆ ของโครงการที่รวมถึงการเงินการคลัง การติดตาม เกณฑ์การคัดเลือก และการประกันคุณภาพ ควบคู่ไปกับปัจจัยต่างๆ ทางสังคมที่กำหนดสุขภาพขณะที่อินเดียพยายามสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ประสบการณ์จาก CY, JSY, และวิถีทางการเงินการคลังสุขภาพในฝั่งอุปสงค์จะเป็นบทเรียนที่ดีสำหรับโครงการการเงินการคลังที่มุ่งเพิ่มความเป็นธรรมด้านสุขภาพต่อไป

## อ้างอิง

- Acharya, Akash, and Paul McNamee. 2009. "Assessing Gujarat's 'Chiranjeevi' Scheme." *Economic and Political Weekly* 44 (48).
- Berman, Peter, Rajeev Ahuja, and Laveesh Bhandari. 2010. "The Impoverishing Effect of Healthcare Payments in India: New Methodology and Findings." *Economic and Political Weekly* 45 (16): 65-71.
- Bhat, Ramesh, Dileep V. Mavalankar, Prabal V. Singh, and Neelu Singh. 2009. "Maternal Healthcare Financing: Gujarat's Chiranjeevi Scheme and Its Beneficiaries." *Journal of Health, Population, and Nutrition* 27 (2): 249-58.
- Bhat, R., B.B. Verma, and E. Reuben. 2001. "Hospital Efficiency: An Empirical Analysis of District Hospitals and Grant - in - Aid Hospitals in Gujarat." *Journal of Health Management* 3 (2): 167-97  
doi:10.1177/097206340100300202.
- Campbell, Oona M.R., and Wendy J. Graham. 2006. "Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with What Works." *Lancet* 368(9543):1284-99. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140 - 6736(06)69381 - 1.
- Center for Health Market Innovations. 2016. "Chiranjeevi Yojana (CY)." Accessed February 8. <http://healthmarketinnovations.org/program/chiranjeevi-yojana - cy>.
- Chaturvedi, Sarika, Sourabh Upadhyay, and Ayesha De Costa. 2014. "Competence of Birth Attendants at Providing Emergency Obstetric Care under India's JSY Conditional Cash Transfer Program for Institutional Delivery: An Assessment Using Case Vignettes in Madhya Pradesh Province." *BMC Pregnancy and Childbirth* 14 (1): 174  
doi:10.1186/1471 - 2393 - 14 - 174.
- Dansereau, Emily, Santosh Kumar, and Christopher Murray. 2013. "Distance and Institutional Deliveries in Rural India." *Ideas for India*, April 19. [http://www.ideasforindia.in/article.aspx?article\\_id=132&sthash.5JW3fXbj.dpuf](http://www.ideasforindia.in/article.aspx?article_id=132&sthash.5JW3fXbj.dpuf).
- De Costa, Ayesha, Kranti S. Vora, Kayleigh Ryan, Parvathy Sankara Raman, Michele Santacatterina, and Dileep Mavalankar. 2014. "The State - Led Large Scale Public Private Partnership 'Chiranjeevi Program' to Increase Access to Institutional Delivery among Poor Women in Gujarat, India: How Has It Done? What Can We Learn?" *PLoS ONE* 9 (5): e95704. doi:10.1371/journal.pone.0095704.
- De Costa, Ayesha, Kranti Vora, Eric Schneider, and Dileep Mavalankar. 2015. "Gujarat's Chiranjeevi Yojana: A Difficult Assessment in Retrospect." *Bulletin of the World Health Organization* 93 (6): 436A-436B. doi:10.2471/BLT.14.137745.
- Economist*. 2011. "An Indian Summary," June 21. <http://www.economist.com/content/indian - summary>.
- . 2015. "The Gujarat Model," January 10. <http://www.economist.com/news/finance-and-economics/21638147-how-modi-nomics-was-forged-one-indias-most-businessfriendly-states>.
- Ganguly, Parthasarathi, Kate Jehan, Ayesha de Costa, Dileep Mavalankar, and Helen Smith. 2014. "Consideration of Private Sector Obstetricians on Participation in the State -

## อ้างอิง (ต่อ)

- Led 'Chiranjeevi Yojana' Scheme to Promote Institutional Delivery in Gujarat, India: A Qualitative Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 14: 352.
- Government of Gujarat. 2008. Annual Administrative Report 2007-2008. Gandhinagar, India: Government of Gujarat. <http://www.gujhealth.gov.in/images/pdf/aar07-08.pdf>.
- . n.d. Chiranjeevi Yojana: An Innovative Partnership with the Private Sector Obstetricians to Provide Skilled Care at Birth to the Poor in Gujarat. Gandhinagar, India: Government of Gujarat. <http://www.gujhealth.gov.in/images/pdf/chiranjeevi-yojana-details.pdf>.
- Hashmi, Sameer. 2014. "Can India's Economy Model Itself on Gujarat?" *BBC News*, May 5. <http://www.bbc.com/news/business-27257790>.
- Hayden, Michael Edison. 2014. "Gujarat Experiments with Expansion of Public Health Insurance." *New York Times*, April 3. <http://india.blogs.nytimes.com/2014/04/03/gujarat-experiments-with-expansion-of-public-healthinsurance>.
- Natarjan, T. 2013. "Health Care Delivery in Gujarat." Chapter 4 in "Public Health Management: A Study of Reproductive and Child Health Management." Thesis, Maharaja Sayajirao University of Baroda. [http://shodhganga.inflibnet.ac.in:8080/jspui/bitstream/10603/7509/11/11\\_chapter%204.pdf](http://shodhganga.inflibnet.ac.in:8080/jspui/bitstream/10603/7509/11/11_chapter%204.pdf).
- IBNLive.com. 2011. "Gujarat's Private - Public Partnership in Healthcare," July 27. <http://www.ibnlive.com/videos/india/gujarats-pvt-public-partnership-in-healthcare-387323.html>.
- Indian Express*. 2011. "Chiranjeevi Scheme Failed to Deliver: CAG Report," March 31. <http://archive.indianexpress.com/news/chiranjeevi-scheme-failed-to-deliver-cag-report/769645/>.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2014. *Financing Global Health 2013: Transition in an Age of Austerity*. Seattle, WA: IHME.
- IIPS (International Institute for Population Sciences) and Macro International. 2008. *Kerala: National Family Health Survey (NFHS-3) 2005-06*. Mumbai, India: IIPS. [http://rchiips.org/nfhs/NFHS-3%20Data/ke\\_state\\_report\\_for\\_website.pdf](http://rchiips.org/nfhs/NFHS-3%20Data/ke_state_report_for_website.pdf).
- Konar, Hiralal, and Asit Baran Chakraborty. 2013. "Maternal Mortality: A FOGSI Study (Based on Institutional Data)." *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 63 (2): 88-95. doi:10.1007/s13224-012-0258-1.
- Kumar, Chandan, and Ravi Prakash. 2011. "Public - Private Dichotomy in Utilization of Health Care Services in India." *Consilience: The Journal of Sustainable Development* 5 (1): 25-52.
- MATIND. 2015. "Chiranjeevi Yojana—'Eternal Life Program' in Gujarat." Accessed August 7. <http://matind.eu/the-project/chiranjeevi-yojana-eternal-life-program-in-gujarat/>.
- MAQARI (Medical Advice, Quality, and Availability in Rural India) Team. 2011. *Mapping Medical Providers in Rural India: Four Key Trends*. CPR Policy Brief. New Delhi, India: Centre for Policy Research. [http://cprindia.org/sites/default/files/policy-briefs/policy%20brief\\_1%20\(1\).pdf](http://cprindia.org/sites/default/files/policy-briefs/policy%20brief_1%20(1).pdf).
- Mavalankar, Dileep, Amarjit Singh, Sureshchandra R. Patel, Ajesh Desai, and Prabal V. Singh. 2009. "Saving Mothers and Newborns through an Innovative Partnership with Private Sector Obstetricians: Chiranjeevi Scheme of Gujarat, India." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107 (3): 271-76. doi:10.1016/j.ijgo.2009.09.008.
- Mavalankar, Dileep V., Kyanti S. Vora, K.V. Ramani, Parvathy Raman, Bharati Sharma, and Mudita Upadhyaya. 2009. "Maternal Health in Gujarat, India: A Case Study." *Journal of Health, Population, and Nutrition* 27 (2): 235-48.
- Ministry of Health and Family Welfare. 2006. *Bulletin on Rural Health Statistics in India 2006*. New Delhi, India: Ministry of Health and Family Welfare. <http://www.mohfw.nic.in/index1.php?lang=1&level=5&sublinkid=3023&lid=2221>.
- Mohanjan, Manoj, Sebastian Bauhoff, Gerard La Forgia, Kimberly Singer Babiarz, Kultar Singh, and Grant Miller. 2014. "Effect of Chiranjeevi Yojana on Institutional Deliveries and Neonatal and Maternal Outcomes in Gujarat, India: A Difference - in - Differences Analysis." *Bulletin of the World Health Organization* 92 (3): 187-94. doi:10.2471/BLT.13.124644.
- Mohanty, S.K., and A. Srivastava. 2013. "Out - of - Pocket Expenditure on Institutional Delivery in India." *Health Policy and Planning* 28 (3): 247-62. doi:10.1093/heapol/czs057.
- National Health Mission. 2013. "State Wise Information: Gujarat." New Delhi, India: Ministry of Health and Family Welfare. [http://nrhm.gov.in/nrhm-in-state/state-wiseinformation/gujarat.html#health\\_profile](http://nrhm.gov.in/nrhm-in-state/state-wiseinformation/gujarat.html#health_profile).
- Odiit, A., and B. Amuge. 2003. "Comparison of Vaccination Status of Children Born in Health Units and Those Born at Home." *East African Medical Journal* 80 (1).
- Office of the Registrar General. 2011. "Maternal and Child Mortality and Total Fertility Rates: Sample Registration System (SRS)." Presentation, July 7. [http://censusindia.gov.in/vital\\_statistics/SRS\\_Bulletins/MMR\\_release\\_070711.pdf](http://censusindia.gov.in/vital_statistics/SRS_Bulletins/MMR_release_070711.pdf).
- . 2013. "A Presentation on Maternal Mortality Levels (2010-12)." Presentation, December 20. [http://www.censusindia.gov.in/vital\\_statistics/SRS\\_Bulletins/MMR\\_2010-12-Report\\_Pres\\_19.12.2013.ppt](http://www.censusindia.gov.in/vital_statistics/SRS_Bulletins/MMR_2010-12-Report_Pres_19.12.2013.ppt).
- OPHI (Oxford Poverty and Human Development Initiative). 2010. *Country Briefing: India*. [www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Country-Brief-India.pdf](http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Country-Brief-India.pdf).

## อ้างอิง (ต่อ)

- Raman, A. Venkat, and James Warner Björkman. 2015. "Public/Private Partnership in Health Care Services in India." Accessed August 7. <http://www.pppinharyana.gov.in/ppp/sector/health/report-healthcare.pdf>.
- Sachan, D. 2014. "New Government Gears Up for India's Health Challenges." *Lancet* 383 (9935): 2112.
- Sanneving, Linda, Nadja Trygg, Deepak Saxena, Dileep Mavalankar, and Sarah Thomsen. 2013. "Inequity in India: The Case of Maternal and Reproductive Health." *Global Health Action* 6 (0). doi:10.3402/gha.v6i0.19145.
- Sharma, Bharati, Giri Gayatri, Kyllike Christensson, K.V. Ramani, and Eva Johansson. 2013. "The Transition of Childbirth Practices among Tribal Women in Gujarat, India: A Grounded Theory Approach." *BMC International Health and Human Rights* 13: 41.
- Sidney, Kristi, Ayesha De Costa, Vishal Diwan, Dileep V. Mavalankar, Helen Smith, and the MATIND Study Team. 2012. "An Evaluation of Two Large Scale Demand Side Financing Programs for Maternal Health in India: The MATIND Study Protocol." *BMC Public Health* 12 (1): 699. doi:10.1186/1471-2458-12-699.
- Singh, Amarjit, Dileep V. Mavalankar, Ramesh Bhat, Ajesh Desai, S.R. Patel, Prabal V. Singh, and Neelu Singh. 2009. "Providing Skilled Birth Attendants and Emergency Obstetric Care to the Poor through Partnership with Private Sector Obstetricians in Gujarat, India." *Bulletin of the World Health Organization* 87 (12): 960-64. doi:10.2471/BLT.08.060228.
- Sloan, N.L., E. Amoahful, P. Arthur, B. Winikoff, and S. Adjei. 2001. "Validity of Women's Self-Reported Obstetric Complications in Rural Ghana." *Journal of Health, Population, and Nutrition* 19 (2): 45-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11503346>.
- Statistics Times. 2015. "Indian States by GDP Growth 2015," August 19. <http://statisticstimes.com/economy/gdp-growth-of-indian-states.php>.
- Times of India. 2011. "Government Scheme to Arrest Infant Mortality Fails to Deliver," March 31. <http://timesofindia.indiatimes.com/city/ahmedabad/Govt-scheme-to-arrest-infant-mortality-fails-to-deliver/articleshow/7829660.cms?referral=PM>.
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2015. "Midwifery." Accessed July 8. <http://www.unfpa.org/midwifery>.
- WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children's Fund), UNFPA (United Nations Population Fund), and World Bank. 2012. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010: WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank Estimates*. Geneva: WHO. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. UNFPA (2015).
2. Konar and Chakraborty (2013).
3. Campbell and Graham (2006).
4. IIPS and Macro International (2008).
5. Mohanan et al. (2014); De Costa et al. (2014).
6. Sachan (2014).
7. Some of the story was still being told at the time of writing. The ongoing EU-funded MATIND evaluation will yield important new insights: MATIND (2015).
8. IHME (2014).
9. Office of the Registrar General (2011).
10. Gujarat is described as the fourth or fifth wealthiest state, depending on the metric used (*Economist* 2011).
11. Hashmi (2014); *Economist* (2015); *Statistics Times* (2015).
12. Mavalankar, Vora, et al. (2009).
13. Office of the Registrar General (2013).
14. De Costa et al. (2014).
15. National Health Mission (2013).
16. Chaturvedi, Upadhyay, and De Costa (2014); UNFPA (2015).
17. Odiit and Amuge (2003).
18. Sharma et al. (2013).
19. WHO et al. (2012).
20. De Costa et al. (2014).
21. Singh et al. (2009); Ministry of Health and Family Welfare (2006).
22. Bhat, Verma, and Reuben (2001); MAQARI Team (2011); Kumar and Prakash (2011).
23. De Costa et al. (2014).
24. Kumar and Prakash (2011).
25. MATIND (2015).
26. Mavalankar, Vora, et al. (2009).
27. Bhat et al. (2009).
28. Mavalankar, Singh, et al. (2009).
29. Government of Gujarat (n.d.).
30. De Costa et al. (2014).
31. Bhat et al. (2009).
32. Singh et al. (2009).
33. Raman and Björkman (2015).
34. Mohanan et al. (2014).
35. De Costa et al. (2014).
36. Mohanty and Srivastava (2013).
37. Mohanan et al. (2014).
38. De Costa et al. (2014).
39. Ganguly et al. (2014).
40. Berman, Ahuja, and Bhandari (2010).
41. Mohanty and Srivastava (2013).
42. Mohanan et al. (2014).
43. Mohanty and Srivastava (2013).
44. Bhat et al. (2009); *Indian Express* (2011).
45. Mohanan et al. (2014); Sidney et al. (2012); De Costa et al. (2015).

## อ้างอิง (ต่อ)

46. See, for example, Sloan et al. (2001).
47. Center for Health Market Innovations (2015).
48. *Times of India* (2011); *Indian Express* (2011).
49. Natarjan (2013).
50. Ayesha De Costa, personal communication with the author, June 14, 2014.
51. De Costa et al. (2014).
52. The multidimensional poverty index summarizes household status in relation to three dimensions (Education, Health, Standards of Living) and 10 indicators (Years of Schooling, School Attendance, Child Mortality, Nutrition, Electricity, Sanitation, Water, Floor, Cooking Fuel, and Assets) (see OPHI 2010).
53. Mohanan et al. (2014).
54. IBNLive.com (2011).
55. Singh et al. (2009).
56. De Costa et al. (2014).
57. Government of Gujarat (2008); Ganguly et al. (2014).
58. Manoj Mohanan, personal communication with the author, May 13, 2015.
59. Acharya and McNamee (2009).
60. Ganguly et al. (2014).
62. Ayesha De Costa, personal communication with the author, June 14, 2014.
63. De Costa et al. (2014); Ganguly et al. (2014).
64. Bhat et al. (2009).
65. Manoj Mohanan, personal communication with the author, May 13, 2015; Raman and Björkman (2015).
66. De Costa et al. (2014); Singh et al. (2009).
67. Bhat et al. (2009).
68. *Indian Express* (2011); Bhat et al. (2009).
69. De Costa et al. (2014).
70. Hayden (2014).
71. De Costa et al. (2014).
72. Sanneving et al. (2013).
73. Bhat et al. (2009).
74. Sharma et al. (2013); Dansereau, Kumar, and Murray (2013).



### ภาคที่ 3

## การใช้วิธีการโอนเงินช่วยเหลือไปยังเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพ

- 
14. **ให้ออกาสเด็กเปราะบาง: โครงการเงินช่วยเหลือสังคมของเคนยา**  
เงินช่วยเหลือมีส่วนช่วยผู้ดูแลคนที่ยากจนมากและเด็กเปราะบางชาวเคนยา สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น
  15. **การปกป้องคุ้มครองวัยเด็ก: โครงการเงินเดือนนักเรียนหญิงแห่งแคว้นปัญจาบ**  
เงินช่วยเหลืออย่างมีเงื่อนไขสามารถช่วยเด็กหญิงชาวปัญจาบในโรงเรียน สนับสนุนให้แต่งงานช้าลง หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อนามัยวัยเจริญพันธุ์ดีขึ้น
  16. **ยกระดับเด็กที่ถูกกีดกันเพราะสีผิว: เงินทุนสนับสนุนเด็กแอฟริกาใต้**  
แอฟริกาใต้ยุคหลังการเหยียดผิว ได้สนับสนุนเงินยกระดับสนามเด็กเล่นในที่ที่ยากจน ปรับปรุงโภชนาการ ลดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ
  17. **เรียนรู้จากความล้มเหลว: โครงการเงินช่วยเหลือครอบครัวแห่งฮอนดูรัส**  
แม้ฮอนดูรัสจะมีการโอนเงินช่วยเหลือแก่ครอบครัวเพื่อให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นเลย
-

ภาคนี้เป็นการรวบรวมโครงการเงินช่วยเหลือที่มุ่งปรับปรุงสุขภาพและโภชนาการ โครงการเงินช่วยเหลืออันหมายถึงการจ่ายเงินไปยังประชาชนที่เข้าเกณฑ์เฉพาะ เป็นผู้มีความยากจนมาก ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการที่ผ่านการพิจารณาว่าดีที่สุด โครงการส่วนใหญ่จะบ่งบอกเป้าหมายชัดเจนว่า เพื่อสุขภาพหรือโภชนาการที่ดีขึ้น หลายโครงการมีวัตถุประสงค์ที่มากกว่าเรื่องสุขภาพ โดยที่มุ่งคุ้มครองกลุ่มที่เปราะบางที่สุด ตัวอย่างเช่น เคนยาโอนเงินไปสู่อุปกรณ์ฆ่าเชื้อและเด็กกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ที่มีโรคเอดส์ระบาด และแอฟริกาใต้โอนเงินสนับสนุนเด็กเพื่อลดช่องว่างทางเศรษฐกิจและการแบ่งแยกทางเชื้อชาติ

ในโครงการเหล่านี้ ผู้รับเงินมีสิทธิที่จะใช้เงินตามที่ตนเองเห็นสมควร เงินโอนส่วนใหญ่จะถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อเป้าหมายในการปรับปรุงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพคนจน ตัวอย่างเช่น ในแคว้นปัญจาบของประเทศปากีสถาน เงินจูงใจสามารถลดการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงและยืดเวลาการแต่งงานออกไป ทำให้เกิดสุขภาพที่ดีและเพิ่มโอกาสแก่นักเรียนหญิง เช่นเดียวกันในแอฟริกาและเคนยา เงินโอนช่วยปรับปรุงความเป็นอยู่ในภาพรวมของพ่อแม่ที่ยากจนและผู้ดูแลให้ดีขึ้นได้ ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กดีขึ้นและยังช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นได้ด้วย

หลายล้านชีวิตรอด เล่มแรกได้ลงเรื่องราวความสำเร็จของโครงการ Progesa ในเม็กซิโก (ปัจจุบันชื่อ Oportunidades) เป็นหนึ่งในกลุ่มโครงการเงินช่วยเหลือแบบมีเงื่อนไขกลุ่มแรกที่ประเมินแล้วว่าดีที่สุดในโลก โดยครอบครัวที่มีสิทธิจะต้องทำตามเงื่อนไขเพื่อรับสิทธิประโยชน์ ในเล่มนี้จะเน้นในการช่วยเหลือด้วยเงินอย่างมีเงื่อนไขและการช่วยเหลือด้วยเงินอย่างไม่มีเงื่อนไข ซึ่งหมายถึงการที่ครอบครัวมีสิทธิรับเงินโดยไม่มีข้อผูกมัด การประเมินผลหลายชิ้นที่เปรียบเทียบสองวิธีการนี้พบว่ารูปแบบมีเงื่อนไขกระตุ้นให้มีการใช้บริการสุขภาพมากขึ้นในบางบริบทเท่านั้น

โครงการเงินช่วยเหลือในภาคนี้เป็นโครงการใหญ่ที่ครอบคลุมผู้รับเงินหลายล้านคน รัฐบาลประเทศในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและปานกลางเป็นผู้มีบทบาทหลักในการดำเนินการ หลายโครงการใช้เงินงบประมาณของประเทศนั้นๆ ทั้งหมด โดยมีหน่วยงานภายนอก ยกตัวอย่างเช่นธนาคารแห่งการพัฒนาภูมิภาคและองค์การนานาชาติขนาดใหญ่อย่างยูนิเซฟ (UNICEF) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านการออกแบบและการประเมินผล

โครงการเงินช่วยเหลือโดยทั่วไปใช้เงินเป็นจำนวนไม่มาก ทำให้สามารถดำเนินงานในประเทศที่ยากจนได้ อย่างไรก็ตาม โครงการหลากหลายมิติเหล่านี้มีวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากการมุ่งผลกระทบต่อสุขภาพ การวิเคราะห์ความคุ้มค่าจึงซับซ้อนขึ้นและเป็นไปได้ยาก

โครงการเงินช่วยเหลือไม่ใช่ลูกกระสุนวิเศษเสมอไป ดังเช่นในประเทศฮอนดูรัสที่โครงการเงินช่วยเหลือแบบมีเงื่อนไขประสบความสำเร็จล้มเหลวแม้ว่าจะพยายามสร้างประโยชน์ไว้หลายด้านก็ตาม ตัวอย่างของ “การเรียนรู้จากความล้มเหลว” นี้ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบที่ดี กล่าวคือการวางเป้าหมายให้ถูกชนิดของแรงจูงใจ ถูกคน และถูกเวลา

### อ้างอิง

Attanasio, Orazio P., Veruska Oppedisano, and Marcos Vera - Hernández. 2015. “Should Cash Transfers Be Conditional? Conditionality, Preventive Care, and Health Outcomes.” *American Economic Journal: Applied Economics* 7 (2): 35-52. doi:10.1257/app.20130126.

## กรณีศึกษาที่ 14

### ให้โอกาสเด็กเปราะบาง

#### โครงการเงินช่วยเหลือสังคมของเคนยา

(ต้นฉบับโดย Rachel Silverman)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ส่งเสริมสวัสดิภาพกายและใจแก่เด็กกำพร้าและเด็กเปราะบาง

**ยุทธวิธี:** โอนเงินช่วยเหลือทางสังคมไปยังผู้ดูแลเด็กกำพร้าและเด็กเปราะบาง

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** สามารถยืดเวลาการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกออกไป ลดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับชายหลายคน และลดการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรในกลุ่มเด็กหญิง ปรับปรุงสภาพจิตใจให้ดีขึ้นในกลุ่มเด็กชาย

**ปัจจัยสำเร็จ:** การวางแผนเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ครัวเรือนยากจนที่มีเด็กเปราะบางได้รับสิทธิ ความจริงจังอย่างต่อเนื่องของรัฐบาล การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้ การยอมรับและการสนับสนุนจากชุมชน

**การเงินการคลัง:** มีการจัดสรรเงินจำนวน 85 ล้านดอลลาร์สหรัฐในระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2557

**ขนาดของโครงการ:** 240,000 ครัวเรือน และผู้มีสิทธิ 480,000 คน (ต้นปี พ.ศ. 2558)

ความตายของพ่อแม่ทำให้เด็กสูญเสียอนาคตได้ ช่วงต้นศตวรรษที่ 21 (ปีแรกของศตวรรษที่ 21 คือปี พ.ศ. 2543) เด็กเคนยาจำนวน 1.7 ล้านคนต้องสูญเสียพ่อแม่หรือแม่เลี้ยงเดี่ยวเนื่องจากโรคเอดส์ หรือกำลังต่อสู้กับความเจ็บป่วยรุนแรงในครอบครัว<sup>1</sup> การขาดความรักและขาดการคุ้มครองจากพ่อแม่ในวัยที่กำลังเจริญเติบโต และขาดการสนับสนุนทางการเงิน ทำให้เด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางต้องเผชิญความเสี่ยงทางกาย อารมณ์ และเศรษฐกิจ ได้แก่ ความหิว จิตป่วย การเรียนย่ำแย่ และการกลายเป็นมิจฉาชีพ<sup>2</sup> เด็กๆ ต้องเอาชีวิตรอดผ่านความยากจน ไร้ที่พึ่งพิง มีเพียงความรู้สึกสูญเสียอยู่ภายในใจ

องค์การยูนิเซฟได้กระตุ้นให้เคนยาทำประชาพิจารณ์เพื่อสวัสดิการสำหรับเด็กเปราะบางที่สุดของเคนยา ทำให้เกิดการประกาศเจตจำนงทางการเมืองเพื่อสนับสนุนโครงการคุ้มครองสังคมเริ่มจากในปี พ.ศ. 2547 ผู้ดูแลเด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางที่ยากจนจำนวน 500 คนได้รับเงินเดือนจำนวนเล็กน้อยเพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาและสุขภาพพื้นฐานของเด็ก โครงการนำร่องที่วางแผนอย่างรอบคอบและการประเมินผลที่เข้มงวดช่วยให้ผู้บริหารปรับปรุงโครงการและทดสอบผลกระทบของโครงการก่อนขยายสู่ระดับประเทศ จนถึงปี พ.ศ. 2557 เด็กกว่า 250,000 คนได้รับประโยชน์จากโครงการนี้ จึงมีแผนที่ขยายโครงการต่อไปอีก<sup>3</sup>

โครงการนี้ช่วยเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ได้รับสิทธิหลายคน ครอบครัวที่ได้รับเงินช่วยเหลือ เด็กๆ ได้รับโภชนาการดีขึ้น อัตราการเข้าเรียนในระดับมัธยมศึกษาที่สูงขึ้น ลดความยากจนลง และเพิ่มการมีบัตรประจำตัวประชาชน<sup>4</sup> แต่ผลลัพธ์ของโครงการต่อเด็กมีความแตกต่างกันตามเพศ กล่าวคือ เด็กหญิงสามารถเลื่อนการแต่งงานและการตั้งครรรภ์ออกไปได้ ในขณะที่เด็กชายมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้นและมีความหวังสำหรับอนาคต เงินช่วยเหลือนี้ยังมีส่วนสำคัญที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ เช่น ชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ลดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงของเด็กหญิง ส่งเสริมการเรียนต่อในชั้นมัธยมศึกษาและลดการขายบริการทางเพศเพราะความยากจน<sup>5</sup>

#### ความสูญเสียอันเนื่องมาจากพ่อแม่ตายเพราะโรคเอดส์

ก่อนที่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเรโทร (antiretroviral therapy: ART) จะแพร่หลายมาถึงแอฟริกาใต้สะฮารา การตรวจพบเชื้อเอชไอวีหมายถึงความตายก่อนวัยอันควรปี พ.ศ. 2546 มีภาวะขาดประมาณ 2.3 ล้านรายต่อปี ในภูมิภาคนี้<sup>6</sup> ทำให้เด็ก 12.3 ล้านคนเป็นกำพร้าเหลือพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว เด็กอีก 4.6 ล้านคนไม่เหลือทั้งพ่อและแม่ (จะเรียกว่าเด็กกำพร้า



สองเท่า)<sup>7</sup> อีกหลายล้านคนต้องสูญเสียวัยเด็กก่อนเวลาอันควรเพราะพ่อแม่ที่ป่วย ไม่สามารถอุ้มชูพวกเขาได้ จัดเป็นประเภทหนึ่งของ “เด็กเปราะบาง”

ความทุกข์ยากของเด็กเปราะบางนั้น โดยทั่วไปเริ่มตั้งแต่พ่อแม่ที่เป็นเสาหลักของครอบครัวไม่สามารถทำงานได้ รายได้ของครัวเรือนและความมั่นคงทางอาหารก็ลดลง อีกทั้งค่ารักษาพยาบาลก็พุ่งสูงขึ้นอย่างมาก ขณะที่มลพิษเกี่ยวกับเอชไอวีก็ทำให้เด็กถูกแยกตัวออกมาจากการสนับสนุนจากชุมชน เด็กน้อยจำนวนมากกลายเป็นผู้ดูแลพ่อแม่หรือออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ต้องออกจากโรงเรียนซึ่งเป็นการทำลายอนาคตของเด็ก<sup>8</sup>

ความเปราะบางโดยรวมทั้งด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม ทำให้เด็กๆ มีความเสี่ยงสูงมาก สภาพชีวิตของเด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางแตกต่างกันตามสภาพของแต่ละครัวเรือน แต่ละภาคและแต่ละประเทศ แต่งานวิจัยข้ามทวีปได้สะท้อนภาพที่เหมือนกันอยู่อย่างหนึ่ง คือ ความสิ้นหวังด้านสุขภาพและใจ เด็กๆ ต้องเผชิญความเครียด ความกังวล ความโกรธ หดหู่ซึมเศร้ามากกว่าเด็กที่มีพ่อแม่ เนื่องจากถูกละเมิดทั้งทางร่างกายและทางอารมณ์<sup>9</sup> ความทุกข์ทรมานผนวกกับความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ทำให้หญิงกำพร้าตัดสินใจขายบริการทางเพศมากกว่าหญิงที่มีพ่อแม่ถึง 3 เท่า<sup>10</sup> และเด็กกำพร้ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทางเพศแบบเสี่ยงๆ มากกว่าเด็กที่มีพ่อแม่ถึงเกือบ 2 เท่า เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวมถึงการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรด้วย<sup>11</sup>

### จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: พันธสัญญาของนักการเมืองในการสร้างตาข่ายแห่งความปลอดภัยให้เข้มแข็งขึ้น

ช่วงต้นของศตวรรษที่ 21 โครงการป้องกันเอชไอวีมีผลกระทบน้อยและ ART มีราคาแพงเกินไปสำหรับชาวเคนยา มีเด็กกำพร้าให้ดูแลเพิ่มขึ้นปีละหลายแสนคน อีกทั้งมีการระบาดของโรคเอดส์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้บริหารในระดับสากลกล่าว “สิ่งเลวร้ายที่สุดที่ยังมาไม่ถึง”<sup>12</sup>

เคนยามีกลไกภายในชุมชนที่จะดูแลเด็กๆ ในยามที่ต้องสูญเสียพ่อแม่หรือทุกข์ทรมานขั้นรุนแรงจากสาเหตุอื่น ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) เด็กกำพร้าชาวเคนยาร้อยละ 85 ต้องอาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายหรือคนอื่นๆ ในครอบครัวขยาย<sup>13</sup> เพื่อนและเพื่อนบ้านอาจเข้ามาช่วยเหลือบ้างยามจำเป็น

แต่การระบาดของ HIV แบบที่ไม่เคยมีมาก่อน โดยเฉพาะชุมชนที่ถูกโจมตีอย่างหนักหน่วงนั้น ได้สิ้นคลอนตาข่ายแห่งความปลอดภัย (safety net) ในชุมชนที่มีอยู่เดิม เด็กกำพร้าแออัดอยู่ในบ้านเลี้ยงดูเด็กที่มีอยู่น้อยแห่งดูแลโดยผู้ใหญ่วัยทำงานที่มีสุขภาพดีแต่มีจำนวนจำกัด ผู้ดูแลเด็กเหล่านี้ต้องต่อสู้กับมลพิษจากเอชไอวี ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร การดูแลสุขภาพ และค่าธรรมเนียมการศึกษา ปัญหาจะยิ่งพอกพูน ถ้าเด็กกำพร้าที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือว่าเด็กกำพร้าต้องอยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่ป่วยด้วยโรคเอดส์

ในช่วงเวลานั้น เจ้าหน้าที่ยูนิเซฟประจำเคนยาได้เผชิญความจริงโดยตรงว่า เด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางที่เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ แต่รัฐบาลก็ไม่ได้ดำเนินการใดๆ ยูนิเซฟจึงใช้โอกาสในการเลือกตั้งผู้แทนราษฎรในปลายปี พ.ศ. 2545 นั้นปลุกกระแสความตื่นตัวต่อภาวะวิกฤตนี้และกระตุ้นให้เกิดการสนับสนุนมาตรการต่างๆ ในการแก้ปัญหา โดยยูนิเซฟได้ดำเนินโครงการในช่วงใกล้เลือกตั้งรณรงค์เรียกร้องให้มีปฏิบัติการเพื่อเด็ก ด้วยการซื้อเวลาโฆษณาทั้งทางวิทยุและโทรทัศน์และติดโปสเตอร์ในที่สาธารณะทุกหนแห่งรวมถึงเรียกร้องการจัดการศึกษาฟรีและเพิ่มทรัพยากรในการคุ้มครองทางสังคมสำหรับเด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางโดยมีเป้าหมายที่ผู้สมัครรับเลือกตั้ง<sup>14</sup>

การรณรงค์ของยูนิเซฟส่งผลให้สมาชิกรัฐสภาที่มีพันธสัญญาอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร และเพื่อที่จะขยายวงการสนับสนุนของผู้สมัครนิโคลาส แอลิปุย (Nicholas Alipui) ผู้อำนวยการยูนิเซฟประจำประเทศเคนยา ได้ออกสื่อประจักษ์ผู้สมัครที่ไม่ได้สัญญาว่าจะให้การสนับสนุน “ไม่มีทางเลือกอื่น นี่คือการต่อสู้” แอลิปุยกล่าว “เราต้องการการสนับสนุนอย่างเป็นทางการต่อเด็กพวกนี้..เรื่องนี้เป็นวาระทางการเมืองเรื่องหนึ่งของคุณหรือไม่? ถ้าใช่ คุณพร้อมที่จะเปิดโอกาสให้เด็กเหล่านี้หรือไม่?”<sup>15</sup> ผลคือผู้สมัครเข้ารับเลือกตั้งเป็นผู้แทนรัฐสภากว่า 350 คน รวมถึงผู้ที่ได้รับเลือกจำนวน 100 คนและว่าที่ประธานาธิบดีมไว อี กีบากี (Mwai Kibaki) ลงนามรับคำเรียกร้องของยูนิเซฟ<sup>16</sup>

รัฐบาลใหม่ปฏิบัติตามสัญญาจริง โดยยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมการศึกษาของนักเรียนและเริ่มแผนขั้นต้นในการประเมินและนำร่องโครงการตามนโยบายคุ้มครองสังคมต่างๆ เด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจาก “ลูมูดี” - ซึ่งก็คือนายมูดี อะโวรี (Moody Awori) รองประธานาธิบดีผู้ควบตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย นักธุรกิจผู้เก่งกาจที่ผันตัวเองมาเป็นนักการเมืองยอดนิยม อะโวรีเป็นผู้รับผิดชอบหลักของรัฐบาลในด้านสวัสดิการเด็ก

และเป็นคนแรกที่เสนอให้ใช้แนวคิดการโอนเงินช่วยเหลือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ<sup>17</sup>

เจ้าหน้าที่รัฐอื่นๆ และผู้บริจาคที่แม้จะมีความระแวงแต่ก็ให้ความสนใจแนวคิดนี้ บ้างก็ว่า ผู้ที่รับเงินไปจะผลาญเงินที่จะลงทุนเพื่ออนาคตเด็ก แต่ก็มีคนค้านว่า โครงการเงินช่วยเหลือนี้ใช้วิธีการตรงไปตรงมาที่คุ้มทุน<sup>18</sup> แม้ว่าการโอนเงินสดโดยตรงนี้ ยังไม่เคยมีการทดสอบในเคนยามาก่อน แต่ก็มีความหมายมากมายในลาตินอเมริกาซึ่งให้ประโยชน์อย่างกว้างขวางทั้งในด้านการศึกษาและสาธารณสุข ทำยที่สุด ผู้มีส่วนได้เสียก็ตกลงให้มีโครงการเตรียมนำร่อง (pilot) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและผลกระทบที่สำคัญที่จะเกิดขึ้น<sup>19</sup>

ถึงสิ้นปี พ.ศ. 2547 ยูนิเซฟได้ช่วยรัฐบาลจัดทำโครงการนำร่องเล็กๆ ใน 3 อำเภอ มีเป้าหมายที่ 500 ครอบครัวที่ยากจนและต้องดูแลเด็กกำพร้าหรือเด็กเปราะบางไปด้วย เป็นครัวเรือนที่ยากจนที่ไม่สามารถหาเลี้ยงทุกคนได้ขายคาเดียวกันได้ ผลการประเมินชี้ว่า เงินช่วยเหลือเดือนละ 6.50 เหรียญสหรัฐนั้นใช้ได้ผล แม้ว่าเงินจะไม่เพียงพอต่อความจำเป็นทั้งหมด แต่ก็ช่วยให้ครอบครัวได้เข้าถึงอาหารที่จำเป็น อุปกรณ์การเรียน และสิ่งจำเป็นพื้นฐานอื่นๆ ครัวเรือนที่มีสิทธิภายใต้โครงการนี้ไม่ยอมขายสมบัติในบ้านเพื่อแลกกับเงิน ผู้บริหารระดับสูงของรัฐบาลหลายคนได้เข้าเยี่ยมครัวเรือนที่ได้รับเงินเพื่อเป็นการยืนยันผลการประเมินอย่างเป็นทางการ การได้พบเห็นด้วยตาของตนเองช่วยคลายความกังวลเกี่ยวกับการใช้เงินในทางที่ผิดได้และเกิดการตัดสินใจที่จะสนับสนุนการขยายโครงการต่อไป<sup>20</sup>

เมื่อได้พิสูจน์ว่ามีความเป็นไปได้และมีแนวโน้มที่ดี จึงมีการสนับสนุนเพิ่มเติมจากกรมเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ (Department for International Development: DFID) แห่งสหราชอาณาจักร และยูนิเซฟ ทำให้รัฐบาลเคนยาเพิ่มเงินช่วยเหลือเป็นประมาณ 20 เหรียญสหรัฐและขยายโครงการเป็นระยะที่ 2 ครอบคลุม 15,300 ครัวเรือนในปี พ.ศ. 2551<sup>21</sup> ผลของการประเมินแบบสุ่มในระยะที่ 2 แสดงความพึงพอใจทั้งในด้านสุขภาพและสวัสดิการของเด็ก ช่วยให้มีการบริจาคและสนับสนุนจากการเมืองอย่างต่อเนื่อง ในเวลาเดียวกัน เศรษฐกิจของประเทศก็ฟื้นเฟื่องตามมาด้วยการขึ้นภาษีรายได้ ทำให้รัฐบาลสามารถเพิ่มเงินสนับสนุนและขยายโครงการต่อไป การเงินโดยรวมจากรัฐบาล ธนาคารโลก DFID และยูนิเซฟ ครอบคลุมเด็ก 280,000 คนใน 134,000 ครัวเรือนต่อปี ในปี พ.ศ. 2555<sup>22</sup>

## ปฏิบัติการโครงการเงินช่วยเหลือ

โครงการเงินช่วยเหลือถือเป็นความพยายามในการประสานความร่วมมือระดับสูง จาก 12 กระทรวงกับองค์กรภาคีรัฐอื่นๆ ลักษณะการนำระดับสูงมาจากคณะกรรมการอำนวยการเพื่อเด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางแห่งชาติ สมาชิกประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากกระทรวงมหาดไทยและผู้แทนจากองค์กรนานาชาติ<sup>23</sup> ภายในกรมการให้บริการเด็ก มีการจัดตั้งหน่วยงานโครงการกลางเพื่อดูแลรับผิดชอบการปฏิบัติงานแบบวันต่อวัน ทั้งในอำเภอและระดับท้องถิ่น มีคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการสำหรับเด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางทำหน้าที่สนับสนุนการดำเนินงานตามเป้าหมายและติดตามผล<sup>24</sup>

ในระดับหมู่บ้าน มีผู้แทนชุมชนที่เป็นอาสาสมัครประจำท้องถิ่นทำหน้าที่สำคัญ บทบาทของพวกเขาได้มีลักษณะเป็นทางการและประสิทธิผลก็แตกต่างกันไป อาสาสมัครที่ดีที่สุดคือคนที่ทำงานเชิงรุกและเฝ้าหาความรู้ แม้จะด้วยความสามารถในการบริหารจัดการ อย่างไรก็ตาม ประชาสัมพันธ์โครงการ หรือการติดต่อกับระดับบน<sup>25</sup>

แม้ว่ารัฐบาลจะต้องการสนองความจำเป็นของเด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางให้ครอบคลุม แต่ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ทำให้ต้องมีการจัดลำดับความสำคัญในการใช้เงินทุน ผู้นำโครงการจึงต้องพัฒนากระบวนการที่มีเป้าหมายหลายระยะ เพื่อขึ้นทะเบียนครัวเรือนที่มีความจำเป็นมากที่สุดรวมถึงมีเด็กกำพร้าหรือเด็กเปราะบางด้วย<sup>26</sup>

ผู้บริหารเลือกอำเภอและพื้นที่เฉพาะแห่งและจัดลำดับความสำคัญตามความหนาแน่นของเด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางที่ยากจน จากนั้น สมาชิกของคณะกรรมการคัดเลือกประจำท้องถิ่นจะลงพื้นที่เพื่อค้นหาผู้มีสิทธิที่ยากจน ดูแลเด็กกำพร้าหรือเด็กเปราะบางอย่างน้อย 1 คน, และไม่ได้รับประโยชน์จากโครงการเงินช่วยเหลือหรือโครงการคุ้มครองทางสังคมทางอื่น เมื่อคัดเลือกแล้ว สมาชิกคณะกรรมการฯ จะลงเยี่ยมบ้านอีกครั้งอย่างเป็นทางการและยืนยันการมีสิทธิ จากนั้นก็จัดลำดับความสำคัญโดยครัวเรือนที่มีผู้ดูแลเป็นเด็กหรือผู้ชราจะได้รับความสำคัญเป็นลำดับแรก และอาจมีการขึ้นทะเบียนผู้ดูแล้วยทำงานเข้ามาช่วยเหลือถ้าเงินเหลือ ชุมชนท้องถิ่นจะรับรองการคัดเลือกรอบสุดท้ายในการประชุมของชุมชนที่เรียกว่า บาราซา (baraza)<sup>27</sup>

ทุก 2 เดือนจะมีการโอนเงินไปให้ผู้มีสิทธิคนละประมาณ 40 เหรียญสหรัฐ โดยเบิกที่ทำการไปรษณีย์ ทุกครัวเรือนได้รับเงินเท่ากันทั้งหมด ครอบครัวใหญ่ที่มีเด็กมากก็จะบรรเทาความเดือดร้อนได้น้อยกว่า<sup>28</sup>

ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2552 โครงการนี้ได้ทำการทดลองเพื่อดูผลของการกำหนดเงื่อนไข ผู้มีสิทธิกลุ่มหนึ่ง ได้รับเงินโดยไม่มีข้อผูกพันใดๆ ขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งต้องจัดให้เด็กได้รับวัคซีนครบและเข้าเรียนตามปกติ รวมทั้งเงื่อนไขอื่นๆ เพื่อรับเงินเต็มจำนวน ผลการประเมินพบว่า ผู้มีสิทธิไม่ค่อยเข้าใจเงื่อนไขและปฏิบัติตามได้น้อย พวกเขาส่วนหนึ่งหยุดรับเงื่อนไขระหว่างการขยายโครงการ<sup>29</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: ได้วัยรุ่นที่แข็งแรงและมีความสุขมากขึ้น

ต้นปี พ.ศ. 2558 ณ 240,000 ครอบครัวพร้อมเด็กประมาณ 480,000 คน ได้รับประโยชน์จากโครงการเงินช่วยเหลือ<sup>30</sup> ประโยชน์ของโครงการหลายประเด็นเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง มีการประเมินผลกระทบอย่างจริงจังและจัดทำเป็นเอกสาร (กล่อง 1). เงินช่วยเหลือทำให้การใช้จ่ายเงินในภาพรวมดีขึ้นอย่างไม่น่าประหลาดใจ เป็นผลให้ความยากจนลดลงร้อยละ 36 และ

เพิ่มค่าใช้จ่ายด้านอาหารและสุขภาพในระยะสั้น เงินช่วยเหลือนี้ยังทำให้เข้าถึงโภชนาการที่มีคุณค่าและหลากหลายมากขึ้นด้วย ผู้คนได้นม ปลา และเนื้อวัวมากขึ้น แม้ว่าน้ำหนักและส่วนสูงของเด็กๆ ที่ได้รับสิทธิได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตลอดช่วงเวลาที่ทำการศึกษา<sup>31</sup>

วัยรุ่นและผู้ใหญ่วัยรุ่น ได้รับประโยชน์จากโครงการเงินช่วยเหลือนี้ สี่ปีหลังจากเริ่มโครงการ กลุ่มผู้ได้รับสิทธิที่เติบโตเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่วัยรุ่นสามารถลดพฤติกรรมทางเพศครั้งแรกที่สุ่มเสี่ยงลงได้ร้อยละ 30 โดยลดลงได้กว่าร้อยละ 40 เฉพาะในประเทศหญิง, อีกทั้งสามารถลดพฤติกรรมของการมีคู่นอนหลายคนของหญิงวัยรุ่นหญิงได้ถึงร้อยละ 80 เรื่องนี้สำคัญเพราะเป็นต้นเหตุสำคัญของการระบาดของเอชไอวี ประการสุดท้าย ผู้ได้รับสิทธิเพศหญิงอายุ 12 - 24 ปี ตั้งครรภ์น้อยลงในช่วงที่มีการติดตาม ซึ่งเป็นผลมาจากการได้เข้าศึกษาต่อ<sup>32</sup>

ในกลุ่มเด็กชายนั้น เงินช่วยเหลือทำให้สภาพจิตและวิถีชีวิตดีขึ้น เด็กที่อาศัยอยู่กับผู้ดูแลที่ได้รับเงินช่วยเหลือโดยมีคะแนนโอกาสที่จะเป็น

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

ระหว่างการขยายโครงการระยะที่ 2 ซึ่งเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2550 ยูนิเซฟและ DFID ได้เลือก 28 พื้นที่ใน 7 อำเภอเพื่อเป็นพื้นที่ทดสอบ ครั้งหนึ่งจะได้รับเงินช่วยเหลือ อีกครั้งเป็นตัวควบคุม กลุ่มจัดการนโยบายออกซ์ฟอร์ด (Oxford Policy Management: OPM) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ปรึกษา ได้รับมอบหมายให้กำหนดกรอบวิธีและดำเนินการสำรวจติดตามเป็นระยะเวลา 2 ปี ทั้งพื้นที่ที่ได้รับเงินและพื้นที่ควบคุม วัดผลกระทบโดยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างพื้นที่ทดลองกับพื้นที่ควบคุม มีการใช้วิธีการที่เข้มงวดเพื่อขจัดค่าความแตกต่างใดๆ ในเชิงสถิติระหว่างสองกลุ่มพื้นที่ (จำนวนกลุ่มที่น้อย ทำให้ยังคงมีความแตกต่างโดยพื้นฐาน แม้จะใช้วิธีสุ่มก็ตาม)

เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัด จึงมีเพียงครัวเรือนจำนวนหนึ่งในพื้นที่ทดลองที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้มีสิทธิ การค้นหากลุ่มเปรียบเทียบในพื้นที่ควบคุมได้อย่างเหมาะสมเป็นเรื่องที่ทำหายจุดมุ่งหมายคือการค้นหากลุ่มควบคุมที่เหมาะสม ซึ่งหมายถึงครัวเรือนต่างๆ อาจขึ้นทะเบียนในโครงการถ้าโครงการรุกเข้าไปค้นหาในพื้นที่ควบคุม ทีมนักวิจัยพยายามจำลองกระบวนการ

คัดเลือกในพื้นที่ควบคุมและใช้เทคนิคทางสถิติแก้ไขความแตกต่างในระดับพื้นฐาน แต่เนื่องจากมีความแตกต่างกันในกระบวนการคัดเลือกเพื่อขึ้นทะเบียนเข้าโครงการ จึงมีความเสี่ยงที่ความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มที่ไม่ได้สังเกตเห็นจะทำให้เกิดความลำเอียงในการประมาณการผลกระทบได้

ส่วนนักวิจัยต้องแบกภาระในการเก็บข้อมูลและการสุ่มตัวอย่างตั้งแต่ระยะต้นเพื่อประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวสองปีต่อมา ในปี พ.ศ. 2554 ผู้สำรวจลงเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ในครัวเรือนที่ OPM เคยสำรวจและถามคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่สุ่มเสี่ยง สุขภาพจิต การตั้งครรรภ์ และแรงงานเด็ก<sup>36</sup> เมื่อถึงปี พ.ศ. 2558 ก็ปรากฏผลออกมา เป็นที่คาดหวังว่าจะมีรายงานผลกระทบในระยะยาวของโครงการในด้านการใช้วัคซีนแก่เด็ก การให้บริการสุขภาพ และการบริโภค นอกจากนี้ ธนาคารโลกยังได้สนับสนุนการประเมินผลระยะต่อไปของการขยายโครงการ ซึ่งมีการเก็บข้อมูลพื้นฐานไว้แล้วในปี พ.ศ. 2555 พร้อมกับวางแผนการติดตามในปีต่อๆ มา<sup>37</sup>

โรคซึมเศร้าลดลงร้อยละ 26 มีความหวังในอนาคตเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 แต่ประโยชน์ทางสุขภาพจิตนี้ยังไม่พบในกลุ่มผู้หญิง - ซึ่งจะได้มีการติดตามต่อไป<sup>33</sup>

การปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นเป็นเพียงหนึ่งในหลายเป้าหมายของโครงการ โครงการนี้เป็นโครงการคุ้มครองสังคมด้านสิทธิที่มุ่งสนับสนุนสิ่งจำเป็นพื้นฐานแก่กลุ่มคนเปราะบางและกลุ่มคนชายขอบ ผู้บริหารหวังว่าโครงการนี้จะช่วยรักษาเด็กเปราะบางไว้ในโรงเรียน ทะนุบำรุงฐานะทางกฎหมายของพวกเขาให้เข้มแข็ง และลดจำนวนแรงงานเด็ก นอกจากนี้โครงการยังออกแบบให้สามารถปรับปรุงความเป็นธรรม โดยโอนเงินไปยังเป้าหมายครัวเรือนยากจนในพื้นที่กันดารได้ด้วย จากการประเมินผลพบว่าเด็กๆ ในครัวเรือนที่ยากจนได้รับประโยชน์อย่างมากในด้านสุขภาพ การเข้าเรียน และลดโอกาสการเป็นแรงงานเด็ก<sup>34</sup>

ในมุมมองด้านเศรษฐศาสตร์จุลภาค การโอนเงินช่วยเหลือเป็นการลงทุนที่จำเป็นในระบบเศรษฐกิจท้องถิ่น ทำให้ครัวเรือนที่มีสิทธิได้ใช้จ่ายมากขึ้น ในการค้นหาประโยชน์ในเชิงปริมาณ นักวิจัยขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้พัฒนารูปแบบการประเมินผลกระทบในระดับจุลภาคของเงินช่วยเหลือโดยการคำนวณหาตัวคูณเศรษฐกิจ ซึ่งก็คือจำนวนตัวเลขที่เป็นตัวแทนผลรวมของประโยชน์ต่อชุมชนที่เป็นผลมาจากการอัดฉีดโดยเงินพิเศษในระยะแรก ในสองอำเภอที่มีการดำเนินงานตามโครงการของเคนยานั้น มีตัวคูณอยู่ระหว่าง 1.34 - 1.81. นั่นหมายถึงว่า ทุกๆ 1 ซิลลิงเคนยาที่โอนเงินลงไปยังท้องถิ่นเศรษฐกิจท้องถิ่นกระตือรือร้นระหว่าง 1.34 - 1.81 ซิลลิงเคนยา<sup>35</sup>

### ประโยชน์ที่ได้รับเกิดจากการลงทุนไปเท่าใด?

ในช่วงระยะนำร่องโครงการ (พ.ศ. 2549 - 2552) ได้ใช้เงินไปทั้งหมด 9.96 ล้านดอลลาร์สหรัฐทั่วทั้ง 7 อำเภอ โดยที่รัฐบาลจ่ายเงินตรงไปยัง 15,000 ครัวเรือนเป็นเงิน 4.90 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และจ่ายไปอีก 5.04 ล้านดอลลาร์สหรัฐในการริเริ่มโครงการ กระจายโครงการ, บริหารจัดการ รวมทั้งติดตามและประเมินผล นั่นหมายถึงมีการจ่ายราย 2 เดือนเป็นเงินทั้งหมด 6,160 ซิลลิงเคนยา ซึ่งประกอบด้วย จ่ายให้ครัวเรือน 3,040 ซิลลิงเคนยา บวกกับอีก 3,100 ซิลลิงเคนยาเป็นค่าบริการจัดการโครงการและค่าใช้จ่ายในการให้บริการ<sup>38</sup>

คาดว่าค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโครงการนี้ระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2559 อยู่ที่ประมาณ 126 ล้านดอลลาร์สหรัฐ<sup>39</sup> แต่ขนาด และค่าใช้จ่ายของโครงการสูงเกินกว่าที่คาดไว้ ในวงรอบปี งบประมาณระหว่าง พ.ศ. 2556 - 2557 รัฐบาลเคนยาจัดสรรเงินทั้งหมด 7.5 พันล้านซิลลิงเคนยา (85 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) แก่โครงการซึ่งครอบคลุมมากกว่า 310,000 ครัวเรือน

ของชาวเคนยา<sup>40</sup> ยอดเงินรวมทั้งรวมถึงเงินประมาณ 8 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จาก DFID บวกกับเงินสนับสนุนจากการกู้ยืมธนาคารโลกครั้งที่ 2 เพื่อขยายโครงการตามอายุความปลอดภัยของเคนยา (มูลค่ารวมทั้งหมดเท่ากับ 250 ล้านดอลลาร์สหรัฐในช่วง พ.ศ. 2556 - 2561)<sup>41</sup>

สมมูลค่าใช้จ่ายระหว่างเงินที่โอนไปกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง แสดงถึงประสิทธิภาพของโครงการ อัตราส่วนค่าใช้จ่ายต่อเงินโอนเป็นการเปรียบเทียบค่าบริหารจัดการโครงการกับมูลค่าเงินที่โอนจริง ซึ่งเป็นมาตรวัดโดยทั่วไปที่ใช้วัดประสิทธิภาพของการบริหารจัดการโครงการ ระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2552 อัตราส่วนค่าใช้จ่ายต่อเงินโอนเท่ากับ 0.34 หมายถึงมีค่าใช้จ่ายประมาณ 0.34 เหรียญสหรัฐในการโอนเงิน 1 เหรียญสหรัฐไปให้ผู้มีสิทธิ เปรียบเทียบแล้ว พอๆ กับอัตราส่วนค่าใช้จ่ายต่อเงินโอนของ Programa de Asignacion Familiar II ในประเทศฮอนดูรัส (คูรณที่ 17 ในเล่มนี้) แต่สูงกว่าโครงการ Oportunidades ของเม็กซิโก (บรรจุไว้ใน หลายด้านชีวิตรอด เล่มแรก)<sup>42</sup> โครงการของเม็กซิโกดังกล่าวซึ่งมีค่าอัตราส่วนค่าใช้จ่ายต่อเงินโอนเท่ากับ 0.11 และมีผู้ได้รับสิทธิหลายล้านคนนั้น ถือได้ว่าเป็นโครงการเงินช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในโลกโครงการหนึ่ง เชื่อได้ว่าในขณะที่โครงการของเคนยาขยายความครอบคลุมกว้างขวางขึ้นนั้น อัตราส่วนจะลดลงอีก

### กุญแจแห่งความสำเร็จ

โครงการเงินช่วยเหลือเป็นคำตอบที่ดีที่สุดสำหรับการรับมือกับวิกฤตเด็กกำพร้าและเด็กเปราะบางสาเหตุจากการระบาดของเอชไอวี. เคนยามีโครงสร้างการสนับสนุนเดิมอยู่แล้ว เพียงแค่ไม่สามารถรับมือกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและคาดการณ์ไม่ได้ของจำนวนเด็กกลุ่มดังกล่าว เงินช่วยเหลือในการเพิ่มรายได้ให้แก่ครัวเรือนที่ยากจนและมีเด็กเปราะบางต้องดูแล ทำให้ผู้ดูแลเด็กสามารถใช้จ่ายได้ในยามจำเป็นโดยที่เด็กยังคงอยู่ในครอบครัวที่คุ้นเคยภายในชุมชนของตนเองได้ การประเมินผลที่จริงจังช่วยยืนยันว่ารายได้เสริมที่ครัวเรือนได้เพิ่มมานี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ที่ช่วยทำให้มีการสนับสนุนจากการเมืองและผู้บริจาคอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินและทางด้านวิชาการ แต่โครงการนี้ก็ริเริ่มโดยหัวใจของชาวเคนยาแท้ๆ ในการวางกรอบแนวคิด พัฒนา และบริหารโดยผู้นำชาวเคนยา และมีกรขยายโครงการภายใต้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่รับประกันสิทธิในการได้รับหลักประกันทางสังคม.<sup>43</sup> โดยใช้วิธีการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นด้วยการสนับสนุนจากหลายส่วนจึงเกิดความยั่งยืนและขยายวงกว้างออกไปได้แม้ว่าจะมีความวุ่นวายทางการเมืองและการเปลี่ยนแปลงในระดับผู้นำประเทศ.

การยอมรับของชาวเคนยาเองก็มีส่วนช่วยในด้านการเงินการคลัง โดยรัฐบาลลงทุนไปมากกว่าร้อยละ 60 ของครัวเรือนทั้งหมดภายใต้โครงการระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 - 2557 ทำให้เศรษฐกิจดีขึ้นและรัฐสามารถเก็บภาษีรายได้เพิ่มขึ้นด้วย<sup>44</sup>

โครงการช่วยเหลือชาวเคนยานี้มีการบริหารจัดการทั้งในลักษณะจากบนลงล่างและจากล่างขึ้นบน ชุมชนที่ได้รับเงินประทับใจในการโอนและเชื่อว่าครอบครัวที่จำเป็นที่สุดกำลังได้รับประโยชน์<sup>45</sup> การประชุมชุมชน *Baraza* ช่วยทำให้เกิดความโปร่งใสและทำให้โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนแม้จะถูกกล่าวหาว่าเป็นส่วนตัวของผู้ได้รับเงินบ้าง

อย่างไรก็ตาม บางครั้งก็มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับตัวโครงการ ผู้มีสิทธิบางรายเข้าใจผิดว่า การเข้าสู่โครงการมีเงื่อนไขต่างๆ และมีช่วงเวลาของการสนับสนุน การสื่อสารภาคพื้นดินอาจไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากการจัดการของอาสาสมัครแต่ละคน อีกทั้ง ยังมีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยด้วย นั่นคือ คนในชุมชนรู้ทั้งรายชื่อผู้มีสิทธิและวันที่จะได้รับเงิน จึงทำให้ผู้มีสิทธิตกอยู่ในความเสี่ยงที่จะถูกขโมยหรือถูกรบกวนเมื่อได้รับเงินแล้ว<sup>46</sup>

แต่ในทางปฏิบัติเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้นเกิดขึ้นน้อยมาก ผู้ได้รับสิทธิส่วนใหญ่พอใจกับวิธีการกระจายเงิน บุรุษไปรษณีย์มีความสุภาพอ่อนน้อมและบริการดี มีรายงานการเกิดคอร์รัปชันหรือการเรียกเก็บเงินค่าบริการน้อยมาก<sup>47</sup> ต่อมา โครงการได้เปลี่ยนไปใช้ระบบโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของแต่ละคนและใช้บัตรสำหรับเบิกเงินจากตู้อัตโนมัติ ผู้ได้รับสิทธิจึงรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น<sup>48</sup>

กลไกการเลือกเป้าหมายก็ประสบความสำเร็จ การประเมินผลพบว่า ครัวเรือนที่ได้รับสิทธิร้อยละ 97 มีเด็กกำพร้าหรือเด็กเปราะบางอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 99 อยู่ใต้เส้นความยากจนของโครงการโดยเฉลี่ยแล้ว ครัวเรือนที่ได้รับสิทธิมีความยากจนมากกว่าครัวเรือนที่มีเด็กเปราะบางแต่ไม่มีสิทธิเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม การขยายโครงการครั้งแรกได้ละทิ้งผู้ที่ควรมีสิทธิไว้ข้างหลังไปอีกมาก นั่นคือมีเพียงประมาณ 1 ใน 4 ของครัวเรือนยากจนที่มีสิทธิที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเท่านั้น ถึงแม้ครัวเรือนที่ไม่ได้รับสิทธิจะมีฐานะดีกว่าแต่ก็ยังจัดว่ายากจน การขยายโครงการครั้งต่อไปจะทำให้ครัวเรือนที่ยากจนได้รับการขึ้นทะเบียนมากขึ้น โดยการกระจายเงินอย่างเป็นทางการยังคงเป็นเรื่องที่ต้องพัฒนาเร่งด่วน<sup>49</sup>

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

โครงการเงินช่วยเหลือได้รับความสำเร็จทั่วโลก มิได้มีแค่นั้นในลาตินอเมริกาเท่านั้น ยังประสบความสำเร็จในเอเชียและแอฟริกาได้หลาย

ด้วย โครงการเงินช่วยเหลือทางสังคมของเคนยาไม่เหมือนโครงการอื่น เพราะเกิดขึ้นจากวิกฤตการระบาดของเอชไอวีในประเทศรายได้น้อย และมุ่งเป้าไปที่กลุ่มเฉพาะที่เป็นคนยากจนที่ต้องดูแลเด็กกำพร้าหรือเด็กเปราะบาง เคนยาพิสูจน์ให้เห็นว่า แม้จะเป็นประเทศรายได้น้อย แต่ก็สามารถใช้มาตรการคุ้มครองสังคมได้ แม้จะมีอุปสรรคมากมาย ทั้งข้อจำกัดด้านงบประมาณ โครงสร้างพื้นฐานที่อ่อนแอ บริการสาธารณะที่มีน้อย และศักยภาพของรัฐบาล

ถึงแม้โครงการเงินช่วยเหลือจะไม่ได้บ่งบอกชัดเจนว่าออกแบบเพื่อปรับปรุงสุขภาพเด็ก แต่ก็ให้ประโยชน์ในภาพรวมอย่างกว้างขวาง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับสิทธิ เด็กที่มีความจำเป็นได้รับเงินช่วยเหลือ กินดีขึ้น ได้เข้าโรงเรียน และมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น แม้จะยังไม่เห็นผลของการรับวัคซีนและผลด้านโภชนาการในระยะสั้นก็ตาม ด้วยการทำให้เด็กชาวเคนยาผู้เปราะบางอยู่ในบ้านที่มีผู้ใหญ่ที่ไว้ใจได้ในชุมชนของตนเองโดยไม่ต้องอาศัยสถานรับเลี้ยงเด็กกำพร้า จึงได้ช่วยให้สามารถหลีกเลี่ยงผลด้านลบทั้งหลายของการดูแลแบบสถาบันที่แยกเดี่ยว ที่มีค่าใช้จ่ายสูงๆ เสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ, ต้องออกจากโรงเรียน ด้อยพัฒนาในด้านสติปัญญาและด้านอารมณ์<sup>50</sup>

การปรับปรุงสวัสดิการของเด็กส่งผลดีในด้านสาธารณสุข แต่การส่งเสริมด้านเศรษฐกิจกลับมีผลผลักดันเด็กหญิงให้มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศและตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้นซึ่งทำให้ต้องมีการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและงานอนามัยแม่และเด็ก ยิ่งไปกว่านั้น โครงการนี้ยังได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ช่วยลดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก<sup>51</sup> ผลจากบริบทอื่นๆ ได้ช่วยยืนยันว่า เงินช่วยเหลือมีผลในการปกป้องคุ้มครองกลุ่มเด็กเปราะบางได้ เช่น ความเสี่ยงในระยะสั้นของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเด็กหญิงในประเทศมาลาวีลดลงชัดเจนเมื่อเด็กหญิงและผู้ดูแลได้รับเงินรายเดือน<sup>52</sup>

ผลลัพธ์เหล่านี้ยังช่วยส่องแสงไปยังความสลับซับซ้อนระหว่างความเปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจกับความเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวีที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปกป้องคุ้มครองสังคมที่ไวต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังขยายวงกว้างมากขึ้น การพัฒนาโครงการปกป้องคุ้มครองสังคมที่ไวต่อการติดเชื้อเอชไอวีนี้ยังประยุกต์ใช้ได้กับโครงการที่ไม่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีเพื่อบรรเทาความเปราะบางให้กับครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี<sup>53</sup> โครงการแบบนี้กำลังเป็นที่นิยมในการนำไปใช้เป็นแนวทางเชิงนโยบายเกี่ยวกับเด็กกำพร้าและเด็กเปราะบาง ที่กำหนดโดยผู้สนับสนุนทุนรายใหญ่ๆ สำหรับโครงการด้านเอชไอวีรวมถึงแผนงาน

ฉุกเฉินของประธานาธิบดีเพื่อบรรเทาโรคเอดส์ (President's Emergency Plan for AIDS Relief: PEPFAR) และโครงการร่วมแห่งสหประชาชาติด้านเอชไอวี/เอดส์ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS)<sup>54</sup> ขณะที่โครงการเงินช่วยเหลือ

ยังคงดำเนินต่อไปในแอฟริกาใต้สะฮารา โครงการเงินช่วยเหลือของเคนยา ก็ได้เสนอรูปแบบการคุ้มครองสังคมที่มีเป้าหมายที่ดีและใช้เงินไม่มาก โดยมีรัฐบาลหนุนเสริมอย่างจริงจังและได้รับการสนับสนุนที่ดีจากผู้บริจาคด้วย

## อ้างอิง

- Atwine, Benjamin, Elizabeth Cantor - Graae, and Francis Bajunirwe. 2005. "Psychological Distress Among AIDS Orphans in Rural Uganda." *Social Science and Medicine* 61 (3): 555-64. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.018.
- Ayala Consulting Co. 2007. *Operational Manual Version 2.0: Cash Transfer Programme for Orphaned and Vulnerable Children (CT - OVC)*. Nairobi, Kenya: Office of the Vice President and Ministry of Home Affairs. http://info.worldbank.org/etools/docs/library/243199/Ayala\_OperationsManual.pdf.
- Baird, Sarah J., Richard S. Garfein, Craig T. McIntosh, and Berk Özler. 2012. "Effect of a Cash Transfer Programme for Schooling on Prevalence of HIV and Herpes Simplex Type 2 in Malawi: A Cluster Randomised Trial." *Lancet* 379 (9823): 1320-29. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61709-1.
- Better Care Network. 2015. "Effects of Institutional Care." Accessed November 16. http://www.bettercarenetwork.org/library/particular-threats-to-childrens-care-and-protection/effects-of-institutional-care.
- Cluver, Lucie, Frances Gardner, and Don Operario. 2007. "Psychological Distress amongst AIDS-Orphaned Children in Urban South Africa." *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(4):755-63. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01757.x.
- Cluver, Lucie, Mark Orkin, Mark Boyes, Frances Gardner, and Franziska Meinck. 2011. "Transactional Sex amongst AIDS-Orphaned and AIDS-Affected Adolescents Predicted by Abuse and Extreme Poverty." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 58 (3): 336-43. doi:10.1097/QAI.0b013e31822f0d82.
- Handa, Sudhanshu, Carolyn Tucker Halpern, Audrey Pettifor, and Harsha Thirumurthy. 2014. "The Government of Kenya's Cash Transfer Program Reduces the Risk of Sexual Debut among Young People Age 15-25." *PLoS ONE* 9(1): e85473. doi:10.1371/journal.pone.0085473.
- Handa, Sudhanshu, Carolyn Huang, Kelly Kilburn, Carolyn Halpern, Audrey Pettifor, Molly Rosenberg, Harsha Thirumurthy, Peter Otienoh, Wanjiku Gacuru, and Paul Okewa. 2012. *Impact of the Kenya CT - OVC on the Transition to Adulthood*. Chapel Hill: University of North Carolina at Chapel Hill, Carolina Population Center.
- Ikiara, Gerrishon K. 2009. *Political Economy of Cash Transfers in Kenya*. London: Overseas Development Institute. http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/5749.pdf.
- Institute of Economic Affairs. 2013. *Budget 2013/14: The Onset of the Developed Government and the Hurdles Ahead*, edited by Otiato Guguyu, Oscar Ochieng', and Audi C. Zilper. Nairobi, Kenya: Institute of Economic Affairs. http://www.ieakenya.or.ke/publications/doc\_download/277-budget-guide-2013-14.
- Makame, V., C. Ani, and S. Grantham - McGregor. 2007. "Psychological Well-Being of Orphans in Dar es Salaam, Tanzania." *Acta Paediatrica* 91(4):459-65. doi:10.1111/j.1651-2227.2002.tb01671.x.
- McCoy, Sandra I., Rugare A. Kangwende, and Nancy S. Padian. 2010. "Behavior Change Intervention to Prevent HIV Infection among Women Living in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review." *AIDS and Behavior* 14 (3): 469-82.
- Ministry of Labour, Social Security and Services. n.d. *Achievements under the Jubilee Government*. Nairobi, Kenya: Ministry of Labour, Social Security and Services. http://www.labour.go.ke/downloads/MOLSSS%20AchievementsF.pdf.
- Office of the Vice - President and Ministry of Home Affairs. 2005. *National Policy on Orphans and Vulnerable Children*. Draft. Vol. 3. Nairobi, Kenya: Office of the Vice - President and Ministry of Home Affairs.
- Operario, Don, Kristen Underhill, Carolyn Chuong, and Lucie Cluver. 2011. "HIV Infection and Sexual Risk Behaviour among Youth Who Have Experienced Orphanhood: Systematic Review and Meta - Analysis." *Journal of the International AIDS Society* 14: 25. doi:http://dx.doi.org/10.1186%2F1758-2652-14-25.
- Pearson, Roger, and Carlos Alviar. 2009. *Cash Transfers for Vulnerable Children in Kenya: From Political Choice to Scale - Up*. New York: United Nations Children's Fund. http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Postscript\_For-matted\_PPCL\_cash\_transfers\_in\_Kenya\_Final\_Dec\_15.pdf.
- . n.d. *The Evolution of the Government of Kenya Cash Transfer Programme for Vulnerable Children between 2002 to 2006 and Prospects for Nationwide Scale - Up*. New York: United Nations Children's Fund. http://www.unicef.org/infobycountry/files/The\_Evolution\_of\_the\_Government\_of\_Kenya\_Cash\_Transfer\_Programme\_for\_Vulnerable\_Children.pdf.
- PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief). 2012. *Guidance for Orphans and Vulnerable Children Programming*. Washington, DC: PEPFAR. http://www.pepfar.gov/documents/organization/195702.pdf.

## อ้างอิง (ต่อ)

- Republic of Kenya. 2010. *The Constitution of Kenya*. Nairobi, Kenya: National Council for Law Reporting. <http://kenyaembassy.com/pdfs/The%20Constitution%20of%20Kenya.pdf>.
- Salmon, Katy. 2002. "HEALTH: Kenya's 1.2m AIDS Orphans at the Centre of the 2002 Election Agenda." Inter Press Service, November 27. <http://www.ipsnews.net/2002/11/health-kenyas-12m-aids-orphans-at-the-centre-of-the-2002-election-agenda/>.
- Taylor, Edward, Justin Kagin, Mateusz Filipinski, and Karen Thome. 2013. *Evaluating General Equilibrium Impacts of Kenya's Cash Transfer Programme for Orphans and Vulnerable Children (CT-OVC)*. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations. [http://www.fao.org/fileadmin/user\\_upload/p2p/Publications/Kenya\\_LEWIE\\_2013.pdf](http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/p2p/Publications/Kenya_LEWIE_2013.pdf).
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2010a. *UNAIDS Expanded Business Case: Enhancing Social Protection*. UNAIDS/JC1879E. Geneva: UNAIDS. [http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/jc1879\\_social\\_protection\\_business\\_case\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2010/jc1879_social_protection_business_case_en.pdf).
- . 2010b. *We Can Enhance Social Protection for People Affected by HIV*. Geneva: UNAIDS. [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101031\\_JC1967\\_Social-Protection\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101031_JC1967_Social-Protection_en.pdf).
- . 2011. *HIV and Social Protection Guidance Note*. Geneva: UNAIDS. <http://www.unicef-irc.org/files/documents/d-3827-HIV-and-Social-Protection.pdf>.
- UNAIDS, United Nations Children's Fund (UNICEF), and United States Agency for International Development (USAID). 2004. *Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: UNAIDS, UNICEF, and USAID.
- UNAIDS and WHO (World Health Organization). 2003. *AIDS Epidemic Update*. UNAIDS/03.39E. Geneva: UNAIDS. [http://data.unaids.org/pub/Report/2003/2003\\_epiupdate\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2003/2003_epiupdate_en.pdf).
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2003. *Africa's Orphaned Generation*. New York: UNICEF. [http://www.unicef.org/sowc06/pdfs/africas\\_orphans.pdf](http://www.unicef.org/sowc06/pdfs/africas_orphans.pdf).
- . 2014. *UNICEF Annual Report 2013—Kenya*. New York: UNICEF. [http://www.unicef.org/about/annualreport/files/Kenya\\_COAR\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/about/annualreport/files/Kenya_COAR_2013.pdf).
- Ward, Patrick, Alex Hurrell, Aly Visram, Nils Riemenschneider, Luca Pellerano, Clare O'Brien, Ian MacAuslan, and Jack Willis. 2010. *Cash Transfer Programme for Orphans and Vulnerable Children (CT-OVC), Kenya: Operational and Impact Evaluation, 2007-2009*. Final Report. Oxford, UK: Oxford Policy Management. [http://www.unicef.org/evaluation/files/OPM\\_CT-OVC\\_evaluation\\_report\\_july2010-final\\_Kenya\\_2010-019.pdf](http://www.unicef.org/evaluation/files/OPM_CT-OVC_evaluation_report_july2010-final_Kenya_2010-019.pdf).
- World Bank. 2014. "Implementation Status and Results Kenya: Kenya Cash Transfer for Orphans and Vulnerable Children." ISR13091. [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/AFR/2014/01/17/090224b0821ee7a1/1\\_0/Rendered/INDEX/Kenya000Kenya00Report000Sequence010.txt](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/AFR/2014/01/17/090224b0821ee7a1/1_0/Rendered/INDEX/Kenya000Kenya00Report000Sequence010.txt).
- . 2015. "Projects: National Safety Net Program for Results." Accessed October 28. <http://www.worldbank.org/projects/P131305/national-integrated-safety-netprogram?lang=en>.
- . 2016. "Kenya Cash Transfer for Orphans and Vulnerable Children." Accessed February 5. <http://www.worldbank.org/projects/P111545/kenya-cash-transferorphans-vulnerable-children?lang=en>.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. UNAIDS, UNICEF, and USAID (2004).
2. Office of the Vice - President and Ministry of Home Affairs (2005).
3. Ministry of Labour, Social Security and Services (n.d.).
4. Ward et al. (2010).
5. Handa et al. (2014).
6. UNAIDS and WHO (2003).
7. UNAIDS, UNICEF, and USAID (2004).
8. UNICEF (2003).
9. Makame, Ani, and Grantham - McGregor (2007); Atwine, Cantor - Graae, and Bajunirwe (2005); Cluver, Gardner, and Operario (2007).
10. Cluver et al. (2011).
11. Operario et al. (2011).
12. UNICEF (2003, 10).
13. UNICEF (2003).
14. Salmon (2002).
15. Salmon (2002).
16. Pearson and Alviar (2009).
17. Ikiara 2009; Pearson and Alviar (2009).
18. Pearson and Alviar (n.d.).
19. Pearson and Alviar (2009).
20. Pearson and Alviar (2009).
21. Ward et al. (2010).
22. Handa et al. (2014).
23. Pearson and Alviar (2009).
24. Ayala Consulting Co. (2007, 9-11).
25. Ward et al. (2010).
26. Ayala Consulting Co. (2007).
27. Ward et al. (2010).
28. Ward et al. (2010).
29. Ward et al. (2010).
30. World Bank (2016).
31. Ward et al. (2010).
32. Handa et al. (2014).
33. Handa et al. (2012).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)

34. Ward et al. (2010).
35. Taylor et al. (2013).
36. Handa et al. (2012); Handa et al. (2014).
37. Joanne Bosworth, personal communication with the author, June 19, 2014.
38. Ward et al. (2010). The average transfer amount is higher than the standard KES3,000 payment because households in Garissa received supplementary payments each cycle to cover their additional transport costs.
39. World Bank (2016).
40. Institute of Economic Affairs (2013, 2).
41. UNICEF (2014); World Bank (2015).
42. Ward et al. (2010).
43. Republic of Kenya (2010, 43(1)(e)).
44. World Bank (2014).
45. Ward et al. (2010).
46. Ward et al. (2010).
47. Ward et al. (2010).
48. World Bank (2014).
49. Ward et al. (2010).
50. Better Care Network (2015).
51. McCoy, Kangwende, and Padian (2010).
52. Baird et al. (2012).
53. UNAIDS (2010a)
54. PEPFAR (2012); UNAIDS (2010b, 2011).



