

แนวทางการจัดการเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสม
สำหรับประเทศไทย

โดย

นพ.ยอร์น จิระนคร
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒
สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักรภาครัฐร่วมเอกชน รุ่นที่ ๕๗
ประจำปีการศึกษาพุทธศักราช ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘

บทคัดย่อ

เรื่อง แนวทางการจัดการเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย นายยอร์น จิระนคร หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๕๗

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของประชาชนและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา ปัญหาของการจัดระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมาแนวทางในการจัดเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยและเสนอแนวทางในการจัดเขตบริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นในประเด็น โครงสร้าง การบริหาร บทบาทภารกิจของเขตบริการสุขภาพกระบวนการตรวจสอบการปฏิบัติงานการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขและการพัฒนาระบบบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเชิงลึกอย่างเป็นองค์รวม โดยการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ และข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับต่างๆ

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์สุขภาพของประชาชนไทยในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปทั้งโครงสร้างประชากร และแบบแผนการเกิดโรคมียผลให้มีค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเป็นบริการภาครัฐ และมีการใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาของการจัดบริการสุขภาพที่ผ่านมา ยังพบปัญหาทั้งในด้าน โครงสร้าง ความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ด้านคุณภาพและมาตรฐาน และระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและประสิทธิภาพในการบริหารรูปแบบตามโครงสร้าง บทบาท ภารกิจของเขตสุขภาพที่เหมาะสมและควรดำเนินการคือ โครงสร้างการบริหาร จะมีการบริหารในรูปแบบคณะกรรมการบริหาร ซึ่งมีองค์ประกอบจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีการจัดตั้งสำนักงานเขตบริการสุขภาพที่จะต้องสนับสนุนข้อมูล แผนการดำเนินงาน เพื่อเสนอข้อเสนอและทางเลือกในการตัดสินใจให้ผู้บริหารตามลำดับและอำนาจหน้าที่ โดยมีบทบาทภารกิจที่สำคัญคือ การเป็นหน่วยกำหนดนโยบายระดับพื้นที่ (Regional Health Authority) ให้ครอบคลุมหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน จัดทำแผนแม่บทของระบบบริการที่ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อกำหนดทิศทางและกำกับการปฏิบัติงาน จัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับหน่วยบริการ โดยอิงแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ๑๐ สาขาหลัก ภายใต้การสนับสนุนจากส่วนกลาง บริหารจัดการทรัพยากรทั้งงบประมาณ บุคคล รวมทั้งวัสดุและครุภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพ ภายในเขตทั้งนี้ต้องจัดให้มีการตรวจสอบการปฏิบัติงานให้เกิดธรรมาภิบาล มีการจัดการทรัพยากรอย่างมี

คำนำ

ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้บริการโดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สังกัดมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหมและภาคเอกชน และส่วนใหญ่กระจายอยู่ในส่วนภูมิภาค ซึ่งทำให้มีปัญหาความไม่ทั่วถึงของระบบบริหารราชการที่บางส่วนต้องอาศัยอำนาจการบริหารส่วนกลาง ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมของคุณภาพบริการ การจัดสรรทรัพยากรที่ไม่เป็นธรรม ขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการในสถานบริการ รวมถึงปัญหาภาวะการเงิน รายรับไม่สมดุลกับรายจ่าย ตามกลไกการเงินการคลังตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดสรรงบประมาณแบบรายหัวสำหรับประชากรไปยังสถานบริการโดยตรง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อการให้บริการและการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดตั้งเขตบริการสุขภาพขึ้น 12 เขต โดยใช้แผนการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) เป็นแนวทางการพัฒนาร่วมกับภาคส่วนอื่นๆการวิจัยถึงแนวทางการจัดการเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เป็นการศึกษาข้อมูลแนวทางการจัดการเขตสุขภาพในอดีต และสังเคราะห์เชิงเนื้อหาที่รวบรวมจากข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ข้อค้นพบ ปัญหา และข้อเสนอแนะจากการศึกษาแนวทางการจัดการเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ที่นำเสนอในรายงานวิจัยฉบับนี้ จะเป็นแนวทางการบริหารจัดการ กำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับการทำงานในรูปแบบเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการและการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืนต่อไป



(นพ. ยอร์น จิระนคร)

นักศึกษามหาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ช
บทที่ 1	
บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
วิธีดำเนินการวิจัย	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	5
คำจำกัดความ	6
บทที่ 2	
แนวคิดพื้นฐานว่าด้วยการกระจายอำนาจ	7
ประเภทของการกระจายอำนาจ	8
แนวคิดเรื่อง เขตบริการสุขภาพ	13
โครงสร้าง บทบาท ภารกิจ ของเขตบริการสุขภาพ	15
โครงสร้าง บทบาทของเขตบริการสุขภาพ	16
รูปแบบ องค์ประกอบ บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเขตบริการสุขภาพ	18
ประสบการณ์การจัดการเรื่อง เขตพื้นที่บริการของประเทศต่างๆ	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอแนะเรื่องเขตบริการสุขภาพที่พึงประสงค์	24
บทที่ 3	
เขตบริการสุขภาพ	28
ระบบบริการสุขภาพของไทยที่ผ่านมา	35
แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพในประเทศไทย	39
โครงสร้าง บทบาท ภารกิจที่พึงประสงค์	40
การดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค	44
ด้านกระบวนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ (Process)	51
ปัญหาหลักในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ	52

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 4	
แนวทางในการจัดเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย	54
หลักการ	54
โครงสร้าง การบริหาร บทบาท ภารกิจ	55
กระบวนการตรวจสอบการปฏิบัติงาน	56
การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข	57
การพัฒนาระบบบริการร่วมกันเป็นเครือข่าย	57
บทที่ 5	
สรุป และข้อเสนอแนะ	58
สรุป	58
ข้อเสนอแนะ	60
บรรณานุกรม	61
ประวัติย่อผู้วิจัย	63

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของเขตสุขภาพประเทศต่างๆ	23

สารบัญญภาพ

		หน้า
ภาพที่ ๓.๑	โครงสร้างระบบบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสุขภาพที่	36
ภาพที่ ๓.๒	โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ	37
ภาพที่ ๓.๓	การทำงานของเขตบริการสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน	41
ภาพที่ ๓.๔	การทำงานของเขตสุขภาพในระยะยาว	42

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย สังคม และปัญญา มิใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (ตามนิยาม “สุขภาพ” ของ องค์การอนามัยโลก และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) ในปัจจุบัน ภาวะการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างอายุ ทำให้มีผู้สูงอายุมากขึ้น พฤติกรรมของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย โครงสร้างสังคม การทำงานที่มีความเป็นสังคม เมืองมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมโลก รูปแบบโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ล้วนส่งผล ต่อสถานะทางสุขภาพ และการเกิดโรคของมนุษย์ทั้งสิ้น ประเทศที่ประชาชนมีสถานะสุขภาพ ดีกว่าประเทศอื่นย่อมส่งผลโดยตรงต่อความมั่นคงของชาติ เพราะนอกจากจะมีประชากร ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถสร้างผลผลิตให้ประเทศได้แล้ว ประเทศยังต้องใช้งบประมาณส่วนหนึ่งไปดูแลประชากรเหล่านั้น ส่งผลให้งบประมาณในการพัฒนาประเทศลดลง เราจึงจำเป็นต้องมีระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยส่วนใหญ่ จัดบริการโดยหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในจำนวนนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเกือบทั้งสิ้นยกเว้นกรุงเทพมหานคร นอกเหนือจากหน่วยงานในสังกัดกรมอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหมและภาคเอกชน โครงสร้างการจัดบริการจะประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัดหรืออำเภอใหญ่ ที่มีประชากรหนาแน่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดต่างๆ ในทุกอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครอบคลุมทุกตำบล กิจกรรมหลักประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมาประกอบด้วย จำนวนสถานบริการจำนวนมากกระจายอยู่ในภูมิภาค แม้จะอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของผู้ว่าราชการจังหวัดตามระบบบริหารราชการ ส่วนภูมิภาค แต่ยังมีอำนาจบริหารส่วนหนึ่งซึ่งอยู่ในอำนาจของปลัดกระทรวงในฐานะผู้บังคับบัญชาตามระบบบริหารราชการส่วนกลาง อาจทำได้ไม่ทั่วถึง คุณภาพบริการของสถาน

บริการแต่ละแห่งไม่เท่าเทียมกัน การจัดสรรทรัพยากรไม่เป็นธรรม รวมทั้งการขาดประสิทธิภาพ การบริหารจัดการในสถานบริการหลายแห่ง

ประเทศไทยเริ่มใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจัดสรรงบประมาณแบบรายหัวสำหรับประชากรทุกคนยกเว้น ข้าราชการ ลูกจ้างตามพระราชบัญญัติประกันสังคม มาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ โดยเริ่มตั้งแต่ ๑,๒๐๒ บาท ต่อหัวประชากร จนกลายเป็น ๒,๘๘๕ บาท ต่อหัวประชากร ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบการจัดสรรไปยังสถานบริการโดยตรง แต่ก็พบว่าการใช้กลไกการเงินการคลังดังกล่าวทำให้หลายสถานบริการประสบปัญหาเรื่องภาวะการเงินรายรับไม่สมดุลกับรายจ่าย ในไตรมาสที่ ๓ ของปีงบประมาณ ๒๕๕๗ มีโรงพยาบาลที่มีภาวะการเงินอยู่ในระดับ ๗ จำนวนร้อยละ ๑๘.๖๒ (๑๕๖/๘๓๘ โรงพยาบาล) ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้น อันเนื่องมาจากการใช้เกณฑ์การจัดสรรในรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศ รวมทั้งการขยายบริการรายโรคเพิ่มเติม รวมทั้งอาจจะมีปัญหาด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการในบางโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการตามอำนาจของ ปลัดกระทรวง มายังเขตตรวจราชการ ผ่านทางผู้ตรวจราชการกระทรวง นอกเหนือจากงานตรวจราชการ หรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขตเป็นผู้ใช้อำนาจแทนในรูปแบบต่างๆ มาหลายปี เช่นการมอบอำนาจการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ การจัดสรรบุคลากร การแต่งตั้งโยกย้ายต่างๆ แต่ก็ไม่มีโครงสร้าง หรือรูปแบบการบริหารที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม อีกทั้งการจัดแบ่งพื้นที่ก็เกินไปตามเขตตรวจราชการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปมา มีการศึกษาวิจัย โดยการทบทวนรูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพ (Area Health System) ในประเทศต่างๆ รวมทั้งการหารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อเสนอการจัดตั้งเขตสุขภาพในประเทศไทย อาทิ วินัย ลิสมิทธิ์และคณะ (๒๕๕๓) ในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ได้มีข้อเสนอเรื่องการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีข้อเสนอการจัดตั้งเขตสุขภาพขึ้น ๑๒ เขต ตามภูมิศาสตร์ของสถานบริการระดับต่างๆ และให้มีประชากรเฉลี่ยให้ใกล้เคียงกัน โดยให้ผู้ตรวจราชการทั้ง ๑๒ คนเป็นผู้บริหารเขต ร่วมกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งเขตบริการสุขภาพ ๑๒ เขตขึ้นใหม่ ซึ่งมีความแตกต่างจากเขตตรวจราชการของสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีหลักการสำคัญคือ ๑. มีขนาดพื้นที่ที่เหมาะสม ๔-๘ จังหวัด ครอบคลุมประชากร ๔-๕ ล้านคน ๒. จัดให้มีการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (ลดการปฏิเสธการส่งต่อ) ๓. เน้นการเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพ โดยการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อลดต้นทุน ๔. กระจายอำนาจการบริหารจากส่วนกลาง เน้นการบริหารร่วม และบริการร่วม ๕. สร้างกลไกที่มีเอกภาพระหว่างผู้ซื้อบริการ ผู้ให้บริการ และผู้กำกับดูแล และ ๖. เพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน จากนั้น ชงชัย

และคณะ (๒๕๕๖) ได้ทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนาเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขขึ้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากทุกเขต เห็นด้วยกับการปฏิรูปกระทรวงแบบแบ่งเขตบริการสุขภาพ รวมทั้งมีข้อเสนอให้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำข้อมูลที่ได้ไปเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดนโยบายและรูปแบบการดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาี้ พบว่า มีข้อที่ต้องพัฒนาในบางประเด็น เช่น ความจำเป็นที่ต้องมีโครงสร้างที่เหมาะสมและชัดเจน อำนาจในการบริหารจัดการ โดยต้องมีกฎหมายและระเบียบรองรับ การพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารจัดการและอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณในระดับเขตเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด การพัฒนาระบบบริการร่วมกัน โดยใช้แผนการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) เป็นแนวทางการพัฒนารวมทั้งร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ

รัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้ประกาศนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ โดยใน ข้อ ๕ ด้านการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน ข้อย่อย ๕.๒ ระบุไว้ว่า “พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการป้องกัน โรคมากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่น และให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุข โดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแล สนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยส่งเสริมการร่วมลงทุนและการใช้ทรัพยากรและบุคลากรร่วมกัน โดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย” เพื่อตอบสนองกับนโยบายนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พยายามนำนโยบายแปลงมาสู่การปฏิบัติ แต่ก็จำเป็นต้องทำไปพร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา โดยคาดหวังว่า หากมีเขตบริการสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการจัดบริการอย่างเต็มที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาสภาพทั่วไปของการบริหารจัดการเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
๒. เพื่อศึกษาปัญหาของการบริหารจัดการเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
๓. เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาของการบริหารจัดการเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้ คือ

๑. การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จะรวบรวมข้อมูลเรื่อง การบริหารเขตบริการสุขภาพ

จาก

๑.๑ ห้องสมุด กระทรวงสาธารณสุข

๑.๒ การสืบค้นข้อมูลจากจากเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ หรือจากเว็บไซต์

๑.๓ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. การรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ ดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๕ คน ประกอบ

๑.๑ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

๑.๒ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑.๓ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๑ คน

๑.๔ ประธานชมรมสาธารณสุขจังหวัด

๑.๕ ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

๓. การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบแนวความคิด
ทฤษฎีที่กำหนด

เพื่อให้ได้แนวทางในการนำไปปฏิบัติจริงได้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์
เนื้อหา(Content Analysis) นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของการบรรยายหรือพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๑. ทำให้ทราบสถานการณ์สุขภาพของประชาชน ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา

๒. ทำให้ทราบปัญหาของการจัดระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา

๓. ทำให้ทราบแนวทางในการจัดเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

๔. ได้เสนอแนวทางในการจัดเขตบริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ อย่างมีประสิทธิภาพ

คำจำกัดความ

เขตบริการสุขภาพ หมายถึง พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่มีความครอบคลุม ๔-๘ จังหวัด และครอบคลุมประชากร ๔-๕ ล้านคน มีการจัดบริการสุขภาพร่วมกันเป็นเครือข่าย มีการบริหารจัดการร่วมกัน โดยการกระจายอำนาจบริหารมาจากส่วนกลาง เพื่อการเพิ่มคุณภาพบริการ เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการ และเน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

บทที่ 2

แนวคิดพื้นฐานว่าด้วยการกระจายอำนาจ

แนวคิดพื้นฐานว่าด้วยการกระจายอำนาจ

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า แนวคิดพื้นฐานที่เปรียบเสมือนกับกรอบความคิดใหญ่ในการจัดระบบการปกครองท้องถิ่นนั้น ก็คือ แนวคิดที่ว่าด้วย “การกระจายอำนาจ” (Decentralization) อย่างไรก็ดี แนวคิดและความหมายของการกระจายอำนาจนี้ แม้ดูเหมือนจะเป็นแนวคิดที่รับรู้และเข้าใจกันอยู่ แต่หากสำรวจถึงคำอธิบายและการให้นิยามความหมายต่อคำดังกล่าว กลับมิได้มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันหากแต่มีความแตกต่างหลากหลายอยู่ค่อนข้างมาก อีกทั้งยังถูกใช้หรือกล่าวถึงในหลากหลายบริบท หรือแม้กระทั่งการใช้ภายในบริบทเดียวกันก็ยังคงมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง ดังนั้น ในเบื้องต้นนี้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสำรวจถึงคำอธิบายและการให้ความหมาย ของคำดังกล่าว ตลอดจนกำหนดกรอบแนวคิดเพื่อลดความสับสนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ โภคิน พลกุล (๒๕๒๘: ๔, ๗) และ อิศระ นิธิขันธ์ ประภาส (๒๕๓๓: ๑) ได้ให้ข้อสังเกตว่า คำดังกล่าวถือเป็นหลักการและคำในภาษาฝรั่งเศสเป็นการเฉพาะ โดยมีความหมายตามหลักภาษาคือ “การเอาอำนาจออกไปจากศูนย์กลาง” ปัญหาที่ตามมาต่อไปก็คือ “อำนาจ” ที่กล่าวถึงนี้หมายถึงอำนาจอะไร ในอดีตนั้นการกล่าวถึงอำนาจดังกล่าวโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนำมาปรับใช้ใน บริบททางการเมืองการปกครองของไทย ยังคงเป็นไปอย่างสับสน ดังที่ จรัส สุวรรณมาลา (๒๕๓๘: ๘-๑๐) ได้ตั้งข้อสังเกตว่า คำดังกล่าวซึ่งเป็นแนวคิดของตะวันตกที่นักวิชาการไทยหยิบยืมมาใช้อธิบาย สภาวะทางการเมืองและการบริหารปกครองในประเทศไทย และแปลเป็นภาษาไทยว่า “การกระจายอำนาจ” นั้น ผู้คนส่วนใหญ่มักตีความคำว่า “อำนาจ” ในคำกระจายอำนาจที่ได้แปลมาหมายถึง “อำนาจอธิปไตย” ซึ่งมักจะกล่าวกันว่าไม่สามารถแบ่งแยกได้ หรือถ้าตีความตามแบบนักสังคมวิทยาที่มองอำนาจว่า เป็นสภาวะที่บุคคลหรือองค์การหนึ่งมีอิทธิพล (Influence) เหนือความคิดหรือพฤติกรรมของบุคคลหรือองค์การอื่นๆ ซึ่งแบ่งปันหรือกระจายอำนาจไปให้ใครมิได้เช่นเดียวกัน จึงทำให้เกิดความสับสนในความหมายของการกระจายอำนาจ อันที่จริงความหมายดั้งเดิมของคำดังกล่าวนี้มีได้เน้นเรื่อง อำนาจ (Power) หากแต่เป็นเรื่องของ สภาวะศูนย์กลาง (Central) และสภาวะกระจายอำนาจ (Decentral) เป็นสำคัญ หากมีเรื่องอำนาจเข้ามาเกี่ยวข้องก็หมายถึง

“อำนาจการตัดสินใจ” ในการดำเนินกิจกรรม ดังนั้น จรัส จึงได้เสนอว่า “คำว่า Decentralization จึงควรจะหมายถึงการกระจายอำนาจในการตัดสินใจ มิใช่การแบ่งอำนาจธิปไตยของชาติ การกระจายอำนาจสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นมิใช่การสร้างอธิปไตย หากแต่เป็นการให้ (ยอมรับ) สิทธิในการปกครองตนเองของชุมชนและภูมิภาคภายใต้อธิปไตยของชาติหนึ่งๆ ร่วมกัน” พิจารณาในแง่นี้จะเห็นได้ว่า การกระจายอำนาจจึงเป็นเรื่องของ “สภาวะ” บางอย่างเพื่อใช้อธิบายถึงลักษณะของการกระจายตัว/จัดสรร/แบ่งปันอำนาจรัฐใน ทางที่หมายถึงอำนาจในการตัดสินใจ ในการดำเนินกิจการสาธารณะ ดังนั้น การกระจายอำนาจจึงมีลักษณะดังที่ Samuel Humes IV (1991: 3) เสนอว่า มันควรจะเป็นเรื่องของ “การจัดสรรแบ่งปันอำนาจ” (distribution of power) กล่าวคือ เมื่อเราพูดถึงการกระจายอำนาจภายใต้บริบทของการบริหารปกครองในพื้นที่ที่ เรียกว่า ท้องถิ่น (local governance) มันควรจะเป็นเรื่องของ “จัดสรรหรือแบ่งปันอำนาจ” (distribution) มิใช่การ “แบ่งแยกอำนาจ” (division) กล่าวคือ แม้คำว่า “แบ่งแยกอำนาจ” จะมีการนำไปใช้อธิบายแนวคิดในเรื่องการกระจายตัวของอำนาจทางการบริหารปกครอง ไปสู่ท้องถิ่นก็ตาม แต่โดยลักษณะทางประวัติศาสตร์แล้วคำดังกล่าวมักจะนำไปสู่ความสับสนหรือปะปนกับการใช้ในแนวคิดเรื่อง รัฐธรรมนูญกับ การแบ่งแยกอำนาจ (constitutional division of power between nation and state) ขณะที่คำว่า “จัดสรร/แบ่งปันอำนาจ” ดูจะมีความสอดคล้องและอยู่ในขอบวงของแนวคิดต่างๆ ในเรื่องการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่นมากกว่า ดังเช่นแนวคิดในเรื่อง (de)centralization, (de)concentration, devolution และ delegation จากกรอบเช่นนี้ จึงอาจสรุปได้ว่า การกระจายอำนาจในความหมายกว้างๆ ก็คือ การจัดสรรหรือแบ่งปันอำนาจการตัดสินใจ (หรือในภาษากฎหมายของไทยเรียกว่า การวินิจฉัยสั่งการ) อันเกี่ยวข้องกับกิจการสาธารณะ (public affairs) ของรัฐส่วนกลางไปยังหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ

ประเภทของการกระจายอำนาจ

จากลักษณะสำคัญของการกระจายอำนาจดังกล่าวมา อาจพิจารณาจัดจำแนกประเภทของการกระจายอำนาจตามมิติของการกระจายอำนาจได้ โดยการพิจารณาว่าการกระจายอำนาจแต่ละประเภทเป็นการกระจายอำนาจไปยังหน่วยงานหรือองค์กรในลักษณะใด และอำนาจที่กระจายนี้มีความกว้างขวางเพียงใด หากพิจารณา “การกระจายอำนาจ” ในฐานะที่เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในระบบการเมืองหนึ่งๆ แล้ว เราสามารถที่จะจัดจำแนกประเภทของการกระจายอำนาจได้ใน ๕ ลักษณะ ดังต่อไปนี้

๑. การกระจายอำนาจโดยจำเป็นหรือโดยปริยาย (Decentralization by default)

การกระจายอำนาจในลักษณะนี้ เกิดจากสภาวะการณ์ที่หน่วยงานหรือองค์กรภาครัฐในสังกัดของส่วนกลางเกิดความล้มเหลวในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในระดับพื้นที่ อันก่อให้เกิดความไม่เชื่อมั่นในบทบาทของหน่วยงานภาครัฐดังกล่าว สภาพความจำเป็นที่ภาครัฐไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและจัดการปัญหาในระดับพื้นที่ได้ ส่งผลให้องค์กรในภาคประชาสังคม เช่น สมาคมต่างๆ องค์กรอาสาสมัคร องค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มองค์กรชุมชน เป็นต้น จำเป็นต้องแสดงบทบาทอย่างเข้มแข็งในการจัดการปัญหาในพื้นที่ของตนเอง ผ่านการร่วมกันดำเนินกิจกรรมการพัฒนาต่างๆ เช่น การจัดให้มีโรงเรียนของท้องถิ่น การจัดระบบสหกรณ์หรือธนาคารชุมชน การจัดทำโครงการพัฒนาในรูปแบบต่างๆ เป็นต้น สภาพดังกล่าวจึงส่งผลผลักดันให้ภาครัฐจำเป็นต้องมีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่หน่วยงานหรือองค์กรปกครองในระดับท้องถิ่นอย่างมีอาจเอื้อมได้

๒. การแปรรูปกิจการของภาครัฐ (Privatization)

การแปรรูปกิจการของรัฐ เป็นอีกประเภทหนึ่งของการกระจายอำนาจผ่านกระบวนการโยกโอน (Handover) กิจการบางอย่างที่เคยจัดทำโดยหน่วยงานของรัฐ ไปให้ภาคเอกชนเป็นผู้จัดทำแทน เช่น กิจการขนส่งมวลชน กิจการโทรคมนาคม การไฟฟ้าและการประปา เป็นต้น การโอนภารกิจและอำนาจหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะจากหน่วยงานภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน เป็นผลให้อำนาจหน้าที่และทรัพยากรที่เคยรวมศูนย์ที่ภาครัฐส่วนกลางถูกกระจายออกไปอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานอื่นๆ นอกภาครัฐราชการ เป้าหมายของการกระจายอำนาจในรูปแบบนี้ เป็นไปเพื่อยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดการกิจการสาธารณะบางอย่าง ซึ่งภาคเอกชนสามารถจัดทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถให้บริการต่อสังคมโดยรวมได้ดีกว่าการจัดทำโดยภาครัฐ โดยให้กลไกทางการตลาด (Market Mechanism) เข้ามามีบทบาทมากกว่าที่จะถูกผูกขาดโดยรัฐ ซึ่งมักจะก่อให้เกิดความไร้ประสิทธิภาพและการบริการที่มีคุณภาพต่ำ

๓. การกระจายอำนาจภายใต้แนวความคิดเรื่องการแบ่งอำนาจทางการบริหาร (Deconcentration / Administrative decentralization)

การกระจายอำนาจในลักษณะนี้ เป็นการแบ่งอำนาจของรัฐบาลกลางไปยังองค์กรในระดับรองในสังกัด ซึ่งตั้งทำการในพื้นที่นอกศูนย์กลางหรือท้องถิ่น โดยองค์กรที่ปฏิบัติงานในระดับภูมิภาคหรือท้องถิ่น ซึ่งได้รับการแบ่งอำนาจหน้าที่จากส่วนกลาง จะมีความเป็นเอกเทศในการตัดสินใจต่างๆ ภายในพื้นที่ที่ตนดูแลในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม อำนาจการตัดสินใจและการกำหนดนโยบายต่างๆ ยังคงอยู่ที่ส่วนกลาง เพราะตัวองค์กรและบุคลากรที่

ได้รับการแบ่งอำนาจมีสถานะเป็นเพียงหน่วยงานสาขาของส่วนกลาง ซึ่งมีหน้าที่นำนโยบายของต้นสังกัดในส่วนกลางมาปฏิบัติในพื้นที่ การกระจายอำนาจในลักษณะนี้มักเกิดขึ้นภายในระบบราชการ ในลักษณะการแบ่งภารกิจและอำนาจหน้าที่ออกไปยังองค์กรที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ภูมิภาคหรือท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การจัดทำบริการสาธารณะในพื้นที่นั้นๆ ดำเนินไปอย่างมีเอกภาพ บางครั้งจึงเรียกรวมการกระจายอำนาจในลักษณะนี้ว่า “การกระจายอำนาจทางการบริหาร” (Administrative decentralization) (Parker, 1995)

๔. การกระจายอำนาจทางการคลัง (Fiscal decentralization)

การกระจายอำนาจทางการคลัง เป็นอีกหนึ่งลักษณะของการกระจายอำนาจ โดยหน่วยงานในระดับบนหรือในส่วนกลางพยายามลดระดับการใช้อำนาจควบคุมจัดการงบประมาณและการตัดสินใจทางการคลังของหน่วยงานในระดับล่าง เช่น การจัดระบบการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานในลักษณะที่หน่วยงานต้นสังกัดในส่วนกลางหรือหน่วยงานระดับบน จัดสรรงบประมาณแก่หน่วยงานในระดับพื้นที่หรือระดับต่ำลงมาในรูปแบบงบประมาณก้อนเดียว เพื่อให้อิสระแก่หน่วยงานดังกล่าวในการตัดสินใจบริหารจัดการทางการคลังและจัดสรรงบประมาณดังกล่าวในรายละเอียด การกระจายอำนาจทางการคลังส่งผลให้หน่วยงานในส่วนกลางมีบทบาทเพียงกำกับทิศทางนโยบาย ในขณะที่หน่วยงานระดับปฏิบัติมีอำนาจหน้าที่มากขึ้นในการตัดสินใจในการบริหารภารกิจและงบประมาณของตนเอง

๕. การกระจายอำนาจภายใต้หลักการมอบอำนาจ (Delegation)

การกระจายอำนาจภายใต้หลักการมอบอำนาจ จะมีระดับของการกระจายอำนาจที่ให้อิสระสูงกว่าการแบ่งอำนาจ อีกทั้งเป็นการกระจายอำนาจที่มุ่งเน้นมิติด้าน “ภารกิจหน้าที่” มากกว่าการมุ่งเน้นการกระจายอำนาจหน้าที่ในมิติของ “พื้นที่ปฏิบัติงาน” ดังเช่น การกระจายอำนาจในรูปแบบของการแบ่งอำนาจ กล่าวคือ การมอบอำนาจเป็นการกระจายอำนาจ ในลักษณะที่รัฐส่วนกลางอาจมอบอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรกึ่งอิสระ องค์กรมหาชนหรือองค์กรที่จัดทำโครงการเฉพาะกิจต่างๆ ที่รัฐบาลได้จัดตั้งขึ้น โดยมีการกำหนดภารกิจเฉพาะที่ชัดเจนให้องค์กรเหล่านั้นสามารถที่จะตัดสินใจและใช้อำนาจหน้าที่ภายในขอบเขตของตนได้โดยอิสระ แต่รัฐส่วนกลางก็ยังคงมีอำนาจอยู่เหนือองค์กรเหล่านี้โดยอาศัยมาตรการทางกฎหมายเป็นกรอบในการควบคุมและกำกับบทบาทขององค์กรที่ได้รับการมอบอำนาจ รวมถึงอำนาจในการจัดตั้งและยุบเลิกองค์กรภายใต้หลักการมอบอำนาจดังกล่าว

๖. การกระจายอำนาจภายใต้หลักการโอนอำนาจ (Devolution)

การกระจายอำนาจภายใต้แนวคิดเรื่องการโอนอำนาจ ถือได้ว่าเป็นการกระจายอำนาจที่สะท้อนให้เห็นถึงระดับของการกระจายอำนาจที่กว้างขวางมากที่สุด ทั้งนี้เพราะเป็นการกระจายอำนาจในลักษณะที่รัฐส่วนกลางถ่ายโอนหรือยกอำนาจการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ไปยังองค์กรปกครองในระดับพื้นที่ ชุมชน หรือท้องถิ่นต่างๆ อย่างกว้างขวาง โดยทั่วไปองค์กรที่รับการโอนอำนาจ มักจะเป็นองค์กรปกครองในระดับท้องถิ่นตามหลักการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชน นั่นคือ เป็นองค์กรปกครองที่มีตัวแทนจากการเลือกตั้งของประชาชนในพื้นที่ทำหน้าที่ตัดสินใจและกำหนดนโยบายต่างๆ ของท้องถิ่น รวมถึงมีอำนาจในการตรากฎหมายและออกระเบียบต่างๆ เพื่อบังคับใช้ภายในพื้นที่หรือชุมชนของตนได้โดยอิสระ โดยที่ส่วนกลางจะไม่เข้ามาบีบบังคับหรือแทรกแซงการทำงานขององค์กรดังกล่าว หรือการแทรกแซงจะเกิดขึ้นก็ต้องเป็นไปอย่างจำกัดมาก โดยมากมักจะเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อความมั่นคงของประเทศเท่านั้น

การกระจายอำนาจภายใต้แนวคิดเรื่องการโอนอำนาจ มักจะมีการเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็น “การกระจายอำนาจในทางการเมือง” หรือ “การกระจายอำนาจการปกครองตามหลักประชาธิปไตย” (Political or Democratic decentralization) ทั้งนี้ การถ่ายโอนอำนาจเท่าที่ปรากฏจะมีอยู่ด้วยกัน ๒ ระดับ ได้แก่

๖.๑ ระดับที่หนึ่ง การโอนอำนาจในทางการปกครอง (Administrative Devolution)

เป็นการโอนอำนาจบนพื้นฐานของการจัดรูปแบบการปกครองท้องถิ่นตามหลัก “การปกครองตนเอง” (Local-self-government) ซึ่งเป็นหลักการที่เปิดโอกาสให้ชุมชนท้องถิ่นมีการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอิสระค่อนข้างสูงในการดูแลชีวิตความเป็นอยู่ และสามารถจัดทำกิจการต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นภายในชุมชนของตนได้อย่างกว้างขวาง อีกทั้งยังมีความเป็นอิสระทั้งในทางการคลังและบุคลากร รวมถึงการมีทรัพยากรเป็นของตนเองสำหรับบริหารจัดการกิจการสาธารณะต่างๆ ได้อย่างอิสระ

๖.๒ ระดับที่สอง การโอนอำนาจในทางนิติบัญญัติ (Legislative devolution)

การโอนอำนาจในลักษณะนี้ถือได้ว่าเป็นรูปแบบของการกระจายอำนาจขั้นสูงสุดที่เป็นไปได้ภายใต้การจัดรูปแบบการปกครองในระบบรัฐเดี่ยว (Unitary system) ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจที่มีลักษณะเข้าใกล้กับระบบสหพันธรัฐ (Federal system) (Heywood, 2002 : 167-168) กล่าวคือ เป็นการถ่ายโอนอำนาจจากส่วนกลางไปยังพื้นที่หรือท้องถิ่นหนึ่งๆ โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนที่ได้รับการโอนอำนาจสามารถที่จะกำหนดตัดสินใจทิศทางการตัดสินใจทางการเมืองได้

ด้วยตนเอง (Home rule) ผ่านการจัดตั้งสถาบันทางการเมืองในรูปแบบ "สภา" (Assembly) ที่เป็นของตนเอง เพื่อทำหน้าที่ออกกฎหมายและกำหนดนโยบายต่างๆ เพื่อบังคับใช้ภายในพื้นที่ของตน แต่ทั้งนี้ สภาที่ได้รับการโอนอำนาจนี้ก็ยังคงถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของรัฐ และไม่มีสิทธิในการใช้อำนาจอธิปไตยร่วมกับรัฐบาลกลางดังเช่นในระบบสหพันธรัฐ

จากรูปแบบการกระจายอำนาจในทั้งห้าลักษณะ เมื่อนำมาใช้ภายใต้บริบทของการศึกษานี้ที่เกี่ยวข้องกับการปกครองท้องถิ่น การกระจายอำนาจจึงควรจะครอบคลุมเฉพาะรูปแบบที่สามถึงรูปแบบที่ห้าเท่านั้น ขณะที่สองรูปแบบแรกควรจะจัดแยกออกไป เนื่องจากการกระจายอำนาจในรูปแบบแรกหรือการกระจายอำนาจโดยจำเป็น/โดยปริยายนั้น เป็นการเกิดขึ้นเองในภาคประชาชนมิใช่เป็นผลจากการดำเนินการจัดสรรหรือแบ่งปันอำนาจจากรัฐบาลส่วนกลาง ขณะที่การกระจายอำนาจในลักษณะของการแปรรูปกิจการภาครัฐนั้น ท้ายที่สุดแล้วมิได้นำไปสู่สถานะของการกระจายอำนาจที่เป็นจริง เพราะจากบทเรียนที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ จะเห็นได้ว่าการดำเนินการแปรรูปกิจการของรัฐนั้นเป็นแต่เพียง "การโยกย้าย" อำนาจและทรัพยากรซึ่งรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางอยู่เดิมไปสู่บริษัทเอกชนขนาดใหญ่ ซึ่งมักจะมีลักษณะรวมศูนย์หรือผูกขาดในอีกรูปแบบหนึ่งเช่นกัน

ดังนั้น จากความหมายและขอบข่ายของการกระจายอำนาจประเภทต่างๆ ดังกล่าว หากพิจารณาในมิติของการบริหารปกครองในระดับท้องถิ่น จะเห็นได้ว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นับเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างระบบการปกครองซึ่งเกิดขึ้นจากกระบวนการกระจายอำนาจ แต่เนื่องจากการกระจายอำนาจนั้นมีหลายระดับดังที่นำเสนอ นั้นย่อมหมายความว่า ระบบการปกครองท้องถิ่นในประเทศหนึ่งๆ ก็ย่อมมีอำนาจและความเป็นอิสระที่มากน้อยแตกต่างกันออกไป อีกทั้งองค์กรปกครองท้องถิ่นที่จัดตั้งขึ้นก็มักจะมีลักษณะของการผสมผสานแนวคิดการกระจายอำนาจที่ต่างรูปแบบกัน เช่น ในด้านของอำนาจหน้าที่อาจจะเป็นไปภายใต้หลักการ โอนอำนาจ แต่ในด้านของทรัพยากรทางการคลังก็อาจจะเป็นไปภายใต้หลักการหนึ่งได้ เช่นเดียวกัน ระบบการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่นซึ่งถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก็อาจจะมีการจัดระบบได้ในหลายลักษณะตามระดับหรือรูปแบบของการกระจายอำนาจที่ต่างกันออกไป

แนวคิดเรื่อง เขตบริการสุขภาพ

๑. ความหมายของเขตบริการสุขภาพ

ประสบการณ์การจัดการสุขภาพระดับพื้นที่จากต่างประเทศทั้ง ๖ ประเทศ อันประกอบด้วยประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา นอร์เวย์ และสวีเดน พบว่า คำแสดงถึงความหมายระบบสุขภาพระดับพื้นที่หรือเขตสุขภาพใช้แตกต่างกันจนเกิดความสับสน เช่น area health แสดงถึงเขตสุขภาพเชิงภูมิศาสตร์กว้างๆ regional health system และ district health system บ่งบอกการแบ่งเขตบริหารจัดการสุขภาพที่เจาะจงขึ้น locality แสดงความชัดเจนของขนาดพื้นที่ประชากร การซื้อและจัดบริการสุขภาพในพื้นที่นั้นๆ อย่างชัดเจนมากที่สุด แต่ไม่แสดงถึงการประสานงาน (coordination) ดังนั้นระบบสุขภาพระดับพื้นที่สมควรใช้คำรวม กลางๆ ทั่วไปว่าเขตสุขภาพ (area health) ที่มีความหมายว่าเป็น “ระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (locality level) ที่กำหนดพื้นที่ และประชากรรับผิดชอบชัดเจน มีกิจกรรมการซื้อ และจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ มีบริการที่เหมาะสม และผสมผสานทั้งด้านบริการสุขภาพส่วนบุคคลการสาธารณสุขและบริการสังคมโดยมีหน่วยบริการหลักที่กำหนดชัดและเข้าถึงบริการได้ดี” (VRETVEIT 1996,HUNTER and STOCKFORD 1997,EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999)

๒. แนวคิดการดำเนินงานเขตสุขภาพ

จากประสบการณ์ต่างประเทศพบได้ว่ามีแนวคิดพื้นฐานสำคัญ ๓ ประการ ที่ประกอบกันสำหรับการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับพื้นที่หรือที่เรียกว่าเขตสุขภาพ คือการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข (health care decentralization) การอภิบาลระบบ (system governance) และการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) ทั้ง ๓ แนวคิด อธิบายรายละเอียดได้ดังนี้ การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขมีความหมายเข้าใจแตกต่างกัน เป็นทั้ง เป้าหมาย (end) และกลวิธี (mechanism) การศึกษาเขตสุขภาพนี้มองการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขเป็นเสมือนกลไก (mechanism) ที่จะพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดบริการที่ดีกว่าเดิม เพื่อ เข้าใจตรงกันการกระจายอำนาจในที่นี้จะมีความหมายว่า “เป็นการโอนอำนาจการวางแผน การตัดสินใจ และการจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมรัฐจากระดับชาติสู่องค์กรหรือหน่วยงานที่อยู่ระดับต่ำกว่ารวมถึงการ โอนอำนาจจากข้าราชการรัฐสู่คณะกรรมการอิสระและยังหมายความถึงการที่รัฐยอม ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจนถึงกำกับดูแลเพื่อจะบรรลุสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า โดยมี ส่วนในการตัดสินใจทางการเมืองและการจัดสรรทรัพยากรที่ดี” (CONYERS 1983,MILLS 1990, COLLINS 1994) ความหมายของการกระจายอำนาจมุ่งเน้นที่กระจายอำนาจด้านกระบวนการ

(functional decentralization) มากกว่าการกระจายอำนาจเชิงภูมิศาสตร์แบบการปกครอง (areal decentralization) การกระจายอำนาจมีหลายรูปแบบ ที่พบได้ในการดำเนินงานเขตสุขภาพพบได้ ๒ รูปแบบสำคัญคือ การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เรียกว่า Devolution และการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรอิสระในกำกับของรัฐ (semi-autonomous body) รูปแบบคณะกรรมการเขตสุขภาพหรือบอร์ด ที่ชื่อว่า Delegation หรือเป็นระบบเขตสุขภาพเรียกชื่อเจาะจงว่า Regionalization Devolution เป็นการกระจายอำนาจเชิงแนวดิ่ง (vertical decentralization) ออกนอกภาครัฐเดิมไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ Delegation หรือ Regionalization นั้นยังคงอยู่ในองค์กรเดิมแต่กระจายอำนาจเชิงระนาบ (horizontal decentralization) สายบังคับบัญชาจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นการประสานงานแทนการสั่งการแบบบังคับบัญชาสายตรง ต่างกับรูปแบบ Deconcentration เป็นการกระจายอำนาจแก่หน่วยงานในสังกัดตนเองเชิงแนวดิ่ง (vertical decentralization) กระทรวงสาธารณสุขเองที่มอบอำนาจให้แก่หน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล มากขึ้นกว่าเดิมยังคงเป็นการกระจายอำนาจรูปแบบ Deconcentration เพราะอำนาจการตัดสินใจยังคงดำรงในกระทรวงสาธารณสุข ส่วนรูปแบบ Privatization นั้นเป็นการขายโอนให้เอกชนดำเนินการซึ่งอังกฤษเป็นประเทศแรกที่ได้นำมาใช้กับหน่วยงานรัฐบางหน่วยงานเพื่อลดภาระการดูแล แต่สำหรับระบบสุขภาพที่พบบ่อยได้แก่การจ้างเอกชนดำเนินการในบริการที่เป็นลักษณะสนับสนุน เช่นการจ้างทำอาหารและซักฟอกโดยภาคเอกชน หรือที่เรียกว่า contract out หรือ out-source ไม่สามารถนำมาใช้สำหรับบริการสุขภาพทางการแพทย์ทางคลินิกโดยตรงเพราะบริการทางการแพทย์เป็นวิชาชีพเฉพาะซึ่งจะเห็นข้อจำกัดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนี้ชัดเจน (LEYS 1999) การกระจายอำนาจอาจผสมผสานหลายรูปแบบในคราวเดียวกัน ดังเช่น การกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วยังเกิดการกระจายอำนาจแก่คณะกรรมการเขตสุขภาพที่อิสระในการดำเนินงานเขตสุขภาพในประเทศสวีเดน (HJORTSBERG and GHATNEKAR 2001) ซึ่งพบว่ามีข้อเด่นในการปรับตัวของการทำงานที่ไม่ถูกมัดตรึงด้วยระเบียบทางราชการที่เข้มงวด เกิดความยืดหยุ่นและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นๆซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างระบบประชาธิปไตย สร้างประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม ขณะเดียวกันอาจสร้างความไม่เป็นธรรมระหว่างพื้นที่เมืองและชนบทโดยเฉพาะพื้นที่ที่ร่ำรวยและยากจน เพราะรัฐบาลกลางจะไม่สามารถเข้าไปกำกับบังคับบัญชาได้อย่างเต็มที่ ระบบสุขภาพเกิดการตัดขาดแยกส่วน (COLLINS 1994, COLLINS and GREEN 1994) ความสัมพันธ์เชิงอำนาจเปลี่ยนแปลงไปมากซึ่งอาจกระทบการร่วมมือการทำงานระหว่างภาครัฐอื่นๆกับระบบสุขภาพแบบเขตสุขภาพ บางครั้งเกิดการรวมศูนย์อำนาจในระดับพื้นที่ (local centralization) มากขึ้นกว่าเดิมเพราะระบบการเมืองท้องถิ่น

ผูกขาดหากไม่มีการตกลงติดตามประเมินผลและสร้างระบบอภิบาลที่ดีพอ (CONYERS 1983; BURKI,PERRY and DILLINGER 2002)

โครงสร้าง บทบาท ภารกิจ ของเขตบริการสุขภาพ

วินัย ลิสมิทธิ, ๒๕๕๔ ได้ศึกษารูปแบบ โครงสร้างภารกิจของเขตบริการสุขภาพในต่างประเทสไว้ดังนี้

๑. องค์ประกอบและบทบาทหน้าที่คณะกรรมการเขตสุขภาพต่างประเทศ

บทเรียนจากต่างประเทศพบว่า คณะกรรมการเขตสุขภาพนั้นเป็นผู้รับผิดชอบ บริหารการจัดบริการและการคลังสุขภาพของพื้นที่รับผิดชอบคณะกรรมการเขตสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีวาระดำรงตำแหน่งชัดเจน ตัวอย่างเช่น ประเทศนิวซีแลนด์คณะกรรมการมีสมาชิก ๑๑ คน วาระ ๓ ปี มาจากการเลือกตั้ง ๗ คน แต่งตั้ง โดยกระทรวงสาธารณสุข ๔ คน ต้องมีตัวแทนชนพื้นเมือง Maori อย่างน้อย ๒ คนตามสัดส่วน ประชากรที่อาศัยอยู่ ระยะแรกประธานคณะกรรมการมาจากการแต่งตั้งและพัฒนาไปสู่การเลือกตั้ง (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 2001) บทบาทความ รับผิดชอบของคณะกรรมการมีพัฒนาการในบทบาทที่รับผิดชอบตามลำดับ ดังตัวอย่างของ ประเทศอังกฤษ โดยเริ่มจากการเป็นที่ปรึกษา พัฒนาต่อไปให้มีส่วนบริหารงบประมาณเพื่อซื้อ บริการ จนสามารถซื้อบริการด้วยตนเองตามพันธะความรับผิดชอบ (accountability) และแยกตัว ออกเป็นอิสระเต็มที่ (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999) คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานเพื่อเป็นที่ปรึกษา เช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพ ประเทศนิวซีแลนด์แต่งตั้งที่ปรึกษา ๓ คณะ ได้แก่ Community and Public Health, Hospitals และ Disability Support เพื่อให้คำปรึกษาวางแผน ๑ ปี, แผนระยะยาว ๕ ปี และ ๑๐ ปี คณะกรรมการเขตสุขภาพแม้เป็นองค์กรอิสระ แต่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจลงโทษ และถอดถอนสมาชิกรายคนหรือทั้งคณะ หากคณะกรรมการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามกำหนด ได้อย่างถูกต้อง กระทรวงสาธารณสุขเองมีอำนาจกำหนดนโยบายและวางแผนเพื่อกำกับ การดำเนินงานของคณะกรรมการ การกำกับติดตามคุณภาพอาจใช้เครื่องมือและมืองค์กรรับผิดชอบ ติดตามประเมินผลชัดเจนเป็นอิสระ การกำกับติดตามประเมินผลสามารถดำเนินการผ่านการ กำหนดพันธะแบบทำสัญญา (contract) ที่ต้องรับผิดชอบต่อร่วมกันและกำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายที่ วัดได้ชัดเจนเช่น Quality and Outcome Framework (QOF) ของอังกฤษ เป็นต้น งบประมาณที่ คณะกรรมการได้รับแบ่งเป็น ๒ ส่วนแยกขาดจากกันเป็นงบบริหาร (departmental block) และ

งบบริการ (non-departmental block) สำหรับการบริหารจัดการและจัดบริการ (NHS INFORMATION CETRE 2006)

๒. บทบาทเขตสุขภาพในต่างประเทศ

บทบาทของเขตสุขภาพพบได้ ๓ ประการ ได้แก่ การจัดบริการ (service provision) การคลังสุขภาพ (health care financing) และการควบคุมกำกับระบบ (system governance) ดังนี้ เขตสุขภาพมีบทบาทรับผิดชอบจัดบริการสุขภาพให้เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิระดับสูง ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการประชาชนที่แท้จริง เปลี่ยนจุดเน้นจากการรักษาพยาบาลและบริการในโรงพยาบาลไปสู่บริการในสังคมชุมชนและครัวเรือนมากขึ้น เขตสุขภาพมีบทบาทรับผิดชอบผสมผสานบริการทุกอย่างในพื้นที่เข้าด้วยกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ การสาธารณสุขและบริการสังคม การผสมผสานงานสาธารณสุขเพื่อแก้ไขจุดอ่อนที่ละเลยบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะการควบคุมโรคระบาดที่รุนแรงและแพร่กระจายรวดเร็วที่ขาดแรงจูงใจทางการเงิน จนเกิดปัญหาการป้องกันและสกัดกั้นการระบาดของโรครุนแรงได้ไม่ทันท่วงที เช่น การระบาดของไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ เป็นต้น ระบบสุขภาพเกิดช่องว่างของบริการสาธารณสุขเพราะขาดหน่วยงานรับผิดชอบทำให้การประสานงานไม่ดี เขตสุขภาพมีเครือข่ายบริการตีประสานบริการได้อย่างบูรณาการจึงสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้เท่าเทียมทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสามารถลดค่าดำเนินการทางการเงินในการเรียกเก็บค่าบริการระหว่างสถานบริการ ตัวอย่าง เช่น อังกฤษมีกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นเครือข่ายบริการแบบ primary care group หรือประเทศสวีเดน Counties หลาย Counties รวมกลุ่มเป็นเขตพื้นที่บริการที่ใหญ่และครอบคลุมทำให้สามารถลดค่าดำเนินการที่สิ้นเปลืองลง หรือกลุ่มกองทุนประเทศเกาหลีใต้ที่ได้รวมกองทุนเพื่อสร้างความมั่นคงแก่กองทุนและขยายเครือข่ายบริการที่ครอบคลุม เป็นต้น (GLENNIGARD, HJALTE, SVENSSON, ANELL and BANKAUSKAITE 2005)

โครงสร้าง บทบาทของเขตบริการสุขภาพ

จรวยพร ศรีศศลักษณ์ Monday Conference (RM-TC Meeting) (25 November 2013) ได้เสนอโครงสร้าง บทบาทของเขตบริการสุขภาพไว้ว่า

๑. พัฒนาโครงสร้างการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการเขต

๑.๑ แนวทางการจัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพ

๑.๒ ตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต

**๑.๓ นโยบายการบริหารแผนงานและข้อมูลระดับเขต พัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ/บริหารการเงินการคลัง/บริหารทรัพยากร ฯลฯ**

๒. การบริหารร่วม

๒.๑ บริหารแผน : มียุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย
ตัวชี้วัดระดับเขต

๒.๒ บริหารทรัพยากรบุคคล : มีการวางแผนกำลังคน โดยวิเคราะห์
อัตรากำลัง ความต้องการรายหน่วยบริการ จัดสรรอัตรากำลัง

๒.๓ พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากร การจ้างพนักงานกระทรวง
สาธารณสุข และการกำหนดค่าตอบแทน แรงจูงใจให้ปฏิบัติงานอย่างเป็นธรรมและเหมาะสม

๒.๔ บริหารงบประมาณ : บริหารงบ UC ร่วมกันระหว่างสาธารณสุขและ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คปสข. VS อปสข.) ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
และคุ้มค่า

๒.๕ บริหารงบประมาณ : วางแผนการลงทุนและแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันใน
เขต

๒.๖ บริหารการจัดซื้อจัดจ้าง : มีแผนการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างให้เป็นไป
ตามเป้าหมายของสาธารณสุข โดยเฉพาะยา และวัสดุวิทยาศาสตร์ มีการดำเนินการร่วมกัน

๓. การจัดบริการร่วม

๓.๑ มีแผนการจัดบริการที่บูรณาการครอบคลุม ๔ มิติ เพื่อตอบสนอง
เป้าหมายและตัวชี้วัดตามกลุ่มวัย

๓.๒ มีแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ ๑๐ สาขา และยกระดับ
ขีดความสามารถของสถานบริการในลักษณะเครือข่ายเชื่อมโยงทุกระดับ (Service Plan) ทั้งในเขต
และนอกเขต

๓.๓ ดำเนินการติดตามและบริหารผลการดำเนินงานตามระยะเวลา

๓.๔ ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานและการจัดบริการร่วมรูปแบบ

องค์ประกอบ บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเขตบริการสุขภาพ

ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ได้นำเสนอในที่ประชุมเมื่อ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ เกี่ยวกับรูปแบบ องค์ประกอบ บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเขตบริการสุขภาพไว้ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ **Governing body** (คปสข. คณะกรรมการกำกับตรวจสอบ คณะกรรมการบริหาร)

๑.๒ **ช่วงปีแรก** พัฒนาคณะกรรมการประสานงานพัฒนางานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.) ให้ทำหน้าที่คณะกรรมการบริหารเขตสุขภาพ ประกอบด้วยผู้ตรวจราชการ, สาธารณสุขนิเทศก์, ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, สาธารณสุขอำเภอ)

๑.๓ **มอบหมายผู้ทรงคุณวุฒิ/รองปลัดที่รับผิดชอบ** กำกับติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของเขตสุขภาพ (inspector)

๒. บทบาทหน้าที่

๒.๑ **กำหนดนโยบายและวางแผนด้านสุขภาพของเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ (เขตสุขภาพ)**

๒.๒ **จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในเขตสุขภาพรวมทั้งจัดบริการแบบบูรณาการ**

๒.๓ **พิจารณากำหนดหลักเกณฑ์ การจัดสรรทรัพยากรสุขภาพแก่สถานพยาบาลทุกระดับ**

๒.๔ **ติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด**

๒.๕ **บทบาทในช่วงเปลี่ยนผ่าน** ปีแรกอาจยังทำหน้าที่เป็น Regulatory โดย exercise บริหารเฉพาะงบ PP แต่ปีต่อไปอาจ regulate ลดลงเพื่อบริหารเต็มรูปแบบ

๒.๖ **งบประมาณแยกชัดเจน ระบบบริหารและงบบริการ** กำกับติดตามคุณภาพโดย KPI

๓. การจัดการเขตสุขภาพ

๓.๑ ควรมีสํานักงานเลขานุการเขตสุขภาพ เพื่ออํานวยความสะดวกในการจัดทำแผนสุขภาพของเขตฯ วิเคราะห์ข้อมูลและจัดระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย กำหนดสิทธิประโยชน์

๓.๒ การบริการสุขภาพ: P&P, Public health, Hospital services, Social health, Acute care, Rehabilitation, Pharmaceutical services, Referral system

๓.๓ การคลังสุขภาพ: การกำหนดราคา, การจ่ายค่าตอบแทน, การจัดสรรงบประมาณ

๓.๔ การจัดการด้านบุคลากร: การผลิตบุคลากร, การพัฒนาฝึกรวม

นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ลงนามในคำสั่ง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๕ ฉบับ ในวันเดียว คือวันที่ ๒๓ ม.ค.๒๕๕๘ ที่ผ่านมา โดยเกี่ยวข้องกับการจัดตั้งเขตสุขภาพ ๑๓ เขต และการแต่งตั้งบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารทั้งหมด ทั้งซีอีโอเขตสุขภาพ คณะกรรมการเขตสุขภาพ คณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ ทั้งนี้ ประกอบด้วย คำสั่ง สธ.ที่ ๑๑๓/๒๕๕๘ แบ่งกลุ่มจังหวัดออกเป็น ๑๓ เขตสุขภาพ โดยเขตที่ ๑ - ๑๒ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ เขตที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร รับผิดชอบ พร้อมทั้งแต่งตั้งผู้ตรวจราชการสาธารณสุข จำนวน ๑๐ ราย ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการเขตสุขภาพ หรือซีอีโอ คำสั่ง สธ.ที่ ๑๑๔/๒๕๕๘ จัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ โดยกำหนดให้เป็นส่วนราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค มีฐานะเทียบเท่ากองในสังกัด สธ. คำสั่ง สธ.ที่ ๑๑๕/๒๕๕๘ แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ ๑ - ๑๒ โดยมีกรรมการทั้งสิ้น ๒๘ ราย ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ คำสั่ง สธ.ที่ ๑๑๖/๒๕๕๘ แต่งตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ ประกอบด้วย ๑.ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ๒.สาธารณสุขนิเทศก์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธาน ๓. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง ๕.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ๖. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของกรม ๗. ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดละ ๑ คน ๘. ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดละ ๑ คน เป็นกรรมการ ๙. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ เป็นกรรมการและเลขานุการ สำหรับอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเขตสุขภาพ คือการกำหนดรูปแบบวิธีการจัดบริหารร่วม และบริการร่วมภายในเขตสุขภาพ และสามารถให้ความเห็นชอบ

และอนุมัติทรัพยากรด้านการเงินการคลังและพัสดุ ด้านบุคลากรและด้านวิชาการของหน่วยงาน
ในเขตสุขภาพได้

ประสบการณ์การจัดการเรื่อง เขตพื้นที่บริการของประเทศต่างๆ

วินัย ลิสมิทธิ์ ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพใน ๘ ประเทศ คือ
ประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา สวีเดน นอร์เวย์ เกาหลี และไต้หวัน ไว้ดังนี้

๑. คุณลักษณะเขตสุขภาพในประเทศต่างๆ

เขตสุขภาพที่จัดตั้งและดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ ทั้ง ๖ ประเทศ คือ อังกฤษ
นิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย นอร์เวย์และสวีเดน แม้จะมีแนวคิดคล้ายคลึงกันแต่การ
ดำเนินงานย่อมมีความหลากหลาย หากนำมาสรุปให้เห็นภาพเปรียบเทียบดังตารางที่ ๑.๑ ซึ่ง
จะนำเอาบทเรียนจากการซื้อบริการของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กทม. มา
เปรียบเทียบกับ จะพบความแตกต่างในคุณลักษณะประเด็นสำคัญ ๕ ประการ คือ รูปแบบการ
กระจายอำนาจ องค์กรที่มีบทบาทอภิบาลระบบเขตสุขภาพ ผู้มีบทบาทซื้อบริการหลัก ผู้
จัดบริการหลัก และปัญหาเชิงระบบที่เกิดขึ้นในแต่ละประเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑.๑ รูปแบบการกระจายอำนาจ

เขตสุขภาพในประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ และประเทศไทยใช้การกระจาย
อำนาจแก่องค์กรอิสระในรูปแบบที่เรียกว่า Delegation (COLLINS 1994) โดยเรียกชื่อแตกต่างกัน
กันประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขา กทม.เป็นหน่วยงานสังกัด
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นองค์กรอิสระ (autonomous body) ส่วนประเทศอื่นๆ
ได้แก่ ออสเตรเลีย แคนาดา นอร์เวย์ และสวีเดน การกระจายอำนาจระบบสุขภาพอิงกับระบบ
การปกครองที่กระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่เรียกว่า Devolution แต่
จัดตั้งเขตสุขภาพที่กระจายอำนาจรูปแบบ Delegation ซ้อนร่วมกับการปกครอง ส่วนท้องถิ่นที่
เป็น Devolution เป็นที่น่าสนใจว่าประเทศที่มีระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นก็นำรูปแบบองค์กร
อิสระเข้ามาร่วมดำเนินการในระบบเขตสุขภาพระดับพื้นที่

๑.๒ การอภิบาลระบบสุขภาพ

เป็นบทบาทขององค์กรอิสระที่แยกออกจากระบบการปกครองเดิมเหมือนกันทุก
ประเทศแต่เรียกชื่อแตกต่างกันอังกฤษเรียก Primary Care Trust (PCT) ซึ่งพัฒนามาจาก District
Health Authority (DHA) นิวซีแลนด์เรียก District Health Board ซึ่งพัฒนามาจาก Regional
Health Board ออสเตรเลียเรียก Area Health Board (AHB) แคนาดา นอร์เวย์และสวีเดน เรียก

เหมือนกันว่า Regional Health Authority (RHA) ประเทศไทยจัดตั้งสาขา กทม. ขึ้นเพื่ออภิบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตกรุงเทพมหานคร เรียกชื่อว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.สาขา กทม. เป็นสิ่งที่น่าสนใจว่าเกิดการปรับเปลี่ยนการอภิบาลจากเดิมที่เป็นระบบราชการส่วนกลางในประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ และไทย หรือจากระบบการปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศออสเตรเลีย นอร์เวย์ และสวีเดน มาใช้การอภิบาลแบบเครือข่ายพันธมิตรทางสุขภาพในรูปแบบคณะกรรมการอิสระเขตสุขภาพเพิ่มเติมและแทนที่ระบบเดิมการซื้อและจัดบริการสุขภาพนั้น มีองค์กรหลักในการดำเนินงานแตกต่างกันแต่ละประเทศ

๑.๓ ผู้มีบทบาทซื้อบริการหลัก

ประเทศอังกฤษใช้ PCT เป็นองค์กรอิสระที่ซื้อและจัดบริการแบบบูรณาการที่ใกล้ประชาชนในชุมชนมากที่สุดในระดับเขตจึงจัดตั้งหน่วยงานวางแผนยุทธศาสตร์ชื่อ Strategic Health Authority (STA) ทำหน้าที่วางแผนยุทธศาสตร์แก่ PCT นิวซีแลนด์มี District Health Board (DHB) ทำหน้าที่ซื้อและจัดบริการในโครงสร้างองค์กรเดียวกัน ออสเตรเลียบางรัฐเท่านั้นที่มีการบริหารแบบเขตสุขภาพซึ่งจัดตั้ง Area Health Board (AHB) เป็นผู้ซื้อและจัดบริการในเขตสุขภาพ หากรัฐที่ไม่มีเขตสุขภาพ Department of Health ของรัฐบาล State ยังคงทำหน้าที่จัดบริการหลักแก่ประชาชน แคนาดามีการจัดเขตสุขภาพในจังหวัดโดยมี RHA เป็นองค์กรหลักในการซื้อและจัดบริการในเขตสุขภาพจังหวัดนั้นๆ ประเทศนอร์เวย์นั้นระดับเขตมี Regional Health Authority (RHA) เป็นผู้ดูแลซื้อบริการ

๑.๔ ผู้จัดบริการหลัก

ระดับพื้นที่ชุมชนมีหน่วยงานจัดบริการที่ชื่อ Enterprises ทำหน้าที่เหมือนหน่วยงานเอกชนที่จัดบริการแยกผู้จัดบริการออกจากผู้ซื้อบริการ สวีเดนเองมีการรวม County แล้วแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มเรียกว่า Regional Health Authority (RHA) และภายใต้ระบบเขตสุขภาพยังแบ่งเป็นเขตการแพทย์ ๖ เขต เรียกชื่อว่า Medical Regions เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่ชัดเจน เห็นได้ชัดว่าประเทศที่กล่าวนี้มี การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้ใกล้ประชาชนและชุมชนมากๆ จะสร้างหน่วยงานที่อิสระและอยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด แต่ละประเทศแยกบทบาทของผู้ซื้อและจัดบริการสุขภาพออกจากกัน (purchaser-provider split) เพื่อใช้กลไกตลาดที่แข่งขันและสร้างคุณภาพประสิทธิภาพบริการแต่บทบาททั้งสองอาจจะอยู่ภายในองค์กรเดียวกัน เช่น อังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา มีหน่วยงานที่ซื้อและจัดบริการประชาชนเป็นหน่วยงานเดียวกันแบบบูรณาการ ได้แก่ PCT, DHB และ RHA ตามลำดับ เห็นชัดว่าหลายๆ ประเทศเริ่มนำผู้ซื้อและจัดบริการให้รวมในหน่วยเดียวกันเพื่อการบูรณาการแบบ Commissioning ประเทศไทยผู้ซื้อบริการ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.สาขา กทม. ซึ่งแยกออกชัดเจนจากผู้