## กรณีศึกษาที่ 15

### การปกป้องคุ้มครองวัยเด็ก

#### โครงการเงินเดือนนักเรียนหญิงแห่งแคว้นปัญจาบ

(ต้นฉบับโดย Miriam Temin)

##### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ลดช่องว่างทางเพศในการเข้าโรงเรียน และเพิ่มจำนวนนักเรียนหญิงที่เรียนจบในระดับมัธยมศึกษาเป็นอย่างน้อย<sup>1</sup>

**ยุทธวิธี:** จ่ายเงินให้เด็กนักเรียนหญิงระดับ 6 - 10 ประมาณ 10 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อ 3 เดือน

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** ยี่ดออายุการแต่งงาน 1.2 - 1.5 ปี ลดภาวะเจริญพันธุ์รวมได้ 0.4 คน

**ปัจจัยสำเร็จ:** การวางเป้าหมายโดยให้เงินจูงใจ การให้สิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวางภายในจังหวัดเป้าหมาย (โดยไม่ต้องตรวจสอบ) รัฐบาลมีพันธสัญญาที่จะปฏิรูปการศึกษา กระแสความต้องการทางการศึกษาของเด็กหญิงเพิ่มสูงขึ้น

**การเงินการคลัง:** ค่าใช้จ่าย 17.4 ล้านดอลลาร์สหรัฐเป็นเงินเดือนให้นักเรียนหญิง 380,000 คนระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2555

**ขนาดของโครงการ:** นักเรียนหญิง 393,000 คน (ปี พ.ศ. 2557)

แคว้นปัญจาบอยู่ทางตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศปากีสถาน เป็นแคว้นที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุด เมื่อไม่นานมานี้ เด็กหญิงเกือบครึ่งหนึ่งในบางจังหวัดถูกปฏิเสธสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานในด้านการศึกษา<sup>2</sup> ต่อมาเรื่องนี้เป็นที่รับรู้ในระดับนานาชาติในปี พ.ศ. 2555 เมื่อกลุ่มตาลีบันได้พยายามคว่ำชีวิตเด็กหญิงนักเคลื่อนไหวอย่างมะลาละ ยูซัฟซัย (Malala Yousafzai) วัย 13 ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2557 ได้รับรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพสำหรับการต่อสู้อย่างกล้าหาญท่ามกลางอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิต<sup>3</sup>

เด็กหญิงหลายคนต้องช่วยครอบครัวดูแลเด็กเล็กและทำงานบ้านต่างๆ แทนที่จะได้ไปโรงเรียน และเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ครอบครัวและชุมชนก็เห็นว่าเธอพร้อมแต่งงาน<sup>4</sup> ไม่ช้าก็มีการประท้วงที่ตามมา หญิงวัยเบญจเพสมากกว่าร้อยละ 40 ได้ผ่านการคลอดบุตรก่อนอายุ 19 ปี การตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรมีความเสี่ยงต่อมารดาพอๆ กับเด็กหญิงปากีสถานอายุต่ำกว่า 20 ปี เสียชีวิตจากการคลอดบุตร 259 รายต่อทุกๆ แสนรายของการเกิด การตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรยังขยายช่วงเวลาแห่งการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์สูงขึ้นส่งผลให้จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นด้วย

ในปี พ.ศ. 2546 รัฐบาลแห่งแคว้นปัญจาบได้ริเริ่มโครงการเงินเดือนเด็กนักเรียนหญิง (Female School Stipend Program: FSSP) ภายใต้โครงการใหญ่ คือโครงการปฏิรูปการศึกษาที่สนับสนุนโดยธนาคารโลกและองค์กรต่างๆ เพื่อลดช่องว่างทางเพศ (gender gap) ในโรงเรียน โครงการนี้จัดเงินจำนวนหนึ่งให้ครอบครัวที่มีเด็กหญิงกำลังเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษา และประสบความสำเร็จ โดยการทำให้เด็กหญิงได้รับการศึกษาในระดับมัธยมฯ มากกว่าเด็กหญิงที่ไม่ได้อยู่ในโครงการ

การศึกษาคือวัคซีนทางสังคมที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีหลายการศึกษาที่พบว่า การได้เข้าเรียนในโรงเรียนของเด็กหญิงมีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการติดเชื้อเอชไอวี<sup>5</sup> โครงการ FSSP ของปัญจาบแสดงให้เห็นว่า การเข้าโรงเรียนของเด็กหญิงช่วยป้องกันการแต่งงานในวัยเด็กและการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร โครงการนี้ยังช่วยคุ้มครองสุขภาพอนามัยวัยเจริญพันธุ์ด้วย โดยการเสนอเงินจูงใจเพื่อการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและโอนไปยังครอบครัวที่มีเด็กหญิงที่กำลังเรียน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงโรงเรียน ช่วยให้เด็กหญิงชะลอการแต่งงานโดยผ่านเส้นทางการยอมรับของสังคมด้วย ประสบการณ์ของปัญจาบแสดงให้เห็นว่า การศึกษาของเด็กหญิงเป็นการลงทุนทางสุขภาพที่ดีเยี่ยม

## ความสูญเสียจากการที่เด็กออกจากโรงเรียน

ในปี พ.ศ. 2546 เด็กส่วนใหญ่ในปากีสถานต้องเผชิญกับความสิ้นหวังทางการศึกษา ประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กวัยประถมศึกษาไม่ได้เข้าโรงเรียนครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ได้เข้าโรงเรียนต้องลาออกกลางคัน ก่อนที่จะจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 5<sup>9</sup> แม้ว่าจะมีความพยายามแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางเพศในโรงเรียนมายาวนาน เด็กหญิงก็ยังไม่ได้รับความเป็นธรรม ในปี พ.ศ. 2550 ผลของการแบ่งแยกทางเพศ ทำให้ร้อยละ 65 ของผู้หญิงปากีสถานไม่เคยเข้าห้องเรียน<sup>7</sup>

แม้แคว้นปัญจาบจะได้ชื่อว่าเป็นแคว้นที่มีอัตราการเข้าโรงเรียนสูงที่สุดในประเทศและมีช่องว่างทางเพศในการเข้าเรียนน้อยที่สุด<sup>9</sup> แต่ในปี พ.ศ. 2549 ผู้หญิงในแคว้นปัญจาบเกือบร้อยละ 60 ไม่เคยไปโรงเรียน<sup>9</sup> ความไม่เป็นธรรมนี้มีมากขึ้นในระดับที่สูงกว่าประถมศึกษา เด็กหญิงได้ศึกษาต่อในระดับมัธยมศึกษาต่ำกว่าเด็กชาย<sup>10</sup>

อัตราการเข้าโรงเรียนต่ำของเด็กหญิงเกิดควบคู่ไปกับอัตราการแต่งงานในวัยเด็กที่สูง กลางทศวรรษแรกของศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2544 - 2643) หญิงสาวปากีสถานโดยเฉลี่ยที่ไม่มีการศึกษาแต่งงานเร็วกว่าหญิงที่จบชั้นมัธยม 7 ปี, กว่า 1 ใน 3 แต่งงานตอนอายุ 18 ปี<sup>11</sup>

การแต่งงานในวัยเด็กเกิดขึ้นจนเป็นเรื่องธรรมดาไปทั่วโลก ในปากีสถานก็ไม่ต่างจากที่อื่น จากข้อมูลของยูนิเซฟและกลุ่มเคลื่อนไหวที่ชื่อ “เด็กหญิงมิใช่เจ้าสาว” (Girls Not Brides) ระบุว่าเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวนประมาณ 15 ล้านคนแต่งงานในทุกๆ ปี<sup>12</sup> บางคนถูกบังคับให้แต่งงานจำนวนไม่น้อยแต่งงานด้วยความยินยอมอยู่ภายใต้มาตรฐานสังคมที่ไม่เป็นธรรม เจ้าสาววัยเด็กหลายคนอาศัยอยู่ในสภาพที่จำกัด และต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจที่หนักหน่วง พวกเขาถูกจำกัดพื้นที่และมีอิสรภาพน้อย ถูกตัดขาดจากเพื่อนและญาติพี่น้อง ถูกทิ้งให้โดดเดี่ยว ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เพิ่มความเสี่ยงที่จะต้องเผชิญกับความรุนแรงทางเพศ และถูกจำกัดโอกาสทางด้านเศรษฐกิจและการศึกษา<sup>13</sup> ไม่มีโอกาสที่เพิ่มพูนความรู้และทักษะติดกับดักความยากจนและถ่ายทอดความด้อยโอกาสสู่ลูกๆ โดยเฉพาะลูกสาว

เจ้าสาววัยเยาว์ก็จะกลายเป็นแม่วัยเยาว์ ช่วงกลางทศวรรษที่ผ่านมาในปากีสถาน หญิงอายุ 19 ปี เกือบ 1 ใน 4 เคยผ่านการคลอดลูกหญิงที่อายุน้อยกว่านี้กำลังชะลอการตั้งครรภ์ให้ผ่านพ้นช่วงวัยรุ่น แต่การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรก็ยังทำให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประเทศสูงขึ้น<sup>14</sup> ในปี พ.ศ. 2546 อัตราการเจริญพันธุ์ระดับประเทศเท่ากับ 3.3 การคลอดต่อผู้หญิง 1 คน ซึ่งเป็นที่ 2 ของภูมิภาคนี้ รองจากอัฟกานิสถาน<sup>15</sup>

การแต่งงานในวัยเด็กและการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรล้วนมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การตายของมารดาขณะตั้งครรภ์จากภาวะแทรกซ้อนเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆ ของเด็กหญิงอายุ 15 - 19 ปี และเด็กที่ตั้งครรภ์ในวัยนี้จะมีความเสี่ยงต่อการตายมากกว่าหญิงอายุ 20 - 24 ปี ประมาณร้อยละ 30<sup>16</sup> ทารกของแม่วัยรุ่นก็เสี่ยงตายเพิ่มขึ้นรวมทั้งอาจมีสุขภาพในระยะเวลา ตัวอย่างเช่น การศึกษาในประเทศอุกันดาแสดงให้เห็นว่า ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นได้รับวัคซีนน้อยกว่าทารกที่เกิดจากแม่ที่อายุมากกว่า<sup>17</sup>

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: ปัญญาปฏิบัติการศึกษาเพื่อแก้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเพศ

ปัญญาได้พยายามมานานที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการศึกษา เพื่อให้ปากีสถานเป็นปึกแผ่นเดียวกัน ในทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) และทศวรรษต่อมา มีโครงการปฏิบัติการทางสังคมระดับชาติหลายโครงการที่มุ่งปรับปรุงบริการทางสังคมแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย<sup>18</sup> ช่วงเวลาเดียวกันนั้น รัฐบาลรับรู้เรื่องช่องว่างในการศึกษาของเด็กหญิง ที่รวมถึงระดับมัธยม (ระดับ 6 - 8) ด้วย นโยบายการศึกษาแห่งชาติปี พ.ศ. 2541 - 2553 กล่าวถึงปัญหาความไม่เป็นธรรมทางเพศและอุปสรรคของเด็กหญิงในการเข้าโรงเรียนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในปี พ.ศ. 2535 ธนาคารโลกได้จัดสรรทุน ภายใต้โครงการโรงเรียนมัธยมแห่งแคว้นปัญจาบ เพื่อสนับสนุนโรงเรียนมัธยมของรัฐในแคว้น ที่รวมถึงการให้ทุนการศึกษาแก่เด็กหญิงและการจ้างครูสตรีเพิ่ม<sup>19</sup> ถึงแม้ว่าจะมีปฏิบัติการเหล่านี้ แต่ผลการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าโรงเรียนของเด็กหญิงในปี พ.ศ. 2554 พบว่า รัฐบาลกลางไม่ได้ใส่ใจอย่างเต็มที่ต่อการพัฒนาการศึกษาของเด็กหญิง และไม่ได้สนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอด้วย<sup>20</sup>

ปัญญามีความเป็นธรรมในการเข้าโรงเรียนของเพศหญิงมากที่สุด ในปากีสถาน อย่างไรก็ตาม รัฐบาลประจำแคว้นก็ยังเห็นว่า ยังคงมีช่องว่างทางเพศและปัญหาอื่นๆ อยู่ในการศึกษา ทรัพยากรที่ไม่เพียงพอภาพรวมของโรงเรียนที่ยังอ่อนแอ ปัญหาการบริหารจัดการ และปัญหาต่างๆ ในด้านการศึกษาทั้งคุณภาพ การเข้าถึง และธรรมาภิบาลของระบบ<sup>21</sup> ในช่วงต้นของศตวรรษนี้ (พ.ศ. 2544 - 2643) รัฐบาลได้พยายามกระจายอำนาจทางด้านบริการทางสังคมรวมถึงการศึกษาไปยังแคว้นต่างๆ รัฐบาลประจำแคว้นจึงกลายเป็นผู้รับผิดชอบในการแก้ปัญหาเหล่านี้

ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้รัฐบาลแห่งแคว้นปัญจาบต้องเริ่มปฏิบัติการ คือ การที่รัฐบาลได้ประกาศภารกิจใหม่ ที่เกิดขึ้นจากหลักฐานที่มี

ว่าโรงเรียนมัธยมยังขาดแคลนทั้งปริมาณและคุณภาพในพื้นที่ชนบททำให้ความไม่เป็นธรรมทางเพศมีมากขึ้น และข้อเสนอแนะจากการประเมินในทศวรรษที่ 1990<sup>22</sup> โดยความร่วมมือกับธนาคารโลกซึ่งเป็นผู้สนับสนุนรายใหญ่นั้น รัฐบาลกลางได้ออกแบบชุดปฏิรูปเพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ ซึ่งรวมถึง “การปรับปรุงการเข้าถึงบริการสำหรับทุกคนและสร้างความเป็นธรรมให้กับเด็กหญิงและเด็กชายด้วย”<sup>23</sup> รัฐบาลแห่งแคว้นปัญจาบตัดสินใจมุ่งเป้าไปที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาสอย่างชัดเจน นั่นคือ เด็กหญิงที่มีอัตราการรู้หนังสือต่ำที่สุด<sup>24</sup>

รัฐบาลกลางเน้นเป้าหมายที่เด็กหญิงอายุที่ผ่านชั้นประถมมาแล้ว ด้วยหลายเหตุผล เด็กหญิงที่อายุน้อยกว่ามีระดับของการเข้าเรียนสูงอยู่แล้ว แต่อัตราการออกจากโรงเรียนจะเริ่มสูงอย่างชัดเจนเมื่อเด็กหญิงอายุได้ 14 ปี<sup>25</sup> ในช่วงอายุที่จะเข้าเรียนชั้นมัธยมเด็กหญิงมักต้องอยู่บ้าน เพราะพ่อแม่อยากให้ช่วยงานบ้านหรือไม่ก็ให้แต่งงาน การสำรวจข้อมูลพื้นฐานพบว่า เด็กหญิงเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นที่ได้เข้าเรียนชั้นมัธยม เทียบกับร้อยละ 24 ในกลุ่มเด็กชาย<sup>26</sup> การเน้นที่เด็กโดยยังสมเหตุผลเพราะหลายการศึกษาพบว่าเด็กหญิงต้องเข้าเรียนในโรงเรียนมากกว่า 8 ปี จึงจะเก็บเกี่ยวผลประโยชน์ในด้านสุขภาพและในด้านอื่นๆ ได้<sup>27</sup> เมื่อเด็กหญิงได้เข้าเรียนในชั้นมัธยม พวกเธอก็จะหลุดพ้นจากงานบ้าน การแต่งงาน และการสืบสกุลได้มากกว่าเด็กที่ได้เรียนน้อยกว่า

ปัจจัยอื่นที่ทำให้เด็กหญิงอายุมากออกจากโรงเรียนก็คือระยะทางจากบ้านถึงโรงเรียน ในแคว้นปัญจาบนั้น โรงเรียนที่สูงกว่าชั้นประถมมีน้อย ทำให้วัยรุ่นต้องเดินทางไกลเพื่อไปเรียน แต่เมื่อมาตรวจทางสังคมจำกัดพื้นที่ของเด็กหญิง ระยะทางจึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าเรียน การจำกัดอิสรภาพในการเคลื่อนที่ของเด็กหญิงเป็นเรื่องปกติของมุสลิมในบางพื้นที่ ระเบียบปฏิบัติเช่นนี้มีอิทธิพลมาจาก *pardah* ซึ่งเป็นการแยกผู้หญิงไม่ให้ผู้ชายได้พบเห็น งานวิจัยในปากีสถานยืนยันว่า ระยะทางไปโรงเรียนผนวกกับความสะดวกในการขนส่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ครอบครัวมักจะจำกัดพื้นที่ของพวกเขา<sup>28</sup>

เจ้าหน้าที่ด้านการศึกษาระดับแคว้นและธนาคารโลกได้ร่วมกันคิดค้นหาวิธีต่างๆ เพื่อช่วยลดช่องว่างทางเพศ วิธีการหนึ่งคือ จัดรถบัสรับส่ง<sup>29</sup> และให้เงินช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอเพื่อจูงใจให้ไปโรงเรียน

เงินเดือนซึ่งเป็นเงินช่วยเหลืออย่างมีเงื่อนไข มีข้อมูลว่า ใช้ได้ผลอย่างมาก<sup>30</sup> ในประเทศเพื่อนบ้านอย่างบังคลาเทศ โครงการเงินเดือนนักเรียนหญิงเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 สามารถเพิ่มการเข้าเรียนของเด็กหญิงได้ทั้งโรงเรียนรัฐและโรงเรียนเอกชน ลดการเจริญพันธุ์ และป้องกันการแต่งงานในวัยเด็ก หลักฐานในปี พ.ศ. 2545 ชี้ว่า

อายุของการแต่งงานเริ่มเคลื่อนไปสู่ทิศทางที่ถูกต้อง<sup>31</sup> เจ้าหน้าที่รัฐของแคว้นปัญจาบ นำเอาประสบการณ์ของบังคลาเทศมาพัฒนา<sup>32</sup>

โครงการ FSSP ของปัญจาบเป็นเพียง 1 โครงการย่อยภายใต้โครงการใหญ่ชื่อ โครงการปฏิรูปภาคการศึกษาแห่งแคว้นปัญจาบ (Punjab Education Sector Reform Program: PESRP)<sup>33</sup> จุดมุ่งหมายของ PESRP คือเพื่อปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน คุณภาพ ศักยภาพ ข้อผิดพลาดที่ผ่านมา และความเป็นธรรมทางเพศ<sup>34</sup> การปรับปรุงภาคการศึกษาให้กว้างขวางขึ้น ช่วยเพิ่มคุณค่าของการเข้าเรียนของเด็กหญิงทำให้พวกเธอเรียนสูงขึ้น ขณะเดียวกัน เด็กหญิงที่ได้รับการศึกษาอาจเป็นครูในอนาคตซึ่งเป็นการเพิ่มจำนวนครูสตรีและเพิ่มโอกาสการเข้าโรงเรียนสำหรับคนรุ่นใหม่ต่อไป<sup>35</sup> หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับเรื่องนี้ก็คือ การที่หลายหมู่บ้านมีโรงเรียนมัธยมหญิงของรัฐมากกว่าของเอกชน 3 เท่า เพราะผู้จบการศึกษาจากภาครัฐมาทำหน้าที่ครูในโรงเรียนรัฐเหล่านี้<sup>36</sup>

### ปฏิบัติการโครงการเงินเดือนนักเรียนหญิง

โครงการ FSSP เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2546 มีเป้าหมายใน 15 จังหวัดที่มีอัตราการรู้หนังสือต่ำที่สุด (น้อยกว่าร้อยละ 40) ในแคว้น<sup>37</sup> ช่วงแรก โครงการมุ่งเป้าหมายไปที่นักเรียนหญิงในชั้นเรียนระดับ 6 - 8 ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 ได้ขยายไปครอบคลุมระดับ 9 - 10 ด้วยการขยายความครอบคลุมนี้ช่วยลดความตึงเครียดระหว่างชั้นเรียนที่ได้รับกับที่ไม่ได้รับเงินเดือน<sup>38</sup> ถึงปี พ.ศ. 2557 ได้ขยายความครอบคลุมไปถึงนักเรียนหญิง 393,000 คนทั่วทุกจังหวัดเป้าหมาย<sup>39</sup>

ภายใต้โครงการนี้ รัฐบาลแห่งแคว้นปัญจาบต้องจ่ายเงินให้ครอบครัวที่มีนักเรียนหญิงในชั้นเรียนเป้าหมายคนละ 600 รูปี ปากีสถานหรือประมาณ 10 เหรียญสหรัฐต่อ 3 เดือน ในช่วงปี แรก ของโครงการมี 156,000 ครอบครัวได้รับเงินซึ่งมากพอสำหรับค่าเล่าเรียนและค่าเดินทางซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าโรงเรียนของเด็กหญิง

นักวิจารณ์ตั้งคำถามว่า เงินเดือนเพียงอย่างเดียวจะสามารถเอาชนะข้อจำกัดมากมายต่อการเข้าโรงเรียนของเด็กหญิงได้หรือ<sup>40</sup> จำนวนเงินนี้ก็คงที่มาเกือบสิบปี แล้ว ค่าเงินก็ลดลงเนื่องจากภาวะเงินเฟ้อ 2,400 รูปี ปากีสถานมีค่าเพียง 25 เหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2557 เทียบกับ 43 เหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2546 ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 มีโครงการนำร่องทดลองเพิ่มเงินเดือนนี้ให้สูงขึ้นในบางจังหวัดที่เลือกขึ้นมา<sup>41</sup>

ครอบครัวที่ได้รับเงินเดือนนี้ จะต้องควบคุมเด็กหญิงให้เข้าห้องเรียนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของชั่วโมงเวลาเรียนทั้งหมด

การได้รับเงินเดือนนี้ไม่เหมือนกับโครงการเงินช่วยเหลืออื่นๆ คือไม่มีการตรวจสอบรายได้ของครอบครัว เด็กหญิงทุกคนได้รับเงินเดือนนี้ ถ้าอาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีสิทธิเข้าเรียนในชั้นที่กำหนดและเข้าเกณฑ์เงื่อนไขของโรงเรียน

ครูและครูใหญ่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินโครงการ ในการบันทึกเวลาเรียนของเด็กหญิง ทางโรงเรียนต้องส่งรายงานเวลาเรียนของเด็กหญิงให้แก่สำนักงานผู้บริหารจังหวัดเพื่อการศึกษา (executive district office for education: EDO) ทุกๆ 3 เดือน จากนั้น เจ้าหน้าที่ของ EDO จะเบิกเงินจากหน่วยติดตามและปฏิบัติการจากโครงการของ PESRP (Program Monitoring and Implementation Unit: PMIU) PMIU จะโอนเงินที่เบิกมาให้ EDO ซึ่งจะโอนต่อไปยังโรงเรียนและโรงเรียนท้ายที่สุด เด็กหญิงก็จะได้รับเงินเดือนจากนurses ปรินซ์หรือไมก็จากโรงเรียน<sup>42</sup>

การติดตามโครงการ พบว่า ระบบนี้ทำงานได้อย่างราบรื่น งานศึกษาวิจัยอิสระชิ้นหนึ่งพบว่า ไม่มีการติดสินบนหรือการดองเงินไว้ในระหว่าง 2 ปี นับแต่เริ่มโครงการ<sup>43</sup> เมื่อถึงกลางปี พ.ศ. 2557 ก็ยังพบปัญหาน้อย เพราะรัฐบาลมีการจัดกลไกรับเรื่องร้องเรียนจากผู้มีสิทธิอยู่แล้ว<sup>44</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: เข้าเรียนมากขึ้น, แต่งงานและตั้งครภักซ์าลง

กลุ่มประเมินผลอิสระของธนาคารโลกได้เข้าไปประเมินผลกระทบที่ (ดูกล่อง 1)<sup>45</sup> สี่ปี หลังจากเริ่มโครงการ FSSP พบว่า โครงการนี้ได้ทำให้ผู้มีสิทธิเข้าเรียนในโรงเรียนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 32 เด็กหญิงที่ได้รับเงินเดือนคงอยู่ในโรงเรียนจนผ่านชั้นมัธยมต้นเข้าสู่ชั้นมัธยมปลาย<sup>46</sup>

การศึกษาชี้ว่า ประโยชน์ของโครงการนี้มากกว่าการที่เด็กหญิงเข้ารับการศึกษ ผู้ที่ได้รับเงินนี้ได้เลื่อนการแต่งงานออกไปมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับเงินถึง 1.5 ปี และยังได้รับเงินนานขึ้น ผลลัพธ์นี้ก็ยิ่งมีมากขึ้น<sup>47</sup> เห็นได้ชัดว่า ประโยชน์เกิดขึ้นกับผู้ที่มีความจำเป็นมากที่สุด นั่นคือเด็กหญิงที่ยากจนที่สุดซึ่งเพิ่มอายุการแต่งงานได้มากที่สุดเช่นกัน

การแต่งงานช้าหมายถึงมีการตั้งครภักซ์าลง ซึ่งสี่ปี หลังจากได้รับเงินเดือนนี้ หญิงอายุระหว่าง 17 - 19 ปี ที่เคยตั้งครภักซ์าลงน้อยกว่าหญิงที่ไม่ได้รับเงินเดือน (โดยเฉลี่ยมีลูกน้อยกว่า 0.3 คน) นักวิจัยคำนวณว่าการแต่งงานช้าจากการได้รับเงินเดือน ทำให้หญิงเหล่านี้มีลูกทั้งหมดน้อยลง โดยเฉลี่ยคือ 0.4 คนตลอดช่วงระยะเวลาการเจริญพันธุ์<sup>48</sup>

การศึกษาหลายชิ้นในปีฉบับที่พบว่า หญิงที่มีการศึกษาจะช่วยลดอัตราการเจริญพันธุ์ของแคว้นนี้ได้ เช่น หญิงที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นและมัธยมปลายจะมีลูกน้อยกว่าหญิงที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้นประมาณ 2 คน<sup>49</sup> รัฐบาลกลางจะติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อดูว่าโครงการทำให้การมีลูกลดลงได้จริงหรือไม่

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

โครงการ FSSP มีได้วางแผนประเมินผลกระทบ และเนื่องจากโครงการนี้มีเป้าหมายเป็นนักเรียนหญิงทุกคนในชั้นเรียนที่กำหนดและอยู่ภายในแคว้นนั้นๆ ทำให้การสุ่มตัวอย่างเป็นไปได้ ทีมนักวิจัยจากกลุ่มประเมินผลอิสระของธนาคารโลกจึงใช้วิธีการแบบกึ่งทดลอง ติดตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลา<sup>50</sup> การวิเคราะห์พบผลลัพธ์ที่ต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างเด็กหญิงที่ได้รับเงินเดือนอย่างน้อย 1 ปี กับเด็กหญิงในชั้นเรียนเดียวกันที่อยู่ในจังหวัดที่ไม่ได้รับเงินเดือน นักวิจัยใช้ข้อมูลโรงเรียนและข้อมูลครัวเรือนจากแหล่งต่างๆ เช่น การสำรวจโรงเรียนรัฐบาล การสำรวจการวัดมาตรฐานการดำรงชีวิตและสังคมของประเทศปากีสถาน การสำรวจกลุ่มตัวชี้วัดพหุคูณแห่งแคว้นปัญจาบ และการสำรวจครัวเรือนแบบบูรณาการของประเทศปากีสถาน

จังหวัดที่ได้รับเงินเดือนแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ในประเด็นสำคัญหลายประการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ทำให้ถูกเลือกเป็นพื้นที่ทดลอง นั่นคือ มีลักษณะยากจนกว่า มีโรงเรียนน้อยกว่า และมีระดับของการเข้าเรียนต่ำกว่าจังหวัดอื่นๆ ในแคว้นปัญจาบ รวมถึงครอบครัวใช้เงินไปกับการศึกษาน้อยกว่าด้วย เป็นไปได้ว่าลักษณะต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความลำเอียงในผลที่ได้รับ ปัจจัยอื่นที่อาจเป็นตัวแปรกวนก็คือครอบครัวที่ตั้งใจส่งเด็กไปโรงเรียนอยู่แล้วแม้ไม่มีเงินเดือนมีความต่างจากครอบครัวที่ไม่ส่งเด็กไปเรียนถ้าไม่มีเงินเดือนซึ่งปัจจัยกวนนี้ไม่ได้มีการจำแนกออกจากการศึกษา

ปัจจัยที่เป็นตัวกวนต่างๆ จะจำกัดความน่าเชื่อถือของบทสรุปการประเมินผล อย่างไรก็ตาม นักวิจัยได้พยายามลดอคติด้วยการควบคุมช่วงห่างของตัวแปรต่างๆ โดยรูปแบบของการปฏิรูปการศึกษานี้มีการเปลี่ยนแปลงที่กว้างขวางที่รวมถึงการแจกหนังสือเรียนฟรีสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา สอนโดยใช้ครูพันธุ์ใหม่และโรงเรียนพันธุ์ใหม่ วิธีการควบคุมช่วงห่างของตัวแปรต่างๆ ทำให้สามารถยืนยันได้ว่าโครงการใหม่ๆ เหล่านี้จะไม่มียุทธวิธีต่อผลลัพธ์และเพิ่มความมั่นใจได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้นั้นเป็นผลมาจากโครงการเงินเดือนโดยตรง

## ประโยชน์ที่ได้รับนั้นเกิดจากการลงทุนไปเท่าใด?

งบประมาณที่ใช้ใน FSSP เป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณโครงการ PESRP เด็กหญิงที่ขึ้นทะเบียนในโครงการมีจำนวนเพิ่มขึ้นตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ค่าใช้จ่ายของโครงการจึงเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ในปี พ.ศ. 2550 เด็กนักเรียนหญิงในชั้นเรียนระดับ 6 - 8 ขึ้นทะเบียนในโครงการประมาณ 245,000 คน ได้รับเงินเดือนประมาณ 7.3 ล้านดอลลาร์สหรัฐ<sup>51</sup> ในปี พ.ศ. 2556 เด็กนักเรียนหญิงในชั้นเรียนระดับ 6 - 10 ขึ้นทะเบียนในโครงการประมาณ 411,000 คนได้รับเงินเดือนประมาณ 14.2 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี เรื่อยมา<sup>52</sup>

โครงการนี้ออกแบบอย่างมีเป้าหมายถ่วงน้ำหนัก ทำให้ค่าใช้จ่ายของโครงการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดคำถามเรื่องความคุ้มค่า นักวิจัยจากกลุ่มศึกษาผลงานของโรงเรียนต่างๆ ในแคว้นปัญจาบได้ประมาณการไว้ว่าโครงการนี้จะต้องจ่ายให้เด็กหญิงเข้าใหม่ 1 คนเป็นเงินทั้งหมดประมาณ 400 เหรียญสหรัฐ<sup>53</sup> ค่าใช้จ่ายจำนวนนี้จัดว่าสูงแต่เมื่อพิจารณาร่วมกับขนาดของโครงการแล้ว ก็จัดว่าคุ้มค่าอีกทั้งได้รวมเงินที่โอนกับเงินค่าบริหารจัดการโครงการแล้ว

เด็กหญิงประเทศปากีสถานที่จบชั้นมัธยมต้นจะได้รับค่าจ้างมากกว่าเด็กหญิงที่ไม่ได้เรียนเพียงร้อยละ 24 แต่ถ้าจบชั้นมัธยมปลายจะได้รับมากกว่าถึงร้อยละ 157 เมื่อคำนวณเป็นปี ก็เท่ากับว่ามีรายได้เพิ่มขึ้น 16 เหรียญสหรัฐและ 100 เหรียญสหรัฐต่อปี ตามลำดับ และเมื่อคำนวณตลอดช่วงอายุขัย ผลตอบแทนที่ได้รับย่อมมากกว่าค่าใช้จ่ายทั้งหมดของโครงการนี้<sup>54</sup> ข้อควรระวังประการหนึ่งคือ การคำนวณค่าจ้างนี้ให้ใช้กับเด็กหญิงที่ทำงานในระบบเศรษฐกิจภาคที่เป็นทางการเท่านั้น มิใช่กรณีของเด็กหญิงส่วนใหญ่ภายใต้โครงการ FSSP อย่างไรก็ตาม เงินเดือนนี้ก็อาจมีผลเพิ่มรายได้ในภาคเอกชนด้วย<sup>55</sup>

## กุญแจแห่งความสำเร็จ

สัญญาณทั้งหมดชี้ว่า โครงการนี้สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางการศึกษาของเด็กหญิงโดยยืดเวลาการแต่งงานและลดอัตราการเจริญพันธุ์ได้ ผลงานที่น่าประทับใจนี้มาจากปัจจัยหลายประการ คือ กลยุทธ์การวางแผนเป้าหมาย การออกแบบโครงการ เจตจำนงทางการเมือง และการปฏิรูปด้านอุปทาน

การวางแผนเป้าหมายของรัฐบาลถือว่าประสบความสำเร็จประการแรก การใช้ช่องทางกระจายเงินเดือนให้เด็กหญิงทุกคนในชั้นเรียนระดับที่เป็นเป้าหมายนั้น เป็นการเคลื่อนไหวทางการเงินและทางการเมืองที่ดี แม้ว่าจะเป็นภาระจ่ายอย่างกว้างขวางมาก แต่เด็กหญิงที่ยากจนที่สุดก็ได้รับประโยชน์ จึงเป็นการเพิ่มความเป็นธรรมให้กับสังคม สิทธิประโยชน์ของโครงการ FSSP ช่วยบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางเป็นประโยชน์ต่อเด็กหญิงที่ยากจนมากที่สุดที่ถูกละทิ้ง<sup>56</sup>

ประการที่สอง โครงการนี้ให้ความสำคัญกับเด็กหญิงช่วงวัยรุ่นมากกว่าชั้นประถม การจูงใจเด็กหญิงกลุ่มอายุมากกว่าให้คงอยู่ในโรงเรียนส่งผลต่างอย่างมากเมื่อเทียบกับการจูงใจเด็กหญิงที่อายุน้อยกว่า ซึ่งมีการจูงใจครอบครัวให้ส่งเด็กเล็กไปโรงเรียนอยู่แล้วด้วยผลประโยชน์บางอย่างที่จับต้องได้ในอนาคต

ประการที่สามที่มีนัยสำคัญมากที่สุด คือการจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางเพศ หลักฐานจากบริบทต่างๆ ที่หลากหลายแสดงให้เห็นตรงกันถึงข้อที่ติของโครงการนี้ที่มีการโอนเงินช่วยเหลือเพื่อลดช่องว่างทางเพศในด้านการศึกษา การวางแผนเป้าหมายไปที่ผู้หญิงโดยตรงทำให้สามารถแก้ปัญหาการแบ่งแยกทางเพศในระดับครัวเรือนได้ และล้มล้างทัศนคติเก่าๆ ที่ไม่ลงทุนด้านการศึกษาให้เด็กหญิง<sup>57</sup> การเปลี่ยนแปลงค่านิยมด้านวัฒนธรรมนี้ยังช่วยยกฐานะทางสังคมของหญิงชาวปากีสถานให้สูงขึ้นได้ด้วยการศึกษา<sup>58</sup>

การปฏิรูปการศึกษาครั้งใหญ่ของโครงการส่งสัญญาณว่ารัฐบาลให้ความสำคัญและมีพันธสัญญาในด้านการศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ การอภิบาลการศึกษาได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น ทำให้สามารถติดตามและปรับปรุงโครงการเงินเดือนให้ดีขึ้นด้วย<sup>59</sup> ข้อมูลที่หลงใหลมาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ PMIU แก้ปัญหาด้วยการปรับปรุงแง่มุมต่างๆ ของการออกแบบโครงการ เช่น เมื่อ PMIU ได้รับรู้ว่าการจ่ายเงินมีความล่าช้าในทางไกล จึงตัดสินใจให้โรงเรียนเป็นแหล่งกระจายเงินเดือนสำหรับคนที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบไปรษณีย์ได้

นอกจากนี้ยังได้ริเริ่มการศึกษานำร่องในปี พ.ศ. 2556 ใน 3 จังหวัด ประกอบด้วยการจ่ายเงินผ่านบริการธนาคารที่ไม่ต้องอาศัยสาขา โดยเน้นในเขตชนบท การเพิ่มเงินเดือนให้โดยบวกค่าเงินเพื่อ และการเพิ่มเงินเดือนให้ในชั้นเรียนที่สูงขึ้น<sup>60</sup> ผลของโครงการนำร่องนี้จะนำเสนอในระยะต่อไปของโครงการ

การโอนเงินให้แก่ผู้ได้รับประโยชน์ จะมีผลมากขึ้นหากผนวกกับการลงทุนในผู้ให้ประโยชน์ และการปฏิรูปในลักษณะต่างๆ ของ PESRP ช่วยทำให้โครงการ FSSP บรรลุเป้าหมายด้วย<sup>61</sup> เช่น การสร้างห้องน้ำเพิ่มให้นักเรียนหญิง ทำให้พ่อแม่ยอมรับโรงเรียนได้มากขึ้นเมื่อคิดรวมกับการจ่ายเงินเดือน<sup>62</sup>

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

เงินเดือนช่วยเหลือกลายเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้เพิ่มการเข้าเรียนทั่วประเทศปากีสถาน และในประเทศต่างๆ ในแคว้นไคเบอร์ปัคตูนควา (Khyber Pakhtunkhwa) ที่มีพรมแดนติดกับปัญจาบทางตอนเหนือ มีโครงการคล้ายกันที่ประสบความสำเร็จเช่นเดียวกัน<sup>63</sup> โครงการบัตร์รัฐร่วมเอกชนของมูลนิธิการศึกษาแห่งปัญจาบก็สามารถเพิ่มการเข้าถึงโรงเรียนเอกชนสำหรับเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อยได้<sup>64</sup>

แม้จะช่วยด้านการศึกษาและสุขภาพได้ก็ตาม โครงการเงินเดือนยังไม่สามารถเปลี่ยนมาตรฐานสังคมเกี่ยวกับคุณค่าของการให้การศึกษาแก่เด็กหญิงหรือตำแหน่งของผู้หญิงในครอบครัวได้ แม้เงินเดือนช่วยเหลือสามารถรักษาชีวิตวัยรุ่นไว้ในโรงเรียนได้ยาวนานขึ้น ลดค่านิยมของการแต่งงานและตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร แต่บทบาททางเพศที่ไม่เป็นธรรมก็ยังต้องแก้ด้วยการให้การศึกษาแก่เด็กหญิงอีกยาวนาน พ่อของเด็กหญิงที่ได้รับเงินเดือนช่วยเหลืออธิบายว่า “มีการใช้ประโยชน์จากการศึกษาแน่นอน แม้ว่าเธอหางานทำไม่ได้ ความรู้ที่เธอได้รับการศึกษาจะถูกถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น อีกหลายรุ่น”<sup>65</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่า พ่อแม่ยังคงลงทุนในการศึกษาของลูกชายมากขึ้นโดยส่งลูกชายไปเข้าโรงเรียนเอกชนซึ่งพวกเขาคิดว่า เด็กๆ จะได้เรียนรู้มากกว่า— ในขณะที่ส่งลูกสาวไปเข้าโรงเรียนรัฐ<sup>66</sup>

จะต้องทำอย่างไรอีกบ้างเพื่อเพิ่มความต้องการในการศึกษาของเด็กหญิง? นักวิจัยบางท่านชี้ว่า การปฏิเสธการศึกษาของเพศหญิงอันเนื่องมาจากเรื่องของคุณค่าทางวัฒนธรรมนั้น ไม่นักเท่าสาเหตุจากพ่อแม่เด็กที่ไม่ศรัทธาในตัวโรงเรียน. ในบริบทเช่นนี้ จะต้องทำให้โรงเรียนได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน<sup>67</sup> การทำให้มั่นใจได้ว่าโรงเรียนและหนทางสู่โรงเรียนนั้นมีความปลอดภัย และเป็นเรื่องดีที่โรงเรียนมีครูสตรีเพื่อดำรงไว้ซึ่ง *pardah*<sup>68</sup>

ประสบการณ์ของแคว้นปัญจาบแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเงินเดือนช่วยเหลือการศึกษาของเด็กหญิงในการยืดอายุการแต่งงานและลดอัตราการเจริญพันธุ์ เรื่องนี้จะไม่มีการรู้ได้เลยถ้าผู้ประเมินไม่เก็บข้อมูลผลกระทบด้านการแต่งงานและการเจริญพันธุ์

ยังจำเป็นต้องมีข้อมูลให้มากขึ้นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าโรงเรียนของเด็กหญิงและการแต่งงานเพื่อใช้ประเมินความชัดเจนของความเชื่อมโยงระหว่างการปรับปรุงคุณภาพและการเข้าถึงการศึกษากับการยุติการแต่งงานในวัยเด็กและการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของการสืบพันธุ์ อีกทั้งการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโครงการนี้กับโครงการอื่นๆ ที่ทำให้เด็กหญิงเข้าโรงเรียนมากขึ้น (เช่น จ้างครูสตรีเพิ่มขึ้น) ก็น่าจะมีคุณประโยชน์ด้วย

การแต่งงานในวัยเด็กกำลังลดจำนวนลงทั่วโลกอย่างช้าๆ ความพยายามในการต่อต้านการแต่งงานในวัยเด็กและการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นเรื่องสำคัญมาก เพื่อให้มั่นใจได้ว่าเด็กหญิงหลายคนสามารถเข้าถึงซึ่งสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานและซึ่งความเจริญ แต่นักเคลื่อนไหวให้กับผู้นำทางการเมืองยังคงตกลงกันไม่ได้ว่า วิธีใดจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่คุ้มทุนและครอบคลุม<sup>69</sup>, วิธีการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การศึกษาได้รับการพิจารณามากขึ้นเพื่อยุติการแต่งงานในวัยเด็ก โดยเฉพาะวิธีการให้การศึกษาที่มุ่งจัดอุปสรรคที่ขวางทางเพศ

ในปี พ.ศ. 2553 รัฐบาลปากีสถานได้วางรัฐธรรมนูญฉบับแก้ไขที่มีทั้งการศึกษาภาคเสรีและภาคบังคับสำหรับเด็กให้ได้รับการศึกษาถึงอายุ 16 ปี ในปี พ.ศ. 2556 บทบรรณาธิการในหนังสือพิมพ์แห่งแคว้นปัญจาบที่ชื่อ *Express Tribune* ได้สรรเสริญรัฐบาลแห่งแคว้นปัญจาบที่ได้เพิ่มจำนวนคนอ่านออกเขียนได้ในแคว้นถึงร้อยละ 900 ในเวลาเพียง 5 ปี ผู้เขียนบทบรรณาธิการระบุว่า “ประเทศจะเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้ ต้องมีการลงทุนด้านการศึกษาอย่างพอเพียง”<sup>70</sup> ในขณะที่ยังมีสิ่งที่ท้าทายรออยู่อีกมาก สิ่งหนึ่งที่ยังจะต้องทำและต้องทำอย่างเร่งด่วนก็คือ ผลประโยชน์ของเด็กหญิงนั่นเอง

## อ้างอิง

Ahmed, Vaqar, Muhammad Zeshan, and Muhammad Tahir Ali. 2013. *Poverty and Social Impact Analysis of Stipend Program for Secondary School Girls of Khyber Pakh - tunkhwa*. Islamabad, Pakistan: Sustainable Development Policy Institute. <http://www.sdpi.org/publications/files/Policy%20Brief%2032.pdf>.

Alam, Andaleeb, Javier E. Baez, and Ximena V. Del Carpio. 2011. *Does Cash for School Influence Young Women's Behavior in the Longer Term?* Policy Research Working Paper 5669. Washington, DC: World Bank. <http://ftp.iza.org/dp5703.pdf>.

Andrabi, Tahir, Jishnu Das, Asim Ijaz Khwaja, Tara Vishwanath, Tristan Zajonc, and the LEAPS Team. 2007. *Pakistan: Learning and Educational Achievements in Punjab Schools (LEAPS): Insights to Inform the Education Policy Debate*. Washington, DC: World Bank. [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/05/20/000333038\\_20080520040840/Rendered/PDF/437500WPOPAK021Box0327368B01PUBLIC1.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/05/20/000333038_20080520040840/Rendered/PDF/437500WPOPAK021Box0327368B01PUBLIC1.pdf).

org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/05/20/000333038\_20080520040840/Rendered/PDF/437500WPOPAK021Box0327368B01PUBLIC1.pdf.

Atuyambe, Lynn, Florence Mirembe, Nazarius M. Tumwesigye, Johansson Annika, Edward K. Kirumira, and Elisabeth Faxelid. 2008. “Adolescent and Adult First Time Mothers’ Health Seeking Practices during Pregnancy and Early Motherhood in Wakiso District, Central Uganda.” *Reproductive Health* 5 (1): 13. doi:10.1186/1742 - 4755 - 5 - 13.

Bano, Masooda. 2007. *Pakistan Country Case Study*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001555/155503e.pdf>.

Biography.com. 2015. “Malala Yousafzai Biography.” Accessed November 19. <http://www.biography.com/people/malala - yousafzai - 21362253#early - life>.

## อ้างอิง (ต่อ)

- Blanc, Ann K., William Winfrey, and John Ross. 2013. "New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 Countries." *PLoS ONE* 8 (4): e59864. doi:10.1371/journal.pone.0059864.
- Callum, Christine, Zeba Sathar, and Minhaj ul Haque. 2012. "Is Mobility the Missing Link in Improving Girls' Schooling in Pakistan?" *Asian Population Studies* 8(1):5-22. doi:10.1080/17441730.2012.646805.
- Chaudhury, Nazmul, Jeffrey Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan, and F. Halsey Rogers. 2006. "Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries." *Journal of Economic Perspectives* 20 (1): 91-116.
- Chaudhury, Nazmul, and Dilip Parajuli. 2006. *Conditional Cash Transfers and Female Schooling: The Impact of the Female School Stipend Program on Public School Enrollments in Punjab, Pakistan*. Impact Evaluation Series WPS4102. Washington, DC: World Bank.
- Government of Punjab. 2013. "Expressions of Interest for Consulting Services—Hiring of Firms for Evaluation of the Supplemental Stipend Pilot and Branchless Banking Pilot: School Surveys." dgMarket Tenders Worldwide, January 2. <http://www.dgmarket.com/tenders/np-notice.do?noticeId=8827419>.
- Hasan, Amer. 2010. *Gender - Targeted Conditional Cash Transfers: Enrollment, Spillover Effects and Instructional Quality*. Policy Research Working Paper 5257. Washington, DC: World Bank.
- ICRW (International Center for Research on Women) and Girls Not Brides. 2013. *Solutions to End Child Marriage: Summary of the Evidence*. Washington, DC: ICRW. [http://www.icrw.org/sites/default/files/publications/19967\\_ICRW - Solutions001%20pdf.pdf](http://www.icrw.org/sites/default/files/publications/19967_ICRW - Solutions001%20pdf.pdf).
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2013. *GBD 2010 Arrow Diagram*. Accessed December 15. <http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>.
- Independent Evaluation Group. 2011. *Do Conditional Cash Transfers Lead to Medium-Term Impacts? Evidence from a Female School Stipend Program in Pakistan*. Washington, DC: World Bank. <http://ieg.worldbank.org/Data/reports/pakistanccctimpacteval2011.pdf>.
- Lloyd, Cynthia B., and Juliet Young. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls*. New York: Population Council. <http://www.girleffect.org/media/1119/new-lessons-the-power-of-educating-adolescent-girls.pdf>.
- Malik, Allah Bakhsh. 2011. *Policy Analysis of Education in Punjab Province*. Islamabad, Pakistan: UNESCO Islamabad. [http://unesco.org.pk/education/documents/situationanalysis/Education\\_Policy\\_Analysis\\_for\\_Punjab.pdf](http://unesco.org.pk/education/documents/situationanalysis/Education_Policy_Analysis_for_Punjab.pdf).
- Mohammad, Zubair. 2013. "Punjab Government's Performance." *Express Tribune*, March 7. <http://tribune.com.pk/story/516706/punjab - governments - performance/>.
- Mushtaq, Shahzad, and Mariam Abbas Soharwardi. 2013. "The Gender Disparity in Education (A Case Study of Regional Punjab)." *International Journal of Research in Humanities, Arts and Literature* 1 (2): 57-68.
- NIPS (National Institute of Population Studies) and Macro International. 2008. *Pakistan Demographic and Health Survey 2006-07*. Islamabad, Pakistan: NIPS and Macro International. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR200/FR200.pdf>.
- Oppenheim, Willy. 2013. "Why Should Girls Go to School? Qualitative Aspects of 'Demand' for Girls' Schooling in Rural Pakistan." *St. Antony's International Review* 8 (2): 106-26.
- PESRP (Punjab Education Sector Reform Program). 2015a. "Distribution of Stipend to Girl Students." Accessed October 21. <http://www.pesrp.edu.pk/pages/Stipend-to-Girl>.
- . 2015b. "Mission Statement." Accessed October 21. <http://www.pesrp.edu.pk/pages/mission>.
- Qureshi, Sabina. 2003. *Pakistan: Education and Gender Policy. Girl's Education: A Lifeline to Development*. Budapest, Hungary: Central European University, Center for Policy Studies and Open Society Institute.
- Sarwar, M.B. 2006. *Documenting Educational Innovations. Sharing Practices for Educational Change*. Karachi, Pakistan: Sindh Education Foundation.
- Schurmann, Anna T. 2009. "Review of the Bangladesh Female Secondary School Stipend Project Using a Social Exclusion Framework." *Journal of Health, Population, and Nutrition* 27 (4): 505-17.
- UK DFID (Department for International Development). 2014. "The Girl Summit Charter on Ending FGM and Child, Early and Forced Marriage." [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/346027/GS - CharterEnglish.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/346027/GS - CharterEnglish.pdf).
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2012. *Marrying Too Young: End Child Marriage*. New York: United Nations Population Fund. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/MarryingTooYoung.pdf>.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2014. *Ending Child Marriage: Progress and Prospects*. New York: UNICEF. [http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded\\_pdfs/corecode/ChildMarriage - Brochure - HR\\_164.pdf](http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/ChildMarriage - Brochure - HR_164.pdf).
- Vandelmoortele, Jan, and Enrique Delamonica. 2000. "The 'Education Vaccine' Against HIV." *Current Issues in Comparative Education* 3 (1): 6-13.
- World Bank. 2001. *Implementation Completion Report on a Credit in the Amount of US\$115 Million Equivalent to the Islamic Republic of Pakistan for the Punjab Middle*

## อ้างอิง (ต่อ)

- Schooling Project. Implementation Completion Report 21496. Washington, DC: World Bank.*
- . 2002. *Pakistan—Poverty Assessment: Poverty in Pakistan—Vulnerabilities, Social Caps, and Rural Dynamics*. Report 24296 - PAK. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2002/10/2050407/pakistan-poverty-assessment-poverty-pakistanvulnerabilities-social-caps-rural-dynamics>.
- . 2013. "Invest in Fertility Decline to Boost Development in Pakistan," June 14. <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2013/06/14/invest-in-fertility-decline-to-boost-development-in-pakistan>.
- . 2016. "IDA and Girls' Education in South Asia." Accessed February 9. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/SOUTHASIAEXT/0,,contentMDK:21336444~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:223547,00.html>.
- Zaidi, Batool, Zeba Sathar, Minhaj ul Haque, and Fareeha Zafar. 2012. *The Power of Girls' Schooling for Young Women's Empowerment and Reproductive Health*. New York: Population Council.
- Zia - ur - Rahman, Mohammad. 2014. "Pakistan's Slow but Steady Progress on Ending Child Marriage." *Guardian*, June 2. <http://www.theguardian.com/global-development/2014/jun/02/pakistan-progress-ending-child-marriage>.
- อ้างอิงท้ายเรื่อง**
1. The Female School Stipend Program did not include health improvement as an explicit objective. Nonetheless, by increasing gender equity in education, the program significantly reduced early marriage and childbearing—two widely recognized social determinants of health.
  2. Independent Evaluation Group (2011).
  3. Biography.com (2015).
  4. UNFPA (2012).
  5. Vandermoortele and Delamonica (2000).
  6. Qureshi (2003).
  7. NIPS and Macro International (2008).
  8. Zaidi et al. (2012).
  9. NIPS and Macro International (2008).
  10. Malik (2011).
  11. NIPS and Macro International (2008); Zia - ur - Rahman (2014).
  12. UNICEF (2014).
  13. UNFPA (2012).
  14. NIPS and Macro International (2008).
  15. World Bank (2013).
  16. IHME (2013); Blanc, Winfrey, and Ross (2013).
  17. Atuyambe et al. (2008).
  18. Zaidi et al. (2012).
  19. World Bank (2001).
  20. Zaidi et al. (2012).
  21. Chaudhury and Parajuli (2006).
  22. Alam, Baez, and Del Carpio (2011).
  23. Independent Evaluation Group (2011, 6).
  24. Alam, Baez, and Del Carpio (2011).
  25. Zaidi et al. (2012).
  26. Independent Evaluation Group (2011).
  27. Lloyd and Young (2009); Zaidi et al. (2012).
  28. Callum, Sathar, and ul Haque (2012).
  29. Dhushyanth Raju, personal communication with the author, August 26, 2014.
  30. Alam, Baez, and Del Carpio (2011).
  31. Schurmann (2009).
  32. Dhushyanth Raju, personal communication with the author, August 26, 2014.
  33. The FSSP was paid for from the overall PESRP budget, which the government of Punjab funded with donor support from the World Bank, the UK Department for International Development, and the Canadian International Development Agency. For further information on the PESRP, see PESRP (2015a).
  34. PESRP (2015b).
  35. Chaudhury and Parajuli (2006, 4).
  36. Andrabi et al. (2007, xvi).
  37. Alam, Baez, and Del Carpio (2011, 8).
  38. Dhushyanth Raju, personal communication with the author, August 26, 2014.
  39. World Bank (2014).
  40. Hasan (2010).
  41. PESRP (2015a).
  42. Independent Evaluation Group (2011).
  43. Independent Evaluation Group (2011).
  44. Dhushyanth Raju, personal communication with the author, August 26, 2014.
  45. Alam, Baez, and Del Carpio (2011).
  46. Alam, Baez, and Del Carpio (2011); Independent Evaluation Group (2011).
  47. Independent Evaluation Group (2011).
  48. Alam, Baez, and Del Carpio (2011).
  49. Alam, Baez, and Del Carpio (2011, 21).
  50. Independent Evaluation Group (2011).
  51. Alam, Baez, and Del Carpio (2011, 8).
  52. Using December 2013 exchange rate: US\$1 = PKR105.84 (PESRP 2015a).
  53. Andrabi et al. (2007).
  54. Alam, Baez, and Del Carpio (2011).
  55. Dhushyanth Raju, personal communication with the author, August 26, 2014.
  56. World Bank (2016).
  57. Chaudhury and Parajuli (2006).
  58. Oppenheim (2013).
  59. Mushtaq and Soharwardi (2015).
  60. For the pilot, 68 schools were selected by the World Bank across six tehsils (the level below district); see



**อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)**

- PESRP (2015a). For information on recent revisions, see Government of Punjab (2007).
61. Alam, Baez, and Del Carpio (2011).
  62. Chaudhury et al. (2006).
  63. Vaqar, Zeshan, and Tahir Ali (2013).
  64. Zaidi et al. (2012).
  65. Oppenheim (2013).
  66. Alam, Baez, and Del Carpio (2011, 25).
  67. World Bank (2002); Bano (2007); Sarwar (2006).
  68. ICRW and Girls Not Brides (2013).
  69. ICRW and Girls Not Brides (2013).
  70. Mohammad (2013)

## กรณีศึกษาที่ 16

## ยกระดับเด็กที่ถูกกีดกันเพราะสีผิว

## เงินทุนสนับสนุนเด็กแห่งแอฟริกาใต้

(ต้นฉบับโดย Miriam Temin และบททวนโดย Michael Samson)

## ภาพรวมโดยสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** คัดกรองเด็กในครัวเรือนที่ยากจน ลดความยากจน และลดความไม่เท่าเทียม**ยุทธวิธี:** รัฐบาลจ่ายเงินให้ครัวเรือนที่ยากจนที่มีเด็กเล็ก**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** คะแนนความสูงของเด็กในวัยนั้นดีขึ้นและความเจ็บป่วยลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กชาย ลดความเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ การตั้งครรภ์ การดื่มสุราและการใช้ยาเสพติด**ปัจจัยสำเร็จ:** รัฐบาลมีพันธสัญญาอย่างต่อเนื่องที่ยั่งยืนและภาคประชาสังคมก็มีการเคลื่อนไหวสนับสนุน การออกแบบโครงการที่มีความยืดหยุ่น การใช้ความพยายามอย่างสูงในการค้นหาและลดอุปสรรคในการขึ้นทะเบียนเด็กที่เป็นเป้าหมาย ข้อกำหนดของการมีสิทธิตั้งไว้อย่างหลวมๆ การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดการโกง ความโปร่งใสที่สามารถตรวจสอบได้**การเงินการคลัง:** ค่าใช้จ่ายเกือบ 4.2 พันล้านเหรียญสหรัฐระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2554**ขนาดของโครงการ:** เด็ก 11.2 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 75 ของผู้มีสิทธิ (ปี พ.ศ. 2555)

เมื่อประชาธิปไตยมาเยือนประเทศแอฟริกาใต้ในปี พ.ศ. 2537 เด็กจำนวนมากกำลังทนทุกข์ทรมานจากผลสะสมหลายปี แห่งความด้อยโอกาส— ซึ่งก็คือมรดกตกทอดแห่งการแบ่งแยกสีผิว หนึ่งในสี่ของเด็กเล็กมีภาวะแคะแกรนและเกือบหนึ่งในห้ามีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นสัญญาณของความอดอยากยากแค้นมานานแม้ว่าแอฟริกาใต้จะมีฐานะดีกว่าประเทศข้างเคียง<sup>1</sup> และแม้ว่ารัฐบาลกลางจะมีเงินเพียงพอในการสนับสนุนโครงการสวัสดิการระดับประเทศได้ แต่ในระดับรัฐต่างๆ นั้น ระบบสนับสนุนยังไม่เพียงพอรวมถึงยังมีการเลือกปฏิบัติระหว่างเชื้อชาติด้วย ก่อนหน้านั้นซึ่งนานมาแล้ว มีการจัดสรรเงินทุนสำหรับการดูแลรัฐ (State Maintenance Grants) ในทศวรรษที่ 1930s (พ.ศ. 2473 - 2482) เพื่อช่วยเหลือครอบครัวชาวผิวขาวที่ยากจน และต่อมาได้ขยายไปยังกลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มตามประชากรศาสตร์บางกลุ่ม อย่างไรก็ตาม พบว่ามีชาวแอฟริกันน้อยคนที่เคยได้รับเงินช่วยเหลือนี้ และเมื่อเริ่มต้นทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ก็พบว่า ระบบเงินทุนนี้ครอบคลุมกลุ่มพลเมืองวัยเยาว์ที่มีสิทธิในสัดส่วนจำนวนน้อยเท่านั้น คือร้อยละ 5 ของเด็กผิวสี (ที่ถูกแบ่งแยกสีผิว เป็นคำที่ใช้กับคนที่มีชาติพันธุ์ผสม) ร้อยละ 1.5 ของเด็กผิวขาว และเพียงร้อยละ 0.2 ของเด็กเชื้อชาติแอฟริกันแท้ๆ<sup>2</sup>

เมื่อขึ้นสู่อำนาจในปี พ.ศ. 2537 รัฐบาลใหม่แห่งความเสมอภาคของเนลสัน แมนเดลาได้พยายามที่จะสร้างชาติใหม่หลังจากที่แตกแยกออกจากกันอันเนื่องมาจากการแบ่งแยกสีผิว และด้วยความตระหนักถึงประโยชน์ของการลงทุนแก่เด็กเล็กในระยะยาว

ในปี พ.ศ. 2541 รัฐบาลจึงได้ริเริ่มเงินทุนสนับสนุนเด็ก (Child Support Grant: CSG) เมื่อไม่นานมานี้ โครงการเงินช่วยเหลือครอบครัวยากจนได้รับความนิยมไปทั่วโลก โดย CSG ติดอยู่ในกลุ่มแรกที่ดำเนินการในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางที่สามารถดำเนินการได้ในระดับประเทศ ถึงปี พ.ศ. 2558 CSG สามารถโอนเงินอย่างสม่ำเสมอเป็นรายเดือนให้แก่เด็กเกือบ 3 ใน 4 ของเด็กชาวแอฟริกาใต้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่ยากจน

โครงการ CSG ได้รับการสำรวจ ศึกษาและประเมินผลหลายครั้ง ผลการวิจัยครั้งแล้วครั้งเล่าต่างก็ยืนยันว่า โครงการนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพต่อผู้ได้รับสิทธิอย่างมากและทำให้สุขภาพดีขึ้นด้วย CSG ไม่ใช่กระสุนวิเศษ ถ้าเพียงโครงการนี้อย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาการแบ่งแยกทางเชื้อชาติและทางเศรษฐกิจของแอฟริกาใต้ได้ แต่เมื่อรัฐบาลลงทุนเพื่อลดความไม่เสมอภาคอย่างจริงจัง มันก็ได้ให้บทเรียนที่สำคัญแก่ประเทศอื่นๆ ที่กำลังมุ่งปรับปรุงชีวิตเด็กๆ ที่อยู่ในครอบครัวที่ยากจนได้

### ความสูญเสียของความยากจนอันเนื่องมาจากการเหยียดสีผิว

แม้ว่าแอฟริกาใต้จะไม่ยากจนนัก แต่ในยุคของการแบ่งแยกสีผิวนั้น การกีดกันเชื้อชาติอย่างเป็นระบบทำให้เด็กจำนวนมากมีร่างกายไม่สมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2536 มากกว่าร้อยละ 40 ของประชาชนชาวแอฟริกาใต้เป็นคนยากจน<sup>3</sup>—และความยากจนนี้ก็เกิดจากการแบ่งแยกเชื้อชาติอย่างเด็ดขาด

นอกจากนี้ รัฐบาลจัดสรรงานที่ต้องใช้ทักษะสูงและมีค่าจ้างสูงให้กับคนผิวขาว เหลืองานที่ใช้ทักษะต่ำและมีค่าจ้างต่ำไว้ให้กับคนผิวสี ในปี พ.ศ. 2536 ชาวแอฟริกาใต้ผิวขาวอยู่อย่างสุขสบายเทียบมาตรฐานได้กับประเทศที่พัฒนาแล้ว ขณะที่ชาวแอฟริกาใต้ผิวดำต้องต่อสู้กับความยากลำบากด้วยรายได้ต่อหัวเพียง 1 ใน 10 ของพวกผิวขาว<sup>4</sup>

สถานะสุขภาพของเด็กสะท้อนการขาดแคลนอาหารและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีในพื้นที่ที่ชาวแอฟริกาใต้ผิวดำถูกบีบให้อยู่อาศัย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชุมชนแออัดที่เกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ ภาวะทุพโภชนาการทำให้เด็กจำนวนมากเปราะบางที่จะมีปัญหสุขภาพ ซึ่งรวมถึงสติปัญญาที่ต่ำและร่างกายอ่อนแอในระยะยาว<sup>5</sup> อีกทั้งยังทำให้เด็กติดเชื้อโรคได้ง่ายอีกด้วย<sup>6</sup> ในตอนต้นของทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) โรคติดเชื้อในทางหายใจส่วนล่างและโรคท้องเสีย สองโรคที่มักมากับความจนนั้นเป็นสาเหตุของความตายมากกว่า 1 ใน 3 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ตายไปทั้งหมด<sup>7</sup>

นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมที่ไม่ดียังเป็นอันตรายต่อสุขภาพของวัยรุ่นดังที่ประธานาธิบดีคนก่อน ซึ่งก็คือแมนเดลา ได้กล่าวไว้ว่า “รัฐที่แบ่งแยกสีผิว...เพิกเฉยต่อความจำเป็นเฉพาะด้านและไม่ใส่ใจพลเมืองวัยเยาว์ พวกเขาถูกละเลยให้เผชิญชะตากรรมตนเองในสังคมที่เลือนลอยและแตกแยก — สังคมที่มีความโหดร้ายเยี่ยงทาส<sup>8</sup> วัยรุ่นติดยา สูบบุหรี่ ฆ่าตัวตาย ขับรถเสี่ยงตาย และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ถือเป็นเรื่องปกติ ยังไม่นับเรื่องเพศที่ไม่มีการป้องกัน ที่มีความเสี่ยงมากมาย ในปี พ.ศ. 2538 พบว่า ร้อยละ 40 ของหญิงตั้งครรภ์เป็นวัยรุ่น<sup>9</sup>

เชื้อเอชไอวีทำให้ชีวิตวัยรุ่นมีความเปราะบางมากขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิง การสำรวจระดับชาติในปี พ.ศ. 2555 รายงานว่า มีเยาวชนหญิงติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าเยาวชนชายถึง 4 เท่า<sup>10</sup> ความไม่สมดุลของโรคทางเพศที่นำตกใจเช่นนี้สะท้อนถึงความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ต่างวัย เยาวชนหญิงมีเพศสัมพันธ์กับชายอายุมากกว่าเพื่อเงินหรือของขวัญ — และการติดเชื้อเอชไอวีก็มักจะตามมา<sup>11</sup> ภัยคุกคามที่เกิดขึ้นมากมายนี้ทำให้นักวิจัยบางคนต้องออกมาประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินแห่งชาติสำหรับวัยรุ่นชาวแอฟริกาใต้<sup>12</sup>

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: การเผชิญหน้ากับความยากจนทางเชื้อชาติครั้งใหม่ของแอฟริกาใต้

ในปี พ.ศ. 2537 ชาวแอฟริกาใต้ทุกเชื้อชาติได้มีโอกาสเลือกรัฐบาลประชาธิปไตยที่ชูเรื่องความเสมอภาคเป็นครั้งแรก แต่ในไม่ช้า ความปิติยินดีของพวกเขาก็ต้องเผชิญกับโลกแห่งความเป็นจริง เมื่อผู้นำเริ่มบริหารประเทศที่แตกแยกมานาน

ในขั้นแรก รัฐบาลใหม่ได้มุ่งแก้ปัญหาความยากจนที่แผ่เป็นวงกว้างและมุ่งปฏิรูปบริการทางสังคมต่างๆ ให้มีความยุติธรรมให้มากขึ้น

ในปี พ.ศ. 2537 รัฐธรรมนูญใหม่ของแอฟริกาใต้ได้รับประกันสิทธิของพลเมืองว่า “ให้มีความมั่นคงทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าพลเมืองนั้นๆ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม”<sup>13</sup> การปฏิรูประบบสวัสดิการเด็กกลายเป็นความสำคัญลำดับต้นๆ และยังเป็นเรื่องเร่งด่วนมากขึ้นเมื่อโรคเอดส์ระบาดมากขึ้นในชุมชนด้อยโอกาสต่างๆ<sup>14</sup>

ในการเริ่มต้นการปฏิรูป รัฐมนตรีกระทรวงสวัสดิการและผู้นำแคว้นต่างๆ ได้ร่วมกันจัดประชุมคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ฟรานซี ลุนด์ (Francie Lund) ศาสตราจารย์ด้านนโยบายสังคมแห่งมหาวิทยาลัยควาซูลู (KwaZulu) ในเมืองนาทาล (Natal) ได้รับเชิญให้เป็นประธานการประชุม ซึ่งต่อมาได้เรียกคณะกรรมการนี้ว่า คณะกรรมการลุนด์ด้านการสนับสนุนเด็กและครอบครัว ปี พ.ศ. 2540 คณะกรรมการลุนด์ฯ ได้ยื่นข้อเสนอให้รัฐสภาพอนุมัติโครงการเงินทุนสนับสนุนเด็ก (Child Support Grant: CSG) ซึ่งให้เงินเด็กจำนวนประมาณร้อยละ 30 ของเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ที่ยากจนที่สุดทุกเดือน ประมาณเดือนละ 15 เหยี่ยวสหรัฐ<sup>15</sup> รัฐสภาพอนุมัติและให้เพิ่มเงินเดือนเป็นประมาณ 21 เหยี่ยวสหรัฐ<sup>16</sup> มีการกำหนดเงื่อนไขเบื้องต้นบางประการแก่ผู้รับเงิน ที่รวมถึงจะต้องเข้าร่วมในโครงการพัฒนาต่างๆ และจะต้องได้รับวัคซีนอย่างครบถ้วนด้วย<sup>17</sup> เมื่อได้ยินเอกสารยืนยันการมีสิทธิแล้วผู้สมัครก็จะได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับเงินทุนเป็นการประจำ

การเริ่มต้นโครงการ CSG ในปี พ.ศ. 2541 เป็นไปอย่างช้าๆ ในปีแรกมีเด็กขึ้นทะเบียนเพียง 22,000 คน แต่ไม่นานนัก ผู้นำระดับสูงสุดของรัฐบาลก็ได้รับรู้เรื่องของความล่าช้านี้ และด้วยการเคลื่อนไหวอย่างหนักขององค์การภาคประชาสังคมในปี พ.ศ. 2543 คณะรัฐมนตรีแห่งแอฟริกาใต้ก็ได้แต่งตั้งคณะกรรมการไต่สวนระบบประกันสังคมอย่างรอบด้าน (Committee of Inquiry into a Comprehensive System of Social Security: Taylor Committee) เพื่อศึกษาวิธีการปฏิรูปที่จำเป็นสำหรับระบบประกันสังคม คณะกรรมการนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหามากมายที่ยังดำรงอยู่ในระบบ ที่รวมถึงการตีความเกณฑ์ของผู้มีสิทธิในโครงการ CSG อย่างผิดๆ และประชาชนไม่สามารถบรรลุเงื่อนไขที่จำเป็น ทำให้รัฐบาลต้องปรับปรุงองค์ประกอบของโครงการบางตัวที่สำคัญและเพิ่มความพยายามในการขยายการขึ้นทะเบียนเป้าหมายให้มากขึ้น สามปี ต่อมา รัฐบาลได้เพิ่มเกณฑ์อายุจาก 7 เป็น 14 ปี ทำให้สามารถเพิ่มจำนวนผู้มีสิทธิได้อย่างรวดเร็วเป็นสองเท่า<sup>18</sup>

## ปฏิบัติการเงินทุนสนับสนุนเด็ก

โครงการ CSG โอนเงินจำนวนคงที่อย่างสม่ำเสมอให้แก่ผู้ดูแลเด็กที่มีสิทธิ จำนวนผู้ได้รับสิทธิมีความคงที่อยู่หลายปี แม้ว่าโครงการจะได้พยายามแล้ว ถึงปี พ.ศ. 2555 สามารถขึ้นทะเบียนเด็กผู้มีสิทธิเข้าโครงการ CSG ได้ถึง 11 ล้านคนหรือ 3 ใน 4 ของเด็กที่มีสิทธิทั่วทั้งประเทศ<sup>19</sup>

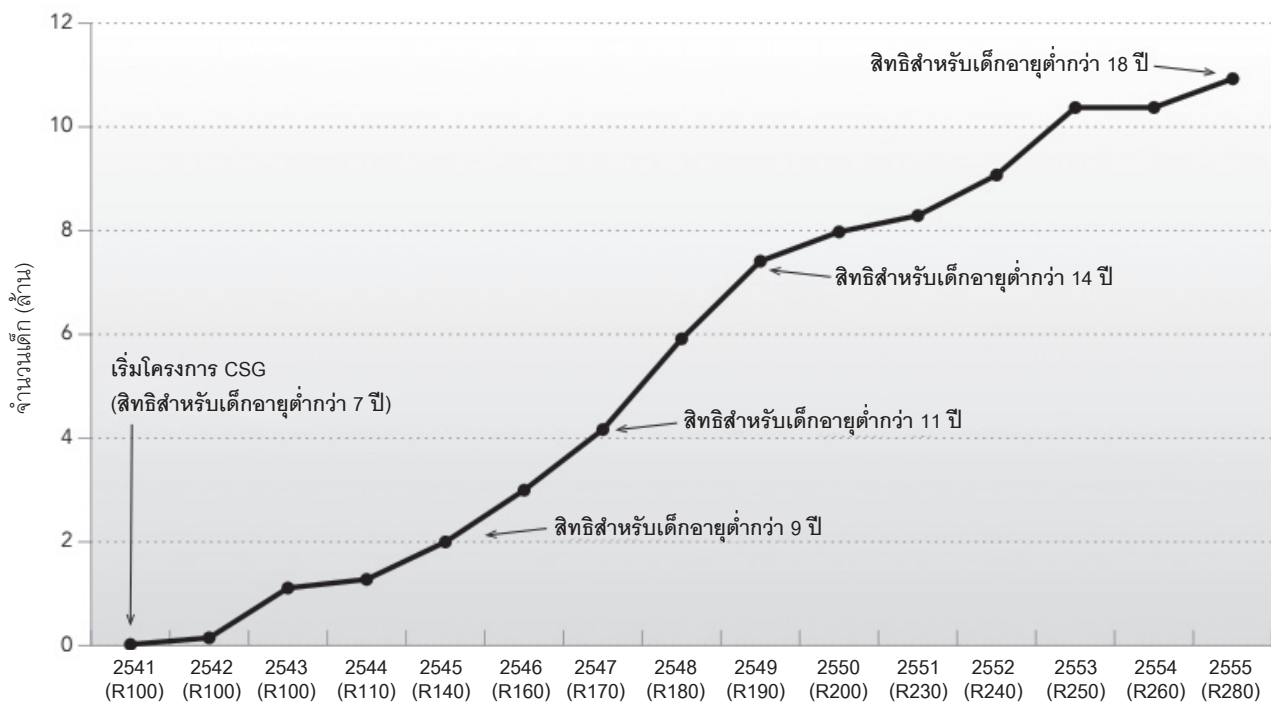
เด็กผู้มีสิทธิสำหรับโครงการ CSG กำหนดจากอายุ รายได้ของครัวเรือนและสถานะของการอยู่อาศัย (จะต้องเป็นผู้อยู่อาศัยอย่างถาวร เป็นพลเมืองหรือเป็นผู้พวยพ) ในระยะแรก เด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี เท่านั้นที่มีสิทธิสมัคร แต่ต่อมา เกณฑ์อายุนี้ก็ค่อยๆ เพิ่ม ทำให้ขยายจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก (ดูภาพที่ 1)<sup>20</sup> นอกจากนี้ จะต้องเป็นเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ยากจนเท่านั้น เมื่อเริ่มต้นโครงการ CSG รัฐบาลกำหนดเกณฑ์รายได้ครัวเรือนไว้ที่ 170 เหยียลสหรัฐในเขตชนบท และ 234 เหยียลสหรัฐต่อเดือนในเขตเมือง ในปี พ.ศ. 2551 ไซดตีที่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายระยะยาว รัฐบาลเพิ่มเกณฑ์รายได้โดยตอกหมุดที่ 10 เท่าของมูลค่าเงินที่มอบให้ต่อเดือน<sup>21</sup>

ในระยะแรก มีเงื่อนไขว่าผู้รับทุนจะต้องเข้าเกณฑ์สุขภาพบางประการ ซึ่งในทางปฏิบัติจะหมายถึงจะต้องมีสมุดบันทึกถนนสู่สุขภาพ — เป็นบันทึกการได้รับวัคซีนและอัตราการเจริญเติบโต อย่างไรก็ตาม ในเวลาต่อมาไม่นาน ก็เป็นที่ชัดเจนว่า ข้อกำหนดนี้ทำร้ายเด็กที่ควรจะมีสิทธิแต่ขาดสมุดดังกล่าว ดังนั้น โครงการ CSG จึงตัดเงื่อนไขนี้ออกไป<sup>22</sup> ในปี พ.ศ. 2553 รัฐบาลแนะนำให้ตั้งเงื่อนไขว่า ผู้รับเงินจะต้องส่งเด็กเข้าโรงเรียน แต่ก็ยังมีผลน้อยมาก — ซึ่งไม่ได้มีการจัดระบบให้มีการเก็บข้อมูลที่จำเป็นที่จะเชื่อมโยงการเข้าโรงเรียนกับการได้รับทุน<sup>23</sup>

รัฐบาลได้ปรับปรุงจำนวนเงินช่วยเหลือเป็นประจำ (ภาพที่ 1) จัดได้ว่ามากเมื่อเทียบกับเงินทุนช่วยเหลือความยากจนในบางประเทศ และทำให้สามารถดึงดูดชาวแอฟริกาใต้ให้เข้ามาลงทะเบียนได้ ชาวแอฟริกาใต้หลายล้านคนในปัจจุบันได้อาศัยเงินนี้เพิ่มทุนรายได้อันน้อยนิดของครัวเรือน

CSG เป็นหนึ่งในหลายโครงการเงินทุนสนับสนุนทางสังคมของรัฐบาล นอกจากเงินทุนนี้ แอฟริกาใต้ยังมีเงินทุนสนับสนุนผู้พิการ เงินสนับสนุนครอบครัวอุปการะเด็ก บำนาญผู้สูงอายุและอื่นๆ เฉพาะปี พ.ศ. 2557 ชาวแอฟริกาใต้จำนวนเกือบ 16 ล้านคนได้รับประโยชน์จากเงินทุนช่วยเหลือของรัฐบาล<sup>24</sup> ระบบสวัสดิการที่ค่อยๆ เติบโตขึ้นได้รับการวางโครงสร้างในปี พ.ศ. 2548 พร้อมๆ กับการก่อตั้งสำนักงานประกันสังคมแห่งแอฟริกาใต้ (South African Social Security Agency: SASSA) ทำหน้าที่บริหารเงินทุนพัฒนาทางสังคมในระดับประเทศ หน่วยงานนี้ยังทำหน้าที่ดูแลองค์ประกอบสำคัญของโครงสร้าง CSG ที่รวมถึงการมีสิทธิจำนวนเงินทุนที่ให้ ยุทธศาสตร์การให้บริการ และระบบตรวจสอบเพื่อความโปร่งใส SASSA เป็นส่วนหนึ่งของกรมพัฒนาสังคม (Department of Social Development: DSD) ที่ทำหน้าที่ดูแลระบบคุ้มครองสังคมในระดับประเทศอย่างรอบด้าน

ภาพที่ 1. การเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การให้ทุนสนับสนุนเด็กและจำนวนการขึ้นทะเบียนที่เพิ่มขึ้น



แหล่งข้อมูล: DSD, SASSA, และยูนิเซฟ (2012a)

(ZAR = South Africa Rand, 1 South African rand = 0.077043 U.S. dollars)

กระบวนการสมัครเข้าโครงการ CSG ดูน่าเกรงขาม แต่มีโครงสร้างต่างๆ ที่ช่วยให้ชาวแอฟริกาใต้สามารถเข้าถึงทุนได้ง่ายและทำให้ DSD และ SASSA มีความโปร่งใส มีสายด่วน SASSA ที่ช่วยในการสมัครเข้าโครงการและให้รายละเอียดในการใช้บริการ รวมถึงมีนักสังคมสงเคราะห์ของ DSD คอยช่วยอำนวยความสะดวกให้ด้วย องค์การภาคประชาสังคมเช่น Black Sash ซึ่งเป็นองค์กรด้านสิทธิมนุษยชนขององค์กรหนึ่ง ก็ได้ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือครอบครัวที่น่าจะมีสิทธิในโครงการ CSG ตัวอย่างเช่น นำพาไปให้ได้รับปรึกษาเกี่ยวกับสายด่วนถ้าพวกเขามีปัญหาในการสมัครเข้ารับทุน<sup>25</sup>

SASSA ยังทำหน้าที่วางมาตรการเพื่อลดการโกง— ซึ่งเป็นเรื่องกังวลของทุกๆ โครงการเงินทุนพัฒนาสังคม ผู้รับทุนจะได้รับบัตรที่เชื่อมโยงโดยตรงกับบัญชีเงินฝากของพวกเขา ซึ่งช่วยให้เกิดความสะดวกและยังช่วยลดการโกงได้อีกด้วย

### ผลลัพธ์ตอบแทน: เด็กแข็งแรงขึ้น, วัยรุ่นปลอดภัยมากขึ้น

มีหลักฐานมากมายที่แสดงว่าการรับเงินจากโครงการ CSG สามารถทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและแง่มุมอื่นๆ ด้านสวัสดิการของเด็กได้ เช่น ภาวะโภชนาการดีขึ้น เข้าโรงเรียนได้มากขึ้น มีบัตรประชาชนมากขึ้น และลดจำนวนแรงงานเด็ก ยิ่งเด็กได้รับทุนเร็วขึ้น ก็ยิ่งช่วยได้มากขึ้น การได้รับเงินช่วยเหลือก่อนอายุ 2 ขวบจะได้รับประโยชน์มากที่สุด แต่การได้รับเงินในช่วงวัยรุ่น (ปัจจุบัน เกณฑ์อายุขั้นสูงสุดอยู่ที่ 18 ปี) ก็ยังช่วยได้อยู่<sup>26</sup>