จัดบริการหลักคือกระทรวงสาธารณสุขหน่วยบริการของกรุงเทพมหานคร สถานบริการรัฐและเอกชนอื่นๆ

๑.๕ ปัญหาเชิงระบบที่เกิดขึ้นในแต่ละประเทศ

แต่ละประเทศที่จัดระบบเขตสุขภาพมีปัญหาเชิงระบบแตกต่างกัน อังกฤษเกิดการแข่งขันจากกลไกตลาดจนเน้นแย่งชิงเงินและปกป้องเงินมากเพื่อไม่ให้ขาดทุนจนล้มบทบาทการดูแลผู้ป่วย และเกิดการทอดทิ้งงานบริการที่ไม่ก่อรายได้โดยเฉพาะบริการสาธารณสุขและการควบคุมโรคระบาดที่รุนแรง นิวซีแลนด์มีปัญหาขัดแย้งในบทบาทการเป็นผู้ซื้อและจัดบริการที่ไม่ชัดเจนแม้จะพยายามแยกองค์กรผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกัน นอกจากนี้คณะกรรมการเขตสุขภาพนิวซีแลนด์ยังไม่ได้มีอำนาจเด็ดขาดที่แท้จริง ออสเตรเลียมีปัญหาความแตกต่างระหว่างรัฐบาล (State) ที่บางรัฐมีคณะกรรมการเขตสุขภาพบางรัฐมีแต่ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทำให้ระบบบริการที่ไม่มีเอกภาพสิทธิประโยชน์แตกต่างกัน แคนาดาเช่นกันการเป็นอิสระของจังหวัดทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างจังหวัดทั้งสิทธิประโยชน์ประชาชนและการจัดสรรงบประมาณ นอร์เวย์แม้จะแยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกันแต่ยังไม่เกิดการแข่งขันที่แท้จริงการจัดการยังเป็นแบบรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง สวีเดนมีปัญหาความร่วมมือที่ County ยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญทั้งซื้อและจัดบริการจึงยังเอนเอียงที่จะให้บริการซื้อกับสถานบริการที่สังกัด County ตนเองไม่เกิดการแข่งขันสวีเดนมีการฟ้องร้องค่าเสียหายที่ไม่พิสูจน์ถูกผิดมากจนใช้งบประมาณที่สูงขึ้นเรื่อยๆอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยมีปัญหาเรื่องการผูกขาดสถานบริการที่ไม่มีทางเลือกไม่เกิดการแข่งขัน เกิดปัญหาความขัดแย้งเชิงนโยบายระหว่างองค์กรผู้ซื้อบริการและจัดบริการ อำนาจการซื้อบริการไม่สามารถนำไปกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพบริการได้เท่าที่ควร

ตารางที่ ๑.๑ เปรียบเทียบคุณลักษณะของเขตสุขภาพประเทศต่างๆ

คุณลักษณะ	อังกฤษ	นิวซีแลนด์	ออสเตรเลีย	แคนาดา	นอร์เวย์	สวีเดน	สปสช. สาขากทม.
รูปแบบ กระจาย อำนาจ	Autonomous body (delegation)	Autonomy body (delegation)	Devolution	Devolutio n	Devolution	Devolution	Autonomy Body (delegation)
องค์กร อภิบาล ระบบเขต	8 STA 100 PCT	21 DHB	AHB	RHA	4 RHA 35 Enterprises	2 RHA 6 Medical regions	BMA Branch
ผู้ซื้อบริการ หลัก	PCT	DHB	AHB	RHA	RHA	RHA	NHSO- BMA
ผู้จัดบริการ หลัก	PCT	DHB	State Department of Health	RHA	Enterprises	Medical Region	MOPH and Public facilities
ปัญหาเชิง ระบบ	- แย่งชิงคิว บริการ - ข้อมูลถูก ปกปิด - การสาธารณสุข ขาดผู้รับผิดชอบ	-บทบาทผู้ซื้อ และจัด บริการ ไม่ชัด - บอร์ดขาด อำนาจที่ แท้จริง	เขตสุขภาพ มีบทบาท น้อย	- งบ ประมาณ และ สทช. ประโยชน์ ที่แตกต่าง กัน ระหว่าง จังหวัด	-ระบบรวมศูนย์ การแข่งขัน บริการไม่เกิด ขึ้นจริง	-ผู้ซื้อและ จัดบริการ แยกไม่ชัดเจน - มีการ ฟ้องร้อง ค่าเสียหายสูง	-ไม่มีการ แข่งขัน -Policy conflict -อำนาจการ ซื้อจำกัด โดยเฉพาะ กับเอกชน

แหล่งข้อมูล : ARMSTRONG and ARMSTRONG 1999; EUROPEAN OBSERVATORYON
HEALTHCARE SYSTEM 1999; EUROPEAN OBSERVATORYON HEALTH CARE
SYSTEM 2001; HEALY and HILLESS 2001; GLENNGARD, HJALTE and SVENSSON et al
2005;
HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006; JOHMSSEN 2006; MARCHILDON 2005;
NORWEGIAN DIRECTORATE of HEALTH 2009.

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อเสนอแนะเรื่องเขตบริการสุขภาพที่พึงประสงค์

๑. บทบาทสำนักตรวจราชการสาธารณสุขเขต

วินัย ลีสmith, สมศักดิ์ ชุมหรัสมิ ได้พูดถึงบทบาทของสำนักตรวจราชการเขต ซึ่งเป็นตัวแทนของเขตบริการสุขภาพโดยอนุโลมไว้ว่า

- ๑.๑ กำหนดนโยบายระดับเขตเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและถ่ายทอดไปสู่พื้นที่
- ๑.๒ ติดตามประเมินผลนโยบายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- ๑.๓ ประสานงานกับ สปสช.เขตเพื่อจัดระบบบริการในเขตพื้นที่ (Commissioning)
- ๑.๔ จัดทำแผนการกระจายอำนาจระดับเขตให้ดำเนินการต่อเนื่องทั้งการถ่ายโอนสถานอนามัยรพ.อิสระมหาชน หรือการจัดแผนประสานงานในลักษณะเขตสุขภาพ
- ๑.๕ การเฝ้าระวังโรคระบาดที่รุนแรงในพื้นที่เขตและการเตรียมความพร้อมในการป้องกันควบคุมโรค

๒. ข้อเสนอแนะที่สำคัญ ๗ ประการ

วินัย ลีสmith, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย สรุปไว้ว่า

๒.๑ เป้าหมายของการปฏิรูป การจัดการสุขภาพระดับเขตพื้นที่หรือเขตสุขภาพ คือ ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้นโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพ (more health for money) และคำนึงถึงความเสมอภาคของการใช้ทรัพยากรระหว่างเขตพื้นที่และกองทุน มีช่องทางการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับประเทศ เขต ท้องถิ่นและประชาชน

๒.๒ การดำเนินการปฏิรูป เรื่องเขตสุขภาพควรดำเนินการโดยเร็วและเป็นขั้นตอนอย่างเป็นรูปธรรมในการจัดพวงบริการในทิศทางหลัก ๓ ประการ คือ

๒.๒.๑ เริ่มจากรูปแบบเขตสุขภาพที่เป็นโครงสร้างตามบทบาทหน้าที่สำคัญๆ จนเกิดความชัดเจนและนิ่งเพียงพอที่จะจัดตั้งปรับเปลี่ยนและพัฒนาสู่โครงสร้างทางกฎหมายที่ยั่งยืน

(Functional structure to legal structure)

๒.๒.๒ บทบาทบริการเริ่มจากส่วนที่ครอบคลุมเฉพาะบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจนขยายออกไปครอบคลุมการบริการที่เกี่ยวข้องกับตัวกำหนดทางสังคมด้านสุขภาพ (social determinants of health) และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอื่นๆ (health risk factors)

๒.๒.๓ บริการสุขภาพเริ่มจากการดำเนินงานในขอบเขตความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขและขยายออกไปสู่การมีส่วนร่วมของภาคส่วนนอกกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน

๒.๓ การบริหารจัดการเขตสุขภาพ ต้องมีอำนาจครอบคลุม ๓ มิติ คือ อำนาจรัฐ อำนาจทางสังคมและอำนาจทางปัญญา (leadership) เพียงพอที่จะบูรณาการการทำงานในเขตสำหรับบริการดูแลประชาชนครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งอำนาจต้องการความยั่งยืน โดยมีกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนรองรับมากกว่าเป็นเพียงนโยบายที่เป็นนามธรรม

๒.๔ การดำเนินการเขตสุขภาพ ให้ดำเนินการสอดคล้องกับการถ่ายโอนภารกิจ ภายใต้อำนาจ พรบ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจโดยมีความชัดเจนในบทบาทเขตสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๕ การจัดตั้งและดำเนินงานเขตสุขภาพ ต้องยึดหยุ่นโดยพิจารณาบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันของปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งหน้าที่สำคัญของคณะกรรมการเขตสุขภาพคือการสร้างทางเลือกฉากทัศน์ (scenarios) ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่นั้นๆ

๒.๖ คณะกรรมการเขตสุขภาพและสำนักงานเลขานุการเขตสุขภาพ ให้มีการจัดตั้งเป็นโครงสร้างที่ชัดเจนที่มีผู้ปฏิบัติงานประจำ และยึดหยุ่นเพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมกับการปรับเปลี่ยนขยายตัวของเขตสุขภาพ เช่น การปรับเปลี่ยนที่มาของประธานและคณะกรรมการเขตสุขภาพ เป็นต้น โดยพิจารณาถึงทุนทางสังคมและทุนทางปัญญา (leadership) และเน้นเจตนารมณ์สำคัญของเขตสุขภาพ คือ ประชาชนมีส่วนร่วมและประชาชนคือผู้ที่ได้รับผลจากการบริการ

๒.๗ การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพ การดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานเขตสุขภาพ โดยองค์กรหรือหน่วยงานอิสระนอกกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องในทิศทางที่ต้องการ

๓. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบเขตบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และดำรงอยู่อย่างยั่งยืน

ธีระ วรรณรัตน์ จากการศึกษาวิจัย เพื่อประเมินสมรรถนะของเขตบริการสุขภาพ ครั้งนี้การพัฒนาระบบเขตบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อความต้องการ

ของประชาชนในพื้นที่ และดำรงอยู่อย่างยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุข ควรที่จะพิจารณาดำเนินการดังต่อไปนี้

๓.๑ กลยุทธ์ว่าด้วยเรื่องกำลังคน “เปิดช่องทางให้เกิดการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยตัวแทนจากภาคประชาชนและภาคเอกชน เพื่อหวังผลในการสร้างการยอมรับ ระดมทรัพยากร และเพื่อลดภาระบุคลากรภาครัฐในระยะยาว”

๓.๒ กลยุทธ์ว่าด้วยระบบสารสนเทศ “พัฒนาระบบสารสนเทศระดับพื้นที่ให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ โดยสามารถรองรับและตอบสนองต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรศาสตร์จากนโยบายระหว่างประเทศให้ได้”

๓.๓ กลยุทธ์ว่าด้วยการจัดการเวชภัณฑ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ “เผยแพร่กรณีศึกษาว่า ด้วยเรื่องความสำเร็จในการบริหารจัดการที่ก่อให้เกิดความคุ้มค่า เช่น การจัดซื้อยา เครื่องมือแพทย์ ให้ทุกพื้นที่ในประเทศพิจารณาดำเนินการตาม และพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะต่อยอดไปถึงระดับประเทศ”

๓.๔ กลยุทธ์ว่าด้วยการจัดระบบบริการ “พินิจกำลังกับสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนงานตามแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ อาทิ เช่น การพัฒนาระบบส่ง ต่อ ผู้ป่วยภายในเขต การแก้ไขปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาล” “ปรับค่านิยมการใช้บริการสาธารณสุข ของประชาชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด ด้านการตลาดและประชาสัมพันธ์ใหม่ๆ โดยเน้นให้เกิดความตระหนัก ถึงความจำเป็นของการดูแลและพึ่งตนเองภายในพื้นที่ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เท่าที่จำเป็น” “จัดทำแผนจัดการความเสี่ยง เพื่อลดผลกระทบต่อ ระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่จากนโยบาย AEC ที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรต่างชาติมาในประเทศไทยและการเปลี่ยนแปลงของสังคม” “ประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาเขตบริการสุขภาพ ร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ภาคเอกชน โดยอาจประสานประโยชน์แล้วเล่นสนามเดียวกัน หรือแบ่งสนามเล่น ทั้งนี้ทั้งนั้น ให้ยึดถือหลักธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ” “พัฒนาระบบติดตาม กำกับประเมินผลการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความคาดหวังของประชาชนด้วย มิใช่อิงตามมติของผู้จัดบริการแต่เพียงอย่างเดียว”

๓.๕ กลยุทธ์ว่าด้วยการอภิบาลระบบ “ประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะโดยใช้กระแสนโยบายคู่ขนานของรัฐบาล เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจตระหนัก ยอมรับนโยบายเขตบริการสุขภาพของทุกภาคส่วน และขับเคลื่อนในแต่ละพื้นที่ไปในทิศทางเดียวกัน” “อาศัยสถานการณ์การเมืองที่นิ่ง ทำการผลักดันให้มีกฎหมายหรือระเบียบที่จำเป็นต้องใช้เพื่อรองรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ” “ให้คำนึงว่าทุกนโยบายที่ออกมา จะมีทั้งผู้มีส่วน

ได้ และส่วนเสียเสมอ ดังนั้นจึงควรวิเคราะห์ผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละฝ่าย และสร้างสมดุลอำนาจแบบใหม่ที่พอเป็นที่ยอมรับได้ในแต่ละฝ่าย เช่น การผันอำนาจการบริหารจัดการจากฝ่ายหนึ่งไปสู่อำนาจการตรวจสอบเพื่อถ่วงดุล ”

๓.๖ กลยุทธ์ว่าด้วยการจัดการกลไกการเงิน การคลังและทรัพยากร “จัดสรรทรัพยากรแบบร่วม โดยควรวางพิจารณาจัดสรรทรัพยากรตามนโยบายคู่ขนานของรัฐบาลเพื่อเป็นโอกาสในการลงทุนหรือพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ” “พิจารณาความเป็นไปได้ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยใช้กลไกร่วมลงทุนระหว่างรัฐ เอกชน และท้องถิ่น เพื่อร่วมกันรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ และร่วมจัดการความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม”

การจัดบริการพื้นที่เขตสุขภาพเป็นการผสมผสานทุกบริการที่ประชาชนมีความจำเป็นและสมควรได้รับ ทั้งบริการสุขภาพส่วนบุคคล (personal health services) การสาธารณสุข (public health services) และบริการสังคม (social care services) เป็นการมองผลลัพธ์ที่ประชาชนจำเป็นต้อง (demand side) มากกว่ามองด้านการบริการ (supply side) ดังนั้นการบริหารจัดการพื้นที่เขตสุขภาพจำเป็นต้องกำหนดบทบาทองค์กรต่างๆที่เข้าร่วมดำเนินการให้เกิดการประสานและสร้างเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพไม่ซ้ำซ้อน (commissioning) แทนเพียงมองการซื้อบริการ (purchasing) และจัดบริการ (providing) เพื่อการอยู่รอดทางการเงินเท่านั้น

๔. บทบาทของเขตบริการสุขภาพ

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดบทบาทของเขตบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ไว้ เป็นแนวทางในการดำเนินงานไว้สั้นๆว่า Area Health Board มีบทบาท

๔.๑ บริหารเขตเครือข่ายบริการแบบบูรณาการสมบูรณ์เบ็ดเสร็จ ไร้รอยต่อ มีคุณภาพ ทัวถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม

๔.๒ สร้างความมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนไปสู่การถ่ายโอนที่คงไว้ซึ่งความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ

๔.๓ พัฒนาระบบสุขภาพในระบบฐานรากที่มีประชาชนร่วมรับผิดชอบระบบสุขภาพเพื่อสังคมอยู่เย็นเป็นสุข

๔.๔ มีคณะกรรมการติดตามประเมินผลทั้งภายใน และภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ ๓

เขตบริการสุขภาพ

เขตบริการสุขภาพ

บทนี้เป็นผลการสังเคราะห์เชิงเนื้อหาที่รวบรวมจากข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ และข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับต่างๆ คือ

- รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๑ คน (เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒)
- ประธานชมรมสาธารณสุขจังหวัด
- ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

แต่เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ ๑ ดิราชการสำคัญ มอบหมายให้บุคคลอื่นมาให้ข้อมูลแทน แต่เนื่องจากอุปสรรคเรื่องเวลา จึงได้ตัดผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ ๑ ออกไป คงเหลือ ผู้ให้ข้อมูลลำดับที่ ๒ - ๕ นำข้อมูลจากเอกสารมาผนวกกับการสัมภาษณ์ซึ่งถูกบันทึกเสียงและนำมาถอดเสียงเพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิเคราะห์นำเสนอเชิงพรรณนาดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สถานการณ์สุขภาพของประชาชนไทย

จากหนังสือยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗ กระทรวงสาธารณสุขที่เผยแพร่ เดือน ตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๖ สรุปสถานะ สุขภาพประชาชนไทยไว้ดังนี้

1.1 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants): ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าดัชนีความอยู่ อยู่เย็นเป็นสุขในสังคมไทยเพิ่มขึ้นจากระดับที่ต้องปรับปรุงร้อยละ ๖๖.๔๗ ในปี พ.ศ.๒๕๔๕ เป็นร้อยละ ๗๐.๒๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔

1.2 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยยืนยาวขึ้น จากการศึกษาเพื่อการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๖๓ : ประชากรฐานและข้อสมมุติ, สถาบันวิจัยประชากรมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่า

ผู้ชายมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ๗๐.๔ ปี พ.ศ.๒๕๕๓ เป็น ๗๑.๑ ปี ใน พ.ศ.๒๕๕๖ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ๗๕.๒ ปี ใน พ.ศ.๒๕๖๓

ผู้หญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ๗๗.๕ ปี ใน พ.ศ.๒๕๕๓ เป็น ๗๘.๑ ปี ใน พ.ศ.๒๕๕๖ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ๘๑.๘ ปีใน พ.ศ.๒๕๖๓

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Health Adjusted Life Expectancy หรือ HALE) จากรายงานของ World Health Report ๒๐๐๓ และคณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ผู้ชายมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี จาก ๕๗.๗ ปี ใน พ.ศ.๒๕๔๕ เป็น ๖๕.๐ ใน พ.ศ.๒๕๕๒ ผู้หญิงมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นจาก ๖๒.๔ ปี ใน พ.ศ.๒๕๕๒ เป็น ๖๘.๑ ปี ใน พ.ศ.๒๕๕๒

1.3 สาเหตุการตายมาจากโรคที่ป้องกันได้ และการสูญเสียปีสุขภาวะเปลี่ยนจากโรคติดเชื่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาคาดประมาณแนวโน้มการตายด้วยโรคต่างๆ ของประชากรไทย ใน พ.ศ.๒๕๓๗-๒๕๕๒ โดยใช้สาเหตุการตายโดยตรงจากมรณะบัตร พบว่า ในอีก ๑๐ ปี ข้างหน้า (พ.ศ.๒๕๖๒) การศึกษาเพื่อการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๖๓ : ประชากรฐานและข้อสมมุติ, สถาบันวิจัยประชากรมหาวิทยาลัยมหิดลพบว่า

เพศชายมีสาเหตุการตายที่พบสูงสุดเกี่ยวกับ อุบัติเหตุจราจร มะเร็งตับ และหลอดเลือดสมอง

เพศหญิงมีสาเหตุการตายที่พบสูงสุดเกี่ยวกับเบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งตับ เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้หญิงไทย

จะเห็นได้ว่า โรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นใน ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา ปีสุขภาวะ จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.๒๕๕๒ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า ใน พ.ศ.๒๕๕๒ ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากการติดเชื้อ อุบัติเหตุจราจรและโรคหลอดเลือดสมอง (ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน พ.ศ.๒๕๔๗ เป็นการติดเชื้อใน พ.ศ.๒๕๕๒) สำหรับ