การประเมินผลกระทบครั้งใหญ่ที่ร่วมกันจัดทำโดย DSD SASSA และยูนิเซฟ ในปี พ.ศ. 2555 นั้น สรุปได้ว่า การได้รับเงินช่วยเหลือจากโครงการ CSG อย่างทันเวลา จะช่วยให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงได้ (ดูกล่อง 1) นักวิจัยพบว่า สำหรับเด็กบางคนนั้น เงินทุนช่วยลดความเสี่ยงของไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ ปวดท้อง ไอ และการเจ็บป่วยเล็กน้อยอื่นๆ ได้<sup>27</sup> เด็กๆ ที่ได้รับทุนจาก CSG ทันเวลาและมีแม่ที่ได้รับความรู้จะได้รับประโยชน์ด้านสุขภาพอย่างชัดเจนและมีการเจริญเติบโตที่ดี ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จะเจ็บป่วยน้อยกว่าและมักจะเจริญเติบโตได้สูงกว่าเด็กในกลุ่มที่ได้รับเงินทุนช้าเกินไป<sup>28</sup>

ปรากฏว่า เงินทุนนี้มีส่วนในการปรับปรุงทั้งคุณภาพและปริมาณของอาหารในครัวเรือนของผู้รับเงินช่วยเหลือ ทำให้ภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของร่างกายดีขึ้น<sup>29</sup> ช่องทางที่นำไปสู่ประโยชน์ด้านสุขภาพอื่นยังไม่ค่อยชัดเจน ผู้ดูแลเด็กใช้เงินที่ได้รับไปในการใช้บริการสุขภาพ, การเดินทางและการซื้อยามาใช้เอง ผู้รับเงินบางคนยืมเงินหรือเบิกเงินล่วงหน้าจาก CSG มาจ่ายค่าใช้จ่ายก่อนได้ในยามจำเป็นที่เป็นเรื่องสุขภาพ ทำให้ CSG กลายเป็นรูปแบบหนึ่งของการประกันสุขภาพที่ไม่เป็นทางการ<sup>30</sup>

นอกจากนี้ CSG ยังช่วยลดความเสี่ยงเฉพาะของวัยรุ่นอีกหลายประการ มีรายงานว่า เด็กที่ได้รับเงินทันเวลามีการดื่มสุราและการติดยาเสพติดในช่วงที่เป็นวัยรุ่นน้อยกว่า<sup>31</sup> วัยรุ่นในครัวเรือนที่เด็กได้รับเงินทุนมีแนวโน้มที่จะยับยั้งเรื่องทางเพศได้มากกว่าวัยรุ่นในกลุ่มที่ไม่ได้รับ

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

เงินช่วยเหลือเป็นเครื่องมือเชิงนโยบายที่ได้มีการศึกษาอย่างดีแล้ว ว่า สามารถช่วยให้มีการปรับปรุงสุขภาพของผู้ได้รับสิทธิให้ดีขึ้นได้ ในประเทศแอฟริกาใต้ นั้น มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับผลกระทบของโครงการ CSG ที่พบว่าผลลัพธ์กว้างขวางทั้งในด้านสุขภาพและในด้านสวัสดิการ

ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่ที่เสนอในบทนี้ได้มาจากการประเมินผลกระทบของโครงการเงินช่วยเหลือ ที่ใช้วิธีการแบบสหวิธีและเป็นความร่วมมือระหว่าง DSD SASSA และยูนิเซฟ แห่งแอฟริกาใต้ นำโดยกลุ่มนักวิจัยจากสถาบันวิจัยนโยบายและเศรษฐกิจแห่งแอฟริกาใต้ นักวิจัยได้ออกแบบการเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวางเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มครัวเรือนที่มีสิทธิที่ได้รับเงินช่วยเหลือ (เป็นกลุ่มทดลอง) กับกลุ่มครัวเรือนที่มีสิทธิแต่ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือ ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะคล้ายกันทั้งในด้านเศรษฐกิจและด้านประชากร ภายในกลุ่มครัวเรือนที่ได้รับเงินทุนนั้น นักวิจัยยังได้เปรียบเทียบระหว่างครัวเรือนที่ได้รับเงินช่วงต้นกับครัวเรือนที่ได้รับเงินช่วงปลายเพื่อจะได้เข้าใจความสำคัญของช่วงเวลาและเวลาที่ได้รับ<sup>36</sup> นอกจากนี้ นักวิจัยยังได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยเพื่อที่จะได้เข้าใจในบริบทต่างๆ จากข้อค้นพบใน

เชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารได้รับข้อมูลอย่างลึกซึ้งซึ่งภายใต้ความครอบคลุมของเงินทุนนั้นว่า ผู้ได้รับเงินทุนใช้จ่ายเงินอย่างไร และพวกเขาเห็นคุณค่าหรือไม่ชอบตรงส่วนไหนของระบบ CSG บ้าง<sup>37</sup>

การศึกษาเพิ่มเติมโดยคลูเวอร์ (Cluver) และคณะ<sup>38</sup> เกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างการได้รับเงินทุนกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศที่สุ่มเสี่ยง ด้วยการให้เทคนิคทางสถิติ พวกเขาได้จับคู่กลุ่มวัยรุ่นที่คล้ายกันระหว่างกลุ่มที่อยู่ในครัวเรือนที่ได้รับกับที่ไม่ได้รับเงินทุนและเปรียบเทียบความคิดเห็นด้วยการสัมภาษณ์

การดำเนินโครงการ CSG นั้น ไม่ได้ดำเนินการแบบสุ่ม ดังนั้น การประเมินผลกระทบจึงต้องอาศัยวิธีที่ถี่ถ้วน ซึ่งโดยหลักการแล้ว ต้องถือว่ายังคงมีความลำเอียงดำรงอยู่ ยังมีผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยอื่นที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับเงินช่วยเหลือของโครงการนี้ด้วย อย่างไรก็ตาม นักวิจัยก็ได้พยายามใช้หลายๆ วิธีการเพื่อควบคุมปัจจัยกวนที่จะมีผลต่อความลำเอียงในการเลือก ถึงแม้ว่าจะเป็นไปไม่ได้ที่จะกำจัดสิ่งเหล่านี้ให้หมดไป แต่จากการออกแบบการศึกษาและผลที่เหมือนๆ กันจากหลายประเทศชี้ว่า CSG มีผลต่อประโยชน์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น

ทุน แม้ว่าพวกเขาจะไม่ใช่มือลงทะเบียนเพื่อรับทุนเองก็ตาม<sup>32</sup> อีกทั้งพบว่า CSG มีส่วนช่วยลดการตั้งครมในวัยรุ่น<sup>33</sup> เรื่องนี้สำคัญเพราะก่อนหน้านี้มี กระแสคัดค้านโครงการฯ โดยให้เหตุผลว่าโครงการฯ นี้จะส่งเสริมให้วัยรุ่น มีการตั้งครมมากขึ้น<sup>34</sup> งานวิจัยจึงช่วยพิสูจน์ให้เห็นว่าข้อกล่าวหาในมิติ

การศึกษาอีกชิ้นหนึ่งพบว่า CSG ช่วยลดพฤติกรรมทางเพศบาง ประเภทที่นำหญิงวัยรุ่นไปสู่ความเสี่ยงอย่างมากต่อการติดเชื้อเอชไอวี เด็กหญิงในครัวเรือนภายใต้ CSG มีการขายบริการทางเพศและมีเพศสัมพันธ์กับชายต่างวัยมากขึ้น น้อยกว่าเด็กหญิงในครัวเรือนที่ไม่ได้รับเงิน นี้ เป็นการปิด 2 ช่องทางสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ ผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นชายโดดเด่นน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า เด็กชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหลายคนในปี ที่ผ่านมาลดลง แม้ว่าผลนี้จะไม่คงที่อย่างยั่งยืนตลอดโครงการก็ตาม (ข้อดีที่ไม่พบหลักฐานที่แสดงว่าเงินทุนทำให้พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงของเด็กชาย นั้นเพิ่มขึ้น)<sup>35</sup>

## ประโยชน์ที่ได้รับนั้นเกิดจากการลงทุนไปเท่าใด?

รัฐบาลได้เพิ่มจำนวนเงินทุนช่วยเหลือนี้ทุกๆ ปี เริ่มต้นจาก 21 เหรียญสหรัฐต่อเดือน พอถึงปี พ.ศ. 2555 ก็เพิ่มสูงขึ้นเป็น 34 เหรียญสหรัฐต่อเดือน

รัฐบาลจัดสรรเงินให้กับระบบเงินทุนช่วยเหลือสังคมอย่างกว้างขวางด้วยเงินภาษีอากร ค่าใช้จ่ายของรัฐทั้งหมดในการช่วยเหลือสังคมคือประมาณร้อยละ 3.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นมาอีกร้อยละ 1.5 นับจากปี พ.ศ. 2537<sup>39</sup> ถึงขณะนี้ CSG เป็นโครงการเงินช่วยเหลือที่ใหญ่ที่สุดในแอฟริกาใต้<sup>40</sup> ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2554 รัฐบาลใช้จ่ายไปกับโครงการ CSG นี้ทั้งหมดเกือบ 4.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ<sup>41</sup> ข้อดีที่เศรษฐกิจของแอฟริกาใต้ไปได้สวย จึงทำให้ขยายฐานการเก็บภาษีได้ CSG ยังคงใช้เงินรายได้ของประเทศในสัดส่วนที่คงที่ ในสองสามปี ที่ผ่านมา แม้ว่าโครงการนี้จะขยายความครอบคลุมประชากรเป้าหมายเพิ่มขึ้น<sup>42</sup>

## กฎแห่งความสำเร็จ

เมื่อโครงการนี้ได้เริ่มต้นขึ้นในระยะแรกนั้น รัฐมนตรีกระทรวงการคลัง นายเทรเวอร์มานูเอล (Trevor Manuel) มีความกังวลว่า ระบบนี้จะไม่ยั่งยืนและจะมีผลให้ประเทศแอฟริกาใต้กลายเป็นรัฐสวัสดิการ แต่ตลอดเวลาที่ผ่านมา เขากลับกลายเป็นผู้สนับสนุนที่มั่นคง<sup>43</sup> มีหลักฐานที่ชัดเจนว่า โครงการนี้มีประโยชน์ในด้านการพัฒนามนุษย์และมีบทบาทสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์ของรัฐบาลที่ต้องการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างในเรื่องความไม่

เท่าเทียม<sup>44</sup> ระดับการลงทุนของรัฐในภาพรวมของเงินทุนช่วยเหลือทางสังคม และโดยเฉพาะใน CSG เป็นบทพิสูจน์ของรัฐบาลว่าได้ทุ่มเทให้กับเรื่องนี้อย่างจริงจัง

รัฐบาลได้ผ่อนปรนยืดหยุ่นให้กับการทำงานเพื่อที่จะทำให้พันธสัญญาด้านประกันสังคมตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2537 ประสบความสำเร็จ รัฐบาลได้ปรับปรุงระบบ CSG เพื่อแก้ปัญหาความเชื่อมโยง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ ภาวะเงินเฟ้อ และการให้ความสำคัญกับเรื่องของความเป็นธรรม ผู้ได้รับสิทธิรายงานว่ามีความประทับใจในเรื่องเอกสารข้อกำหนดที่เข้าใจได้ง่าย การประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการอย่างกว้างขวาง กระบวนการรับสมัครมีความรวดเร็ว และทางเลือกที่หลากหลายของการรับเงินช่วยเหลือ วิธีการใหม่ของการออกสูติบัตรช่วยอำนวยความสะดวกในการขึ้นทะเบียนเด็กที่มีสิทธิและสะท้อนถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ซึ่งในปัจจุบัน โรงพยาบาลต่างๆ สามารถออกใบรับรองการเกิดให้บุตรโดยตรงได้โดยไม่ต้องให้บุตรเดินทางไปยังสำนักงานทะเบียนบ้านเพื่อขอรับหลักฐานนี้<sup>45</sup>

แม้ว่าโครงการ CSG จะดำเนินการได้ครอบคลุมอย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังมีเด็กที่เปราะบางมากๆ หลุดรอดการสำรวจ ที่น่าประหลาดใจก็คือ เด็กที่มีสิทธิแต่ยังไม่ได้รับสิทธิในสัดส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมืองที่เป็นทางการ เป็นไปได้ว่าอาจเป็นเพราะกระบวนการค้นหาเด็กเป้าหมายนั้นมีความเข้มข้นเฉพาะในเขตชนบทและในเขตเมืองที่ไม่เป็นทางการ<sup>46</sup> ทารกและวัยรุ่นที่มีสิทธิมักจะหลุดรอดไปมากกว่าเด็กในวัยอื่น ระดับการศึกษา การมีงานทำ สถานะของการอพยพ และการมีแม่ ล้วนมีผลต่อเด็กที่มีสิทธิว่า จะได้รับการขึ้นทะเบียนหรือไม่<sup>47</sup>

นอกจากนี้ ในการสมัครเข้ารับทุนนั้น ผู้ดูแลเด็กที่มีสิทธิจะต้องยื่นเอกสารให้สำนักงานประกันสังคมเพื่อตรวจสอบการมีสิทธิ การสำรวจระดับประเทศเปิดเผยว่า ด้วยวิธีนี้ทำให้ผู้ดูแลเด็กที่มีสิทธิมากกว่า 1 ใน 4 ไม่สามารถสมัครได้ในปี พ.ศ. 2551 จึงเป็นความท้าทายอีกประการหนึ่งที่รัฐบาลจะต้องแก้ปัญหาให้ได้<sup>48</sup> ที่ตลกมากก็คือ ในการสำรวจความเคลื่อนไหวของรายได้ระดับประเทศในปี พ.ศ. 2553 พบว่า เหตุผลที่ผู้ดูแลเด็กที่มีสิทธิไม่สามารถสมัครที่พบบ่อยมากที่สุดก็คือ พวกเขาคิดว่ารายได้ของพวกเขาสูงเกินกว่าจะมีสิทธิได้<sup>49</sup>

สำนักงานประกันสังคมได้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและลดการโกง ตัวอย่างเช่น การลงทะเบียนวันเกิดทางออนไลน์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้แก่กระบวนการรับสมัครของ CSG สำนักงานประกันสังคมได้กระจายการใช้ระบบโทรศัพท์กระตุ้นด้วยเสียงเพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ณ จุดจ่ายเงิน ด้วยระบบใหม่นี้ ผู้ได้รับสิทธิจะสามารถโทรทุกเดือนเพื่อยืนยันตัวตนและเบิกเงินประจำเดือนนั้นๆ ออกมา<sup>50</sup>

ทุกๆ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในระบบการขึ้นทะเบียน จะต้องมีการณรงค์สื่อสารเพื่อลดความวุ่นวาย สำนักงานประกันสังคมใช้ทั้งวิธีเห็นหน้าไปตามถนน ออกวิทยุ แจกไปทางโรงเรียนและผู้นำชุมชนในชนบท (indunas) เพื่อกระจายข่าวเกี่ยวกับเกณฑ์อายุใหม่ในทุกๆ ครั้งที่มีการขยายเพิ่มขึ้น<sup>51</sup> รัฐบาลกล่าวว่า กระบวนการสื่อสารยังคงมีช่องว่างที่ต้องปรับปรุง และผู้ดูแลเด็กบางคนยังคงไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของโครงการ เพื่อต่อสู้กับปัญหานี้ สำนักงานประกันสังคมได้เปิดเบอร์โทรฟรีสำหรับให้คำแนะนำและให้บริการพิเศษเป็นการเฉพาะแก่ครอบครัวที่เปราะบาง<sup>52</sup>

เพื่อเป็นการให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ DSD ร่วมกับสำนักงานประกันสังคมได้สนับสนุนการศึกษาผลกระทบของโครงการนี้ โดยใช้กลุ่มนักวิจัยในท้องถิ่น ข้อค้นพบเป็นหลักฐานที่ได้ช่วยให้ DSD และสำนักงานประกันสังคมรับรู้ปัญหาและใช้ในการปฏิรูประบบการดำเนินงานในเวลาต่อมา ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ CSG ได้รับการเผยแพร่สู่สาธารณะทางอินเทอร์เน็ต เป็นการส่งเสริมความโปร่งใสที่สามารถตรวจสอบได้

ภาคประชาสังคมของแอฟริกาใต้ก็มีบทบาทที่สำคัญ องค์การที่ต่อสู้เรื่องการแบ่งแยกสีผิวมานานได้เปลี่ยนมาสู้เรื่องความไม่เท่าเทียมกันอย่างมากในแอฟริกาใต้ องค์การสิทธิมนุษยชนอย่าง Black Sash ได้ช่วยประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์ของตนเกี่ยวกับเกณฑ์ของผู้มีสิทธิได้รับทุนและกระบวนการในการสมัคร หน่วยข่าวชุมชนทางเว็บไซต์ที่ชื่อ GroundUp ได้เป็นสื่อกลางให้ผู้อาศัยในเขตเมืองมาเล่าประสบการณ์ของผู้ใช้บริการที่นอกจากจะเป็นการประชาสัมพันธ์สู่ประชาชนแล้วยังเป็นการกดดันให้รัฐบาลต้องรักษาคำมั่นสัญญาในเรื่องนี้ต่อไป<sup>53</sup>

ระดับค่าใช้จ่ายของรัฐเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากความครอบคลุมเด็กเป้าหมายขยายออกไป นำมาซึ่งคำถามเกี่ยวกับความยั่งยืนของโครงการ CSG การคาดการณ์ทางประชากรศาสตร์ชี้ว่า จำนวนของเด็กที่มีสิทธิควรคงที่<sup>54</sup> อย่างไรก็ตาม นักวิจัยเน้นย้ำว่า ความยั่งยืนขึ้นกับการขยายฐานการเก็บภาษีต่อไปในขณะที่ยังคงขยายความครอบคลุมเป้าหมายเพื่อให้เด็กที่มีความจำเป็นได้เข้าถึงมากขึ้น<sup>55</sup>

**นัยสำหรับสุขภาพโลก**

บทเรียนที่เข้าใจได้งายที่สุดของโครงการ CSG ก็คือ เงินช่วยเหลือที่รัฐบาลโอนไปให้ประชาชนสามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นได้ ผลลัพธ์นี้จะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อ ไม่กำหนดเป้าหมายสุขภาพอย่างชัดเจน ไม่มีเงื่อนไขสำหรับสิทธิประโยชน์ และสมาชิกในครอบครัวร่วมกันใช้เงินรายได้ที่โอนเข้ามา เงินช่วยเหลือนี้สามารถปรับปรุงสุขภาพได้โดยตรงก็คือ ใช้จ่ายไปในเรื่องการใช้บริการสุขภาพ การเดินทางและการชื้อยา ส่วนทางอ้อมก็คือมันช่วยลดความยากจนและมีอิทธิพลต่อปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยช่วยให้เด็กสามารถเอาชนะต่อข้อจำกัดที่เกิดจากความด้อยโอกาสของพ่อแม่และสามารถเข้าไปเรียนต่อในโรงเรียนได้ เหมือนกับว่าสิทธิประโยชน์ของโครงการ CSG นั้นจะส่งผลต่อคนในรุ่นต่อไปด้วย

เงินช่วยเหลือที่โอนไปให้ประชาชนนั้น สามารถใช้เป็นอาวุธต่อสู้กับการติดเชื้อเอชไอวีที่ระบาดไปทั่วทั้งดั่งเช่นในประเทศแอฟริกาใต้ สัญญาแตกต่าง บ่งบอกว่า ด้วยการเพิ่มรายได้ให้แก่ครัวเรือน โครงการ CSG ก็จะสามารถลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงได้—ซึ่งก็คือการขายบริการทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์ต่างวัยกันมากๆ —ซึ่งผลักดันโดยการลดคุณค่าของเด็กหญิงและความต้องการทางวัตถุ<sup>56</sup>

ประสบการณ์ของแอฟริกาใต้แสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างเงินช่วยเหลือนี้กับการลงทุนทางสังคมอื่นๆ ที่ช่วยกันทำให้ผลกระทบทางสุขภาพมีมากขึ้น (ดูประกอบกับกรณีที่ 11 ในเล่มนี้ เกี่ยวกับโครงการสุขภาพครอบครัวของบราซิล). ตัวอย่างเช่น จากการประเมินผลนั้น เด็กภายในโครงการที่มีแม่ที่มีการศึกษาสามารถเก็บเกี่ยวประโยชน์ด้านสุขภาพจากเงินนี้ได้มากกว่าเด็กที่มีแม่ที่มีการศึกษาน้อยกว่า นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์ในแอฟริกาใต้ยังได้ช่วยผู้ดูแลเด็กให้ได้เข้าถึงทุน ช่วยขยายความครอบคลุมของโครงการไปถึงเด็กชายขอบ และเตรียมเด็กให้พร้อมสำหรับการได้รับสิทธิในทุนนี้ โชคไม่ดีที่แม้ว่านักสังคมสงเคราะห์ของรัฐบาลจะได้รับบทบาทที่สำคัญ แต่พวกเขามีจำนวนน้อย ต้องทำงานเกินกำลัง และแทบจะไม่สามารถติดตามแต่ละครอบครัวได้<sup>57</sup> การเพิ่มจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ภาครัฐและการขยายการสนับสนุนพวกเขาให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบคุ้มครองสังคมอย่างรอบด้านจะช่วยทำให้ประโยชน์ของเงินทุนนี้ทวีคูณเพิ่มขึ้น

โครงการนี้ออกแบบวิธีการจ่ายเงินในลักษณะที่มีนัยกว้างๆ ไม่เฉพาะเจาะจง ผู้ดูแลหลักของเด็กในโครงการ—ซึ่งไม่ใช่หัวหน้าครอบครัว—จะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลเงินที่ได้รับจาก CSG เพราะผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิง ดังนั้น หน้าที่การจัดการเรื่องรายได้จึงเป็นของแม่ บ้า และย่าหรือยาย การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้หญิงจะลงทุนให้กับเด็กมากกว่าผู้ชาย<sup>58</sup> ดังนั้น แม้ว่าการออกแบบโครงการ CSG จะไม่เจาะจงเรื่องเพศออกมาอย่างชัดแจ้ง แต่การส่งเสริมผู้ดูแลเพศหญิงด้วยเงินทุนนี้มากกว่าจะไปส่งเสริมหัวหน้าครัวเรือนที่เป็นชายนั้น อาจส่งผลกระทบบมากกว่าการออกแบบเป็นอย่างอื่น

ลักษณะการออกแบบ CSG อย่างอื่นที่มีนัยกว้างๆ ก็คือ ระดับของเงื่อนไขที่มากับเงินทุน ประเด็นร้อนที่ว่า ควรจะตั้งเงื่อนไขสำหรับการรับทุนหรือไม่ ยังคงไม่มีข้อยุติในแอฟริกาใต้— รวมถึงทั่วโลก—เพราะนักวิจัยและนักเคลื่อนไหวพบหลักฐานที่สนับสนุนทั้งสองด้าน การให้เงินช่วยเหลือแบบมีเงื่อนไขอาจจะไปกันได้กับการเมืองมากกว่าแบบที่บางคนมองว่าคล้าย “การบริจจาค” อย่างไรก็ตาม แบบมีเงื่อนไขนั้นสามารถกีดกันผู้ด้อยโอกาสส่วนใหญ่จากการเข้าถึงเงินทุนเมื่อบริการทางสังคมมีจำกัดและเมื่อข้อกำหนดนั้นเป็นเครื่องกีดขวางที่สูงเกินไป

ผู้เสนอโครงการเงินช่วยเหลือตระหนักว่า โครงการลักษณะนี้ในระดับประเทศที่บริหารโดยรัฐจะสามารถเข้าถึงเป้าหมายได้กว้างขวางมากแต่การดำเนินงานอาจจะไม่ราบรื่น ประสบการณ์ของแอฟริกาเป็นตัวอย่างหนึ่งของความท้าทาย ความจำเป็นของเงินนี้จำกัดอยู่ในแวดวงประมาณ 1 ใน 4 ของเด็กทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือเด็กแรกเกิด ผู้ซึ่งมี

สิทธิแต่ยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน แต่ระบบการจัดการข้อมูลของโครงการ CSG ไม่ละเอียดพอที่จะติดตามกลุ่มพิเศษที่เป็นเด็กเปราะบางที่มีสิทธิได้ เด็กหลายคนที่จะได้รับสิทธิประโยชน์นี้อย่างมากที่สุดต้องพลาดไป เพราะผู้ดูแลเด็กเหล่านั้นไม่ได้ใส่ใจที่จะเข้าถึงหรือไม่สามารถเข้าถึงซึ่งทุนนี้<sup>59</sup>

การแก้ปัญหาที่มีความเป็นไปได้ประการหนึ่งก็คือดำเนินโครงการ CSG แบบถ้วนหน้า แบบถ้วนหน้าหมายถึงเด็กทุกคนได้รับทุนโดยที่ไม่ต้องพิจารณาคุณสมบัติของครอบครัว ซึ่งตรงข้ามกับปัจจุบันที่มีการตรวจสอบคุณสมบัติของครอบครัวด้วย ผู้ประเมินโครงการชี้ว่า โครงการ CSG แบบถ้วนหน้าจะช่วยลดอุปสรรคมากมายในการเข้าถึงทุนและจะช่วยให้เด็กยากจนอีกหลายล้านคนในปัจจุบันเข้ามาในโครงการนี้ด้วย<sup>60</sup> ความเป็นไปได้ในทางอื่นก็คือ โครงการเงินทุนรายได้พื้นฐาน (Basic

Income Grant: BIG) ซึ่งจะเป็นการจัดสรรรายได้พื้นฐานให้แก่ชาวแอฟริกาใต้ทุกคน 61 โครงการ CSG แบบถ้วนหน้าอาจจะเป็นขั้นที่สองที่จะไปสู่ BIG

โครงการ CSG เป็นหนึ่งในขั้นตอนสำคัญและประสบความสำเร็จในการมุ่งสู่การแก้ปัญหาการแบ่งแยกสีผิว แต่โครงการนี้ก็มิใช่ยาสารพัดโรค ปัญหาอุปด้านและลุ่มลึกยังคงมีอยู่ เช่น การติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีอัตราสูงและกระจายอย่างไม่เป็นธรรม เชื่อได้ว่า การทำให้เด็กที่มีสิทธิทุกคนได้รับเงินทุนช่วยเหลือตั้งแต่เนิ่นๆ ในช่วงแรกของชีวิตจะช่วยให้ประเทศแอฟริกาใต้มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องมุ่งสู่ความปลอดภัยและสุขภาพแข็งแรงมากขึ้นได้

## อ้างอิง

- Agüero, Jorge M., Michael R. Carter, and Ingrid Woolard. 2007. *The Impact of Unconditional Cash Transfers on Nutrition: The South African Child Support Grant*. Working Paper 39. Brasilia, Brazil: International Poverty Centre. <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper39.pdf>.
- Black Sash. 2015. "You and Your Rights: Child Support Grant." Accessed October 29. <http://www.blacksash.org.za/index.php/your-rights/social-grants/item/you-and-your-rights-2>.
- Cluver, Lucie, Mark Boyes, Mark Orkin, Marija Pantelic, Thembela Molwena, and Lorraine Sherr. 2013. "Child Focused State Cash Transfers and Adolescent Risk of HIV Infection in South Africa: A Propensity-Score-Matched Case-Control Study." *Lancet Global Health* 1(6):e362-70. doi:10.1016/S2214-109X(13)70115-3.
- Counter, Peter B. 2014. "Voice ID Biometric Deployment in South Africa among the Largest in the World." *FindBiometrics*, August 28. <http://findbiometrics.com/voice-id-biometric-deployment-in-south-africa-among-the-largest-in-the-world/>.
- Department of Health. 1999. *Draft Policy Guidelines for Adolescent and Youth Health*. Pretoria, South Africa: Department of Health.
- DSD (Department of Social Development), SASSA (South African Social Security Agency), and United Nations Children's Fund (UNICEF). 2011. *Child Support Grant Evaluation 2010: Qualitative Research Report*. Pretoria, South Africa: UNICEF South Africa.
- . 2012a. *The South African Child Support Grant Impact Assessment: Evidence from a Survey of Children, Adolescents and Their Households*. Pretoria, South Africa: UNICEF South Africa.
- . 2012b. *South Africa's Child Support Grant: Overall Findings from an Integrated Qualitative - Quantitative Evaluation*. Pretoria, South Africa: UNICEF South Africa. [http://www.unicef.org/southafrica/SAF\\_resources\\_csg2012findings.pdf](http://www.unicef.org/southafrica/SAF_resources_csg2012findings.pdf).
- Finn, Arden, Murray Leibbrandt, Ingrid Woolard, and Jonathan Argent. 2010. *Trends in South African Income Distribution and Poverty since the Fall of Apartheid*. OECD Social, Employment and Migration Working Papers 101. Paris: OECD Publishing. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/trends-in-south-african-income-distribution-and-poverty-since-the-fall-of-apartheid\\_5kmms0t7p1ms-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/trends-in-south-african-income-distribution-and-poverty-since-the-fall-of-apartheid_5kmms0t7p1ms-en).
- GroundUp. 2015. "About GroundUp." Accessed October 29. <http://groundup.org.za/>.
- Haarmann, Claudia, and Dirk Haarmann. 1996. *A Contribution towards a New Family Support System in South Africa. Report for the Lund Committee on Child and Family Support*. Pretoria, South Africa: Government of South Africa.
- Hall, Katharine, Ingrid Woolard, Lori Lake, and Charmaine Smith. 2012. *South African Child Gauge 2012*. Cape Town, South Africa: University of Cape Town, Children's Institute. [http://www.ci.org.za/depts/ci/pubs/pdf/general/gauge2012/sa\\_child\\_gauge2012.pdf](http://www.ci.org.za/depts/ci/pubs/pdf/general/gauge2012/sa_child_gauge2012.pdf).
- Heinrich, Carolyn, John Hoddinott, and Michael Samson. 2012. "Reducing Adolescent Risky Behaviors in a High-Risk Context: The Impact of Unconditional Cash Transfers in South Africa." Presentation at Center for Global Development, Washington, DC, December 17.



## อ้างอิง (ต่อ)

- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2015. GBD Compare. Accessed October 29. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
- Kelly, Gabrielle. 2013. "We Need to Change How We Think (and Talk) about Social Grants." *GroundUp*, October 7. <http://www.groundup.org.za/content/we-need-change-how-we-think-and-talk-about-social-grants>.
- . 2014. "Everything You Need to Know about Social Grants." *GroundUp*, May 7. [http://groundup.org.za/article/everything-you-need-know-about-social-grants\\_820](http://groundup.org.za/article/everything-you-need-know-about-social-grants_820).
- Kruger, John. 1998. "From Single Parents to Poor Children: Refocusing South Africa's Transfers to Poor Households with Children." Paper presented at ISSA's 2nd International Research Conference on Social Security, Summing Up the Evidence: The Impact of Incentives and Targeting on Social Security. Jerusalem, January 25-28. <https://www.issa.int/html/pdf/jeru98/theme1/1-1d.pdf>.
- Laryea - Adjei, Stephen Devereux, and Maureen Motepe. 2011. "Impact Evaluation of South Africa's Child Support Grant on Child Protection: A Qualitative Review." PowerPoint presentation, Pretoria, South Africa, May 25. <http://www.thepresidency.gov.za/MediaLib/Downloads/Home/Ministries/DepartmentofPerformanceMonitoringandEvaluation3/TheMELearningNetwork/Impact%20Evaluation%20of%20the%20Child%20Support%20Grant%20in%20South%20Africa.pdf>.
- Leibbrandt, Murray, Ingrid Woolard, and Christopher Woolard. 2007. "Poverty and Inequality Dynamics in South Africa: Post - Apartheid Developments in the Light of the Long - Run Legacy." Draft paper, University of Cape Town. [http://www.ipc-undp.org/conference/ems/papers/ENG/Leibbrandt\\_Woolard\\_Woolard\\_ENG.pdf](http://www.ipc-undp.org/conference/ems/papers/ENG/Leibbrandt_Woolard_Woolard_ENG.pdf).
- Mabugu, Ramos, and Margaret Chitiga - Mabugu. 2013. "Are Social Grants a Threat to Fiscal Sustainability?" Human Sciences Research Council. <http://www.hsrc.ac.za/en/review/hsrc-review-november-2013/social-grants-fiscas>.
- Makiwane, Monde, Eric Udjo, Linda Richter, and Chris Desmond. 2006. *Is the Child Support Grant Associated with an Increased in Teenage Fertility in South Africa? Evidence from National Surveys and Administrative Data*. Pretoria, South Africa: Human Sciences Research Council.
- McEwen, Hayley, and Ingrid Woolard. 2012. "The Fiscal Cost of Child Grants in the Context of High Adult Mortality in South Africa: A Simulation to 2015." *Development Southern Africa* 29 (1): 141-56. doi:10.1080/0376835X.2012.645648.
- PHILA (Public Health Intervention through Legislative Advocacy). 1997. "The Report of the Lund Committee on Child and Family Support," April 22. <http://www.healthlink.org.za/pphc/Phila/lundsum.htm>.
- SASSA (South African Social Security Agency) and United Nations Children's Fund (UNICEF). 2013. *Preventing Exclusion from the Child Support Grant: A Study of Exclusion Errors in Accessing CSG Benefits*. Pretoria, South Africa: UNICEF South Africa.
- Seekings, Jeremy. 2007. *Deserving Individuals and Groups: Justifying the Shape of South Africa's Welfare State*. Working Paper 193. Cape Town, South Africa: Centre for Social Science Research and Public Policy.
- Simbayi, L.C., O. Shisana, T. Rehle, D. Onoya, S. Jooste, N. Zungu, and K. Zuma. 2014. *South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012*. Pretoria, South Africa: Human Sciences Research Council. <http://www.hsrc.ac.za/en/research-outputs/view/6871>.
- SouthAfrica.info. 2014. "Increases in Old Age, Child Support Grants," February 27. <http://www.southafrica.info/business/economy/policies/budget2014h.htm#.VHy2izGjNiQ>.
- Tiberti, Luca, Hélène Maisonnave, Margaret Chitiga, Ramos Mabugu, Véronique Robichaud, and Steward Ngandu. 2013. *The Economy - Wide Impacts of the South African Child Support Grant: A Micro - Simulation - Computable General Equilibrium Analysis*. Working Paper 13 - 03. Montreal, QC: Centre Interuniversitaire sur la Risque les Politiques Economiques at l'Emploi. [http://www.cirpee.org/fileadmin/documents/Cahiers\\_2013/CIRPEE13-03.pdf](http://www.cirpee.org/fileadmin/documents/Cahiers_2013/CIRPEE13-03.pdf).
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 1998. *The State of the World's Children 1998*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Williams, Martin J. 2007. "The Social and Economic Impacts of South Africa's Child Support Grant." Thesis, Williams College, Williamstown, MA. [http://web.williams.edu/Economics/Honors/2007/Williams\\_thesis.pdf](http://web.williams.edu/Economics/Honors/2007/Williams_thesis.pdf).
- Woolard, Ingrid, Thabani Buthelezi, and Jonathan Bertscher. 2012. *Child Grants: Analysis of the NIDS Wave 1 and 2 Datasets*. Working Paper 84. Cape Town, South Africa: Southern Africa Labour and Development Research Unit.
- Woolard, Ingrid, and Murray Leibbrandt. 2010. "The Evolution and Impact of Unconditional Cash Transfers in South Africa." Working paper, University of Cape Town, Southern Africa Labour and Development Research Unit. [http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/84797-1251813753820/6415739-1251815804823/Ingrid\\_Woolard\\_paper.pdf](http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/84797-1251813753820/6415739-1251815804823/Ingrid_Woolard_paper.pdf).
- World Bank. 2011. *Gender Equality and Development*. Washington, DC: World Bank. <https://siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/Resources/7778105-1299699968583/7786210-1315936222006/CompleteReport.pdf>.
- Zembe, Yanga Z., Loraine Townsend, Anna Thorson, and Anna Ekström. 2013. "'Money Talks, Bullshit Walks' Interrogating Notions of Consumption and Survival Sex among Young Women Engaging in Transactional Sex in Post - Apartheid South Africa: A Qualitative Enquiry." *Globalization and Health* 9 (1): 28. doi:10.1186/1744-8603-9-28.

## อ้างอิง (ต่อ)

Zere, Eyob, and Diane McIntyre. 2003. "Inequities in Under - Five Child Malnutrition in South Africa." *International Journal for Equity in Health* 2:7. doi:10.1186/1475-9276-2-7.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Zere and McIntyre (2003).
2. Kruger (1998).
3. Finn et al. (2010).
4. Leibbrandt, Woolard, and Woolard (2007).
5. UNICEF (1998); Agüero, Carter, and Woolard (2007).
6. UNICEF (1998).
7. IHME (2015).
8. Department of Health (1999, 6).
9. Department of Health (1999).
10. Simbayi et al. (2014).
11. Zembe et al. (2013).
12. Heinrich, Hoddinott, and Samson (2012).
13. PHILA (1997).
14. Kruger (1998).
15. Haarmann and Haarmann (1996).
16. Michael Samson, personal communication with the author, August 21, 2014.
17. Woolard and Leibbrandt (2010).
18. Woolard and Leibbrandt (2010).
19. Hall et al. (2012).
20. In subsequent years the age cutoff was raised to 18, in steps, starting in 2003 (to 8), then again in 2004 (to 11), 2005 (to 14), 2009 (to 15), 2010 (to 16), 2011 (to 17), and, finally, 2012 (to 18) (Michael Samson, personal communication with the author, August 21, 2014).
21. DSD, SASSA, and UNICEF (2012a).
22. Woolard and Leibbrandt (2010)
23. Lack of school attendance is supposed to trigger social services for CSG beneficiaries (Michael Samson, personal communication with the author, August 21, 2014).
24. SouthAfrica.info (2014).
25. Black Sash (2015); Kelly (2014).
26. DSD, SASSA, and UNICEF (2012a).
27. DSD, SASSA, and UNICEF (2012a).
28. DSD, SASSA, and UNICEF (2012a).
29. Williams (2007).
30. DSD, SASSA, and UNICEF (2011).
31. DSD, SASSA, and UNICEF (2012a).
32. Heinrich, Hoddinott, and Samson (2012).
33. Makiwane et al. (2006).
34. Kelly (2013).
35. Cluver et al. (2013).
36. DSD, SASSA, and UNICEF (2012a).
37. DSD, SASSA, and UNICEF (2011).
38. 2013.
39. Laryea - Adjei, Devereux, and Motepe (2011); Seekings (2007, 2).
40. Tiberti et al. (2013).
41. Laryea - Adjei, Devereux, and Motepe (2011).
42. McEwen and Woolard (2012).
43. Michael Samson, personal communication with the author, August 21, 2014.
44. Michael Samson, personal communication with the author, August 21, 2014.
45. DSD, SASSA, and UNICEF (2011).
46. SASSA and UNICEF (2013).
47. SASSA and UNICEF (2013).
48. DSD, SASSA, and UNICEF (2012a).
49. Woolard, Buthelezi, and Bertscher (2012).
50. Counter (2014).
51. DSD, SASSA, and UNICEF (2011).
52. SASSA and UNICEF (2013).
53. Black Sash (2015); GroundUp (2015).
54. McEwen and Woolard (2012).
55. Mabugu and Chitiga - Mabugu (2013).
56. Cluver et al. (2013).
57. DSD, SASSA, and UNICEF (2011).
58. World Bank (2011).
59. SASSA and UNICEF (2013).
60. DSD, SASSA, and UNICEF (2012b), page 2.
61. Michael Samson, personal communication with the author, August 21, 2014.

## กรณีศึกษาที่ 17

### เรียนรู้จากความล้มเหลว

#### โครงการเงินช่วยเหลือครอบครัว - 2 แห่งฮอนดูรัส

(ต้นฉบับโดย Rachel Silverman จากฉบับที่ร่างโดย Alix Beith)

##### ภาพรวมโดยสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** แนะนำผู้เป็นแม่ในการเลี้ยงลูกและในด้านอนามัยปฏิบัติ ส่งเสริมอาหารที่เหมาะสม กระตุ้นให้ไปใช้บริการสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ สำหรับแม่ที่เลี้ยงดูลูกและสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี และปรับปรุงบริการสุขภาพให้มีความเหมาะสมแก่ผู้ใช้สิทธิภายใต้โครงการจัดสรรเงินช่วยเหลือครอบครัว

**ยุทธวิธี:** โอนเงินให้อย่างมีเงื่อนไข มุ่งเป้าไปที่ครอบครัวที่มีหญิงตั้งครรภ์หรือมีเด็กเล็กในพื้นที่ชนบทที่มีความกดดัน เสริมด้วยการปรับปรุงผังอุปทานให้มีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งการปรับปรุงสุขภาพอนามัยให้ดีขึ้น

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** มีการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพมากขึ้นสำหรับเด็กเล็กและหญิงตั้งครรภ์ แต่จำนวนการมาใช้บริการก่อนคลอดไม่เปลี่ยนแปลง และไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นสำหรับโรคท้องเสีย โรคโลหิตจาง หรือภาวะแคะแกระน แต่ภาวะการเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 2 - 4

**เหตุที่ไม่ประสบความสำเร็จ:** เงินที่โอนไปให้มันน้อยเกินไปและไม่สามารถควบคุมเงื่อนไขที่ตั้งไว้ได้ ศักยภาพของสถาบันอยู่ในระดับต่ำทำให้ไม่สามารถปรับปรุงคุณภาพของบริการสุขภาพได้ การออกแบบการโอนเงินอาจนำไปสู่แรงจูงใจในทางตรงกันข้ามคือมีการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น

**การเงินการคลัง:** ค่าใช้จ่ายประมาณ 18 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯภายในเวลา 4 ปี สำหรับองค์ประกอบด้านสุขภาพและโภชนาการ

**ขนาดของโครงการ:** มีครอบครัวได้รับสิทธิจำนวน 109,649 ครอบครัวต่อปี

สำหรับความเป็นอยู่ในแหล่งยากจนอย่างมากของชาวฮอนดูรัส การมีสุขภาพดีสำหรับความเป็นอยู่ในแหล่งยากจนสุด ๆ ของชาวฮอนดูรัส การมีชีวิตรอดไปวัน ๆ นับว่าเป็นเรื่องที่ทำนายยาก พื้นที่ความยากจนของประเทศนี้ อยู่ในเขตชนบททางภาคตะวันตก รายได้อันน้อยนิดของครอบครัวขึ้นอยู่กับสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ความไม่แน่นอนของผลผลิตจากกาแฟและราคากาแฟ อาหารที่เลี้ยงครอบครัวมักจะไม่เพียงพอ ทำให้เด็กจำนวนมากต้องประสบปัญหาภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง พ่อแม่จำนวนมากพาลูกชายไปทำงานในไร่กาแฟ ส่วนลูกสาวก็มักจะแต่งงานเร็วและมีลูกก่อนวัยอันควร ทำให้อัตราการเจริญพันธุ์เพิ่มสูงขึ้นและเต็มเต็มวงจรแห่งความยากจน ในพื้นที่ห่างไกลจากตัวเมือง ห่างไกลจากบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และขาดซึ่งโครงสร้างพื้นฐานที่ทันสมัย ไม่มีไฟฟ้า และไม่มีการสุขาภิบาลที่ดีพอ จึงยากที่จะหนีจากความกดดันและความลำบากตรากตรำในทุก ๆ วัน

การที่ภูมิภาคชนบทของประเทศยังต้องประสบกับความยากจนอย่างแสนสาหัส ทำให้รัฐบาลฮอนดูรัสต้องริเริ่มโครงการทดลองโอนเงินช่วยเหลือไปให้ประชาชนเพื่อคุ้มครองสังคมในปี พ.ศ. 2533 ก่อนที่โครงการในลักษณะนี้จะเป็นที่นิยมในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางเสียอีก และในปี เดียวกันนั้น ฮอนดูรัสก็ได้เริ่มโครงการเงินช่วยเหลือครอบครัว - 1 (Programa de Asignacion Familiar - I: PRAF

- 1) อย่างเป็นทางการ เพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่ยากจนสุด ๆ ที่ต้องประสบกับความสูญเสีย ภายใต้ต้นนโยบายการปรับปรุงโครงสร้าง แต่ต่อมาไม่นาน PRAF - 1 ก็ล้มเหลว ธนาคารพัฒนาระหว่างรัฐอเมริกา (Inter - American Development Bank: IDB) ก็ได้เคลื่อนต่อกับโครงการนำร่องใหม่ที่ได้ปรับปรุงแล้ว เรียกว่า PRAF - 2 ซึ่งถูกออกแบบให้ส่งเสริมทางด้านทุนมนุษย์และนำมาแทนโครงการ PRAF - 1 ที่กำลังย่ำแย่ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีประสบการณ์จากความผิดพลาดครั้งที่แล้ว แต่ก็ยังเกิดความผิดพลาดอีก ถึงแม้ว่า PRAF - 2 จะได้แก้ไขในส่วนขาดของ PRAF - 1 แล้วก็ตาม ช่องโหว่ของการออกแบบใหม่ทำให้เกิดปัญหาใหม่ที่คาดไม่ถึง ด้วยผลลัพธ์ที่สับสนและแม้กระทั่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ได้รับสิทธิด้วย

ประสบการณ์ของ PRAF ชี้ให้เห็นว่า การโอนเงินช่วยเหลือของรัฐบาลสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีได้ตั้งใจได้อย่างไร ส่วนใหญ่เป็นเพราะการออกแบบที่ไม่เหมาะสม การติดตามการดำเนินโครงการอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อหลีกเลี่ยงหลุมพรางและเพื่อจะได้ทราบผลเสียแต่เนิ่น ๆ ทั้งนี้ เพื่อจะได้แก้ไขหรือปรับปรุงโครงการได้ทันเวลา เรื่องราวของชาวฮอนดูรัสเป็นหนึ่งในเรื่องที่เราได้เรียนรู้ได้ขณะปฏิบัติที่ซ้ำแล้วซ้ำเล่าตลอดระยะเวลา 2 ทศวรรษ— แต่ก็ยังคงได้ผลลัพธ์ที่สับสน

## ความสูญเสียอันเนื่องมาจากความยากจนในชนบท

ด้วยเหตุที่ประชากรมากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในภูมิภาคที่เป็นภูเขาและเนินเขาในพื้นที่ชนบทของประเทศ ทำให้ฮอนดูรัสต้องต่อสู้มาเป็นเวลายาวนานเพื่อให้ประเทศเติบโตดังเช่นประเทศเพื่อนบ้าน ในปี พ.ศ. 2542 ครึ่งหนึ่งของประชากรในประเทศฮอนดูรัสมีรายได้เพียง 890 เหรียญสหรัฐต่อปี เมื่อเทียบกับค่าเงินเหรียญสหรัฐในปัจจุบัน (พ.ศ. 2558) ทำให้ฮอนดูรัสเป็นประเทศที่ยากจนที่สุดในอเมริกากลางและยากจนเป็นที 2 รองจากเฮติในภูมิภาคลาตินอเมริกาและแคริบเบียน<sup>1</sup>

ดัชนีจีนิ (Gini index) ใช้วัดระดับความไม่เท่าเทียมของรายได้ของฮอนดูรัสอยู่ในกลุ่มสูงที่สุดในลาตินอเมริกา มูลค่าทรัพย์สินร้อยละ 42 อยู่ในกำมือของกลุ่มคนรวยที่สุดที่มีอยู่ร้อยละ 10<sup>2</sup> ชาวฮอนดูรัสที่ยากจนที่สุดนั้น ส่วนใหญ่เป็นชนพื้นเมืองที่อาศัยในชนบท ต้องต่อสู้เพื่อประท้วงชีวิตแบบหาเช้ากินค่ำ เกือบร้อยละ 70 ของชาวฮอนดูรัสอาศัยอยู่ใต้เส้นความยากจน ร้อยละ 25 อยู่แบบยากจนสุดๆ (มีกำลังซื้อเปรียบเทียบกับน้อยกว่า 1.25 เหรียญสหรัฐต่อวัน)<sup>3</sup>

การที่ต้องอาศัยอยู่ท่ามกลางความยากจนทำให้มีโอกาสน้อยที่จะได้เรียนต่อในชั้นมัธยมศึกษา—ซึ่งเป็นประตูสำคัญที่จะแยกไปเป็นครอบครัวที่ร่ำรวยและมีโอกาสในชีวิตที่ดีขึ้น—ส่งผลให้หญิงชาวชนบทในฮอนดูรัสมีลูกก่อนวัยอันควรแถมยังมีลูกที่อีกด้วย ในชนบทของฮอนดูรัสนั้น การสำรวจในปี พ.ศ. 2544 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการมีลูกของผู้หญิงหนึ่งคนเท่ากับ 5.62 คนตลอดอายุขัยเปรียบเทียบกับในเขตเมืองมีเพียง 3-3.5 คนและเปรียบเทียบกับภาพรวมของภูมิภาคลาตินอเมริกาและแคริบเบียนคือ 2.6 คน<sup>4</sup> ในเวลานั้น ร้อยละ 60 ของหญิงชาวชนบทที่อายุระหว่าง 20 - 24 ปี เคยมีลูกแล้วเมื่ออายุ 20 ปี และร้อยละ 36 เมื่ออายุ 18 ปี<sup>5</sup> และความต่างของการใช้จ่ายค่ากำเนิดระหว่างชนบทกับเขตเมืองก็มีความคงที่ คือมากกว่า 1 ใน 3 เพียงเล็กน้อย ของหญิงที่แต่งงานแล้วหรือหญิงวัยรุ่นที่ใช้ชีวิตอยู่ในชนบทมีการใช้วิธีคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่ เปรียบเทียบกับเกือบครึ่งของหญิงกลุ่มเดียวกันในเขตเมือง และประมาณ 2 ใน 3 ของหญิงเขตเมืองใช้ชีวิตคู่ที่อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป<sup>6</sup>

สำหรับผู้หญิงในชนบทของฮอนดูรัส ส่วนใหญ่มักจะอาศัยอยู่ห่างไกลจากบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การตั้งครรภ์จึงเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่ง มีเพียงร้อยละ 38 เท่านั้นที่หญิงชาวชนบทไปใช้บริการทำคลอดที่คลินิกหรือโรงพยาบาล และ 1 ใน 5 ไม่ได้ใช้บริการรับฝากครรภ์ประเภทใด<sup>7</sup>

นอกจากนี้ ความยากจนในชนบทยังส่งผลเสียอย่างมากต่อเด็กๆ ในการคลอดทุกๆ 1,000 ราย มี 38 รายไม่ได้เกิดเป็นทารกและอีก 13 รายเป็นทารกได้ไม่ถึง 5 วัน ส่วนใหญ่ตายด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น ท้องเสีย ติดเชื้อในทางหายใจแบบเฉียบพลัน และอาการแทรกซ้อนต่างๆ ระหว่างคลอด<sup>8</sup> ในกลุ่มเด็กที่รอดนั้น มีจำนวนมากที่เจริญเติบโตได้ไม่ดี ประมาณ

ร้อยละ 14 ของทารกชาวฮอนดูรัสคลอดออกมาด้วยน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 35 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีสภาพแคระแกร็น และร้อยละ 34 ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยโรคโลหิตจาง<sup>9</sup>

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: การโอนเงินช่วยเหลือครั้งเก่าเพื่อแก้ปัญหาวิกฤตใหม่

ช่วงทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) เป็นช่วงเวลาที่ยากจนมีสันติสุขทั่วประเทศและมีรัฐบาลพลเรือนที่เข้มแข็ง<sup>10</sup> แม้ว่าเศรษฐกิจจะขึ้นๆ ลงๆ ตลอดช่วงทศวรรษก่อนหน้าและผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ค่อนข้างต่ำ แต่เศรษฐกิจของฮอนดูรัสก็ค่อยๆ ขยายตัวอย่างช้าๆ แต่ที่มั่นคง อันที่จริง มันมีเหตุผลสำหรับการมองโลกในแง่ดีแบบนี้<sup>11</sup>

ตอนปลายทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ภายหลังจาก 2 - 3 ปี ที่เศรษฐกิจกำลังเติบโตขึ้นอย่างช้าๆ ก็กลับมี 2 วิกฤตการณ์ที่ทำให้สะดุดลงอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2541 เหตุการณ์แผ่นดินถล่มอันเนื่องมาจากพายุเฮอริเคนมิทช์ (Hurricane Mitch) ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างหนักทั้งในด้านชีวิตและด้านเศรษฐกิจ ผู้คนล้มตายไปเกือบ 6,000 คน และก่อความเสียหายด้านวัตถุประมาณ 3.8 พันล้านเหรียญสหรัฐ<sup>12</sup> ผ่นวกกับผลกระทบของเฮอริเคนมิทช์ ฮอนดูรัสยังต้องได้รับเคราะห์จากราคากาแฟที่ตกต่ำทั่วโลก—ซึ่งกาแฟเป็นสินค้าส่งออกที่สำคัญของประเทศนี้ จากปี พ.ศ. 2540 ถึงปี ต้นๆ ของทศวรรษที่ 2,000s (พ.ศ. 2543 - 2552) ราคากาแฟที่พุ่งลงเหวทำลายชีวิตผู้คนเกือบ 1 ใน 3 ของชาวฮอนดูรัสในชนบทผู้มีรายได้จากกาแฟ<sup>13</sup>

ขณะที่เผชิญกับหายนะภัย ชาวชนบทหลายครอบครัวสิ้นหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือ แต่ยังมีโชคดีที่ประเทศฮอนดูรัสมีโครงการคุ้มครองสังคมที่มุ่งช่วยเหลือพลเมืองผู้เปราะบางมากที่สุดและได้ดำเนินโครงการนี้มานานแล้วด้วย เริ่มจากในปี พ.ศ. 2493 รัฐบาลฮอนดูรัสประกาศให้การช่วยเหลือคนยากจนในด้านอาหาร และในตอนต้นทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ประชากรมากกว่า 1 ใน 4 ได้รับประโยชน์จากความช่วยเหลือนี้<sup>14</sup> อย่างไรก็ตาม สิ่งต่างๆ เปลี่ยนไป ในปี พ.ศ. 2533 เมื่อฮอนดูรัสเริ่มดำเนินนโยบายปรับปรุงโครงสร้างตามเงื่อนไขของไอเอ็มเอฟกับการกู้ยืมเงินจากธนาคารโลก เป็นที่รับรู้กันว่า การแปรรูปจากรัฐวิสาหกิจเป็นเอกชนอย่างกะทันหันและการตัดงบประมาณจ่ายด้านสังคม ร่วมกับการปรับปรุงโครงสร้างได้ก่อให้เกิดความเจ็บปวดขึ้นในระยะใกล้ ธนาคารโลกและรัฐบาลฮอนดูรัสจึงได้ร่วมกันก่อตั้งและขยายตาข่ายคุ้มครองสังคมให้เข้มแข็งขึ้น ดังนั้น ด้วยการสนับสนุนทางการเงินจากธนาคารโลกและ IDB โครงการ PRAF - 1 จึงได้เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2533<sup>15</sup>

PRAF - 1 เป็นโครงการที่มีหลายวัตถุประสงค์ เช่น เพื่อปรับปรุงด้านโภชนาการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเพื่อสุขภาพของชาวฮอนดูรัสที่ยากจนที่สุด โครงการได้แจกอุปกรณ์ให้ผู้เป็นแม่เพื่อแลกเปลี่ยน

เป็นอาหารหรือแจกเงินสำหรับผู้ที่มีสิทธิตรงตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่างๆ สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพภายใต้โครงการนี้รวมถึงการอนามัยแม่และเด็กที่มีการแจกคู่มือให้หญิงตั้งครรภ์ แม่ที่เลี้ยงทารก และแม่ที่มีเด็กเล็กหรือเด็กที่พิการที่ต้องมาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นประจำ รวมทั้งมีการให้คู่มือโภชนาการแบบไม่มีข้อผูกมัดสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ นอกจากนี้ ยังมีคู่มืออื่นๆ อีกที่แจกเพื่อส่งเสริมให้เด็กไปเข้าโรงเรียนและเพื่อส่งเสริมอาชีพแก่หญิงชาวฮอนดูรัส ถึงปี พ.ศ. 2541 มีประชาชน 318,000 คนต่อปี ได้รับคู่มือจาก PRAF - 1<sup>16</sup>

อย่างไรก็ตาม ภายใต้วิกฤติการณ์ 2 เหตุการณ์ในตอนปลายทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ดังกล่าวแล้ว ในระยะต่อมา ก็เป็นที่ชัดเจนว่า PRAF - 1 ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายตามศักยภาพที่คาดหวัง IDB ตำนานว่าเป็นเพราะการออกแบบและการดำเนินงานมีข้อบกพร่อง ไม่มีการปฏิบัติตามเงื่อนไขเพราะไม่มีการกำกับให้กระทำและแม่แต่เมื่อผู้เป็นแม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขคือมารับบริการที่สถานบริการแล้ว แต่ก็กลับมีปัญหาว่า เจ้าหน้าที่หรือทรัพยากรมีไม่เพียงพอ และเหตุที่ผู้ได้รับสิทธิส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการธนาคารได้ จึงต้องโอนเงินช่วยเหลือผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู ซึ่งทำให้กระบวนการมีความเสี่ยงต่อความล่าช้าและการยกยอก คู่มือด้านสุขภาพที่ให้นั้นคำนวณเป็นมูลค่าได้เท่ากับร้อยละ 12 ของค่าใช้จ่ายด้านอาหารพื้นฐาน— จึงน้อยเกินไปที่จะมีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้จริงหรือทำให้การบริโภคเปลี่ยนแปลงไปได้น้อยมาก<sup>17</sup>

การวางเป้าหมายไม่ดีหรือการที่ไม่ได้วางก็ตาม มีส่วนทำให้เกิดปัญหาใหญ่ตามมา สถานที่ตั้งสาขาของ PRAF - 1 โรงเรียนและสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย ล้วนถูกเลือกตามอัตราภาวะทุพโภชนาการในเด็กภายในพื้นที่รับผิดชอบนั้นๆ อย่างไรก็ตาม ในแต่ละพื้นที่นั้น การเลือกผู้ได้รับสิทธิเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูเป็นผู้พิจารณา ดังนั้น จึงทำให้โครงการนี้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจแบบอัตนัย. สองในห้าสิทธิประโยชน์ด้านอนามัยแม่และเด็กถูกช่วงชิงไปโดยคนที่ไม่ยากจนจริงถึงร้อยละ 40 ขณะที่คนยากจนที่สุดอีกมากมายถูกกีดกันออกไป<sup>18</sup>

IDB เห็นว่าจำเป็นต้องใช้วิธีการใหม่— คือจะต้องเน้นเรื่องทุนมนุษย์ (human capital) ในกลุ่มประชาชนที่ยากจนที่สุดของฮอนดูรัส โดยใช้วิธีวัดผลสำเร็จที่ชัดเจนและใช้ยุทธวิธีที่ประเมินผลที่เหมาะสมเพื่อดูว่าโครงการบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่<sup>19</sup> ในปี พ.ศ. 2541 รัฐบาลฮอนดูรัสได้เจรจาต่อรองเงินกู้จาก IDB จนกระทั่งได้เงินมา 45 ล้านดอลลาร์สหรัฐเพื่อดำเนินโครงการใหม่ของ PRAF เป็นโครงการนำร่องชื่อว่า PRAF - 2

### ปฏิบัติการโครงการ PRAF - 2

PRAF - 2 มีเป้าหมายเป็นเทศบาล 70 แห่งในพื้นที่ชนบทที่ยากจนมากและอยู่ทางตะวันตกของฮอนดูรัส โครงการนี้จ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อ

สุขภาพและการศึกษา ควบคู่ไปกับการดำเนินงานในฝั่งอุปทาน เช่น การปรับปรุงคุณภาพของบริการสาธารณสุขและการศึกษาเพื่อสลายวงจรแห่งความยากจน ด้วยการทำงานกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ IDB ได้เป็นผู้นำในการออกแบบโครงการใหม่และวางแผนจะประเมินผลร่วมกับสถาบันวิจัยนโยบายอาหารระหว่างประเทศ (International Food Policy Research Institute: IFPRI) ซึ่งเป็นกลุ่มวิจัยระหว่างประเทศที่ได้รับการยอมรับอย่างสูง ตั้งอยู่ในวอชิงตัน ดี.ซี. เน้นด้านการพัฒนาเกษตรกรรม ด้านความมั่นคงทางอาหาร และด้านการบรรเทาความยากจน<sup>20</sup>

โครงการนำร่องนี้ใช้เงินกู้จาก IDB และเงินจากรัฐบาลฮอนดูรัส อีกจำนวนเล็กน้อย โครงการ PRAF - 2 ที่ปรับปรุงขึ้นใหม่นี้มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ มีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ได้รับสิทธิที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีการเพิ่มเติมองค์ประกอบของการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ฝั่งอุปทาน และออกแบบวิธีการกระจายเงินแบบใหม่<sup>21</sup> นอกจากนี้ PRAF - 2 ยังได้ออกแบบให้มีการประเมินผลอย่างจริงจังตั้งแต่เริ่มโครงการ และเพื่อช่วยในการศึกษาผลกระทบของแต่ละองค์ประกอบของโครงการ ได้มีการสุ่มจำแนก 70 เทศบาลออกเป็นกลุ่มต่างๆ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่รับเงินช่วยเหลือครอบครัวอย่างเดียว กลุ่มที่ฝั่งอุปทานได้รับเงินเพื่อสร้างความเข้มแข็ง กลุ่มที่มีทั้งสององค์ประกอบของโครงการคือรับเงินช่วยเหลือครอบครัวและรับเงินสร้างความเข้มแข็งฝั่งอุปทาน และกลุ่มควบคุม (ดูกล่อง 1)<sup>22</sup> ขณะที่ PRAF - 1 ยังคงดำเนินต่อไปทั่วประเทศ รวมถึง 70 เทศบาลที่เลือกออกมาเข้าโครงการนำร่อง PRAF - 2 ด้วย<sup>23</sup>

เช่นเดียวกับ PRAF - 1, PRAF - 2 เลือกเป้าหมาย 70 เทศบาลจากพื้นที่ที่มีอัตราภาวะทุพโภชนาการสูงที่สุด ซึ่งเชื่อว่าเป็นตัวแทนความยากจนมากที่สุดได้ ด้วยประชากรรวมประมาณ 660,000 คน เทศบาลซึ่งอยู่ในภาคตะวันตกของฮอนดูรัสเหล่านี้มีดัชนีการพัฒนามนุษย์ที่ค่อนข้างต่ำ นั่นคือ เกือบร้อยละ 80 อาศัยอยู่ด้วยความยากจน มากกว่าร้อยละ 70 ยากจนแบบสุดๆ และ 1 ใน 3 ของผู้ใหญ่ (adults) เป็นไม่รู้หนังสือ<sup>24</sup> ประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนเด็กมีภาวะแคระแกร็นและประมาณร้อยละ 30 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์<sup>25</sup> หญิงตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 40 ที่ไปใช้บริการตรวจครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง และ 4 ใน 5 ของหญิงที่คลอดไม่ได้กลับมาใช้บริการตรวจติดตามหลังคลอด<sup>26</sup>

เป็นเพราะว่าการเลือกเป้าหมายบนพื้นฐานของความจนเกิดขึ้นที่ระดับเทศบาล ดังนั้น สิทธิสำหรับเงินช่วยเหลือจึงถูกเปิดเผยให้ทุกครัวเรือนได้รับทราบพร้อมกับหญิงตั้งครรภ์ หญิงที่เลี้ยงทารก และเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ในพื้นที่เป้าหมาย ครัวเรือนที่มีผู้ได้รับสิทธิอาศัยอยู่ 1 คนหรือมากกว่าจะได้รับเงินอย่างน้อย 48 เหรียญสหรัฐต่อปี โดยแบ่งโอนให้ปี ละ 2 งวด ตัวเลขนี้คำนวณได้จากการประมาณการ 1 ใน 3 ของค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อปี ที่เป็นค่าอาหารสำคัญสำหรับครอบครัวในชนบท นอกจากนี้ครอบครัวอาจได้รับเงินพิเศษอีก 38 เหรียญสหรัฐต่อปี สำหรับเด็กแต่ละคนที่อายุตั้งแต่ 13 ปี ลงมาที่เข้าโรงเรียนระดับ 1 - 4 แต่ไม่เกิน 3 คนต่อครอบครัว<sup>27</sup> การขึ้นทะเบียนผู้ได้รับสิทธิทั้งสองแบบยังคงเปิดเผยตลอด

ระยะเวลาของโครงการ ดังนั้น ครอบครัวจึงสามารถขอเพิ่มเติมผู้มีสิทธิได้อีกเมื่อสถานการณ์องค์ประกอบภายในครอบครัวเปลี่ยนไป— ซึ่งส่วนใหญ่เนื่องมาจากมีการตั้งครรภ์ใหม่เกิดขึ้น<sup>28</sup>

ในทางทฤษฎีนั้น การรับเงินช่วยเหลือไม่มีเงื่อนไข เงินช่วยเหลือแบบมีเงื่อนไขนี้นิยมเรียกกันว่า CCTs (Conditional Cash Transfers) เพื่อให้เป็นไปตามเงื่อนไขเงินช่วยเหลือด้านสุขภาพ เด็กที่ได้รับสิทธิจะต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพและรับการตรวจด้านโภชนาการ ในขณะที่ผู้เป็นแม่จะต้องไปรับการตรวจครรภ์ 5 ครั้งในช่วงการฝากครรภ์และการตรวจติดตามหลังคลอดด้วย<sup>29</sup> เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2544 ระบบจะมีการติดตามว่า ได้ทำตามเงื่อนไขหรือไม่ ผ่านทางบาร์โค้ดบนสลิปของผู้ให้บริการ ที่ผู้ได้รับสิทธิยื่นให้เมื่อไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัตินั้น ผลการประเมินโครงการระบุว่า “ไม่มีผู้ได้รับสิทธิขวนเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข” เพื่อให้เป็นไปตามเงื่อนไขเงินช่วยเหลือพิเศษด้านการศึกษา เด็กที่ได้รับสิทธิจะต้องเข้าเรียนอย่างสม่ำเสมอในโรงเรียนเป้าหมายที่ขึ้นทะเบียนไว้<sup>30</sup> ผลสุดท้ายพบว่า ครอบครัวชาวฮอนดูรัสได้รับเงินช่วยเหลือจาก PRAF - 2 เฉลี่ยปี ละ 109,649 ครอบครัว<sup>31</sup>

สำหรับองค์ประกอบด้านฝั่งอุปทานนั้น รัฐบาลจ่ายให้สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่โครงการแห่งละประมาณ 5,000 เหรียญสหรัฐต่อปี เพื่อส่งเสริมการปรับปรุงคุณภาพและการจัดให้มีบริการที่จำเป็นต่อสุขภาพ<sup>32</sup> ศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่งมีการแต่งตั้งทีมงานที่มาจากชุมชนท้องถิ่นทำหน้าที่วางแผนงานสำหรับการปรับปรุงคุณภาพและดูแลให้มีการดำเนินงานตามโครงการ แผนงานอาจเกี่ยวข้องกับการปรับปรุงโครงสร้างของสถานบริการ การจัดหาและอุปกรณ์หรือการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน<sup>33</sup>

นอกจากนี้ PRAF - 2 ยังรวมถึงโครงการการศึกษาและโครงการโภชนาการที่มีชุมชนเป็นฐาน ส่วนการดูแลทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี นั้น สมาชิกชุมชนที่ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่จะออกติดตามดูแลการเจริญเติบโตของเด็กและให้คำปรึกษาแก่แม่เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกและอนามัยปฏิบัติทั่วไป<sup>34</sup> ประการสุดท้าย PRAF - 2 ยังได้ให้เงินแก่โรงเรียนประมาณ 4,000 เหรียญสหรัฐต่อโรงเรียนเพื่อปรับปรุงคุณภาพของการศึกษา เงินทุนนี้ควบคุมดูแลโดยสมาคมผู้ปกครองและเอ็นจีโอท้องถิ่น<sup>35</sup>

IFPRI ได้ทำการประเมินช่วงกลางโครงการของโครงการนำร่อง PRAF - 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2545 ภายหลังจากที่ IDB และรัฐบาลฮอนดูรัสได้ปรับปรุงการออกแบบโครงการไปแล้วหลายด้าน และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 PRAF - 2 ได้ขยายสิทธิให้เด็กถึงอายุ 5 ปี แต่ยกเลิกการคำนวณยอดรวมการจ่ายแบบใช้ฐานเฉลี่ยต่อเด็ก 1 คน โครงการได้เปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินช่วยเหลือเป็นจ่ายจำนวนรวมเป็นชุดให้แก่ครอบครัวที่มีสิทธิทั้งหมด นอกจากนี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลงกลไกการกระจายเงินด้วย โดยแทนที่จะส่งผ่านเจ้าหน้าที่ทีมงานของ PRAF - 2 ดังเดิม เปลี่ยนเป็นว่า

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นไป โครงการมีสัญญาฉบับกับ Banco Hondureño del Café ซึ่งเป็นธนาคารเอกชนแห่งหนึ่งในฮอนดูรัส ให้ทำหน้าที่กระจายเงินช่วยเหลือไปตามสาขาต่างๆ ในพื้นที่ ประการสุดท้าย โครงการได้เพิ่มองค์ประกอบให้ครอบครัวกลุ่มค่าใช้จ่ายในการคลอดสำหรับแม่ที่คลอดในโรงพยาบาลและขึ้นทะเบียนการเกิดในทะเบียนของประเทศ (ดูประกอบกับกรณีที่ 13 ในเล่มนี้)<sup>36</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: จากผลลัพธ์ที่สืบสนสู่ผลกระทบต่อสุขภาพที่มีได้คาดหวัง

IFPRI ได้ออกแบบการประเมินผลกระทบแบบสุ่มหลายแขนง (multiarm randomized) ซึ่งควรจะได้ผลลัพธ์คุณภาพสูง แต่ PRAF - 2 ต้องเผชิญอุปสรรคที่คาดไม่ถึงตั้งแต่ต้น ซึ่งก่อความยุ่งยากให้การประเมินผลอุปสรรคทางด้านข้อกฎหมายและทางด้านงบประมาณขัดขวางการโอนเงินจากการจ่ายโดยฝั่งอุปทานไปยังทีมงานในชุมชน ทำให้นักวิจัยไม่สามารถวัดผลที่เกิดขึ้นจากทางฝั่งอุปทานได้<sup>37</sup> ต่อมา ความขัดแย้งบางประการทำให้ PRAF - 2 ต้องล้มเลิกสัญญากับ IFPRI และการประเมินผลขั้นสุดท้ายที่วางแผนไว้ก็ไม่มีวันที่จะสมบูรณ์ได้<sup>38</sup> ดังนั้น หลักฐานที่แสดงถึงผลกระทบของโครงการจึงมีเพียงผลการประเมินช่วงกลางระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2545 เท่านั้น<sup>39</sup> สรุปก็คือ หลักฐานมีความชัดเจนแต่มีเพียงในช่วงหนึ่งที่สั้นกว่าที่ไดวางแผนไว้

การประเมินช่วงกลางดังกล่าวได้ชี้ให้เห็นผลลัพธ์ที่ปะปนกันอยู่จำนวนหนึ่ง ในหลายพื้นที่ที่ได้รับ CCTs นั้น ครอบครัวไปใช้บริการสาธารณสุขมากกว่าครอบครัวในกลุ่มควบคุม สมาชิกในครัวเรือนเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะไปรับการตรวจในช่วงฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง และเด็ก ๆ ของพวกเขาที่มีแนวโน้มที่จะไปที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อรับวัคซีน 3 หรือ 5 ชนิด และเพื่อชั่งน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ<sup>40</sup> พวกเขายังได้รับประโยชน์ทางการศึกษามากขึ้น เด็กที่ได้รับสิทธิมีคะแนนเข้าโรงเรียนเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.5 ซึ่งหมายถึงประมาณ 10 วันต่อปี ที่เพิ่มขึ้นมา แต่เงินช่วยเหลือนี้ล้มเหลวต่อการทำให้หญิงกลับมารับการตรวจติดตามหลังคลอดเพิ่มขึ้น— และที่น่าประหลาดใจก็คือ บางที่การบริโภคอาหารหรือส่วนประกอบของอาหารก็ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญด้วย<sup>41</sup>

ความล้มเหลวมากกว่านั้นก็คือ ประโยชน์ของเงินช่วยเหลือที่ทำให้มีการไปใช้บริการสาธารณสุขมากขึ้นบ้างนั้น ไม่ได้มีผลที่จะช่วยปรับปรุงให้สุขภาพดีขึ้นได้เลย หลังจากที่ผ่านมาไป 2 ปี เด็กในครัวเรือนที่ได้รับเงินฯ ยังคงมีแนวโน้มที่จะแคระแกร็นและมีโลหิตจางเหมือนกับกลุ่มที่ไม่ได้รับเงินฯ สถานการณ์โรคผอมแห้งและโรคท้องเสียเพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองกลับมีโรคท้องเสียอย่างเดียวเกิดขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมเสียด้วยซ้ำ<sup>42</sup>

ในปีพ.ศ. 2550 ที่นักวิจัยที่นำโดยกายสเทคคอฟ (Guy Stecklov) แห่งมหาวิทยาลัยฮีบรู (Hebrew University) ได้เปิดเผยว่า PRAF - 2

อาจจะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านลบโดยไม่ได้ตั้งใจ หลังจาก 2 ปี อัตราการกำเริบที่สูงลิบอยู่แล้วก็สูงขึ้นอีกโดยกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 2 - 4— ซึ่งเป็นความต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ นักวิจัยมีสมมติฐานว่า โครงสร้างของการโอนเงินช่วยเหลืออาจจะจุดประกายให้บางครอบครัวเพิ่มการเจริญพันธุ์หรือทำให้ถึงเวลาของการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป<sup>43</sup>

แต่บางคนก็มีคำถามต่อสมมติฐานนี้ว่า เป็นไปได้หรือที่เงินจำนวนน้อยนิดนี้จะส่งผลต่อการเพิ่มการเจริญพันธุ์ (ในแอฟริกาใต้ โครงการเงินทุนสนับสนุนเด็กให้เงินมากกว่านี้จึงลดการเจริญพันธุ์ลงได้ และเป็นโครงการที่มีโครงสร้างคล้าย CCT ของฮอนดูรัสด้วย ดูกรณีที่ 16 ในเล่มนี้)

### ลงทุนไปเท่าใด?

โครงการโอนเงินช่วยเหลือโครงการแรก ซึ่งก็คือ PRAF - 1 ใช้จ่ายเงินไปประมาณ 9.8 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี หรือคำนวณได้เป็นประมาณร้อยละ 7 ของค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาลระหว่างด้านสุขภาพกับด้านการศึกษาในปี พ.ศ. 2540 งบประมาณสำหรับ PRAF - 2 ทั้งหมดประมาณ 12.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี หรือ 50.3 ล้านดอลลาร์สหรัฐระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2547 ส่วนใหญ่ (45.2 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) เป็นเงินที่กู้มาจาก IDB กับอีก 5.1 ล้านดอลลาร์สหรัฐจากรัฐบาลฮอนดูรัส<sup>45</sup> แต่ในที่สุด ก็มีการใช้เงินที่กู้มาเพียง

40.3 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เหลือที่ยังไม่ได้เบิกจ่ายอีกประมาณ 5 ล้านดอลลาร์สหรัฐ<sup>46</sup>

คาดว่ามีการใช้เงินไปในองค์ประกอบด้านโภชนาการและด้านสุขภาพประมาณ 17.7 ล้านดอลลาร์สหรัฐตลอดช่วงระยะเวลา 4 ปี ของโครงการ รวมถึง 11.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐที่โอนให้กับฝั่งอุปสงค์ เงินอีก 2.7 ล้านดอลลาร์สหรัฐถูกใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับฝั่งอุปทาน และในการบริหารจัดการรวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ งบประมาณขององค์ประกอบหลักอื่นๆ ของ PRAF - 2 ได้แก่ ด้านการศึกษา (22.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) ด้านการค้นหาเป้าหมายผู้มีสิทธิ (3.2 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) และด้านการติดตามและประเมินผล (5.2 ล้านดอลลาร์สหรัฐ)<sup>47</sup>

### ทำไม โครงการ PRAF - 2 จึงไม่ได้ผลดังที่คาดไว้ในฮอนดูรัส

แม้ว่าผลของโครงการ PRAF - 2 จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ แต่โครงการนี้ก็ล้มเหลวต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและด้านโภชนาการ และยังคงจะมีผลกระทบด้านการเจริญพันธุ์โดยไม่ได้ตั้งใจอีกด้วย ต้นเหตุของความล้มเหลวมียุทธศาสตร์หลาย แต่เงินจำนวนน้อยน่าจะเป็นเหตุที่ทำให้เกิดแรงจูงใจด้านตรงข้าม อีกทั้งศักยภาพของสถาบันที่อ่อนแอก็สาสมที่จะต้องถูกตำหนิอย่างมาก

#### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

การประเมินผลโครงการ PRAF - 2 ถูกวางแผนให้ประเมินตั้งแต่เริ่มโครงการ มีการออกแบบอย่างดี มีความละเอียดลออทั้งผลของโครงการในภาพรวมและผลกระทบขององค์ประกอบของโครงการเป็นการเฉพาะ ทั้งแยกประเมินและประเมินรวม<sup>44</sup> มีการสุ่มจำแนก 70 เทศบาลเป็น 4 กลุ่ม: คือ 20 เทศบาลที่มีครัวเรือนรับเงินช่วยเหลือ 10 เทศบาลที่มีฝั่งอุปทานรับเงินไปเสริมสร้างความเข้มแข็ง และ 20 เทศบาลที่มีการรับเงินของครัวเรือนและของฝั่งอุปทาน, ขณะที่ 20 เทศบาลสุดท้ายเป็นกลุ่มควบคุม IFPRI ได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลพื้นฐานระหว่างครึ่งปี หลังของพ.ศ. 2543 และสำรวจติดตามครั้งแรกในปี พ.ศ. 2545 การสำรวจติดตามครั้งที่ 2 ได้รับการวางแผนไว้ในปี พ.ศ. 2547 ถ้าแผนนี้มีความก้าวหน้า ผู้นำโครงการก็คาดหวังหลักฐานที่ชัดเจนว่าโครงการนี้บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ อย่างไรก็ตาม, แผนที่วางไว้อย่างดีที่สุดของนักวิจัยก็ต้องเผชิญความท้าทายอย่างใหญ่หลวงในการประเมินประนีประนอมระหว่างคุณภาพกับการใช้ประโยชน์ของการประเมินผล ปฏิบัติการด้านองค์ประกอบฝั่งอุปสงค์เริ่มขึ้นก่อนที่การสำรวจข้อมูลพื้นฐานจะเสร็จสิ้น ขณะที่การเก็บข้อมูลพื้นฐานในสองแขนของการศึกษามีความล่าช้าหลายเดือนเพราะอยู่ในฤดูเก็บเกี่ยวเมล็ดกาแฟ ซึ่งมีผล

สำคัญต่อตัวแปรอื่น เช่น การบริโภคและการเข้าโรงเรียน ผลลัพธ์สุทธิที่บิดเบือนข้อมูลพื้นฐานอาจนำไปสู่ความลำเอียงในการประมาณการผลกระทบของโครงการโดยผู้ประเมินได้ นอกจากนี้ องค์ประกอบฝั่งอุปทานยังมีความล่าช้าในการเริ่มดำเนินการ เนื่องจากปัญหาด้านกฎหมายในการโอนเงินไปยังกลุ่มชุมชน ทำให้การวัดผลกระทบขององค์ประกอบฝั่งอุปทานเกือบจะเป็นไปไม่ได้ เนื่องจากอาจมีความจำเป็นต้องคัดออกซึ่งข้อมูลผลลัพธ์จาก 2 กลุ่มที่ได้กำหนดไว้ให้เป็นกิจกรรมฝั่งอุปทาน

จุดแตกหักมาจากความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่ของ PRAF กับ IFPRI ซึ่งในที่สุดก็นำไปสู่การล้มเลิกสัญญาของ IFPRI. การสำรวจและประเมินผลขั้นสุดท้ายไม่มีวันสำเร็จได้ ดังนั้นหลักฐานที่มีอยู่จึงเป็นการสะท้อนการดำเนินงานใน 2 ปี แรกเท่านั้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีข้อจำกัดเหล่านี้ การวางแผนที่ดีแต่แรกเริ่มก็ยังคงนำไปสู่หลักฐานที่ชัดเจนที่สะท้อนผลกระทบของโครงการแม้จะประเมินได้เฉพาะช่วงกลางโครงการ ดังนั้น ในการตีความตามหลักฐานนี้ จะต้องรับรู้ว่ามีมาจากการศึกษาในช่วงเวลาสั้นๆ และไม่สามารถใช้กับองค์ประกอบฝั่งอุปทานได้

ประการแรก ข้อจำกัดที่สำคัญของโครงการส่วนใหญ่เกิดมาจากการที่เงินช่วยเหลือนั้นมีมูลค่าน้อยเกินไป เงินช่วยเหลือจำนวนเพียง 48 เหรียญสหรัฐต่อปี นั้นไม่เพียงพอที่จะปรับปรุงอาหารของเด็กๆ หรือไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมภาวะโภชนาการของพวกเขาได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>48</sup> เงินจำนวนนี้ยังจัดว่าน้อยเมื่อเทียบกับโครงการเงินทุนสนับสนุนเด็กของแอฟริกาใต้ ซึ่งจ่ายประมาณ 250 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี (ดูกรณีที่ 16 ในเล่มนี้) อย่างไรก็ตาม โครงสร้างของโครงการนี้ทำให้ครอบครัวชาวฮอนดูรัสสามารถได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นจากการตั้งครุฑกรวยใหม่—ซึ่งปรากฏว่ามีผลจูงใจให้ผู้หญิงเพิ่มการเจริญพันธุ์ด้วย

ศักยภาพในเชิงสถาบันอันจำกัดและภาวะแวดล้อมทางการเมืองของเจ้าหน้าที่โครงการล้วนเป็นอุปสรรค ปัญหาเกิดตั้งแต่เริ่มโครงการ PRAF - 2 เมื่อไม่สามารถโอนเงินให้หน่วยบริการสาธารณสุขได้เนื่องจากข้อกฎหมาย ทำให้องค์ประกอบฝั่งอุปทานต้องหยุดชะงัก ศักยภาพของสถาบันที่อ่อนแอทำให้การกำกับให้เป็นไปตามเงื่อนไขล้มเหลว ส่งผลให้ศักยภาพของการก่อผลกระทบอ่อนกำลังลง และในปี พ.ศ. 2545 ระยะเวลาหนึ่งของโครงการ การเข้ารับตำแหน่งประธานาธิบดีฮอนดูรัสคนใหม่นายริคาร์โด มาดูโร (Ricardo Maduro) นำไปสู่การไล่ลูกจ้างของ PRAF ออกทั้งหมดในทันที ซึ่งสิ้นคลอนการดำเนินโครงการอย่างมาก การไล่คนออกหลายๆ เช่นนี้เกิดขึ้นอีกครั้งในเวลา 4 ปี ถัดมา<sup>49</sup>

เนื่องจากความล้มเหลวที่ประเมินได้ในช่วงกลางโครงการ ประกอบกับการเลือกตั้งของประธานาธิบดีมาดูโร เจ้าหน้าที่ PRAF - 2 ชุดใหม่จึงตระหนักว่าจำเป็นต้องมีการปฏิรูปโครงการครั้งใหญ่ ปี พ.ศ. 2546 มีการนำระบบธนาคารที่ทันสมัยกว่าเดิมมาใช้และกลับไปแจกจ่ายแทนการจ่ายรวมตามจำนวนเด็ก นอกจากนี้ยังขยายความครอบคลุมเด็กถึงอายุ 5 ปี รวมทั้งให้เงินจูงใจให้ภาคลอดที่สถาบันด้วย อย่างไรก็ตาม PRAF - 2 ก็ไม่สามารถสร้างแรงกระตุ้นได้เพิ่มขึ้น และยังย่ำแย่ลงเมื่อมีการตัดสินใจว่าจะยกเลิกการประเมินผลขั้นสุดท้ายที่ได้วางแผนไว้ ปี พ.ศ. 2549 IDB ประกาศปิดอย่างเป็นทางการ ไม่ให้ PRAF - 2 กู้เงินอีกต่อไป<sup>50</sup>

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการ PRAF - 2 จะสิ้นสุดลง แต่การโอนเงินช่วยเหลือยังคงดำเนินต่อไปผ่านทางโครงการ PRAF - 1 ที่ยังคงดำเนินต่อไปทั่วประเทศด้วยงบประมาณของประเทศ ปี พ.ศ. 2551 PRAF - 1 ปรับปรุงโครงการอย่างหนักโดยอาศัยบทเรียนด้านนโยบายจาก PRAF - 2 มีการปรับปรุงการเลือกเป้าหมายชนานใหญ่โดยใช้สูตรพิเศษทันสมัยในการค้นหาคนที่ยากจนมากๆ ในหมู่บ้านชนบท และผู้บริหารโครงการก็ได้เริ่มกำกับให้มีการปฏิบัติตามเงื่อนไขของการรับเงินฯ อย่างจริงจัง ในขณะที่ ภายหลังการเลือกตั้งในปี พ.ศ. 2549 ประธานาธิบดีมานูเอล ซิลาเยา (Manuel Zelaya) ผู้เข้ามาใหม่ และ IDB ได้ตกลงที่จะกู้เงินสำหรับ PRAF อีก—เป็น PRAF - 3—ซึ่งออกแบบจากประสบการณ์ของ PRAF - 2 PRAF - 3 เพิ่มจำนวนเงินช่วยเหลือที่โอนให้ เพิ่มความถี่ของการกระจายเงินฯ เป็น 2 เท่า บังคับใช้เงื่อนไขอย่างจริงจัง และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการสร้างความเข้มแข็งในฝั่งอุปทาน<sup>51</sup> การกู้เงินสำหรับ PRAF - 3 ได้วางรากฐานการทำงานเสมือนหนึ่งการบูรณาการ PRAF - 1 และ PRAF - 2

เข้าด้วยกันเป็นโครงการ CCT เนื้อเดียวกัน ที่ปัจจุบันเรียกว่า “คูโปงเพื่อชีวิตที่ดีกว่า”<sup>52</sup>

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

โครงการ CCT มีบันทึกการเกิดขึ้นอย่างยาวนานในลาตินอเมริกา และขยายไปอย่างรวดเร็วในภูมิภาคอื่นๆ การทุ่มเทให้กับโครงการต่างๆ ในลักษณะนี้มีสิ่งต่างๆ มากมายที่จะเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ของ PRAF - 2 การออกแบบในรายละเอียดให้เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญที่สุด ได้แก่ การเลือกเป้าหมาย จำนวนเงินช่วยเหลือ เกณฑ์ของการมีสิทธิ และมาตรการในการติดตาม การติดตามอย่างสม่ำเสมอมีความสำคัญเพราะจะช่วยให้ค้นพบปัญหาที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันได้อย่างรวดเร็วและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ อย่างทันการณ์ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องการเจริญพันธุ์สมควรที่จะได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษ เพราะถูกกล่าวหาว่า ประชาชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็เพื่อที่จะเข้าถึงสิทธิประโยชน์

ความยากจนและความไม่เท่าเทียมยังคงเป็นเรื่องท้าทายที่ใหญ่หลวงสำหรับฮอนดูรัส เศรษฐกิจที่ดูว่าจะกระเตื้องขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2552 กลับตกต่ำลงในปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจทั่วโลก ทำให้รัฐบาลต้องตัดงบประมาณด้านกิจการเพื่อสังคมลง ความยากจนที่ความรุนแรงเพิ่มขึ้น คนตกงานเพิ่มขึ้นและยังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปี พ.ศ. 2553 ปี พ.ศ. 2556 ประเทศฮอนดูรัสเป็นประเทศที่มีความไม่เท่าเทียมกันในทางการกระจายรายได้มากที่สุดของประเทศทั้งหมดในภูมิภาคลาตินอเมริกา<sup>53</sup>

แม้ว่าความยากจนในภาพรวมจะลดลงเล็กน้อยระหว่างช่วงเวลาโครงการ PRAF 1 - 3 แต่โครงการเหล่านี้ก็ไม่สามารถอ้างเป็นผลงานได้นักวิจัยกล่าวว่าความยากจนที่ลดลงส่วนใหญ่เป็นผลเนื่องมาจากแรงส่งจากภายนอกประเทศ ซึ่งทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเติบโตจากร้อยละ 7.5 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นมากกว่าร้อยละ 20.8 ในปี พ.ศ. 2550<sup>54</sup> ชาวฮอนดูรัสต่างคนต่างดิ้นรน ละทิ้งประเทศตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ส่วนใหญ่มุ่งไปทางเหนือเข้าสู่สหรัฐอเมริกา<sup>55</sup> สำหรับพวกเขาแล้ว การอพยพอาจจะป็นทางออกเพื่อหลุดพ้นจากความยากจน ไม่ใช่ CCTs

ในปี พ.ศ. 2553 โครงการ PRAF - 3 ถูกผนวกรวมอยู่ภายใต้โครงการ CCT ใหม่ชื่อ Bono Vida Mejor ผู้ออกแบบโครงการใหม่นี้พยายามที่จะเรียนรู้จากความผิดพลาดครั้งก่อนๆ และเสนอให้เงินมากกว่า PRAF ครั้งใดๆ อย่างมากมาย ข้อค้นพบเบื้องต้นชี้ให้เห็นถึงผลกระทบทั้ง 2 ด้านสืบสนกัน คือในขณะที่เด็กผู้ได้รับสิทธิมีแนวโน้มที่จะรับการตรวจร่างกายตามปกติและการติดตามซึ่งนำหน้าตามปกติมากขึ้น นักวิจัยกลับพบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการใช้บริการฝากครรภ์และบริการหลังคลอดของผู้หญิงเลย<sup>56</sup>

การโอนเงินช่วยเหลือให้ประชาชนเป็นเรื่องที่ดีที่เกิดขึ้นมากมายในโลกนี้ แต่ประโยชน์ของมันยังรับประกันไม่ได้ ผลกระทบของมันขึ้นกับ



การออกแบบและการประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทแห่งความเป็นจริง ตลอด 2 ทศวรรษที่ผ่านมา แม้ว่าความตั้งใจยังไม่ถึงที่สุด แต่รัฐบาลก็ได้เรียนรู้บทเรียนแห่งความยากลำบาก แต่บทเรียนนั้นก็มีด้านที่ดี คือ ว่า หากปราศจากการศึกษาติดตามและประเมินผลอย่างจริงจัง ฮอนดูรัส

ก็อาจจะยังมีดมนเกี่ยวกับประสิทธิผลของ PRAF และผลอันไม่พึงประสงค์ที่ตามมา ปัจจุบัน ด้วยข้อมูลภายในที่ได้จากการประเมินผล รัฐบาลกำลังปรับปรุงโครงการสำคัญๆ เพื่อให้คนรุ่นต่อไปได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง

## อ้างอิง

- Adato, Michelle, and John Hoddinott. 2010. *Conditional Cash Transfers in Latin America*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press for International Food Policy Research Institute. <http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/127902>.
- Benedetti, Fiorella, Pablo Ibararán, and Patrick J. McEwan. 2015. *Do Education and Health Conditions Matter in a Large Cash Transfer? Evidence from a Honduran Experiment*. IDB Working Paper Series IDB - WP - 577. Washington, DC: Inter - American Development Bank. <http://publications.iadb.org/handle/11319/6816>.
- CEMLA (Center for Latin American Monetary Studies), MIF (Multilateral Investment Fund), and IDB (Inter - American Development Bank). 2008. *International Remittances in Honduras*. Mexico City: CEMLA. <http://www.cemla-remesas.org/informes/report-honduras.pdf>.
- Coady, David, Pedro Olinto, and Natalia Caldes. 2003. *Coping with the Coffee Crisis in Central America: The Role of Social Safety Nets in Honduras*. Washington, DC: World Bank. <http://siteresources.worldbank.org/EXTLACREGTOPPOVANA/Resources/CoadyCaldescopingwiththecoffeecrisisinCA.pdf>.
- Corrales, Gustavo, Suyapa Pavón, Ramón Enamorado, Paul Stupp, Mariaelena Jefferds, Laurence Grummer - Strawn, Stephen McCracken, Jennifer Ballentine, Mary Goodwin, and Richard Monteith. 2002. *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar ENESF-2001*. Tegucigalpa, Honduras: Secretaria de Salud.
- IDB (Inter - American Development Bank). 1998. *Family Allowances Program - Phase II*. HO-0132. Washington, DC: IDB. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=454963>.
- . 2000. "Central America after Hurricane Mitch: The Challenge of Turning a Disaster into an Opportunity: Honduras." [http://www.iadb.org/regions/re2/consultative\\_group/backgrounder2.htm](http://www.iadb.org/regions/re2/consultative_group/backgrounder2.htm).
- . 2006. PCR - HO0132 *Programa de Asignación Familiar Fase II*. Washington, DC: IDB. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=865397>.
- IFPRI (International Food Policy Research Institute). 2003. *Proyecto PRAF/BID Fase II: Impacto Intermedio*. Washington, DC: IFPRI. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=335841>.
- Johnston, Jake, and Stephan Lefebvre. 2013. "Honduras since the Coup: Economic and Social Outcomes." London: Centre for Economic and Policy Research. <http://www.cepr.netwww.conservativenannystate.org/documents/publications/Honduras-2013-11.pdf>.
- Merrill, Tim, ed. 1995. *Honduras: A Country Study*. Washington, DC: US Government Publishing Office for the Library of Congress. <http://countrystudies.us/honduras/>.
- Moore, Charity. 2008. *Assessing Honduras' CCT Programme PRAF, Programa de Asignación Familiar: Expected and Unexpected Realities*. Country Study 15. Brasilia, Brazil: International Poverty Centre.
- Morris, Saul S., Rafael Flores, Pedro Olinto, and Juan Manuel Medina. 2004. "Monetary Incentives in Primary Health Care and Effects on Use and Coverage of Preventive Health Care Interventions in Rural Honduras: Cluster Randomised Trial." *Lancet* 364 (9450): 2030-37. doi:10.1016/S0140-6736(04)17515-6.
- Reichman, Daniel. 2013. "Honduras: The Perils of Remittance Dependence and Clandestine Migration." Migration Policy Institute, April 11. <http://www.migrationpolicy.org/article/honduras-perils-remittance-dependence-and-clandestine-migration>.
- Sabonge, Kenia, Deirdre Wulf, Lisa Remez, and Elena Prada. 2006. *Early Childbearing in Honduras: A Continuing Challenge*. In Brief 4, 2006 Series. New York: Guttmacher Institute. [https://www.guttmacher.org/pubs/2006/10/13/rib\\_Honduras\\_en.pdf](https://www.guttmacher.org/pubs/2006/10/13/rib_Honduras_en.pdf).
- Sistema de las Naciones Unidas en Honduras. 2003. *Informe sobre las Metas del Milenio: Honduras 2003*. Tegucigalpa, Honduras: Sistema de las Naciones Unidas en Honduras.
- Stecklov, Guy, Paul Winters, Jessica Todd, and Ferdinando Regalia. 2007. "Unintended Effects of Poverty Programmes on Childbearing in Less Developed Countries: Experimental Evidence from Latin America." *Population Studies* 61 (2): 125-40. doi:10.1080/00324720701300396.
- UCP (Unidad Coordinadora del Proyecto) and IFPRI (Instituto Internacional de Investigaciones Sobre Políticas Alimentar-

**อ้างอิง (ต่อ)**

ias).2000.*Segundo Informe: Propuesta de Implementación del Proyecto PRAF/BID - Fase II*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. <http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/4534/Honduras%20PRAF%20II%20-%20Segundo%20Informe%3a%20Propuesta%20de%20Implementaci%C3%B3n.pdf?sequence=1>.

UN (United Nations). 2015. UN Data. Accessed October 27. <http://data.un.org/>.

World Bank. 2015. Data. Accessed November 10. <http://data.worldbank.org/>.

**อ้างอิงท้ายเรื่อง**

1. World Bank (2015).
2. World Bank (2015).
3. Sistema de las Naciones Unidas en Honduras (2003); UN (2015).
4. Corrales et al. (2002; World Bank (2015).
5. Sabonge et al. (2006).
6. Corrales et al. (2002).
7. Corrales et al. (2002).
8. Corrales et al. (2002).
9. World Bank (2015).
10. Although Honduras did not suffer from the devastating civil wars in neighboring El Salvador, Guatemala, and Nicaragua during the 1980, it experienced considerable instability during that decade (see Merrill 1995).
11. Merrill (1995).
12. IDB (2000).
13. Coady, Olinto, and Caldes (2003).
14. Moore (2008).
15. Adato and Hoddinott (2010).
16. Moore (2008).
17. Moore (2008).
18. Moore (2008).
19. IDB (1998).
20. Moore (2008).
21. Moore (2008).
22. Morris et al. (2004).
23. Moore (2008).
24. UCP and IFPRI (2000).
25. IFPRI (2003).
26. Morris et al. (2004).
27. IDB (1998).
28. Stecklov et al. (2007).
29. Moore (2008).
30. Morris et al. (2004).
31. Moore (2008).
32. Moore (2008).
33. Morris et al. (2004).
34. Morris et al. (2004).
35. IDB (1998).
36. Moore (2008).
37. Morris et al. (2004).
38. Moore (2008).
39. Morris et al. (2004).
40. Morris et al. (2004).
41. Moore (2008).
42. IFPRI (2003).
43. Stecklov et al. (2007).
44. Morris et al. (2004).
45. IDB (1998).
46. IDB (2006).
47. IDB (1998).
48. Moore (2008).
49. Moore (2008).
50. Moore (2008).
51. Moore (2008).
52. Adato and Hoddinott (2010).
53. Johnston and Lefebvre (2013).
54. CEMLA, MIF, and IDB (2008).
55. Reichman (2013).
56. Benedetti, Ibarrarán, and McEwan (2015).



## ภาคที่ 4

# การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรวงกว้าง

- 
18. **ควบคุมการเสพยาสูบ: โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แห่งประเทศไทย**  
*ไทยลดการสูบบุหรี่ได้ถึงหนึ่งในสี่ โดยการขึ้นภาษีบุหรี่ข้ามชาติและเตือนผลร้ายต่อสุขภาพ ร่วมกับออกข้อห้ามและกฎหมายใหม่*
  19. **ปรับปรุงความปลอดภัยบนท้องถนน: กฎหมายหมวกนิรภัยสมบูร์นแบบของเวียดนาม**  
*เวียดนามออกกฎหมายใหม่และบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด ส่งผลให้ผู้ขับขี่จักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัยกันมากขึ้น ป้องกันการบาดเจ็บทางสมองได้*
  20. **ร้องขอไม่ให้ถ่ายอุจจาระเร่ร่อน: โครงการการตลาดสุขาภิบาลและการสุขาภิบาลครบวงจรแห่งอินโดนีเซีย**  
*ชุมชนชาวอินโดนีเซียเริ่มต้นด้วยการเรียกร้องให้เกิดการปฏิบัติ จนนำไปสู่การร่วมกันจัดการถ่ายอุจจาระเร่ร่อน ส่งผลให้ลดโรคท้องเสียได้*
  21. **เสริมศักยภาพชุมชนต่อสู้เอชไอวี: โครงการอะวาฮานแห่งอินเดีย (India's Avahan Program)**  
*ความร่วมมือของชุมชนและบริการสาธารณสุขของประเทศอินเดีย ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงช่วยหยุดการแพร่ระบาดเชื้อเอชไอวี*
  22. **เรียนรู้จากความล้มเหลว: โครงการล้างมือของเปรู**  
*การรณรงค์ให้ล้างมือที่เปรูทำให้ผู้เป็นแม่ฟอกสบู่มากขึ้นแต่ก็ยังลดภาระโรคที่แพร่ทางอุจจาระไม่ได้*
-

ประชาชนจำนวนมากมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเรื่องสุขภาพผ่านทางแพทย์และโรงพยาบาล แต่ผลกระทบด้านสุขภาพไม่ได้อยู่ภายในบริบทของหน่วยบริการอย่างเดียว แต่อยู่ในโลกแห่งวิถีชีวิตประจำวัน เช่น ตามถนน ที่บ้าน โรงเรียน และบาร์ ที่ประชาชนอาจมีความเสี่ยงด้านสุขภาพ

ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาและผู้บริหารต่างให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้อายุยืนและสุขภาพดีขึ้น แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ พิสูจน์แล้วว่ายากยิ่ง ประชาชนมักเลือกตระหนักเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญ และความรู้เพียงอย่างเดียวไม่อาจเอาชนะอุปสรรคที่กีดขวางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม การเงิน สังคม และจิตวิทยา

แม้ว่ามาตรการป้องกันต่างๆ ด้านสาธารณสุขในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะได้รับความตระหนักโดยทั่วไป แต่การแปลงให้เป็นมาตรฐานสังคมและโครงสร้างพื้นฐานจำเป็นเป็นเรื่องท้าทายมาก ภาคที่ 4 นี้นำเสนอ 5 นโยบายหรือโครงการที่มุ่งปรับปรุงสุขภาพของประชาชนผ่านการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โครงการประสบความสำเร็จอย่างโดดเด่น ได้แก่ การที่ประชาชนไทยจำนวนมากสุขภาพดีขึ้นจริงเมื่อเลิกสูบบุหรี่ ชาวเวียดนามสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่จักรยานยนต์ การยับยั้งการถ่ายอุจจาระเรี่ยราดในประเทศอินโดนีเซีย และการใช้ถุงยางอนามัยในประเทศอินเดีย ขณะที่โครงการส่งเสริมการล้างมือด้วยสบู่ในประเทศเปรูกลับล้มเหลว ไม่สามารถลดความถี่ของการเกิดโรคท้องเสียและโรคอื่นๆ ที่แพร่ทางอุจจาระได้

กรณีเหล่านี้พิสูจน์ว่า รัฐบาลและภาคีหุ้นส่วนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคได้จริงด้วยยุทธวิธีที่เหมาะสม ด้วยการออกแบบโครงการที่ลึกซึ้งรวมทั้งด้วยความใส่ใจที่จริงจังและต่อเนื่อง วิธีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ที่นำมาใช้นั้น มีอยู่ในโครงการจำนวนไม่มากในประเทศรายได้น้อยและรายได้ปานกลางแต่ทำให้เกิดความแตกต่างในภาวะโรคไม่ติดต่อได้เช่นโรคหัวใจ การแก้ปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยการดูแลทางคลินิกอย่างเข้มข้นและมีการจัดการอย่างจริงจังในระบบสุขภาพที่มีความพร้อม

ปัจจัยอะไรที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประสบความสำเร็จ? ผู้บริหารที่ต้องการความรวดเร็วในการแก้ปัญหาคงต้องคิดใหม่ กล่าวคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนผนวกกับการดำเนินงานอย่างเข้มข้น การออกกฎหมายใหม่และบังคับใช้อย่างจริงจัง การรณรงค์ส่งเสริมและให้การศึกษาอย่างถาวรทั่ว การทำงานเชิงรุกแบบตัวต่อตัวอย่างเข้มข้น และการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน พลวัตของกลุ่มก็มีความสำคัญ สุขนิสัยจะเกิดขึ้นได้เมื่อชุมชนร่วมกันทำให้เกิดมาตรฐานสังคมใหม่ (ตัวอย่างเช่น การใช้ถุงยางอนามัยในกิจกรรมทางเพศ และการใช้ห้องสุขาสำหรับการถ่ายอุจจาระ) จนผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล

## กรณีศึกษาที่ 18

### ควบคุมการเสพยาสูบ

#### โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แห่งประเทศไทย

(ต้นฉบับโดย Rachel Silverman)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ลดอัตราการสูบบุหรี่ ซึ่งจะลดภาวะโรคต่างๆ ได้แก่ มะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคในทางหายใจ และโรคอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ อีกทั้งยังป้องกันการตายก่อนวัยอันควร

**ยุทธวิธี:** ชี้นาฬิกาหรืออย่างต่อเนือง ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบ และรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความต้องการและลดการวางจำหน่ายบุหรี่

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** ความชุกของการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 59 ในปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 42 ในปี พ.ศ. 2550 ในกลุ่มผู้ชาย และจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 2 ในกลุ่มผู้หญิง โดยในภาพรวมประชากรระดับประเทศ อัตราการเกิดโรคมะเร็งปอดรายใหม่ลดลงและการตายจากโรคถุงลมโป่งพองก็ลดลงชัดเจน ช่วยเหลือ 32,000 ชีวิตรอดตายระหว่างปี พ.ศ. 2534 ถึงปี พ.ศ. 2549 ซึ่งประมาณการได้ว่า จะช่วยให้ได้ถึง 320,000 รายเมื่อถึงปี พ.ศ. 2569 หลีกเลี้ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 542,000 ปี ถึงปี พ.ศ. 2549

**ปัจจัยสำเร็จ:** การสนับสนุนจากสาธารณชนอย่างกว้างขวางในการต่อสู้กับบริษัทบุหรี่ข้ามชาติ การดำเนินงานเรื่องนี้ใช้เงินจากภาษีบุหรี่โดยไม่ต้องจัดเก็บภาษีรายได้เพิ่มจากประชาชน รัฐบาลจึงมีพันธสัญญาในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง ชุมชนในสังคมมีการจัดรูปแบบองค์กรเป็นอย่างดีและขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ มีรัฐบาลและกลไกควบคุมที่คล่องตัวและตอบสนองได้ดี

**การเงินการคลัง:** ใช้วิธีประหยัดรายจ่ายจากงบประมาณด้วยการขึ้นภาษีบุหรี่ รัฐจึงมีรายได้เพิ่มขึ้นถึงเกือบสองพันล้านเหรียญสหรัฐในแต่ละปี จนถึงปี พ.ศ. 2554 การบริหารเงินภาษีนี้นั้นก็เป็นไปอย่างคุ้มค่า อัตราความคุ้มค่าของการบริหารเงินภาษีนี้อยู่ที่ 75.40 เหรียญสหรัฐต่อการลดความสูญเสียปี สุขภาวะได้หนึ่งปี

**ขนาดของโครงการ:** เป้าหมายระดับประเทศในปี พ.ศ. 2534 คือผู้สูบบุหรี่จำนวน 11.4 ล้านคน

ขณะที่เขียนบทความนี้ ยังมีคนเสียชีวิตด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ในแต่ละปี บุหรี่คร่าชีวิตมนุษย์ทั่วโลกไปเกือบหกล้านคน ทุกทวินาทีจะมีคนตายเนื่องจากบุหรี่หนึ่งราย ภาวะโรคจากบุรี่ยังคงสูงขึ้นทั่วโลก สาเหตุจากมีการสูบบุหรี่อย่างมากในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง<sup>1</sup>

การสูบบุหรี่พิสูจน์แล้วว่าเป็นสาเหตุของโรคต่างๆ ตั้งแต่ มะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง ไปจนถึงทำให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักต่ำกว่าปกติ เมื่อความเข้าใจเกี่ยวกับพิษภัยจากบุรี่ยิ่งมีมากขึ้น สถาบันระหว่างประเทศ ดังเช่น องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และกองทุนการเงินระหว่างประเทศ เริ่มช่วยเหลือประเทศต่างๆ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งต่อมาตรการการควบคุมการสูบบุหรี่<sup>2</sup> อย่างไรก็ตาม ยังมีคนราวหนึ่งพันล้านคนบนโลกนี้ที่สูบบุหรี่ในแต่ละวันอันเป็นพฤติกรรมที่ทำให้คนจำนวนมากตายไวขึ้น<sup>3</sup>

ทั่วโลกนั้น บริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่<sup>4</sup>ได้ใช้เวลาครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 (พ.ศ. 2444 - 2543) ในการโฆษณาอย่างหนักหน่วงและด้วยวิธีการที่แยบยลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและทำให้ลูกค้าใหม่เข้ามาติด

กับดัก โดยมุ่งเป้าไปที่เด็กและวัยรุ่น<sup>5</sup> บริษัทฯ ยังได้ใช้ข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ เช่น ข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าและภาษี (General Agreement on Tariffs and Trade: GATT) ในการกดดันเพื่อเข้าถึงตลาดใหม่ทั่วโลก กลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลางหลายประเทศต่างก็มีอุตสาหกรรมบุหรี่ภายในประเทศรวมถึงผลิตภัณฑ์บุหรี่พื้นบ้าน ยอดนิยม แต่แม้บุหรี่กำลังได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่อุตสาหกรรม) รัฐบาลของประเทศเหล่านี้ก็ไม่มีมาตรการใดๆ ที่จะต่อสู้กับการโจมตีทางการตลาดและการลอบบี้ของบริษัทบุหรี่ข้ามชาติเลย

ด้วยการสนับสนุนจากหลักฐานทางวิชาการที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผสมกับความเห็นของสาธารณชนที่เปลี่ยนแปลงไป ในที่สุด การตอบโต้บริษัทบุหรี่ข้ามชาติก็ก่อตัวขึ้นในระดับโลก การตอบโต้ของนานาชาติต่อการคุกคามของบริษัทบุหรี่คู่มือพลังในช่วงปีแรกๆ ของศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2544 - 2643) ประเทศหนึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อย่างประเทศไทย ซึ่งมีประสบการณ์มากกว่าสิบปี ในการใช้มาตรการต่างๆ อย่างจริงจังในการควบคุมบุหรี่ เป็นผู้นำทางให้กับประเทศเพื่อนบ้าน<sup>6</sup>

เมื่อเริ่มต้นทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ประเทศไทยได้ใช้วิธีการต่างๆ ในการควบคุมการจำหน่ายและการสูบบุหรี่ที่รวมถึงห้ามโฆษณา เตือนภัยทางสุขภาพอย่างจริงจัง ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และขึ้นภาษีบุหรี่สูงลิบ มาตรการเหล่านี้ ต่อมาได้รับการยอมรับในระดับโลกภายใต้กรอบอนุสัญญาองค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO's Framework Convention on Tobacco Control) ผลการรณรงค์ของประเทศไทยคือ ผู้ชายลดการสูบบุหรี่ประมาณหนึ่งในสามระหว่างปี พ.ศ. 2534 และ 2550 ประชาชนหลายแสนคนรอดชีวิตเมื่อถึงปี พ.ศ. 2569 และเงินที่ได้เพิ่มจากการขึ้นภาษีบุหรี่จำนวนสองพันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ก็ช่วยเติมเต็มหีบงบประมาณของรัฐบาลด้วย ในขณะที่ประเทศไทยยังต้องเผชิญสิ่งท้าทายต่างๆ รวมถึงการคืนกลับของกลุ่มนักสูบบุหรี่รุ่นนั้น รูปแบบการควบคุมยาสูบของไทยก็ได้พิสูจน์ด้วยตัวของมันเองว่าเป็นรูปแบบที่ประหยัดและมีความเป็นไปได้ในการบรรลุผลที่มุ่งหวัง รวมทั้งเหมาะสมที่จะเป็นบทเรียนสำคัญแก่ประเทศอื่นๆ

### ความสูญเสียจากการสูบบุหรี่

ความสุขชั่วแว่นของการสูบบุหรี่ต้องแลกกับความจริงที่เจ็บปวด ผู้สูบจะค่อยๆ มีอาการเสียดและได้รับสารพิษที่เป็นอันตรายต่อร่างกายมากมาย คาร์บอนที่ประกอบด้วยสารเคมีเป็นพิษ 250 ชนิด 69 ชนิดเป็นสารก่อมะเร็ง เช่น สารหนู (Arsenic) ไซยาไนต์ และคาร์บอนมอนนอกไซด์ ผลที่ตามมาจากการสูบบุหรี่มีมากมายและรุนแรง กึ่งหนึ่งของผู้สูบจะตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ที่อีกหลายคนต้องทนทุกข์กับโรคที่ไม่ถึงตายแต่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างชัดเจน<sup>8</sup>

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อเกือบทุกส่วนของร่างกายมนุษย์ ผู้ติดยาสูบมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 25 เท่า การสูบบุหรี่ยังทำให้เกิดโรคมะเร็งถึงตายอื่นๆ อีกจำนวนมาก บุหรี่เป็นสาเหตุบ่งชี้ของโรคเรื้อรังหลายโรคที่ทวีจำนวนและเป็นภาระสำคัญในระดับโลก ผู้ติดยาสูบที่มีความเสี่ยงต่อโรคเส้นเลือดอุดตันในสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่า เพิ่มความเสี่ยงต่อความตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึง 12 เท่า<sup>9</sup> ปอดของผู้ติดยาสูบยังเปราะบางต่อโรคติดเชื้อส่วนใหญ่ โดยเฉพาะโรคไข้หวัดใหญ่ วัณโรค และโรคปอดบวม<sup>10</sup> แม้แต่การสูบบุหรี่มือสองก็ยิ่งถึงตาย โดยเฉพาะต่อตัวอ่อนในครรภ์มารดาและเด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ที่ได้สัมผัสควันบุหรี่ก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าปกติรวมถึงคลอดทารกตายในทันทีได้ นอกจากนี้ทารกในบ้านที่มีควันบุหรี่ก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางหายใจ<sup>11</sup> ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดภาระอันหนักหน่วงต่อระบบสุขภาพ

ในภาพรวม ภาระของโลกอันเนื่องมาจากโรคที่สัมพันธ์กับบุหรี่นั้นมีมากนัก ในปี พ.ศ. 2553 บุหรี่ทำให้ 6.3 ล้านคนต้องตายและต้องสูญเสียปี สุขภาวะไปเป็นจำนวน 156 ล้านปี ทำให้บุหรี่ยกลายเป็นปัจจัย

เสี่ยงยิ่งใหญ่ที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการตายในระดับโลก<sup>12</sup> โรคที่เกิดจากบุหรี่มีความหนาแน่นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ประมาณเป็นสัดส่วนร้อยละ 80 ของผู้ติดยาสูบทั้งหมด ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสังคมคนยากจนที่สุด<sup>13</sup> ประชาชนที่ติดยาสูบต้องมีความใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะคนยากจน ทำให้เกิดความขาดแคลนเงินที่จะต้องจ่ายเป็นค่าอาหาร ค่ารักษาสุขภาพ ค่าเล่าเรียน หรือค่าที่อยู่อาศัย คนยากจนยังต้องทนทุกข์แสนสาหัสจากความเจ็บป่วยจากบุหรี่และค่าใช้จ่ายในการรักษาความเจ็บป่วยซึ่งมีมูลค่าสูง ยิ่งตอกย้ำความไม่เท่าเทียมทางด้านสุขภาพให้รุนแรงยิ่งขึ้นเข้าไปอีก<sup>14</sup>

ประเทศไทยก็เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การสูบบุหรี่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นมากในศตวรรษที่ 20 (พ.ศ. 2444 - 2543) ในปี พ.ศ. 2534 เกือบร้อยละ 60 ของผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 15 ปี) เพศชายและร้อยละ 5 ของผู้ใหญ่เพศหญิงจุดบุหรี่ทุกวัน<sup>15</sup> การสูบบุหรี่ในกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ยากจนที่สุดมีมากมายห่างไกลจากกลุ่มคนที่ฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า ในกลุ่มคนที่อยู่ในครอบครัวรวยที่สุดซึ่งเป็นประมาณหนึ่งในห้าของประชากรไทยนั้น ผู้ใหญ่เพศชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้ใหญ่เพศหญิงเพียงเกือบสองเท่า<sup>16</sup>

การสูบบุหรี่อย่างแพร่หลายกว้างขวางทำให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมากในประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ชายที่สูบบุหรี่อย่างหนัก ปี พ.ศ. 2533, มะเร็งปอดเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ชายเป็นอันดับที่สอง (รองลงมาจากระยะเริ่มต้น) อัตราการเกิดโรครายใหม่สูงกว่าผู้หญิงกว่าสองเท่า<sup>17</sup> โรคทางหายใจและโรคเรื้อรังอื่นๆ ก็เพิ่มสูงขึ้น นักระบาดวิทยาผู้มีชื่อเสียงแห่งออกซ์ฟอร์ด คือ เซอร์ริชาร์ด เปโต (Sir Richard Peto) ทำนายไว้ในปี พ.ศ. 2531 ว่า เด็กไทยจำนวนหนึ่งล้านคนจะต้องตายก่อนวัยอันควรเพราะการสูบบุหรี่<sup>18</sup> การสูบบุหรี่ชนิดไม่มีควันก็ทำอันตรายแก่ผู้หญิง ในปี พ.ศ. 2533 โรคมะเร็งมดลูกเกิดขึ้นในผู้หญิงมากกว่าในผู้ชายถึงเจ็ดเท่า<sup>19</sup>

### จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: ประเทศไทยต่อสู้กับบริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่

เริ่มในทศวรรษที่ 1940s (พ.ศ. 2483 - 2492) รัฐบาลไทยควบคุมอุตสาหกรรมบุหรี่ไทยอย่างแน่นหนา พระราชบัญญัติโรงงานยาสูบผ่านออกมาในปี พ.ศ. 2486 มีผลคุ้มครองโรงงานยาสูบ (Thailand Tobacco Monopoly: TTM) ที่รัฐบาลเป็นเจ้าของ ทำให้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ต่างชาติกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมาย เกือบครึ่งศตวรรษที่โรงงานยาสูบผลิตบุหรี่คุณภาพต่ำแบบตั้งรับโดยไม่มีการโฆษณาหรือการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ของตนแต่อย่างใด<sup>20</sup> ในช่วงทศวรรษที่ 1970 (พ.ศ. 2513 - 2522) กลุ่มชมรมแพทย์ได้รับชัยชนะขั้นต้นในการควบคุมบุหรี่ ที่รวมถึงการให้มูลค่าเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ตลอดจนการห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลและบนรถโดยสารสาธารณะทั่วทั้งกรุงเทพฯ<sup>21</sup>

อย่างไรก็ตาม ในช่วงกลางทศวรรษที่ 1980 (พ.ศ. 2523 - 2532) ชัยชนะขั้นต้นในการควบคุมบุหรี่ที่ต้องเผชิญกับคู่ต่อสู้ที่อันตราย นั่นก็คือ บริษัทบุหรี่ข้ามชาติที่ตั้งใจรุกเข้าสู่ตลาดไทย ประเทศไทยและเพื่อนบ้าน บรรดา “เสือแห่งเอเชีย” ที่มีประชากรจำนวนมากประกอบกับเศรษฐกิจอยู่ในช่วงขาขึ้น เป็นที่หมายตาของอุตสาหกรรมบุหรี่ผู้รุกราน บริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่ยังเห็นช่องโอกาสที่จะใช้กฎกติกาการค้าระหว่างประเทศในการบีบบังคับให้ไทยเปิดตลาดบุหรี่ให้ได้<sup>22</sup>

กลยุทธ์การโฆษณามาเป็นอันดับแรก แม้ว่ารัฐบาลไทยจะห้ามบริษัทบุหรี่ต่างชาติวางจำหน่ายผลิตภัณฑ์ของตนในประเทศไทย แต่บริษัทบุหรี่ยี่ห้อต่างชาติก็ยังไม่โฆษณาผลิตภัณฑ์ในสื่อไทยอย่างมากมาย ที่น่าตกใจก็คือ ด้วยสัญญาติญาณแห่งการแข่งขัน ทำให้โรงงานยาสูบของไทยเริ่มทำการโฆษณาบ้าง<sup>23</sup>

เมื่อได้เห็นพายุร้ายนี้ บรรดาผู้เคลื่อนไหวต่อต้านบุหรี่ต่างก็ตระหนักว่า ถึงเวลาแล้วที่จะต้องจัดทัพเข้าต่อสู้ ในปี พ.ศ. 2529 กลุ่มนักเคลื่อนไหวเพื่อประโยชน์สาธารณะกลุ่มเล็กๆ ได้รวมตัวกันก่อตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แห่งประเทศไทย (Thai Anti - smoking Campaign Project: TASCOP) ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในนามของ ASH Thailand ในปี แรกๆ ของการก่อตั้ง TASCOP ดำเนิน 2 กลยุทธ์เพื่อต่อต้านการสูบบุหรี่ของคนไทย กลยุทธ์แรก บรรดาภาคีเครือข่ายช่วยกันให้ความรู้แก่สาธารณะเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่และระดมการสนับสนุนเพื่อดำเนินการควบคุมบุหรี่ TASCOP พิสูจน์ให้เห็นว่ามีความเชี่ยวชาญในการเผยแพร่สื่อที่ทำให้เห็นว่าประชาชนกำลังทนทุกข์จากโรคปอดอันเนื่องมาจากการเสพติดบุหรี่ โครงการย่อยทยอยกันออกมาซึ่งมีลักษณะคล้ายๆ กัน เช่น สารคดีชีวิตผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ไปสเตรอร์รณรงค์ต่อต้านประเพณีที่เป็นอันตราย (การถวายบุหรี่พระถือเป็นบาปอย่างหนึ่ง) การเปิดประชุมแถลงข่าวเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อป้องกันเด็กจำนวนหนึ่งล้านคนไม่ให้ตายก่อนวัยอันควร กลยุทธ์ที่สอง TASCOP ดำเนินการลอบบี้ภาครัฐด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ รวมถึงการเตรียมเนื้อหาเกี่ยวกับกฎหมายให้แก่ภาครัฐและสื่อมวลชน<sup>24</sup>

การดำเนินงานของ TASCOP ประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2531 TASCOP กดดันรัฐบาลให้เพิกถอนการอนุมัติให้โรงงานยาสูบสร้างโรงงานใหม่ และยังสามารถลอบบี้ให้มีการห้ามโฆษณาบุหรี่ได้สำเร็จในปี ถัดมา แต่การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาที่ยังอ่อนแอก็ส่งผลให้บริษัทบุหรี่ยักษ์ต่างชาติยังคงละเมิดกฎระเบียบได้ บริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่มักยังคงคืบคลานก้าว โดยในปี พ.ศ. 2532 บริษัทฯ ประสบความสำเร็จในการร้องเรียนต่อ GATT เพื่อล้มเลิกการห้ามนำเข้าบุหรี่ของประเทศไทย บีบบังคับให้ไทยต้องอนุญาตให้มีการวางจำหน่ายผลิตภัณฑ์บุหรี่ต่างชาติเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534 อย่างไรก็ตาม ข้อขัดแย้งทางการค้านี้ทำให้สาธารณชนต่อต้านบริษัทบุหรี่ยักษ์มากขึ้น ตลอดสองทศวรรษต่อมา ความร่วมมือของนักเคลื่อนไหวทางสังคมที่นำโดย TASCOP สามารถจับกระแสสังคมได้ และผลักดันให้มีกฎหมายที่เข้มแข็งออกมาเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่และการกระจายบุหรี่<sup>25</sup>

ระหว่งนั้นองค์การอนามัยโลกก็ได้เผยแพร่กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO's 2003 Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นการวางรากฐานที่แข็งแกร่งสำหรับการควบคุมยาสูบในระดับนานาชาติ<sup>26</sup> ประเทศไทยได้รับรอง FCTC ในปี พ.ศ. 2547 และได้ใช้เกือบทุกมาตรการการควบคุมยาสูบที่เป็นข้อเสนอใน FCTC

## การเปลี่ยนนโยบายการควบคุมยาสูบของประเทศไทยไปสู่การปฏิบัติ

วิธีการควบคุมยาสูบของประเทศไทยมีหลายแง่มุมและมีความรอบด้านมุ่งเป้าหมายที่ทั้งอุปสงค์และอุปทานรวมทั้งต่อสู้ให้กับผู้สูบบุหรี่สองด้วยชุดมาตรการควบคุมและการจำกัดที่กว้างขวางสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 7 วิธีการ ดังนี้

1. การขึ้นภาษี ระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2552 ประเทศไทยขึ้นภาษีบุหรี่อย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 55 ถึงร้อยละ 85 ของราคาโรงงาน ผลิตภัณฑ์ยาสูบยังเจอภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ด้วย ภาษีสุขภาพพิเศษจำนวนร้อยละ 2 ของภาษีบุหรี่ที่เก็บเพิ่มได้นำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพด้วยการต่อต้านบุหรี่ (สำหรับปี พ.ศ. 2544) ต่อมาได้มีการเก็บภาษีบุหรี่เพิ่มอีกและนำเงินนี้ไปสนับสนุนกิจการสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส (Thai Public Broadcasting Service) ด้วย<sup>27</sup>
2. การจำกัดการจำหน่ายและการกระจาย มีการจำกัดการจำหน่ายและการกระจายบุหรี่อย่างจริงจังตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 กฎหมายนี้ห้ามการจำหน่ายบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ห้ามการแจกจ่ายกระจายตัวอย่างผลิตภัณฑ์ยาสูบ และห้ามการจำหน่ายบุหรี่ทางเครื่องจำหน่ายสินค้าแบบหยอดเหรียญ<sup>28</sup>
3. การจำกัดการโฆษณาและการส่งเสริมการขาย เดิมที ประเทศไทยห้ามการโฆษณาขายยาสูบในรูปแบบต่างๆ เป็นส่วนใหญ่อยู่แล้ว แต่พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบยังได้จัดให้การโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่มีไซยาสูบเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ถ้าการโฆษณานั้นมีการใช้ชื่อทางการค้าของบุหรี่ รวมถึงที่ใช้การแข่งขันและการส่งเสริมการขายที่สามารถจูงใจให้เกิดการซื้อยาสูบได้<sup>29</sup> ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยยังเข้มงวดขึ้นอีก โดยห้ามการโฆษณา ณ จุดขาย ส่งผลให้ไม่สามารถวางยาสูบหรือตราสัญลักษณ์ใดๆ ให้ลูกค้าได้เห็นอีกต่อไป<sup>30</sup>
4. การเตือนภัยด้านสุขภาพอย่างเข้มข้น ค่าเตือนด้านสุขภาพใหม่ๆ ทำให้ผู้สูบบุหรี่ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่จะตามมาจากการสูบบุหรี่ นับแต่ปี พ.ศ. 2536 ค่าเตือนบนซองบุหรี่ของประเทศไทยค่อยๆ ขยายใหญ่ขึ้นและน่ากลัวยิ่งขึ้น กฎระเบียบใหม่คือ ภาพคำเตือนด้านสุขภาพจะต้องมีเนื้อที่อย่างน้อยหนึ่งในสี่ของพื้นผิวทั้งหมดของซอง สัดส่วนนี้ต่อมาได้เพิ่มเป็นมากกว่าครึ่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2552<sup>31</sup>



5. การจำกัดการสูบบุหรี่ ในที่สาธารณะ มาตรการลดความต้องการดำเนินควบคู่ไปกับกฎหมายเพื่อป้องกันผู้ไม่สูบบุหรี่ให้พ้นจากการเป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง ในปี พ.ศ. 2535 รัฐบาลได้ผ่านกฎหมายที่ให้อำนาจแก่กระทรวงสาธารณสุขในการจำกัดการสูบบุหรี่ ในที่สาธารณะเฉพาะบางแห่งตามดุลพินิจ<sup>32</sup> สถานที่ปลอดบุหรี่ชุดแรกได้แก่ สถานีขนส่งสาธารณะและโรงพยาบาล ผู้สูบบุหรี่ ยังถูกจำกัดให้สูบบุหรี่เฉพาะในห้องส่วนตัวหรือบริเวณที่จัดไว้ให้ในโรงเรียน โรงพยาบาล ร้านค้า สถานที่ราชการ และหน่วยงานสาธารณะอื่นๆ<sup>33</sup> กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายรายการสถานที่ปลอดบุหรี่ออกไปอีกหลายครั้งในช่วงเวลาที่ผ่านมา
6. นวัตกรรมทางการเงินการคลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลไทยก่อตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานอิสระของรัฐ สสส.ได้รับงบประมาณปี ละประมาณ 120 ล้านบาทจากรัฐจากการจำหน่ายบุหรี่และสุราที่เก็บเพิ่มไว้ร้อยละ 2<sup>34</sup> หน่วยงานนี้ทำงานร่วมกับภาคประชาสังคมและภาคประชาชนในการต่อต้านการสูบบุหรี่และการรณรงค์ด้านสุขภาพอื่นๆ สสส. ใช้วิธีการแยกบิลในการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ ตัวอย่างเช่น สื่อโฆษณารณรงค์ชิ้นหนึ่งที่เป็นที่กล่าวขวัญไปทั่วโลกในปี พ.ศ. 2555 มีฉากเด็กขอต่อบุหรี่จากผู้ใหญ่ที่กำลังสูบบุหรี่ อยู่ ผู้ใหญ่ทั้งหมดในฉากพากันปฏิเสธ อ้างถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ “ถ้าเอ็งสูบบุหรี่ เอ็งก็จะตายเร็วขึ้น เอ็งไม่อยากมีชีวิตอยู่เพื่อเล่นต่อไปรึ” ผู้ใหญ่คนหนึ่งกล่าว เด็กได้กลับว่า “พวกพี่ห่วยแต่มาแล้วพวกพี่ละ?”<sup>35</sup>

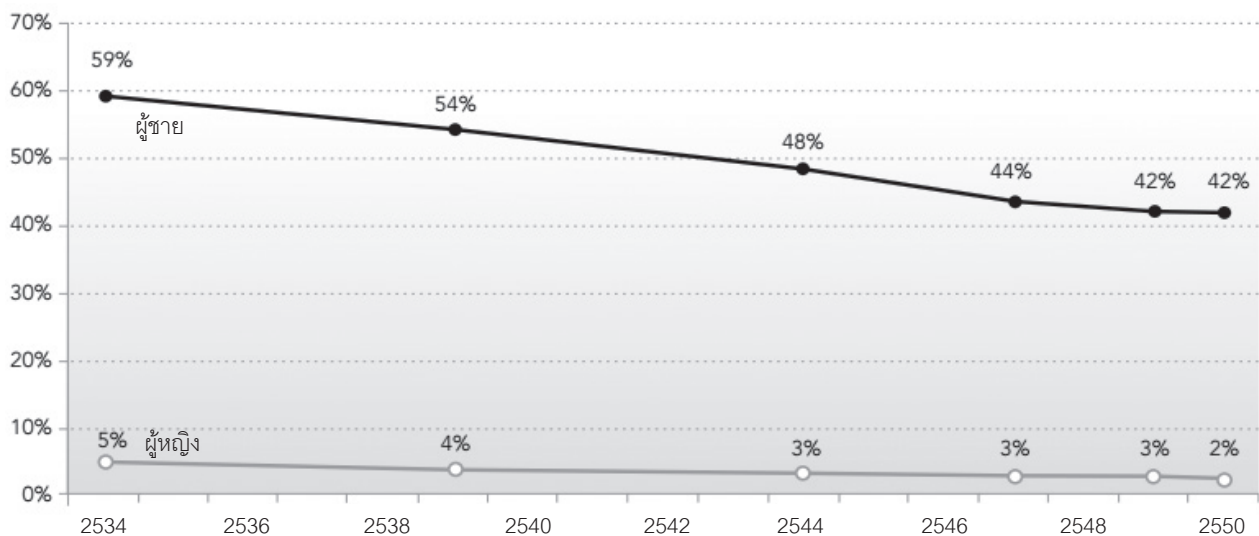
7. การติดตามและประเมินผล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519 การสำรวจครอบครัวที่มีการประเมินความชุกและแนวโน้มของการสูบบุหรี่<sup>36</sup> ตามพันธสัญญาที่มีของ FCTC ประเทศไทยได้ส่งรายงานความก้าวหน้าให้องค์การอนามัยโลก<sup>37</sup> ในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 16 ประเทศกลุ่มที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางที่เข้าร่วมกับองค์การอนามัยโลกในการสำรวจการสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่ในระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey: GATS) เพื่อช่วยติดตามการสูบบุหรี่ทั่วไป การสูบบุหรี่มือสอง ทักษะคิด การบังคับใช้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ และการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย<sup>38</sup>

**ผลลัพธ์ตอบแทน: นักสูบบุหรี่ น้อยลง คนไทยแข็งแรงขึ้น**

แม้จะใช้มาตรการควบคุมบุหรี่จริงจัง แต่การเปลี่ยนแปลงในประเทศไทยก็ต้องใช้เวลา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จะเกิดขึ้นจริง เมื่อคนรุ่นใหม่หลีกเลี่ยงที่จะเป็นเหยื่อบุหรี่ตั้งแต่แรก ยิ่งกว่านั้น ผลของบุหรี่ต่อสุขภาพใช้เวลายาวนานและเป็นฤทธิ์ค่อยๆ สะสม หมายถึงว่า ประโยชน์ด้านสุขภาพในระดับประชากรที่เกิดขึ้นจากการควบคุมยาสูบจะปรากฏเมื่อเวลาผ่านไปอย่างน้อยสิบปี

ภาพแนวโน้มในระยะยาวนั้นชัดเจน ภายหลังจากที่ประเทศไทยกีดกันบริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่ อัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างชัดเจน ประโยชน์ทางด้านสุขภาพกำลังบังเกิดขึ้น ระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2550 ความชุกของการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไปลดลงจากร้อยละ 59 เป็นร้อยละ 42 ในกลุ่มผู้ชาย และลดลงจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 2 ในกลุ่มผู้หญิง (ภาพที่ 1)<sup>39</sup>

ภาพที่ 1. ความชุกของผู้สูบบุหรี่อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปในประเทศไทย พ.ศ. 2534 - 2550



แหล่งข้อมูล: สำนักงานองค์การอนามัยโลกสาขาประเทศไทย (2015a)

จากการใช้แบบจำลองซิมสโมค (SimSmoke model) (กล่อง 1) กลุ่มนักวิจัยประมาณการได้ว่า อัตราการสูบบุหรี่ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2549 ลดลงร้อยละ 25 ในกลุ่มผู้ชาย และลดลงร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้หญิง เมื่อเทียบกับสถานการณ์ที่ไม่มีกฎหมายใหม่หรือกฎระเบียบใหม่<sup>40</sup> ในการประมาณการทางวิชาการเพื่อดูความเชื่อมโยงระหว่างการสูบบุหรี่กับความเสี่ยงต่อความตายที่เพิ่มขึ้น กลุ่มนักวิจัยคำนวณได้ว่า นโยบายด้านยาสูบของไทยสามารถช่วยชีวิตคนไทยได้ 32,000 คนระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2549 และถ้าแนวโน้มยังคงเป็นเช่นนี้ก็สามารรถช่วยชีวิตคนได้เกือบ 320,000 คนเมื่อถึงปี พ.ศ. 2569<sup>41</sup>

ความชุกในการสูบบุหรี่ที่ลดลงของประเทศไทยทำให้สุขภาพของประชาชนเริ่มดีขึ้น ระหว่างปี พ.ศ. 2530 - 2540 อัตราตายของชายไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะตายก่อนอายุ 60 ปี ค่อยๆ เพิ่มจากร้อยละ 21 เป็นร้อยละ 27 ในขณะที่อัตราตายของหญิงไทยอายุตั้งแต่

15 ปี ขึ้นไปยังคงคงที่ระหว่างร้อยละ 13 - 14 แต่หลังจากนั้น 15 ปี แนวโน้มกลับผกผันปี พ.ศ. 2555 อัตราตายของชายไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปลดลงมาเหลือร้อยละ 21 และอัตราตายของหญิงไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปลดลงมาเหลือร้อยละ 11<sup>42</sup> มีหลายปัจจัยให้คนไทยมีอายุขัยยาวนานขึ้นแน่นอนว่าการลดการสูบบุหรี่ก็เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพพึงดูได้จากแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ตัวอย่างเช่น อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปอดในผู้ชายพุ่งพรวดจาก 4 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2528 เป็น 27 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2540 แต่อุบัติการณ์นี้ก็ค่อยๆ ลดลงในทศวรรษถัดมา และลดลงต่ำกว่า 25 รายต่อแสนประชากรระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2546<sup>43</sup> อัตราตายจากโรคถุงลมโป่งพองพุ่งสูงขึ้นเป็น 6 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2546 แต่ลดลงเหลือ 4 รายต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2552<sup>44</sup>

## กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

หลักฐานที่แสดงถึงการควบคุมยาสูบมีมากมายและชัดเจนยิ่งอย่างไรก็ตาม การติดตามผลกระทบจากนโยบายเป็นเรื่องยากเนื่องจากขาดสิ่งเปรียบเทียบ นั่นคือ เราไม่รู้ได้ว่าความชุกของการสูบบุหรี่และสถานะทางสุขภาพจะเป็นเช่นไรในประเทศไทยถ้าไม่มีการรณรงค์ต่อต้านยาสูบ องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานต่างๆ จึงใช้แบบจำลองซิมสโมคในการประเมินผลกระทบจากนโยบายที่ส่งผลต่อแนวโน้มการสูบบุหรี่ในระยะยาว แบบจำลองซิมสโมคประมาณการสถานการณ์ปัจจุบัน ณ ขณะนั้นทั้งจำนวนประชากรผู้ติดบุหรี่ ผู้เคยสูบบุหรี่ และผู้ไม่สูบบุหรี่ และติดตามกลุ่มเหล่านี้ในเวลาต่อมา และเมื่อเพิ่มตัวแปรที่เป็นมาตรการเชิงนโยบายเข้ามา ซิมสโมคก็ทำนายสถานการณ์การสูบบุหรี่ในอนาคตภายใต้ฉากทัศน์นโยบายต่างๆ ซิมสโมคยังประเมินสถานการณ์ย้อนหลังได้ว่าถ้านโยบายนั้นไม่ทำงาน สถานการณ์การสูบบุหรี่จะเป็นเช่นไร

เดวิด เลวี (David Levy) แห่งมหาวิทยาลัยจอร์จทาวน์ คือสถาปนิกผู้สร้างสรรคแบบจำลองซิมสโมค เลวีและเพื่อนร่วมงานใช้แบบจำลองนี้ในประเทศไทยเพื่อประมาณการผลกระทบอันเกิดจากโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่<sup>45</sup> พวกเขาเปรียบเทียบผลการทำนายด้วยแบบจำลองนี้โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์การสูบบุหรี่จากการสำรวจในอดีตเพื่อให้มั่นใจว่า สามารถใช้แบบจำลองนี้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของไทย จากนั้นจึงสร้างแบบจำลองที่สะท้อนฉากทัศน์นโยบายปี พ.ศ. 2534 และคาดการณ์ไปถึงปี พ.ศ. 2549 โดยสมมุติว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงบรรยากาศของนโยบาย เมื่อเอาสถานการณ์การสูบบุหรี่จริงมาหักลบกับสถานการณ์ที่คาดการณ์พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2549 ลดลง 1 ใน 4 ถ้าเทียบกับเมื่อประเทศไทยไม่มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534

ขั้นต่อไป กลุ่มนักวิจัยได้แปลผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสูบบุหรี่ไปเป็นความต่างในอัตราตาย เปรียบเทียบความเสี่ยงต่อความตายสำหรับผู้ที่ยังสูบบุหรี่ ผู้เคยสูบบุหรี่ และผู้ไม่สูบบุหรี่ ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีข้อมูลความเสี่ยงจากประเทศไทย กลุ่มนักวิจัยก็เลยไปใช้ข้อมูลความเสี่ยงต่อการตายที่มีสาเหตุเฉพาะเจาะจงทั้งในเชิงระบาดวิทยาและในเชิงเศรษฐศาสตร์ที่มีลักษณะคล้ายกัน คือประยุกต์ใช้ของได้หันกับการตายทั้งหมดที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ผลลัพธ์คือ มาตรการการควบคุมยาสูบของประเทศไทยสามารถช่วยให้ประชาชนมีชีวิตรอดได้ถึง 32,000 คนระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2549 และจะช่วยให้รอด 288,000 คนเมื่อถึงปี พ.ศ. 2569

เราจะเชื่อผลของรูปแบบจำลองนี้ได้อย่างไร? ที่สุดแล้วความน่าเชื่อถือนี้ขึ้นอยู่กับว่า สมมุติฐานที่ตั้งไว้เป็นจริงสำหรับประชากรไทยหรือไม่ กลุ่มนักวิจัยพยายามสร้างหลักตรรกะเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือว่า รูปแบบจำลองได้สะท้อนการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การสูบบุหรี่อันเนื่องมาจากนโยบายได้อย่างเที่ยงตรงแล้ว แต่ในขั้นตอนที่ 2 นั้น การก้าวกระโดดจากการสูบบุหรี่ไปสู่การตาย กลับน่าเชื่อถือได้น้อยกว่า โดยเฉพาะตรงที่ผู้เขียนบอกว่า การประมาณการที่แตกต่างกันของความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับความตายนั้นแทบจะหักล้างข้อค้นพบได้อย่างเหลือเชื่อ ในสหรัฐอเมริกา การสูบบุหรี่มีมากกว่าความเสี่ยงต่อความตายสองเท่า ถ้าสถานการณ์เช่นนี้เป็นจริงสำหรับประเทศไทย การประมาณการชีวิตรอดก็จะกระโดดไปเป็น 540,000 คน แต่ถ้าความเสี่ยงสัมพันธ์ที่เป็นจริงสำหรับประเทศไทยใกล้เคียงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับความตายนี้นั้นที่พบในประเทศจีนซึ่งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 35 การประมาณการผลกระทบของพวกเขาก็จะเกินเลยความเป็นจริง เพราะตัวเลขที่แท้จริงจะใกล้เคียงกับ 221,000 รายที่รอด

## ประโยชน์ที่ได้รับนั้นเกิดจากการลงทุนไปเท่าใด?

มาตรการต่างๆ ที่ใช้ในการควบคุมยาสูบถือว่าดำเนินไปอย่างประหยัดจริงๆ เพราะรายได้มาจากภาษีขึ้นภาษีบุหรี่ มาตรการทางกฎหมายก็ใช้เงินน้อยและยังช่วยลดภาระในระบบสุขภาพอีกด้วย มาตรการอื่นๆ ที่มีประสิทธิผล เช่น การรณรงค์ทางสื่อสารมวลชนและการบังคับใช้กฎหมายโดยหน่วยงานรัฐ ต้องมีการลงทุนล่วงหน้ามากพอสมควร<sup>46</sup> อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา การใช้มาตรการดังกล่าวก็มีความคุ้มค่ามาก เห็นได้จากการที่องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า ชุดปฏิบัติการควบคุมยาสูบอย่างรอบด้านมีราคาต่ำกว่าเพียง 0.11 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ทำให้ชุดดังกล่าวมีราคาถูกที่สุดชุดหนึ่งในการลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ<sup>47</sup>

ในประเทศไทย ค่าใช้จ่ายด้านนี้ส่วนใหญ่มาจาก สสส. ซึ่งได้มาจากภาษีขึ้นภาษีบุหรี่และสุรา ภาษีบุหรี่เป็นแหล่งรายได้ใหญ่ของรัฐบาล ทำให้รัฐบาลมีพันธสัญญาในเรื่องนี้อย่างเหนียวแน่นและต่อเนื่อง ทั้งยังนำเงินไปลงทุนเพื่อปรับปรุงสุขภาพของประชาชนได้อีกด้วย เมื่อขึ้นภาษีบุหรี่และสุรา รายได้ของรัฐบาลจากการจัดเก็บภาษีสินค้าในประเทศเพิ่มขึ้นถึงสี่เท่า จากน้อยกว่า 500 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2535 ขยับขึ้นเป็น 2 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2554<sup>48</sup> ทำให้ภาษีสินค้าภายในประเทศกลายเป็นแหล่งรายได้ใหญ่ของงบประมาณทั้งหมด ค่ารวมได้เป็นประมาณร้อยละ 3.5 ของภาษียุโรปได้ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2554<sup>49</sup>

การวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพจากการควบคุมยาสูบอย่างจริงจังของประเทศไทยที่กระทำโดยกลุ่มนักวิจัยเพื่อ *หลายล้านชีวิตรอด* พบว่า รัฐบาลและภาคีเครือข่ายป้องกันการสูญเสียปี แห่งสุขภาพจะได้ถึง 125,000 ปี จากโรคมะเร็งปอด 86,000 ปี จากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 330,000 ปี จากโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมเป็น 541,695 ปี สุขภาวะในปี พ.ศ. 2549 จากนั้น เราได้ประมาณการความคุ้มค่าเฉพาะวิธีการหนึ่งส่วน คือการบริหารจัดการด้านภาษี โดยดูความเปลี่ยนแปลงในอัตราการตายและความพิการในสามโรคหลักที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ มะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ<sup>50</sup> การศึกษางานวิจัยก่อนหน้าระบุว่า การบริหารภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 0.005 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ จึงประมาณได้ว่าการบริหารภาษีบุหรี่ของประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 25 ล้านดอลลาร์สหรัฐระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2549<sup>51</sup> อัตราความคุ้มค่าซึ่งน่าจะอยู่ที่ 75.40 เหรียญสหรัฐต่อการปกป้องปี สุขภาวะได้ 1ปี ซึ่งถือว่าคุ้มค่ามากเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศของไทยซึ่งมีค่าเท่ากับ 3,143 เหรียญสหรัฐต่อหัวประชากร<sup>52</sup>

## กฎแห่งความสำเร็จ

รัฐบาลไทยได้รับแรงหนุนอย่างเข้มแข็งจากสาธารณชนในการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบ รวมถึงได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากผู้สูบบุหรี่ด้วย ข้อได้เปรียบทางการค้ากับบริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่ได้จุดประกายให้สาธารณชนคัดค้านอย่างรุนแรง และพลเมืองไทยก็ยอมรับการใช้มาตรการที่เข้มงวดมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การสำรวจความคิดเห็นของคนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2536 พบว่าร้อยละ 70 สนับสนุนการขึ้นภาษีบุหรี่ที่รวมถึงผู้ที่ยังสูบฯ อยู่ร้อยละ 60 ด้วย มีการนำหลักฐานนี้ไปลอบบี้เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลที่ยังกลัวการตอบโต้จากสาธารณชน ช่วยแก้ความเฉื่อยของหน่วยงาน ทำให้การขึ้นภาษีบุหรี่ครั้งใหญ่ครั้งแรกเป็นไปอย่างรวดเร็วต่อมาภายในปี นั้น<sup>53</sup>

ถึงแม้จะดีขึ้นแล้ว แต่การสนับสนุนให้มีกฎหมายยาสูบที่เข้มงวดยิ่งขึ้นก็ยังคงมีต่อไปหลังจากที่มีการใช้มาตรการควบคุมชุดแรก ข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 ระบุว่า นักสูบฯ ไทยให้ความร่วมมือกับกฎหมายควบคุมยาสูบมากกว่านักสูบฯ ในประเทศอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ร้อยละ 90 ของนักสูบฯ ไทยสนับสนุนการห้ามสูบฯ อย่างสิ้นเชิงในภัตตาคาร ขณะที่มีเพียงร้อยละ 40 และ 21 ที่สนับสนุนในประเทศฝรั่งเศสและประเทศจีนตามลำดับ<sup>54</sup> ช่วงที่ผ่านมา กระแสสนับสนุนของสาธารณชนช่วยทำให้ผู้กุมนโยบายไม่เอนเอียงไปตามการลอบบี้ของอุตสาหกรรมยาสูบและยังคงเข้มแข็งในการใช้กฎระเบียบต่อไป

กฎแห่งความสำเร็จดอกอื่นของประเทศไทยคือ ชุดปฏิบัติการที่มีความรอบด้าน การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพที่ประสบความสำเร็จรวมทั้งภาพและคำเตือนบนซองบุหรี่ ช่วยเสริมกฎระเบียบที่จำกัดการวางจำหน่าย การโฆษณา และการสูบบุหรี่ การสำรวจในปี พ.ศ. 2554 พบว่าร้อยละ 97 ของผู้มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปรู้ว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเสพติดและก่อให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง และร้อยละ 94 อธิบายถึงอันตรายของการสูบบุหรี่มือสองได้<sup>55</sup>

ในทางเศรษฐศาสตร์นั้น การดำเนินงานควบคุมยาสูบมีแต่ได้กับได้ ทำให้พันธสัญญาทางการเมืองยังคงดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง กลุ่มนักเคลื่อนไหวต่อต้านการสูบบุหรี่ได้เสนอแหล่งรายได้ใหม่ให้แก่รัฐบาลซึ่งช่วยให้รัฐมนตรีกระทรวงการคลังตัดสินใจให้การสนับสนุนง่ายขึ้น<sup>56</sup> การขึ้นภาษีบุหรี่ทำให้รัฐบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นมาก แรงต้านภายในรัฐบาลก็น้อยลง กระแสสนับสนุนทำให้มีการจัดสรรงบประมาณสู่ สสส. โดยเสนอให้ใช้เงินส่วนที่เพิ่มขึ้นมาจากการจัดเก็บภาษีสินค้าในประเทศ แทนที่จะไปร้องขอจากกองทุนต่างๆ ที่มีอยู่<sup>57</sup>

แต่การต่อสู้ยังไม่จบ บริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่เป็นศัตรูที่น่าเกรงขามที่ยังคงจ้องจะซื้ออำนาจทางการเมืองและหาช่องว่างเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในตลาดรวมทั้งหาทางเพิ่มผลประโยชน์ของตน<sup>58</sup>

บุหรี่ยุคหนึ่งตนเองเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่แพร่หลายในประชากรประมาณ กึ่งหนึ่งของนักสูบฯ อย่างไรก็ตาม บุหรี่ยุคนี้ส่วนใหญ่ยังอยู่นอกเหนือ การควบคุมทางกฎหมาย<sup>59</sup> มีการลักลอบนำเข้าบุหรี่ยุคนี้มาอยู่เรื่อยๆ และมีการดำเนินการจับกุมน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 20 ของตลาดบุหรี่ใน ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554<sup>60</sup> การดำเนินการทางกฎหมายไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะนอกเขต กทม. และผู้บริโภคต้องสัมผัสกับโฆษณา ณ จุดขาย เกือบสามเท่าระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2554<sup>61</sup> ปัญหาเหล่านี้ทำให้ความชุก ของการสูบบุหรี่ยังคงมีอัตราสูงในกลุ่มผู้ชายแม้ว่าจะลดน้อยลงบ้างแล้ว ในระยะใกล้ๆ ที่ผ่านมา

ที่น่ากังวลก็คือ ข้อมูลจากการสำรวจ ระบุว่า ความชุกของ การสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในประชากรวัยเยาว์กลุ่มอายุ 15 - 24 ปี จาก ร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2554 นักสูบบุหรี่วัยเยาว์ เหล่านี้มีพฤติกรรมต่างจากรุ่นอายุมากกว่าที่สูบฯ แบบมีควันมากกว่า ไร่ควัน ซื่อเป็นมวนมากกว่าซื่อทั้งซอง และนิยมบุหรี่อุตสาหกรรมมากกว่า บุหรี่ยุคหนึ่งตนเอง<sup>62</sup> แนวโน้มเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในคนไทยจากการสูบบุหรี่รูปแบบดั้งเดิมไปเป็นรูปแบบล่อตาล่อใจของ ลัทธิบริโภคนิยมข้ามชาติ

ในการตอบโต้กับปัญหาความท้าทายที่อุบัติใหม่นี้ รัฐบาล ไทยก็ยังคงมีพันธสัญญาว่าจะต่อสู้กับยาสูบต่อไป ตัวอย่างเช่น คำสั่ง คณะรัฐมนตรีปี พ.ศ. 2547 สั่งห้ามบริษัทบุหรี่แทรกแซงการกำหนด นโยบายที่รวมถึงการห้ามผู้แทนบริษัทบุหรี่มอบของขวัญชนิดใดๆ ให้แก่ เจ้าหน้าที่ของรัฐด้วย<sup>63</sup>

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

ถึงปี พ.ศ. 2558 มีประเทศสมาชิกของสหประชาชาติให้การรับรองกรอบ อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (FCTC) ขององค์การอนามัยโลกแล้ว 178 ประเทศ แม้ว่าอัตราความชุกของการสูบบุหรี่ในระดับโลกจะลดลงใน สองสามปี ที่ผ่านมา แต่จำนวนผู้สูบฯ ทั้งหมดและภาวะโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในระดับโลกยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>64</sup>

บริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่เป็นศัตรูที่ชาญฉลาดและไม่เคยอ่อนข้อ ในการหารายได้จากการพัฒนา ผลิตภัณฑ์และวางตลาดผลิตภัณฑ์ที่ทำให้เกิด ความเจ็บป่วยและความตาย ประเทศไทยเป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มี รายได้น้อยถึงปานกลางที่ควบคุมยาสูบอย่างจริงจังเป็นประเทศแรกๆ ซึ่งหมายถึงว่าประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศแรกที่ต่อสู้กับศัตรูข้ามชาตินี้ เรื่องราวของประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า ด้วยพันธสัญญาทางการเมือง ที่ต่อเนื่อง และด้วยมาตรการการควบคุมยาสูบอย่างจริงจังสามารถผลึก บริษัทบุหรี่ยักษ์ใหญ่ให้ถอยหลังได้และลดความชุกของบุหรี่ยุคหนึ่งได้อย่าง ชัดเจน นอกจากนี้ การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดก็สำคัญ เพราะในขณะที่ ประเทศไทยกำลังสร้างข้อจำกัดอย่างเข้มข้น อุตสาหกรรมยาสูบก็ปรับตัว และโต้กลับ รัฐบาลในประเทศต่างๆ จะต้องตระหนักว่าการควบคุมยาสูบ

เป็นการต่อสู้ที่ยาวนานและการใช้มาตรการต่อต้านการสูบฯ ที่ประสบผล สำเร็จจะต้องมีการปรับตัว มีการติดตามอย่างสม่ำเสมอและใช้กลยุทธ์ ปกป้องที่เข้มแข็ง

วิธีการควบคุมยาสูบของประเทศไทยอาจมีนัยเช่นเดียวกับการ แก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุของโรคไม่ติดต่ออื่นๆ หนึ่งในคู่แข่งที่อาจใช้วิธีการ นี้คือสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนต่อโรคตับ โรคหลอดเลือดหัวใจ และ มะเร็ง<sup>65</sup> กลวิธีสำคัญๆ ในโครงการควบคุมยาสูบของประเทศไทย เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่หรืออย่างมโหฬาร การเตือนภัยด้านสุขภาพ และการห้าม โฆษณาทั้งทางสื่อสารมวลชนและ ณ จุดขาย สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับ สุราได้หมด ประเทศฟิลิปปินส์ได้ดำเนินการแล้ว (ดูกล่อง 2) โดยขึ้นภาษี บาป (sin taxes) กับสุราเพื่อพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค เกินจนกระทั่งเป็นอันตราย โดยสรุป ประเทศอื่นๆ ควรดูประเทศไทยเป็น ตัวอย่างเพื่อเป็นแรงบันดาลใจ ทั้งตัวอย่างในด้านมาตรการที่เป็นรูปธรรม ในการต่อสู้กับความชั่วร้ายในศตวรรษที่ 21 และตัวอย่างของเจตจำนง ทางการเมืองที่ยั่งยืนสำหรับการปรับปรุงสุขภาพของพลเมือง

### กล่อง 2. สุรา: ดำเนินต่อไป

ด้วยแรงบันดาลใจจากความสำเร็จของประเทศไทยเกี่ยวกับการ ขึ้นภาษีบาปหรือ บางประเทศได้เริ่มมาตรการที่เรียกว่า ภาษีบาปเพื่อต่อต้านการบริโภคสุรา อีกหนึ่งผลิตภัณฑ์ที่ ไม่ดีต่อสุขภาพของผู้บริโภค ในปี พ.ศ. 2555 ฟิลิปปินส์ ได้ออกกฎหมายขึ้นภาษีผลิตภัณฑ์สุราสูงมาก (ควบคู่ไป กับผลิตภัณฑ์ยาสูบ) เพื่อลดการบริโภคสุราและเพื่อเพิ่ม ทรัพยากรสำหรับขยายโครงการประกันสุขภาพระดับชาติของ ประเทศและสำหรับบรรณรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพ<sup>66</sup> โดยมี การวางแผนว่าจะขึ้นภาษีทุกปี โดยอัตโนมัติจนถึงปี พ.ศ. 2560<sup>67</sup>

ยังต้องเฝ้าติดตามดูว่า ภาษีบาปที่มีการจัดเก็บ ขึ้นใหม่นี้ จะลดการบริโภคสุราและทำให้สุขภาพดีขึ้นจริง หรือไม่ ในปี แรกของการขึ้นภาษี ยอดขายของสุราหมักลดลง ร้อยละ 12 แต่ยอดขายของสุรากลั่นพุ่งขึ้นร้อยละ 26 อาจ เพราะผู้บริโภคต้องการเปลี่ยนไปใช้สุราที่แรงขึ้นและมีความ แน่นนอนมากขึ้น<sup>68</sup>

แม้ผลระยะยาวของภาษีบาปต่อสุขภาพของประเทศ จะปรากฏชัดเจนเมื่อเวลาผ่านไปสักระยะ แต่ผลด้านบวกของ มันต่อคลังของรัฐบาลก็ปรากฏชัดเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ในปี พ.ศ. 2556 อดตราภาษีใหม่สำหรับสุราและยาสูบทำให้รัฐมีรายได้ เพิ่มขึ้นอีก 758 ล้านดอลลาร์สหรัฐ<sup>69</sup>

## อ้างอิง

- Adulyadej, Bhumibol. 1992a. *Non - Smokers' Health Protection Act B.E. 2535*. <http://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Thailand/Thailand%20-%20Non-smokers%20HPA%20.pdf>.
- . 1992b. *Tobacco Products Control Act B.E. 2535*. <http://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Thailand/Thailand%20-%20TPCA%20B.E.%202535.pdf>.
- Arcavi, Lidia, and Neal L. Benowitz. 2004. "Cigarette Smoking and Infection." *Archives of Internal Medicine* 164 (20): 2206. doi:10.1001/archinte.164.20.2206.
- Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. 2011. *Thailand Health Profile Report 2008-2010*. Bangkok, Thailand: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. [http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/en/index.php?id=288&group\\_=05&page=view\\_doc](http://wops.moph.go.th/ops/thp/thp/en/index.php?id=288&group_=05&page=view_doc).
- Campaign for Tobacco - Free Kids. 2010. *Big Tobacco: Exposing Its Deadly Tactics*. Washington, DC: Campaign for Tobacco-Free Kids. [http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/ExposeBigTobac\\_Final.pdf](http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/ExposeBigTobac_Final.pdf).
- Charoeng, Naowarut, Jeremiah Mock, Nipapun Kungskulniti, Sunida Preechawong, Nicholas Kojetin, and Stephen L. Hamann. 2012. "Success Counteracting Tobacco Company Interference in Thailand: An Example of FCTC Implementation for Low- and Middle-Income Countries." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9 (4): 1111-34.
- Chisholm, Dan, Dele Abegunde, and Shanthi Mendis. 2011. *Scaling Up Action against Noncommunicable Diseases: How Much Will It Cost?* Geneva: World Health Organization.
- Diaz, Jess. 2013. "Higher Sin Taxes Take Effect Today." *Philippine Star*, January 1.
- Dorotheo, Ulysses, Sophapan Ratanachena, Bungon Ritthiphakdee, Mary Assunta, Domilyn Villarreiz, and Jennie Lyn Reyes. 2013. *ASEAN Tobacco Tax Report Card: Regional Comparisons and Trends*. Bangkok, Thailand: Southeast Asia Tobacco Control Alliance. <http://seatca.org/dmdocuments/ASEANTaxReportCardMay13forWEB.pdf>.
- Fernandez, Aaron Neil. 2014. "Revisiting the Sin Tax Law." *Business World Online*, June 12.
- GATS (Global Adult Tobacco Survey). 2012. *Fact Sheet: Thailand 2011*. [http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/GATS\\_thailand\\_2011.pdf](http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/GATS_thailand_2011.pdf).
- . n.d. *Comparison Fact Sheet: Thailand 2009 and 2011*. [http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/thailand\\_fact\\_sheet\\_thailand\\_2009\\_2011.pdf?ua=1](http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/thailand_fact_sheet_thailand_2009_2011.pdf?ua=1).
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2015. Global Health Data Exchange. Accessed November 3. <http://ghdx.healthdata.org/>.
- ITC Project (International Tobacco Control Policy Evaluation Project). 2009. *ITC Thailand Summary*. Bangkok, Thailand: Thai Health Promotion Foundation. [http://www.itcproject.org/files/Report\\_Publications/National\\_Summary/itcthailand4pagesummaryenglish.pdf](http://www.itcproject.org/files/Report_Publications/National_Summary/itcthailand4pagesummaryenglish.pdf).
- Levy, D.T., S. Benjakul, H. Ross, and B. Ritthiphakdee. 2008. "The Role of Tobacco Control Policies in Reducing Smoking and Deaths in a Middle Income Nation: Results from the Thailand SimSmoke Simulation Model." *Tobacco Control* 17 (1): 53-59. doi:10.1136/tc.2007.022319.
- Ministry of Public Health. 2005. *Directive Procedures for Distribution of Tobacco Products*. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health. <http://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Thailand/Thailand%20-%202005%20POS%20Directive.pdf>.
- . 2009. "Ministry of Public Health Notice of Rules, Procedures, and Conditions for the Display and Content of Cigarette Labels." *Government Gazette*, September 30, sec. 143D. <http://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Thailand/Thailand%20-%20Cigarette%20Label%20Regs%202009.pdf>.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost - Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- National Cancer Institute. 2015. "Harms of Cigarette Smoking and Health Benefits of Quitting." Accessed July 30. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Tobacco/cessation>.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2015. "Alcohol's Effects on the Body." Accessed July 30. <http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/alcohols-effects-body>.
- Neal, Meghan. 2012. "Heartbreaking Thai 'Smoking Kids' Anti - Smoking Ad Goes Viral." *New York Daily News*, June 21. <http://www.nydailynews.com/news/world/heartbreaking-thai-smoking-kids-anti-smoking-adviral-article - 1.1100062>.
- Ranson, M. Kent, Prabhat Jha, Frank J. Chaloupka, and Son N. Nguyen. 2002. "Global and Regional Estimates of the Effectiveness and Cost - Effectiveness of Price Increases and Other Tobacco Control Policies." *Nicotine and Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 4 (3): 311-19. doi:10.1080/14622200210141000.
- Rivera, Danessa O. 2014. "PHL Exceeds Revenue Goal for Sin Tax in First Year with P34 - B Collection." *GMA News Online*, January 23.
- Savedoff, William. 2014. "What's New in Tobacco Control?" *Views from the Center / Global Health Policy Blog*, Center for Global Development, June 2. <http://www.cgdev.org/blog/what%E2%80%99s - new - tobacco - control>.
- Thai Health Promotion Foundation. 2015. "About Thai Health." Accessed August 4. [http://en.thaihealth.or.th/WHO\\_WE\\_ARE/THAIHEALTH\\_INTRO/](http://en.thaihealth.or.th/WHO_WE_ARE/THAIHEALTH_INTRO/).