ผู้หญิงไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า ใน พ.ศ.๒๕๕๒

การศึกษาภาระโรค (Burden of disease) ของประชากรไทยใน พ.ศ. 2554 ได้ประเมินภาวะการสูญเสียด้าน สุขภาพ หรือ ช่องว่างสุขภาพ (Health gap) ในหน่วย “ปีสุขภาวะที่สูญเสีย (Disability-Adjusted Life Year: DALY)” จากโรคและการบาดเจ็บของประชากร ประกอบด้วยปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) กับปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการมีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLD) โดยผลการศึกษาพบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ของประชากรไทยใน พ.ศ. 2554 คิดเป็น 10.6 ล้านปี โดยเพศชายมีความสูญเสีย มากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.3 เท่า นั่นคือเพศชายมีความสูญเสียประมาณ 6.1 ล้านปี และเพศหญิงมีความสูญเสียประมาณ 4.5 ล้านปี สาเหตุอันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะสำหรับประชากรชาย ได้แก่ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence/harmful use) คิดเป็นร้อยละ 9 จากความสูญเสียทั้งหมด รองลงมาคือ อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และมะเร็งตับ ตามลำดับ สำหรับเพศหญิง สาเหตุอันดับแรกของความสูญเสียปี สุขภาวะ คือ โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกันคือร้อยละ 8 จากความสูญเสียทั้งหมด รองลงมา คือ โรคซึมเศร้า โรคหัวใจขาดเลือด และโรคต่อกระดูก ตามลำดับ ความสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) มีค่าประมาณ 6.4 ล้านปี ซึ่งเป็น ร้อยละ 61 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) ทั้งหมด ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร 3.9 ล้านปี ขณะที่ผู้หญิงไทยมีความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรประมาณ 2.5 ล้านปี ซึ่งมีค่าประมาณ 2 ใน 3 ของความสูญเสีย YLL ในเพศชาย สาเหตุร้ายโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควร 10 อันดับแรกครอบคลุม ร้อยละ 57 ของความสูญเสียในเพศชาย และร้อยละ 52 ในเพศหญิง โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดความสูญเสียสูงสุดในเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน คิดเป็นร้อยละ 12 ของความสูญเสีย YLL ในเพศชาย สาเหตุรองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ โรคหัวใจขาดเลือด และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง สาเหตุที่ทำให้เกิดความ สูญเสียสูงสุด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 11 ของความสูญเสีย YLL ในเพศหญิง สาเหตุรองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และอุบัติเหตุทางถนน ตามลำดับ ความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability: YLD) ของประชากร ไทยทั้งหมด มีค่าถึง 4.2 ล้านปี โดยเป็น 2.2 ล้านปี ในเพศชาย และ 2 ล้านปี ในเพศหญิง สาเหตุร้ายโรค 10 อันดับแรก ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ มีสัดส่วนสูงถึงประมาณ 2 ใน 3 ของความสูญเสีย YLD ทั้งหมด สาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุข

ภาวะเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชายคือ การเสพติดเครื่องดื่ม ที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งมีค่าสูงถึงร้อยละ 23 ของความสูญเสีย YLD ในเพศชาย รองลงมาคือ โรคต่อกระดูก โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ ในเพศหญิงโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลัก คิดเป็นร้อยละ 11 ของความสูญเสีย YLD ในเพศหญิง สาเหตุรองลงมาคือ โรคต่อกระดูก โรคข้อเสื่อม โรคเบาหวาน และโรคโลหิตจาง ตามลำดับ 2 สาเหตุสามอันดับแรกของการสูญเสียสุขภาพในแต่ละช่วงวัย มีดังนี้ 1 น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (Low birth weight) และทารกขาดอากาศแรกเกิด (Birth trauma & asphyxia) เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความสูญเสียสองอันดับแรกในเด็กกลุ่มอายุ 0-14 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 1 สาเหตุสามอันดับแรกของการสูญเสียสุขภาพของเพศชายวัย 15-29 ปี ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการถูกทำร้าย ส่วนในเพศหญิงวัย 15-29 ปี มีสาเหตุของความสูญเสียสุขภาพที่สำคัญคือ อุบัติเหตุทางถนน โรคซึมเศร้า และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 สาเหตุสามอันดับแรกของการสูญเสียสุขภาพของเพศชายวัย 30-59 ปี ได้แก่ การเสพติดเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ รองลงมาเป็นอุบัติเหตุทางถนน และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สำหรับในเพศหญิงวัย 30-59 ปี มีสาเหตุของความสูญเสียที่สำคัญคือ โรคซึมเศร้า โรคเบาหวาน และโรคข้อเสื่อม 1 สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียสามอันดับแรกในเพศชาย คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนเพศหญิงคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด

1.4 การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จาก(ดัชนีมวลกายสูง) เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอันดับต้นๆ ในประเทศไทย จากการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย คาดประมาณแนวโน้มการตายด้วยโรคต่างๆ ของประชากรไทย ใน พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของการสูญเสียสุขภาพในเพศชาย ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมาคือ การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิตสูง การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ส่วนเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะโรคมากที่สุดเป็นอันดับแรก ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายสูง) รองลงมาคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ระดับความดันโลหิตสูง ระดับโคเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ และการบริโภคผักและผลไม้ น้อย

1.5 การเจ็บป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และทำให้ไทยสูญเสียรายได้ เนื่องจากโรคกลุ่มนี้ ๕๒,๑๕๐ ล้านบาทใน พ.ศ.๒๕๕๘ จากรายงานผู้ป่วยในรายบุคคล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปัญหาสุขภาพและการ

เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ ๒ เท่าจาก ๑,๖๘๒,๒๘๑ รายใน พ.ศ.๒๕๔๘ เป็น ๓,๐๘๘,๖๘๕ รายใน พ.ศ.๒๕๕๕ โดยพบว่า

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคือมีอัตราป่วย ๗๒๗.๗ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรใน พ.ศ.๒๕๔๘ เป็น ๑,๕๗๐.๖ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรใน พ.ศ.๒๕๕๕ รองลงมาเป็นโรคหัวใจมีอัตราป่วย ๖๗๘.๑ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรใน พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็น ๑,๑๗๒.๔ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ใน พ.ศ.๒๕๕๕

เบาหวานมีอัตราป่วย ๖๑๑.๑ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรใน พ.ศ.๒๕๔๘ เป็น ๑,๐๕๐.๐ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรใน พ.ศ.๒๕๕๕ และมะเร็งมีอัตราป่วย ๔๖๘.๓ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ใน พ.ศ.๒๕๔๘ เป็น ๖๕๘.๘ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ใน พ.ศ.๒๕๕๕

อัตราตายด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้นเช่นกัน โดยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น ๘ เท่า จาก ๑๒.๖ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ใน พ.ศ.๒๕๑๐ เป็น ๔๓.๘ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๔๐ และ ๘๘.๕ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรใน พ.ศ. ๒๕๕๕ รองลงมาเป็นอุบัติเหตุทุกประเทศเพิ่มจาก ๒๖.๒ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ใน พ.ศ.๒๕๑๐ เป็น ๕๑.๖ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ใน พ.ศ.๒๕๕๕ โรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก ๑๖.๕ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ใน พ.ศ.๒๕๑๐ เป็น ๓๒.๘ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๕๕ และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก ๒๕.๓ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรใน พ.ศ.๒๕๔๘ เป็น ๓๑.๗ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๕๕ และเบาหวานมีอัตราตายที่คงที่ระหว่าง ๑๑ - ๑๒ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรใน พ.ศ.๒๕๔๘ -๒๕๕๕

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้คาดว่า ใน พ.ศ.๒๕๕๘ ประเทศไทยจะสูญเสียรายได้เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๕๒,๑๕๐ ล้านบาท แต่หากคนไทยช่วยกันป้องกันตนเองจะช่วยลดการสูญเสียได้ถึงร้อยละ ๑๐-๒๐ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเร่งดำเนินนโยบายเชิงรุกด้วยการสนับสนุนรูปแบบการใช้ชีวิตที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอแก่ประชาชน ในด้านต่างๆ เช่น ลด-เลิก เหล้า ลด-เลิกบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และออกกำลังกายสม่ำเสมอ รวมทั้งการลดภาวะเครียด เป็นต้น

1.6 ความผิดปกติทางจิตและอารมณ์มากขึ้นแต่อัตราฆ่าตัวตาย

ลดลง จากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่าแม้สุขภาพกายจะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่สุขภาพจิตกลับมีปัญหาเพิ่มขึ้น โดยพิจารณาจากอัตราป่วยด้วยโรคจิตเพิ่มจาก ๔๔๐.๑ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรใน พ.ศ.๒๕๔๐ เป็น ๖๔๔.๘ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๔๔ โรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก ๕๕.๘ ต่อ ประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๒๘๐.๘ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน

พ.ศ.๒๕๕๔ และอัตราผู้ป่วยในด้วยภาวะแปรปรวน ทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก ๑๑๘.๒ ต่อ ประชากร ๑๐๐,๐๐๐ ใน พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็น ๓๔๗.๒ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๕

แต่อัตราฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงจาก ๘.๑ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ ใน พ.ศ.๒๕๔๐ เหลือ ๖.๒ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ ใน พ.ศ.๒๕๕๕ โดยชายฆ่าตัวตายสูงกว่าหญิง เกือบ ๔ เท่าคือ ๘.๗ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรขณะที่หญิงฆ่าตัวตาย ๓.๘ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ใน พ.ศ.๒๕๕๕

1.7 โรคอุบัติใหม่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้น ที่สำคัญมี ๕ โรค ดังนี้

1.7.1 โรคไข้หวัดนก ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๗ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๕ มี ผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกทั้งสิ้น ๒๕ ราย เสียชีวิต ๑๗ ราย ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ประเมินการ ผลกระทบจากการระบาดของโรคไข้หวัดนกสูญเสีย ทั้งสิ้น ๒๕,๒๔๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๗ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศและทำให้มี ค่าใช้จ่ายของภาครัฐในการป้องกันและควบคุมโรคมากกว่า ๕๐๐ ล้านบาท

1.7.2 โรคมือ เท้า ปาก พบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจาก ๒.๔๕ ต่อ ประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๔๘.๓๕ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยพบ เชื้อ Enterovirus ๗๑ ร้อยละ ๑๕.๔

1.7.3 โรคไข้หวัดใหญ่ H๑N๑ พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อเดือน พฤษภาคม ๒๕๕๒ จนมีการแพร่ระบาดในวงกว้างไป ทั่วประเทศ สำหรับปี พ.ศ.๒๕๕๖ (ณ วันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๕๕) พบผู้ป่วยทั่วประเทศ ๓๖,๑๒๒ ราย เสียชีวิต ๑ราย ส่วนใหญ่พบใน กลุ่มวัยทำงานช่วงอายุ ๒๕-๓๔ ปี แนวโน้มการระบาดเป็นช่วงฤดูกาลระบาดประจำปี คือ ประมาณ เดือน สิงหาคม-กันยายน และยังพบรายงานการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานศึกษาและชุมชน ส่วนข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในเดือน สิงหาคม ๒๕๕๕ พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๕ สูงกว่าไข้หวัดใหญ่ชนิด B ประมาณสองเท่า และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และพบผู้ติดเชื้อRespiratory syncytial virus (RS,V) เพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่ เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๔ ปี

1.7.4 โรคลีเจียนแนร์ พบผู้ป่วยโรคลีเจียนแนร์ ครั้งแรกเป็นชาวไทย ใน พ.ศ.๒๕๒๗ ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๒-๒๕๕๓ พบผู้ป่วยชาวต่างชาติเกือบทุกปี สำหรับ ปี ๒๕๕๔ พบผู้ป่วย ๒๐ รายเป็นชาวยุโรปและออสเตรเลีย เสียชีวิต ๒ ราย ทุกรายเป็นนักท่องเที่ยว จากข้อมูลการเฝ้าระวังของ European Working Group Legionella infection (EWGLI) Network ซึ่งเป็นเครือข่ายเฝ้าระวังและควบคุม โรคลีเจียนแนร์ในกลุ่มประเทศสมาชิกรวม ๒๘ ประเทศ พบผู้ป่วย

ติดเชื้อจากโรงแรมในประเทศระหว่างปี พ.ศ.๒๕๓๖-๒๕๕๓ จำนวน ๑๐๕ ราย ส่วนใหญ่เป็นนักท่องเที่ยวซึ่งส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวจากภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก

1.7.5 โรคเมลิออยโดสิส พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี พบมากในฤดูฝน พบได้ทุกภาคทั่วประเทศ แต่พบมากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่เป็นชาวไร่ชาวนาหรือผู้ที่ทำงานกับดินและน้ำ ร้อยละ ๖๐-๘๕ เด็กน้อยกว่าผู้ใหญ่ อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ.๒๕๕๒ มีอัตราป่วยสูงสุดในรอบ ๑๐ ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าน่าจะมีผู้ป่วยมากกว่าปีละ ๒,๐๐๐ ราย สถานการณ์โรคใน พ.ศ.๒๕๕๕ (ณ วันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๕๕) พบผู้ป่วย ๒,๘๒๒ ราย เสียชีวิต ๑๐ ราย ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.8 โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมทวีความสำคัญในอนาคต อันเนื่องจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น คือใน พ.ศ.๒๕๕๕ ผู้มีงานทำมี ๓๘.๑๘ ล้านคนแบ่งเป็นผู้มีงานทำในภาคเกษตรกรรมจำนวน ๑๓.๕ ล้านคนและทำงานนอกภาคเกษตร จำนวน ๒๔.๖๘ ล้านคน ซึ่งจะประสบปัญหาสุขภาพจากการทำงานต่างกัน โดยผู้ทำงานในภาคเกษตรจะป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช ซึ่งใน พ.ศ.๒๕๕๕ พบอัตราป่วย ๓.๒ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน และจากรายงานการตรวจหาระดับCholinesterase ในเกษตรกร พบว่าเกษตรกรได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช ถึงขั้นเสี่ยงและไม่ปลอดภัย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๐.๔ ใน พ.ศ.๒๕๓๕ เป็นร้อยละ ๓๒.๓ ใน พ.ศ.๒๕๕๕ และผู้ทำงาน นอกภาคเกษตรกรรม มีอัตราการประสบอันตรายจากการทำงาน ๑๕.๗๖ ต่อลูกจ้าง ๑,๐๐๐ คน ใน พ.ศ.๒๕๕๔ โดยสถานประกอบการที่ลูกจ้างประสบอันตรายจากการทำงานสูง เป็นประเภทกิจการการผลิตภัณฑ์โลหะ รองลงมาเป็นประเภทการค้า และอวัยวะที่ลูกจ้างประสบอันตรายมากที่สุด ๓ ลำดับแรก คือ นิ้วมือ ดวงตา และบาดเจ็บหลายส่วนตามร่างกาย

1.9 สถานการณ์โรคเอดส์ AIDS ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ จากข้อมูลสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๒๗ ถึง พ.ศ.๒๕๕๕ ประเทศไทยมีผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น ๓๗๖,๒๗๔ ราย เสียชีวิต ๘๗,๓๔๔ ราย พบมากที่สุดในวัยแรงงานและเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง ๓๐-๓๔ ปี ร้อยละ ๒๕.๐ รองลงมาอายุ ๒๕-๒๙ ปี ร้อยละ ๒๑.๗ และอายุ ๓๕-๓๙ ปี ร้อยละ ๑๘.๓ และตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๘-๒๕๕๕ พบอัตราป่วยเอดส์ของประชากรในพื้นที่มีแนวโน้มลดลง ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าภาคอื่นๆ สำหรับการคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยใช้วิธี AEM (The Asian Epidemic Model) พบว่า ใน พ.ศ.๒๕๕๕ ไทยมีผู้ติดเชื้อเอดส์สะสม ๑,๑๕๗,๕๘๘ รายเป็นผู้ที่เสียชีวิตแล้ว ๖๘๕,๘๐๕ ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ ๔๖๔,๔๑๔ รายและคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหญ่ ๘,๔๗๓ ราย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะการขยายตัวของวัยสูงอายุ และมีแนวโน้มที่จะมากขึ้นไปอีก ส่งผลกระทบต่อแบบแผนของการเกิดโรค การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการ ระยะเวลาของการนอนในโรงพยาบาล รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลในระยะยาวที่ต้องเพิ่มขึ้นในขณะเดียวกัน แบบแผนของการเกิดโรคที่มีโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นมาก ทำให้ต้องคิดถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งเป็นการป้องกันขั้นปฐมภูมิมากขึ้น การเพิ่มบริการของการคัดกรองโรค ซึ่งเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ อันเป็นการป้องกันที่มีความสำคัญในโรคเรื้อรัง การกลับมาของโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมทั้งโรคติดต่อชนิดใหม่ๆ ส่งผลให้ต้องเตรียมการเรื่องการเฝ้าระวัง การชันสูตรโรค การต้องเตรียมสถานที่พิเศษในการรักษาพยาบาลและการกักกันโรค ทั้งหมดส่งผลต่อระบบบริการที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนให้จำเพาะกับโรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่ การต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและทันต่อเหตุการณ์ อันจะส่งผลต่อรายจ่ายด้านสุขภาพที่สูงมากขึ้น

ระบบบริการสุขภาพของไทยที่ผ่านมา

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยส่วนใหญ่จัดบริการโดยสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานบริการส่วนใหญ่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามภาพที่ ๓.๑ โดยระบบบังคับบัญชายังรวมศูนย์การบริหารจัดการที่ส่วนกลางตามโครงสร้าง แม้ในระบบบริหารราชการส่วนภูมิภาคจะสังกัดหัวหน้าส่วนราชการคือ ผู้ว่าราชการจังหวัด แต่การตัดสินใจในด้านต่างๆยังคงอยู่ที่ปลัดกระทรวงหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

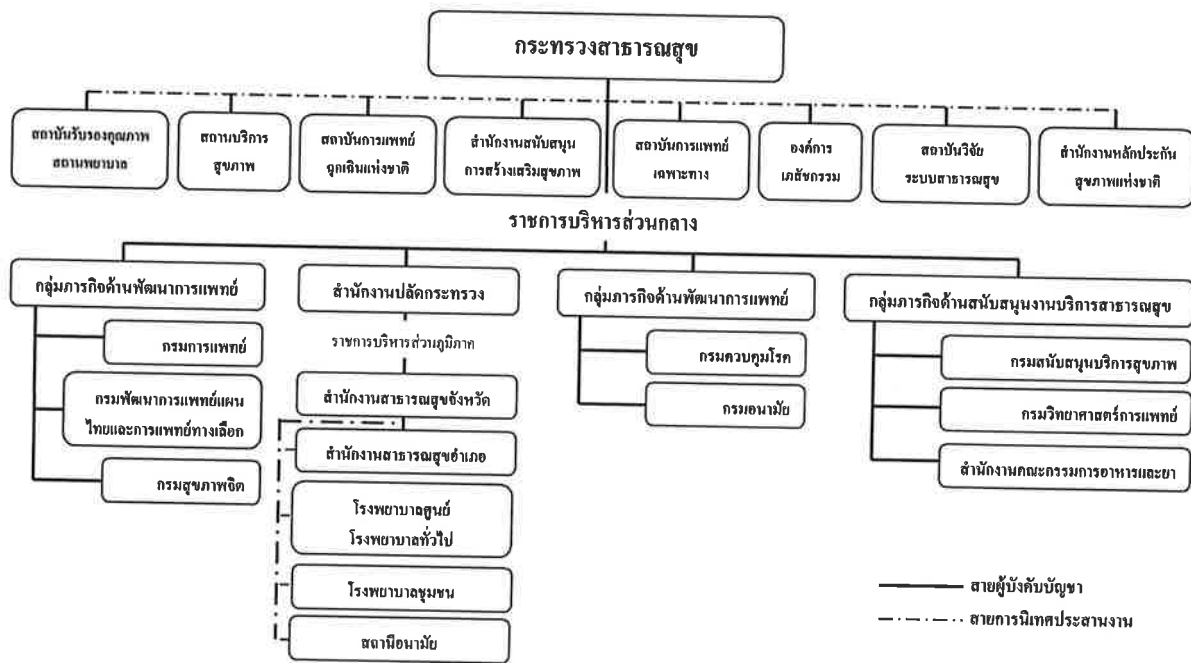
โครงสร้างระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเป็นโครงสร้างที่ใหญ่และครอบคลุมพื้นที่ตั้งแต่ระดับจังหวัดจนถึงตำบล ตามภาพที่ ๓.๒ ภารกิจหลักที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย เน้นหนักใน ๔ ด้านคือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ บทบาทภารกิจเหล่านี้มีน้ำหนักไม่เท่ากันแตกต่างกันไปตามลักษณะของสถานพยาบาล กล่าวคือ ในระดับล่างสุด มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในทุกตำบล จำนวน ๘,๗๕๕ แห่ง มีหน้าที่เน้นหนักด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในระดับอำเภอจะมีโรงพยาบาลชุมชน ที่มีขนาด ๓๐,๖๐,๘๐ และ ๑๒๐ เตียง ขึ้นอยู่กับประชากรที่รับผิดชอบ มีหน้าที่หลักคือการรักษาพยาบาลเน้นหนักด้านปฐมภูมิและทุติยภูมิ อยู่ในทุกอำเภอ จำนวน ๗๘๗ โรงพยาบาล หากเกินขีดความสามารถด้านการรักษา จะส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีจำนวน ๖๘ แห่ง กระจายอยู่ในจังหวัดและอำเภอใหญ่ๆที่มีประชากรหนาแน่น โดยโรงพยาบาลเหล่านี้จะมีแพทย์เฉพาะทางพื้นฐานให้การตรวจรักษา หากเกินขีดความสามารถกว่านั้น จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งกระจายตามลักษณะภูมิศาสตร์ มี