## อ้างอิง (ต่อ)

- Thanasitthichai, Somchai. n.d. "National Cancer Institute and Cancer Epidemiology in Thailand." Presentation. [http://hp.anamai.moph.go.th/download/Meeting13\\_14Mar.2557/EPI.breast.central...pdf](http://hp.anamai.moph.go.th/download/Meeting13_14Mar.2557/EPI.breast.central...pdf)
- Tobacco Control Research and Knowledge Management. n.d. *Thailand's Tobacco Use Surveillance: Smoking Prevalence, 1991-2006*. Bangkok, Thailand: Tobacco Control Research and Knowledge Management. [http://www.trc.or.th/e15/images/upload/files/tobaccoinformation/Thailands\\_Tobacco\\_Use\\_Surveillance\\_\\_Smoking\\_Prevalence\\_1991\\_-\\_2006.pdf](http://www.trc.or.th/e15/images/upload/files/tobaccoinformation/Thailands_Tobacco_Use_Surveillance__Smoking_Prevalence_1991_-_2006.pdf).
- US HHS (Department of Health and Human Services). 2014. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: HHS, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Vatanasapt, V., N. Martin, and H. Sriplung. 1995. "Cancer Incidence in Thailand, 1988-1991." *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 4 (August): 475-83.
- Vateesatokit, Prakrit. 2003. "Tailoring Tobacco Control Efforts to a Country: The Example of Thailand." In *Tobacco Control Policy: Strategies, Successes, and Setbacks*. Washington DC: World Bank. <http://siteresources.worldbank.org/INTPH/Resources/ch7.pdf>.
- Vateesatokit, Prakrit, Benjamin Hughes, and Bungon Ritthiphakdee. 2000. "Thailand: Winning Battles, but the War's Far from Over." *Tobacco Control* 9 (2): 122-27. doi:10.1136/tc.9.2.122.
- Vateesatokit, Prakrit, Tan Yen Lian, and Bungon Ritthiphakdee. 2011. *Lessons Learned in Establishing a Health Promotion Fund*. Bangkok, Thailand: Southeast Asia Tobacco Control Alliance.
- Vateesatokit, Prakrit, and Bungon Ritthiphakdee. 1997. "Tobacco Control in Thailand." *Mahidol Journal* 4 (2): 73-82.
- Visaruthvong, Chonlathan. 2010. *Thailand Tobacco Tax Report Card*. Bangkok, Thailand: Southeast Asia Tobacco Control Alliance. <http://www.smoke-free.ca/trade-and-tobacco/Thailand/Thailand%20Tax%20Report%20Card%202010.pdf>.
- WHO (World Health Organization). 2004. *Tobacco and Poverty: A Vicious Circle*. Geneva: WHO.
- . 2011. *Joint National Capacity Assessment on the Implementation of Effective Tobacco Control Policies in Thailand*. Geneva: WHO.
- . 2015a. "GATS (Global Adult Tobacco Survey)." Accessed August 4. <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/>.
- . 2015b. "Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control." Accessed February 12. [http://www.who.int/fctc/signatories\\_parties/en/](http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/).
- . 2015c. "Tobacco." *Fact Sheet 339*. July 6. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
- WHO Country Office for Thailand. 2015a. "Prevalence of Tobacco Use." Accessed October 27. <http://www.searo.who.int/thailand/areas/tobaccoprevalence/en/>.
- . 2015b. "Tobacco Taxation." Accessed August 4. <http://www.searo.who.int/thailand/areas/tobaccotax/en/>.
- WHO FCTC (Framework Convention on Tobacco Control). 2015. "Thailand." Accessed August 4. [http://www.who.int/fctc/reporting/party\\_reports/tha/en/](http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/tha/en/).
- World Bank. 2016. World DataBank. Accessed February 9. <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. WHO (2015c).
2. Savedoff (2014).
3. WHO (2015c).
4. "Big Tobacco" is a common colloquial term that refers to the largest transnational tobacco companies, primarily Phillip Morris, British American Tobacco, Japan Tobacco International, Reemstra, and Altadis (see <http://www.who.int/tobacco/en/atlas18.pdf>).
5. Campaign for Tobacco - Free Kids (2010).
6. Starting in 1995, Poland also introduced comprehensive tobacco control. Its successful campaign is featured in the original Millions Saved.
7. National Cancer Institute (2015).
8. WHO (2015c).
9. US HHS (2014).
10. Arcavi and Benowitz (2004).
11. US HHS (2014).
12. Arcavi and Benowitz (2004).
13. WHO (2015c, 339).
14. WHO (2004).
15. WHO Country Office for Thailand (2015a).
16. Tobacco Control Research and Knowledge Management (n.d.).
17. Vatanasapt, Martin, and Sriplung (1995).
18. Vateesatokit (2003).
19. Vatanasapt, Martin, and Sriplung (1995).
20. Vateesatokit, Hughes, and Ritthiphakdee (2000).
21. Vateesatokit (2003).
22. Vateesatokit, Hughes, and Ritthiphakdee (2000).
23. Vateesatokit (2003).
24. Vateesatokit (2003); Vateesatokit, Hughes, and Ritthiphakdee (2000).
25. Vateesatokit (2003); Vateesatokit, Hughes, and Ritthiphakdee (2000).
26. WHO (2015b).
27. Visaruthvong (2010).
28. Adulyadej (1992b).
29. Adulyadej (1992b).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)

30. Ministry of Public Health (2005).
31. Vateesatokit and Ritthiphakdee (n.d.); Ministry of Public Health (2009).
32. Adulyadej (1992a).
33. Vateesatokit and Ritthiphakdee (1997).
34. Thai Health Promotion Foundation (2015).
35. Neal (2012).
36. Vateesatokit (2003).
37. WHO FCTC (2015).
38. WHO (2015a).
39. WHO Country Office for Thailand (2015a).
40. Levy et al. (2008).
41. Levy et al. (2008).
42. World Bank (2015).
43. Thanasitthichai (n.d.).
44. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health (2011).
45. Levy et al. (2008).
46. Levy et al. (2008).
47. Chisholm, Abegunde, and Mendis (2011).
48. Dorotheo et al. (2013); WHO Country Office for Thailand (2015b).
49. Author's calculations based on figures above; World Bank (2015).
50. IHME (2015).
51. Ranson et al. (2002); Levy et al. (2008).
52. Estimation of total DALYs averted through tobacco taxation came from lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease, and cardiovascular disease in people over age 30 (IHME 2015). Averted deaths figures were from Levy et al. (2008), and associated parameters of attribution, duration, and disability weights were used. Final DALY estimates were validated against the WHO Global Health Estimates. Costs came from literature on costs of fiscal tax policies (Ranson et al. 2002). See Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
53. Vateesatokit (2003).
54. ITC Project (2009).
55. ITC Project (2009).
56. Vateesatokit (2003).
57. Vateesatokit, Lian, and Ritthiphakdee (2011).
58. Vateesatokit, Hughes, and Ritthiphakdee (2000).
59. GATS (2012).
60. WHO (2011).
61. GATS (2012, n.d.).
62. GATS (2012).
63. Charoenca (2012).
64. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015).
65. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015).
66. Diaz (2013); Fernandez (2014).
67. Diaz (2013); Fernandez (2014).
68. Fernandez (2014).
69. Rivera (2014).

## กรณีศึกษาที่ 19

### ปรับปรุงความปลอดภัยบนท้องถนน

#### กฎหมายหมวกนิรภัยสมบูรณ์แบบของเวียดนาม

(ต้นฉบับโดย Miriam Temin ด้วยความช่วยเหลือจาก Jonathan Passmore)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ลดการบาดเจ็บที่ศีรษะและการตายจากการจราจรบนท้องถนน

**ยุทธวิธี:** จัดงานวันหมวกนิรภัยแห่งชาติที่มีหลายองค์ประกอบและมีการประสานเป็นอย่างดีเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมใส่หมวกนิรภัยทั่วประเทศ รวมถึงขยายการบังคับใช้กฎหมายและเพิ่มโทษปรับสำหรับผู้ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** ช่วยชีวิตได้ 1,557 คน ป้องกันการบาดเจ็บรุนแรงได้ 2,495 ราย (พ.ศ. 2551)

**ปัจจัยสำเร็จ:** มีการเตรียมการอย่างรอบคอบและมีการประสานงานกันระหว่างหลายองค์ประกอบ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ตำรวจจราจรเพื่อบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปรับหนักเพื่อลดการปฏิบัติผิดกฎหมาย สวมหมวกนิรภัยถ้วนหน้าตามกฎหมายในวันหมวกนิรภัย ภาวะผู้นำของรัฐบาลอยู่ในระดับสูง การรณรงค์ข้อมูลโดยตรงประเด็นมาก การมีหมวกนิรภัยที่เหมาะสมกับสภาพอากาศร้อนชื้นจำหน่ายในราคาไม่แพงและหาซื้อได้ทั่วไป

**การเงินการคลัง:** ค่าใช้จ่ายประมาณ 24 ล้านดอลลาร์สหรัฐสำหรับหมวกนิรภัยใบใหม่และเงินเดือนตำรวจ อัตราความคุ้มค่าประมาณ 1,248 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี

**ขนาดของโครงการ:** ระดับประเทศ

ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์บางคน เวลาเกิดอุบัติเหตุมีเพียงผลถลอกฟกช้ำเล็กน้อย แต่อีกหลายคนต้องทนทุกข์ทรมานตลอดชีวิต หรือแม้แต่ตายในทันที การบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดขึ้นบ่อยมากสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์บาดเจ็บที่สมองทำให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง การรับรู้ผิดปกติ และพิการจนต้องนั่งรถเข็นในชีวิตประจำวัน

สำหรับอุบัติเหตุของรถจักรยานยนต์ หมวกนิรภัยคุณภาพสูงสามารถลดความเสี่ยงตายได้ร้อยละ 40 และลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บรุนแรงได้กว่าร้อยละ 70<sup>1</sup> โดยทั่วไปนั้น ในประเทศที่ไม่มีกฎหมายหมวกนิรภัย หรือมีแต่ไม่รอบด้าน หรือกฎหมายอ่อน ผู้ขับขี่จะไม่สวมหมวกนิรภัย ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อชีวิตในทุกครั้งที่ขับขี่ นั่นคือสถานการณ์กลางทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ในเวียดนาม ที่เศรษฐกิจเฟื่องฟู ทำให้ประชาชนจำนวนมากยกระดับจากการใช้จักรยานมาเป็นรถจักรยานยนต์<sup>2</sup> เมื่อถึงปี พ.ศ. 2557 มีรถจักรยานยนต์กว่า 40 ล้านคันวิ่งบนถนนที่จอแจของเวียดนามทุกวัน คำนวณได้เกือบร้อยละ 95 ของการจราจรบนถนนทั้งหมดในเวียดนาม<sup>3</sup> และตัวเลขนี้ยังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามสภาพเศรษฐกิจที่เติบโต

กฎหมายหมวกนิรภัยสามารถชักชวนผู้ขับขี่ให้สวมหมวกนิรภัยได้และทำให้ความถี่และความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะลดลง<sup>4</sup> อย่างไรก็ตาม ในปี แรกๆ ของศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2544 - 2643) นั้น แม้ว่าเวียดนามจะพยายามเรียกร้องให้มีการสวมหมวกนิรภัย แต่ปรากฏว่าน้อยกว่า 1 ใน 3 ของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย<sup>5</sup> เมื่อปราศจากสิ่งปกป้องศีรษะทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารบนถนนที่จอแจของเวียดนาม อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรของเวียดนามจึงพุ่งสูงขึ้นมาก<sup>6</sup>

กลางปี พ.ศ. 2550 นายกรัฐมนตรีเหงียน เติน สูง (Nguyen Tan Dung) ได้ประกาศกฎหมายใหม่ที่เริ่มบังคับใช้ในวันที่ 15 ธันวาคมในปี นั้น ซึ่งก็คือ “วันหมวกนิรภัย” ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ทุกคนต้องสวมหมวกนิรภัยบนถนนทุกสาย ผู้ไม่ปฏิบัติตามจะถูกตำรวจจราจรปรับอย่างหนัก ภาคีเครือข่ายมากมายทำงานร่วมกับรัฐบาลเวียดนามเพื่อให้การปฏิบัติตามกฎหมายนี้เกิดขึ้นได้จริงโดยการสื่อสารเนื้อหาและการบังคับใช้กฎหมาย ภาคีเหล่านี้ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก มูลนิธิป้องกันการบาดเจ็บแห่งเอเชีย (Asia Injury Prevention Foundation) และบรรดาบรรษัทเอกชน โชคดีที่รัฐบาลมีภาวะผู้นำสูงประกอบกับคำปรับหนักที่มีผลเพียงพอและการเปลี่ยนแปลงนโยบายบางประการเพื่ออุดช่องว่าง ทำให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ชาวเวียดนามกว่าร้อยละ 90 สวมหมวกนิรภัยในปี พ.ศ. 2556<sup>7</sup>



## ความสูญเสียที่เกิดจากการบาดเจ็บจากการจราจรบนท้องถนน

ความพิการรุนแรงและความตายส่วนใหญ่จากอุบัติเหตุของรถจักรยานยนต์เกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและคอ<sup>9</sup> แม้จะเป็นการชนที่ไม่รุนแรง แต่ผู้ขับขี่ก็อาจมีอาการต่างๆ คล้ายศีรษะได้รับการกระทบอย่างแรง เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ วิงเวียน ตามัวในระยะสั้นๆ สูญเสียความจำ ซึมเศร้า ที่นำไปสู่ปัญหาที่ทำให้ชีวิตเปลี่ยนได้ในระยะยาว<sup>9</sup> ผู้ขับขี่ที่บาดเจ็บอาจสูญเสียศักยภาพบางอย่างจนไม่สามารถปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวันได้ เช่น การตัดสินใจ การมองเห็น การได้ยิน หรือการพูด การบาดเจ็บที่สมอง นอกจากบั่นทอนการทำงานของร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ยังถึงแก่เสียชีวิตได้ด้วย

การตายจากรถจักรยานยนต์ที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางเป็นหนึ่งในสถานการณ์โลกที่มาพร้อมกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ การขยายตัวของความเป็นเมือง และความต้องการใช้รถจักรยานยนต์สูงขึ้น บางประเทศในกลุ่มนี้ การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุของการตายเกือบร้อยละ 90 ของการตายจากรถจักรยานยนต์ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2556<sup>10</sup> การบาดเจ็บจากการจราจรบนท้องถนนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นทั่วโลก<sup>11</sup> ถ้าแนวโน้มยังคงเป็นเช่นนี้ต่อไป เชื่อว่าการตายจากการจราจรบนท้องถนนจะเป็นลำดับที่ 5 ของสาเหตุการตายทั่วโลกในปี พ.ศ. 2573<sup>12</sup> สรุปได้ว่า จำนวนการตายเนื่องจากการจราจรบนท้องถนนเพิ่มสูงอย่างมาก ประมาณ 1.24 ล้านรายทุกปี พอๆ กับการตายเนื่องจากวัณโรค และเป็นสองเท่าของการตายจากมาลาเรีย

การจราจรในเวียดนามอยู่ในกลุ่มที่มีอันตรายสูงที่สุดในโลก<sup>12</sup> ตัวถนัดก็เป็นอันตรายอย่างที่สุด อุบัติเหตุที่เป็นอันตราย เช่น เมาแล้วขับ ผู้ขับขี่รถยนต์และผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ก็มักไม่ปฏิบัติตามกฎจราจรบนท้องถนน กฎหมายด้านการจราจรที่สำคัญมีอยู่แต่ไม่ได้บังคับใช้อย่างสม่ำเสมอ<sup>14</sup> ในปี พ.ศ. 2550 อุบัติเหตุทางการจราจรเป็นสาเหตุแห่งการตายลำดับต้นๆ ของชาวเวียดนามวัยทำงาน ในปีนั้นประชาชนราว 14,000 คน รวมถึงเด็ก 2,000 คน เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทางการจราจร<sup>15</sup> อุบัติเหตุทางการจราจรยังทำให้เกิดการบาดเจ็บทางศีรษะและสมองอีกกว่า 30,000 คน ความสูญเสียที่แท้จริงน่าจะสูงกว่านี้อีก 1 ใน 3 เนื่องจากมีการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง<sup>16</sup>

ผู้เชี่ยวชาญประมาณการว่าเกือบร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดข้างต้นเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์<sup>17</sup> แม้จะมีความเสี่ยงสูง รถจักรยานยนต์ก็มีให้เล่นทุกหนทุกแห่งในเวียดนามเนื่องจากเศรษฐกิจดีขึ้นและวิถีชีวิตที่เร่งรีบ จากต้นทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ถึงทศวรรษถัดมา จำนวนรถจักรยานยนต์บนท้องถนนคงที่ จำนวนที่บันทึกได้คือเพิ่มขึ้น 4 เท่าภายในระยะเวลาเพียง 5 ปี จาก 5 ล้านคันในปี พ.ศ. 2545 เป็นกว่า 20 ล้านคันในปี พ.ศ. 2550 หรือประมาณ 1 คันต่อชาวเวียดนาม 4 คน<sup>18</sup> ในขณะที่การครอบครองรถจักรยานยนต์เพิ่มสูง กฎหมายการใช้หมวกนิรภัยยังคงล้าสมัย

ความสูญเสียจากการบาดเจ็บเพราะรถจักรยานยนต์เป็นความสูญเสียทั้งด้านจิตใจและเศรษฐกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการตายเกิดขึ้นหรือมีการบาดเจ็บที่สมอง การศึกษาโดยธนาคารแห่งการพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank) พบว่า เมื่อต้นปี พ.ศ. 2546 อุบัติเหตุบนท้องถนนและผลที่ตามมาทำให้เวียดนามต้องมียกจ่ายอย่างน้อย 900 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี หรือร้อยละ 2.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)<sup>19</sup>

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: เวียดนามออกปฏิบัติการด้านการบาดเจ็บจากเหตุจราจรที่เพิ่มสูงขึ้น

รัฐบาลเวียดนามเริ่มดำเนินงานด้านความปลอดภัยในการใช้รถจักรยานยนต์ตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) อย่างไรก็ตาม การตายจากการใช้รถจักรยานยนต์ก็ยังคงสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2544 เป็นครั้งแรกที่กฎหมายบังคับให้สวมหมวกนิรภัยบนทางหลวงและถนนระหว่างจังหวัด ครอบคลุมน้อยกว่า 1 ใน 4 ของระบบถนนของประเทศและไม่รวมเมืองใหญ่ซึ่งมีการใช้รถจักรยานยนต์สูงที่สุด กฎหมายยังกำหนดจำนวนเงินค่าปรับน้อยเกินไปสำหรับการฝ่าฝืนอีกด้วย<sup>20</sup>

ปี ต่อๆ มา รัฐบาลยังคงขยายกฎหมายหมวกนิรภัยออกไปอีก ตัวอย่างเช่น ให้ใส่หมวกนิรภัยบนถนนทุกสาย<sup>21</sup> อย่างไรก็ตาม การใช้กฎระเบียบที่มีอยู่ยังต้องเผชิญอุปสรรคในการดำเนินงานและการบังคับใช้<sup>22</sup> ตำรวจพยายามรับมือกับจำนวนรถจักรยานยนต์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ขณะที่ผู้ขับขี่จำนวนไม่น้อยไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ซึ่งพอจะเข้าใจได้ว่าเป็นเพราะต้องจ่ายเงินซื้อหมวกนิรภัยและการใส่หมวกฯ ทำให้ยึดอัดในอากาศร้อน ผู้สื่อข่าวคนหนึ่งระบุว่า บรรดาผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เรียกหมวกนิรภัยว่า “หม้อหุงข้าว” แม้จะมีกฎหมายใหม่ออกมาแล้วก็ตาม ผู้สื่อข่าวคนนี้รายงานว่า รัฐบาลใช้วิธีการต่างๆ เช่น ออกคำเตือน ใช้คนมีชื่อเสียงออกมายังชวนขอความร่วมมือ และแพร่ภาพผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเนื่องจากอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ ซึ่งช่วยบรรเทาแรงต่อต้านจากผู้ขับขี่ได้<sup>23</sup> แต่เพราะโอกาสถูกปรับมีน้อยและค่าปรับก็น้อย ผู้ขับขี่ส่วนใหญ่จึงไม่สวมหมวกฯ<sup>24</sup> อุบัติเหตุทางการจราจรสูงขึ้นทุกขณะตลอดปี พ.ศ. 2545

ในปี พ.ศ. 2545 นี้เอง คณะกรรมการความปลอดภัยด้านการจราจร (National Traffic Safety Committee: NTSC) ที่แต่งตั้งโดยรัฐบาล จึงเปิดหน้าต่างปฏิบัติการใหม่ บุยฮุนหลง (Bui Huynh Long) โอนย้ายมาจากกระทรวงการขนส่ง (Ministry of Transport) เข้ารับตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการความปลอดภัยด้านการจราจร ผู้อำนวยการคนนี้มีประวัติส่งเสริมสนับสนุนการออกกฎหมายหมวกนิรภัยมาโดยตลอด<sup>25</sup> ความกระตือรือร้นของเขา ทำให้ได้รับความร่วมมือจากองค์กรสนับสนุนระหว่างประเทศ ได้แก่ โครงการความร่วมมือด้านความปลอดภัยบนถนนทั่วโลก (Global Road Safety Partnership) ซึ่งเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือที่แข็งแกร่งของรัฐบาล<sup>26</sup>

หลงเข้ามารับตำแหน่งที่ NTSC พร้อมๆ กับการริเริ่มโครงการหมวกนิรภัยที่สนับสนุนโดยหุ้นส่วนระหว่างประเทศที่หลากหลาย

หนึ่งในนั้นคือ มูลนิธิป้องกันการบาดเจ็บแห่งเอเชีย (Asia Injury Prevention: AIP) ที่มีฐานปฏิบัติการอยู่ในฮานอย ก่อตั้งโดยเกริก คราฟท์ (Greig Craft) ชาวอเมริกันผู้เชื่อว่า กฎหมายจะเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถ้าประชาชนที่มีหมวกนิรภัยเต็มใจที่จะสวมใส่ ในปี พ.ศ. 2545 มูลนิธิ AIP ได้เปิดโรงงานในฮานอย ผลิตหมวกนิรภัยที่มีคุณภาพสูงและเหมาะสมจะใช้ในเมืองร้อน บริษัทอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์ความปลอดภัยแห่งเวียดนาม (Vietnam Safety Products and Equipment Company) ผลิตหมวกนิรภัยสำหรับเขตร้อนชื้น (Protec Tropical Helmets) ห้าแสนใบภายในเวลา 12 ปีแรกของการดำเนินงาน<sup>27</sup>

ยังต้องใช้เวลาอีกหลายปี ในการพัฒนากฎหมายหมวกนิรภัยให้มีความรอบคอบ ซึ่งเรียกว่า “การแก้ปัญหาที่ 32” (“Resolution 32”) แต่เมื่อถึงปี พ.ศ. 2550 กฎหมายนี้ก็เสร็จสิ้นสมบูรณ์ นายกรัฐมนตรีหญิงยืนเดินสูงได้ออกประกาศกฎหมายใหม่นี้ ทำให้มีการบังคับให้สวมหมวกนิรภัยในเวียดนามสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และผู้โดยสารทุกคนบนท้องถนน กฎหมายนี้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นวันหมวกนิรภัยวันแรก<sup>28</sup> ในเดือนสิงหาคมปีเดียวกัน รัฐบาลได้ให้ลูกจ้างของรัฐประมาณสี่ล้านคนทุกคนรวมถึงทหารสวมหมวกนิรภัย เพื่อเป็นการเตรียมการ<sup>29</sup>

กฎหมายใหม่นี้ไม่เหมือนกับการปฏิรูปเรื่องหมวกนิรภัยในทุกครั้งที่ผ่านมาเพราะได้รับการสนับสนุนจากพรรคคอมมิวนิสต์ด้วย พรรคฯ เห็นว่าการปรับปรุงด้านความปลอดภัยบนท้องถนนเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องกระทำทั่วประเทศ ประธานพรรคฯ ในระดับจังหวัดเข้ามาเป็นหัวหน้า NTSC ระดับท้องถิ่น และรับผิดชอบแทนรัฐบาลและพรรคฯ เกี่ยวกับเรื่องอุบัติเหตุบนท้องถนนในพื้นที่รับผิดชอบของตน<sup>30</sup> ผู้นำพรรคฯ และเจ้าหน้าที่รัฐบาลอื่นๆ ยังได้ลงนามพันธสัญญาที่จะสวมหมวกนิรภัยและจะปฏิบัติตามกฎจราจรทุกประการ

## ปฏิบัติการตามกฎหมายหมวกนิรภัย

วันหมวกนิรภัยถือเป็นสัญญาณแห่งการเริ่มต้นการปฏิบัติตามกฎหมายใหม่ที่มีความรอบคอบ กฎหมายนี้มีความชัดเจนมาก ผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ทุกคนต้องสวมหมวกนิรภัยบนท้องถนนทุกสายโดยไม่มีข้อยกเว้น<sup>31</sup> แต่การทำให้กฎหมายมีความศักดิ์สิทธิ์ มิใช่ออยู่ที่การ “เปิดตัว” อย่างมีสีสันเพื่อให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายมากขึ้นเท่านั้น การบังคับใช้กฎหมายอย่างต่อเนื่อง การลงโทษ การปรับปรุง การสื่อสาร และการวัดผลล้วนมีความสำคัญต่อความสำเร็จ

กฎหมายนี้ยังมีสิ่งจูงใจให้ผู้ขับขี่ปฏิบัติตาม นั่นคือ ค่าปรับที่เพิ่มสูงขึ้นกว่า 10 เท่าของค่าปรับก่อนหน้านี้ ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ไม่ได้สวมหมวกนิรภัยจะถูกปรับ 6 - 12 เหยียดสหรัฐ หรือ 1 ใน 3 ของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน<sup>32</sup> ซึ่งมากกว่าราคาหมวกนิรภัยบางใบ การซื้อหมวกนิรภัยจึงคุ้มกว่าการออกไปโดยไม่สวมหมวกนิรภัย<sup>33</sup> ตำรวจจราจรมีหน้าที่จับผู้ฝ่าฝืนและได้รับการอบรมเพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในปีถัดมาหลังจากการประกาศใช้กฎหมาย ตำรวจออกไปสั่งให้ผู้ฝ่าฝืนได้ถึง 680,000 ราย นำรายได้เข้าคลังให้แก่รัฐอีกทาง<sup>34</sup>

แต่ผู้ขับขี่ร้อยละเจ็ดเกี่ยวกับกฎหมายใหม่หมดแล้ว ทั้งนี้เพราะงานหลักของวันหมวกนิรภัยที่มีการเตรียมการตั้งแต่นั้นปี พ.ศ. 2550 ได้มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่สาธารณชนนำโดยมูลนิธิ AIP และโอบิลีแอนด์มาเธอร์ (เวียดนาม) โดยใช้คำรณรงค์ว่า “พอแล้วนะ” และ “ไม่มีกรวยกโทษ... สวมหมวกนิรภัยซะ” มีการจัดคอนเสิร์ตพร้อมมอบรางวัลผู้ชนะในการรณรงค์ ขึ้นป้ายรณรงค์ ออกอากาศทางโทรทัศน์เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับประโยชน์ของหมวกนิรภัย และการลงโทษถ้าไม่สวมใส่<sup>35</sup> การรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนจะไม่เน้นเรื่องพื้นฐานของความปลอดภัยของหมวกนิรภัย เนื่องจากผู้ขับขี่รับรู้ถึงอันตรายทั้งหมดแล้ว แต่จะเน้นเรื่องเหตุผลจริงๆ ที่ไม่สวมใส่หมวกฯ เช่น “มันทำให้ทรงผมเสีย” และ “มันไม่เข้ากับเสื้อผ้าที่ใส่” การรณรงค์มุ่งเอาชนะเสียงบ่นเหล่านี้ด้วยการแสดงให้เห็นว่าผลของการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงนั้นเลวร้ายยิ่งกว่ามาก<sup>36</sup>

ตลาดหมวกนิรภัยสำหรับรถจักรยานยนต์ขยายตัวอย่างรวดเร็วเมื่อความต้องการเพิ่มสูง แต่คุณภาพไม่ได้เพิ่มตามอย่างเหมาะสม ต่อมาไม่นาน วิทยุนักใส่หมวกนิรภัยที่ทันสมัยแต่ไม่แข็งแรงมีรูปการ์ตูนหรือโลโก้กีฬา หรือบางทีก็มีรูสำหรับสอดผมทรงหางม้าออกมาด้านหลังได้<sup>37</sup> คุณภาพของหมวกนิรภัยยังคงเป็นปัญหาใหญ่ การศึกษาในปี พ.ศ. 2555 พบว่า หมวกนิรภัยน้อยกว่า 1 ใน 5 ผ่านการทดสอบความปลอดภัย แม้จะมีมาตรฐานการควบคุมที่เข้มงวดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551<sup>38</sup>

เมื่อมีการบังคับใช้หมวกนิรภัยอย่างก้าวกระโดด ผู้ขับขี่ก็พบข้อบกพร่องที่จะหลีกเลี่ยง ตัวอย่างเช่น ผู้ขับขี่จำนวนมากสวมหมวกนิรภัยโดยไม่รัดสายตรงบริเวณคาง ต่อมารัฐบาลรู้ทันในปี พ.ศ. 2551 จึงมีบทลงโทษผู้ไม่รัดสายคาง โดยปรับเท่ากับผู้ที่ไม่ได้สวมหมวกนิรภัย<sup>39</sup>

ปัญหาหนึ่งของกฎหมายฉบับก่อนหน้าคือ ไม่สามารถเรียกค่าปรับจากเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยได้<sup>40</sup> (ประมาณร้อยละ 80 ของเด็กชาวเวียดนามในเขตเมืองนั่งรถจักรยานยนต์ในฐานะผู้โดยสาร<sup>41</sup>) รัฐบาลจึงปรับเปลี่ยนนโยบายอีกในปี พ.ศ. 2553 กฎหมายหมวกนิรภัยบัญญัติให้ปรับเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไปที่ไม่สวมหมวกนิรภัยได้<sup>42</sup> อย่างไรก็ตาม การบังคับให้สวมหมวกนิรภัยทำให้เป็นภาระทางการเงินแก่บางครอบครัว ปัญหาที่ มูลนิธิ AIP ได้เข้ามาช่วยเหลือเพื่อให้หลายครอบครัวปฏิบัติตามกฎหมายได้ โดยแจกหมวกนิรภัยสำหรับเด็กกว่า 250,000 ใบผ่านทางโครงการรณรงค์หมวกนิรภัยสำหรับเด็ก<sup>43</sup>

## ผลลัพธ์ตอบแทน: ผู้ขับขี่ปลอดภัยมากขึ้น การบาดเจ็บที่ศีรษะลดน้อยลง

การศึกษาแบบสังเกตการณ์หลายการศึกษายืนยันว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางภายหลังออกกฎหมาย “การแก้ปัญหาที่ 32” ในช่วงวันแรกๆ ภายหลังจากวันหมวกนิรภัย ตำรวจและอาสาสมัครจากสหภาพเยาวชนร่วมกันเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามกฎหมายบนท้องถนน โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจของคอมมิวนิสต์อีกประมาณ 95,000 คนเข้ามา

ช่วยเหลือ<sup>44</sup> ปี พ.ศ. 2550 กลุ่มนักวิจัยจากวิทยาลัยการสาธารณสุขแห่งฮานอยและองค์การอนามัยโลกร่วมติดตามการใช้หมวกนิรภัยทั้งก่อนและหลังการออกกฎหมาย พวกเขาสังเกตการณ์ผู้ขับขี่และผู้โดยสารจักรยานยนต์กว่าห้าแสนรายใน 45 พื้นที่ที่สุ่มขึ้นมาจาก 3 จังหวัดพบว่า ก่อนวันหมวกนิรภัยในปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 40 ของผู้ถูกสังเกตการณ์ทั้งหมดสวมหมวกนิรภัย ครั้นเมื่อต้นปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 93 ของผู้ถูกสังเกตการณ์สวมหมวกนิรภัย<sup>45</sup>

แม้ว่ากฎหมาย “การแก้ปัญหาที่ 32” จะคลอออกมาโดยไม่ได้มีการวางแผนว่าจะประเมินผลกระทบเป็นการเฉพาะ แต่กระทรวงสาธารณสุขก็จัดระบบเฝ้าระวังโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐานเพื่อติดตามการบาดเจ็บและการตายจากการจราจรบนท้องถนน ข้อมูลที่ได้ชี้ว่ากฎหมายหมวกนิรภัยและโครงการที่เกี่ยวข้องประสบความสำเร็จด้านสาธารณสุข นักวิจัยจากองค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขประมาณการว่า ยอดการบาดเจ็บที่ศีรษะจากการจราจรบนท้องถนนลดลงร้อยละ 16 และการตายจากการจราจรบนท้องถนนลดลงร้อยละ 18 ภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังการบังคับใช้กฎหมาย<sup>46</sup> โชคดีที่มีหลายโรงพยาบาลถอนตัวจากระบบเฝ้าระวังนี้ในเวลาต่อมา ทำให้การวิเคราะห์ผลกระทบของกฎหมายในระยะยาวมีข้อจำกัด<sup>47</sup> ข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลเวียดดัก (Viet Duc Hospital) หนึ่งในศูนย์ศัลยกรรมที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ พบว่า การบาดเจ็บที่ศีรษะในปี พ.ศ. 2553 ลดลงเกือบร้อยละ 8 ของผู้ป่วยกลุ่มอุบัติเหตุจากการจราจรเมื่อเทียบกับก่อนออกกฎหมาย ซึ่งเป็นความต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>48</sup>

ตำรวจก็ติดตามผลการบังคับใช้กฎหมายนี้ ข้อมูลระดับประเทศของตำรวจชี้ว่า กฎหมาย “การแก้ปัญหาที่ 32” ช่วยให้ชีวิตรอด 1,600 ราย และหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บรุนแรง 2,500 รายในปี แรก<sup>49</sup> เนื่องจากข้อมูลของตำรวจมักมีรายที่ไม่ได้รายงานการบาดเจ็บหรือตาย ผลกระทบที่แท้จริงจึงอาจมากกว่านี้<sup>50</sup> การประเมินอื่นๆ ที่กระทำโดยมูลนิธิ AIP ชี้ว่ากฎหมายนี้ป้องกันการตายได้ 20,609 ราย และป้องกันการบาดเจ็บรุนแรงได้ 412,175 รายระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2556 (ดูกล่อง 1)<sup>51</sup>

เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการทดลอง จึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง อย่างไรก็ตาม หลักฐานของการบาดเจ็บที่ศีรษะที่ลดลงภายใต้บริบทที่มีการเพิ่มขึ้นของจักรยานยนต์ตลอดเวลาก็ชี้ชัดว่า กฎหมาย “การแก้ปัญหาที่ 32” ป้องกันการบาดเจ็บและช่วยชีวิตได้มากกว่ากฎหมายหมวกนิรภัยฉบับก่อนๆ ของเวียดนาม

กฎหมาย “การแก้ปัญหาที่ 32” ยังให้ผลเหนือกว่าประเทศเพื่อนบ้านอย่างกัมพูชา กฎหมายปี พ.ศ. 2552 ของกัมพูชาบังคับให้ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ต้องสวมหมวกนิรภัย แต่ไม่ได้บังคับผู้โดยสาร ถึงปี พ.ศ. 2553 มีเพียงร้อยละ 65 ของผู้ขับขี่ชาวกัมพูชาและร้อยละ 9 ของผู้โดยสารเท่านั้นที่สวมหมวกนิรภัย และกัมพูชาเป็นประเทศที่มีอัตราการตายเนื่องจากยานพาหนะสูงที่สุดในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้<sup>52</sup> ในปี พ.ศ. 2557 รัฐบาลกัมพูชาได้ขยายกฎหมายหมวกนิรภัยให้ครอบคลุมผู้โดยสารด้วย

## กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า หมวกนิรภัยป้องกันศีรษะของผู้ขับขี่ได้เมื่อเกิดอุบัติเหตุจึงไม่น่าแปลกใจว่า หลักฐานจากประเทศต่างๆ จำนวนหนึ่งชี้ว่า กฎหมายบังคับให้ใส่หมวกนิรภัยสามารถลดการบาดเจ็บที่ศีรษะและความตายได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มีคุณภาพสูงเกี่ยวกับมาตรการการจราจรบนท้องถนนในระดับประเทศมีน้อยมาก ทั้งยังมีปัญหาด้านระเบียบวิธีวิจัยที่ทำให้การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีข้อจำกัด การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Cochrane พบ 61 การศึกษา แต่ไม่มีการศึกษาใดที่มีการสุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้แบบสังเกตการณ์ มีอยู่จำนวนหนึ่งที่เน้นเรื่องกฎหมายหมวกนิรภัยในประเทศรายได้สูง<sup>53</sup>

คำถามคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับประเทศจะทำให้เกิดการใส่หมวกนิรภัยสำหรับจักรยานยนต์อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอได้หรือไม่ แหล่งใหญ่ของข้อมูลที่เวียดนามก็คือระบบการเฝ้าระวังของโรงพยาบาลที่มีข้อมูลการบาดเจ็บจากการจราจรบนท้องถนน จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ด้วยการออกแบบการศึกษาแบบก่อนและหลังโดยเก็บข้อมูลจำนวนการบาดเจ็บภายใน 3 เดือน ก่อนและหลังวันหมวกนิรภัย

ระบบดึงข้อมูลมาจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัดรวม 20 แห่งทั่วประเทศ<sup>54</sup> ตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยบาดเจ็บกว่า 80,000 ราย (การบาดเจ็บถึงตายจะนับเฉพาะรายที่ตายในโรงพยาบาล การตาย ณ จุดเกิดเหตุและก่อนถึงโรงพยาบาลจะไม่นับ) ข้อมูลที่ได้ ชี้ว่า ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่ศีรษะและการตายจากอุบัติเหตุทางการจราจรลดลงภายหลังการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวร้อยละ 16 และ 18 ตามลำดับ<sup>55</sup> แต่การศึกษาอื่นที่กระทำโดยมูลนิธิ AIP ประมาณการผลกระทบไว้สูงกว่านี้มาก<sup>56</sup>

มีข้อจำกัดหลายประการที่ทำให้ความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ลดลง เช่น โรงพยาบาลนับรายการการบาดเจ็บบนท้องถนนทั้งหมด ไม่ได้จำแนกนับแต่เพียงรถจักรยานยนต์เท่านั้นและไม่ได้บันทึกด้วยว่าสวมหมวกนิรภัยหรือไม่ รวมถึงไม่ได้บันทึกตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่มีกระบวนการตรวจสอบการรายงานของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันการนับผิด การรายงานด้วยความลำเอียงหรือการเก็บข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ ทั้งนี้ ในการประมาณของงานอื่นๆ ก็พบข้อจำกัดเช่นกัน โดยเฉพาะความเสี่ยงในเรื่องของการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง

## ประโยชน์ที่ได้รับนั้นเกิดจากการลงทุนไปเท่าใด?

การบาดเจ็บที่สมองเกิดขึ้นบ่อยมากในกลุ่มอุบัติเหตุที่เกิดกับจักรยานยนต์ การดูแลรักษาที่โรงพยาบาลก็มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก<sup>67</sup> การศึกษาหนึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยการรักษาในเวียตนามสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะคือ 2,370 เหรียญสหรัฐ ซึ่งเกินมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวซึ่งเท่ากับ 1,910 เหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2556<sup>68</sup> การรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากทำให้ทั้งครอบครัวประสบความยากจนและทำให้ผลทางเศรษฐกิจของอุบัติเหตุบนท้องถนนขยายใหญ่<sup>69</sup> ร้อยละ 70 ของเหยื่ออุบัติเหตุบนท้องถนนต้องสูญเสียรายได้ โดย 2 ใน 3 ของกลุ่มนี้ต้องมีหนี้สินเพื่อนำเงินมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษา<sup>60</sup>

การศึกษาหลายชิ้นจากประเทศต่างๆ ในทุกระดับรายได้มีหลักฐานตรงกันว่า กฎหมายหมวกนิรภัยที่มีการบังคับใช้อย่างเหมาะสมสามารถลดภาระการบาดเจ็บบนท้องถนนให้แก่ครอบครัว ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจได้ งานการศึกษาเหล่านั้นสรุปว่า วิธีการทางกฎหมายเป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุด<sup>61</sup>

ในปี แรกหลังการประกาศใช้กฎหมาย กลุ่มนักวิจัยที่ทำวิจัยให้หลายล้านชีวิตรอด ประเมินการว่า กฎหมายนี้สามารถหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ถึง 90,582 ปี จากการป้องกันความตายและการบาดเจ็บที่ไม่ถึงตาย<sup>62</sup> ซึ่งเป็นการประมาณการขั้นต่ำ เพราะความตายที่กฎหมายนี้ป้องกันได้นั้น ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มชายวัยเยาว์ ความตายและการบาดเจ็บถาวรของชายวัยเยาว์มีผลต่อจำนวนปีที่สูญเสียมากกว่าความตายและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉลี่ยการกระจายอายุมาตรฐาน นอกจากนี้ จำนวนความตายที่นำมาประมาณการได้มาจากข้อมูลของตำรวจ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ว่ามีกรรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง ส่วนค่าใช้จ่ายของโครงการที่ประมาณการได้นั้นเป็นค่าหมวกนิรภัยและเงินค่าจ้างเจ้าหน้าที่ตำรวจใหม่ให้บังคับใช้กฎหมายนี้ อัตราส่วนความคุ้มทุนที่เท่ากับ 1,248 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี สูงกว่าที่เคยรายงานในที่อื่นๆ ซึ่งอยู่ในช่วง 467 - 769 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ทั้งนี้เพราะแหล่งข้อมูลที่ใช้และวิธีการที่ใช้ทำให้เกิดการประมาณการผลกระทบต่ำกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม อัตราส่วนความคุ้มทุนนี้มีค่าใกล้เคียงกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวของเวียตนาม

## กฎแห่งความสำเร็จ

ความสำเร็จของกฎหมายที่ออกมาบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2550 นี้เกิดจากความเข้มแข็งของผู้นำ หน่วยงานมีความกระตือรือร้น ปรับหนักถ้าฝ่าฝืน และใช้วิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม<sup>63</sup> นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐบาลหนุนหลังกฎหมายง่าย ๆ ฉบับนี้เป็นอย่างมากซึ่งช่วยให้ลดความสับสนในการบังคับใช้ลงได้ เช่น ผู้ขับขี่และผู้โดยสารทุกคนบนถนนทุกเส้นอยู่ภาย

ใต้กฎหมายนี้ การปรับเปลี่ยนนโยบายช่วยปิดช่องโหว่ของกฎหมายและทำให้กฎหมายหมวกนิรภัยมีเขี้ยวเล็บ

กฎหมาย “การแก้ปัญหาที่ 32” ได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวางทั่วพรรคคอมมิวนิสต์ ทั้งรัฐบาล และองค์กรต่างๆ และการณรงค์ด้วยการสื่อสารประชาสัมพันธ์ก็ช่วยให้เกิดผลทั่วประเทศ ผู้นำทางการเมืองหลายคนปรากฏตัวทางสื่ออย่างโดดเด่นเพื่อส่งเสริมกฎหมายใหม่ และยังได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ อีก เช่น สภายาเยวชน<sup>64</sup> หน่วยงานดั้งเดิมและหน่วยงานระหว่างประเทศใหม่ๆ ต่างก็ให้การสนับสนุนความพยายามของรัฐบาล มูลนิธิ AIP ร่วมกับโครงการความร่วมมือด้านความปลอดภัยบนถนนทั่วโลกและธนาคารโลกได้ชักชวนภาคเอกชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วน ได้แก่ ผู้ผลิตรถยนต์ คือ บริษัทฟอร์ดมอเตอร์ และ บริษัทโตโยต้า<sup>65</sup> ขณะเดียวกัน Bloomberg Philanthropies ก็ได้สนับสนุนด้านการตลาดสังคมและการปฏิบัติตามกฎหมายเพื่อเพิ่มกำลังการบังคับใช้กฎหมายของตำรวจ<sup>66</sup>

การปรับหนักเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญของการออกแบบโครงการนี้ แม้จะมีความพยายามอย่างมากในการใช้วิธีการอื่นๆ แต่ความกลัวการลงโทษก็อาจเป็นปัจจัยชี้ขาดในการตัดสินใจของผู้ขับขี่ที่ความคงเส้นคงวาของการบังคับใช้กฎหมายของตำรวจจราจรทำให้ผู้ขับขี่รู้สึกได้ว่าตำรวจเอาจริง ทำให้เกิดการปฏิบัติตามกฎหมาย<sup>67</sup> การเขียนใบสั่งให้ไปจ่ายที่โรงพักเป็นเรื่องน่ารำคาญและทำให้ต้องเสียเวลาทำมาหากิน ตำรวจมีสิทธิสั่งให้ผู้ขับขี่จักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัยหยุดรถเนื่องจากละเมิดกฎจราจรได้

เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประสบความสำเร็จ นักวางแผนรัฐดีว่า จะต้องใช้วิธีการที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมด้วยในเวียตนามให้คุณค่ากับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมาก นักวางแผนจึงชูประเด็นเรื่องนี้เพื่อให้เกิดการยอมรับคำสั่งให้สวมหมวกนิรภัย ในการเริ่มต้นการทั่วประเทศนั้น ประชาชนทุกคนยอมรับที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมพร้อมกันในวันที่ เป็นการใช้อิทธิพลจากคนรอบข้างในการกระตุ้นให้สวมหมวกนิรภัย<sup>68</sup> การสวมหมวกนิรภัยจึงกลายเป็นมาตรฐานสังคมใหม่รูปแบบหนึ่ง

ชาวเวียตนามจะต้องหาซื้อหมวกนิรภัยได้ในราคาที่ไม่แพงเกินไป เพื่อที่จะปฏิบัติตามกฎหมาย ปรากฏว่ามีหมวกนิรภัยคุณภาพสูงและเหมาะสมกับบรรยากาศวางจำหน่ายทั่วไปแก่ผู้ที่มีกำลังซื้อและรัฐบาลก็ได้ส่งเสริมเรื่องมาตรฐานคุณภาพจนถึงปี พ.ศ. 2551 แต่หมวกนิรภัยคุณภาพต่ำก็มีวางตลาดจำนวนมากเช่นกัน บางใบมีราคาเพียง 2.40 เหรียญสหรัฐเท่านั้น<sup>69</sup> การทำให้หมวกนิรภัยที่ไม่ได้มาตรฐานหมดไปจากตลาดยังคงเป็นความท้าทายที่ยากยิ่ง<sup>70</sup> NTSC และภาคีหุ้นส่วนทำงานอย่างหนักในการจัดหมวกนิรภัยต่ำกว่ามาตรฐานให้หมดไปจากถนน ความพยายามของพวกเขาเริ่มเห็นผล เจ้าหน้าที่การค้าและศุลกากรกำลังจำกัดการนำเข้าหมวกฯ จากประเทศจีน ซึ่งผู้ผลิตมักลวงว่าผลิตภัณฑ์ของตนได้มาตรฐานคุณภาพ<sup>71</sup>

ความปลอดภัยของเด็กยังคงเป็นเรื่องน่ากังวลมาก กฎหมายก่อนหน้านี้ไม่ได้บังคับใช้กับทุกคน จึงทำให้เห็นภาพพ่อแม่สวมหมวกนิรภัยแต่ลูกไม่ได้สวม แม้จะเปลี่ยนนโยบายแล้ว พ่อแม่ส่วนใหญ่ก็ยังไม่ทำตามข้อบังคับโดยสวมหมวกนิรภัยให้เด็กอายุมากกว่า 6 ปี ได้ ถึงปี พ.ศ. 2553 มีเพียงร้อยละ 18 ของเด็กประถมที่สวมหมวกนิรภัยขณะนั่งบนรถจักรยานยนต์ในฐานะผู้โดยสารในเมืองใหญ่<sup>72</sup> มีเสียงบ่นผ่านสื่อในเชิงตำหนิตัวด้วยความเข้าใจผิดว่า หมวกนิรภัยทำให้เกิดการบาดเจ็บที่บริเวณคอของเด็ก<sup>73</sup> แม้จะไม่มีหลักฐาน แต่ความเข้าใจผิดนี้ก็ทำให้พ่อแม่ไม่ใส่ใจที่จะคุ้มครองลูก จึงมีโครงการรณรงค์หมวกนิรภัยเพื่อเด็กขึ้น นำโดยมูลนิธิ AIP พยายามต่อสู้ข้ออ้างผิดๆ ผ่านการให้ความรู้ รวมถึงมีการบริจาคหมวกนิรภัยสำหรับเด็กด้วย

### นัยสำหรับสุขภาพโลก

ประสบการณ์เกี่ยวกับกฎหมายหมวกนิรภัยของเวียดนามชี้ให้เห็นได้ว่ากฎหมายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ บางทีอาจใช้ได้เฉพาะในประเทศที่รัฐบาลมีการควบคุมอย่างเข้มข้น อย่างเช่นเวียดนาม แต่ถึงจะไม่ใช่กฎหมายนี้ก็ต่อสู้อาศัยการบังคับใช้ที่มีประสิทธิผลพร้อมกับการลงโทษสถานหนักเพื่อให้มีการปฏิบัติตาม

อย่างไรก็ตาม รัฐบาลยังคงต้องเผชิญความท้าทายอีกหลายประการ เช่น การสวมหมวกฯ ของเด็ก คุณภาพของหมวกฯ และการใช้ อย่างถูกต้อง รัฐบาลมีขั้นตอนต่างๆ ที่ชัดเจนที่เชื่อว่าสามารถเอาชนะความท้าทายเหล่านี้ได้ ประชาชนที่ไม่มีกำลังจ่ายต้องการการบริจาค

เด็กเล็กต้องใช้หมวกนิรภัยใบเล็กที่เหมาะสมกับอากาศร้อน และทุกคนจำเป็นต้องใช้หมวกนิรภัยที่มีมาตรฐานความปลอดภัยที่ได้รับการยอมรับในระดับประเทศ ผู้สวมหมวกนิรภัยที่ไม่ได้มาตรฐานจะต้องได้รับการลงโทษเสมือนไม่ได้สวม ผู้ขับที่จำเป็นต้องรับรู้ว่า สายรัดคางเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยคุ้มครองชีวิตยามเกิดอุบัติเหตุ<sup>74</sup>

มูลนิธิ AIP กำลังช่วยให้ประเทศต่างๆ ได้เรียนรู้ประสบการณ์ของเวียดนาม ปัจจุบันมีสำนักงานสาขาตั้งอยู่ในภูมิภาคนี้ ได้แก่ ในประเทศกัมพูชา จีน ไทย และได้ขยายไปยังอุกันดาและแทนซาเนีย โรงงานของมูลนิธิได้จัดประกายให้เป็นที่น่าจับตามองเป็นการเฉพาะ เจ้าหน้าที่ผู้แทนรัฐบาลกัมพูชาได้มาเยี่ยมชมโรงงานและมีแผนจะกลับไปสร้างในประเทศเพื่อสนองความต้องการหมวกนิรภัยที่มีเพิ่มขึ้นทุกขณะ<sup>75</sup>

กฎหมายบังคับใช้หมวกนิรภัยแพร่กระจายไปทั่วโลก แต่การบังคับใช้กฎหมายนี้ในชั้น “ดี” มีเพียง 1 ใน 3 ของประเทศทั้งหมดที่มีกฎหมายนี้<sup>76</sup> การส่งเสริมให้ใส่หมวกนิรภัยเป็นเป้าหมายหลักของแผนโลกสำหรับทศวรรษแห่งปฏิบัติการเพื่อความปลอดภัยบนท้องถนน (Global Plan for the Decade of Action for Road Safety)<sup>77</sup> และเป็นเป้าหมายของมติสมัชชาสหประชาชาติปี พ.ศ. 2557 คือ “การปรับปรุงความปลอดภัยบนท้องถนนทั่วโลก” ที่เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกบัญญัติกฎหมายหมวกนิรภัยสำหรับจักรยานยนต์และใช้มาตรการต่างๆ ในการลดความเสี่ยง<sup>78</sup> สิ่งสำคัญที่ชัดเจนประการหนึ่งคือ รวบรวมและเผยแพร่หลักฐานที่ดีจากประเทศรายได้น้อยและรายได้อ่อนกลางให้มากขึ้น เกี่ยวกับการปรับปรุงความปลอดภัยของการจราจรบนท้องถนนในระดับประเทศ

### อ้างอิง

ADB (Asian Development Bank). 2012. *Road Safety Action Plan*. Mandaluyong, the Philippines: ADB. <http://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/33427/files/road-safety-action-plan.pdf>.

ADB and ASEAN (Association of Southeast Asian Nations). 2003. *Regional Road Safety Program Accident Costing Report: The Cost of Road Traffic Accidents in Vietnam*. Manila, the Philippines: ABD and ASEAN.

AIP (Asia Injury Prevention) Foundation. 2013. “Trade Your Used Helmet for a Standard Quality Helmet at Protec.” News release, March. <http://aip-foundation.org/wp-content/uploads/2013/05/Protec-Exchange-Program-March-2013-English.pdf>.

———. 2014. *Developing an Integrated Campaign to Address Child Helmet Use in Vietnam: A Case Study*. New York: Atlantic Philanthropies. [http://issuu.com/aipfoundation/docs/case\\_study\\_-\\_vietnam\\_national\\_helme](http://issuu.com/aipfoundation/docs/case_study_-_vietnam_national_helme).

Asian Scientist. 2012. “Vietnam’s Baseball Cap ‘Helmets,’” December 3. <http://www.asianscientist.com/2012/12/health/vietnam-baseball-cap-helmets-2012/>.

Bishai, David M., and Adnan A. Hyder. 2006. “Modeling the Cost Effectiveness of Injury Interventions in Lower and Middle Income Countries: Opportunities and Challenges.” *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 4 (2).

Bloomberg Philanthropies. 2013. *Leading the Worldwide Movement to Improve Road Safety*. New York: Bloomberg Philanthropies. <http://www.mikebloomberg.com/content/uploads/sites/10/2015/06/Bloomberg-Philanthropies-Leading-the-Worldwide-Movement-to-Improve-Road-Safety.pdf>.

Britton, Eric. 2009. “Lessons from a Helmet Wearing Campaign in Vietnam.” *World City Bike Forum*, February 6. <https://groups.yahoo.com/neo/groups/WorldCityBike/conversations/topics/597>.

Center for Injury Prevention and Policy Research. 2008. *Study Report on Traffic Injury Situation in Provinces of Yen Bai, Da Nang and Binh Duong*. Hanoi, Vietnam: Ha Noi School of Public Health.

Dribben, Melissa. 2008. “Vietnam Shows Effect of Motorcycle Helmets Injuries Dropped up to 30% after Their Use

## อ้างอิง (ต่อ)

- Became Mandatory." Philly.com, June 28. [http://articles.philly.com/2008-06-28/news/25249036\\_1\\_helmet-law-head-injury-deaths-helmet-legislation](http://articles.philly.com/2008-06-28/news/25249036_1_helmet-law-head-injury-deaths-helmet-legislation).
- Hansen, Arve. 2014. "Hanoi's Looming Traffic Nightmare." *Diplomat*, September 7. <http://thediplomat.com/2014/09/hanoi-looming-traffic-nightmare/>.
- Hill, P.S., A.D. Ngo, T.A. Khuong, H.L. Dao, H.T.M. Hoang, H.T. Trinh, L.T.N. Nguyen, and P.H. Nguyen. 2009. "Mandatory Helmet Legislation and the Print Media in Viet Nam." *Accident Analysis and Prevention* 41 (4): 789-97.
- Hoang, Hanh T.M., Tran L. Pham, Thuy T.N. Vo, Phuong K. Nguyen, Christopher M. Doran, and Peter S. Hill. 2008. "The Costs of Traumatic Brain Injury Due to Motorcycle Accidents in Hanoi, Vietnam." *Cost Effectiveness and Resource Allocation: C/E* 6 (August): 17. doi:10.1186/1478-7547-6-17.
- Huu, Nguyen, Duong Thi Mai, Nguyen Thien, and Nguyen Ngoc. 2011. "Study on Vietnam Traffic Accident Situation via Data of Health Sector." *Journal of the Eastern Asia Society for Transportation Studies* 9: 2011-21.
- Hyder, A.A., H. Waters, T. Phillips, and J. Rehwinkel. 2007. "Exploring the Economics of Motorcycle Helmet Laws Implications for Low and Middle - Income Countries." *Asia - Pacific Journal of Public Health* 19 (2): 16-22. doi:10.1177/10105395070190020401.
- Le, Duy. 2008. "Mother Weighs Dangerous Options." *Vietnam News*, January 30. <http://vietnamnews.vn/talk-aroundtown/173392/mother-weighs-dangerous-options.html>.
- Le, L., C. Pham, M. Linnan, V.D. Dung, N.L. Phuong, H.L. Hanh, and V.L. Anh. 2002. "Vietnam Profile on Traffic - Related Injury: Facts and Figures from Recent Studies and Their Implications for Road Traffic Injury Policy." Paper presented at the Road Traffic Injuries and Health Equity Conference, Cambridge, MA, April 10-12.
- Liu, Bette C., Rebecca Ivers, Robyn Norton, Soufiane Boufous, Stephanie Blows, and Sing Kai Lo. 2008. "Helmets for Preventing Injury in Motorcycle Riders." In *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008 (1). Article CD004333. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004333.pub3>.
- Magnier, Mark. 2010. "Helmets Are a Fashion Must - Have in Vietnam; The Law Says So." *Los Angeles Times*, May 25. <http://articles.latimes.com/2010/may/25/world/la-fgvietnam-helmets-20100526>.
- Mason, Margie. 2007. "Vietnam Enacts Motorbike Helmet Law." *USA Today*, October 3. [http://usatoday30.usatoday.com/news/world/2007-10-03-469093791\\_x.htm](http://usatoday30.usatoday.com/news/world/2007-10-03-469093791_x.htm).
- Mayo Clinic Staff. 2015. "Diseases and Conditions: Traumatic Brain Injury." *Mayo Clinic*, May 15. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/traumatic-brain-injury/basics/symptoms/con-20029302>. McDonnell, Mary Byrne, Van Bich Thi Tran, and Nina R. McCoy. 2010. *Helmet Day: Lessons Learned on Vietnam's Road to Healthy Behavior*. Brooklyn, NY: Social Science Research Council.
- Minh, Hung. 2014. "Vietnam Shares Road Traffic Safety Experiences with Cambodia." *Thanh Nien Daily*, October 17. <http://www.thanhniennews.com/society/vietnam-shares-road-traffic-safety-experiences-withcambodia-32688.html>.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost - Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- National People's Assembly of Socialist Republic of Viet Nam. 2002. *Ordinance on Handling of Administrative Violations*. Ordinance No. 44/2002/PL - UBTVQH10, July 2. <http://www.wipo.int/wipolex/en/details.jsp?id=6682>.
- Ngo, Anh D., Chalapati Rao, Nguyen Phuong Hoa, Damian G. Hoy, Khieu Thi Quynh Trang, and Peter S. Hill. 2012. "Road Traffic Related Mortality in Vietnam: Evidence for Policy from a National Sample Mortality Surveillance System." *BMC Public Health* 12 (1): 561. doi:10.1186/1471-2458-12-561.
- Nguyen, Ha Trong, Jonathon Passmore, Pham Viet Cuong, and Nam Phuong Nguyen. 2013. "Measuring Compliance with Viet Nam's Mandatory Motorcycle Helmet Legislation." *International Journal of Injury Control and Safety Promotion* 20 (2): 192-96. doi:10.1080/17457300.2012.706617.
- Olson, Zachary, John A. Staples, Charles Mock, Nam Phuong Nguyen, Abdulgafoor M. Bachani, Rachel Nugent, and Stéphane Verguet. 2016. "Helmet Regulation in Vietnam: Impact on Health, Equity and Medical Impoverishment." *Injury Prevention*. doi:10.1136/injuryprev-2015-041650.
- O'Flaherty, Bridget. 2012. "Traffic: Vietnam's Silent Killer." *Diplomat*, August 28. <http://thediplomat.com/2012/08/traffic-vietnams-silent-killer/>.
- Passmore, Jonathon W., Lan Huong Nguyen, Nam Phuong Nguyen, and Jean - Marc Olivé. 2010. "The Formulation and Implementation of a National Helmet Law: A Case Study from Viet Nam." *Bulletin of the World Health Organization* 88 (10): 783-87. doi:10.2471/BLT.09.071662.
- Pham, K.H., Q.X. Le Thi, D.J. Petrie, J. Adams, and C.M. Doran. 2008. "Households' Willingness to Pay for a Motorcycle Helmet in Hanoi, Vietnam." *Applied Health Economics and Health Policy* 6 (2-3): 137-44.
- Prime Minister. 2012. *Approval of the National Road Safety Strategy by 2020 and a Vision to 2030*. Decision. 1586/QĐ - TTg. [http://www.who.int/roadsafety/decade\\_of\\_action/plan/vietnam\\_plan.pdf?ua=1](http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/vietnam_plan.pdf?ua=1).
- Protec. 2011. "Helmet Structure: Frequently Asked Questions," October 17. [http://protec.com.vn/web/en/frame/faq\\_category/q-a.html](http://protec.com.vn/web/en/frame/faq_category/q-a.html).

## อ้างอิง (ต่อ)

- Hiep, Dinh Van, and Pham Thi Quyen. 2009. "Road Traffic Accidents in Vietnam." *Road Research* (January): 6. [http://www.academia.edu/209613/Analysis\\_of\\_road\\_traffic\\_accidents\\_in\\_Vietnam](http://www.academia.edu/209613/Analysis_of_road_traffic_accidents_in_Vietnam).
- Stokes, Connla. 2012. "Letter from Vietnam: Hard - Headed Motorcyclists." *Guardian*, March 20. <http://www.theguardian.com/world/2012/mar/20/letter-from-vietnam-motorcycle-helmets>.
- Talk Vietnam. 2010. "Elevating Awareness of Need for Helmets among Children," September 16. <http://www.talkvietnam.com/2010/09/elevating-awareness-of-need-for-helmets-among-children/>.
- United Nations General Assembly. 2014. *Improving Global Road Safety*. New York: United Nations General Assembly. [http://www.who.int/roadsafety/news/2014/Final\\_draft\\_UN\\_General\\_Assembly\\_resolution\\_improving\\_global\\_road\\_safety.pdf?ua=1](http://www.who.int/roadsafety/news/2014/Final_draft_UN_General_Assembly_resolution_improving_global_road_safety.pdf?ua=1).
- US CDC (Centers for Disease Control and Prevention). n.d. *Motorcycle Safety: How to Save Lives and Save Money*. Atlanta, GA: CDC. <http://www.cdc.gov/motorvehiclesafety/pdf/mc2012/motorcyclesafetybook.pdf>.
- WHO (World Health Organization). 2006. "How to Design and Implement a Helmet Programme." In *Helmets: A Road Safety Manual for Decision - Makers and Practitioners*. Geneva: WHO. [http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/helmet\\_manual/3-How%20to.pdf?ua=1](http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/helmet_manual/3-How%20to.pdf?ua=1).
- . 2013. *Global Status Report on Road Safety 2013: Supporting a Decade of Action*. Geneva: WHO. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2013/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/).
- . n.d. *Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020*. Geneva: WHO. [http://www.who.int/roadsafety/decade\\_of\\_action/plan/en/](http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/en/).
- World Bank. 2015. Data. Accessed November 10. <http://data.worldbank.org/>.
- . 2016. "GDP per Capita (Current US\$)." Data. Accessed February 8. <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>.
11. Hoang (2015).
12. Hoang (2015).
13. Dribben (2008).
14. O'Flaherty (2012).
15. Center for Injury Prevention and Policy Research (2008).
16. Le et al. (2002).
17. Le et al. (2002).
18. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
19. ADB and ASEAN (2003), quoted in McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
20. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
21. WHO (2006).
22. Hill et al. (2009).
23. Magnier (2010).
24. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
25. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
26. Hill et al. (2009).
27. Hoang (2015). See the Protec website for technical and other information on the company's helmets (Protec 2011); AIP Foundation (2013).
28. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
29. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
30. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
31. Passmore et al. (2010).
32. Passmore et al. (2010).
33. Pham et al. (2008).
34. Passmore et al. (2010).
35. AIP Foundation (2013); Britton (2009).
36. Mason (2007).
37. Stokes (2012).
38. Passmore et al. (2010); Asian Scientist (2012).
39. Passmore et al. (2010).
40. National People's Assembly of Socialist Republic of Viet Nam (2002).
41. Talk Vietnam (2010).
42. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
43. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
44. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
45. Nguyen et al. (2013).
46. Based on risk ratios (Passmore et al. 2010).
47. Jonathan Passmore, personal communication with the author, April 10, 2015.
48. Jonathan Passmore, personal communication with the author, April 10, 2015.
49. Passmore et al. (2010).
50. Huu et al. (2011).
51. AIP Foundation (2014).
52. WHO (2013); Hiep and Thi Quyen (2009).
53. Liu et al. (2008).
54. Passmore et al. (2010).
55. Passmore et al. (2010).
56. AIP Foundation (2014).
57. Hoang et al. (2008).
58. World Bank (2015, 2016).
59. Hill et al. (2009).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Liu et al. (2008).
2. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010); Hoang et al. (2008).
3. Hansen (2014).
4. US CDC (n.d.); Liu et al. (2008).
5. Passmore et al. (2010).
6. WHO (2013).
7. Nguyen et al. (2013).
8. WHO (2013).
9. Mayo Clinic Staff (2015).
10. WHO (2013).

**อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)**

60. ADB (2012).
61. Hyder et al. (2007).
62. Estimation of total DALYs averted was calculated for injuries and deaths from traffic accidents. The helmet policy was found to avert 1,557 deaths and 2,495 injuries (Passmore et al. 2010). The costs of implementing the policy were calculated as US\$24 million, including police salaries and costs of helmets (Bishai and Hyder 2006; Olson et al. 2016). The cost - effectiveness is US\$1,248 per DALY averted. This puts it right around the GDP per capita of Vietnam in 2008. Adding in treatment costs averted means that there are likely to be many cost savings. See Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
63. Hill et al. (2009).
64. Hill et al. (2009).
65. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
66. Bloomberg Philanthropies (2013).
67. AIP Foundation (2014).
68. McDonnell, Thi Tran, and McCoy (2010).
69. Passmore et al. (2010).
70. Stokes (2012); Asian Scientist (2012).
71. Jonathan Passmore, personal communication with the author, April 10, 2015.
72. AIP Foundation (2014).
73. For example, see Le (2008).
74. WHO (2013).
75. Minh (2014).
76. WHO (2013).
77. WHO (n.d.).
78. United Nations General Assembly (2014).



## กรณีศึกษาที่ 20

# ร้องขอไม่ให้ถ่ายอุจจาระเรื้อราด

## โครงการการตลาดสุขาภิบาลและการสุขาภิบาลครบวงจรแห่งอินโดนีเซีย

(ต้นฉบับโดย Rachel Silverman)

### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ลดอัตราการตายของเด็กโดยเหตุการแพร่เชื้อโรคท้องเสียที่ผ่านทางแหล่งน้ำและอาหารปนเปื้อนอุจจาระ

**ยุทธวิธี:** ให้ความรู้แก่ชุมชนชนบทเกี่ยวกับอันตรายของการถ่ายอุจจาระเรื้อราดและเพิ่มความต้องการการสุขาภิบาลที่ถูกหลักสุขอนามัยรวมถึงส่งเสริมให้มีผลิตภัณฑ์และบริการที่ถูกหลักสุขอนามัยและราคาไม่แพงเกินไปผ่านการวิจัยผู้บริโภคและวิถีทางการตลาด

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** ความชุกของโรคท้องเสียลดลงร้อยละ 30 ชุมชน 2,200 แห่งได้รับการทวนสอบแล้วว่า “ปลอดภัยจากการถ่ายอุจจาระเรื้อราด” ช่วยชีวิตรอด 220 ราย และหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้เกือบ 19,000 ปี จากโรคท้องเสีย (ปี พ.ศ. 2550 - 2554)

**ปัจจัยสำเร็จ:** การออกแบบโครงการที่เป็นจุดคานงัดระบบการเมืองที่มีลักษณะของการกระจายอำนาจอย่างสูง การพึ่งพิงกันโดยธรรมชาติของชุมชนที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้น ความลงตัวขององค์กรประกอบฝั่งอุปสงค์และฝั่งอุปทาน

**การเงินการคลัง:** ค่าใช้จ่ายประมาณ 14 ล้านดอลลาร์สหรัฐตลอดเวลา 4 ปี รวมถึงค่าใช้จ่ายที่จ่ายแก่ครัวเรือน. ประมาณการอัตราความคุ้มค่าเท่ากับ 749 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงความสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ลดลงเหลือ 213 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงความสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ถ้าหักค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้แกครัวเรือนออก

**ขนาดของโครงการ:** 6,250 ชุมชนใน 29 อำเภอในเขตชนบท ครอบคลุมประชาชนประมาณ 9.2 ล้านคน มีประมาณ 1.4 ล้านคนที่โครงการนี้สร้างส่วนร่วมให้

สถานการณ์ทั่วโลกนี้ กว่า 1 พันล้านยังไม่ได้รับบริการสุขาภิบาลพื้นฐานที่ดีพอ ไม่มีสถานที่ที่ถูกสุขลักษณะ เป็นส่วนตัว และสะอาดสำหรับการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ<sup>1</sup> ดีขึ้นมาน้อยคือมีกระโถนในที่ส่วนตัวคนยากจนจำนวนมากต้องถ่ายเบิดเผยในที่สาธารณะ เช่น ในทุ่งและถนน การถ่ายไม่เป็นที่แบบนี้ นอกจากไม่น่าชมยังอาจเป็นอันตราย เพราะมีการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากอุจจาระไปยังอาหารและน้ำดื่มได้ ทำให้เกิดโรคท้องร่วงและโรคอื่นๆ

ด้วยเพราะอินโดนีเซียเป็นประเทศใหญ่ที่มีเกาะมากมายและมีประชากรมากกว่า 200 ล้านคน ขอบเขตของวิกฤตทางด้านสุขาภิบาลจึงน่ากลัว ถึงปี พ.ศ. 2548 ประมาณการได้ว่าร้อยละ 37 ของชาวชนบทหรือร้อยละ 27 ของชาวอินโดนีเซียทั้งหมดถ่ายเรื้อราด<sup>2</sup> รัฐบาลหลายสมัยและโครงการต่างๆ ก่อนหน้านี้ล้มเหลวที่จะปรับปรุงการสุขาภิบาลในพื้นที่กว้างใหญ่เพราะไม่สามารถชักจูงครัวเรือนยากจนในชนบทให้เลิกถ่ายเรื้อราดได้ ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างแท้จริง<sup>3</sup>

จึงถึงเวลาที่อินโดนีเซียต้องพยายามใช้วิธีการใหม่ วิธีหนึ่งคือส่งเสริมการสร้างส่วนร่วมและกระตุ้นให้ประชาชนอยากใช้ส่วนร่วม โครงการการตลาดสุขาภิบาลและการสุขาภิบาลครบวงจร (Total Sanitation and Sanitation Marketing: TSSM) ทำทั้ง 2 เรื่อง คือ ชักชวนชุมชนให้เลิกการปฏิบัติที่ผิดหลักสุขอนามัย ขณะเดียวกันก็ใช้มาตรการต่างๆ ในการเพิ่มการเข้าถึงการสุขาภิบาลที่ปรับปรุงแล้ว เพียง 2 ปี หลังเริ่มดำเนินโครงการชุมชนภายใต้โครงการก็มีการเปลี่ยนแปลงประชาชนภายใต้โครงการถ่ายเรื้อราดน้อยกว่าประชาชนนอกโครงการร้อยละ 17 และความชุกของโรคท้องเสียลดลงร้อยละ 30

### ความสูญเสียที่เกิดจากการถ่ายอุจจาระเรื้อราด

ทั้งผู้ชาย ผู้หญิง และเด็กๆ จะต้องอึดอัด ยามธรรมชาติเรียกกร้องแต่ไม่มีห้องน้ำให้เข้า เมื่อไม่มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ถูกหลักสุขอนามัย ปลอดภัย

เพื่อปลดทุกข์ ประชาชนก็ต้องไปตามท้องทุ่ง แม่น้ำ ริมถนน หรือในป่า การถ่ายอุจจาระเรี่ยราด แม้เป็นเรื่องเสียเกียรติแต่ก็เกิดทุกวัน จนเป็นบรรทัดฐานของชุมชนชนบทที่ยากจนจำนวนมากทั่วโลก โดยเฉพาะคนยากจนที่สุดที่มีประมาณ 1 พันล้านคน บนโลกนี้<sup>4</sup>

การถ่ายอุจจาระเรี่ยราดยังก่อให้เกิดภัยคุกคามอย่างมากต่อสุขภาพและสุขภาวะ สิ่งปฏิภูกจากร่างกายมนุษย์อุดมไปด้วยเชื้อโรค รวมถึงเชื้อที่ทำให้เกิดโรคโปลิโอ อหิวาตกโรค ไทฟอยด์ โรคพยาธิใบไม้ในเลือด และโรคคริปโตสปอริดิโอซิส (Cryptosporidiosis) เมื่อประชาชนได้รับชิ้นส่วนของอุจจาระเข้าสู่ร่างกาย จุลชีพเหล่านี้จะได้แหล่งอาศัยใหม่ ระบบการสุขาภิบาลสมัยใหม่ทำงานโดยการควบคุมและขจัดเชื้ออันตรายเหล่านี้ โดยป้องกันไม่ให้มันเข้าสู่สูบน้ำบนพื้นดิน แหล่งน้ำจืด และแหล่งผลิตอาหาร<sup>5</sup> แต่การถ่ายอุจจาระเรี่ยราดไม่มีการป้องกันใดๆ ผลก็คือ อุจจาระแพร่เชื้อโรคท้องร่วงและโรคอื่นๆ ไปยังครัวเรือนรอบๆ และชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ยากจนที่ไม่มีน้ำประปา ต้องใช้น้ำจากบ่อหรือแม่น้ำที่เป็นเชื้อโรค การระบาดของอหิวาตกโรคในเฮติทำให้เกิดเหตุวิบัติน่าสลดใจยิ่ง มีผู้ป่วย 745,000 ราย ตายไป 9,000 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2558<sup>6</sup> นักวิจัยประมาณการไว้ว่าการสุขาภิบาลที่ไม่พอเพียงก่อให้เกิดประมาณ 1 ใน 5 ของภาระโรคท้องเสียทั่วโลก คำนวณได้ว่าก่อให้เกิดความตาย 280,000 ราย และสูญเสียปี สุขภาวะ 18.6 ล้านปี ต่อปี<sup>7</sup>

การที่ไม่มีห้องน้ำที่มีความเป็นส่วนตัวยังก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้หญิงด้วย หลายคนมักไปปลดทุกข์กลางคืนในที่สาธารณะเพื่อป้องกันคนเห็น<sup>8</sup> ความมิดชิดช่วยให้มีความเป็นส่วนตัวมากขึ้นจริง แต่ก็มาพร้อมสิ่งคุกคามต่างๆ เช่น การถูกถ่มน้ำลาย การรังควาน แม้กระทั่งการข่มขืนหรือความรุนแรงในรูปแบบอื่นๆ เช่น เหตุการณ์ในปี พ.ศ. 2557 หญิงวัยรุ่น 2 คนในอินเดียถูกรุมข่มขืนและแขวนคอหลังจากเธอทั้งสองออกมาอุกบ้านเพื่อปลดทุกข์<sup>9</sup>

อินโดนีเซียเป็นประเทศที่มีประชากรหนาแน่นเป็นอันดับที่ 4 ของโลก และได้รับการจัดให้เป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546<sup>10</sup> ประเทศนี้มีเกาะมากกว่า 17,000 เกาะ มีหลายสิบล้านคนพูดภาษาพื้นเมืองประมาณ 700 ภาษา<sup>11</sup> อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2548 ชาวอินโดนีเซียประมาณ 60 ล้านคน (ซึ่งกว่า 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ) ถ่ายเรี่ยราดนอกบ้านอย่างไม่เป็นที่ไม่เป็นที่ทางจนเป็นเรื่องปกติ<sup>12</sup> ปัญหามีมากขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ยากจนอันมีโครงสร้างพื้นฐานที่ล่าช้าและประชาชนส่วนมากไม่ตระหนักต่อความเสี่ยงด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการครองชีพมักไม่พอ แต่ละปี มีการตายเกิดขึ้นประมาณ 50,000 ราย มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น 120 ล้านครั้งเนื่องจากการปฏิบัติด้านสุขอนามัยไม่เหมาะสมผนวกกับการสุขาภิบาลที่ดีมีไม่เพียงพอในอินโดนีเซีย และจากงานการประมาณการชิ้นหนึ่ง วิฤตสาธารณสุขนี้ทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจถึง 6.3 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี<sup>13</sup>

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: อินโดนีเซียนำเข้าการสุขาภิบาลที่นำโดยชุมชน

โครงการน้ำและการสุขาภิบาลเป็นโครงการสำคัญที่อินโดนีเซียพยายามพัฒนาตลอดศตวรรษที่ 20 (พ.ศ. 2444 - 2543) เมื่อต้นปี พ.ศ. 2463 ผู้ปกครองอาณานิคมชาวดัตช์ได้ริเริ่มรณรงค์การสุขาภิบาลเพื่อส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่ถูกหลักสุขอนามัย และในทศวรรษที่ 1960 (พ.ศ. 2503 - 2512) การสร้างส้วมให้ฟรีและการให้ทุนบางส่วนในการสร้างส้วมเป็นยุทธศาสตร์หลักของรัฐบาลและภาคีหุ้นส่วนผู้บริจาค<sup>14</sup> ตลอดศตวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) และต่อเนื่องถึงทศวรรษถัดมา ธนาคารโลกได้ให้เงินกู้ยืมเพื่อการก่อสร้างและการปรับปรุงทั้งห้องน้ำส่วนตัวและห้องน้ำสาธารณะด้วย<sup>15</sup>

แต่การขาดห้องน้ำในปัจจุบันเดียวที่ทำให้มีการถ่ายอุจจาระเรี่ยราด ยังมีปัจจัยนามธรรมอื่นๆ รวมถึงความเชื่ออย่างผิดๆ และแม้แต่ความพอใจบางประการ ตัวอย่างเช่น คนยากจนส่วนใหญ่เห็นว่าการถ่ายลงแม่น้ำนั้นสะอาด เพราะน้ำจะพัดพาอุจจาระออกไปไกลๆ ในช่วงต้นของความพยายามในฝั่งอุปทานนั้นไม่ได้ใส่ใจปัจจัยด้านนามธรรมจึงล้มเหลวต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลอย่างมากต่อสุขภาพ<sup>16</sup> ความพยายามในการสร้างส้วมเพิ่มขึ้นถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากในเรื่องความไม่เป็นธรรมทางสังคม คนยากจนที่สุดส่วนใหญ่ถูกกีดกันในขณะที่คนมั่งมีกลับได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐไปสร้างส้วม เจ้าหน้าที่รัฐของอินโดนีเซียและสมาชิกของชุมชนนโยบายระหว่างประเทศยังคงต้องหมั่นใจต่อไปกับความไม่คืบหน้าของการพัฒนาการสุขาภิบาล<sup>17</sup>

เป็นที่ชัดเจนว่า การแก้ปัญหาต้องอาศัยหลายวิธีการ อย่างไรก็ตาม ความพยายามด้วยวิธีการใหม่ๆ มักประสบกับความยากลำบากในการดำเนินงาน ซึ่งเป็นจริงอย่างยิ่งโดยเฉพาะกับเรื่องนี้ เนื่องจากอินโดนีเซียมีนโยบายกระจายอำนาจครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2544 ส่งผลให้มีการถ่ายโอนอำนาจในการตัดสินใจเพื่อการพัฒนาส่วนใหญ่ไปสู่ผู้นำรัฐบาลท้องถิ่นซึ่งไม่มีเงื่อนไขที่จะต้องทำตามนโยบายของประเทศ<sup>18</sup>

ภายใต้ความท้าทายเหล่านี้ เจ้าหน้าที่ภาคสนามของอินโดนีเซียที่มาจากโครงการน้ำและการสุขาภิบาล (Water and Sanitation Program: WSP) ของธนาคารโลกได้พบวิธีการแก้ปัญหาที่มีศักยภาพในระหว่างการเยี่ยมชมหมู่บ้านในบังคลาเทศ นั่นคือ โครงการสุขาภิบาลครบวงจรที่นำโดยชุมชน (Community - Led Total Sanitation: CLTS) ซึ่งเป็นวิธีการใหม่ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับชุมชนโดยชุมชนเอง ในการประชุมวิชาการปลายปี พ.ศ. 2546 เจ้าหน้าที่จำนวนหนึ่งจาก WSP ได้ไปเยี่ยมชมหลายหมู่บ้านที่ประกาศว่า “ปลอดการถ่ายอุจจาระเรี่ยราด” ซึ่งหมายถึงการขับถ่ายในลักษณะนั้นได้ถูกขจัดไปโดยสิ้นเชิง ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการใช้วิธีการแบบ CLTS หลังจากนั้น ทีมงาน WSP ก็ได้แลกเปลี่ยนสิ่ง

ที่ได้พบกับเจ้าหน้าที่รัฐของอินโดนีเซียปี ต่อมา ทีมงานดังกล่าวได้เชิญนักวิจัยของ CLTS มานำเสนอที่อินโดนีเซียเกี่ยวกับวิธีการทำงานกับผู้มีส่วนได้เสียในระดับสูง สามเดือนต่อมา WSP นำเจ้าหน้าที่ของอินโดนีเซียกลุ่มหนึ่งบินไปบังคลาเทศเพื่อดูงานการปฏิบัติงานแบบ CLTS<sup>19</sup>

การดูงานครั้งนั้นประสบความสำเร็จ ผู้บริหารของอินโดนีเซียยอมรับว่า พวกเขาได้พบวิธีการใหม่ที่มีคุณค่าสำหรับการปรับปรุงการสุขาภิบาลแล้ว ความพยายามของอินโดนีเซียก่อนหน้านี้เน้นการสร้างส้วมเพิ่มขึ้นภายใต้ความเชื่อที่ว่าถ้าสร้างขึ้นมาแล้วก็จะมีคนมาใช้เอง แต่ผลที่ออกมากลับทำให้ผิดหวัง CLTS ดำเนินการภายใต้ทฤษฎีแห่งการเปลี่ยนแปลงที่ต่างออกไป จุดเริ่มต้นคือการเพิ่มความต้องการการสุขาภิบาลที่ดี โครงการ CLTS ออกแบบมาเพื่อทำหน้าที่กระตุ้นให้ประชาชนรู้สึกอายนอกการถ่ายเรี่ยราด ซึ่งจะทำให้พวกเขาต้องมองหาห้องน้ำที่ปรับปรุงแล้ว และแทนที่จะมุ่งเข้าไปที่แต่ละครัวเรือนโดยวิธีการจากบนลงล่าง CLTS พยายามยับยั้งหมู่บ้าน อาศัยการรวมตัวกันของชุมชนและการเชื่อมโยงทางสังคมในการเปลี่ยนบรรทัดฐานของสังคม<sup>20</sup>

เมื่อกลับถึงอินโดนีเซีย เจ้าหน้าที่ก็เริ่มทำงานผลักดันเพื่อให้เกิดการยอมรับในวิธีการใหม่ทันที ภายในครึ่งปีแรกของปี พ.ศ. 2548 การทดลองภาคสนามของ CLTS ที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริจาคก็ได้เริ่มขึ้นในชุมชนชาวอินโดนีเซีย 17 แห่งและมีที่อื่นตามมาพร้อมในภายหลัง โครงการนี้ประสบความสำเร็จตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น มีหลายชุมชนที่ประสบความสำเร็จ คือประกาศเป็นเขต “ปลอดการถ่ายอุจจาระเรี่ยราด” ได้เร็วและด้วยความประทับใจในความสำเร็จอย่างรวดเร็วของโครงการนี้ ในปี พ.ศ. 2549 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อิบู ลิตี ฟาดิลาห์ ได้ยก CLTS ขึ้นเป็นหนึ่งในสองเสาของเสาแฝดสำหรับนโยบายการสุขาภิบาล<sup>21</sup>

ข้อสงสัยประการหนึ่งของรัฐบาลและองค์กรผู้บริจาคก็คือ ความสำเร็จเช่นนี้จะบังเกิดขึ้นเมื่อขยายโครงการไปทั่วทั้งประเทศได้หรือไม่ และแล้วพวกเขาก็มีโอกาสค้นหาคำตอบในปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลอินโดนีเซียร่วมกับ WSP และมูลนิธิบิลล์แอนด์เมลินดาเกตส์ทดสอบโครงการการตลาดสุขาภิบาลและการสุขาภิบาลครบวงจร (Total Sanitation and Sanitation Marketing: TSSM) ในระดับประเทศโดยใช้วิธีการแบบ CLTS และใช้เทคนิคการตลาดสังคมแบบสัมบูรณ์ WSP ได้วางแผนทดสอบวิธีการแบบ TSSM ใน 3 ประเทศ ได้แก่ อินเดีย อินโดนีเซีย และแทนซาเนีย<sup>22</sup>

ในประเทศอินโดนีเซียนั้น การรวมตัวเป็นหนึ่งในเดี่ยวนอกจากที่ชาวตะวันตก แคว้นชนบทยากจนและกว้างใหญ่ประกอบด้วยประชากรประมาณเกือบ 37 ล้านคน<sup>23</sup> ชาวตะวันตกเคยเป็นพื้นที่ทดลองโครงการนำร่อง CLTS ที่ประสบความสำเร็จไปแล้ว โดยอาศัยการสนับสนุนจากผู้บริหารและแพทย์ประจำท้องถิ่น ในขณะที่เดียวกัน แคว้นนี้ยังไม่มีโครงการสุขาภิบาลขนาดใหญ่มาลง ทำให้การทดสอบวิธีการใหม่ในระหว่างการขยายโครงการเริ่มต้นจากศูนย์(พ.ศ. 2550-2552)<sup>24</sup> โครงการนี้เมื่อเริ่มต้นก็ขยายไปทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว ถึงปี พ.ศ. 2554 ครอบคลุมได้ 6,250 ชุมชน และเกือบ 2,200 ชุมชนที่ประสบความสำเร็จเป็นเขตปลอดการถ่ายอุจจาระเรี่ยราด<sup>25</sup>

## ปฏิบัติการโครงการการตลาดสุขาภิบาลและการสุขาภิบาลครบวงจร (TSSM)

ในการเปิดตัวโครงการที่มีการขยายใหญ่และมีการเลือกชุมชนเข้าโครงการ สมาชิกทีมงาน TSSM ได้จัดขบวนพาเหรดบนท้องถนนทั่วชาวตะวันตกเพื่อแนะนำวิธีการใหม่แก่บรรดาหน่วยงานท้องถิ่นต่างๆ เริ่มแรกผู้ออกแบบโครงการหวังจะใช้วิธีการที่ยึดตามความต้องการคือเสนอโครงการให้เฉพาะชุมชนที่ร้องขอ ปรากฏว่า ผู้นำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีแรงจูงใจน้อยที่จะเข้าร่วมโครงการที่ไม่มีรางวัลหรือเงินอุดหนุนให้ผลสุดท้าย ผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ในระดับจังหวัดและอำเภอจึงมักเป็นผู้เลือกชุมชนเป้าหมายและเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม<sup>26</sup>

ผู้ดำเนินโครงการวางแผนกระจายโครงการใน 29 จังหวัด จัดเป็น 3 ระยะ ในระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2553 ที่สำคัญคือในระยะที่ 2 นั้น ทีมงานของธนาคารโลกได้ส่งลงหมู่บ้านเพื่อการประเมินผลกระทบ ดังอธิบายด้านล่าง<sup>27</sup>

โครงการ TSSM ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ออกแบบมาเพื่อแก้ปัญหาสิ่งกีดขวางพร้อมๆ กันทั้งในฝั่งอุปสงค์และฝั่งอุปทานเพื่อให้เกิดการปรับปรุงการสุขาภิบาล

1. CLTS
2. การตลาดสุขาภิบาล
3. การพัฒนาสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ ยังมีระบบติดตามอย่างสม่ำเสมอเพื่อบันทึกการเข้าถึงการสุขาภิบาลในแต่ละหมู่บ้านเล็กๆ และดูว่าเป็นเขตปลอดการถ่ายอุจจาระเรี่ยราดหรือไม่<sup>28</sup>

### การสุขาภิบาลครบวงจรที่นำโดยชุมชน

(Community - Led Total Sanitation: CLTS)

CLTS เน้นบท “การลั่นไก” ออกแบบให้กระตุ้นชุมชนให้เลิกถ่ายอุจจาระเรี่ยราดและหันมานิยมการใช้ส้วม ในการหาเป้าหมายสำหรับเรื่องนี้ เจ้าหน้าที่จังหวัดต้องค้นหาหมู่บ้านที่มีความชุกของการถ่ายเรี่ยราดและโรคท้องร่วงสูง โดยที่ยังไม่เคยมีโครงการสุขาภิบาลใดๆ มาลงเพื่อการพัฒนาโดยเฉพาะการให้เงินอุดหนุนเพื่อสร้างส้วม<sup>29</sup>

ในระหว่างการลั่นไกแต่ละครั้ง ผู้ดำเนินการที่ได้รับการอบรมมาก่อนจะเข้าพบผู้นำหมู่บ้านและลูกบ้าน ในขั้นตอนนี้จะเริ่มจากการสำรวจหมู่บ้านว่า สมาชิกอยู่ที่ไหนบ้าง น้ำใช้มาจากไหน ถ่ายอุจจาระกันอย่างไร ผู้ดำเนินการอาจให้ผู้นำหมู่บ้านพาเดินผ่านหมู่บ้านเล็กๆ มองหาอุจจาระสองข้างทางเดิน และพยายามลั่นไกกระตุ้นให้สมาชิกชุมชนเกิดความรู้สึกอายนอกและรู้สึกขยะแขยงที่จะต้องดื่มดื่มน้ำที่ปนเปื้อนอุจจาระ

ยกตัวอย่างเช่น ผู้ดำเนินการอาจเอาเส้นผมเชี่ยจู่จจะและนำไปจุ่มลงใน แก้วน้ำดื่ม เมื่อได้ทดลองเชื่อเชิญให้ดื่มน้ำนั้น รับรองว่าสมาชิกชุมชนย่อม ปฏิเสธ ด้วยวิธีนี้พวกเขาก็ตระหนักถึงผลของการถ่ายอุจจาระเสียแล้ว<sup>30</sup>

ผู้ดำเนินการอาจให้ความรู้แก่สมาชิกชุมชนเกี่ยวกับความเสี่ยง ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการถ่ายเสีย และทำให้เห็นว่าเป็นเรื่องเร่งด่วน ที่ต้องแก้ไข ในบางชุมชน ชาวเรื่องนี้อาจถึงหูชาวบ้านแล้วโดยกิจกรรมการ เยี่ยมบ้าน ผู้ดำเนินการไม่ควรชี้แนะวิธีการแก้ปัญหาการสุขาภิบาลของ ชุมชนแห่งนั้น ควรปล่อยให้ชุมชนวางแผนและดำเนินงานขั้นตอนต่อไป อย่างอิสระ<sup>31</sup>

### การตลาดสุขภาพ

เพื่อให้ CLTS มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โครงการนี้ได้บรรจุองค์ประกอบเรื่อง การตลาดสุขภาพเข้าไปด้วย ทั้งนี้ เพื่อปรับทัศนคติของผู้บริโภคในด้านการ สุขาภิบาล ชั้นแรก TSSM จัดให้มีการวิจัยด้านการตลาด (market research) เพื่อหาอุปสรรคในการเข้าถึงการสุขาภิบาลที่ดี โดยนักวิจัยพบว่าระดับปัจเจกบุคคลมักไม่เข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างการถ่ายเสีย กับการเกิดโรคและเห็นว่าส้วมเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น รวมถึงไม่มีกำลังทรัพย์ในการ จ่ายด้วย สมาชิกชุมชนมักประเมินค่าใช้จ่ายในการสร้างส้วมสูงเกินไป ขณะเดียวกันฝั่งอุปทาน (ผู้สนับสนุน) ก็มีประสบการณ์น้อยเกี่ยวกับการ สร้างส้วมในราคาถูก จึงแทบไม่มีใครทำการตลาดทางเลือกราคาถูกให้แก่ ผู้ซื้อที่พอจะมีกำลังจ่าย ทีมงานของ TSSM ได้ทำตามขั้นตอนเพื่อส่งเสริม ให้มีความต้องการการสุขาภิบาลที่ดีขึ้น และส่งเสริมให้มีการแก้ปัญหาการ สุขาภิบาลแบบที่ไม่แพงเกินไป ยกตัวอย่างเช่น มีการแจกเอกสารณรงค์ ให้เลิกถ่ายเสียและทำตารางเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียและค่าใช้จ่าย าระดับต่างๆ ของการสร้างส้วม นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมช่างก่อสร้างใน ท้องถิ่นให้สามารถสร้างส้วมราคาถูกที่ถูกละเลยได้อีกด้วย<sup>32</sup>

### สร้างกระแสแวดล้อมให้เอื้ออำนวย

เพื่อให้ผลของโครงการนี้มีความก้าวหน้าและครอบคลุมกว้างขวางขึ้น TSSM ได้จัดกิจกรรมที่ช่วยสร้างกระแสให้การสุขาภิบาลขยายออกไป องค์ประกอบนี้ได้แก่การทำงานเชิงรุกในด้านการผลักดันนโยบายทั้งต่อ ผู้แทนราษฎรในระดับชาติและในระดับท้องถิ่น จุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการ รับประกันความยั่งยืนของการสนับสนุน เพิ่มทุนสำหรับการสุขาภิบาล และ กระตุ้นให้เกิดผลสำเร็จ ทั้งนี้ ขึ้นกับระบอบการควบคุมของแต่ละประเทศ ด้วย<sup>33</sup>

ทีมงานของ TSSM ได้ชวน ชาวโพส (Jawa Pos) หนึ่งใน หนังสือพิมพ์รายวันชั้นนำของอินโดนีเซีย เข้าร่วมเป็นหุ้นส่วนเพื่อผลักดัน ให้รัฐบาลท้องถิ่นเข้ามาช่วยรับผิดชอบ หลังจากนั้น ชาวโพสได้ติดตาม ผลงานของรัฐบาลท้องถิ่นในหลายๆ ด้าน และให้ “รางวัลการปกครอง

ตนเอง” แก่รัฐบาลท้องถิ่นที่มีผลงานดีและมีธรรมาภิบาลด้วย TSSM ได้ขอให้ ชาวโพส วัดความก้าวหน้าในการสุขาภิบาลโดยใช้ตัวชี้วัดจาก การให้รางวัลนั้น ซึ่งช่วยกระตุ้นให้หุ้นส่วนระดับจังหวัดมีการทำงานอย่าง ต่อเนื่อง<sup>34</sup>

### ผลลัพธ์ตอบแทน: การถ่ายเสียลดน้อยลง, โรคท้องเสีย ลดลง

ถึงปี พ.ศ. 2554 โครงการ TSSM ได้จัดกิจกรรมกระตุ้นไปแล้ว 6,250 ชุมชน ใน 29 จังหวัดชนบทของชาวตะวันออก และ 2,200 ชุมชน ในจำนวน ดังกล่าวได้รับการรับรองว่าเป็นเขตปลอดการถ่ายเสีย ในภาพรวม ชาวชาว 1.4 ล้านคน ได้เข้าถึงห้องน้ำที่ปรับปรุงใหม่ ที่สร้างโดยครัวเรือน เอง รวมทั้งใช้เงินของครัวเรือนนั้นๆ ด้วย<sup>35</sup>

จากการประเมิน ผลกระทบของโครงการนี้ไม่สู้จะโดดเด่นนัก แต่ก็ก็น่าประทับใจ (ดูกล่อง 1) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหมู่บ้านควบคุม ที่เลือกแบบสุ่ม กลุ่มทดลองสร้างส้วมมากกว่าร้อยละ 23 และถ่ายเสียลด น้อยกว่าร้อยละ 9 พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนี้ทำให้ความชุกของโรคท้องเสีย ลดลงร้อยละ 30 ในชุมชนที่เป็นเป้าหมายของโครงการ<sup>36</sup> การประมาณ การของเราเองชี้ว่า โครงการนี้หลีกเลี่ยงความตายได้ 220 รายภายใน 4 ปี อายุขัยที่มากขึ้นผนวกกับอัตราการป่วยด้วยโรคท้องร่วงลดลง ทำให้ หลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ประมาณ 18,666 ปี

แม้ว่าโครงการนี้จะมีผลกระทบต่อสุขภาพ แต่ก็ไม่มีหลักฐานว่า ได้เพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงการสุขาภิบาล การสร้างและการใช้ส้วม มากขึ้นอยู่ในกลุ่มผู้มีอันจะกิน ครัวเรือนที่ยากจนยังคงไม่มีเงินสำหรับการ ปรับปรุงส้วม ในกลุ่มคนยากจนจึงยังไม่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ในเรื่องส้วม อย่างไรก็ตาม ครอบครัวที่ยากจนก็ยังคงได้รับประโยชน์จาก ความก้าวหน้าในการสุขาภิบาลทั่วชุมชน ยกตัวอย่างเช่น เด็กยากจนที่ เข้าไม่ถึงการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐานนั้น มีความชุกของโรคท้องเสียลดลง อย่างมาก รวมถึงการติดเชื้อในทางหายใจส่วนล่างก็ลดลงด้วย ที่เป็น เช่นนี้ อาจเป็นเพราะการปนเปื้อนอุจจาระในน้ำและอาหารน้อยลง เนื่องจากมีการสร้างส้วมเพิ่มขึ้นในชุมชนนั่นเอง<sup>37</sup>

### ประโยชน์ที่ได้รับนั้นเกิดจากการลงทุนไปเท่าใด?

โครงการ TSSM มีค่าใช้จ่ายทั้งหมด 14 ล้านดอลลาร์สหรัฐ รวมค่าใช้จ่าย ส่วนตัวของครัวเรือนในการสร้างส้วมด้วย ในภาพรวม ส้วมแต่ละแห่งต้อง ลงทุนประมาณ 65 เหรียญสหรัฐ ในจำนวนเงินรวมทั้งหมดนั้นมีส่วนของ รัฐที่อุดหนุนลงไปประมาณ 5 เหรียญสหรัฐต่อ 1 ส้วม ส่วนใหญ่ใช้ไปใน

### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

ในระยะที่ 2 ของการขยายโครงการ TSSM ในชาวตะวันตก ระหว่างกันยายน พ.ศ. 2551 - มิถุนายน พ.ศ. 2552 ทีมประเมินผลขอให้แต่ละจังหวัดใน 8 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการทำบัญชีรายชื่อหมู่บ้านที่น่าจะมีศักยภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ จากบัญชีนั้น ทีมงานสุ่มขึ้นมา 160 หมู่บ้าน จับคู่ได้ 10 คู่ต่อ 1 จังหวัด แต่ละคู่ประกอบด้วยหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมอย่างละ 1 หมู่บ้าน เลือกหมู่บ้านย่อยเล็กๆ ในแต่ละหมู่บ้านที่ศึกษาขึ้นมาเพื่อเน้นกิจกรรมและเพื่อวัดผล จากนั้นจึงสุ่ม 13 คริวเรือนจากหมู่บ้านย่อย จากบัญชีคริวเรือนที่มีเด็กเล็ก การสำรวจข้อมูลพื้นฐานกระทำในกลางปี พ.ศ. 2551 พร้อมกับติดตามผลอีกครั้งภายหลัง 2 ปี ถัดมา การวิเคราะห์ใช้วิธีที่ยึดตามความตั้งใจ (Intend - to - treat: ITT): นักวิจัยจะเปรียบเทียบผลลัพธ์เฉลี่ยของคริวเรือนทั้งหมดในหมู่บ้านทดลองกับคริวเรือนในหมู่บ้านควบคุม มากกว่าที่จะสนใจเน้นเฉพาะคริวเรือนที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะของการสุขภาพเท่านั้น การตัดสินใจขึ้นกับสมมติฐานที่ว่ามีการเปลี่ยนแปลงการสุขภาพในทางที่ดีขึ้นแม้ว่าจะมีเพียงคริวเรือนบางส่วนที่ก่อผลกระทบต่อเพื่อนบ้าน<sup>38</sup>

การประเมินผลชี้ให้เห็นถึงประโยชน์อันสำคัญที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านย่อยกลุ่มทดลองคือ คริวเรือนถ่ายเรียราดลดลง ความซุก

ของโรคท้องเสียในเด็กลดลง และการเพิ่มขึ้นของส้วมมีอัตราเร็วกว่าในชุมชนกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับผลที่รายงานเข้ามาในระบบติดตามโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายงานเรื่องชุมชนปลอดการถ่ายเรียราดที่เข้ามา มากมายนั้น ก็พบว่า การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นนี้ไม่โดดเด่นนัก

อามิน รังการจัน และบอร์กุม (Amin, Rangarajan, and Borkum)<sup>39</sup> เสนอการอธิบายผลที่แตกต่างข้างต้นไว้หลายทาง จากข้อมูลการติดตาม ที่ให้เห็นถึงผลงานที่ไม่ดีในระยะที่สอง ที่มีเพียงร้อยละ 17 ของชุมชนทั้งหมดในโครงการอยู่ในฐานะปลอดการถ่ายเรียราด (เปรียบเทียบกับร้อยละ 58 ในระยะที่ 1 และร้อยละ 54 ในระยะที่ 3) ผลกระทบที่ประมาณการได้อาจถูกเจือจางด้วยการปนเปื้อนของกลุ่มที่ควรจะมีกิจกรรมแต่ไม่เคยได้รับการกระตุ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมจำนวนหนึ่งได้รับการแทรกแซงแม้จะมีคำสั่งในลักษณะตรงกันข้ามก็ตาม ประการสุดท้าย ครอบครัวตัวอย่างบางครอบครัวอาจอาศัยอยู่นอกเขตการล้นไกทำให้ไม่ได้รับการแทรกแซง อย่างไรก็ตาม แม้จะมีข้อจำกัดเหล่านี้ การวิเคราะห์ก็ยังสรุปได้ว่า โครงการนี้สามารถขับเคลื่อนอย่างแข็งขันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลประโยชน์ด้านสุขภาพที่วัดได้<sup>40</sup>

การอบรมและในกิจกรรมการล้นไก คือ โครงการน้ำและการสุขภาพ (Water and Sanitation Program: WSP) ใช้ไป 14 เหรียญสหรัฐต่อ 1 ส่วน ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการโครงการและคริวเรือนใช้เงินส่วนตัวจ่ายอีก 46 เหรียญสหรัฐต่อ 1 ส่วน ในการก่อสร้างส้วมด้วยตนเอง<sup>41</sup> รัฐบาลประจำจังหวัดมีส่วนช่วยเงินอีกจำนวนเล็กน้อยจากงบประมาณของจังหวัดเอง เงินจังหวัดนี้มีจำนวนแตกต่างกันไปในแต่ละปี แต่เฉลี่ยได้เท่ากับ 13,100 เหรียญสหรัฐต่อปี ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2553<sup>42</sup>

การลงทุนของ TSSM ในการสุขภาพคุ้มค่าหรือไม่? โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้ประมาณการไว้ว่า ทุก 1 เหรียญสหรัฐที่ลงทุนไปในเรื่องน้ำและการสุขภาพ จะได้รับผลตอบแทนกลับคืนมา 8 เหรียญสหรัฐ<sup>43</sup> เราประมาณการความคุ้มทุนเฉพาะเรื่องของโครงการนี้ด้วย ซึ่งโครงการนี้มีผลต่อโรคท้องร่วง โรคพยาธิไส้และ การติดเชื้อในทางหายใจแบบเฉียบพลัน การประเมินผลพบว่า เฉพาะเรื่องโรคท้องร่วงเท่านั้นที่โครงการนี้ก่อผลกระทบโดยหลีกเลี่ยงภาระโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>44</sup> โดยพบว่า โครงการนี้มีค่าใช้จ่าย 749 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี แต่ถ้าหักค่าใช้จ่ายของคริวเรือนออกไป ค่านี้จะลดลงเหลือ 213 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี<sup>45</sup> ค่าใช้จ่ายนี้ต่ำกว่ามูลค่า

ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัว (ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้เป็นเกณฑ์ประเมินความคุ้มทุน) อย่างมาก ในปี พ.ศ. 2553 มูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวของประเทศอินโดนีเซียเท่ากับ 2,947 เหรียญสหรัฐ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการสุขภาพโดยทั่วไปจะมีความคุ้มทุน แต่รัฐบาลอินโดนีเซียก็ยังจัดสรรงบประมาณด้านนี้น้อยเกินไป ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายสากลได้ การบรรลุเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน (Millennium Development Goal) ในเรื่องนี้ได้ คือ การแก้ปัญหาให้กับประชาชนอีกครั้งหนึ่งที่ยังเข้าไม่ถึงการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในปี พ.ศ. 2558 รัฐบาลอินโดนีเซียจะต้องลงทุนประมาณ 600 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ทรัพยากรที่มีอยู่ไม่เหมาะสมกับความเร่งด่วนของสถานการณ์ ในระยะเวลา 30 ปี ก่อนหน้าปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลและผู้บริจาคได้ร่วมกันลงทุนด้านสุขภาพเพียง 27 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี และส่วนใหญ่ของเงินก้อนนี้ถูกจัดสรรไปยังพื้นที่เขตเมืองที่ได้เปรียบอยู่แล้ว<sup>46</sup> งบประมาณภาครัฐที่จ่ายไปในการสุขภาพทั้งหมดมีมูลค่าเพียงร้อยละ 0.04 ของงบประมาณภาครัฐทั้งหมดในปี พ.ศ. 2552<sup>47</sup>

## กฎแห่งความสำเร็จ

แม้ว่าผลของ CLTS จะเป็นที่ประทับใจไปทั่วโลก แต่ก่อนหน้านั้น อินโดนีเซียก็ต้องเผชิญอุปสรรคมากมาย ชาวตะวันออกมีข้อจำกัดด้านประสบการณ์ในโครงการสุขภาพขนาดใหญ่ ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในการดำเนินโครงการใหม่นี้ การกระจายอำนาจของประเทศในปี พ.ศ. 2544 ทำให้เกิดการแยกส่วนในอำนาจและความรับผิดชอบ ส่งผลให้เกิดความท้าทายอย่างมากสำหรับโครงการขนาดใหญ่ที่ครอบคลุมพื้นที่กว้างขวาง และเมื่อโครงการ TSSM ไม่มีเงินอุดหนุนให้ รวมถึงไม่มีการสนับสนุนในด้านวัตถุ ทำให้ต้องใช้เงินและทรัพยากรบุคคลจากรัฐบาลท้องถิ่นเอง ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ในระดับหมู่บ้านและระดับจังหวัดต้องทำงานด้วยความยากลำบาก<sup>48</sup>

โครงการนี้สามารถเปลี่ยนอุปสรรคเป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดการขยายโครงการอย่างรวดเร็ว โดยการทำงานร่วมกับรัฐบาลจังหวัด ตั้งแต่แรกเริ่ม ทีมงาน TSSM จึงสามารถขยายกระแสนโยบายของชาวตะวันออกที่มีการถ่ายโอนอำนาจแล้วได้<sup>49</sup> ขบวนการท้องถิ่นช่วยให้เจ้าหน้าที่จังหวัดเกิดการรับรู้และมีพันธสัญญา ร่วมกับกับโครงการ จากนั้น หน่วยงานต่างๆ ก็รับยุทธศาสตร์ให้เข้ากับบริบทของท้องถิ่น การที่ชาวตะวันออกยังมีไม่เคยมีโครงการสุขภาพขนาดใหญ่มาก่อนยังทำให้โครงการไม่ต้องเผชิญกับความสับสนเกี่ยวกับระบบรัฐและข้าราชการที่วุ่นวาย นะลาจะนะ มุกเคอร์จี (Nalajana Mukherjee) ที่ปรึกษาของ WSP เติมนไว้ว่า กระดานชนวนที่ว่างเปล่าของอินโดนีเซีย ทำให้ไม่ต้องใช้เวลาและความพยายามอย่างมากในการต่อสู้กับเรื่องทางการเมือง ที่มีมากมาพร้อมกับโครงการใหญ่ ระดับชาติและมักขัดแย้งกัน<sup>50</sup>

อย่างไรก็ตาม ผลของการถ่ายโอนอำนาจก็ทำให้การดำเนินโครงการในแต่ละจังหวัดไม่สม่ำเสมอและเกิดผลลัพธ์ที่สับสน หน่วยงานท้องถิ่นบางแห่งรับเข้ามาสนับสนุนทรัพยากรในพื้นที่และติดตามที่จะเล่นบทล้นเกินหรือการกระตุ้นต่อไป บางแห่งทำได้อย่างจำกัด แต่เพียงกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ หลังการกระตุ้นเท่านั้น พื้นที่ติดกับทะเลสาบแม่น้ำ และชายหาด เป็นกลุ่มที่ดำเนินงานได้แข็งแกร่งที่สุด ณ สถานที่เหล่านี้ มีการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะลงน้ำเป็นเวลานานแล้วและเป็นที่ยอมรับของสังคมแถบนั้น ทำให้ยากที่จะเปลี่ยนแปลง<sup>51</sup> เพื่อให้พื้นที่เหล่านี้ประสบความสำเร็จในการเป็นเขตปลอดการถ่ายเรี่ยราดให้ได้ ผู้นำโครงการและรัฐบาลจังหวัดได้ก้าวเข้าไปพร้อมกับโครงการความคิดริเริ่มต่างๆ ได้แก่ การทำงานร่วมกับ ชาวโพส การให้รางวัลเป็นเงินสด และการจับกลุ่มทำงานร่วมกันระหว่างจังหวัดเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการประสบความสำเร็จเป็นเขตปลอดการถ่ายเรี่ยราดร่วมกัน<sup>52</sup>

ขณะที่โครงการมีความก้าวหน้าในระดับหนึ่ง ก็เริ่มมีความชัดเจนว่า กิจกรรมในฝั่งอุปทานเกิดขึ้นช้า ตามไม่ทันกระแสความต้องการท้องถิ่น

ที่เพิ่มขึ้น หลังจากผ่านไปเกือบ 2 ปี องค์ประกอบด้านการตลาดของโครงการก็เริ่มทำงาน แต่เวลานั้น ตลาดท้องถิ่นยังขาดแคลนผู้จำหน่ายที่สามารถทำให้การสร้างความร่วมมือราคาถูกลงได้<sup>53</sup> และแม้เมื่อมีทางเลือก ราคาถูก ค่าใช้จ่ายก็ยังสูงเกินกว่าที่ครัวเรือนยากจนที่สุดหรือเปราะบางมากที่สุดจะมีพอจ่ายได้

ครอบครัวที่ยากจนที่สุดจำนวนมากไม่มีทางออก ชุมชนของพวกเขาอดทนให้เลิกถ่ายเรี่ยราด แต่พวกเขาไม่มีเงินเหลือเก็บพอนำมาสร้างส้วม บางชุมชนแก้ปัญหาโดยตั้งกองทุนเพื่อสร้างส้วมที่เข้าร่วมกันหรือให้เงินอุดหนุนเพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่ยากจนจริงๆ<sup>54</sup> อย่างไรก็ตาม ความขัดสนของครอบครัวยากจนที่ไม่สามารถสร้างส้วมได้ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการขยายงานการสุขภาพต่อไปและเป็นต้นเหตุหนึ่งของความไม่เป็นธรรม

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

โครงการ TSSM ในชาวตะวันออกควรได้รับการสรรเสริญสำหรับผลแห่งความสำเร็จ ด้วยแรงบันดาลใจจากหลักฐานแห่งความสำเร็จนี้ รัฐบาลแห่งประเทศอินโดนีเซียได้อนุมัติรูปแบบของ TSSM ให้เป็น “เสาหลักของโครงการสุขภาพชนบทแห่งประเทศอินโดนีเซีย”<sup>55</sup> ขณะนี้ได้มีการดำเนินโครงการในลักษณะเดียวกันนี้ในชุมชนชนบททั่วประเทศ<sup>56</sup> อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ของอินโดนีเซียยังมีความกังวลว่า อุปสงค์ต่อการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นยังคงมีคุณค่าจำกัดสำหรับประชาชนที่ด้อยโอกาสที่สุด ผู้ซึ่งมีความต้องการการสุขภาพที่ดีขึ้นแต่ไม่มีเงินสำหรับสร้างส้วม<sup>57</sup> ความกังวลนี้ยืนยันได้จากผลการประเมินที่แสดงให้เห็นว่าโครงการนี้มีผลกระทบต่อเพียงไม่ถึงครึ่งของครัวเรือนที่ยากจนที่สุดในกลุ่มครอบครัวยากจนที่สุด<sup>58</sup> การค้นหาวิธีแก้ปัญหาที่ยากเช่นนี้ ไม่ใช่เรื่องง่าย ขณะที่ผู้เสนอให้รัฐขยายการสนับสนุนเงินอุดหนุน แต่ก็มีความกังวลว่า การสนับสนุนจากภายนอกอาจกีดขวางการบรรลุฐานะเขตปลอดการถ่ายเรี่ยราดของชุมชน ด้วยการกีดกันความต้องการการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ภายในจิตใจของพวกเขา<sup>59</sup> ประเทศอื่นๆ ทั่วโลกจะต้องพิจารณาว่า จะเอาชนะอุปสรรคที่กีดขวางการสุขภาพของคนยากจนที่สุดได้อย่างไรเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในอินโดนีเซีย

ยังมีผู้แสดงความกังวลเกี่ยวกับการใช้วิธีการเชิงกลยุทธ์ของโครงการนี้ โดยโจมตีวิธีการทำให้ผู้ที่ถ่ายเรี่ยราดเกิดความอาย โดยชี้ว่าแม้วิธีนี้จะมียุทธศาสตร์แต่ก็ขัดแย้งกับหลักการของโครงการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะการนำโดยชุมชน พวกเขาระบุว่าข้อความที่ใช้เผยแพร่เพื่อส่งเสริมงานนั้นข้ามเส้นแบ่งระหว่างการสื่อสารเพื่อเชิญชวนกับการยุยงให้แตกแยกซึ่งมีการตอกย้ำตำหนิคนจนในเรื่องความจนนั้น<sup>60</sup> ยกตัวอย่างเช่น มีชุดแผ่นปิดแสดงภาพความโชคร้ายของ

ตัวละครหนึ่งชื่อ ลิก เทเล็ก (Lik Telek) ซึ่งแปลว่าลุงอุจจาระ ในหน้าหนึ่งของแผ่นปิดชุดนี้ เป็นภาพของ ลิก เทเล็ก ในสภาพสกปรกและมีแมลงวันตอม ในขณะที่มีชาวอินโดนีเซียหลายคนในภาพแต่งกายสะอาดดูภูมิฐาน ทำท่าเป็นหน้าหนึ่งด้วยความสะอาดสะอ้าน โดยมีคำบรรยายใต้ภาพว่า “ถ้าคุณถ่ายเรียด คนก็จะนินทาทั่วหมู่บ้าน” “กลิ่นเหม็นที่น่ารังเกียจ จะทำให้แมลงวันตามคุณไปทุกหนแห่ง”<sup>61</sup> ข้อความเหล่านี้ทำให้เกิดความเสียหายต่อความรู้สึก โดยเฉพาะต่อคนที่ยากจนมากๆ หรือคนที่ “ไม่เต็มใจจะใช้ส้วม” ก็จะเกิดความอายต่อสาธารณชน หรือแม้กระทั่งมีการปรับเป็นเงินด้วย<sup>62</sup> เรื่องความอึดอัดเหลือทางจรรยาบรรณเหล่านี้ต้องได้รับการพิจารณาอย่างรอบคอบเมื่อมีการนำวิธีการแบบนี้ไปขยายเป็นโครงการใหญ่ในบริบทอื่นๆ

โลกได้รับประโยชน์ในการสุขาภิบาลอย่างมาก โดยมี CLTS เป็นธงนำให้เกิดการเคลื่อนไหวทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2556 แจน อีเลียสสัน (Jan Eliasson) รองเลขาธิการแห่งสหประชาชาติ ได้ริเริ่มโครงการรณรงค์หยุดยั้งการถ่ายเรียด มุ่งเป้าขจัดปัญหานี้อย่างสมบูรณ์ภายในปี พ.ศ. 2568<sup>64</sup> มีหลายสิบประเทศทั่วเอเชีย แอฟริกา และลาตินอเมริกา ได้นำโครงการ CLTS ไปใช้ แม้ว่าอาจมีผลลบบ่อยบ้าง (ดูกล่อง 2) และด้วยความตระหนักว่าจะต้องปรับปรุงการสุขาภิบาลให้ดีขึ้น มูลนิธิบิลล์แอนด์เมลินดาเกตส์ เรียกร้องโลกให้สร้างหรือปรับปรุงส้วม ถึงขณะนี้ มูลนิธิฯ ก็ได้สนับสนุนทุนให้แก่โครงการนวัตกรรมไปแล้ว 16 โครงการที่เปลี่ยนสิ่งปฏิภนจากร่างกายมนุษย์เป็นพลังงานเชื้อเพลิงหรือปุ๋ย<sup>65</sup> ประสิทธิภาพของอินโดนีเซียจะปฏิวัติการสุขาภิบาลโลกได้หรือไม่? เวลาเท่านั้นที่จะตอบได้ แต่ก็เป็นที่ชัดเจนแล้วว่า โลกกำลังขยับขับเคลื่อน “สิ่งที่ธรรมชาติเรียกร้อง” ให้ไปอยู่ในบ้านให้หมด

## กล่อง 2. ประสบการณ์ TSSM ของอินเดีย

ในขณะที่โครงการของอินโดนีเซียกำลังเริ่มต้นขึ้นนั้น WSP ของธนาคารโลกได้พยายามที่จะดำเนินโครงการทดลองลักษณะเดียวกันนี้ในอินเดียภายใต้โครงการ TSSM ผสมผสานวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบ CLTS กับการให้เงินอุดหนุนการสร้างส้วม รวมทั้งให้เงินจูงใจหมู่บ้านให้บรรลุเขตปลอดการถ่ายเรียดในอินเดียนั้นมีการกระจายแบบสุ่มของโครงการ TSSM เกิดขึ้นที่มध्यประเทศ (Madhya Pradesh) ในระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2554 และในปี พ.ศ. 2557 มีการเผยแพร่ผลการประเมินผลโครงการ นักวิจัยพบว่าชุมชนภายใต้โครงการมีการถ่ายอุจจาระเรียดลดลงร้อยละ 10 ในผู้ใหญ่ และลดลงร้อยละ 6 ในเด็ก

ประโยชน์ที่เกิดขึ้นในการสุขาภิบาลมาพร้อมกับสุขภาพที่ดีขึ้นเล็กน้อย เช่น ความชุกของโรคทางหายใจส่วนล่างและการติดเชื้อ *Giardia lamblia* (ซึ่งทำให้ท้องร่วง) ในเด็ก ลดลงเล็กน้อย แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ ต่างจากในชาวตะวันตกที่การประเมินผลไม่สามารถชี้ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงใดๆ ในมิติต่างๆ ของสุขภาพเด็ก เช่น โรคท้องร่วง โรคโลหิตจาง และภาวะแคะแกร็น เหตุผลหนึ่งที่พอจะอธิบายผลกระทบจำกัดก็คือ ช่วงระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดำเนินการถึงวันติดตามผลนั้นสั้นเกินไป ทำให้ไม่สามารถวัดผลด้านสุขภาพที่ควรเกิดขึ้นในระยะยาวได้ การปฏิบัติตามโครงการได้อย่างไม่สมบูรณ์ โดยมีหลักฐานว่าหมู่บ้านในกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมของโครงการด้วย (เกิดการปนเปื้อน) และอคติที่เกิดจากการรายงานผลด้วยตนเอง ก็ทำให้มีข้อจำกัดมากขึ้น<sup>63</sup>

## อ้างอิง

- Amin, Samia, Anu Rangarajan, and Evan Borkum. 2011. *Improving Sanitation at Scale: Lessons from TSSM Implementation in East Java, Indonesia*. Final Report 4993/18136 (11). Princeton, NJ: Mathematica Policy Research. [http://www.mathematica-mpr.com/~media/publications/PDFs/international/TSSM\\_implementation.pdf](http://www.mathematica-mpr.com/~media/publications/PDFs/international/TSSM_implementation.pdf).
- Bill & Melinda Gates Foundation. 2015. "Water, Sanitation and Hygiene." Accessed July 8. <http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Development/Water-Sanitation-and-Hygiene>.
- Cameron, Lisa, Manisha Shah, and Susan Olivia. 2013. *Impact Evaluation of a Large-Scale Rural Sanitation Project in Indonesia*. Policy Research Working Papers. Washington, DC: World Bank. <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/1813-9450-6360>.
- Carr, Richard. 2001. "Excreta-Related Infections and the Role of Sanitation in the Control of Transmission." In *Water Quality: Guidelines, Standards and Health*. London: IWA Publishing.
- CIA (Central Intelligence Agency). 2015. "The World Factbook: Indonesia." Accessed November 11. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/id.html>.
- Eliasson, Jan. 2013. "About." United Nations End Open Defecation campaign. Accessed November 11. <http://opendefecation.org/news/about/>.
- Engel, Susan, and Anggun Susilo. 2014. "Shaming and Sanitation in Indonesia: A Return to Colonial Public Health Practices?" *Development and Change* 45 (1): 157-78. doi:10.1111/dech.12075.
- Kosek, Margaret, Caryn Bern, and Richard L. Guerrant. 2003. "The Global Burden of Diarrhoeal Disease, as Estimated from Studies Published between 1992 and 2000." *Bulletin of the World Health Organization* 81: 197-204.
- McCarthy, Julie. 2014. "How a Lack of Toilets Puts India's Women at Risk of Assault." NPR, June 9. <http://www.npr.org/sections/parallels/2014/06/09/319529037/indias-rapeuproar-ignites-demand-to-end-open-defecation>.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost-Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- Mukherjee, Nilanjana, Amin Robiarto, Saputra, Effentrif, and Djoko Wartono. 2012. *Achieving and Sustaining Open Defecation Free Communities: Learning from East Java*. Washington, DC: Water and Sanitation Program. [http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-Indonesia\\_Action\\_Research\\_Report.pdf](http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-Indonesia_Action_Research_Report.pdf).
- Mukherjee, Nilanjana, and Nina Shatifan. 2009. *The CLTS Story in Indonesia: Empowering Communities, Transforming Institutions, Furthering Decentralization*. Brighton, UK: Institute of Development Studies. <http://www.communityledtotal sanitation.org/resource/clts-storyindonesia-empowering-communities-transforminginstitutions-furthering>.
- PAHO (Pan American Health Organization) and WHO (World Health Organization). 2015. *Epidemiological Update: Cholera*. August 12. Washington, DC: PAHO and WHO. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=31105+&Itemid=999999&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=31105+&Itemid=999999&lang=fr).
- Patil, Sumeet R., Benjamin F. Arnold, Alicia L. Salvatore, Bertha Briceno, Sandipan Ganguly, John M. Colford Jr., and Paul J. Gertler. 2014. "The Effect of India's Total Sanitation Campaign on Defecation Behaviors and Child Health in Rural Madhya Pradesh: A Cluster Randomized Controlled Trial." *PLoS Med* 11 (8): e1001709. doi:10.1371/journal.pmed.1001709.
- Prüss-Ustün, Annette, Jamie Bartram, Thomas Clasen, John M. Colford, Oliver Cumming, Valerie Curtis, Sophie Bonjour, et al. 2014. "Burden of Disease from Inadequate Water, Sanitation and Hygiene in Low- and Middle-Income Settings: A Retrospective Analysis of Data from 145 Countries." *Tropical Medicine and International Health* 19 (8): 894-905. doi:10.1111/tmi.12329.
- Rhee, Changyong. 2012. "Indonesia Risks Falling into the Middle-Income Trap." *Changyong Rhee*. Op-ed/editorial, Asian Development Bank, March 27. <http://www.adb.org/news/op-ed/indonesia-risks-falling-middle-income-trapchangyong-rhee>.
- Robinson, Andy. 2011. *Enabling Environment Endline Assessment: Indonesia*. Washington, DC: Water and Sanitation Program. <https://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-Indonesia-Enabling-EnvironmentEndline.pdf>.
- Rosensweig, Fred, Eddy Perez, and Andy Robinson. 2012. *Policy and Sector Reform to Accelerate Access to Improved Rural Sanitation*. Washington, DC: Water and Sanitation Program. <http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-Policy-and-Sector-Reform-toAccelerate-Access-to-Improved-Rural-Sanitation.pdf>.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2006. *Beyond Scarcity: Power, Poverty and the Global Water Crisis*. Human Development Report 2006. New York: UNDP.
- UN Water. 2014. "Open Defecation, Women and Violence Centre Stage for World Toilet Day," August 18. <http://www.unwater.org/news-events/news-details/en/c/241040/>.
- WHO (World Health Organization) / UNICEF (United Nations Children's Fund) JMP (Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation). 2014. *Progress on Drinking Water and Sanitation: 2014 Update*. Geneva: WHO and UNICEF.



## อ้างอิง (ต่อ)

- . 2015. "Indonesia: Estimates on the Use of Water Sources and Sanitation Facilities (1980-2015)." Accessed November 11. [http://www.wssinfo.org/documents/?tx\\_displaycontroller%5Bregion%5D=19&tx\\_displaycontroller%5Bsearch\\_word%5D=&tx\\_displaycontroller%5Btype%5D=country\\_files](http://www.wssinfo.org/documents/?tx_displaycontroller%5Bregion%5D=19&tx_displaycontroller%5Bsearch_word%5D=&tx_displaycontroller%5Btype%5D=country_files).
- WSP (Water and Sanitation Program). 2008. *Economic Impacts of Sanitation in Indonesia: A Five - Country Study Conducted in Cambodia, Indonesia, Lao PDR, the Philippines, and Vietnam under the Economics of Sanitation Initiative (ESI)*. Jakarta, Indonesia: World Bank. [http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/esi\\_indonesia.pdf](http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/esi_indonesia.pdf).
- . 2009. *Urban Sanitation in Indonesia: Planning for Progress*. Jakarta, Indonesia: WSP. [http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/Urban\\_San\\_Indonesia.pdf](http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/Urban_San_Indonesia.pdf).
- . 2013a. *Impact Evaluation of a Large - Scale Rural Sanitation Project in Indonesia*. Washington, DC: World Bank.
- . 2013b. *Results, Impacts, and Learning from Improving Sanitation at Scale in East Java, Indonesia*. Field Note 85200. Washington, DC: World Bank. [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/02/25/000333037\\_20140225143456/Rendered/PDF/852000WSP0Box30valuation0Field0Note.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2014/02/25/000333037_20140225143456/Rendered/PDF/852000WSP0Box30valuation0Field0Note.pdf).
- . 2015. Lik Telek posters. <http://www.wsp.org/content/lik-telek-posters>.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. WHO/UNICEF JMP (2014).
2. WHO/UNICEF JMP (2015).
3. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
4. WHO/UNICEF JMP (2014).
5. Carr (2001).
6. PAHO and WHO (2015).
7. Prüss - Ustün et al. (2014).
8. UN Water (2014).
9. McCarthy (2014).
10. Rhee (2012).
11. CIA (2015).
12. WHO/UNICEF JMP (2015).
13. WSP (2008).
14. Engel and Susilo (2014).
15. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
16. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
17. Mukherjee and Shatifan (2009).
18. Mukherjee and Shatifan (2009).
19. Mukherjee and Shatifan (2009).
20. Mukherjee and Shatifan (2009).
21. Mukherjee and Shatifan (2009).
22. Mukherjee and Shatifan (2009).
23. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
24. Rosensweig, Perez, and Robinson (2012).
25. WSP (2013b).
26. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
27. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
28. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
29. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
30. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
31. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
32. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
33. Cameron, Shah, and Olivia (2013).
34. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
35. WSP (2013b).
36. Cameron, Shah, and Olivia (2013).
37. Cameron, Shah, and Olivia (2013).
38. Cameron, Shah, and Olivia (2013).
39. 2011.
40. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
41. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
42. Robinson (2011).
43. UNDP (2006).
44. Cameron, Shah, and Olivia (2013).
45. Estimated DALYs averted were calculated for diarrhea only (helminth infection and respiratory infection excluded). The efficacy of the program for reducing diarrhea (Cameron 2013), the under-five population, the case - fatality rate (Kosek et al. 2003), and the severity distribution of diarrhea were inputs to the model. The four - year costs of the program were reported with and without costs to the household (Amin 2011) and combined with DALY estimates to derive cost - effectiveness. See Mirelman, Glassman, and Temin (2016).
46. Mukherjee and Shatifan (2009).
47. WSP (2009).
48. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
49. WSP (2013b).
50. Mukherjee and Shatifan (2009, 15-16).
51. Mukherjee et al. (2012).
52. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
53. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
54. Amin, Rangarajan, and Borkum (2011).
55. WSP (2013b, 2).
56. WSP (2013b).
57. Mukherjee and Shatifan (2009).
58. Cameron, Shah, and Olivia (2013).
59. Mukherjee et al. (2012).
60. Engel and Susilo (2014).
61. WSP (2015).
62. Engel and Susilo (2014).
63. Patil et al. (2014).
64. Eliasson (2013).
65. Bill & Melinda Gates Foundation (2015).

## กรณีศึกษาที่ 21

### เสริมศักยภาพชุมชนต่อสู้เอชไอวี

#### โครงการอะวาฮานแห่งอินเดีย (India's Avahan Program)

(ต้นฉบับโดย Rachel Silverman)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** บัองกันการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในอินเดีย โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หญิงบริการทางเพศและคู่นอน ชายรักชาย ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และคนข้ามเพศ

**ยุทธวิธี:** จัดกิจกรรมป้องกันเอชไอวีที่มีชุมชนเป็นฐาน ออกแบบเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มที่มีความเปราะบางสูงและกลุ่มที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** เพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ลดการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มผู้ติดยา มีผู้มาใช้คลินิกบริการของโครงการมากขึ้น หลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีได้ 202,000 ราย หลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 3.5 ล้านปี (ระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2551)

**ปัจจัยสำเร็จ:** การเน้นการเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรกลุ่มสำคัญที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะคนขายบริการทางเพศ ความสมดุลระหว่างมาตรฐานความสำเร็จขั้นสูงกับความคล่องตัวของโครงการ การจัดการที่เข้มแข็งที่เกิดจากการทบทวนและรวบรวมข้อมูลอย่างจริงจัง ความพยายามของเอ็นจีโอระดับท้องถิ่นและภาคีวิทยากรในการเข้าถึงชุมชนชายขอบ

**การเงินการคลัง:** โครงการมีค่าใช้จ่าย 258 ล้านดอลลาร์สหรัฐระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2552 อัตราความคุ้มค่าโดยประมาณเท่ากับ 46 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี

**ขนาดของโครงการ:** เมื่อเสริมด้วยความพยายามขององค์กรควบคุมเอดส์แห่งชาติของอินเดียแล้ว อะวาฮานสามารถเข้าถึงหญิงบริการทางเพศร้อยละ 86 ชายรักชายร้อยละ 91 และ ผู้ติดยาที่ใช้เข็มร้อยละ 84 ใน 6 พื้นที่เป้าหมาย (ปี พ.ศ. 2552)

สำหรับหญิงบริการทางเพศ แค่ออกไปทำงานก็มีความเสี่ยงแล้ว ส่วนใหญ่เป็นเพราะความยากจน ผู้หญิงจำนวนมากจึงมีทางเลือกเดียวที่จะช่วยเหลือจุนเจือครอบครัวได้ แต่ละครึ่งทำเงินได้มากพอสมควร แต่ก็นำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนามาด้วย หญิงขายบริการจำนวนมากต้องทนทุกข์จากการถูกล่วงละเมิดหรือการกระทำรุนแรงของลูกค้า ตั้งแต่ทางวาจาไปจนถึงการข่มขืนทางร่างกายอย่างโหดร้าย<sup>1</sup> ความรุนแรงของลูกค้ากลายเป็นเรื่องปกติ<sup>2</sup> บ่อยครั้งที่หญิงเหล่านี้ไม่ได้ขอความช่วยเหลือเมื่อตกเป็นเหยื่อ ความกลัวทำให้พวกเขาไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากตำรวจ และตำรวจเองก็อาจทำให้พวกเขาตกในที่นั่งลำบากมากขึ้นได้<sup>3</sup>

สิ่งคุกคามทางกายเข้าเติมความเปราะบางทางสังคมของหญิงบริการ นั่นคือการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสที่ทำให้ลายภูมิคุ้มกันภัยของมนุษย์ ไวรัสนี้แพร่ระบาดไปทั่วเอเชียและแอฟริกาในทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) และในช่วงต้นของทศวรรษ

ถัดมานั้น นักเคลื่อนไหวในระดับโลกก็กังวลว่าการระบาดดังกล่าวเป็นเพียงระยะเริ่มต้น ความคิดนี้มีพลังพอที่จะกระตุ้นให้เกิดความตื่นตระหนกไปทั่ว ขณะที่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้โรคนี้นับเป็นโรคที่รักษาได้ แต่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเรโทร (antiretroviral therapy: ART) ก็มีราคาสูง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ในประเทศรายได้น้อยและรายได้อ่อนกลางไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ<sup>4</sup> ที่อินเดีย การติดเชื้อรายใหม่กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มคนสุดท้ายชายขอบ ได้แก่ หญิงบริการทางเพศ ชายรักชาย คนข้ามเพศ และผู้ติดเชื้อยาเสพติดเข้าเส้น กลุ่มเหล่านี้ไม่ค่อยปรากฏตัวและต้องเจออุปสรรคมากมายในการต่อสู้เพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของพวกเขา

การแพร่ระบาดในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงดังกล่าวก่อให้เกิดความกลัวว่าจะมีการระบาดไปทั่วอินเดีย ตัวเลขระดับประเทศในปี พ.ศ. 2544 แสดงความชุกของการติดเชื้อ ในภาพรวมของประเทศน้อยกว่าร้อยละ 1 ซึ่งจัดว่าต่ำเมื่อเทียบกับอัตราการติดเชื้อที่พบในแอฟริกา

ได้ละฮารา แต่ถึงกระนั้น ด้วยประชากรทั้งประเทศกว่า 1 พันล้านคนก็ทำให้ตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อไม่น้อย มีชาวอินเดียเกือบ 4 ล้านคนที่เชื่อได้ว่าได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว และหลายคนเชื่อว่า อีกไม่นาน การแพร่ระบาดในกลุ่มเฉพาะนี้จะกระจายไปทั่วประเทศแน่นอน<sup>5</sup>

เพื่อช่วยให้การดำเนินกิจกรรมป้องกันเอชไอวีที่นำโดยรัฐบาลอินเดียเป็นไปอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2546 จึงได้มีโครงการอะวาฮาน (Avahan ในภาษาสันสกฤตแปลว่า “เรียกร้องให้มีปฏิบัติการ”) เกิดขึ้น เป็นโครงการป้องกันเอชไอวีในเชิงบวก ด้วยการให้ชุมชนเป็นฐานปฏิบัติการเพื่อให้เข้าถึงง่ายและเกิดความไว้วางใจได้ดีกว่า อะวาฮานได้เปิดให้บริการป้องกันใน 6 รัฐของอินเดียที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุด ถึงปี พ.ศ. 2552 อะวาฮานได้ให้บริการแก่ประชาชนประมาณเดือนละมากกว่า 3 แสนคนที่เป็ประชากรในกลุ่มเปราะบางที่สุดของอินเดีย กับชายอีกประมาณ 5 ล้านคนที่เป็ลูกค้าและคู่นอนของหญิงขายบริการ<sup>6</sup> หลายการศึกษาประมาณการได้ว่า อะวาฮานสามารถป้องกันคนหลายแสนคนไม่ให้ติดเชื้อนี้ได้ในปี พ.ศ. 2556 อย่างไรก็ตาม ยังมีการถกเถียงกันเกี่ยวกับขนาดของผลกระทบที่เกิดจากอะวาฮานและความคุ้มค่าของโครงการนี้เมื่อเทียบกับโครงการเอชไอวีอื่นๆ ของอินเดีย

### ความสูญเสียที่เกิดจากเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง

เอชไอวีและเอดส์เป็นที่รู้จักกันในทศวรรษที่ 1980 (พ.ศ. 2523 - 2532) ในเวลาไม่นาน วงการสาธารณสุขก็รับรู้ว่า การระบาดได้แพร่ไปทั่วโลก ไวรัสตัวนี้แพร่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและมีการสัมผัสของเหลวจากร่างกายของผู้ติดเชื้อ เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน หรือการให้เลือดที่มีการปนเปื้อนเชื้อ การสัมผัสเพียงครั้งเดียว มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีต่ำ แต่ถ้าสัมผัสบ่อย ซ้ำๆ กันหลายครั้ง โดยเฉพาะในระยะที่มีเชื้อปริมาณสูง เอชไอวีก็จะแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในแวดวงบางอาชีพ บางกลุ่มประชากรหรือบางกลุ่มพฤติกรรม ผู้ที่ติดเชื้อแล้วสามารถแพร่เชื้อไวรัสนี้ให้แก่สามีหรือภรรยาหรือคู่นอน ที่เรียกว่า “กลุ่มสะพาน” ซึ่งสามารถปล่อยผ่านเชื้อนี้ไปสู่ผู้อื่นได้อีก ลักษณะดังกล่าวก่อให้เกิดการระบาดอย่างรวดเร็วจากกลุ่มเฉพาะบางกลุ่มไปสู่ประชากรทั่วไป

กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือ หญิงขายบริการ ชายรักชาย คนข้ามเพศ และผู้ติดยาที่ใช้เข็มฉีดยาเส้น กลุ่มเหล่านี้และคู่นอนมีสัดส่วนการติดเชื้อสูงในทุกประเทศ<sup>7</sup> หลายการศึกษาในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางชี้ว่า การติดเชื้อเอชไอวีของหญิงขายบริการจะสูงกว่าหญิงทั่วไปในวัยเดียวกัน 14 เท่า และการติดเชื้อของชายรักชายจะสูงกว่าประชากรทั่วไปในวัยเดียวกัน 19 เท่า<sup>8</sup> อัตราการ

ติดเชื้อในระดับสูงของกลุ่มเปราะบางเหล่านี้ส่งผลสัญญาณว่าจะมีการระบาดทั่วไปอย่างกว้างขวางในไม่ช้า

ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นภายในประชากรกลุ่มเปราะบางต่างๆ มีทั้งต่อร่างกายและสังคม ตัวอย่างเช่น หญิงบริการทางเพศต้องสัมผัสกับลูกค้าหลายคนในแต่ละวัน ทำให้มีความเสี่ยงทางด้านร่างกายสูงขึ้น สภาพแวดล้อมทางสังคมบีบให้พวกเธอมีความเปราะบางสูง นั่นคือต้องถูกตรวจหน้าว่าเป็นคนไม่ดี ทำให้ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขหรือตำรวจได้ อีกทั้งยังถูกละเมิดด้วยความรุนแรงได้ง่ายอีกด้วย พวกเขาอาจเข้าถึงถุงยางอนามัยได้ยากและขาดความสามารถในการเรียกร้องให้ลูกค้าใช้ถุงยาง หรือแม้แต่เส้นหวีที่จะรับค่าตอบแทนพิเศษสำหรับการมีเพศสัมพันธ์แบบเสี่ยงๆ นั้น<sup>9</sup>

ในทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) และย่างเข้าทศวรรษถัดมา อินเดียต้องเผชิญกับอัตราการติดเชื้อสูงในประชากรกลุ่มเปราะบางต่างๆ แต่ความชุกยังคงต่ำในกลุ่มประชากรทั่วไป จนถึงปี พ.ศ. 2546 รัฐบาลอินเดียประมาณการอัตราความชุกน้อยกว่าร้อยละ 1 ในประชากรกลุ่มทั่วไป และร้อยละ 8 - 13 ในประชากรกลุ่มเสี่ยง แต่มีอยู่หลายรัฐและหลายจังหวัดที่อัตราความชุกสูงมากในกลุ่มเสี่ยง ตัวอย่างเช่น หญิงบริการในมุมไบติดเชื้อร้อยละ 54<sup>10</sup> แต่ก็มีการศึกษาต่อมาที่ชี้ว่ารัฐบาลอินเดียประมาณการสูงเกินไป การระบาดไม่ควรสูงขนาดนั้นและอัตราความชุกในอินเดียตอนใต้ก็ลดลงอย่างแท้จริงในตอนต้นของศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2544 - 2643)<sup>11</sup>

### จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: การคาดการณ์ที่เลวร้ายกลับฉายแสงแห่งความหวังในประชากรกลุ่มเสี่ยง

ในปี พ.ศ. 2545 คาดกันว่า อีกไม่ช้า การระบาดของโรคเอดส์ในอินเดียจะต้องเป็นศูนย์เมื่อเทียบกับระดับโลก ซึ่งเป็นที่ชัดเจนว่าในขณะนั้นแล้วเอชไอวีก็กินจนเกินเหตุ แม้ว่าความชุกในภาพรวมระดับประเทศจะต่ำ แต่สภาข่าวกรองแห่งชาติสหรัฐฯ (US National Intelligence Council: NIC) ก็คาดการณ์ว่า อินเดียจะมีผู้ติดเชื้อ 20 - 25 ล้านราย ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งสูงกว่าการคาดการณ์ในประเทศใดๆ<sup>12</sup>

ก่อนหน้านั้น รัฐบาลอินเดียตระหนักต่อภัยคุกคามนี้แล้ว โดยในปี พ.ศ. 2535 อินเดียได้เริ่มดำเนินงานโครงการควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติระยะแรก (National AIDS Control Program: NACP-1) ที่สนับสนุนทุนโดยธนาคารโลก และขยายระยะที่สองในปี พ.ศ. 2542 (NACP-2) โดยทุ่มเงินร้อยละ 14 ของงบประมาณทั้งหมดของโครงการไปที่ประชากรกลุ่มเสี่ยง<sup>13</sup> โครงการควบคุมโรคเอดส์ของอินเดียร่วมกับการสนับสนุนทุนจากผู้บริจาค ประสบความสำเร็จในการป้องกันโรคหลายด้าน หนึ่งในนั้นคือ การเปลี่ยนพฤติกรรมหญิงบริการให้ใช้ถุงยางอนามัย<sup>14</sup> อย่างไรก็ตาม แม้จะประสบความสำเร็จอย่างชัดเจน แต่ก็ยังมีช่องโหว่อยู่มากแม้ในรัฐที่มีความชุกสูงที่สุด<sup>15</sup>

ต้องยอมรับว่า การคาดการณ์ของ NIC ของสหรัฐเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดปฏิบัติการ ไม่ช้าไม่นานหลังจาก NIC ออกข่าว เอกสารก็ถึงมือผู้ใจบุญบิลล์เกตส์ ในปี 2545 เขาประกาศว่า มูลนิธิบิลล์แอนด์เมลินดาเกตส์จะมอบเงินให้ 100 ล้านดอลลาร์สหรัฐเพื่อสู้กับเอชไอวีในอินเดีย ณ เวลานั้น นับว่าเป็นเงินก้อนใหญ่ที่สุดที่มูลนิธิ เคยสนับสนุนให้แก่ประเทศเดียว (ปี พ.ศ. 2546 ให้เพิ่มอีกเท่าตัวจากที่เคยสัญญาไว้รวมเป็น 200 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และเพิ่มให้อีก 58 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี พ.ศ. 2549)<sup>16</sup>

เอ็นจีโอในอินเดียและนักเคลื่อนไหวต่างๆ พากันแสดงความยินดีกับความร่วมมือของมูลนิธิ แต่ในบริบทกว้างๆ แล้ว การประกาศเช่นนั้น ก็ได้รับการต้อนรับไม่สู้ดีนัก<sup>17</sup> รัฐบาลอินเดียได้วางแผนไว้ก่อนแล้วที่จะขยายงานในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ และมีรายงานความตึงเครียดระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐกับเจ้าหน้าที่ของอาสาสมัครเมื่อได้รับการยืนยันว่า มูลนิธิจะดำเนินการโดยไม่ผ่านเงินไปยังโครงการของประเทศ<sup>18</sup> ถึงกระนั้นอาสาสมัครยังคงเดินหน้าต่อไป โดยร่วมมือกับโครงการอชอกเล็กซานเดอร์ (Ashok Alexander) อาศัยความชำนาญในการดำเนินงานแบบเอกชนในการขับเคลื่อนโครงการใหม่ๆ ให้รู้คนหน้า<sup>19</sup> และเพื่อให้การจัดการเป็นไปได้โดยสะดวก มูลนิธิ จึงเปิดสำนักงานพื้นที่แห่งแรกในนิวเดลี<sup>20</sup>

กิจกรรมของอาสาสมัครเน้นในรัฐที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุดในอินเดียและตามรอยแนวทางการดำเนินงานของประเทศ ซึ่งก็คือในที่มีหญิงขายบริการชุก และลูกค้าชุกชุมกันอยู่<sup>21</sup> ภายในรัฐเหล่านั้น อาสาสมัครประสานงานกับองค์การควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Control Organization: NACO) เพื่อค้นหาพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงและมีบริการป้องกันน้อยสำหรับหญิงขายบริการ ชายรักชาย คนข้ามเพศ และผู้ติดยาที่ใช้เข็มฉีดยา<sup>22</sup> อาสาสมัครใช้กระบวนการประมูลแข่งขันในการคัดเลือกเอ็นจีโอเข้ามาเป็นหุ้นส่วนดำเนินการเพื่อจัดการโครงการแบบวันต่อวัน เริ่มมีการกระจายเงินทุนออกไปในปลายปี พ.ศ. 2546 และต้นปี พ.ศ. 2547 เป็นการส่งสัญญาณว่าปฏิบัติการได้เริ่มขึ้นแล้วอย่างจริงจัง

## ปฏิบัติการอาสาสมัคร

อาสาสมัครมุ่งเป้า 2 ทิศทาง คือมุ่งไปที่ต้นเหตุแห่งความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สำหรับมาตรการระยะสั้นที่ต้องสนองความจำเป็นทันที อาสาสมัครได้อุดช่องว่างโดยการให้บริการสุขภาพและบริการป้องกันโรคแก่กลุ่มเสี่ยงที่เป็นเป้าหมาย ส่วนในการส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว อาสาสมัครได้สร้างความเข้มแข็งแก่กลุ่มเสี่ยงให้สามารถดูแลสุขภาพและผลประโยชน์ของตัวเองได้ ขณะเดียวกัน ก็ได้ผลักดันให้รัฐลดนโยบายอันตรายที่จะส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่ให้รัฐสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วย<sup>23</sup>

นักวางแผนของอาสาสมัครเห็นว่า ก่อนเริ่มงาน ต้องเข้าใจก่อนว่า เชื้อโรคระบาดอย่างไร และต้องตอบได้อย่างไร ภาคีหุ้นส่วนท้องถิ่นของอาสาสมัครที่ทำงานใน 83 จังหวัด ทำหน้าที่เฝ้าระวังโรคที่จะเกิดขึ้นใหม่ในชุมชน เอ็นจีโอท้องถิ่นทำหน้าที่คัดเลือกวิทยากรจากภายในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ การที่ “คนใน” มาร่วมงานแบบนี้ นอกจากทำให้สามารถสร้างเครือข่ายของผู้มีสิทธิในโครงการได้แล้ว ยังช่วยให้ทำงานเชิงรุกในการให้บริการด้วยความรับผิดชอบได้อีกด้วย<sup>24</sup>

สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสสูงต่อการติดเชื้อนั้น อาสาสมัครมีชุดดำเนินการที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ หนึ่ง อาสาสมัครกระจายถุงยางอนามัยและเข็มฉีดยาฟรีออกไปจำนวนมากทั่วประเทศ เดือนละประมาณ 10 ล้านชิ้น จนถึงปี พ.ศ. 2550 สอง วิทยากรที่เป็นผู้ติดเชื้อด้วยกันทำงานภายในเครือข่ายของตนในการกระจายผลิตภัณฑ์และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้มีสิทธิภายใต้โครงการ สาม อาสาสมัครเปิดเครือข่ายคลินิกฟรีให้การวินิจฉัยและรักษาโรคติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infections: STIs)<sup>25</sup>

นอกจากกลุ่มเสี่ยงหลักที่มีสิทธิภายใต้โครงการแล้ว อาสาสมัครยังมุ่งเป้าไปที่ลูกค้าและคู่สนทนปกติของหญิงขายบริการทางเพศอีกด้วย เจ้าหน้าที่ของโครงการช่วยกันเปิดจุดจำหน่ายถุงยางอนามัยในจุดสำคัญๆ ที่ไม่เคยมีมาก่อน เช่น ร้านขายบุหรี่ และบริเวณที่จอดรถบรรทุก ในที่ชุมนุมของผู้ชายที่มีความเสี่ยง จะมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการณรงค์ให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประการสุดท้าย เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาเครือข่ายแฟรนไชส์คลินิกในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด ให้บริการฟรีในการรักษา STIs<sup>26</sup>

นอกจากนี้ อาสาสมัครยังสนับสนุนนักเคลื่อนไหวท้องถิ่นให้จุดประกายการเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชน ภาคีหุ้นส่วนเอ็นจีโอท้องถิ่นและวิทยากรจากกลุ่มเสี่ยงช่วยกันเสริมพลังกลุ่มชุมชนในการต่อสู้กับตำรวจที่ละเมิดหญิงบริการและกลุ่มเปราะบางอื่นๆ และจัดอบรมเสริมอาชีพ รวมทั้งจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ขณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่ของอาสาสมัครก็ทำงานเชิงรุกกับสื่อต่างๆ และลอบบี้ผู้นำหรือผู้บริหารให้ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแก้ปัญหา<sup>27</sup>

อาสาสมัครได้ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานระหว่างประเทศขนาดใหญ่หลายหน่วยงาน เพื่อช่วยให้ความพยายามที่หลากหลายมีการผนึกกำลังกัน บทบาทของหน่วยงานเหล่านี้ เช่น Family Health International, CARE International และองค์การอนามัยโลกร่วมกันทำหน้าที่ร่างแนวทางปฏิบัติ จัดอบรมผู้รับทุนในการขับเคลื่อนชุมชน และพัฒนาแผนการสื่อสารและแผนดำเนินการ<sup>28</sup>

ในการติดตามความก้าวหน้า อาสาสมัครใช้ระบบติดตามและประเมินผลที่ละเอียดลออมาก แม้ว่าบรรดาผู้จัดการโครงการจะไม่ได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นเอาไว้ แต่พวกเขาก็รวบรวมข้อมูลอย่างจริงจังและบ่อยครั้ง มีการติดตามและรวบรวมข้อมูลเพื่อการทบทวนทุกระดับ เสริมด้วยข้อมูลที่ได้จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของประชากร<sup>29</sup>

อะวาซานขยายการดำเนินงานโครงการอย่างรวดเร็วและเมื่อถึงปลายปี พ.ศ. 2550 ก็มีวิทยากรจากกลุ่มเสี่ยงประมาณ 7,500 คน กระจายทั่ว 605 เมืองที่มีสมาชิกเป็นคนในกลุ่มเสี่ยงประมาณ 280,000 คน (จากทั้งหมดประมาณ 500,000 คน) ในพื้นที่เขตเมืองที่เป็นเป้าหมาย และมีการกระจายถุงยางอนามัยประมาณ 10 ล้านชิ้นทุกเดือน<sup>30</sup> อะวาซานและ NACO รายงานว่า ความพยายามร่วมกันของทั้งสองนั้นทำให้สามารถเข้าถึงหญิงบริการ ร้อยละ 86 ชายรักชายร้อยละ 91 และผู้ติดยาที่ฉีดเข็มร้อยละ 84 ใน 6 พื้นที่เป้าหมาย

### ผลลัพธ์ตอบแทน: ชุมชนสามารถปกป้องตนเองจากเอชไอวีได้

อะวาซานกระจายการดำเนินงานไปทั่วพื้นที่โดยไม่ได้สุ่ม จึงยากที่จะวัดผลกระทบของอะวาซานอย่างเดี่ยว (ดูกล่อง 1) อย่างไรก็ตาม หลายการศึกษา

ที่เป็นการศึกษาแบบสังเกตการณ์และหลายการประเมินผลกระทบให้ผลเชิงบวก ทั้งหมดชี้ว่า การที่อะวาซานทำงานร่วมกับโครงการของรัฐบาลทำให้ควบคุมการระบาดของเอชไอวีได้และทำให้การระบาดลดลง

ทั่วทุกพื้นที่เป้าหมายของอะวาซาน ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้นำกลยุทธ์ต่างๆ ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าได้ผลไปใช้ดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพวกเขาเอง อัตราการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอพุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มหญิงบริการ กลุ่มลูกค้าและคู่นอน และกลุ่มชายรักชาย<sup>32</sup> ผู้ติดยาก็ใช้เข็มร่วมกันน้อยลง และยังมีการใช้ถุงยางกับคู่นอนชั่วคราวเพิ่มขึ้นด้วย<sup>33</sup> สองโครงการประเมินใหญ่ๆ และอีกหลายการศึกษาเล็กๆ ชี้ตรงกันว่า บทบาทต่างๆ ของอะวาซานส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้<sup>34</sup>

ที่ผ่านมาการใช้บริการที่คลินิกของอะวาซานเพิ่มสูงขึ้นตลอดเวลา และภาพรวมของ STIs ก็ดีขึ้น ถึงสิ้นปี พ.ศ. 2552 ผู้มีสิทธิได้เข้ามาใช้บริการที่คลินิกของอะวาซานมากกว่า 8 ครั้งต่อปี โดยเฉลี่ยมากกว่าใน

#### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

อะวาซานไม่ได้ดำเนินการสำรวจข้อมูลพื้นฐานไว้แต่แรก และด้วยความเร่งรีบก็ไม่ได้ใช้กระบวนการสุ่มพื้นที่ในการกระจายโครงการด้วย ผลก็คือ ผู้ประเมินต้องกระโดดข้ามห่วงวงจรมหาสมุทรในการประเมินผลกระทบของโครงการนี้ ดังนั้น แม้ว่าอะวาซานจะได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าประสบความสำเร็จ แต่เนื่องจาก การประเมินผลมีข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้มีข้อโต้แย้งว่า แนวโน้มที่สังเกตได้นั้น เป็นผลมาจากการดำเนินงานของอะวาซานจริงหรือ?