จำนวน ๒๘ แห่ง ทั่วประเทศ โรงพยาบาลเหล่านี้จะมีแพทย์เฉพาะทางที่มีความจำเพาะในสาขา
ย่อยมากขึ้น และเป็นศูนย์แห่งความเป็นเลิศในด้านต่างๆตามศักยภาพและความถนัดที่สร้างสมมา

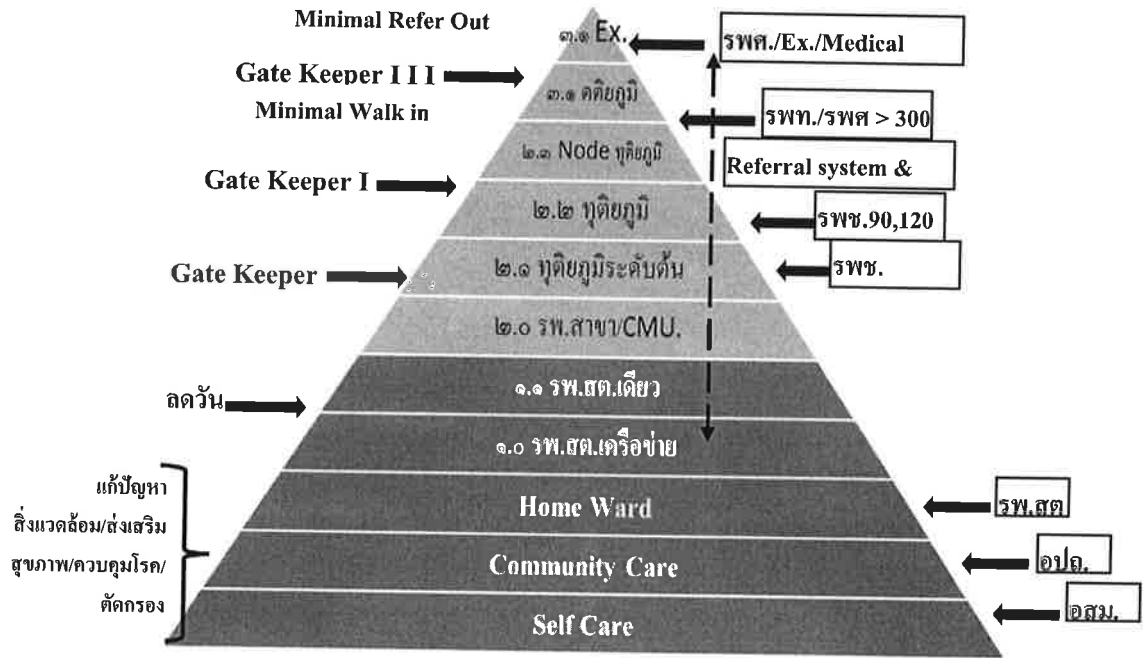
นอกจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีโรงพยาบาลใน
สังกัดมหาวิทยาลัยที่มีคณะแพทยศาสตร์ ให้บริการรักษาโรคที่ต้องใช้ความสามารถและความ
ชำนาญเป็นพิเศษ นอกเหนือจากงานสอนนักศึกษาแพทย์อันเป็นงานหลัก โรงพยาบาลในสังกัด
กรมต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลจิตเวช สังกัด
กรมสุขภาพจิตให้บริการรักษาผู้ป่วยทางจิต โรงพยาบาลมะเร็งและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ใน
สังกัดกรมการแพทย์ในภูมิภาค ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด
ติดตามลำดับ โรงพยาบาลแม่และเด็กในสังกัดกรมอนามัย ดูแลผู้ป่วยแม่และเด็กเพิ่มจากบริการ
ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลของ
หน่วยราชการต่างๆ เช่น กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ฯลฯ ในภาคเอกชน มี
โรงพยาบาลให้บริการผู้ป่วยที่จ่ายค่าบริการด้วยตนเองจำนวนทั้งสิ้น เพียง นอกเหนือบริการที่จัด
โดยภาครัฐแล้ว ในระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการระดับล่างสุดที่เชื่อมต่อกับประชาชนและชุมชน
โดยตรง ยังมีบริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งประเทศจำนวน
๑,๐๔๗,๘๐๐ คน ให้บริการเชื่อมโยงกับประชาชนตามศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งความ
พยายามให้ประชาชนสามารถมีความรู้พื้นฐานในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเองและ
ครอบครัวได้ (Self Care)

ในปัจจุบันถือว่า ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความครอบคลุมในเชิง
พื้นที่ตามลักษณะภูมิศาสตร์ในทุกๆระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีการเพิ่ม
กำลังคนด้านสาธารณสุขมากขึ้นตามลำดับรวมทั้งการพัฒนาขีดความสามารถของสถานบริการ
ในระดับต่างๆ การรักษาระดับคุณภาพและมาตรฐานของสถานบริการเป็นความจำเป็นที่ต้อง
ดำเนินการ การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น
การอุดช่องว่างของกลุ่มคนที่ไม่ได้มีหลักประกันสุขภาพ และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพ
ได้อย่างถึง

ภาพที่ ๓.๑ โครงสร้างระบบบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ ๓.๒ โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ



ปัญหาของการจัดระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยยังประสบปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านโครงสร้าง

การมีโครงสร้างที่รวมศูนย์ที่ปลัดกระทรวง แต่มีโครงสร้างระบบบริการที่ใหญ่มากและครอบคลุมบุคลากรจำนวนมาก รวมทั้งโครงสร้างตามระบบราชการที่แต่ละหน่วยบริการมีความเป็นเอกเทศในการบังคับบัญชาและบริหารจัดการจะทำให้การวางแผน การควบคุมการปฏิบัติ และการกำกับประเมินผลด้อยประสิทธิภาพ

2. ความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ

แม้จะมีสถานบริการที่ครอบคลุมพื้นที่ได้ค่อนข้างจะครบถ้วนแล้ว แต่ก็พบว่าในบางพื้นที่ที่ห่างไกลการคมนาคม ทุรกันดาร หรือเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอยู่เบาบาง อาจยังมิอุปสรรคของการเข้าถึงสถานพยาบาลเนื่องจากความไม่คุ้มค่าของการลงทุน ตลอดจนความแตกต่างของสิทธิการรักษาพยาบาลของกองทุนต่างๆ ที่แตกต่างกัน รวมถึงประชาชนบางกลุ่มที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ

3. ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอโดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านวิชาชีพอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับรองรับปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีจำนวนมากขึ้น เช่น นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด รวมถึงบุคลากรที่ไม่ใช่สายวิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุการขาดความเป็นธรรมในการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการกระจายของโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงที่มีการกระจุกตัวบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานคร ในขณะที่บางเขตพื้นที่ไม่มีบริการดังกล่าว ทั้งนี้รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้วย

4. คุณภาพและมาตรฐานบริการ

ความแตกต่างของสถานพยาบาลในระดับเดียวกัน รวมถึงความคุ้มค่าในการลงทุนในสถานบริการที่มีประชากรไม่หนาแน่น อาจทำให้ระบบบริการที่คุณภาพไม่ทัดเทียมกัน

5 ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

ระบบการเงินการคลังของประเทศที่มีความแตกต่างกันระหว่างกองทุน การขยายตัวของงบประมาณที่ใช้ในระบบ รวมทั้งประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ โดยเฉพาะในสถานบริการขนาดเล็กซึ่งมีปัญหาลงทุนอันเกิดจากการประหยัดจากขนาด (Economy of Scale) ทำให้สถานบริการเหล่านี้ต้องมีการปรับตัวอย่างมากเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน อันอาจส่งผลกระทบต่อได้

แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพในประเทศไทย

แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพในประเทศไทยได้มีการพูดและศึกษามานาน โดยเฉพาะการสังเคราะห์การดำเนินการของประเทศต่างๆ ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๔ เป็นต้นมา แต่ได้มีการพูดถึงและศึกษาอย่างจริงจังในปี พ.ศ.๒๕๕๓ โดยเริ่มจากการประมวลปัญหาจากระบบบริการสุขภาพในประเทศ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างซึ่งจะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งที่ต้องดำเนินการ โดยขอยกเอาข้อเสนอจาก จรวยพร ศรีศลักษณ์, ๒๕๕๕ ได้ทำข้อสรุปจากการหารือไว้ว่า

1. เขตสุขภาพ (Area Health : AH) เป็นกลไกที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในระดับกลุ่มจังหวัด โดยหนึ่งเขตจะมีประชากรประมาณ ๓-๖ ล้านคน เป็นกลไกหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบสร้างเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค ระบบคุ้มครองผู้บริโภค วิธีหลักคือการจัดบริการ “ร่วม” มีเครื่องมือคือผังบริการ (service plan)

วัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมาใช้บริการได้ง่ายขึ้น มีคุณภาพมากขึ้น บริการดีขึ้น และประทับใจขึ้นเรื่อยๆ เน้นบริการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๑๐ สาขาหลักคือ พัฒนาระบบปฐมภูมิสมบูรณแบบ ครอบคลุมการพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิที่สำคัญ จำเป็นให้เบ็ดเสร็จในเขตบริการสุขภาพทุกระดับด้วยคุณภาพ มาตรฐาน จัดปัจจัยสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นคน เงิน สิ่งของที่เพียงพอ และพัฒนาระบบบริหารจัดการภายใต้คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ ทั้งนี้ปรัชญาที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับเขตคือ

๑.๑ การจัดบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless Service Management)

๑.๒ การช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือกันในเครือข่าย (Self Contained)

๑.๓ สร้างระบบส่งต่อตามลำดับชั้น (Referral Cascade System)

๒. เหตุที่ต้องคิดเรื่องเขตสุขภาพ

๒.๑ เพื่อให้ได้ระบบบริการสุขภาพที่ดีขึ้น โดยการเพิ่มการเข้าถึง คิวสั้นลง และตายน้อยลง

๒.๒ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการ โดยการจัดบริการผู้ป่วยนอกแบบกระจายออกจากโรงพยาบาล (Satellite OP & Outreach OP) ระบบผู้ป่วยในแบบรวมศูนย์ ,(Centralize IP)หนึ่งจังหวัดหนึ่งโรงพยาบาล หนึ่งเขตบริการหนึ่งเจ้าของ(One Province same Hospital One Region One Ownership)

๒.๓ การควบคุมค่าใช้จ่ายระยะยาว

๒.๔ งบประมาณไม่พอ การไม่สามารถจัดงบลงทุนให้ไปถึงทุกพื้นที่ได้เท่าเทียมกัน จังหวัดเล็กจะเสียเปรียบ หน่วยบริการเติบโตแบบไร้ทิศทาง และเกิดการแย่งชิงทรัพยากร

โครงสร้าง บทบาท ภารกิจที่พึงประสงค์

มีข้อเสนอแนะเรื่องเขตสุขภาพที่พึงประสงค์ในการศึกษาหลายเรื่อง แต่จะสรุปโดยข้อเสนอแนะของรพีสฎา , ๒๕๕๖

ประเด็นการทำงานของเขตสุขภาพ

1. การกำหนดแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของเขตสุขภาพ

1.1 รับถ่ายทอดเป้าหมายตัวชี้วัดในการบริหารด้านสาธารณสุขมาจากส่วนกลาง และแปลงให้เป็นแผนการดำเนินงานของเขตสุขภาพ

1.2 ครอบคลุมบทบาทย่อยทั้งสี่ที่พึงประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่
ได้ และสามารถนำไปสู่การพัฒนาและแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพของประชากรในพื้นที่ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

2. การกำหนดแผนการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข

2.1 ครอบคลุมทั้งบุคลากร และทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขอื่นๆ ที่เกิดความ
เหมาะสม ในการจัดบริการ และการทำงานด้านสาธารณสุขในเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่มีทรัพยากรต่าง ๆ ภายใต้แผนการ
ทำงานเดียวกัน

3. การดำเนินการแก้ไขปัญหาการเงินการคลังภายในเขตสุขภาพ

3.1 เพื่อให้การดำเนินการจัดบริการสุขภาพและสาธารณสุขภายในเขตสุขภาพ
เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

3.2 การกำกับดูแลและประเมินผลภายในในเรื่องการดำเนินการตามเป้าหมาย

3.3 กำกับดูแลการทำงานในระดับเขต จังหวัด และอำเภอ

4. ขอบเขตการทำงานของสำนักงานเขตสุขภาพ ด้านนโยบายและแผนงาน

4.1 บริหารงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานภายในเขตสุขภาพ

4.2 ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการแผนการจัดสรรงบประมาณที่
สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาค้านสุขภาพทั้งระดับประเทศ และระดับเขตสุขภาพ

4.3 การติดตามสถานการณ์ด้านการเงินการคลังของหน่วยงานต่าง ๆ ภายในเขต
สุขภาพ และสนับสนุนการกำหนดแนวทางในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

5. การบริหารทรัพยากร

5.1 การประสานการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การทำงานของเขตสุขภาพร่วมกับ
หน่วยงานต่าง ๆ และคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเหล่านั้นภายในเขต
สุขภาพ

5.2 งานติดตามและประเมินผล

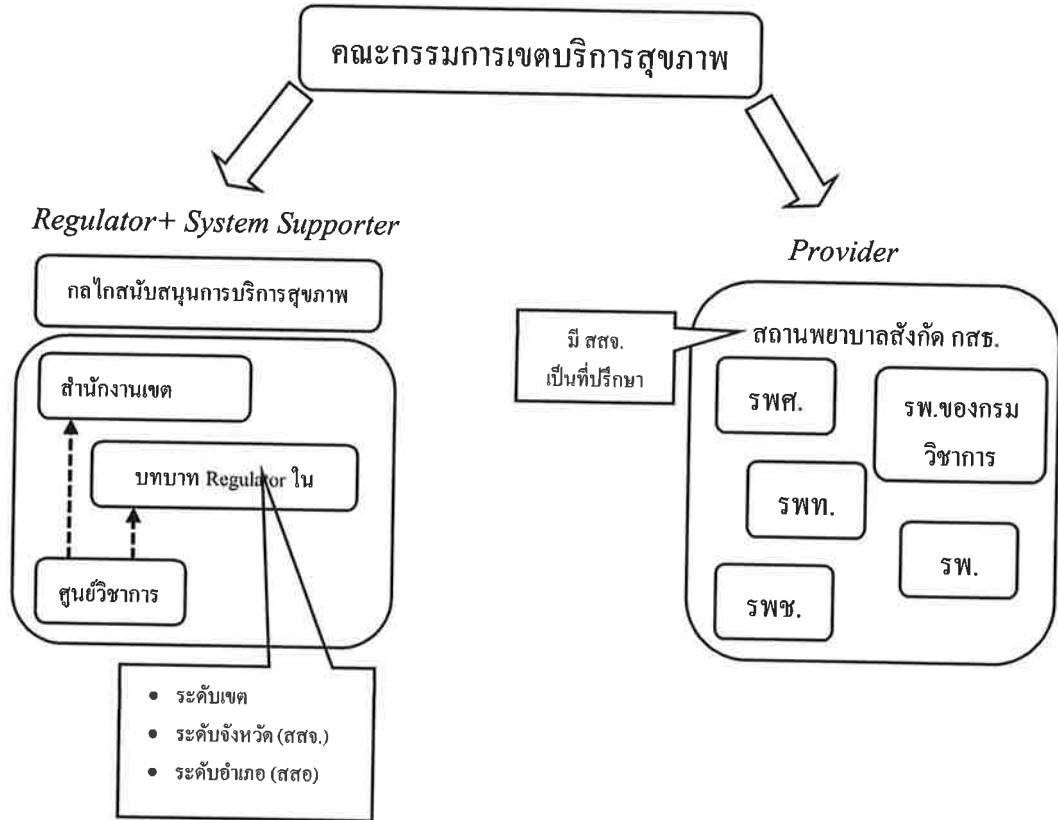
5.3 การพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพของเขตสุขภาพ

6. การเงินการคลัง

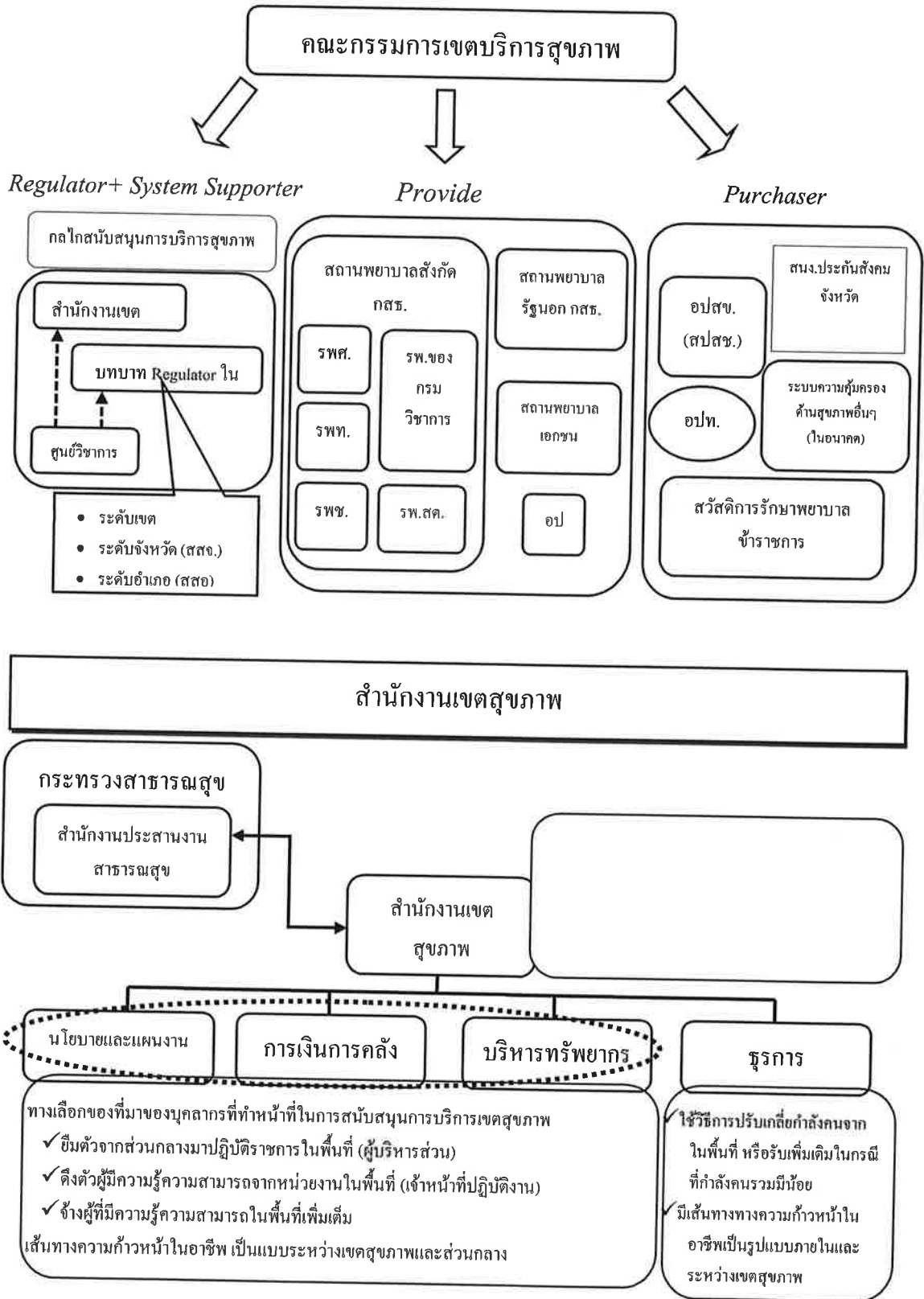
6.1 สนับสนุนการพิจารณา และกำหนดแผนการลงทุนภายในเขตสุขภาพ ร่วมกับ
หน่วยงาน และคณะกรรมการ และคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง

6.3 สนับสนุน และประสานเกี่ยวกับการบริหารทรัพยากรบุคคลภายในเขต
สุขภาพ

ภาพที่ ๓.๓ การทำงานของเขตบริการสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน



ภาพที่ ๓.๔ การทำงานของเขตสุขภาพในระยะยาว



7. ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากการมีเขตสุขภาพ

7.1 คุณภาพบริการสูงขึ้นในแต่ละเขตสุขภาพ

7.2 การเข้าถึงบริการ ทัวถึงและเป็นธรรมมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการด้วยเหตุผลต่างๆ

7.3 บริการสุขภาพที่มีคุณภาพอยู่ใกล้บ้านมากขึ้น

7.4 ลดต้นทุนของประชาชน

7.5 มีระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

7.6 การกำกับมาตรฐานของหน่วยบริการเข้มข้นขึ้น หน่วยบริการที่ตกเกณฑ์จะลดลงหรือหายไป