ในปี พ.ศ. 2554 มีบทความที่ตีพิมพ์ใน *The Lancet* ระบุว่า Ng และคณะ พยายามแก้ปัญหาด้วยการสร้างตัวชี้วัดโครงการขึ้นมา เรียกว่า “ความเข้ม” เป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวในแต่ละจังหวัดภายใต้โครงการอะวาซาน ซึ่งใน 3 รัฐจาก 6 รัฐเป้าหมายนั้นพบว่า ความเข้มของโครงการยิ่งสูง ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีก็จะยิ่งต่ำ และชี้ว่า อะวาซานสามารถหลีกเลี่ยงการติดเชื้อรายใหม่ได้ประมาณ 100,000 รายระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2551 ในการวัดความเข้มขึ้นนั้น คำนวณเฉพาะค่าใช้จ่ายของอะวาซาน ไม่ได้คำนวณค่าใช้จ่ายของรัฐบาลที่มักจะดำเนินการในจังหวัดเดียวกัน<sup>39</sup> บางคนจึงบอกว่า มันอาจเป็นการประมาณการขึ้นต่ำ<sup>40</sup> แต่การกระจายเงินออกไป ไม่ได้ดำเนินการแบบสุ่ม ข้อค้นพบที่ได้จึงอาจจะสะท้อนความแตกต่างกันระหว่างจังหวัดที่มีอยู่แล้วตั้งแต่ต้นเมื่อเริ่มโครงการก็เป็นได้

ในปี พ.ศ. 2556 จากการประเมินผลครั้งที่สอง ทำให้ได้ภาพผลกระทบที่เกิดจากอะวาซานแจ่มชัดขึ้น ด้วยการใช้อุปแบบทางคณิตศาสตร์และการสำรวจที่สนับสนุนโดยอะวาซาน Pickles และคณะ ได้คำนวณแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ใน 4 รัฐทางตอนใต้ จากนั้นเชื่อมโยงการลดลงของความชุกกับสาเหตุที่น่าจะมีเหตุผล นั่นคือการเพิ่มขึ้นของการใช้ถุงยางอนามัยตามที่ผู้รายงานเอง ผู้มีพันธประมาณการว่า โครงการนี้หลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ได้มากกว่า 200,000 รายระหว่างปี พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2550 - 2551 และหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ได้มากขึ้นเป็นกว่า 600,000 ราย เมื่อถึงปี พ.ศ. 2556 อย่างไรก็ตาม เป็นเพราะ

วิธีการที่ใช้แบบจำลองเป็นกลุ่มควบคุมและอาศัยข้อมูลจากการรายงานด้วยตนเอง ทำให้นักวิจัยไม่สามารถพิสูจน์ความน่าเชื่อถือได้เต็มที่<sup>41</sup>

ความขัดแย้งมีเพิ่มขึ้นอีก เมื่อการศึกษาหนึ่งพบว่า ในขณะที่ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในพื้นที่โครงการของอะวาซาน แต่ความชุกทั้งสองนี้ก็ลดลงอย่างรวดเร็วมากกว่าในพื้นที่ที่สนับสนุนโดย NACO ของอินเดียซึ่งใช้เงินน้อยกว่า นอกจากนี้ ผู้มีพันธไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง “ความเข้ม” ที่อะวาซานจ่ายหรือกิจกรรมในกลุ่มหญิงบริการ กับการลดลงของความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในขณะที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในพื้นที่ที่สนับสนุนโดย NACO<sup>42</sup>

บ้างมองว่าอะวาซานไม่สามารถพิสูจน์ให้เห็นชัดได้เกี่ยวกับผลกระทบในระดับประชากร โดยโต้แย้งว่า อะวาซานควรนำเสนอผลกระทบของตนด้วยข้อมูลพื้นฐานที่ดีกว่านี้ ที่มีตัวอย่างจังหวัดควบคุมหรือควรมีกิจกรรมการสุ่มตัวอย่างในระยะแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีต้นทุนสำหรับการติดตามและประเมินผลเป็นองค์ประกอบหนึ่งอยู่แล้ว ถ้าไม่มีวิธีวัดดังกล่าว ผลของโครงการนี้ก็ยังไม่แน่ชัดต่อไป<sup>43</sup>

แต่อีกหลายคนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ย้ำว่าอุปสรรคในทางปฏิบัติและในทางจริยธรรมเป็นตัวขัดขวางการสุ่มตัวอย่างของโครงการ รองประธานกลุ่มที่ปรึกษาการประเมินผลอะวาซานกล่าวไว้ใน *The Lancet* ในปี พ.ศ. 2554 ว่า เนื่องด้วยการกระจายโครงการอย่างรวดเร็วและการถกกันในเรื่องจริยธรรม ทำให้มีอุปสรรคขัดขวางการใช้วิธีการประเมินผลที่เข้มงวดมากกว่า<sup>44</sup> อีกหลายคนได้ว่า การออกแบบแบบสุ่มควรจะกระทำในที่ธรรมชาติของกิจกรรมมีลักษณะเป็นบริบทเฉพาะ มีการแทรกแซงที่เป็นเอกภาพและเพื่อป้องกันการปรับปรุงโครงการที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินงานอันเนื่องมาจากผลการติดตาม<sup>45</sup>

ปีแรกของโครงการอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมีเพียง 1.2 ครั้งต่อปี โดยเฉลี่ย เมื่อมีการเข้าถึงบริการมากขึ้น ความชุกของ STIs เท่าที่พบในคลินิกก็ลดลง ระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2552 ความชุกนี้ลดลงจากร้อยละ 39 ไปสู่อ้อยละ 11 ในกลุ่มหญิงบริการ และจากร้อยละ 12 ไปสู่อ้อยละ 3 ในกลุ่มชายรักชาย<sup>35</sup> และเป็นเพราะว่า STIs บางตัวเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดการแพร่เชื้อเอชไอวี ผลประโยชน์นี้จึงช่วยลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีด้วย

ถามว่า ในความเป็นจริงนั้น อะวาฮานลดการแพร่เชื้อเอชไอวีในจังหวัดเป้าหมายต่างๆ ในอินเดียได้หรือไม่? ตอบว่า ในภาพรวมส่วนใหญ่ได้ แต่รายละเอียดมีความแตกต่างกันบ้าง ผู้เชี่ยวชาญประมาณการว่า อะวาฮานสามารถหลีกเลี่ยงไม่ให้ประชาชนติดเชื้อเอชไอวีได้ประมาณ 100,000 - 200,000 รายในระยะแรกของโครงการ ตัวเลขนี้อาจสูงขึ้นไปถึง 600,000 รายเมื่อถึงปี พ.ศ. 2556<sup>36</sup> อาจกล่าวได้อีกอย่างว่า อะวาฮานสามารถป้องกันกลุ่มเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ประมาณร้อยละ 42 ในจังหวัดเป้าหมายภายใน 4 ปี แรกของโครงการ เป็นไปได้ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 57 เมื่อครบสิบปี ของการดำเนินการ<sup>37</sup> นั่นคือไม่ควรจะมีข้อโต้แย้งใดๆ เกี่ยวกับการก่อผลกระทบของอะวาฮาน การประเมินผลไม่มีข้อหักล้างที่ชัดเจน และการแพร่เชื้อเอชไอวีก็ลดลงไปแล้ว บางการศึกษาชี้ว่า โครงการเอชไอวีของรัฐบาลทำให้เกิดประโยชน์อย่างมากโดยที่มีค่าใช้จ่ายน้อย<sup>38</sup>

### ประโยชน์ที่ได้รับนั้นเกิดจากการลงทุนไปเท่าใด?

ระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2552 งบประมาณของอะวาฮานทั้งหมดเท่ากับ 258 ล้านดอลลาร์สหรัฐ รวมถึง 19 ล้านดอลลาร์สหรัฐสำหรับการติดตามและประเมินผล<sup>40</sup> เงินทุนนี้สนับสนุนโดยมูลนิธิบิลล์แอนด์เมลินดาเกตส์ ผู้รับทุนใช้จ่ายไปเป็นเงินประมาณ 45 เหรียญสหรัฐต่อหัวผู้มีสิทธิภายใต้กิจกรรมต่างๆ ของโครงการ การจัดการกลางของอะวาฮานและการดูแลของที่ปรึกษาทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีก 32 เหรียญสหรัฐต่อหัวเมื่อค่าใช้จ่ายต่อหัวนี้สูงกว่าค่าใช้จ่ายของโครงการรัฐบาลต่างๆ ที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่ของอินเดียจึงกล่าวว่า ถ้ารัฐบาลรับเอาโครงการอะวาฮานมาดำเนินการแล้วจะไม่มีค่าบริหารจัดการที่พอเพียง<sup>47</sup>

เจ้าหน้าที่ของอะวาฮานได้ตีพิมพ์รายงานการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการใน 22 จังหวัด<sup>48</sup> จากรายงานนี้ เราคำนวณได้ว่า โครงการอะวาฮานหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีได้ 202,000 ราย และหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้โดยเฉลี่ย 17.19 ปี ต่อราย นั่นคือหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ทั้งหมด 3,471,973 ปี ในระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2551 การคำนวณแบบนี้ ทำให้ได้อัตราความคุ้มค่าเท่ากับที่ตีพิมพ์ในรายงานการศึกษา นั่นคือใช้เงินเพียง 46 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี<sup>49</sup>

### กุญแจแห่งความสำเร็จ

กลยุทธ์ของอะวาฮานคือ ต่อสู้กับไวรัสนี้ตรงฐานที่มั่น และกระทำในเวลา ที่โครงการป้องกันเอชไอวีอื่นๆ ไม่กล้ากระทำโดยตรงกับประชากรกลุ่มชายขอบ วิทยากรจากกลุ่มเสี่ยงที่มาจากชุมชนเป้าหมายคือผู้มีประสบการณ์ตรงที่เป็นปัญหาเช่นเดียวกับที่เพื่อนๆ เผชิญอยู่ กระบวนการประมวลด้วยการแข่งขันทำให้อะวาฮานได้เลือกเอ็นจีโอท้องถิ่นที่ดีที่สุดมาช่วยงาน ทั้งเป็นตัวเชื่อมกับชุมชนเป้าหมายและช่วยผลักดันให้เกิดผลงาน

อะวาฮานยึดมั่นในมาตรฐานของการดำเนินโครงการแต่ก็มีการยืดหยุ่นบ้าง แนวทางปฏิบัติด้านคลินิกที่เข้มงวดและการดำเนินโครงการชนิดที่เรียกว่าต้องให้ได้อย่างน้อยขั้นต่ำในแต่ละองค์ประกอบ ทำให้อะวาฮานมั่นคงในความเป็นวิชาการ<sup>50</sup> ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานในท้องถิ่นได้รับการส่งเสริมให้ขับเคลื่อนงานจนกระทั่งบรรลุความจำเป็นของท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น ในบังกลาดีร์ เอ็นจีโอที่เป็นภาคีได้จัดตั้ง “ทีมตอบโต้วิกฤต” เพื่อสนับสนุนประชาชนที่ต้องเผชิญความรุนแรงและช่วยให้พวกเขาได้ยื่นฟ้องต่อตำรวจ กลยุทธ์นี้ประสบความสำเร็จและได้ขยายแบบอย่างไปทั่วทั้งโครงการ<sup>51</sup>

ลักษณะอื่นที่โดดเด่นของโครงการนี้คือ ความเป็นผู้นำ โดยทีมงานระดับนานาชาติชาวอินเดียใช้แนวคิดเชิงธุรกิจ นำโดยอโศก อเล็กซานเดอร์ การจัดการแบบ “ถึงลูกถึงคน” และเน้น “การเผด็จศึก” ช่วยให้โครงการเริ่มและขยายได้อย่างรวดเร็ว<sup>52</sup> พวกเขายังตั้งเป้าไว้สูง ทบทวนข้อมูลของโครงการสม่ำเสมอ และออกเยี่ยมพื้นที่โครงการบ่อยๆ ทำให้เกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ บางครั้ง ผู้รับทุนทั่วไปจะโกรธ เนื่องจากมีการเรียกร้องและการตั้งเป้าหมายที่ไม่เหมาะสมของผู้จัดการโครงการ แต่ผู้นำของอะวาฮานสามารถสร้างสมดุลระหว่างความต้องการกับการจัดการที่เป็นไปได้ พวกเขายอมรับความล้มเหลวได้ทราบได้ทีทุกคนยังเชื่อมั่นเป็นบทเรียน<sup>53</sup>

ขณะที่โครงการคืบหน้าไป ก็เริ่มชัดเจนว่า อะวาฮานต้องใช้เวลากว่า 5 ปี จึงจะเห็นผลกระทบสุดท้าย และความสำเร็จในระยะยาวนั้นขึ้นกับการเปลี่ยนมือผู้รับผิดชอบไปเป็นรัฐบาลและชุมชนของผู้มีสิทธิ<sup>54</sup> ในปี พ.ศ. 2552 โครงการอะวาฮานได้รับการปรับปรุงเพื่อเข้าสู่ระยะที่สอง คือ ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2556 โดยมีข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรกับรัฐบาลอินเดียว่า ร้อยละ 10 ของโครงการอะวาฮานจะต้องโอนให้รัฐบาลดูแลภายในปี พ.ศ. 2552 อีกร้อยละ 20 ภายใน 2 ปี ถัดมา และร้อยละ 70 ที่เหลือต้องโอนภายในปี พ.ศ. 2556

การเปลี่ยนผ่านนี้เป็นความท้าทายอย่างยิ่ง ขณะที่รัฐบาลเริ่มเข้ามารับผิดชอบมากขึ้น นักวางแผนของอะวาฮานจำเป็นต้องประนีประนอมให้กับบางพื้นที่ที่จะต้องปฏิบัติตามแนวทางของรัฐบาล ยกตัวอย่างเช่น ภาคีหุ้นส่วนต้องลดเงินเดือนเจ้าหน้าที่และเพิ่มขนาดของความครอบคลุม

ประชากรที่ต้องรับผิดชอบโดยคลินิกแต่ละคลินิก STI<sup>55</sup> แต่การวางแผนที่ดีก็ช่วยลดปัญหาการเปลี่ยนผ่านเหล่านี้ได้ ยกตัวอย่างเช่น ในลำดับแรก อดวานฮานได้ผลักดันให้ผู้รับทุนพยายามดำเนินงานในแนวทางเดียวกันกับการควบคุมโรคเอดส์ของรัฐ และการที่งบประมาณด้านเอดส์ของรัฐเพิ่มขึ้นก็ช่วยให้รัฐสามารถรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ ของอดวานฮานได้ ภายใต้โครงการควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติระยะที่ 3 (NACP-3) ในระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2556 งบประมาณขององค์การควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (NACO) เพิ่มขึ้น 5 เท่า เป็น 2.5 พันล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งร้อยละ 70 ของเงินจำนวนนี้ใช้ไปกับกิจกรรมการป้องกัน<sup>56</sup>

ตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการของอดวานฮาน ความผิดพลาดของกฎหมายของกลุ่มเสี่ยงเป็นอุปสรรคขัดขวางการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ แม้ว่า NACO และอดวานฮานจะได้พยายามดำเนินกิจกรรมเพื่อลดความเปราะบางทางสังคมและทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิแล้วก็ตาม ข้อจำกัดทางกฎหมายก็ยังคงดำรงอยู่ โดยเฉพาะ กิจกรรมทางเพศยังคงเป็นประเด็นทางกฎหมาย แม้ว่ากิจกรรมทางเพศโดยทั่วไปไม่ใช่เรื่องผิดกฎหมาย แต่การจูงใจหรือเชื้อเชิญ การจัดการให้มีกิจกรรมทางเพศ และการซื้อหรือการขายบริการทางเพศใกล้ที่สาธารณะถือเป็นอาชญากรรม<sup>57</sup> บุคคลต่างๆ ในกลุ่มเสี่ยงและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการแก่พวกเขาต่างก็กลัวว่าจะถูกดำเนินคดีในขณะที่กำลังพยายามช่วยให้เกิดความปลอดภัย ให้สามารถเข้าถึงบริการ หรือแม้แต่จัดกิจกรรมเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน

## นัยสำหรับสุขภาพโลก

การริเริ่มโครงการอดวานฮานในปี พ.ศ. 2546 เกิดขึ้นขณะที่ทั่วโลกมีการระดมทุนเพื่อต่อต้านเอชไอวีอย่างมาก อดวานฮานมีความแตกต่างจากอีกหลายโครงการที่กำลังขยายตัวขณะนั้นและเป็นความต่างในจุดสำคัญๆ เริ่มจากในปี พ.ศ. 2545 กองทุนโลกเพื่อต่อต้านโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียได้กระจายเงินจำนวนไม่น้อยไปยังประเทศต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและรักษาโรคเอดส์ แต่มีน้อยมากที่โครงการของประเทศต่างๆ จะให้ความสำคัญกับประชากรในกลุ่มชายขอบหรือกลุ่มที่มีปัญหาทางกฎหมาย<sup>58</sup> เช่นเดียวกับกับในสหรัฐอเมริกา แผนงานฉุกเฉินของประธานาธิบดีเพื่อบรรเทาภัยจากโรคเอดส์ (President's Emergency Plan for AIDS Relief: PEPFAR) ก็ได้เริ่มปฏิบัติการในปี พ.ศ. 2546 เช่นกัน และได้กลายเป็นกองทุนด้านเอดส์ที่ใหญ่ที่สุดในโลกในระยะเวลาอันรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม PEPFAR เน้นการใช้ทรัพยากรของตนไปในด้านการดูแลและรักษาแต่ไม่ใช่การป้องกัน ในขณะที่สภาพองเกรสแห่งสหรัฐไม่อนุมัติให้ใช้งบประมาณของรัฐบาลไปแจกจ่ายให้กับโครงการลดอันตรายต่างๆ หลายโครงการที่รวมถึงบริการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการและผู้ติดยาที่ใช้เข็ม<sup>59</sup>

ขณะที่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลกเริ่มซาลง ประชากรที่ติดเชื้อทั้งหมดยังนับว่าสูง ทำให้เป็นที่รับรู้กันโดยทั่วไปว่า การป้องกันเอชไอวียังคงต้องดำเนินต่อไปทั่วโลก<sup>60</sup> ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ บางพื้นที่ของอดวานฮานก็มีข้อยกเว้น ขณะดำเนินงานควบคู่ไปกับความพยายาม

ของรัฐบาลที่มีอยู่ก่อนแล้ว อดวานฮานก็สวนกระแสโลกโดยเน้นไปที่กลุ่มที่เสี่ยงสูงที่สุดโดยมิได้คำนึงว่าวิถีชีวิตของพวกเขาจะเป็นเช่นไร อินเดียให้การสนับสนุนโครงการที่ดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยงอยู่แล้ว และการสนับสนุนทุนโดยภาคเอกชนที่มีความคล่องตัวมากกว่าทำให้โครงการมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมากขึ้น

ในระยะต่อมา หลายหน่วยงานระหว่างประเทศมีการทำงานเชิงรุกมากขึ้น วิธีการทำงานแบบไม่เลือกปฏิบัติที่บุกเบิกโดย NACP และอดวานฮาน ทำให้เกิดการยอมรับอย่างกว้างขวางว่า ทั้งรัฐบาลและผู้บริจาคมีเงื่อนไขที่มีจริยธรรมและเน้นการปฏิบัติในการให้บริการแก่กลุ่มเสี่ยง ตัวอย่างเช่น ประชากรกลุ่มเสี่ยงปรากฏอย่างเด่นชัดในแผนยุทธศาสตร์เอชไอวี ปี พ.ศ. 2555 ของ PEPFAR และในแผนปฏิบัติการประชากรกลุ่มสำคัญ ปี พ.ศ. 2557 ของกองทุนโลก<sup>61</sup> ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงได้กลายเป็นกระแสหลักที่ต้องเน้นแล้ว อีกแง่มุมหนึ่งของอดวานฮานก็ยังไม่ได้รับความสนใจ นั่นคือ การใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรค วิธีการทางชีวการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วอย่างเช่น การขลิบอวัยวะเพศชายโดยสมัครใจและการป้องกันโดยการรักษา (treatment - as - prevention) เป็นวิธีที่ใช้เงินส่วนใหญ่ของผู้บริจาคและเป็นวิธีที่เห็นผลชัดเจนในโครงการอดวานฮาน

มรดกจากการดำเนินโครงการอดวานฮานส่วนใหญ่ได้คะแนนเป็นบวก แม้โอกาสที่จะแสดงผลกระทบของการใช้วิธีการเชิงพฤติกรรมจะยังไม่ชัดเจนว่าอดวานฮานมีอิทธิพลต่อโครงการป้องกันเอชไอวีอื่นๆ หรือไม่ อดวานฮานทุ่มเงินจำนวนหนึ่งสำหรับการติดตามและประเมินผล แต่เงินส่วนใหญ่หมดไปกับการสำรวจเพียงครั้งเดียว วิธีการอื่นที่ดีจะยิ่งนึกกว่าคือการส่งเสริมการสำรวจของรัฐที่ทำงานประจำอยู่แล้วเพื่อติดตามความก้าวหน้า หลายคนแสดงความไม่พอใจที่มีการแยกสำรวจผลงานของอดวานฮานเดี่ยวๆ และไม่ได้ให้นักวิจัยและผู้บริหารภายนอกได้รับรู้ จึงใช้ประโยชน์ได้น้อย

บทเรียนทั้งหมดของอดวานฮานเมื่อเปรียบเทียบกับโครงการเอดส์ที่มีอยู่แล้วของรัฐบาลอินเดียพบว่ามีความมากกว่าสองเท่า ประการแรก การเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงช่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการระบาดของเอชไอวีในระดับประเทศเป็นอย่างมาก ประการที่สอง การประเมินผลที่เข้มงวดจริงจังและกระทำอย่างโปร่งใสทำให้ยืนยันสิ่งที่คาดหวังด้วยสิ่งที่ค้นพบและบอกปริมาณได้ด้วย โดยปัจจุบันแม้รัฐเป็นเจ้าของโครงการทั้งหมด อดวานฮานก็ยังคงมีศักยภาพด้านการดูแลให้เกิดคุณภาพดังเช่นในอดีต อย่างไรก็ตาม ยังมีสิ่งคุกคามความยั่งยืนที่ต้องคอยติดตามอย่างใกล้ชิด เช่น มีการเปลี่ยนแปลงทางการบริหารในปี พ.ศ. 2558 และงบประมาณที่ถูกตัด ซึ่งบางคนบอกว่า มีผลต่อกิจกรรมทั้งการป้องกันและการรักษาอย่างแน่นอน<sup>62</sup>

## อ้างอิง

- amfAR. 2013. *Tackling HIV/AIDS Among Key Populations: Essential to Achieving an AIDS-Free Generation*. Washington, DC: amfAR. [http://www.amfar.org/uploadedFiles/amfarorg/Articles/On\\_The\\_Hill/2013/Key%20Populations%20Issue%20Brief%20-%20Final%20\(2\).pdf](http://www.amfar.org/uploadedFiles/amfarorg/Articles/On_The_Hill/2013/Key%20Populations%20Issue%20Brief%20-%20Final%20(2).pdf).
- amfAR and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2012. *Achieving an AIDS-Free Generation for Gay Men and Other MSM: Financing and Implementation of HIV Programs Targeting MSM*. New York and Baltimore, MD: amfAR and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. [http://www.amfar.org/uploadedFiles/amfar.org/In\\_The\\_Community/Publications/MSM-GlobalRept2012.pdf](http://www.amfar.org/uploadedFiles/amfar.org/In_The_Community/Publications/MSM-GlobalRept2012.pdf).
- Armstrong, Gregory, Chumben Humtsoe, and Michelle Kermode. 2011. "HIV Risk Behaviours among Injecting Drug Users in Northeast India Following Scale-Up of a Targeted HIV Prevention Programme." *BMC Public Health* 11 (Suppl 6): S9. doi:10.1186/1471-2458-11-S6-S9.
- Armstrong, Gregory, Gajendra K. Medhi, Michelle Kermode, Jagadish Mahanta, Prabuddhagopal Goswami, and R.S. Paranjape. 2013. "Exposure to HIV Prevention Programmes Associated with Improved Condom Use and Uptake of HIV Testing by Female Sex Workers in Nagaland, Northeast India." *BMC Public Health* 13(1): 476. doi:10.1186/1471-2458-13-476.
- Arora, P., N.J.D. Nagelkerke, R. Moinuddin, M. Bhattacharya, and P. Jha. 2013. "Female Sex Work Interventions and Changes in HIV and Syphilis Infection Risks from 2003 to 2008 in India: A Repeated Cross-Sectional Study." *BMJ Open* 3(6): e002724. doi:10.1136/bmjopen-2013-002724.
- AVERT. 2015. "Needle and Syringe Programmes (NSPs) for HIV Prevention." Accessed July 8. <http://www.avert.org/needle-and-syringe-programmes-nsps-hiv-prevention.htm>.
- Baral, Stefan, Chris Beyrer, Kathryn Muessig, Tonia Poteat, Andrea L. Wirtz, Michele R. Decker, Susan G. Sherman, and Deanna Kerrigan. 2012. "Burden of HIV among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Lancet Infectious Diseases* 12(7): 538-49. doi:10.1016/S1473-3099(12)70066-X.
- Baral, Stefan, Frangiscos Sifakis, Farley Cleghorn, and Chris Beyrer. 2007. "Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000-2006: A Systematic Review." *PLoS Medicine* 4(12): e339. doi:10.1371/journal.pmed.0040339.
- Bertozi, Stefano M., Nancy Padian, and Tyler E. Martz. 2010. "Evaluation of HIV Prevention Programmes: The Case of Avahan." *Sexually Transmitted Infections* 86(Suppl 1): i4-5. doi:10.1136/sti.2009.039263.
- Bill & Melinda Gates Foundation. 2008a. *Avahan—The India AIDS Initiative: The Business of HIV Prevention at Scale*. New Delhi, India: Bill & Melinda Gates Foundation. [https://docs.gatesfoundation.org/Documents/Avahan\\_HIVPrevention.pdf](https://docs.gatesfoundation.org/Documents/Avahan_HIVPrevention.pdf).
- . 2008b. *Use It or Lose It: How Avahan Used Data to Shape Its HIV Prevention Efforts in India*. New Delhi, India: Bill & Melinda Gates Foundation.
- . 2009. *Avahan—The India AIDS Initiative*. Fact sheet. [https://docs.gatesfoundation.org/Documents/Avahan\\_FactSheet.pdf](https://docs.gatesfoundation.org/Documents/Avahan_FactSheet.pdf).
- . 2010. *Breaking through Barriers: Avahan's Scale-Up of HIV Prevention among High-Risk MSM and Transgenders in India*. New Delhi, India: Bill & Melinda Gates Foundation. <https://docs.gatesfoundation.org/Documents/breaking-through-barriers.pdf>.
- Boerma, Ties, and Isabelle de Zoysa. 2011. "Beyond Accountability: Learning from Large-Scale Evaluations." *Lancet* 378(9803): 1610-12. doi:10.1016/S0140-6736(11)61519-5.
- Business Standard. 2003. "Gates Foundation Hikes AIDS Grant to \$200 Million," October 14. [http://www.business-standard.com/article/economy-policy/gates-foundation-hikes-aids-grant-to-200-million-103101401088\\_1.html](http://www.business-standard.com/article/economy-policy/gates-foundation-hikes-aids-grant-to-200-million-103101401088_1.html).
- Cole, Claire, Maria May, Julie Rosenberg Talbot, Rebecca Weintraub, and Michael Porter. 2012. *The Avahan India AIDS Initiative: Managing Targeted HIV Prevention at Scale. Cases in Global Health Delivery*. Boston: Global Health Delivery Project at Harvard University.
- Deering, Kathleen N., Marie-Claude Boily, Catherine M. Lowndes, Jean Shoveller, Mark W. Tyndall, Peter Vickerman, Jan Bradley, et al. 2011. "A Dose-Response Relationship between Exposure to a Large-Scale HIV Preventive Intervention and Consistent Condom Use with Different Sexual Partners of Female Sex Workers in Southern India." *BMC Public Health* 11 (Suppl 6): S8. doi:10.1186/1471-2458-11-S6-S8.
- Gezari, Vanessa. 2002. "Gates Giving \$100 Million to Fight HIV: Indian Officials Say Billionaire Spreading Panic." *Chicago Tribune*, November 12. [http://articles.chicagotribune.com/2002-11-12/news/0211120154\\_1\\_national-aids-control-organization-hiv-and-aids-aids-sufferers](http://articles.chicagotribune.com/2002-11-12/news/0211120154_1_national-aids-control-organization-hiv-and-aids-aids-sufferers).
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. 2014. *Key Population Action Plan 2014-2017*. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. [http://www.theglobalfund.org/documents/publications/other/Publication\\_KeyPopulations\\_ActionPlan\\_en/](http://www.theglobalfund.org/documents/publications/other/Publication_KeyPopulations_ActionPlan_en/).
- Gordon, David F. 2002. *The Next Wave of HIV/AIDS: Nigeria, Ethiopia, Russia, India, and China*. ICA 2002-04D. Washington, DC: National Intelligence Council. <http://fas.org/irp/nic/hiv-aids.html>.
- Goswami, P., H.K. Rachakulla, L. Ramakrishnan, S. Mathew, S. Ramanathan, B. George, R. Adhikary, et al. 2013. "An Assessment of a Large-Scale HIV Prevention Programme



## อ้างอิง (ต่อ)

- for High-Risk Men Who Have Sex with Men and Transgenderers in Andhra Pradesh, India: Using Data from Routine Programme Monitoring and Repeated Cross-Sectional Surveys." *BMJ Open* 3 (4): e002183. doi:10.1136/bmjopen-2012-002183.
- Gurung, Anup, Prakash Narayanan, Parimi Prabhakar, Anjana Das, Virupax Ranebennur, Saroj Tucker, Laxmi Narayana, et al. 2011. "Large-Scale STI Services in Avahan Improve Utilization and Treatment Seeking Behaviour amongst High-Risk Groups in India: An Analysis of Clinical Records from Six States." *BMC Public Health* 11 (Suppl 6): S10. doi:10.1186/1471-2458-11-S6-S10.
- Izugbara, Chimaraoke O. 2007. "Constituting the Unsafe: Nigerian Sex Workers' Notions of Unsafe Sexual Conduct." *African Studies Review* 50 (03): 29-49. doi:10.1353/arw.2008.0025.
- Jha, P., R. Kumar, A. Khera, M. Bhattacharya, P. Arora, V. Gajalakshmi, P. Bhatia, et al. 2010. "HIV Mortality and Infection in India: Estimates from Nationally Representative Mortality Survey of 1.1 Million Homes." *BMJ* 340 (2): c621. doi:10.1136/bmj.c621.
- Kuriakose, Dhiya. 2012. *Violence against Sex Workers in Chennai*. YouTube video, 6:56. Posted April 30. <https://www.youtube.com/watch?v=PlpdO8lrrec>.
- Laga, Marie, and Rob Moodie. 2012. "Avahan and Impact Assessment." *Lancet* 379 (9820): 1003-4. doi:10.1016/S0140-6736(12)60426-7.
- Lipovsek, V., A. Mukherjee, D. Navin, P. Marjara, A. Sharma, and K.P. Roy. 2010. "Increases in Self-Reported Consistent Condom Use among Male Clients of Female Sex Workers Following Exposure to an Integrated Behaviour Change Programme in Four States in Southern India." *Sexually Transmitted Infections* 86 (Suppl 1): i25-32. doi:10.1136/sti.2009.038497.
- Mainkar, Mandar M., Dilip B. Pardeshi, Jayesh Dale, Sucheta Deshpande, Shirin Khazi, Abhishek Gautam, Prabuddhago pal Goswami, et al. 2011. "Targeted Interventions of the Avahan Program and Their Association with Intermediate Outcomes among Female Sex Workers in Maharashtra, India." *BMC Public Health* 11 (Suppl 6): S2. doi:10.1186/1471-2458-11-S6-S2.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost-Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- NACO (National AIDS Control Organization). 2007. *HIV Fact Sheets: Based on HIV Sentinel Surveillance Data in India 2003-2006*. New Delhi, India: Ministry of Health and Family Welfare. [http://naco.gov.in/upload/NACO%20PDF/HIV\\_Fact\\_Sheets\\_2006.pdf](http://naco.gov.in/upload/NACO%20PDF/HIV_Fact_Sheets_2006.pdf).
- . 2016. "About NACO." Accessed February 5. [http://www.naco.gov.in/NACO/About\\_NACO/](http://www.naco.gov.in/NACO/About_NACO/).
- Ng, Marie, Emmanuela Gakidou, Alison Levin - Rector, Ajay Khera, Christopher J.L. Murray, and Lalit Dandona. 2011. "Assessment of Population-Level Effect of Avahan, an HIV-Prevention Initiative in India." *Lancet* 378 (9803): 1643-52. doi:10.1016/S0140-6736(11)61390-1.
- Office of the Global AIDS Coordinator. 2012. *PEPFAR Blueprint: Creating an AIDS-Free Generation*. Washington, DC: Office of the Global AIDS Coordinator. <http://www.pepfar.gov/documents/organization/201386.pdf>.
- One Hundred Eighth Congress of the United States of America. 2003. H.R.1298. Washington, DC: United States Congress. <http://www.state.gov/documents/organization/30368.pdf>.
- Over, Mead, Peter Heywood, Julian Gold, Indrani Gupta, Subhash Hira, and Elliot Marseille. 2004. *HIV/AIDS Treatment and Prevention in India: Modeling the Cost and Consequences*. Health, Nutrition, and Population Series. Washington, DC: World Bank.
- Panchanadeswaran, Subadra, Sethulakshmi C. Johnson, Sudha Sivaram, A.K. Srikrishnan, Carla Zelaya, Suniti Solomon, Vivian F. Go, and David Celentano. 2010. "A Descriptive Profile of Abused Female Sex Workers in India." *Journal of Health, Population, and Nutrition* 28 (3): 211-20.
- Pandey, Arvind, Ram Mishra, Damodar Sahu, Sudhir Benara, Uttpal Sengupta, Ramesh S. Paranjape, Abhishek Gautam, Satya Lenka, and Rajatshurva Adhikary. 2011. "Heading towards the Safer Highways: An Assessment of the Avahan Prevention Programme among Long Distance Truck Drivers in India." *BMC Public Health* 11 (Suppl 6): S15. doi:10.1186/1471-2458-11-S6-S15.
- Parliament of the Republic of India. 1956. *The Immoral Traffic (Prevention) Act*. <http://www.hyderabadpolice.gov.in/acts/immoraltraffic.pdf>.
- Pickles, Michael, Marie - Claude Boily, Peter Vickerman, Catherine M. Lowndes, Stephen Moses, James F. Blanchard, Kathleen N. Deering, et al. 2013. "Assessment of the Population-Level Effectiveness of the Avahan HIV-Prevention Programme in South India: A Preplanned, Causal-Pathway-Based Modelling Analysis." *Lancet Global Health* 1 (5): e289-99. doi:10.1016/S2214-109X(13)70083-4.
- Rao, P.J.V.R. 2010. "Avahan: The Transition to a Publicly Funded Programme as a Next Stage." *Sexually Transmitted Infections* 86 (Suppl 1): i7-8. doi:10.1136/sti.2009.039297.
- Seale, Andy. 2015. "Global Fund HIV Investments: MSM, Transgender and Human Rights." PowerPoint presentation. Accessed July 8. [http://www.amfar.org/uploadedFiles/Articles/Articles/Around\\_The\\_World/MSM/HumanRights.pdf?n=135](http://www.amfar.org/uploadedFiles/Articles/Articles/Around_The_World/MSM/HumanRights.pdf?n=135).
- Sgaier, S.K., A. Ramakrishnan, N. Dhingra, A. Wadhvani, A. Alexander, S. Bennett, A. Bhalla, et al. 2013. "How the Avahan HIV Prevention Program Transitioned from the

## อ้างอิง (ต่อ)

- Gates Foundation to the Government of India." *Health Affairs* 32 (7): 1265-73. doi:10.1377/hlthaff.2012.0646.
- Shannon, Kate, Steffanie A. Strathdee, Shira M. Goldenberg, Putu Duff, Peninah Mwangi, Maia Rusakova, Sushena Reza-Paul, et al. 2015. "Global Epidemiology of HIV among Female Sex Workers: Influence of Structural Determinants." *Lancet* 385 (9962): 55-71. doi:10.1016/S0140-6736(14)60931-4.
- Sharma, Dinesh C. 2015. "Budget Cuts Threaten AIDS and Tuberculosis Control in India." *Lancet* 386 (9997): 942. doi:10.1016/S0140-6736(15)00114-2.
- Shetty, Priya. 2002. "Gates Offers \$100 M Grant to Fight AIDS." *Tribune* (India), November 11. <http://www.tribuneindia.com/2002/20021112/biz.htm#1>.
- . 2005. "Ashok Alexander: Taking on the Challenge of AIDS in India." *Lancet* 366 (November): 1843.
- Subramanian, Thilakavathi, Lakshmi Ramakrishnan, Santhaku - mar Aridoss, Prabuddhagopal Goswami, Boopathi Kanguswami, Mathew Shajan, Rajat Adhikary, et al. 2013. "Increasing Condom Use and Declining STI Prevalence in High - Risk MSM and TGs: Evaluation of a Large - Scale Prevention Program in Tamil Nadu, India." *BMC Public Health* 13 (1): 857. doi:10.1186/1471-2458-13-857.
- Thilakavathi, S., K. Boopathi, C.P. Girish Kumar, A. Santhakumar, R. Senthilkumar, C. Eswaramurthy, V. Ilaya Bharathy, et al. 2011. "Assessment of the Scale, Coverage and Outcomes of the Avahan HIV Prevention Program for Female Sex Workers in Tamil Nadu, India: Is There Evidence of an Effect?" *BMC Public Health* 11 (Suppl 6): S3. doi:10.1186/1471-2458-11-S6-S3.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2002. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. UNAIDS/02.26E. Geneva: UNAIDS.
- . 2013. *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013*. Geneva: UNAIDS.
- Vassall, Anna, Michael Pickles, Sudhashree Chandrashekar, Marie - Claude Boily, Govindraj Shetty, Lorna Guinness, Catherine M. Lowndes, et al. 2014. "Cost-Effectiveness of HIV Prevention for High-Risk Groups at Scale: An Economic Evaluation of the Avahan Programme in South India." *Lancet Global Health* 2 (9): e531-40. doi:10.1016/S2214-109X(14)70277-3.
8. Baral et al. (2007, 2012).
9. Izugbara (2007).
10. NACO (2007).
11. Jha et al. (2010).
12. Gordon (2002).
13. NACO (2016); Cole et al. (2012).
14. Over and World Bank (2004).
15. Bill & Melinda Gates Foundation (2008a).
16. Business Standard (2003); Shetty (2002); Gezari (2002).
17. Shetty (2002).
18. Cole et al. (2012).
19. Shetty (2005).
20. Cole et al. (2012).
21. Bill & Melinda Gates Foundation (2009).
22. Bill & Melinda Gates Foundation (2008b).
23. Bill & Melinda Gates Foundation (2008a).
24. Bill & Melinda Gates Foundation (2008b).
25. Bill & Melinda Gates Foundation (2008a).
26. Bill & Melinda Gates Foundation (2008a).
27. Bill & Melinda Gates Foundation (2008a).
28. Cole et al. (2012).
29. Bill & Melinda Gates Foundation (2008a).
30. Bill & Melinda Gates Foundation (2008a).
31. Bill & Melinda Gates Foundation (2008a). The figures for female sex workers and men who have sex with men are for Karnataka, Andhra Pradesh, Maharashtra, and Tamil Nadu only. Injection drug user figures are for Manipur and Nagaland only.
32. Mainkar et al. (2011); Deering et al. (2011); Thilakavathi et al. (2011); Lipovsek et al. (2010); Pandey et al. (2011); Armstrong et al. (2013); Goswami et al. (2013); Subramanian et al. (2013).
33. Armstrong, Humtsoe, and Kermod (2011).
34. Ng et al. (2011); Pickles et al. (2013).
35. Gurung et al. (2011).
36. Ng et al. (2011); Pickles et al. (2013).
37. Pickles et al. (2013).
38. Arora et al. (2013).
39. Ng et al. (2011).
40. Pickles et al. (2013).
41. Pickles et al. (2013).
42. Arora et al. (2013).
43. Bertozzi, Padian, and Martz (2010).
44. Boerma and de Zoysa (2011).
45. Laga and Moodie (2012).
46. Cole et al. (2012).
47. Rao (2010).
48. Vassall et al. (2014).
49. Estimated costs, DALYs averted, and cost - effectiveness are from the Lancet Global Health study (Vassall et al. 2014). The extrapolation of study results to the scaled - up scenario in all program districts was done linearly, and a similar cost - effectiveness ratio was obtained. See Mirelman, Glassman, and Temin (2016) for details of calculations and assumptions.

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Panchanadeswaran et al. (2010).
2. Panchanadeswaran et al. (2010).
3. Kuriakose (2012).
4. See also chapter 2 in this volume.
5. UNAIDS (2002).
6. Bill & Melinda Gates Foundation (2009).
7. amfAR (2013).

**อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)**

50. Bill & Melinda Gates Foundation (2008a).
51. Bill & Melinda Gates Foundation (2010).
52. Bill & Melinda Gates Foundation (2008a).
53. Cole et al. (2012).
54. Cole et al. (2012).
55. Cole et al. (2012).
56. Sgaier et al. (2013).
57. Shannon et al. (2015); Parliament of the Republic of India (1956).
58. amfAR and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2012); Seale (2015).
59. One Hundred Eighth Congress of the United States of America (2003); AVERT (2015).
60. UNAIDS (2013).
61. Office of the Global AIDS Coordinator (2012); Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2014).
62. Sharma (2015).

## กรณีศึกษาที่ 22

### เรียนรู้จากความล้มเหลว

#### โครงการล้างมือของเปรู

(ต้นฉบับโดย Miriam Temin)

#### ภาพสังเขป

**เป้าหมายด้านสุขภาพ:** ปรับปรุงสุขภาพของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยลดโรคท้องเสียและโรคติดเชื้อทางหายใจเฉียบพลัน

**ยุทธวิธี:** ส่งเสริมการล้างมือด้วยสบู่ผ่านสื่อสารมวลชน ชุมชน และใช้โรงเรียนเป็นฐาน

**ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ:** ไม่มีผลกระทบในโรคท้องเสีย โรคโลหิตจาง การเจริญเติบโต หรือโรคติดเชื้อทางหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน

**เหตุที่ไม่ประสบความสำเร็จ:** กิจกรรมการแทรกแซงไม่เพียงพอทั้งในชุมชน โรงเรียน และสถานบริการ การดำเนินงานผ่านภาคีเครือข่ายขาดความสม่ำเสมอ คุณภาพของคณากรรณงานไม่สม่ำเสมอ การอบรมและวัสดุเผยแพร่ไม่เพียงพอ

**การเงินการคลัง:** ไม่มีตัวเลขงบประมาณที่ชัดเจน เนื่องจากออกแบบโครงการโดยบูรณาการงานเข้าไปในโครงการหลากหลายของรัฐบาลที่ระดับต่างๆ เสริมด้วยโครงการความรับผิดชอบต่อสังคมของภาคเอกชน

**ขนาดของโครงการ:** ดำเนินการใน 24 จาก 25 ภูมิภาคของเปรู เข้าถึงประชาชนประมาณ 640,000 คน ผ่านกิจกรรมสาธารณะ ประชาชนได้รับบริการโดยตรงจากคณากรรณงาน (ปี พ.ศ. 2553)

ตั้งแต่กลางศตวรรษที่ 19 (พ.ศ. 2344 - 2443) เป็นต้นมา เมื่อแพทย์ชาวเยอรมันให้ความสำคัญกับการล้างมือเพื่อหยุดการระบาดของโรคประโยชน์ด้านสุขภาพจากการล้างมือด้วยสบู่จึงกลายเป็นความรู้ทั่วไปในหลายประเทศ สุขอนามัยที่ไม่ดีส่วนใหญ่มาจากโรคท้องเสียและโรคติดเชื้อทางหายใจเฉียบพลัน ซึ่งเป็น 2 สาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางตายมากที่สุด ในประเทศเหล่านี้มีเพียงร้อยละ 17 ของมารดาที่ล้างมือด้วยสบู่ภายหลังการถ่ายอุจจาระ<sup>1</sup> แต่การปรับปรุงนิสัยการล้างมือเป็นเรื่องยาก ทั้งๆ ที่รู้กันโดยทั่วไปว่ามีประโยชน์ สบู่กับน้ำก็มีพร้อม<sup>2</sup> ความพยายามที่จะให้ประชาชนล้างมือส่วนใหญ่ทำอย่างกระจัดกระจาย ในพื้นที่เล็กๆ และมักไม่ได้ผล<sup>3</sup>

รัฐบาลเปรูเริ่มโครงการล้างมือ (handwashing initiative: HWI) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นความพยายามจากหลายภาคส่วนที่จะเพิ่มการล้างมือของมารดาและเด็กเล็ก โครงการนี้ประสานความร่วมมือกับหุ้นส่วนภาครัฐและภาคเอกชนระดับโลกเพื่อการล้างมือด้วยสบู่ (Global Public - Private Partnership for Handwashing with Soap) ใช้วิธีการให้ความรู้แก่สาธารณชน และใช้สื่อกระจายข้อความไปทั่วทั้ง 14 จาก 25 ภูมิภาคของประเทศ

โครงการนี้ได้รับการส่งเสริมครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2550 เมื่อโครงการสุขาภิบาลและน้ำ (Water and Sanitation Program: WSP) ของ

ธนาคารโลกได้สนับสนุนทรัพยากรและวิชาการเข้ามาเพิ่มเติมผ่านทางโครงการขยายการล้างมือไปทั่วโลก (Global Scaling Up Handwashing Project) ซึ่งเป็นโครงการที่ยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงพฤติกรรมล้างมือในโลกแห่งความเป็นจริง โครงการนี้เข้าถึงประชากรเป้าหมาย ให้ความรู้เพิ่มขึ้น และปรับปรุงพฤติกรรมล้างมืออย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2558 ความพยายามทั้งหลายก็ไม่มีพลังและความต่อเนื่องสม่ำเสมอจะทำให้สุขภาพของเด็กดีขึ้นได้ ข้อค้นพบนี้อาจสะท้อนภาวะความเป็นอยู่ภายใต้การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วของเปรูตลอดศตวรรษที่ผ่านมา

โครงการขยายการล้างมือไปทั่วโลกเปิดโอกาสให้มีการศึกษาผลกระทบของล้างมือในโลกแห่งความเป็นจริงเป็นครั้งแรกของโครงการขนาดใหญ่โดยดูผลลัพธ์ต่อสุขภาพในหลากหลายมิติ ประสิทธิภาพของโครงการนี้ให้บทเรียนสำคัญสำหรับเปรูและประเทศอื่นๆ ในความพยายามส่งเสริมด้านการสุขาภิบาลและสุขอนามัย

#### ความสูญเสียอันเนื่องมาจากมือสกปรก

อุจจาระของมนุษย์มีเชื้อโรคอันตรายมากมายรวมถึงเชื้อที่ทำให้ท้องเสียและการติดเชื้อในทางหายใจส่วนล่างด้วย (ดูกรณีที่ 5 และ 20 ในเล่มนี้)

เมื่อมารดาหรือเด็กล้างกันและมีเชื้อติดมือ หลังจากนั้นก็ไปเตรียมมื้ออาหารหรือกินอาหาร มือนั้นก็เป็นตัวแพร่เชื้อ

มารดาชาวเปรูมองว่า ท้องเสียเป็นเรื่องปกติสำหรับเด็กเหมือนเรื่องพื้นๆ การศึกษาหนึ่งในปี พ.ศ. 2543 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 15 เคยมีอาการท้องเสียในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา<sup>4</sup> ท้องเสียทำให้ตายได้ และเป็นสาเหตุการตายของเด็กชาวเปรูอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 6 ในปีเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ระหว่างทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ. 2533 - 2542) ถึงปี พ.ศ. 2553 สถานการณ์นี้ก็ดีขึ้นเห็นได้ชัด สิ่งที่ช่วยคือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก เพราะนมแม่นอกจากจะช่วยให้เด็กมีภูมิคุ้มกันแล้วยังป้องกันไม่ให้แม่ป้อนน้ำและอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อ<sup>6</sup> อีกทั้งมาตรฐานความเป็นอยู่ระหว่างทศวรรษที่ 1990 นั้น ภาวะโรคที่เกี่ยวกับท้องเสียในเปรูลดลงมากกว่าภาวะโรคอื่นๆ<sup>7</sup> แต่โรคติดเชื้อทางหายใจส่วนล่างยังคงทำให้เด็กชาวเปรูตายมากที่สุด คือประมาณ 1 ใน 4 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ตายในปี พ.ศ. 2543<sup>8</sup>

มีหลายปัจจัยทำให้เด็กป่วย นิสัยของการล้างมือไม่สะอาดเป็นปัจจัยหนึ่ง ถึงปี พ.ศ. 2547 มีเพียงร้อยละ 14 ของมารดาที่ล้างมือด้วยสบู่ภายหลังการใช้ห้องน้ำ และมีเพียงร้อยละ 6 ที่ทำเช่นนั้นก่อนการปรุงอาหาร<sup>9</sup> มากกว่า 1 ใน 5 ของครัวเรือนทั้งหมดไม่สามารถเข้าถึงการสุขาภิบาลที่ดี ทำให้เกิดความเครียดต่อสุขภาพ<sup>10</sup>

การส่งเสริมหลักสุขอนามัยที่ดีเป็นกลยุทธ์ที่มักไม่มีใครขัดแย้งเมื่อเทียบกับกลยุทธ์อื่น ไม่ถูกวิพากษ์วิจารณ์ดังเช่นโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่นที่มีความเสี่ยง เช่น การรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย หรือการนำภาษีบาป (sin taxes) มาใช้ประโยชน์ เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า การล้างมือด้วยสบู่สามารถขจัดเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย จึงป้องกันเชื้ออันตรายไม่ให้เข้าสู่ร่างกายของมนุษย์ได้<sup>11</sup> การทบทวนการศึกษาอย่างเป็นระบบที่ยืนยันเช่นเดียวกันว่า การล้างมือด้วยสบู่ป้องกันโรคได้จริง เมื่อกระทำในเวลาที่เหมาะสม คือก่อนกินหรือปรุงอาหาร และหลังการใช้ห้องน้ำหรือล้างกันเด็ก สามารถป้องกันโรคท้องเสียในเด็กได้ถึง 1 ใน 3 ถึงเกือบครึ่งและเกือบ 1 ใน 4 ของการติดเชื้อในทางหายใจ<sup>12</sup>

หลายการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการล้างมือด้วยสบู่มีความน่าสนใจ แต่ต้องตีความด้วยความระมัดระวัง หลักฐานส่วนใหญ่มาจากโครงการเล็กๆ ที่ควบคุมอย่างดีและวัดผลกระทบในช่วงเวลาสั้นๆ ส่วนใหญ่ไม่ได้วัดผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว<sup>13</sup> โครงการล้างมือเหล่านี้มักจะมีการติดตามอย่างเข้มข้น เช่น ทุกสัปดาห์พร้อมกับแจกสบู่ฟรี ทำให้ยากต่อการนำรูปแบบนี้ไปขยายใหญ่ได้<sup>14</sup>

## จากความคิดสู่การขับเคลื่อน: เปรูเติมสบู่ลงในน้ำ

เพื่อทดสอบกลยุทธ์ต่างๆ ในการแปลงประสิทธิภาพของการล้างมือไปสู่ประสิทธิผลของการล้างมือ WSP ของธนาคารโลกได้ริเริ่มโครงการขยายการล้างมือไปทั่วโลก (Global Scaling Up Handwashing Project) ด้วยการสนับสนุนจากมูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตส์ในปี พ.ศ. 2549 ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970 (พ.ศ. 2513 - 2522) ธนาคารโลกเป็นผู้นำในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวกับน้ำและการสุขาภิบาล ธนาคารโลกได้บริหารโครงการ WSP ในนามของผู้บริจาคหลายราย เปรูเป็น 1 ในหลายพื้นที่ที่ได้รับคัดเลือกเข้าสู่โครงการขยายการล้างมือไปทั่วโลก ร่วมกับเวียดนาม แทนซาเนีย และเซเนกัล

เปรูมีโครงการล้างมือ (handwashing initiative: HWI) ระดับประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นการประสานความร่วมมือระหว่างหุ้นส่วนภาครัฐและภาคเอกชนระดับโลกเพื่อการล้างมือด้วยสบู่ (Global Public - Private Partnership for Handwashing with Soap)<sup>15</sup> โครงการล้างมือทำงานอย่างใกล้ชิดร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนการล้างมืออย่างเข้มข้นตั้งแต่เริ่มโครงการ ตลอดเวลาที่ผ่านไป กระทรวงศึกษาธิการก็ให้การสนับสนุน<sup>16</sup> ถึงปี พ.ศ. 2548 โครงการล้างมือขยายตัวครอบคลุม 14 ภูมิภาคของประเทศ โครงการล้างมือสนับสนุนกิจกรรมหลายประเภท เช่น จัดให้มารดาได้มีการสนทนากลุ่ม รณรงค์ข้อความส่งเสริมให้มีการล้างมือทางสื่อต่างๆ (“ล้างมือแล้วเด็กจะแข็งแรง”)

ถึงปี พ.ศ. 2551 การปฏิบัติตามสุขอนามัยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเกือบร้อยละ 50 ของผู้ให้บริการสาธารณสุขรายงานว่า ล้างมือด้วยสบู่หลังใช้ห้องน้ำ ร้อยละ 68 รายงานว่า ได้ล้างมือด้วยสบู่ก่อนการปรุงหรือเตรียมอาหาร แม้จะมีเพียง 1 ในสามที่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนป้อนอาหารแก่เด็ก ถือว่ายังมีจุดที่ต้องการปรับปรุง แต่โครงการล้างมือก็ได้วางรากฐานที่แข็งแกร่งไว้สำหรับการขยายสู่ระดับประเทศอย่างจริงจัง

แนวโน้มทางการเมืองที่เปิดกว้างในเปรูช่วยส่งเสริมให้การผลักดันการล้างมือทั่วประเทศเป็นไปอย่างเข้มแข็ง ในช่วงที่เริ่มโครงการล้างมือ รัฐบาลให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาสุขภาพในเด็ก จึงทำให้โครงการล้างมือเข้ามาได้อย่างเป็นธรรมชาติเนื่องจากมีการเชื่อมโยงระหว่างภาวะทุพโภชนาการ ท้องเสียและความเจ็บป่วยอื่นๆ ของเด็ก กับสุขอนามัยที่ย่ำแย่ นอกจากนี้รัฐบาลยังผลักดันเรื่องโครงสร้างการกระจายอำนาจให้มากขึ้นด้วย มีการมอบอำนาจทางการเงินและการตัดสินใจให้กับระดับภาค จังหวัด และอำเภอ ทำให้มีความเป็นไปได้ที่นักการเมืองทุกระดับของรัฐบาลจะสนับสนุนการส่งเสริมการล้างมือ<sup>17</sup>

### ปฏิบัติการโครงการล้างมือ

ถึงปี พ.ศ. 2550 โครงการล้างมือพร้อมจะทดสอบว่า ผลที่ได้จากการศึกษาประสิทธิภาพผลในโครงการเล็กขยายไปสู่โครงการใหญ่ได้หรือไม่ ด้วยการสนับสนุนด้านการเงินจากธนาคารโลกและด้านทรัพยากรบุคคลจากโครงการขยายการล้างมือไปทั่วโลก โครงการล้างมือก็เริ่มรุกไปยังพื้นที่เกือบ 800 อำเภอภายใน 104 จังหวัดของเปรู<sup>18</sup> วิธีการขยายพื้นที่ของโครงการนี้ยึดหลักทฤษฎีแห่งการเปลี่ยนแปลง ด้วยการใช่วิธีการส่งเสริมนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยทางพฤติกรรมของการล้างมือ ทำให้มีความเป็นไปได้ที่จะตัดวงจรระหว่างสุขอนามัยที่ไม่ดีกับความเจ็บป่วยของเด็ก<sup>19</sup>

กลยุทธ์ของโครงการล้างมือคือ ตอกย้ำข้อความซ้ำๆ อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องแก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้แก่ มารดา ผู้ดูแลเด็ก และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี โดยใช้สื่อต่างๆ ผ่านชุมชน ผ่านโรงเรียน และโดยตรงจากบุคลากรถึงเป้าหมาย สื่อประเภทต่างๆ ได้แก่ วิทยู แผ่นปิด หนังสือการ์ตูน และการจัดกิจกรรมภายในงานต่างๆ โครงการล้างมือกำหนดข้อความสำคัญหนึ่งเดียวไว้ว่า ล้างมือด้วยสบู่และน้ำทันทีก่อนปรุงหรือรับประทานอาหาร และหลังใช้ห้องน้ำหรือหลังการทำมาค้าสดสะอาดแก่เด็ก

ผู้วางแผนได้กำหนดปัจจัยที่จะทำให้เกิดการล้างมือซึ่งได้จากงานวิจัยและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กรอบแนวคิดในการดำเนินโครงการนี้คือ จุดเน้น โอกาส ความสามารถ และแรงจูงใจ (Focus, Opportunity, Ability and Motivation: FOAM) (ดูภาพที่ 1) โดยมีสมมติฐานว่า ถ้ามีความรู้เรื่องเชื้อและโรคเพียงพอ ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<sup>20</sup> มีการสื่อว่าจะสกปรกได้อย่างไรเมื่อเข้าห้องน้ำ อันนี้จะเป็นแรงจูงใจทางจิตวิทยา นอกจากนี้ ยังมีการคำนึงถึงปัจจัยที่จะทำให้เกิด

การล้างมือ เช่น การเข้าถึงสบู่และน้ำได้ง่าย ครูโรงเรียนชั้นประถมศึกษาบูรณาการการล้างมือเข้ากับการศึกษาในห้องเรียนและใช้นักเรียนเป็น “แกนนำแห่งการเปลี่ยนแปลง” อบรมนักเรียนให้ไปเตือนมารดาเรื่องการล้างมือที่บ้าน<sup>21</sup>

แนวหน้าของโครงการนี้คือวีรบุรุษที่สร้างขึ้นใหม่ ชื่อ Super Jaboncin (แปลว่า ฟองสบู่วิเศษ) เป็นผู้ฆ่าเชื้อโรคที่ได้พลังจากน้ำและสบู่<sup>22</sup> ในโรงพยาบาลศูนย์ ชนวนพาเรต และในแกม จะมีรูปสัญลักษณ์ของ Super Jaboncin แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการล้างมือด้วยสบู่สำหรับชาวเปรูจำนวนมากที่ไม่มีสถานที่ที่สะดวกต่อการล้างมือ Super Jaboncin จะให้ยืมชื่อไปติดที่สถานีล้างมือที่สร้างขึ้นโดย Duraplast ซึ่งเป็นหุ้นส่วนภาคเอกชนรายหนึ่ง<sup>23</sup> ที่สถานีจะมีขวดพลาสติกบรรจุน้ำและสบู่ ในภาพรวม จะมีสถานีล้างมือ Super Jaboncin กว่า 80,000 แห่งกระจายอยู่ในโรงเรียนและตามครัวเรือน<sup>24</sup> โครงการนี้ยังส่งเสริมให้ครัวเรือนสร้างที่ล้างมือแบบเดียวกันขึ้นมาเป็นของตนเองอีกด้วย

นอกจาก Duraplast แล้ว โครงการล้างมือยังมีภาคีหุ้นส่วนอีกมากและให้ความร่วมมือในหลากหลายบทบาท รัฐบาลทั้งระดับประเทศ ระดับภาค และระดับท้องถิ่นได้บูรณาการโครงการนี้เข้าในงานส่งเสริมสุขภาพ งานการศึกษาในระบบปกติ งานการศึกษาสิ่งแวดล้อม และโครงการน้ำและการสุขาภิบาลที่ดำเนินงานอยู่แล้ว ดูแลโดยกระทรวงสตรี (Ministry of Women) และกระทรวงพัฒนาสังคม สุขภาพและการศึกษา (Ministry of Social Development, Health, and Education)<sup>25</sup> ในปี พ.ศ. 2551 การส่งเสริมการล้างมือถูกบรรจุเข้าในโครงการ Juntos ซึ่งเป็นโครงการเงินช่วยเหลืออย่างมีเงื่อนไขขนาดใหญ่ของเปรูที่มีเป้าหมายที่ครัวเรือนที่ยากจน ถึงปี พ.ศ. 2553 โครงการล้างมือได้รับคนทำงานที่หน้างานมากกว่า 16,000 คน จากหลากหลายหน่วยงาน

ภาพที่ 1. กรอบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบ FOAM

FOCUS	OPPORTUNITY	ABILITY	MOTIVATION
เป้าหมายพฤติกรรม	เข้าถึง/แพร่หลาย	ความรู้	ความเชื่อและทัศนคติ
เป้าหมายประชากร	ลักษณะผลิตภัณฑ์	การสนับสนุนจากสังคม	การคาดหวังผลลัพธ์
	มาตรฐานสังคม		สิ่งคุกคาม
			ความตั้งใจ

แหล่งที่มา: Coombes and Devine (2010)

โครงสร้างที่ซับซ้อนของโครงการล้างมือทำให้การจัดการความรู้ การติดตามงาน และการประเมินผลงานมีความสำคัญมาก ระบบข้อมูลที่มีการจัดการจะเป็นตัวติดตามการทำงาน นอกจากนี้ ยังติดตามความก้าวหน้าได้จากการลงเยี่ยมพื้นที่ของที่ปรึกษาและการลงทำการศึกษาริเวศน์ตลาด เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอในระหว่างการทำงาน (เก็บข้อมูลโดยสอบถามคนที่สัญจรไปมา) ซึ่งช่วยในการประเมินผลกระทบของโครงการได้เป็นอย่างดี<sup>26</sup> โครงการล้างมือได้ใช้เว็บไซต์ จดหมายข่าว การประชุม และรายงานเป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ข้อมูลระหว่างภาคีเครือข่ายด้วยกัน ที่สำคัญคือเป็นการกระจายความช่วยเหลือทางวิชาการและแนวทางปฏิบัติด้วย

### ผลลัพธ์ตอบแทน: ไม่มีอะไรดีขึ้นสำหรับสุขภาพเด็ก

โครงการล้างมือในระยะขยายโครงการไปทั่วประเทศได้รับการออกแบบให้เอื้ออำนวยต่อการประเมินผลกระทบด้วย (ดูกล่อง 1) บางอำเภอได้รับเพียงสื่อรณรงค์และกิจกรรมพบปะผู้บริโภครโดยตรง ขณะที่อำเภออื่นๆ ได้รับทั้งสิ่งของนี้และกิจกรรมต่างๆ ที่มีชุมชนเป็นฐาน เช่น การอบรมแกนนำ แห่งการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ ที่มีโรงเรียนเป็นฐาน

แต่การประเมินผลกระทบ ก็ต้องพบความผิดหวัง เมื่อผู้ประเมินพบว่าบางส่วนของกิจกรรม เช่น การออกสื่อและการพบปะผู้บริโภครโดยตรง ไม่สามารถวัดได้ว่ามีผลต่อการล้างมือด้วยสบู่ แต่ก็ยังพอมองเห็นหวังบ้างเล็กน้อย นั่นคือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นบ้างกับชาวเปรูที่ได้รับทั้งสื่อ มีการพบปะผู้บริโภครโดยตรง มีการอบรมแกนนำ และมีกิจกรรมที่มีโรงเรียนเป็นฐาน ประชาชนในกลุ่มหลังเคยได้ยินข้อความที่รณรงค์ เคยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการล้างมืออย่างถูกต้อง และได้กลับไปปรับปรุงในครัวเรือน

นักวิจัยยังพบว่า แม้จะระดมกิจกรรมทั้งหมด แต่โครงการล้างมือก็ไม่ก่อผลกระทบใดๆ ต่อภาวะแวดล้อมในความเป็นอยู่ เช่น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในความชุกของแบคทีเรียในน้ำดื่ม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในความชุกของพยาธิในอุจจาระ<sup>27</sup> ยังไม่มีหลักฐานอีกว่า มีการเปลี่ยนแปลงของโรคท้องเสีย ภาวะทุพโภชนาการ โรคโลหิตจาง การติดเชื้อในทางหายใจส่วนล่างโดยเฉียบพลัน หรือการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายของเด็ก<sup>28</sup> สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ดูเหมือนว่าไม่มีผลกระทบอันเกิดจากโครงการล้างมือก็คือ โรคนั้น ลดต่ำอยู่แล้ว เช่น โรคท้องเสีย หนึ่งในเป้าหมายหลักของโครงการนี้ ได้ลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับทศวรรษที่ผ่านมา แต่เมื่อเส้นพื้นฐานที่ไว้วัดไม่เคลื่อนไหว ก็ต้องจัดว่าโครงการล้างมือไม่ได้ช่วยปรับปรุงให้สุขภาพดีขึ้นได้

### ลงทุนไปเท่าใด?

สถาบันต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในเปรูได้สนับสนุนทรัพยากรลงไป ในโครงการล้างมือ ในขณะที่เดียวกันก็บูรณาการกิจกรรมการล้างมือเข้าไป ในโครงการปกติของสถาบัน จึงยากที่จะคำนวณงบประมาณทั้งหมดที่ใช้ ในโครงการนี้ทั้งประเทศอย่างไรก็ตามโครงการล้างมือนี้ได้รับการพิจารณาแล้วว่าไม่แพง นอกจากค่าใช้จ่ายด้านโครงสร้างพื้นฐาน สินค้าและบริการแล้ว ก็เป็นงบประมาณเล็กน้อยที่ใช้ในกิจกรรมต่างๆ เช่น การรณรงค์ การประสานงาน การเผยแพร่ข้อมูลความรู้ การติดตามและประเมินผล และการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการต่างๆ

หลายการศึกษาชี้ไว้ชัดเจนว่า การล้างมือเป็นการป้องกันโรคที่คุ้มค่ามาก ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศบูร์กินาฟาโซ นักวิจัยประมาณการว่า การส่งเสริมสุขอนามัยด้วยการล้างมือด้วยสบู่เพื่อลดโรคท้องเสีย นั้น มีการใช้เงินของกระทรวงสาธารณสุขไปน้อยกว่าร้อยละ 1 และใช้เงินจากครัวเรือนไปน้อยกว่าร้อยละ 2<sup>22</sup> การศึกษาทบทวนอย่างดีชิ้นหนึ่งจัดอันดับให้การส่งเสริมสุขอนามัย (ที่รวมถึงการล้างมือ) เป็นวิธีการป้องกันโรคที่คุ้มค่าสูงมาก คือประมาณ 3.40 เหรียญสหรัฐ สำหรับการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี<sup>33</sup>

แม้เปรูจะมีค่าใช้จ่ายต่ำเช่นกัน แต่โครงการล้างมือก็ไม่คุ้มค่าต่อสุขภาพเพราะไม่มีผลใดๆ ในการปรับปรุงสุขภาพ

### ทำไม โครงการล้างมือในเปรูจึงไม่ได้ผลดังที่คาดไว้

นักออกแบบได้ออกแบบโครงการสุขภาพและน้ำและโครงการล้างมือ เป็นอย่างดีสำหรับกลยุทธ์การขยายโครงการนี้ขึ้นเป็นระดับประเทศโดยใช้ความรู้จากงานวิจัยและใช้หลักการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการประเมินผลก็พบว่า การดำเนินงานร่วมกับชุมชนได้ผลดีกว่า ในอำเภอที่มีกิจกรรมอย่างรอบด้านนั้น โครงการนี้มีผลต่อการล้างมือ แต่ไม่เพียงพอที่จะปรับปรุงสุขภาพเด็กได้

ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น? มีหลักฐานที่ชี้ว่า ทั้งความมุ่งมั่น การดำเนินงาน และศักยภาพ ส่วนมีในปริมาณจำกัดจนไม่ก่อผลกระทบ การออกแบบโครงการล้างมืออย่างยืดหยุ่นทำให้นักวางแผนระดับจังหวัดสามารถปรับกลยุทธ์ตามสิ่งที่ค้นพบและตามที่ปรึกษาให้คำแนะนำเพื่อสะท้อนความหลากหลายทั้งทางวัฒนธรรม ประชากร และภูมิศาสตร์<sup>34</sup> อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโครงสร้างและสมาชิกของหุ้นส่วนระดับจังหวัด ในการส่งเสริมการล้างมือมีหลากหลาย จึงทำให้เกิดความแตกต่างกัน ระหว่างจังหวัดในการเลือกใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม<sup>35</sup>





### กล่อง 1. ความชัดเจนของหลักฐาน

การศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบหลายชิ้นงานยืนยันความสำคัญของการล้างมือด้วยสบู่ว่าช่วยป้องกันโรคติดต่อได้ แต่การส่งเสริมให้เกิดการล้างมือในโลกแห่งความเป็นจริงยังเป็นคำถามว่าจะได้ผลหรือไม่<sup>29</sup> ระหว่างปี พ.ศ. 2551 - 2554 นักประเมินผลได้พยายามศึกษาว่า การส่งเสริมการล้างมือทั่วประเทศในเปรูได้ผลหรือไม่ โดยวิธีสุ่มศึกษาในระดับอำเภอและระดับจังหวัดภายใต้โครงการล้างมือของประเทศนี้<sup>30</sup>

ในกลุ่มที่หนึ่งของการศึกษา ประชาชนสัมผัสกิจกรรมในระดับจังหวัด ได้แก่ การได้รับข้อความผ่านสื่อวิทยุ แผ่นปิด และการจัดกิจกรรมส่งเสริมในงานต่างๆ กลุ่มที่สองสัมผัสกิจกรรมเพิ่มเติม เป็นกิจกรรมระดับชุมชน ที่สำคัญคือการอบรมแกนนำแห่งการเปลี่ยนแปลง และกิจกรรมที่มีโรงเรียนเป็นฐานในโรงเรียนชั้นประถมศึกษาที่คัดเลือกมาแล้ว ส่วนกลุ่มสุดท้าย ใช้เป็นกลุ่มควบคุม<sup>31</sup>

ด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากหลายแหล่งข้อมูล จะสามารถประเมินผลลัพธ์ของโครงการในเชิงทฤษฎีแห่งการเปลี่ยนแปลงได้ นั่นคือ ผลจากการสัมผัสกิจกรรมในโครงการที่จะทำให้เกิดความเชื่อและมีความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ นำไป

สู่พฤติกรรมการล้างมือ ทำให้แบคทีเรียในน้ำดื่มลดลง และเด็กสุขภาพดีขึ้น ผลการประเมิน พบว่า กลุ่มที่ 1 ล้มเหลว คือได้รับข้อความรณรงค์อย่างเดียว ไม่ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆ กลุ่มที่ 2 ดีขึ้นเล็กน้อย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญจากการได้รับข้อความ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการล้างมือ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการล้างมือ— แต่ก็มีล้มเหลวในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือสุขภาพของเด็ก

การออกแบบการทดลองอย่างดีในการประเมินผลกระทบทำให้ผลการศึกษาน่าเชื่อถือ นักวิจัยยังมีขั้นตอนที่ฉลาดในการจัดการความลำเอียงและความผิดพลาดอีกด้วย ยกตัวอย่างเช่น การวัดพฤติกรรมทางสังคม (อย่างเช่นการล้างมือ) ให้เที่ยงตรงหรือแม่นยำนั้นเป็นเรื่องท้าทายมาก ประชาชนมักรายงานผิดพลาดไปจากความคาดหวังของผู้สำรวจ นำไปสู่การประมาณการที่สูงเกินความเป็นจริง การประเมินผลมีอาจหลบหลีกปัญหาเหล่านี้ได้ทั้งหมด แต่สามารถลดความลำเอียงลงได้ด้วยการใช้มาตรการต่างๆ ในการประเมินความถี่ของการล้างมือ ได้แก่ การสังเกตสภาพทั่วไปของครัวเรือน สังเกตการณ์ล้างมือโดยตรง และสังเกตความสะอาดของมือผู้ดูแลเด็ก นอกเหนือจากพฤติกรรมที่รายงานมา

ยกตัวอย่างเช่น ความร่วมมือของโรงเรียนไม่เท่ากัน บางโรงเรียนให้ความร่วมมือในบางกิจกรรมเท่านั้น อีกทั้ง อัตราการโอนย้ายครูอยู่ในระดับสูง การอบรมครูจึงมีผลลดน้อยลง ครูบางคนยังต่อต้าน ไม่เห็นด้วยกับการใช้เวลาเรียนไปกับการส่งเสริมการล้างมือ

ความท้าทายทั้งหลายเหล่านี้กลายเป็นปัญหาที่หลากหลายในการดำเนินงาน โครงการล้างมือไม่มีระบบประกันคุณภาพสำหรับหลากหลายเครือข่ายที่ต้องทำงานเป็นแนวหน้า จึงเป็นไปได้ที่จะมีวิธีการสื่อสารและใช้ข้อความที่ตรงกันทั้งหมด สื่อต่างๆ มิได้มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ และสื่อสิ่งพิมพ์ที่ต้องแปลเป็นภาษาท้องถิ่นที่หลากหลายก็ไม่คงเส้นคงวาชั้นอยู่กับผู้แปล ณ จุดบริการ การสื่อสารข้อความออกไปจึงมีความเสี่ยงที่จะไม่ตรงกัน ทำให้ผู้ใช้ภาษาท้องถิ่นบางแห่งไม่เข้าใจ อีกทั้งความต้องการสถานีล้างมือ Super Jaboncin ก็มีมากกว่าที่จัดไว้ให้<sup>36</sup>

นอกจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการสนับสนุนทางกายภาพแล้ว โครงการล้างมือยังมุ่งส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการล้าง

มือซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การล้างมือมีความแพร่หลายและมีความยั่งยืน<sup>37</sup> แม้พันธสัญญาในระดับประเทศที่มีต่อโครงการล้างมืออยู่ในระดับสูง แต่ในระดับจังหวัดนั้น ก็มีความแตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะ มีการบูรณาการโครงการนี้เข้ากับงานประจำของหน่วยงานรัฐในทุกระดับรัฐบาลกลางจึงต้องสนับสนุนทรัพยากรอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ภาคีเครือข่ายได้ทำงานร่วมกัน รวมทั้งต้องดูแลความก้าวหน้าด้วย<sup>38</sup>

### นัยสำหรับสุขภาพโลก

ในระยะสั้น โครงการระดับเล็กแสดงให้เห็นว่า การล้างมือด้วยสบู่สามารถลดโรคท้องเสียในเด็กได้ แต่มีปัญหาล้างมือสำหรับโครงการที่ขยายใหญ่ ประสิทธิภาพของสเปรูแสดงให้เห็นว่าสุขนิสัยส่วนตัวที่เป็นผลส่วนผสมอันซับซ้อนระหว่างพลังทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสังคมไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทุกอย่างในเวลาอันสั้น การส่งเสริมสุขภาพต้องใช้เวลามาก

ในการต่อกรกับพลังดังกล่าวในระดับปัจเจกบุคคลและขับเคลื่อนความรู้ไปสู่พฤติกรรมที่ยั่งยืนและเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในที่สุด (ดูกล่อง 2 ประกอบ)

โครงการล้างมือในเปรูให้ความสำคัญกับการประเมินผลกระทบเป็นอย่างมาก ผู้จัดการโครงการบอกเหตุผลของความล้มเหลวหรือความสำเร็จได้จากงานวิจัยเชิงคุณภาพและหลักฐานเชิงปริมาณ ลักษณะเช่นนี้จะนำไปได้หากโครงการนั้นมีการวางแผนที่ดีและมีงบประมาณเพียงพอสำหรับการติดตามผลลัพธ์สำคัญๆ

กรมวิชาการต่างๆ และผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากต่างทุ่มเทให้กับการส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และปัจจุบันก็เป็นที่ยอมรับแล้วว่า การส่งเสริมการล้างมือต้องเผชิญความท้าทายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการอื่น เช่น การส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัย การส่งเสริมให้บริโภคเพื่อสุขภาพ การให้ความรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อเรื่องการล้างมือและการเพิ่มการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่จำเป็น ก็ยังไม่สามารถปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นได้ จะต้องทุ่มเทความพยายามให้มากขึ้นจนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง โดยมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและยั่งยืนในระยะยาว<sup>39</sup>

โครงการขยายการล้างมือไปทั่วโลกยังพบว่า เป็นเรื่องยากที่จะทำให้เกิดสมดุระหว่าง ประสิทธิภาพ ขนาดของโครงการ และความยั่งยืนในการใช้กลยุทธ์แห่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างกว้างขวางดังเช่นผู้เชี่ยวชาญได้เรียนรู้ว่า พฤติกรรมใหม่จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้เผชิญการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต ดังนั้น การเลือกเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเฉพาะ เช่น เลือกมารดาที่จะมีลูกคนแรก จะดีกว่าเลือกผู้เป็นมารดาทั้งหมดแต่กลุ่มนี้จะครอบคลุมประชากรได้น้อยกว่า<sup>40</sup>

กลยุทธ์อื่นที่มีความเป็นไปได้คือ บูรณาการการล้างมือเข้ากับสุขนิสัยอื่นที่มารดาพยายามปลูกฝังลูก เช่น การแปรงฟันให้ลูก เมื่อเวลาผ่านไป เด็กก็จะเปลี่ยนนิสัยได้จากกรกระทำและการเฝ้าดูพฤติกรรมจากแม่ สิ่งเตือนความจำทางสายตา เช่น สถานีล้างมือ Super Jaboncin ที่ตั้งอยู่บริเวณทางออกของห้องน้ำ จะช่วยเตือนประชาชนให้ดำเนินขั้นตอนเพื่อสุขภาพ ละทิ้งพฤติกรรมอัตโนมัติแบบเดิมๆ ได้<sup>41</sup> วิธีการทางสังคม นวัตกรรมที่ใช้เปลี่ยนแปลงมาตรฐานสังคมจะเป็นประโยชน์ต่อเรื่องนี้

จากผลการประเมินและข้อค้นพบอื่นๆ ธนาคารโลกจึงมิได้สนับสนุนการล้างมือเป็นโครงการโดดเดี่ยวอีกต่อไป โครงการนี้ถูกบูรณาการเข้ากับโครงการสุขภาพชุมชนทั่วประเทศ (ดูกรณีที่ 20 ในเล่มนี้) อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมการล้างมือยังคงดำเนินต่อไปในเปรู รัฐบาลภูมิภาค 5 แห่งจัดสรรเงินของตนเองเพื่อดำเนินกิจกรรมต่อไป และในระดับประเทศนั้น กระทรวงสาธารณสุขและการศึกษาได้จัดกิจกรรมการล้างมือขนาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2554 เพื่อแสดงให้เห็นพันธสัญญาของ

รัฐบาล ความพยายามของพวกเขาและการตอบรับที่มีอย่างท่วมท้นจึงเป็นที่น่ายินดี เมื่อเปรูได้รับการบันทึกไว้ใน Guinness World Record ว่า มี “จำนวนคนล้างมือ ณ จุดต่างๆ ในประเทศมากที่สุดในโลก” ในปี นั้น<sup>42</sup>

แม้เหตุผลเฉพาะที่ทำให้โครงการล้มเหลวจะยังไม่ชัดเจน แต่ก็มีหลักฐานที่จะใช้เป็นฐานในการปรับปรุงกลยุทธ์การล้างมือในประเทศต่อไป ซึ่งสมควรแก่การติดตามอย่างละเอียดในขณะที่เปรูเคลื่อนไปข้างหน้าเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาในระดับกระทรวงครั้งใหม่เกี่ยวกับการล้างมือที่เรียกร้องการมีส่วนร่วมมากขึ้นจากรัฐบาลท้องถิ่น โดยให้เครือข่ายชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ จะมีการให้ทุนตามผลงานและปรับปรุงการติดตามให้ดีขึ้นโดยดูจากพฤติกรรมพร้อมข้อมูลสะท้อนกลับ<sup>43</sup> การเรียนรู้ต่อไปยังคงมีความจำเป็นเพื่อให้การขยายโครงการล้างมือประสบความสำเร็จในระดับประเทศ ทั้งในเปรูและประเทศอื่นๆ ทั่วโลก

## กล่อง 2. การส่งเสริมการล้างมือในเวียดนาม: อีกหนึ่งความท้าทายที่ยากลำบาก

ที่เวียดนาม โครงการขยายการล้างมือไปทั่วโลกได้เข้ามาช่วยปรับปรุงโครงการล้างมือระดับประเทศที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้นใน 7 จังหวัด<sup>44</sup> โครงการนี้ทำงานร่วมกับสหภาพสตรีเวียดนาม เพื่อเน้นย้ำเวลาสำคัญที่ต้องล้างมือและส่งเสริมการล้างมือด้วยสบู่ซึ่งเป็นสิ่งที่ “แม่ที่ดี” ควรกระทำเพื่อสุขภาพและพัฒนาการที่ดีของลูก ผลปรากฏว่า ในจังหวัดภายใต้โครงการนั้น ประชาชนมีความรู้เรื่องการล้างมือดีขึ้น แต่จากการรายงานด้วยตนเอง การล้างมือด้วยสบู่ได้เพิ่มขึ้น ผลลัพธ์เป็นเช่นเดียวกับโครงการในประเทศเปรูที่ล้มเหลวในการลดความชุกของโรคท้องเสียและการติดเชื้อในทางหายใจแบบเฉียบพลันในเด็ก<sup>45</sup>

เหตุผลคืออะไร? โครงการเสริมนี้ดำเนินการทั่วประเทศจึงทำให้ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการเจือจางลง นอกจากนี้ คุณลักษณะของประชากรที่ศึกษาอาจมีกรอบวง แม้ผู้เข้าร่วมจะรู้สึกว่าการล้างมือให้ประโยชน์แต่เนื่องจากความเจ็บป่วยของเด็กมีความเสี่ยงที่รุนแรงพอจะจูงใจให้เปลี่ยนพฤติกรรมได้ นอกจากนี้โครงการยังลงไปผิดกลุ่มเป้าหมาย ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงที่ทำมาหากินไม่มีเวลาว่างพอที่จะมาเข้ารับการอบรม อีกทั้งสหภาพสตรีเวียดนามอาจใช้วิธีการอบรมแบบล้าสมัย คือให้ฟังอย่างเดียว มิใช่การสื่อสารแบบสองทาง

## อ้างอิง

- Ansari, Shamim A., Syed A. Sattar, V. Susan Springthorpe, George A. Wells, and Walter Tostowaryk. 1989. "In Vivo Protocol for Testing Efficacy of Hand - Washing Agents against Viruses and Bacteria: Experiments with Rotavirus and Escherichia Coli." *Applied and Environmental Microbiology* 55 (2): 3113-18.
- Banerjee, Abhijit V., and Esther Duflo. 2011. *Poor Economics: A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*. New York: PublicAffairs.
- Borghi, J., L. Guinness, J. Ouedraogo, and V. Curtis. 2002. "Is Hygiene Promotion Cost-Effective? A Case Study in Burkina Faso." *Tropical Medicine and International Health* 7 (11): 960-69. doi:10.1046/j.1365 - 3156.2002.00954.x.
- Cairncross, Sandy, Jamie Bartram, Oliver Cumming, and Clarissa Brocklehurst. 2010. "Hygiene, Sanitation, and Water: What Needs to Be Done?" *PLoS Medicine* 7 (11): e1000365. doi:10.1371/journal.pmed.1000365.
- Chumpitazi, Mario. 2010. "Super Jaboncín al Rescate." *Boletín Jabocín* 3. Image, February 26. <https://infografiasos.wordpress.com/tag/boletin-informativo/>.
- Coombes, Yolande, and Jacqueline Devine. 2010. *Introducing FOAM: A Framework to Analyze Handwashing Behavior to Design Effective Handwashing Programs*. Washington, DC: Water and Sanitation Program. [http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP\\_IntroducingFOAM\\_HHWS.pdf](http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP_IntroducingFOAM_HHWS.pdf).
- Curtis, Val, and Sandy Cairncross. 2003. "Effect of Washing Hands with Soap on Diarrhoea Risk in the Community: A Systematic Review." *Lancet Infectious Diseases* 3 (5): 275-81. doi:10.1016/S1473 - 3099(03)00606 - 6.
- Curtis, V.A., L.O. Danquah, and R.V. Aunger. 2009. "Planned, Motivated and Habitual Hygiene Behaviour: An Eleven Country Review." *Health Education Research* 24 (4): 655-73. doi:10.1093/her/cyp002.
- Dutton, Penelope, Rocio Florez Paschiera, and Nga Kim Nguyen. 2011. *The Power of Primary Schools to Change and Sustain Handwashing with Soap among Children: The Cases of Vietnam and Peru*. Lima, Peru: Water and Sanitation Program.
- Ejemot - Nwadiaro, Regina I., John E. Ehiri, Dachi Arikpo, Martin M. Meremikwu, and Julia A. Critchley. 2015. "Hand Washing Promotion for Preventing Diarrhea." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015 (9). Article CD004265. doi:10.1002/14651858.CD004265.pub3.
- Faix, R.G. 1987. "Comparative Efficacy of Handwashing Agents against Cytomegalovirus." *Infection Control* 8 (4): 158-62.
- Fan, Victoria Yue - May, and Ajay Mahal. 2011. "What Prevents Child Diarrhoea? The Impacts of Water Supply, Toilets, and Hand - Washing in Rural India." *Journal of Development Effectiveness* 3 (3): 340-70. doi:10.1080/19439342.2011.596941.
- Favin, Michael. 2011. *Endline Assessment of the Enabling Environment in Peru*. Washington, DC: Water and Sanitation Program.
- Fewtrell, Lorna, Rachel B. Kaufmann, David Kay, Wayne Enanoria, Laurence Haller, and John M. Colford. 2005. "Water, Sanitation, and Hygiene Interventions to Reduce Diarrhoea in Less Developed Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Lancet Infectious Diseases* 5 (1): 42-52. doi:10.1016/S1473 - 3099(04)01253 - 8.
- Galiani, Sebastian, Paul Gertler, and Alexandra Orsola - Vidal. 2012. *Promoting Handwashing Behavior in Peru: The Effect of Large - Scale Mass - Media and Community Level Interventions*. Policy Research Working Paper 6257. Washington, DC: Water and Sanitation Program.
- Galiani, Sebastian, and Alexandra Orsola - Vidal. 2010. *Scaling Up Handwashing Behavior: Findings for the Impact Evaluation Baseline Survey in Peru*. Washington, DC: Water and Sanitation Program.
- Gibson, L.L., J.B. Rose, C.N. Haas, C.P. Gerba, and P.A. Rusin. 2002. "Quantitative Assessment of Risk Reduction from Hand Washing with Antibacterial Soaps." *Journal of Applied Microbiology* 92 (s1): 136S-143S. doi:10.1046/j.1365 - 2672.92.5s1.17.x.
- IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation). 2015. *GBD Compare*. Accessed December 9. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- . 2013b. *GBD Profile: Peru*. Seattle, WA: IHME. [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country\\_profiles/GBD/ihme\\_gbd\\_country\\_report\\_peru.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_peru.pdf).
- Jamison, Dean T., Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, et al., eds. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. New York and Washington, DC: Oxford University Press and World Bank.
- Lamberti, Laura M., Christa L. Fischer Walker, Adi Noiman, Cesar Victora, and Robert E. Black. 2011. "Breastfeeding and the Risk for Diarrhea Morbidity and Mortality." *BMC Public Health* 11 (Suppl 3): S15. doi:10.1186/1471-2458-11-S3 - S15.
- Larson, Elaine, Allison Aiello, Lillian V. Lee, Phyllis Della - Latta, Cabilia Gomez - Duarte, and Susan Lin. 2003. "Short - and Long - Term Effects of Handwashing with Antimicrobial or Plain Soap in the Community." *Journal of Community Health* 28 (2): 139-50.
- Luby, Stephen P., Mubina Agboatwalla, Daniel R. Feikin, John Painter, Ward Billhimer, Arshad Altaf, and Robert M. Hoekstra. 2005. "Effect of Handwashing on Child Health: A Randomised Controlled Trial." *Lancet* 366 (9481): 225-33. doi:10.1016/S0140 - 6736(05)66912 - 7.
- Madajewicz, Malgosia, Alexander Pfaff, Alexander van Geen, Joseph Graziano, Iftikhar Hussein, Hasina Momotaj,

## อ้างอิง (ต่อ)

- Roksana Sylvi, and Habibul Ahsan. 2007. "Can Information Alone Change Behavior? Response to Arsenic Contamination of Groundwater in Bangladesh." *Journal of Development Economics* 84: 731-54.
- MINSA (Ministry of Health of Peru). 2012. Resolución Ministerial. Vol. 773-2012/MINSA. Lima, Peru: Republic of Peru.
- Montville, Rebecca, Yuhuan Chen, and Donald W. Schaffner. 2002. "Risk Assessment of Hand Washing Efficacy Using Literature and Experimental Data." *International Journal of Food Microbiology* 73 (2-3): 305-13. doi:10.1016/S0168-1605(01)00666-3.
- NDTV. 2015. "Guinness Book Recognises Madhya Pradesh's World Record in Washing Hands," July 4. <http://www.ndtv.com/india-news/guinness-book-recognises-madhya-pradeshs-world-record-in-washing-hands-778023>.
- Reyes, Jorge, and Luis H. Ochoa. 2001. *Encuesta Demográfica Y de Salud Familiar 2000*. Lima, Peru: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Rocio, Flores. 2012. *Making the Hard - to - Reach . . . Reachable: Experiences on Public Private Partnerships for Hygiene Promotion in Peru*. Lima, Peru: World Bank, Water and Sanitation Program. <https://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP-Making-the-Hard-to-Reach-Reachable.pdf>.
- Waddington, Hugh, Birte Snilstveit, Howard White, and Lorna Fewtrell. 2009. *Water, Sanitation and Hygiene Interventions to Combat Childhood Diarrhoea in Developing Countries. Synthetic Review 001*. New Delhi, India: International Initiative for Impact Evaluation (3ie). [http://www.3ieimpact.org/media/filer\\_public/2012/05/07/17-2.pdf](http://www.3ieimpact.org/media/filer_public/2012/05/07/17-2.pdf).
- Whitby, Michael, Mary - Louise McLaws, and Michael W. Ross. 2006. "Why Healthcare Workers Don't Wash Their Hands: A Behavioral Explanation." *Infection Control and Hospital Epidemiology* 27 (5): 484-92.
- WHO (World Health Organization). 2013. "Protecting Breast - feeding in Peru," July. [http://www.who.int/features/2013/peru\\_breastfeeding/en/](http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/en/).
- World Bank. 2005. *The Handwashing Handbook: A Guide for Developing a Hygiene Promotion Program to Increase Handwashing with Soap*. Document 32302. Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2005/01/5794173/handwashing-handbook-guided-developing-hygiene-promotion-program-increase-handwashing-soap>.
- WHP (World Hygiene Programme). 2015. "Handwashing." Accessed August 10. <http://cargocollective.com/whp/Handwashing>.
- WSP (Water and Sanitation Program). 2010. *Peru: A Handwashing Behavior Change Journey*. Washington, DC: Water and Sanitation Program. [http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP\\_PeruBehaviorChange\\_HWWS.pdf](http://www.wsp.org/sites/wsp.org/files/publications/WSP_PeruBehaviorChange_HWWS.pdf).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Curtis, Danquah, and Aunger (2009).
2. Whitby, McLaws, and Ross (2006).
3. WHP (2015).
4. Curtis, Danquah, and Aunger (2009).
5. Reyes and Ochoa (2001).
6. Lamberti et al. (2011).
7. IHME (2013b); WHO (2013).
8. IHME (2013a).
9. WSP (2010).
10. Galiani and Orsola - Vidal (2010).
11. Curtis and Cairncross (2003); Faix (1987); Ansari et al. (1989); Luby et al. (2005); Gibson et al. (2002); Montville, Chen, and Schaffner (2002); Fewtrell et al. (2005); Larson et al. (2003).
12. Curtis, Danquah, and Aunger (2009); Cairncross et al. (2010); Waddington et al. (2009).
13. Cairncross et al. (2010); Fan and Mahal (2011); Galiani, Gertler, and Orsola - Vidal (2012).
14. Jacqueline Devine, personal communication with the author, September 4, 2014.
15. World Bank (2005).
16. Favin (2011).
17. Favin (2011).
18. Galiani and Orsola - Vidal (2010).
19. Galiani, Gertler, and Orsola - Vidal (2012).
20. WSP (2010); Curtis, Danquah, and Aunger (2009).
21. Dutton, Paschiera, and Nguyen (2011).
22. Chumpitazi (2010).
23. Galiani and Orsola - Vidal (2010).
24. Favin (2011).
25. Favin (2011).
26. WSP (2010).
27. Fewer *E. coli* and other microorganisms were found in drinking water in the treatment group, but the amount was not statistically significant.
28. Studies in selected provinces found a reduction in children's diarrhea following handwashing promotion activities, but the studies did not use experimental designs, which made it difficult to attribute the cause of the change (Rocio 2012).
29. Ejemot - Nwadiaro et al. (2015); Curtis and Cairncross (2003).
30. Galiani, Gertler, and Orsola - Vidal (2012).
31. Galiani, Gertler, and Orsola - Vidal (2012).
32. Borghi et al. (2002).
33. Jamison et al. (2006).
34. WSP (2010).
35. Favin (2011).
36. WSP (2010).
37. Favin (2011).
38. Favin (2011).
39. Madajewicz et al. (2007); Banerjee and Duflo (2011).

**อ้างอิงท้ายเรื่อง (ต่อ)**

40. Jacqueline Devine, personal communication with the author, September 4, 2014.
41. Curtis, Danquah, and Aunger (2009); NDTV (2015).
42. NDTV (2015).
43. MINSA (2012).
44. Dutton, Paschiera, and Nguyen (2011).
45. Dutton, Paschiera, and Nguyen (2011).

## วิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการคัดเลือกและวิเคราะห์กรณีต่างๆ ในหลายล้านชีวิตรอด

บทนี้ เราจะอธิบายและอภิปรายเกี่ยวกับกระบวนการที่ใช้ในการเลือกกรณีใหม่เข้ามาบรรจุใน *หลายล้านชีวิตรอด* และบททวนสั้นๆ เกี่ยวกับวิธีการประเมินผลที่ใช้ในกรณีศึกษาต่างๆ รวมทั้งวิธีการประมาณการความคุ้มค่าที่เห็นว่าใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

### กระบวนการคัดเลือกกรณีศึกษา

กรณีศึกษาต่างๆ ใน *หลายล้านชีวิตรอด* เป็นโครงการความพยายามขนาดใหญ่ที่มุ่งปรับปรุงเรื่องสุขภาพและส่วนใหญ่ก็ประสบความสำเร็จ สามารถช่วยให้ประชาชนหลายล้านคนรอดชีวิตและช่วยป้องกันความทุกข์ทรมานที่ไม่น่าจะเกิดขึ้น แต่ละกรณีเข้าเกณฑ์ตามที่ระบุไว้ในบทนำ (จะกล่าวถึงเกณฑ์เหล่านี้อีกครั้งในกล่อง 1) ที่สำคัญที่สุด แต่ละกรณีจะต้องมุ่งแก้ปัญหาใหญ่ๆ เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากการดำเนินงานนั้น และดำเนินการในพื้นที่ที่กว้างขวางเป็นเวลาหลายปี อีกทั้งกรณีต่างๆ ก็ควรมีหลักฐานแห่งความสำเร็จจากการลงทุนลงไปเพื่อปรับปรุงในด้านสุขภาพ มีเพียงบางโครงการเท่านั้นที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง

การค้นหาและคัดเลือกกรณีศึกษาเหล่านี้เป็นเรื่องที่ทำหายอย่างมาก ผลการประเมินจะขึ้นๆ ลงๆ หลายการศึกษาชี้ว่า เป็นเพราะนโยบายที่ทำให้ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลง บางกรณีไม่มีการประเมินค่าใช้จ่ายควบคู่ไปกับการประเมินผลกระทบ จริงอยู่ว่าไม่จำเป็นจะต้องประเมินอย่างจริงจังในทุกโครงการ แต่ในกรณีที่เป็นเรื่องใหญ่ เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นความตาย ความทุกข์ยากทรมานหรือเป็นเรื่องทางการแพทย์อีกทั้งมีการลงทุนสูง ก็จำเป็นต้องมีการประเมินผลกระทบเพื่อดูการกระจายทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด เพื่อช่วยให้ผู้บริหารได้ปรับปรุงโครงการ และเพื่อกระตุ้นการลงทุนให้มากขึ้นจากผู้ควบคุมเงิน

กระบวนการคัดเลือกกรณีศึกษาของ *หลายล้านชีวิตรอด* เป็นไปอย่างเข้มงวดจริงจัง เปิดเผย และโปร่งใส เราทำงานร่วมกับเครือข่ายที่ให้ความสำคัญกับการควบคุมโรค (Disease Control Priorities Network: dcp - 3.org) ในการค้นหากรณีศึกษาพร้อมกับร่วมกันศึกษาด้วย มีการเชิญชวนให้ยื่นเรื่องเข้ามาทางเว็บไซต์ของศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก

### กล่อง 1. เกณฑ์การคัดเลือกของหลายล้านชีวิตรอด

**ความสำคัญ** มีการออกแบบกิจกรรมให้สามารถแก้ปัญหาที่มีความสำคัญในด้านสาธารณสุข มีการนำอัตราตาย อัตราป่วย หรือมาตรวัดอื่นๆ ที่ได้มาตรฐาน เช่น การสูญเสียปีสุขภาวะ มาใช้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญ รวมถึงมีการนำตัวชี้วัดอื่นๆ มาพิจารณาด้วย เช่น ความเป็นธรรม หรือความต้องการทรัพยากรในระบบสุขภาพ

**ผลกระทบ** กิจกรรมหรือโครงการต่างๆ นั้นก่อนผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรอย่างน้อยหนึ่งผลลัพธ์ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วย มีการพิจารณาหลักฐานของผลกระทบเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องจากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด โดยใช้ระเบียบวิธีศึกษาแบบการทดลองหรือกึ่งการทดลอง

**ขนาดของโครงการ** ต้องมีการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีขนาดใหญ่พอสมควรโดยทั่วไปน่าจะเป็นระดับประเทศ แต่ระดับภาคของประเทศก็อาจได้รับการอนุมัติได้ เช่นโครงการที่จำกัดอยู่เพียงบางพื้นที่แต่รัฐบาลมีพันธสัญญาอย่างเข้มแข็งก็อาจได้รับการจัดให้เป็นระดับประเทศได้

**ระยะเวลาดำเนินการ** มีการดำเนินกิจกรรมทั่วทั้งพื้นที่ในวงกว้างอย่างน้อย 5 ปี

(Center for Global Development) และเว็บไซต์ของ dcp - 3.org ทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ และค้นหาวรรณกรรมโดยเฉพาะจากโคchrane (cochrane.org) โครงการประเมินผลกระทบระหว่างประเทศ (International Initiative for Impact Evaluation: 3ieimpact.org/evidence) และฐานข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการประเมินผลและการทบทวนอย่างเป็นทางการเป็นระบบ เราอาศัยกลุ่มที่ปรึกษาที่เป็นบุคคลผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกและกลุ่มที่ปรึกษากายในที่เป็นนักเศรษฐศาสตร์ทำหน้าที่พิจารณาว่ากรณีใด

บ้างที่เข้าเกณฑ์ของ *หลายล้านชีวิตโรค* สุดท้ายนี้ เราได้ขอความช่วยเหลือจากประชาชนทั่วไปให้มีส่วนร่วมในการออกแบบการดำเนินงาน หรือการประเมินผลโครงการหรือนโยบายนั้นๆ เพื่อทบทวนแต่ละกรณีศึกษาเมื่อเราต้องเผชิญกับเรื่องยากๆ ที่ต้องเลือก ตัวอย่างเช่น มาลาเรีย เราก็จะขอความเห็นจากสาธารณชนผ่านทางบล็อกของศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก ซึ่งทำให้เราได้ทั้งแง่มุมใหม่ๆ และหลักฐานเพิ่มเติม'

ด้วยกระบวนการข้างต้น ทำให้เราได้บัญชีรายชื่อกรณีศึกษาจำนวนหนึ่งมา ซึ่งมีจำนวนไม่มาก แต่แต่ละกรณีได้มาจากกรรพรวมหลักฐานและเอกสารอ้างอิง ผนวกกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ในบรรดาเอกสารอ้างอิงเหล่านั้น จะมี 1 - 3 รายงานที่เป็นการประเมินผลสำคัญหรือเป็นการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ ซึ่งเตรียมขึ้นเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร และได้สกัดผลกระทบของโครงการหรือนโยบายในด้านผลลัพธ์ต่อสุขภาพออกมาให้เห็นได้

กระบวนการคัดเลือกของเราทำให้เราจำต้องตัดผู้เข้าชิงที่เข้มแข็งออกหลายราย โครงการที่ต่อสู้กับโรคไม่ติดต่อจำนวนหนึ่งเกือบจะเข้ารอบ เช่น ในอินเดียมีการตรวจปากมดลูกด้วยสายตาโดยใช้กระดาษสัมผัสสายชูเพื่อกลั่นกรองมะเร็งปากมดลูก ในแอฟริกาใต้มีการลดการบริโภคเกลือในอาหารด้วยการสนับสนุนขนมปังระดับประเทศ และในหลายพื้นที่มีการใช้ยาสูตรหลายเม็ดเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้วย แม้ว่าโครงการเหล่านี้จะมีแนวโน้มว่าสามารถปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นได้ แต่ก็ขาดเกณฑ์การคัดเลือกไปอย่างน้อย 1 เกณฑ์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเกณฑ์ด้านระยะเวลาดำเนินการหรือไม่ก็ด้านขนาดของโครงการ

ไม่มีกระบวนการคัดเลือกใดที่สมบูรณ์แบบ เช่นเดียวกับกระบวนการที่ *หลายล้านชีวิตโรค* เลือกสรรมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่เรามีข้อจำกัดในเรื่องความใหม่ของหลายโครงการที่เข้ารอบมา แม้ว่าเราจะมีหลักฐานที่ดีที่สุดอยู่ในมือขณะเขียนนี้ แต่วันที่ผ่านไป ก็มีข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพใหม่ๆ เข้ามาอยู่เสมอ การศึกษาซ้ำเพื่อยืนยันการประเมินผลระยะยาวขึ้น รูปแบบของปัจจัยเสี่ยงและเชื้อโรคที่พัฒนาขึ้น เทคโนโลยีใหม่ๆ และปัจจัยอื่นๆ ทำให้เราค่อยๆ เข้าใจมากยิ่งขึ้นและทำให้สามารถประเมินนโยบายหรือโครงการเหล่านี้ได้ดียิ่งขึ้นด้วย ยกตัวอย่างเช่น กรณีหนึ่งใน "เรียนรู้จากความล้มเหลว" ของเรา รัฐบาลได้ส่งเสริมและสนับสนุนการคลอดในโรงพยาบาลในคูชราต ประเทศอินเดีย โครงการนี้ก็ยังคงมีการทำการศึกษาต่อจนถึงปี พ.ศ. 2558 ผลของการประเมินผลนี้อาจจะทำให้เราได้ข้อค้นพบใหม่ที่ส่งผลต่อสุขภาพต่างจากเดิมเมื่อเวลาผ่านไปยาวนานขึ้นก็เป็นได้

## การพิสูจน์ผลกระทบที่เกิดขึ้น

หนึ่งในเกณฑ์การคัดเลือกกรณีของ *หลายล้านชีวิตโรค* ก็คือ กรณีนั้นๆ จะต้องมีผลกระทบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นจากโครงการหรือนโยบายนั้นๆ ดังนั้น นักวิจัยผู้ประเมินจะต้องประมาณการด้านตรงข้ามของนโยบายหรือโครงการต่างๆ ด้วย นั่นคือ ภาวะสุขภาพของประชาชนจะเป็นเช่นไรถ้าไม่ได้เข้าร่วมโครงการนั้น วิธีการประมาณการด้านตรงข้ามมีความสำคัญมากซึ่งจะส่งผลให้การประเมินผลกระทบมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

แต่ถ้าการออกแบบการประเมินผลกระทบไม่ดี ก็จะทำให้การประมาณการด้านตรงข้ามเป็นไปได้ยาก อันเนื่องมาจากความลำเอียงในการเลือก (เมื่อการประมาณการผลกระทบระหว่างผู้มีสิทธิกับผู้ไม่มีสิทธิมีความแตกต่างกันมากหรือน้อยเกินไป) ยกตัวอย่างเช่น ประชาชนที่เลือกจะใช้บริการหรือจะเข้าร่วมโครงการมีความคาดหวังว่าตนเองจะต้องแตกต่างจากผู้ไม่มีสิทธิอย่างมาก พวกเขาจึงมีแรงจูงใจมากกว่าที่จะปรับปรุงทั้งตนเองและภาวะแวดล้อม รวมถึงหมั่นศึกษาหรือให้เวลามากกว่า นักวิจัยพยายามที่จะควบคุมความแตกต่างเหล่านี้แต่พวกเขาก็อาจพลาดในปัจจัยที่สำคัญ เช่น เรื่องแรงจูงใจที่ยากหรือวัดไม่ได้ นั่นหมายถึงว่า ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันนั้น มักจะเกิดจากลักษณะที่ไม่ได้สังเกตเห็นมากกว่าที่จะเกิดจากกิจกรรมแทรกแซงโดยตัวมันเอง

เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงความลำเอียงที่อาจเกิดจากการศึกษาที่ไม่ได้เข้มงวดกับการประมาณการด้านตรงข้าม ในบางโครงการนั้น *หลายล้านชีวิตโรค* ได้เน้นการประเมินแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) ใน RCT นั้น นักวิจัยจะสุ่มประชาชน หน่วยบริการ หรือพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ เป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การสุ่มจะช่วยลดความลำเอียงจากการเลือกโดยทำให้มั่นใจว่าผู้มีสิทธิและผู้ไม่มีสิทธิเริ่มต้นด้วยเงื่อนไขที่คล้ายๆ กันโดยเฉลี่ย ซึ่งจะช่วยให้ นักวิจัยสามารถพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เกิดจากการดำเนินโครงการได้

ในสนามของสุขภาพโลก หลายคนกังวลเกี่ยวกับจริยธรรมของการประเมินแบบสุ่มสำหรับโครงการใหญ่ๆ ที่ปรึกษาท่านหนึ่งของ *หลายล้านชีวิตโรค* กล่าวว่า "ในสถานการณ์ที่ทรัพยากรมีเพียงพอที่จะขยายโครงการให้กว้างขึ้นได้ จะเป็นการผิดจริยธรรมถ้าเลือกทำเฉพาะบางพื้นที่เพียงเพื่อให้ถูกต้องตามการออกแบบประเมินผลเท่านั้น" อย่างไรก็ตาม กรณีต่างๆ ใน *หลายล้านชีวิตโรค* ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผลกระทบที่พบระหว่างการดำเนิน RCT (ประสิทธิศัky) ไม่ใช่ผลกระทบของโครงการเมื่อขยายใหญ่ (ประสิทธิผล) และทำให้เข้าใจได้ว่า กลไกที่

ทำให้บริการดีขึ้นนั้น มันคุ้มค่าต่อการลงทุน ทั้งนี้เนื่องจากความขาดแคลนทรัพยากรในประเทศรายได้ต่ำ ทำให้ไม่สามารถกระจายทรัพยากรได้อย่างครอบคลุมประชากรทั้งหมดที่มีความจำเป็น ดังนั้น การกระจายทรัพยากรแบบค่อยเป็นค่อยไปร่วมกับการดำเนินงานแบบ RCT จึงมีความเป็นไปได้มากกว่าและไม่ผิดในเชิงจริยธรรม

สำหรับโครงการที่ไม่สามารถใช้ RCT ในการประเมินได้ เช่น ไม่เหมาะสมกับคำถามเชิงนโยบาย หรือโครงการหรือนโยบายนั้นครอบคลุมทั่วประเทศแล้ว หรือเป็นไปได้ที่จะใช้วิธีอื่นในการประเมิน ก็จะใช้วิธีประเมินแบบกึ่งทดลองเป็นทางเลือกในการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการ วิธีการประเมินแบบกึ่งทดลองนั้น ยังรวมถึงการศึกษาก่อนและหลังการดำเนินโครงการแบบมีกลุ่มควบคุม การออกแบบการทดลองแบบไม่ต่อเนื่อง และการจับคู่เปรียบเทียบ (เช่น ความแตกต่างในความแตกต่างทั้งหลาย) ด้วย การออกแบบเหล่านี้มีรายละเอียดในตำราสำหรับการอ้างอิงต่างๆ ตัวอย่างเช่น Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (povertyactionlab.org) ก่อนหน้านี้มีชื่อว่า MIT Poverty Action Lab และคู่มือการประเมินผลกระทบ (*Handbook on Impact Evaluation*)<sup>2</sup>

หลายล้านชีวิตรอด เล่มใหม่นี้มีวิธีการประเมินผลที่กล่าวมาทั้งหมดโดยใช้ RCT ในการประเมินโครงการกระจายเงินช่วยเหลือและโครงการสุขภาพิบาล ขณะนี้นักวิจัยได้พัฒนารูปแบบ “ความต่างในความแตกต่างทั้งหลาย” ในการประเมินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย นอกจากนี้ในโครงการที่ไม่มีการประเมินผลกระทบ ผู้ประเมินของ *หลายล้านชีวิตรอด* ก็ได้ใช้วิธีการสังเกตการณ์เพิ่มขึ้นของความครอบคลุมของกิจกรรมควบคู่ไปกับการประมาณการด้านตรงข้ามในการระบุผลกระทบ ตัวอย่างเช่น โครงการให้วัคซีนไวรัสตับบีในประเทศจีน โครงการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย และโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศอินเดีย (โครงการอะวาฮาน) แน่หนอนว่าวิธีการเหล่านี้มีความรัดกุมน้อยกว่า RCT และการประเมินแบบกึ่งทดลอง แต่ก็สามารถแสดงผลกระทบของโครงการได้โดยเทียบกับด้านตรงข้าม สำหรับกรณีของเฮติ ซึ่งเป็นความสำเร็จในการกำจัดโรคโปลิโอ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคโปลิโอมีน้อยเมื่อเทียบกับการกระจายโครงการที่มีขนาดกว้างใหญ่ทำให้ยากที่จะระบุผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโครงการโดยตรงได้ ดังนั้น เราจึงใช้วิธีการพิจารณาปัจจัยต่างๆ หลากหลายที่มีผลต่อการกำจัดโรคโปลิโอ รวมถึงการให้วัคซีนและการปฏิบัติตามแนวทางการกำจัดโรคขององค์การอนามัยโลกและของ Pan American Health Organization

การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อเป็นเรื่องยากในการกำหนดเหตุและผล แม้ว่าจะใช้วิธีการประเมินแบบกึ่งทดลองก็ตาม เนื่องจากมันยากหรือเป็นไปได้เลยที่จะประเมินอุบัติการณ์การเกิดโรคหรือความตายที่รู้สาเหตุ ตัวอย่างเช่น ในโรคมาลาเลีย จะใช้อัตราตายของเด็กจากทุกๆ สาเหตุ (all-cause child mortality: ACCM) ในการวัดผลกระทบเบื้องต้นแทนอัตราตายจากโรคมาลาเลียโดยตรง ทั้งนี้ เพราะว่าการวัดอัตราตายด้วยมาลาเลียโดยตรงเป็นเรื่องยาก อีกทั้ง เป็นเพราะ ACCM สามารถ

สะท้อนความตายจากมาลาเลียทั้งทางตรงและทางอ้อม (ทางอ้อมได้แก่ความตายเนื่องจากโรคโลหิตจาง น้ำหนักแรกเกิดต่ำ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และจากสาเหตุอื่นๆ)<sup>3</sup> หรือแม้กระทั่งในกรณีนี้ก็ยังสามารถประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงใน ACCM เป็นผลมาจากโครงการหรือเป็นผลจากสาเหตุอื่น เช่น สภาพภูมิอากาศ การปรับปรุงที่อยู่อาศัย หรือการเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจในระดับประชากร ทั้งนี้ ยังคงมีช่องว่างที่จะต้องเรียนรู้ต่อไปเกี่ยวกับการให้บริการที่ใช้ RCT หรือวิธีการประเมินผลที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น กลยุทธ์การกระจายมุ้งวิดีดีที่สุดในการก่อกองผลกระทบต่อสุขภาพ?

ประการสุดท้าย *หลายล้านชีวิตรอด* เล่มนี้ได้บรรจุเรื่องราวของหลายโครงการที่มีหลักฐานเข้าขั้นมาตรฐานชั้นสูงแต่ไม่สามารถแสดงผลประโยชน์ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ในการตีความผลลัพธ์เหล่านี้ การจำแนกหลักฐานที่ไม่มีผลกระทบออกจากข้อจำกัดในด้านการออกแบบการศึกษาเป็นเรื่องสำคัญ ยกตัวอย่างเช่น โครงการที่ตำบลแม่ท้อในประเทศบังคลาเทศที่เป็นการจัดการความเจ็บป่วยของเด็กอย่างบูรณาการ โครงการนี้มีกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพสูงและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงให้เกิดการใช้ประโยชน์จากกิจกรรมนั้นๆ เพิ่มขึ้น ปรากฏว่าโครงการนี้ไม่มีผลต่ออัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญ นักวิจัยไม่สามารถตอบได้ว่าโครงการนี้ไม่มีผลกระทบจริงหรือไม่ เนื่องจากมีการลดลงของอัตราการตายของทารกในบังคลาเทศในช่วงเวลาสั้นๆ เท่านั้น มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะมีอำนาจในทางสถิติสำหรับขนาดของผลลัพธ์เล็กๆ ได้ ในทางตรงข้าม ความล้มเหลวอื่นๆ กลับเป็นเรื่องง่ายในการตีความ เพราะการศึกษานั้นๆ มีอำนาจพอและมีการควบคุมอย่างเหมาะสม เช่น ที่แคว้นคุชราต การสนับสนุนให้มีการคลอดที่สถาบันล้มเหลวเพราะการออกแบบโครงการมีปัญหา และโครงการส่งเสริมการล้างมือของเปรูไม่เข้มข้นเพียงพอที่จะเปลี่ยนผลลัพธ์ในด้านการเกิดโรคได้

ประเด็นเหล่านี้ ได้มีการอภิปรายแล้วในกล่อง “ความชัดเจนของหลักฐาน” ภายในเรื่องราวของแต่ละกรณี เราบรรจุเรื่องราวในกล่องเพื่อให้ท่านผู้อ่านได้ใช้วิจารณญาณของท่านเองพิจารณาข้อมูลที่มีอยู่ วิธีการศึกษาที่ใช้ และชี้หน้าหนักของหลักฐานโดยตัวของท่านเองว่าโครงการใดที่นับได้ว่า “ใช้ได้” ในประเทศนั้นๆ และโครงการใดมีความหมายต่อสุขภาพของโลกโดยทั่วไป

## การประเมินความคุ้มค่า

เมื่อทรัพยากรมีจำกัด ผู้บริหารจึงต้องทำงานอย่างหนักในการเลือกและจัดลำดับความสำคัญของงานให้ชัดเจน เพราะเหตุนี้ พวกเขาจะต้องเผชิญกับความจริงที่ทำให้ต้องลำบากใจ แม้จะตัดสินใจจากการพิจารณาที่รอบคอบที่สุดแล้วก็ตาม เช่น เลือกที่จะลงทุนในกิจกรรมหนึ่งซึ่งให้ประโยชน์แก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มหนึ่ง ก็ย่อมจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเหลือเงินน้อยลงสำหรับจ่ายให้กับกลุ่มอื่นๆ



ผลก็คือไม่ว่ากิจกรรมนั้นจะมีประสิทธิผลดีต่อสุขภาพเพียงใด ก็จะต้องพิจารณาข้อมูลค่าใช้จ่ายที่มาพร้อมกับประโยชน์นั้นด้วยว่ามันคุ้มค่าหรือไม่ การวิเคราะห์ความคุ้มค่าจะช่วยผู้บริหารตอบคำถามสำคัญ แต่ทว่าทว่าการวิเคราะห์ความคุ้มค่าพบได้น้อยในการดำเนินโครงการและในการประเมินผลกระทบที่มีการประเมินผลเพียงไม่กี่งานภายใต้กรณีศึกษาเหล่านี้ที่มีการประมาณการความคุ้มค่าเป็นของตนเอง

เพื่อที่จะช่วยปิดช่องว่างดังกล่าว เราได้ดำเนินการประเมินความคุ้มค่าของกรณีต่างๆ ในเล่มนี้ด้วยตัวของเราเอง เราเลือกกรณีที่เหมาะสมความสำเร็จภายใต้หัวข้อ “การกระจายยาและเทคโนโลยี” และหัวข้อ “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประชากรวงกว้างเพื่อลดความเสี่ยง” เพื่อนำมาวิเคราะห์ความคุ้มค่านี้ เนื่องจากกรณีเหล่านี้เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพด้านเดียวและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น สามารถแปลงไปเป็นปี สุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs) ได้ และมีเพียง 1 กรณีในแต่ละหัวข้ออีก 2 หัวข้อคือ “การขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ” และ “การใช้วิธีการอินเจเนตไปยังเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพ” ที่ถูกเลือก คือ “แผนกานิดทารกแห่งอาร์เจนตินา” และ “การจ่ายเงินให้เด็กเปราะบางอย่างยุติธรรมโครงการอินเจเนตช่วยเหลือทางสังคมแห่งเคนยา” โครงการเหล่านี้ไม่มีเพียงแต่ก่อให้เกิดผลกระทบด้านบวกที่เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพจำนวน 1 ผลลัพธ์หรือมากกว่าแล้ว แต่ยังก่อให้เกิดประโยชน์อีกหลายประการนอกเหนือจากที่วัดได้ในการศึกษานี้ด้วย

การประมาณการเหล่านี้ เราไม่ได้มุ่งหวังให้เป็นคำตอบสุดท้ายที่เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงภาระโรคหรือความคุ้มค่าของแต่ละโครงการ รวมทั้งมิได้มุ่งหมายให้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการกระจายทรัพยากร เพียงแต่ต้องการชี้ให้เห็นประโยชน์ของโครงการและค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของมัน รวมถึงวิธีการคำนวณ ตัวอย่างเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าขนาดการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์และการประเมินอย่างเป็นทางการให้มากขึ้น ทั้งนี้ยังมีวิธีการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์อื่นๆ ที่อาจจะนำมาใช้ได้ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน - ผลประโยชน์ (cost - benefit analysis) ที่แสดงประโยชน์ในเชิงปริมาณเป็นรูปตัวเงิน และยังสามารถประเมินประโยชน์ได้กว้างขวางมากขึ้น มากกว่าด้านสุขภาพอีกด้วย

ในการประมาณการความคุ้มค่า ขั้นต้น เราได้ประเมินผลกระทบด้านโรคและสุขภาพที่เกิดขึ้นสำหรับแต่ละกรณีศึกษาในรูปของความตายและการหลีกเลี่ยง DALYs เราได้ปฏิบัติตามระเบียบวิธีการคำนวณ DALY ขององค์การอนามัยโลก อีกทั้งเรายังได้ประเมินค่าใช้จ่ายเป็นเงินที่ต้องใช้ในการจัดกิจกรรมจากมุมมองของระบบสุขภาพอีกด้วย โดยทั่วไป เราไม่ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายที่หลีกเลี่ยงได้สำหรับความเจ็บป่วยในอนาคตหรือจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ของโครงการจึงรวมเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการเงิน (มิใช่ภาพรวมด้านเศรษฐกิจ)

และเพื่อให้ง่าย เราจึงตั้งสมมติฐานว่า ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีค่าคงที่ หรือไม่มีความสำคัญที่จะนำมาคำนวณ

โดยทั่วไปแล้วมีการแนะนำให้แสดงความคุ้มค่าด้วยอัตราส่วนที่เพิ่มขึ้น นั่นคือดูว่าประโยชน์ด้านสุขภาพในเชิงปริมาณเพิ่มขึ้นเท่าใดในทุกๆ 1 เหรียญสหรัฐที่จ่ายเพิ่มขึ้น โดยประเมินเปรียบเทียบกับกิจกรรมที่ใช้เป็นตัวเปรียบเทียบ หรือถ้าไม่มีกิจกรรมเปรียบเทียบ ก็ให้เปรียบกับค่ามาตรฐานที่มีอยู่ ในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมเข้ามา สามารถเปรียบเทียบอัตราความคุ้มค่าที่เพิ่มขึ้นกับกิจกรรมในขณะนั้นหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เป็นทางเลือกก็ได้ ในการวิเคราะห์ เราประมาณการอัตราความคุ้มค่าที่เพิ่มขึ้น (incremental cost - effectiveness ratio: ICER) โดยใช้ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับงบประมาณที่ต้องใช้เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลที่ได้เป็นเพียงการประมาณการและมีการใช้สมมติฐานมากมายในการคำนวณ

ในการพิจารณาว่ากิจกรรมใดมีความคุ้มค่าหรือไม่นั้น บางครั้งมีการเปรียบเทียบ ICER กับเกณฑ์เกี่ยวกับความคุ้มค่าที่มีกำหนดไว้ก่อนเกณฑ์หนึ่งที่ได้รับการแนะนำให้ใช้กันมานานก็คือค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (gross domestic product: GDP) ต่อหัวของประเทศนั้นๆ ในที่นี้ กิจกรรมใดก็ตามที่มี ICER (อัตราส่วนนี้แสดงหน่วยเป็นเหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยง DALYs ได้ 1ปี) น้อยกว่า GDP ต่อหัว จะถือว่ามีความคุ้มค่า และการประมาณการใดที่น้อยกว่าสามเท่าของ GDP ต่อหัว จึงจะถือว่ามีความคุ้มค่า<sup>5</sup> การวิเคราะห์ผลงานด้านสุขภาพระดับโลกหลายโครงการมีการใช้เกณฑ์ GDP ต่อหัวนี้ แม้ว่าอาจจะมีปัญหาทั้งในทางทฤษฎีและในทางปฏิบัติบ้าง<sup>6</sup> เรายังก็ใช้เกณฑ์นี้ในการประมาณการเพื่อให้เห็นบริบทของผลงานจากโครงการ หนึ่งในหลายบทเรียนจากกรณีต่างๆ ใน *หลายล้านชีวิตรอด* ก็คือ ไม่มีหลักประกันว่า โครงการที่ประสบความสำเร็จ ณ ที่แห่งหนึ่งจะได้รับความสำเร็จหรือมีความคุ้มค่าในแห่งอื่นด้วย กล่าวได้อีกอย่างว่ามีข้อจำกัดในการนำกรณีศึกษาต่างๆ ใน *หลายล้านชีวิตรอด* พร้อมทั้งบทเรียนไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางทั่วไป และด้วยเหตุผลคล้ายๆ กันก็คือ ไม่ควรเปรียบเทียบ ICER ระหว่างกรณีหรือโครงการ แต่ควรใช้เพียงเพื่อส่งสัญญาณเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของประโยชน์ด้านสุขภาพที่ได้รับจากแต่ละโครงการเท่านั้น

ผลของภาระโรคและการประมาณการความคุ้มค่าสามารถพบได้ในตารางที่ 1 (ข้างท้ายบทนี้) ในแต่ละกรณีศึกษา เราได้แสดงข้อค้นพบของเราที่เป็นความตายและการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะ ค่าใช้จ่าย และ ICERs นอกจากนี้ เรายังได้บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสำหรับแต่ละโครงการ รวมถึงการศึกษาเรื่องความคุ้มค่าสำหรับโครงการที่มีลักษณะคล้ายๆ กันมากกว่าที่จะศึกษาเป็นรายโครงการ

สำหรับกลุ่มโครงการภายใต้หัวข้อ “การกระจายยาและเทคโนโลยี” ส่วนใหญ่จะมี ICER น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 เหรียญสหรัฐ

ต่อการหลีกเลี่ยงปี สุขภาวะได้ 1 ปี ผลเช่นนี้ แสดงให้เห็นว่า ความคุ้มค่าที่เกิดขึ้นในโครงการเล็กๆ สามารถเกิดขึ้นได้ในโครงการขนาดใหญ่ แต่ก็มีได้เป็นเช่นนี้เสมอไป ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าสามารถลดลงได้หรือแม้กระทั่งสลายหายไปเลยในโครงการขนาดใหญ่กว่าเดิม ดังที่มีปรากฏแล้วในรายงานการศึกษาที่ผ่านมา<sup>7</sup>

โครงการปิโซเฟิร์มแห่งเม็กซิโก (Mexico's Piso Firme Program) ซึ่งเป็นโครงการปรับปรุงพื้นบ้านให้แก่ประชาชน เป็นกรณีศึกษาในหัวข้อ “การกระจายยาและเทคโนโลยี” ที่ไม่สามารถคำนวณ ICER ได้ เพราะเป็นการยากที่จะประมาณการค่าใช้จ่ายทั้งหมดและผลกระทบด้านสุขภาพ เราได้ประมาณการการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะอันเนื่องมาจากโครงการนี้ที่ทำให้อัตราป่วยและอัตราตายจากโรคท้องร่วงลดลง และก็เป็นที่ยืนยันว่าโครงการนี้ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านสุขภาพ โครงการนี้มีการเปรียบเทียบอยู่จุดหนึ่ง ผู้ประเมินในรัฐหนึ่งประมาณการว่าโครงการนี้มีค่าใช้จ่าย 150 เหรียญสหรัฐต่อครัวเรือน ซึ่งนับว่าเป็นที่น่าพอใจเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายของโครงการเงินช่วยเหลือในลาตินอเมริกาประเทศหนึ่งซึ่งมีขนาดโครงการพอๆ กันและให้ผลลัพธ์ที่ดีในด้านโภชนาการ<sup>8</sup>

ภายใต้หัวข้อกลุ่มกรณีศึกษาที่ชื่อ “การขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ” โครงการแผนกำเนิดทารกแห่งอาร์เจนตินามีการประมาณการความคุ้มค่าด้วยตนเองโดยเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลกระทบซึ่งเราสามารถเปรียบเทียบได้ เพราะการประเมินผลกระทบนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ขยายโครงการ มิใช่ในช่วงโครงการนำร่องเท่านั้น การศึกษานี้โดดเด่นมากเพราะเป็นหนึ่งในเดียวที่มีการประมาณการความคุ้มค่าในโครงการ โครงการลักษณะดังกล่าวหาได้ยาก แม้แต่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง<sup>9</sup>

การคำนวณความคุ้มค่าของโครงการที่ได้อธิบายไว้ภายใต้หัวข้อกลุ่มกรณีศึกษาที่ชื่อ “การใช้วิธีการโอนเงินสดไปยังเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพ” ก่อนข้างมีปัญหาเพราะมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาที่หลากหลายในกรณีเช่นนี้ จะวัดประสิทธิภาพในรูปของอัตราส่วนต้นทุน - การโอน (cost - transfer ratio: CTR) ซึ่งเป็นการวัดประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ โดยหารต้นทุนการบริหารจัดการของโครงการด้วยจำนวนเงินที่โอนออกไป ถ้า CTR น้อยกว่า 1 หมายความว่า ค่าบริหารจัดการโครงการน้อยกว่าจำนวนเงินที่กระจายออกไป ในการเปรียบเทียบ CTR ของ

โครงการโอนเงินช่วยเหลืออื่นๆ CTR ของโครงการโอนเงินช่วยเหลือของเคนยาตกอยู่ในช่วงที่รับได้ คือระหว่าง 0.1 - 0.5<sup>10</sup> แต่ CTR สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นกับว่า จะคำนวณในช่วงเวลาใดของโครงการ เช่น CTR จะมีค่าสูงมากเนื่องจากมีต้นทุนถาวรและต้นทุนอื่นๆ สำหรับการเริ่มโครงการ<sup>11</sup>

ภายใต้หัวข้อกลุ่มกรณีศึกษาที่ชื่อ “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประชากรวงกว้างเพื่อลดความเสี่ยง” เราพบว่า ทุกโครงการมีความคุ้มค่าโครงการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทยและโครงการอะวาฮานของประเทศอินเดียสามารถใช้จ่ายน้อยกว่า 100 เหรียญสหรัฐ ในการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ขณะที่โครงการส่งเสริมการสูทาบาลในอินโดนีเซียอยู่ระหว่าง 200 - 800 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี และนโยบายหมวกนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่และโดยสารรถจักรยานยนต์ของเวียดนามอยู่ประมาณ 1,200 เหรียญสหรัฐ ในการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ผลเหล่านี้ใกล้เคียงกับการประมาณการในวรรณกรรมต่างๆ แม้ว่าค่าประมาณการของเราเกี่ยวกับหมวกนิรภัยจะสูงกว่าที่พบในหลายๆ การศึกษา ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะความแตกต่างในข้อมูลผลกระทบและข้อมูลต้นทุนที่เราใช้สำหรับกรณีนี้ซึ่งยากที่จะได้มา<sup>12</sup>

สุดท้ายนี้ กล่าวได้ว่า โครงการส่วนใหญ่มีค่า ICER ที่ดี คืออยู่ต่ำกว่าค่า GDP ต่อหัว มีเพียงโครงการหมวกนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่และโดยสารรถจักรยานยนต์ของเวียดนามเท่านั้นที่เกินเกณฑ์นี้ แม้ว่าเกณฑ์ GDP ต่อหัวจะเป็นเพียงตัวชี้วัดหยาบๆ เกี่ยวกับความคุ้มค่าของโครงการสุขภาพใดๆ แต่ผลเหล่านี้ก็ชี้ได้ว่า โครงการส่วนใหญ่ของ หลายล้านชีวิตรอด ที่เลือกมานั้นสอบผ่านในแง่ของการปฏิบัติ<sup>13</sup>

## สรุป

การกำหนดเหตุและผล รวมถึงความคุ้มค่าของนโยบายและโครงการด้านสุขภาพนั้น มีความสำคัญต่อกระบวนการตัดสินใจที่จะใช้เงินเพื่อปรับปรุงสุขภาพโลก กรณีต่างๆ ของ หลายล้านชีวิตรอด แสดงให้เห็นว่าการประเมินผลโครงการใหญ่ๆ ด้วยความเข้มงวดมีความเป็นไปได้ ซึ่งมีหลากหลายเทคนิคในการประเมินผลกระทบ และก็สามารถจัดได้ว่าโครงการต่างๆ ของ หลายล้านชีวิตรอด นั้น เป็นการลงทุนที่ดี

## อ้างอิง

- Bold, Tessa, Mwangi Kimenyi, Germano Mwabu, Alice Ng'ang'a, and Justin Sandefur. 2013. *Scaling Up What Works: Experimental Evidence on External Validity in Kenyan Education*. Working Paper 321. Washington, DC: Center for Global Development. [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2241240](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2241240).
- Cattaneo, Matias D., Sebastian Galiani, Paul J. Gertler, Sebastian Martinez, and Rocio Titiunik. 2009. "Housing, Health, and Happiness." *American Economic Journal: Economic Policy* 1 (1): 75-105. doi:10.1257/pol.1.1.75.
- Commission on Macroeconomics and Health. 2001. *Macro - economics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42435/1/924154550X.pdf>.
- Eijkenaar, Frank. 2012. "Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives." *Medical Care Research and Review* 69 (3): 251-76. doi:10.1177/1077558711432891.
- Glassman, Amanda, and Kate McQueston. 2014a. "What Works in Malaria Control?" Center for Global Development blog, April 30. <http://www.cgdev.org/blog/what-works-malaria-control>.
- . 2014b. "What Works in Malaria Control? Part 2." Center for Global Development blog, May 9. <http://www.cgdev.org/blog/what-works-malaria-part-2>.
- Hutubessy, Raymond, Dan Chisholm, and Tessa Tan - Torres Edejer. 2003. "Generalized Cost-Effectiveness Analysis for National-Level Priority-Setting in the Health Sector." *Cost Effectiveness and Resource Allocation: C/E* 1 (1): 8. doi:10.1186/1478-7547-1-8.
- Khandker, Shahidur R., Gayatri B. Koolwal, and Hussain A. Samad. 2010. *Handbook on Impact Evaluation: Quantitative Methods and Practices*. Washington, DC: World Bank Publications.
- Marseille, Elliot, Bruce Larson, Dhruv S. Kazi, James G. Kahn, and Sydney Rosen. 2015. "Thresholds for the Cost-Effectiveness of Interventions: Alternative Approaches." *Bulletin of the World Health Organization* 93 (2): 118-24.
- McCabe, Christopher, Karl Claxton, and Anthony J. Culyer. 2008. "The NICE Cost-Effectiveness Threshold: What It Is and What That Means." *Pharmacoeconomics* 26 (9): 733-44.
- Mirelman, Andrew, Amanda Glassman, and Miriam Temin. 2016. *Estimating the Avertable Disease Burden and Cost-Effectiveness in Millions Saved Third Edition*. CGD Working Paper. Washington, DC: Center for Global Development.
- Passmore, Jonathon W., Lan Huong Nguyen, Nam Phuong Nguyen, and Jean - Marc Olivé. 2010. "The Formulation and Implementation of a National Helmet Law: A Case Study from Viet Nam." *Bulletin of the World Health Organization* 88 (10): 78387. doi:10.2471/BLT.09.071662.
- Samson, Michael, Ingrid van Niekerk, and Kenneth Mac Quene. 2006. *Designing and Implementing Social Transfer Programmes*. Cape Town, South Africa: EPRI Press. [http://www.unicef.org/socialpolicy/files/designing\\_and\\_implementing\\_social\\_transfer\\_programmes.pdf](http://www.unicef.org/socialpolicy/files/designing_and_implementing_social_transfer_programmes.pdf).
- Ward, Patrick, Alex Hurrell, Aly Visram, Nils Riemenschneider, Luca Pellerano, Clare O'Brien, Ian MacAuslan, and Jack Willis. 2010. *Cash Transfer Programme for Orphans and Vulnerable Children (CT - OVC), Kenya: Operational and Impact Evaluation, 2007-2009*. Final Report. Oxford, UK: Oxford Policy Management. [http://www.unicef.org/evaluation/files/OPM\\_CT - OVC\\_evaluation\\_report-july2010 - final\\_Kenya\\_2010 - 019.pdf](http://www.unicef.org/evaluation/files/OPM_CT-OVC_evaluation_report-july2010-final_Kenya_2010-019.pdf).

## อ้างอิงท้ายเรื่อง

1. Glassman and McQueston (2014a, 2014b).
2. Khandker, Koolwal, and Samad (2010).
3. Erin Eckert, comment on "What Works in Malaria Control?" blog post (Glassman and McQueston 2014a).
4. Hutubessy, Chisholm, and Edejer (2003).
5. Commission on Macroeconomics and Health (2001).
6. Marseille et al. (2015).
7. Bold et al. (2013).
8. Cattaneo et al. (2009).
9. Eijkenaar (2012).
10. Ward et al. (2010); Samson, van Niekerk, and Mac Quene (2006).
11. Ward et al. (2010).
12. Passmore et al. (2010).
13. Marseille et al. (2015) have criticized the use of the GDP per capita threshold as a measure for making cost-effectiveness conclusions. The cost-effectiveness threshold, as conceived as an opportunity cost given a health budget constraint, provides guidance for the amount of health that can be gained or lost when one intervention is invested in compared to the most cost-effective intervention currently in the budget. That is, interventions found to be cost-effective below this threshold are health gaining, but interventions above this threshold represent a health loss due to the need for disinvestment (McCabe, Claxton, and Culyer (2008). For further information on the approach used to calculate the cost-effectiveness ratios used in this book, see Mirelman, Glassman, and Temin (2016).

ตารางที่ 1 ประมาณการผลกระทบต่อสุขภาพและประมาณการความคุ้มค่าสำหรับการคัดเลือกกรณีศึกษาของ หลายล้านชีวิตรอด

โครงการ, ประเทศ, GDP ต่อหัว (เหรียญสหรัฐ) ในปี พ.ศ. 2555	ระยะเวลา (พ.ศ.)	ประชากร เป้าหมาย	ผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ ที่สำคัญ	หลีกเลี่ยง ความตายได้ (คน)	หลีกเลี่ยง การสูญเสีย ปีสุขภาวะได้ (ปี)	การสูญเสียปีสุขภาวะในบริบทต่างๆ
<b>การกระจายยาและเทคโนโลยี</b>						
เม่นแอฟริควัด ในชาติ (GDP ต่อหัว: 1,053)	2554 - 2556	ประชากรอายุ ต่ำกว่า 30 ปี ของชาติ	ความเจ็บป่วยและ ความตายจากโรค เยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เฉียบพลัน	12,469	875,844	Global Health Estimates (GHE) ขององค์การ อนามัยโลกระบุว่ามีการสูญเสียปีสุขภาวะ 456,700 ปี จากโรคเยื่อหุ้มสมองฯ อักเสบ เฉียบพลันในประชากรอายุต่ำกว่า 30 ปี ในปี พ.ศ. 2555 (1)
การรักษาด้วย ยาต้านไวรัสเรโทร ในบอตสวานา (GDP ต่อหัว: 7,255)	2545 - 2553	ประชากรอายุ สูงกว่า 18 ปี ของบอตสวานา	ความเจ็บป่วยและ ความตายจากเชื้อ เอชไอวีและโรคเอดส์	143,637	8,116,079	GHE ขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ 1,078,100 ปี ในปี พ.ศ. 2543 และ 324,600 ปี ใน ปี พ.ศ. 2555 จากเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (1)
วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ในจีน (GDP ต่อหัว: 6,092)	2546 - 2552	เด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดต่างๆ ทางภาคตะวันตก และภาคกลาง ของจีน	ความเจ็บป่วยและ ความตายจาก มะเร็งตับ, ตับแข็ง, และการติดเชื้อ เฉียบพลัน	93,200	3,100,000	GHE ขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ 1,479,400 ปี จาก ตับอักเสบบีเฉียบพลัน; 9,757,700 ปี จากมะเร็งตับ; และ 4,857,500 ปี จากตับแข็งในประชากรทุกวัย ในปี พ.ศ. 2543 ในจีน และ GHE ขององค์การอนามัยโลกยังประมาณ การอีกว่ามีการสูญเสียปีสุขภาวะ 761,600 ปี จากตับอักเสบบีเฉียบพลัน; 8,540,000 ปี จาก มะเร็งตับ; และ 1,875,100 ปี จากตับแข็งใน ประชากรทุกวัยในปี พ.ศ. 2555 (1)
มาลาเรียในแซมเบีย (GDP ต่อหัว: 1,771)	2544 - 2553	เด็กแรกเกิด ทุกคนในแซมเบีย	ความเจ็บป่วยและ ความตายจาก มาลาเรียเฉียบพลัน	29,900	2,500,000	GHE ขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ 760,100 ปี จาก มาลาเรียในปี พ.ศ. 2543 ในทุกกลุ่มอายุ (697,800 ปี ในเด็กอายุ 0 - 4 ปี) (1)
ปิโซเฟิร์มในเม็กซิโก (GDP ต่อหัว: 9,817)	2550 - 2556	ครัวเรือนเม็กซิกัน ที่มีพื้นที่สกปรก, ประชากรเด็ก อายุต่ำกว่า 6 ปี	ความเจ็บป่วยและ ความตายจาก ท้องร่วง	408	34,248	GHE ขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ 178,100 ปี จากโรค ท้องร่วงในปี พ.ศ. 2555 (1)
จัดหอนอนพยาธิ ในเคนยา (GDP ต่อหัว: 1,165)	2555 (ปีขยาย โครงการ)	เด็กวัยเรียน ทุกกลุ่มอายุ ในเคนยา	ความเจ็บป่วยจาก หอนอนพยาธิที่แพร่ ทางดินและ พยาธิใบไม้ในเลือด	ไม่มีข้อมูล	99,568	GHE ขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ 154,934 ปี ในเด็ก อายุ 5 - 14 ปี ในปี พ.ศ. 2543. และลดลงเป็น 40,267 ปี ในปี พ.ศ. 2555(1)

ต้นทุน/หน่วย (เหรียญสหรัฐ)	อัตราส่วน ความคุ้มค่า (เหรียญสหรัฐ/ DALY)	Incremental Cost - Effectiveness Ratio (ICER) ในบริบทต่างๆ
งบประมาณ: 70 ล้านสำหรับการสร้างสรรคโครงการ เมนแอฟริควัด และในการพัฒนาวัคซีนอีก 1.40 ต่อผู้ได้รับวัคซีน 1 คน (2)	96.36	การให้วัคซีนโพลีแซคคาไรด์ชนิดธรรมดาที่มีอัตราความคุ้มค่าประมาณ 50 เหรียญสหรัฐต่อ QALY (quality - adjusted life year) และประมาณ 1,200 เหรียญสหรัฐต่อความตาย 1 รายในแอฟริกาใต้สีขาว (6) มีหลักฐานว่าเมื่อเปลี่ยนไปใช้วัคซีนคอนจูเกตจะประหยัดได้มากขึ้นเนื่องจากออกฤทธิ์ได้ยาวนานกว่าวัคซีนโพลีแซคคาไรด์ชนิดธรรมดา (2)
813 ล้าน	475	หน่วยงาน Disease Control Priorities (DCP2) พบว่า การรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัสเรโทรมีอัตราความ คุ้มค่าอยู่ในช่วงระหว่าง 350 - 1,494 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี (7) การศึกษาของชาวแอฟริกาตะวันออกหนึ่งพบว่าอัตราความคุ้มค่าอยู่ในช่วงตั้งแต่ 1,400 เหรียญสหรัฐขึ้นไปต่อ การหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี (8) การศึกษาของชาวแอฟริกาอีกชิ้นหนึ่งพบว่าอัตราความ คุ้มค่าอยู่ที่ประมาณ 200 เหรียญสหรัฐเท่านั้นต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี (9)
งบประมาณเบื้องต้น=10,345,200 ต้นทุนทั้งโครงการระยะ 5 ปี = 76 ล้าน	3.33	DCP2 รายงานว่ามีอัตราความคุ้มค่าอยู่ที่ 23,520 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี จากความตายอย่างเดียว (7) มีการศึกษาหนึ่งในโมแซมบิกพบว่าอัตราความคุ้มค่าอยู่ที่ 36 เหรียญ สหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี (undiscounted DALY) และที่ 47 เหรียญสหรัฐต่อ การหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี (discounted DALY) (10)
งบประมาณทั้งหมด 60 ล้าน	13.50	DCP2 พบว่า อัตราความคุ้มค่าของกิจกรรมต่างๆ ต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี คำนวณ เป็นเงินได้ดังนี้: มุ้ง (ITN) = 11 เหรียญสหรัฐ, หรืออยู่ในช่วง 5 - 17 เหรียญสหรัฐ; พ่นยาในบ้าน (IRS) = 17 เหรียญสหรัฐ หรืออยู่ในช่วง 9 - 24 เหรียญสหรัฐ; การรักษาแบบป้องกันในทารก (IPTi) = 19 เหรียญ สหรัฐ หรืออยู่ในช่วง 13 - 24 เหรียญสหรัฐ (ด้วยยา sulfadoxine pyrimethamine, ผสมกับยาอื่น = 2 - 11 เหรียญสหรัฐ) ด้วยยาสูตรผสม artemisinin = < 150 เหรียญสหรัฐ, (ถ้าเปลี่ยนโดยเอา chloroquine ออกจะแย่งทุกที่) (7) การทบทวน IPTi พบความคุ้มค่าในช่วง 2.90 - 39.63 เหรียญสหรัฐต่อการ หลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี (11) การทบทวนการรักษาแบบป้องกันในระยะตั้งครรรภ์ (IPTp) พบความคุ้มค่าอยู่ที่ 1 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี (12) การทบทวนอย่าง เป็นระบบในงานชิ้นอื่นพบความคุ้มค่าในมุมมองของผู้ให้บริการดังนี้: ITN = 27 (8.15 - 110); IRS = 143 (135 - 150) IPTp = 24 (1.08 - 44.24) เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี (13)
ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
5,638,902 (ใช้รูปแบบการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อ หน่วยของ Jonah Sinick at GiveWell) (3)	56.63	DCP2: 3 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี (ช่วง 2 - 9 เหรียญสหรัฐ) สำหรับ การใช้ยา albendazole ฆ่า Trichuris และพยาธิปากขอ ช่วง 336 - 692 เหรียญสหรัฐ สำหรับการใช้ ยา praziquantel ฆ่าพยาธิใบไม้ในเลือด ช่วง 8 - 19 เหรียญสหรัฐ สำหรับการใช้จ่าย albendazole + praziquantel) (7) การศึกษาในอุกันดาพบอัตราความคุ้มค่าอยู่ที่ประมาณ 3.19 เหรียญสหรัฐต่อการ หลีกเลี่ยงการเป็นโรคโลหิตจางได้ 1 ราย(14) GiveWell ประมาณการได้ 28.19 - 70.48 เหรียญสหรัฐต่อ การหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี จากการเป็นโรคพยาธิใบไม้ในเลือด และ 82.54 เหรียญสหรัฐ ต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี จากการเป็นโรคหนอนพยาธิที่แพร่จากดิน (3) J - PAL ประมาณการได้ 4.55 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปีสุขภาวะได้ 1 ปี (15)

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 1. (ต่อ)

โครงการ, ประเทศ, GDP ต่อหัว (เหรียญสหรัฐ) ในปี พ.ศ. 2555	ระยะเวลา (พ.ศ.)	ประชากร เป้าหมาย	ผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ ที่สำคัญ	หลีกเลี่ยง ความตายได้ (คน)	หลีกเลี่ยง การสูญเสีย ปีสุขภาวะได้ (ปี)	การสูญเสียปีสุขภาวะในบริบทต่างๆ
<b>การขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ</b>						
แผนกำเนิดทารก ในอาร์เจนตินา (GDP ต่อหัว: 13,693)	2548 - 2551	ประชากรเด็กแรก เกิดใน 7 จังหวัด ทางภาคเหนือของ อาร์เจนตินา	ความตายของเด็กแรก เกิดและความเจ็บป่วย อันเกิดจากน้ำหนักร่าง คอลลิดต่ำ	733	72,800	GHE ขององค์การอนามัยโลกระบุว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ 237,800 ปี ในเด็กอายุ 0 - 4 ปี ในปี พ.ศ. 2543 (ทุกสาเหตุความตาย)(1)
<b>การใช้วิธีการโอนเงินสดไปยังเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพ</b>						
โอนเงินช่วยเหลือทางสังคม ในเคนยา (GDP ต่อหัว: 1,165)	2550 - 2552	ครัวเรือนที่มี เด็กกำพร้าหรือ เด็กเปราะบาง	การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร, การมี คู่นอนหลายคน, และ การตั้งครรรภ์ก่อนวัย อันควรในกลุ่มเด็กหญิง, และสุขภาพจิตในกลุ่ม เด็กชาย	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
<b>การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประชากรวงกว้างเพื่อลดความเสี่ยง</b>						
ยาสูบในประเทศไทย (GDP ต่อหัว: 5,479)	2534 - 2549	ประชากรไทย ทั้งหมดอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป	ความตายและความ เจ็บป่วยจากปอดอุดกั้น เรื้อรัง, มะเร็งปอด, และ โรคหลอดเลือดหัวใจ	29,357	541,695	GHE ขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามี การสูญเสียปีสุขภาวะ 340,000 ปี 675,000 ปี และ 2,738,000 ปี จากมะเร็งปอด ปอดอุดกั้น เรื้อรังและโรคหลอดเลือดหัวใจตามลำดับในปี พ.ศ. 2543 GHE ขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามี การสูญเสียปีสุขภาวะ 467,000 ปี 739,000 ปี และ 3,151,000 ปี จากมะเร็งปอด ปอดอุดกั้น เรื้อรังและโรคหลอดเลือดหัวใจตามลำดับในปี พ.ศ. 2555 (1)
หมวกนิรภัยในเวียดนาม (GDP ต่อหัว: 1,755)	2551 (ปีเดียว)	ทั้งประเทศ, ทุกกลุ่มอายุ	การบาดเจ็บและ ความตายจากอุบัติเหตุ ทางการจราจร	1,557	90,582	GHE ขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่ามี การสูญเสียปีสุขภาวะ 1,270,400 ปี จากการ บาดเจ็บบนท้องถนน ทุกกลุ่มอายุในปี พ.ศ. 2555 ในเวียดนาม (1)
การสูทาบิบาล ในอินโดนีเซีย (GDP ต่อหัว: 3,551)	2550 - 2553	กลุ่มประชากร อายุต่ำกว่า 5 ปี ในชาวตะวันออก ของอินโดนีเซีย	ความเจ็บป่วยและ ความตายจาก โรคท้องร่วง	220	18,666	GHE ขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่า มีการสูญเสียปีสุขภาวะ 930,100 ปี จากท้อง ร่วงในเด็กอายุ 0 - 4 ปี ในปี พ.ศ. 2555 ใน อินโดนีเซีย(1)
อะวาฮานในอินเดีย (GDP ต่อหัว: 1,503)	2547 - 2551	พื้นที่ของอะวาฮาน ทั้งหมด 83 จังหวัด	ความเจ็บป่วยและ ความตายจากโรคเอดส์	หลีกเลี่ยง การติดเชื้อ เอชไอวีได้ 202,000 ราย	3,471,973	GHE ขององค์การอนามัยโลกประมาณการ ว่ามีการสูญเสียปีสุขภาวะ 6,377,000 และ 8,041,000 ปี จากโรคเอดส์ในปี พ.ศ. 2543 และปี พ.ศ. 2555 ตามลำดับในอินเดีย (1)

ต้นทุน/หน่วย (เหรียญสหรัฐ)	อัตราส่วนความ คุ้มทุน (เหรียญสหรัฐ/ DALY)	Incremental Cost - Effectiveness Ratio (ICER) ในบริบทต่างๆ
20,450,000(4)	814 <sup>a</sup>	ไม่มีข้อมูล
งบประมาณ: 9,960,000 เหรียญสหรัฐสำหรับ โครงการนำร่องปี พ.ศ. 2549 - 2552	อัตราส่วนต้นทุน - การเฝ้า (CTR <sup>b</sup> ) = 0.34	ไม่มีข้อมูล
ไม่มีข้อมูล	75.40	DCP2 พบว่า อัตราความคุ้มทุนอันเนื่องมาจากการแทรกแซงราคาบุหรี่อยู่ที่ 22 เหรียญสหรัฐต่อ การหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ช่วง 13 - 195 และ 3 - 142 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยง การสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ในระดับโลกและในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางตามลำดับสำหรับการ การแทรกแซงอื่นที่มีค่าใช้จ่าย (เช่น การห้ามโฆษณา การจำกัดการสูบบุหรี่ การลดการจำหน่าย และ การให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ) ผลของ DCP2 คือ 353 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสีย ปี สุขภาวะได้ 1 ปี สุดท้าย สำหรับการรักษาโดยการให้โคดีนทดแทน ผลของ DCP2 คือ 396 เหรียญ สหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ช่วง 54 - 674 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการ สูญเสีย ปี สุขภาวะได้ 1 ปี (16)
ไม่มีข้อมูล	1,248	การศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีความคุ้มทุนอยู่ที่ 467 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสีย ปี สุขภาวะได้ 1 ปี (7)
13,989,000	213 <sup>c</sup>	DCP2 พบว่า ความคุ้มทุนสำหรับการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี อยู่ที่ 4,185 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ช่วง 1,974 - 6,390 เหรียญสหรัฐต่อการ หลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ความคุ้มทุนสำหรับห้องส้วมราคาถูกอยู่ที่ 141 เหรียญสหรัฐต่อ การหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ช่วง 11 - 270 เหรียญสหรัฐต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาพได้ 1 ปี (7)
158,570,000 (327 เหรียญสหรัฐต่อคนเมื่อดำเนินโครงการได้ 4ปี )(5)	46 <sup>d</sup>	DCP2 พบว่า ความคุ้มทุนสำหรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษา การให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยง โดยวิทยากรจากกลุ่มเสี่ยง (หญิงบริการและผู้ติดยาที่ใช้เข็ม) การส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัย การป้องกัน การแพร่เชื้อฯ จากแม่สู่ลูกโดยใช้ยาเนวิราพิน การรักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การรักษาด้วยยาต้าน ไวรัสเรโทร (ART) การเยี่ยมบ้าน ART ที่ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง, การรักษาโรคฉวยโอกาส คือ 14 - 261, 1 - 74, 19 - 205, 192 (7 - 377), 57 (9 - 105), 10 - 500, 673, 922 (350 - 1,494), 156 (3 - 310) เหรียญสหรัฐ ต่อการหลีกเลี่ยงการสูญเสียปี สุขภาวะได้ 1 ปี ตามลำดับ (7)

**หมายเหตุ:**

<sup>a</sup> เป็นการประมาณการโดยตัวโครงการเอง (4)

<sup>b</sup> ย่อมาจาก cost - transfer ratio หมายถึง อัตราส่วนระหว่างเงินที่ใช้บริหารจัดการกับเงินที่โอนออกไปยังเป้าหมายทั้งหมด (Ward et al. 2010)

<sup>c</sup> ถ้ารวมค่าใช้จ่ายของครัวเรือนด้วยแล้ว อัตราส่วนความคุ้มค่าจะอยู่ที่ 749

<sup>d</sup> เป็นการคำนวณอัตราส่วนความคุ้มค่าที่เพิ่มขึ้นตามแบบของ Vassall et al.(2014); โดยประมาณการภาวะโรคครอบคลุมทุกจังหวัดภายใต้โครงการอะวานาน.

**อ้างอิงตาราง**

1. World Health Organization. 2014. *Global Health Estimates*. Accessed September 3. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/).
2. LaForce, F.M., and J.M. Okwo - Bele. 2011. "Eliminating Epidemic Group A Meningococcal Meningitis in Africa through a New Vaccine." *Health Affairs* 30 (6): 1049-57.
3. Sinick, J. 2014. "Cost - Effectiveness in \$/DALY for Deworming Interventions." Accessed August 19. <http://www.givewell.org/print/1579>.
4. Gertler, P., P. Giovagnoli, and S. Martinez. 2014. *Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life*. Policy Research Working Paper. Washington, DC: World Bank.
5. Vassall, A., M. Pickles, S. Chandrashekar, M.C. Boily, G. Shetty, L. Guinness, C.M. Lowndes, et al. 2014. "Cost - Effectiveness of HIV Prevention for High - Risk Groups at Scale: An Economic Evaluation of the Avahan Programme in South India." *Lancet Global Health* 2 (9): e531-40.
6. Bovier, P.A., K. Wyss, and H.J. Au. 1999. "A Cost - Effectiveness Analysis of Vaccination Strategies against N. meningitidis Meningitis in Sub - Saharan African Countries." *Social Science and Medicine* 48 (9): 1205-20.
7. Laxminarayan, R., J. Chow, and S.A. Shahid - Salles. 2006. "Intervention Cost - Effectiveness: Overview of Main Messages." *In Disease Control Priorities in Developing Countries*, edited by D.T. Jamison, J.G. Breman, A.R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D.B. Evans, P. Jha, et al. Washington, DC: World Bank.
8. Granich, R., J.G. Kahn, R. Bennett, C.B. Holmes, N. Garg, C. Serenata, M.L. Sabin, et al. 2012. "Expanding ART for Treatment and Prevention of HIV in South Africa: Estimated Cost and Cost - Effectiveness 2011-2050." *PLoS One* 7 (2): e30216.
9. Kahn, J.G., E.A. Marseille, R. Bennett, B.G. Williams, and R. Granich. 2011. "Cost - Effectiveness of Antiretroviral Therapy for Prevention." *Current HIV Research* 9 (6): 405-15.
10. Griffiths, U.K., G. Hutton, and E. Das Dores Pascoal. 2005. "The Cost - Effectiveness of Introducing Hepatitis B Vaccine into Infant Immunization Services in Mozambique." *Health Policy and Planning* 20 (1): 50-9.
11. van Vugt, M., A. van Beest, E. Sicuri, M. van Tulder, and M.P. Grobusch. 2011. "Malaria Treatment and Prophylaxis in Endemic and Nonendemic Countries: Evidence on Strategies and Their Cost - Effectiveness." *Future Microbiology* 6 (12): 1485-500.
12. Conteh, L., E. Sicuri, F. Manzi, G. Hutton, B. Obonyo, F. Tediosi, P. Biao, et al. 2010. "The Cost - Effectiveness of Intermittent Preventive Treatment for Malaria in Infants in Sub - Saharan Africa." *PLoS One* 5 (6): e10313.
13. White, M.T., L. Conteh, R. Cibulskis, and A.C. Ghani. 2011. "Costs and Cost - Effectiveness of Malaria Control Interventions: A Systematic Review." *Malaria Journal* 10: 337.
14. Brooker, S., N.B. Kabatereine, F. Fleming, and N. Devlin. 2008. "Cost and Cost - Effectiveness of Nationwide School - Based Helminth Control in Uganda: Intra - country Variation and Effects of Scaling - Up." *Health Policy and Planning* 23 (1): 24-35.
15. Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab. 2012. *Deworming: A Best Buy for Development*. Cambridge, MA: Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab.
16. Jha, P., F.J. Chaloupka, J. Moore, V. Gajalakshmi, P.C. Gupta, R. Peck, S. Asma, and W. Zatonski. 2006. "Tobacco Addiction." *In Disease Control Priorities in Developing Countries*, edited by D.T. Jamison, J.G. Breman, A.R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D.B. Evans, P. Jha, et al. Washington, DC: World Bank.



## ศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลก (Center for Global Development: CGD)

ศูนย์กลางเพื่อการพัฒนาโลกปฏิบัติงานเพื่อลดความยากจนและความไม่เท่าเทียมในโลกผ่านกระบวนการวิจัยอย่างเข้มข้นและการเข้าไปร่วมงานกับชุมชนเชิงนโยบายอย่างจริงจังเพื่อให้โลกเจริญรุ่งเรือง มีความยุติธรรมและปลอดภัยมากขึ้นสำหรับพวกเราทุกคน

นโยบายและแนวทางปฏิบัติของประเทศที่ร่ำรวย สถาบันระหว่างประเทศ และบรรษัทระดับโลกมีผลกระทบต่อประชาชนในโลกที่ยากจน เรามุ่งที่จะปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติเหล่านี้ผ่านการทำวิจัยและพัฒนานโยบายเพื่อขยายโอกาส ลดความไม่เท่าเทียม และปรับปรุงชีวิตทั่วทุกหนแห่ง

ด้วยการจับคู่งานวิจัยกับการปฏิบัติจริง CGD ได้ไปไกลเกินกว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนา เราส่งเสริมให้มีการถกอภิปรายเกี่ยวกับนวัตกรรมเชิงนโยบายที่นำไปปฏิบัติได้ในพื้นที่ต่างๆ เช่น การค้า ความช่วยเหลือ สุขภาพ การศึกษา การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ความเจ็บป่วยของแรงงาน การลงทุนของภาคเอกชน การเข้าถึงการเงิน และธรรมาภิบาลระดับโลก ทั้งนี้ เพื่อหล่อเลี้ยงโลกที่มีการพึ่งพาอาศัยกันเพิ่มขึ้นอยู่แล้วให้เกิดความรุ่งเรืองร่วมกันยิ่งขึ้นต่อไป

ในฐานะที่เป็นคลังความคิดที่ไม่ได้มุ่งแสวงกำไร ไม่ลำเอียง เป็นอิสระ และคล่องตัว เราได้ใช้ทรัพยากรส่วนหนึ่งในการรวบรวมงานวิจัยระดับโลก นำมาวิเคราะห์นโยบายและทำการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงความคิดไปสู่การปฏิบัติ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2, 3, 4 อาคารรัฐประศาสนภักดี  
"ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550"  
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210  
โทรศัพท์ 0 2141 4000 โทรสาร 0 2143 9730  
[www.nhso.go.th](http://www.nhso.go.th)