7.7 ชะลอการขยายตัวของต้นทุนบริการในขณะที่ผลลัพธ์ไม่ด้อยลง

7.8 คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น

7.9 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น เป็น ๗๒ ปี

โดยสรุปรวมสำหรับประชาชนคือ บริการดีเริ่มตั้งแต่การบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทำให้ประชาชนสุขภาพดี ไม่มีโรค ประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ แต่ถ้าประชาชนป่วยมาโรงพยาบาล ก็จะได้รับบริการที่ดีเพราะหมอดี ยาดี เครื่องมือดี ถ้าป่วยหนัก รพ.นั้นดูแลไม่ได้ก็ส่งต่อได้ง่าย

การดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการจัดตั้งเขตบริการสุขภาพโดยใช้สภาพทางภูมิศาสตร์และจำนวนประชากรเป็นฐาน ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๒๐๘/๒๕๕๕ ลงวันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ เป็น ๑๒ เขต ดังนี้

เขตบริการสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง และจังหวัดลำพูน

เขตบริการสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และจังหวัดอุดรดิตถ์

เขตบริการสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ จังหวัดกำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี

เขตบริการสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง

เขตบริการสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร และจังหวัดสุพรรณบุรี

เขตบริการสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว และจังหวัดสมุทรปราการ

เขตบริการสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด

เขตบริการสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี

เขตบริการสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และสุรินทร์

เขตบริการสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ

เขตบริการสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง และสุราษฎร์ธานี

เขตบริการสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา และสตูล

โดยกำหนดให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๑๒ คน เป็นผู้บริหาร หลังจากนั้น จึงได้มีคำสั่งต่างๆตามมาดังนี้

คำสั่ง สช.ที่ 113/2558 แบ่งกลุ่มจังหวัดออกเป็น 13 เขตสุขภาพ โดยเขตที่ 1-12 กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ เขตที่ 13 กรุงเทพมหานคร รับผิดชอบ พร้อมทั้งแต่งตั้งผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ราย ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการเขตสุขภาพ หรือชื่อไอคำสั่ง สช.ที่ 114/2558 จัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 โดยกำหนดให้เป็นส่วนราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค มีฐานะเทียบเท่ากองในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

คำสั่ง สช.ที่ 115/2558 แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการเขตสุขภาพ 1-12 โดยมีกรรมการทั้งสิ้น 28 ราย ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่

คำสั่ง สช.ที่ 116/2558 แต่งตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 1-12 ประกอบด้วย

1. ผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน
2. ผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน
3. นายแพทย์สาธารณสุข

4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง
5. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง
6. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของกรม
7. ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดละ 1 คน
8. ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดละ 1 คน เป็นกรรมการ
9. ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ เป็นกรรมการและเลขานุการ

สำหรับอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการเขตสุขภาพ คือการกำหนดรูปแบบวิธีการจัดบริหารร่วม และบริการร่วมภายในเขตสุขภาพ และสามารถให้ความเห็นชอบและอนุมัติทรัพยากรด้านการเงินการคลังและพัสดุ ด้านบุคลากรและด้านวิชาการของหน่วยงานในเขตสุขภาพได้

มีการศึกษาเพื่อประเมินการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพอย่างน้อย ๒ เรื่อง รายงานการศึกษาโดย รงชัยและคณะ, ๒๕๕๖ พบว่า

1. ประเด็นการจัดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของเขตบริการสุขภาพ มีความเหมาะสมหรือไม่ และควรเป็นอย่างไร

ผลการวิจัย พบว่า ทุกเขต เห็นด้วยกับการปฏิรูปกระทรวงแบบแบ่งเขตสุขภาพ เนื่องจากเขตสุขภาพจะสามารถช่วยดูแลหน่วยบริการในพื้นที่ได้ทั่วถึง จะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ ทำได้อย่างรวดเร็ว ช่วยกระจายการเข้าถึงบริการ ให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงได้มากขึ้น สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานและบทบาทหน้าที่ของ District health boards, Ministry of Health, New Zealand และ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๘

แต่การจัดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของเขตบริการสุขภาพ ยังมีความไม่เหมาะสมอยู่หลายประการ เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร กฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

2. บทบาทของสาธารณสุขนิเทศก์ ในการเป็น Regulator

ผลการวิจัย พบว่า สาธารณสุขนิเทศก์ควรมีบทบาทหน้าที่ M&E และเป็นผู้เสริมทางวิชาการให้กับเขตบริการสุขภาพ โดยควรทำงานเป็นทีมเดียวกันกับผู้ตรวจราชการ แต่มีบทบาทที่ต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากสาธารณสุขนิเทศก์ เป็นตำแหน่งในสายสนับสนุนวิชาการ ให้กับเขตตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ในการนี้จึงควรให้มีหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลงานวิจัย ที่สมควรเน้น Research and Development: R&D ให้กับเขตบริการสุขภาพ ซึ่งคือ R๒ R๒E (Routine to Research to Excellence) ที่เป็นการวิจัยเพื่อการแก้ปัญหาของเขตบริการสุขภาพ อย่างยั่งยืน

3. บทบาท/อำนาจของ CEO ที่ได้รับมอบหมาย เหมาะสมหรือไม่ ควรเป็นอย่างไร

ผลการวิจัย พบว่า เห็นว่า บทบาทของ CEO ที่ได้รับมอบหมาย มีความเหมาะสม แต่ยังไม่มีความอำนาจในการบริหารจัดการได้เบ็ดเสร็จ ทั้งคน เงิน ของ เพื่อให้สามารถจัดบริการภายในเขต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ทั้งนี้ต้องมีกฎหมายและระเบียบต่างๆมารองรับ เนื่องจากเขตบริการสุขภาพเป็นหน่วยงานของรัฐ จึงต้องปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด

4. Provider และ Regulator ควรมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกัน อย่างไรบ้าง

ผลการวิจัย พบว่า ควรมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกันในเชิงสร้างสรรค์ ในการวางแผนการทำงาน การติดตามและการควบคุมกำกับ ร่วมกัน ด้วยระบบ Check and Balance ไม่ใช่ตรวจสอบ-จับผิด เป็นการเสริมการทำงานให้เกื้อหนุนและกัน เนื่องจากการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนนั้น เป็น Public goodsที่ต้องให้บริการด้วยใจที่เสียสละ อดทน เปี่ยมด้วยคุณธรรมและจริยธรรม โดยไม่คิดค่ากำไร

5. CEO ควรจะมีการบริหารจัดการ ร่วมกับ Service Track และ กรมวิชาการ อย่างไร

ผลการวิจัย พบว่า ควรจะมีการบริหารจัดการให้ครอบคลุมงาน PP ด้วย ไม่ควรเน้นที่งาน Medical Service อย่างเดียว โดยการบูรณาการในเขตบริการสุขภาพ ส่วนกรมวิชาการนั้น ต้องสนับสนุนเรื่องการพัฒนาบุคลากร สถานบริการของกรมวิชาการ ต้องเป็นส่วนหนึ่งของเขตบริการสุขภาพ เนื่องจากทรัพยากรทั้งหลายนั้นมีจำกัด จำเป็นต้องเน้นการบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุด และ สอดคล้องกับหลัก Prevention is better than cure

6. การกำหนดยุทธศาสตร์/นโยบาย ในการบริหารจัดการในเขตบริการสุขภาพ เป็นอย่างไร

ผลการวิจัย พบว่า ให้ยึดหลักการดำเนินการ ๓ ส่วน คือ ๑.) ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ๒.) ทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพ ๓.) ทำให้บุคลากรช่วยเหลือกันและทำงานอย่างมีความสุข โดยให้ความเห็นว่า Service plan เป็นระบบพื้นฐานที่ทุกเขตต้องมีอย่างเข้มแข็ง เพราะเป็นสิ่งประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน ต้องสร้างความมีส่วนร่วม เรื่องการแชร์ทรัพยากร ให้เกิดความรู้สึกร่วมกันทั้งเขต ต้องบริหารจัดการร่วมกัน ทรัพยากร และข้อมูลทุกอย่าง ต้องเป็นของกลางของเขต ผู้บริหารและทีมงานทุกระดับ ต้องมีความชัดเจนในประเด็นการพัฒนา และมีแรงบันดาลใจที่มากเพียงพอ ในการพัฒนางานใหม่ๆสู่ความสำเร็จที่ยั่งยืน เน้นการบริหารจัดการ คน เงิน ของ โดยใช้ Evidence base เนื่องจากในการกำหนดยุทธศาสตร์/นโยบาย นั้น จำเป็นต้องมีสิ่งดังกล่าว

7. โครงสร้าง/บทบาทหน้าที่ ของเขตบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ทุกเขต เห็นด้วยกับโครงสร้าง/บทบาทหน้าที่ ที่กระทรวง กำหนดให้ แต่อยากให้ปรับปรุง/เพิ่มเติม ให้มีโครงสร้าง บทบาท หน้าที่ และ Authority ที่ชัดเจน ตามภารกิจ โดยมีกฎหมายและระเบียบที่เอื้ออำนวยรองรับ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติงานใน หน่วยงานของรัฐ ซึ่งจำเป็นต้องปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบริหารจัดการ งบ UC เพื่อให้สามารถบูรณาการงานทั้งหลาย ได้อย่างเบ็ดเสร็จ

8. การบริหารบุคคล ในเขตบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า เขตบริการสุขภาพควรมีอำนาจในการบริหารจัดการได้ เบ็ดเสร็จ ทั้งคน เงิน ของ เพื่อให้สามารถจัดบริการภายในเขตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการนี้ จำเป็นต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับการบริหารบุคคลในเขต ทั้งนี้เนื่องจาก คนเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่ง ของทุกองค์การ การบริหารเขตบริการสุขภาพจึงต้องเกี่ยวข้องกับบุคคล ทั้งบุคคลในสำนักงานเขต และ บุคคลในเขตบริการสุขภาพ ตั้งแต่การกำหนดความต้องการบุคลากร การสรรหา การเก็บรักษา การแจกจ่าย การใช้งาน การพัฒนา การซ่อมบำรุง การจำหน่าย การดูแลควบคุมและประสานงาน การจัดระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการติดต่อสื่อสารที่เกี่ยวข้อง และ การดำเนินงานบริหาร บุคลากรอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพสูง

9. การบริหารทรัพยากร ในเขตบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ต้องบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน โดยให้ทรัพยากรทุกอย่าง เป็นของกลางของเขต ทั้งนี้เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัด ทั้งคน เงิน ของ และ เวลา การบริหารจัดการ ให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด จึงเป็นหนึ่งในหน้าที่หลักของผู้บริหาร

10. Good practice ที่มีอยู่ในเขตบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า มี Good practice อยู่ในทุกเขตฯ ทั้งที่ได้ดำเนินการมานาน หลายปีแล้ว ที่ดำเนินการมาเพียงไม่กี่ปี เพิ่งจะเริ่มดำเนินการ และ ที่มีแผนที่จะดำเนินการอย่าง แน่นนอน ตามพันธกิจของหน่วยงาน/องค์การ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรด้านสุขภาพทั้งหลายต่างเป็น วิชาชีพที่มุ่งเน้นการพัฒนางานที่ตนเองทำอยู่ อย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มา ตั้งแต่เข้าทำงานและทำมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน สิ่งเหล่านี้ คือ R๒R แท้และดี นั่นเอง

11. การบริหารร่วม/การบริการร่วม ในเขตบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ทุกเขต มีกิจกรรมและผลงาน ของการบริหารร่วม/การบริการ ร่วม ที่น่าชื่นชม ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรด้านสุขภาพทั้งหลาย ต่างเข้าใจและตระหนักถึงความจำกัด

ของทรัพยากรทั้งหลาย ของหน่วยงาน/องค์การ จำเป็นต้องเน้นการบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงช่วยกันพัฒนาการบริหารร่วม/การบริการร่วม มานานแล้ว อย่างต่อเนื่อง

12. รูปแบบการดำเนินงาน ของเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสม ควรเป็นอย่างไร

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดำเนินงานของเขตสุขภาพนั้น ยังไม่ชัดเจนและไม่ครบถ้วน เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) หมายถึง หลักการ โครงสร้าง ลักษณะ ส่วนประกอบ และ วิธีการในการนำรูปแบบนั้นไปปฏิบัติหรือนำไปดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal) ของการดำเนินงานเขตสุขภาพ ประกอบด้วยสิ่งสำคัญ ๓ ประการ คือ

12.1 หลักการของรูปแบบ (Principles of Model) คือ สิ่งที่ใช้เป็นหลักการ และแนวทางหลัก ในการดำเนินงานทั้งหลาย ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบและการนำรูปแบบไปดำเนินการ ได้แก่ หลักวิชาการ; กฎระเบียบ ข้อบังคับขององค์การ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง; กฎหมาย; และขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ค่านิยม และ วัฒนธรรม ของพื้นที่/องค์การ/บุคคลที่เกี่ยวข้อง

12.2 โครงสร้างของรูปแบบ (Structures of Model) คือ ทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานทั้งหลายของรูปแบบ และการเชื่อมโยงทรัพยากรทั้งหลายเหล่านั้นเข้าด้วยกัน เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด จำแนกเป็น ๔ ด้าน คือ โครงสร้างด้านคน (Human Resource Structure) ได้แก่ บุคคลที่ปฏิบัติงานในรูปแบบ; โครงสร้างด้านของ (Commodity Resource Structure) ได้แก่ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์ และ วัสดุทั้งหลายที่ใช้ในรูปแบบ; โครงสร้างด้านเงิน (Financial Resource Structure) ได้แก่ เงิน และ ค่าใช้จ่ายทั้งหลายที่ใช้ในรูปแบบ; และ โครงสร้างด้านระบบงาน (Working Systems Structure) ได้แก่ ระบบงานบริการ ระบบงานสนับสนุนทรัพยากรให้กับงานบริการ ระบบงานพัฒนางานบริการ และ ระบบงานบริหารจัดการ

12.3 วิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการ (Implementation of Model) คือ กระบวนการในการนำรูปแบบที่สร้าง หรือ พัฒนา ขึ้น ไปดำเนินการให้ได้ผลดี มีประสิทธิภาพสูง ประกอบด้วย วิธีสร้างและพัฒนาารูปแบบ (Model Setting & Improving); วิธีนำรูปแบบไปดำเนินการ (Model Implementing); และ การปรับปรุงและพัฒนาารูปแบบอย่างต่อเนื่อง (Continuous Model Developing)

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องจัดทำรูปแบบการดำเนินงานของเขตสุขภาพ ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ ครบถ้วน และ ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร โดยรีบด่วน ซึ่งจะต้องมีการ

พัฒนาและปรับปรุงต่อไป ด้วยการนำไปดำเนินการจริง ตามหลักการและวิธีการ ของการทำวิจัย เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

13. ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการปฏิบัติงานของเขตบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า พบปัญหา อุปสรรค มากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกๆ แต่เมื่อมุ่งมั่นดำเนินการต่อไป ปัญหาอุปสรรคต่างๆเหล่านั้นก็จะคลี่คลายไป จึงจำเป็นต้องมีนโยบายที่ชัดเจน แน่นอน และ ต่อเนื่องนานหลายปี โดย Key Success คือ COO Full time ที่มีศักยภาพและมีประสบการณ์จริง ในการทำงานในพื้นที่ และ มีความสามารถในด้าน Management และต้องเน้นการพัฒนาระบบ ให้เข้มแข็ง ชัดเจน และ เอื้ออำนวย ต่อทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุง Information system & Communication system อย่างเร่งด่วน เนื่องจากมีความจำกัดของทรัพยากรและเวลา ประกอบกับบริการสุขภาพนั้น มีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อน ต้องการคุณภาพที่สูงมาก เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ซึ่งอาจมีอันตรายเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา การพัฒนา IS & CS จะช่วยลดความเสี่ยงและลดเวลาในการปฏิบัติงานได้ โดยเน้นการทำความเข้าใจให้ชัดเจนและตรงกัน ระหว่างหน่วยงานในส่วนกลางด้วยตนเอง ระหว่างหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ จนถึงหน่วยท้ายสุด คือ รพ.สต. เพื่อไม่ให้เกิดความสับสน

การพัฒนาอย่างยั่งยืน หรือ Sustainable development

รายงานการศึกษาโดย ชีระ วรรณรัตน์ และคณะ,๒๕๕๗ พบว่าหากจำแนกตามหลักคิด การพัฒนาอย่างยั่งยืน หรือ Sustainable development จะพบว่า ความแตกต่างทั้งหลายทั้งหมด สามารถจำแนกออกเป็น ๕ เรื่องหลักได้แก่

1. ทูมนมนุษย์ (Human capital)

ในที่นี้หมายถึงทรัพยากรบุคคล ทั้งในเรื่องปริมาณ และคุณลักษณะ อุปนิสัยใจคอ/ประสบการณ์ ตั้งแต่ระดับบริหารไปจนถึงระดับปฏิบัติการ

2. ทูนสังคม (Social capital)

ในที่นี้หมายรวมถึงการมีอยู่ขององค์ประกอบทางสังคมในพื้นที่ ที่จะช่วยหนุนเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามนโยบาย อาทิเช่น ความเข้มแข็งของสถาบันวิชาการในพื้นที่ รวมถึงสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน หรือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคม

3. ทุนการเงิน (Financial capital)

ในที่นี้หมายรวมถึงงบประมาณตั้งต้นที่มีอยู่ในระบบ และความมั่นคงพื้นฐานทางการเงินของหน่วยงานภายในเขตบริการสุขภาพ

4. ทุนการผลิต (Produced/Manufactured capital)

ในที่นี้หมายรวมถึงแต่ปัจจัยนำเข้าพื้นฐานด้านยุทธศาสตร์ของแต่ละเขตองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินตามนโยบาย การออกแบบกลไกการทำงานของแต่ละเขต กระบวนการที่ดำเนินจริงในพื้นที่ และความสมดุลระหว่างอุปสงค์อุปทานในห่วงโซ่บริการของแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ระดับเขตลงไปจนถึงล่างสุด

๕. ทุนธรรมชาติ (Natural capital)

ในที่นี้หมายถึงลักษณะทางภูมิศาสตร์ อันมีผลต่อการเอื้อหรือการเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมขนส่งระหว่างกันในพื้นที่

ด้านกระบวนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ (Process)

การพบช่องทางพัฒนาสู่การดำเนินรัฐกิจที่ดีในทุกเขตที่คล้ายกัน (Similar Development Channels toward Good Governance) มาตรฐานพื้นฐานด้านการดำเนินรัฐกิจที่ดี ๒, ๓, ๔ หรือที่เรารู้จักกันในคำว่า Public governance นั้น มักได้รับการประเมินผ่าน ๔ ประเด็นหลัก ได้แก่ การรับรู้ต่อธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการของผู้เกี่ยวข้อง (Governance perception), อิสรภาพด้านการมีส่วนร่วมของประชาสังคม (Civil freedom and engagement), ประสิทธิภาพของการดำเนินงานภาครัฐ (Government effectiveness), และความเข้มแข็งของตัวบทกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน (Legal and regulation system) สำหรับประเด็นการรับรู้ต่อธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการ หากพิจารณาผลการสำรวจความคิดเห็นต่อลักษณะการอภิบาลระบบเขตบริการสุขภาพ โดยใช้แนวทางการประเมินธรรมาภิบาลโดยคร่าวของ UNDP จะพบว่า กระบวนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพได้รับการประเมินว่าควรที่จะพัฒนาให้ดีขึ้นกว่านี้ใน ๔ เรื่องใหญ่ ได้แก่ กลไกการตรวจสอบการดำเนินงาน การเปิดช่องทางรับฟังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย การตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และเรื่องความเท่าเทียมและเสมอภาคประเด็นที่สองคือ เรื่องอิสรภาพด้านการมีส่วนร่วมของประชาคมนั้นเป็นที่ชัดเจนทั้งจากข้อมูล ที่ได้จากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตั้งแต่ระดับกระทรวงจนถึงระดับพื้นที่ในแต่ละเขต รวมถึงจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตั้งแต่ระดับบริหารจนถึงระดับปฏิบัติการ พบว่า ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อันใดที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในการบริหารจัดการและดำเนินงาน

ตามนโยบายเขตบริการสุขภาพสำหรับประเด็น ประสิทธิภาพของการดำเนินงานภาครัฐนั้น หนทางที่มักใช้ในการประเมินประสิทธิภาพคือ การบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานตามที่ระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ อย่างไรก็ตามในระยะเวลา ๕ เดือนของการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละเขต พบว่าแม้สาระนโยบายเขตบริการสุขภาพตอนเริ่มต้นจะเป็นแบบเดียวกัน แต่ความเข้าใจสาระนโยบายของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับ ในแต่ละเขตนั้นมีความแตกต่างกัน ทำให้แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการในแต่ละเขตจึงมีความแตกต่างกันอย่างมาก นอกจากนี้ยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ระบุผลผลิต และผลลัพธ์ของการดำเนินงานได้อย่างเพียงพอจึงยากในการที่จะสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพในช่วงปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ที่ผ่านมานั้นดีหรือไม่ อย่างไร และไม่สามารถที่จะนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างเขตด้วยเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือยุติธรรมได้ อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากทุกฝ่ายในแต่ละเขต กลับมีข้อมูลชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า สถานการณ์ดังกล่าวกลับเป็นโอกาสดีที่จะสรุปได้ว่า นโยบายเขตบริการสุขภาพนั้น มีหลักการที่ดี แต่ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ ที่ควรมีกลไกการแปรสาระนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกัน ในแต่ละพื้นที่ ทั้งระดับเขต และระดับย่อยลงไปกว่านั้น อันจะมีผลทำให้ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการดำเนินงานภาครัฐของแต่ละพื้นที่ควรที่จะประกอบด้วย ๒ ส่วนหลัก ได้แก่ ตัวชี้วัดหลัก ที่ใช้เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่และตัวชี้วัดเฉพาะพื้นที่

ประเด็นของตัวบทกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนั้น จะเป็นเรื่องที่ชัดเจนจากทุกพื้นที่ว่า การดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการคำนึงถึงกฎหมายและระเบียบ ที่จะรองรับให้สามารถดำเนินการในพื้นที่ได้

ปัญหาหลักในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ

1. ภาวะสับสนในทิศทางหลัก (Loss of direction)

กล่าวคือแต่ละเขตบริการสุขภาพมีทิศทางการดำเนินการที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับบริหาร จนถึงระดับปฏิบัติการ ที่สำคัญ คือ ผู้บริหารเขตบริการสุขภาพแต่ละพื้นที่มีความเข้าใจสาระนโยบายในระดับที่ต่างกัน และมีผลต่อการวางแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต และแผนปฏิบัติการแต่ละระดับที่แตกต่างกันตามลำดับ

๒. ความไม่สำเร็จในการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ (Failure to implementation)

โดยเฉพาะเรื่องการดำเนินงานด้านโครงสร้างการทำงานระดับเขต ซึ่งล้วนมีปัญหาจากการขาดการสนับสนุนด้านตัวบทกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และความไม่

ชัดเจนในตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงความก้าวหน้าในบันไดอาชีพ ทำให้ประสบความสำเร็จในการหาบุคลากรมาดำเนินงาน ส่วนใหญ่จึงต้องแก้ไขปัญหาลักษณะนี้ โดยการขี้นตัวข้าราชการจากหน่วยงานต่างๆ ในเขตมาดูแลและรับผิดชอบภาระงานแบบชั่วคราว

3. ความเกรงกลัวในการปฏิบัติงาน (Pervasive fear)

ภาวะกลัวที่จะปฏิบัติงานตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ จึงเลือกที่จะนิ่งเฉยหรือทำน้อย มากกว่าจะดำเนินการเต็มที่ พบในทุกเขตที่ทำการสำรวจข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรระดับจังหวัด ทั้งตำแหน่งบริหาร และปฏิบัติการ ทั้งนี้เนื่องจากความไม่แน่ใจในสายบังคับบัญชา และอิทธิพลทางการเมืองที่มีผลต่อทิศทางของนโยบายเขตบริการสุขภาพดังที่ปรากฏชัดในช่วงอิมคริมทางการเมืองที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๕๖-๒๕๕๘

4. ความไม่ไว้ใจระหว่างกัน (Crisis of trust)

เป็นผลกระทบต่อเนื่องจากการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดความไม่สมดุลของพลัง (power imbalance) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระดับบริหารแต่ละระดับ ทั้งนี้ผู้บริหารระดับจังหวัดจำนวนไม่น้อยที่แสดงออกถึงความไม่ไว้ใจ หรือความกังวลว่า อำนาจบริหารจัดการระดับจังหวัดจะถูกลดทอน หรือเบียดบัง โดยอำนาจบริหารระดับเขต นอกจากนี้ยังกังวลเรื่องอคติที่อาจเกิดขึ้น จากความไม่ชัดเจนระหว่างสมดุลอำนาจของผู้บริหารเขตบริการสุขภาพ กับอำนาจบริหารของผู้ว่าราชการจังหวัด และสาธารณสุขจังหวัด

บทที่ 4

แนวทางในการจัดเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

แนวทางในการจัดเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

บทนี้เป็นผลการสังเคราะห์เชิงเนื้อหาที่รวบรวมจากข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับต่างๆ คือ

1. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๑ คน (เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒)
3. ประธานชมรมสาธารณสุขจังหวัด
4. ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

นำข้อมูลจากเอกสารมาผนวกกับการสัมภาษณ์ซึ่งถูกบันทึกเสียงและนำมาถอดเสียงเพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิเคราะห์นำเสนอเชิงพรรณนา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. หลักการ

เริ่มต้นผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเห็นพ้องต้องกันว่า จากปัญหาของโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป แบบแผนการเกิดโรค ปัญหาด้านต่างๆของระบบบริการสุขภาพ หากยังใช้การบริหารจัดการในระบบเดิม อาจมีผลเสียมากกว่าผลดี จึงควรปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการ โดยมีเป้าหมายให้เกิดความคล่องตัวขึ้น มองเห็นปัญหาได้ใกล้ชิดขึ้น รวมทั้งแก้ปัญหาในระดับหน่วยเล็กๆ ได้ง่ายขึ้น จึงนำไปสู่การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขโดยมีการแบ่งบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกเป็น ๓ ภาคส่วนคือ

1.1 หน่วยกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ (National Health Authority) โดยมีกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางเป็นหน่วยดำเนินการ มีหน้าที่ กำหนดแนวทางสาธารณสุขของประเทศ ไม่ใช่เฉพาะของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นทิศทางดำเนินการ หากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนใดมีความประสงค์จะมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ต้องเดินไปตามทิศทางที่กำหนดไว้

1.2 หน่วยผู้ซื้อบริการ (Purchaser) โดยหลักได้แก่ ๓ กองทุนใหญ่ที่มีบทบาทในการจัดสรรงบประมาณสำหรับการซื้อบริการสุขภาพให้แก่ประชากรที่ตนเองรับผิดชอบ อันได้แก่ กรมบัญชีกลาง สำหรับกลุ่มข้าราชการ สำนักงานประกันสังคม สำหรับ กลุ่มลูกจ้างในโครงการประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งถือเป็นผู้ซื้อบริการรายใหญ่ สำหรับประชากรที่เหลือ

1.3 หน่วยบริการสุขภาพ (Provider) ในที่นี้ หมายถึง สถานบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่

เขตบริการสุขภาพจึงต้องเป็นตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคที่รับผิดชอบประชากรประมาณ ๓ - ๖ ล้านคน แบ่งเขตตามลักษณะภูมิศาสตร์ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ มีโรงพยาบาลศูนย์หลักของเขตเป็นตัวตั้ง (ในปัจจุบัน แบ่งเป็น ๑๑ เขต รวมทั้ง กรุงเทพมหานคร)

2. โครงสร้าง การบริหาร บทบาท ภารกิจ

ผู้ให้ข้อมูลเห็นพ้องกันว่า ด้านโครงสร้าง จะต้องเป็นรูปคณะกรรมการ ซึ่งควรมีองค์ประกอบมาจากหลายภาคส่วน โดยในขั้นต้นอาจให้ ผู้ตรวจราชการกระทรวงที่รับผิดชอบการตรวจราชการในเขตนั้น เป็นประธาน นอกจากนั้นควรมีตัวแทนผู้ให้บริการในระดับต่างๆ ตัวแทนผู้รับบริการ ซึ่งยังนึกไม่ออกว่าจะเลือกอย่างไร ให้เป็นตัวแทนที่แท้จริง

สำหรับเลขานุการของคณะกรรมการจะเป็นหัวหน้าผู้บริหารของเขตนั้น โดยหลักการน่าจะเป็น นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ หรือ ข้าราชการระดับ ๑๐ ตามโครงสร้างเดิม (เทียบเท่าอธิบดี) ในการเลือก อาจจะมาจากผู้บริหารโรงพยาบาลในเขตนั้นๆ โดยจะเป็นการเพิ่มโอกาสในการเติบโตทางราชการให้กับคนในพื้นที่และยังเลือกเอาผู้มีประสบการณ์การจัดการบริการในพื้นที่ด้วย โดยวางแผนเป็นระยะไป ในการนี้ ต้องมีสำนักงานเขตซึ่งจะสนับสนุนการทำงานของเขต ผู้ให้ข้อมูลบางท่านให้ความเห็นว่า ที่ตั้งของเขตไม่สำคัญ แต่ขอให้สามารถทำงานและสั่งการปฏิบัติงานได้ องค์ประกอบในสำนักงานเขต ควรจะมีจำนวนเจ้าหน้าที่พอสมควร (ตามโครงสร้างคำสั่งในปัจจุบัน มีประมาณ ๓๐ คน) อัตรากำลังที่เหมาะสม ให้วิเคราะห์จากปริมาณงาน โดยแบ่งเป็นฝ่ายต่างๆ แต่เห็นว่า บุคลากรที่คัดเลือกมา ควรจะเป็นผู้ที่มีสมรรถนะสูง มีคุณภาพ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและเสนอทางเลือกในการตัดสินใจให้กับผู้บริหารได้ ผู้ให้ข้อมูลบางท่านให้ความเห็นว่า ควรเลือกมาจากเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขต สำหรับศูนย์วิชาการของกรม ที่ปฏิบัติงานในภูมิภาคนั้น ควรจะทำงานสนับสนุนด้านวิชาการให้กับงานตรวจราชการ ซึ่งควรแยกออกต่างหากจากภารกิจของเขต เจ้าหน้าที่ที่คัดเลือกมา ควรจะต้องมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีเส้นทาง

การเจริญเติบโตในทางราชการ (Carrier Path) ที่ชัดเจนสำหรับโครงสร้างของเขตควรจะวางเป็นระยะของการดำเนินงาน (Phasing) ในท้ายที่สุด ควรจะต้องเป็นนิติบุคคล

2.1 บทบาท ภารกิจของเขตบริการสุขภาพ มีหลักการที่สำคัญคือ ต้องมีอำนาจจัดการได้ด้วยตนเอง มีอำนาจอย่างแท้จริง และสามารถตัดสินใจได้ ภารกิจสำคัญ คือ

2.1.1 การเป็นหน่วยกำหนดนโยบายด้านสุขภาพในระดับเขต

(**Regional Health Authority**) สามารถกำหนดทิศทางของเขต และมีอำนาจในการกำกับให้หน่วยงานต่างๆเดินไปในทิศทางนั้น โดยเริ่มจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง หน่วยงานของกรมในสังกัดกระทรวง และหน่วยงานนอกสังกัดรวมทั้งภาคเอกชน

2.1.2 วางแผน ออกแบบ จัดทำยุทธศาสตร์ของระบบบริการที่จำเพาะของเขตนั้น โดยอาศัยข้อมูลตามลักษณะภูมิศาสตร์และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับบริบทของเขตนั้นๆ รวมทั้งการควบคุมกำกับการทำงานให้เป็นไปตามแนวทางนั้น

2.1.3 บริหารทรัพยากรสาธารณสุขอย่างเบ็ดเสร็จ ภายใต้การสนับสนุนจากส่วนกลางทั้งงบประมาณ โดยเป็นหน่วยอิสระในการเบิกจ่าย สามารถปรับเกลียงงบประมาณได้ในด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ให้มีอำนาจในการแต่งตั้ง โยกย้าย ข้าราชการในสังกัดในทุกระดับ ทั้งนี้ให้กำหนดอำนาจที่เหมาะสมระหว่างผู้บริหารเขตและคณะกรรมการบริหาร โดยอาศัยข้อมูลตามลักษณะภูมิศาสตร์และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับบริบทของเขตนั้นๆ รวมทั้งการควบคุมกำกับการทำงานให้เป็นไปตามแนวทางนั้น

3. กระบวนการตรวจสอบการปฏิบัติงาน

ให้มีการกำหนดอำนาจผู้บริหารระดับเขต ซึ่งจะทำให้มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง และใช้ระบบคานอำนาจการจัดการ โดยให้คณะกรรมการบริหารมีอำนาจที่เหนือกว่า รวมทั้งการตรวจสอบการดำเนินการหากเห็นว่าการจัดการอาจมีความผิดพลาดหรือไม่มีธรรมาภิบาล นอกเหนือจากนี้ การกำหนดให้มีการตรวจสอบจากภายนอก (External Audit) โดยเป็นหน้าที่ของผู้ตรวจราชการกระทรวงซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย มีความเห็นที่ขัดแย้งกัน ๒ ฝ่ายในเรื่องอำนาจของคณะกรรมการกำกับ ฝ่ายหนึ่งเห็นว่า คณะกรรมการควรเป็นคณะกรรมการด้านการบริหารที่มีอำนาจในเชิงบริหารและควบคุมกำกับดำเนินงานของฝ่ายบริหาร ด้วยเหตุผลเป็นการตรวจสอบและคานอำนาจการบริหาร ความเห็นอีกฝ่ายหนึ่งเห็นว่า คณะกรรมการควรจะเป็นคณะกรรมการที่ให้คำแนะนำทางวิชาการ หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ให้ข้อเสนอแนะและแนะนำฝ่ายบริหารในทางวิชาการ แต่ไม่มากำกับการบริหาร โดยให้

เหตุผลว่า การจัดการงานเขตบริการสุขภาพ มิใช่ “องค์กรมหาชน” และบริการสุขภาพเป็น “สินค้าคุณธรรม” ที่มีได้มุ่งหวังกำไร หรือมุ่งเน้นประสิทธิภาพทางการเงินการคลังเป็นหลัก แต่ทั้ง ๒ ฝ่ายยังเห็นพ้องในทางเดียวกันว่า คณะกรรมการควรมีที่มาจากหลายภาคส่วนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในคาการจัดการเขตสุขภาพจากภาคส่วนต่างๆ

4. การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข

ให้เป็นไปตามแผนแม่บท (Master Plan) ให้ผู้บริหารเขตสามารถปรับเปลี่ยนการจัดสรรได้ ในระหว่างการกำกับงาน ให้เป็นไปตามสถานการณ์ หรือ สภาพการณ์ของพื้นที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ให้แต้มต่อของหน่วยบริการที่ขาดโอกาส หรือถูกละเลย ให้สามารถพัฒนาและเติบโตทันหน่วยอื่นๆ สร้างระบบปรับแก้ทรัพยากรข้ามจังหวัด ลดการเสียเปรียบของจังหวัดเล็กไม่ให้สถานบริการเติบโตแบบไร้เหตุผล ไม่แย่งชิงทรัพยากรซึ่งกันและกัน สำหรับจุดที่ไม่เหมาะสมจะลงทุนจริงๆ ให้ใช้การส่งต่อทดแทน ทั้งนี้มุ่งหวังให้ประชาชนได้รับบริการอย่างเสมอภาค รวมทั้งการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รวมทั้งมีหน้าที่ควบคุม กระตุ้นให้มีประสิทธิภาพ กรณีที่ผู้บริหารหน่วยงานย่อย ไม่ปฏิบัติตามหรือบริหารงานอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ให้ใช้ระบบให้คุณให้โทษตามลำดับขั้นของอำนาจ ผู้ให้ข้อมูลบางท่านเสนอว่า ผู้บริหารเขตควรมีอำนาจอยู่ระหว่างระบบราชการ กับ ภาคเอกชน เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และมีการใช้แรงจูงใจเป็นเครื่องมือช่วยการจัดการ

5. การพัฒนาระบบบริการร่วมกันเป็นเครือข่าย

ในขั้นต้น ให้หน่วยงานย่อยต่างๆสามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมเดียวกันให้ได้ ไม่ทะเลาะกัน จนท้ายสุดให้รวมเป็นเนื้อเดียวกันให้ได้ โดยให้อำนาจคณะกรรมการเป็นผู้วางทิศทางให้มีการกำหนด ระยะเวลาดำเนินการ เป็นขั้นตอนไป คัดเลือกผู้มีความสามารถมาเป็นผู้บริหาร

สำหรับเรื่องการออกนอกระบบของหน่วยบริการสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเห็นว่า ในระยะนี้ยังไม่น่าจะเกิดขึ้น เนื่องจากอาจจะมียกข้อกังวลอีกหลายประการ เช่น ความมั่นใจในการให้บริการมากกว่าคำนึงถึงประสิทธิภาพ รวมทั้งผลเสียต่างๆที่อาจตามมา แต่เห็นว่า ในระยะนี้ที่อาจทำได้เลยคือ การทำให้ กฎ ระเบียบบางเรื่องง่าย และมีความยืดหยุ่นมากขึ้น รวมทั้งการมอบอำนาจให้ผู้บริหารเขตมากขึ้น

บทที่ 5

สรุป และข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

๑. สภาวะการณ์สุขภาพของประชาชนไทยในปัจจุบัน เนื่องมาจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่าคนไทยมีอายุยืนขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาและสังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว มีผลให้มีค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แบบแผนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นหลักมาเป็นโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเกิดจากการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายและผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ข้อมูลการศึกษาภาระโรคของคนไทยพบว่าสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทยมาจากโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและการบาดเจ็บ โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุจากรถ ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเป็นบริการภาครัฐ หลังจากที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐอุดหนุนดูแลการรักษาพยาบาลประชาชนส่วนใหญ่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นต้นมา แม้ว่าจะมีความพยายามที่จะเน้นการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น แต่ดูเหมือนว่าจะยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรและยังจะเพิ่มการใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ

๒. ปัญหาของการจัดบริการสุขภาพที่ผ่านมา ยังพบปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้

- ด้านโครงสร้าง มีโครงสร้างที่ใหญ่และรวมศูนย์
- ความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ
- ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ มีปัญหาเรื่องความขาดแคลนบุคลากรบางสาขา รวมทั้งการกระจายตัวที่ไม่เหมาะสม
- ด้านคุณภาพและมาตรฐาน
- ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการมีความแตกต่างกันระหว่างกองทุน การจัดสรรงบประมาณ การบริหารจัดการ

๓. มีผลการศึกษาวิจัยหลายเรื่องล้วนแต่สอดคล้องในหลักการของการดำเนินการเขตบริการสุขภาพ แต่ต้องปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย รวมทั้งผลการประเมินการดำเนินการจะส่งผลต่อการปรับปรุงการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

๔. เป้าหมายของการดำเนินการเขตบริการสุขภาพในด้านหน่วยบริการสุขภาพมุ่งเน้นประสิทธิภาพการลงทุน การบริหารจัดการ การควบคุมต้นทุน การจัดการทรัพยากร ความเชื่อมโยงเป็นเนื้อเดียวกัน การส่งต่อ รวมถึงคุณภาพและมาตรฐานบริการ ในด้านประโยชน์ต่อประชาชน จะ

ทำให้ได้รับบริการที่ดีขึ้น การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน

๕. รูปแบบตามโครงสร้าง บทบาท ภารกิจของเขตสุขภาพ โครงสร้างการบริหาร จะมีการบริหารในรูปแบบคณะกรรมการบริหาร ซึ่งมีองค์ประกอบจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหาร นักวิชาการ ภาคราชการอื่นๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้ให้บริการ ตัวแทนผู้รับบริการ และภาคประชาสังคม ในขณะที่เดียวกันมีการจัดตั้งสำนักงานเขตบริการสุขภาพ ซึ่งจะมีผู้บริหารเป็นนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ มีสำนักงานที่จะต้องสนับสนุนข้อมูล แผนการดำเนินงาน เพื่อเสนอข้อเสนอละทางเลือกในการตัดสินใจให้ผู้บริหารตามลำดับและอำนาจหน้าที่

บทบาท ภารกิจของเขตบริการสุขภาพที่สำคัญคือ การเป็นหน่วยกำหนดนโยบายระดับพื้นที่ (Regional Health Authority) ให้ครอบคลุมหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน จัดทำแผนแม่บทของระบบบริการที่ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อกำหนดทิศทางและกำกับกรปฏิบัติงาน จัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับหน่วยบริการ โดยอิงแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ๑๐ สาขาหลัก ภายใต้การสนับสนุนจากส่วนกลาง บริหารจัดการทรัพยากรทั้งงบประมาณ บุคคล รวมทั้งวัสดุและครุภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพภายในเขต

๖. การตรวจสอบการปฏิบัติงานให้เกิดธรรมาภิบาล มีความโปร่งใส ใช้ระบบคณะกรรมการบริหารซึ่งมีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วนกำกับกรปฏิบัติ ให้คณะกรรมการมีอำนาจในการดำเนินการอันเป็นการให้คุณให้โทษได้ จัดให้มีระบบตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบตรวจสอบจากภายนอก โดยผู้ตรวจราชการกระทรวง ซึ่งในภายหลังจะกำหนดให้เป็น Regulator เป็นการกำกับอีกชั้นหนึ่ง ทั้งนี้ ต้องไม่เป็นการทับซ้อนกัน

๗. การจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหัวใจสำคัญของเขตบริการสุขภาพ ผู้บริหารจึงควรมีอำนาจในการจัดการอย่างเต็มที่ รวมทั้งการควบคุมหน่วยบริการในสังกัดด้วย

๘. การพัฒนาระบบบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายเป็นเป้าหมายสำคัญของเขตสุขภาพ จึงต้องมีมาตรการและระยะเวลาที่เหมาะสม ให้ทุกหน่วยสามารถดำเนินการอย่างมองเห็น จุดมุ่งหมายเดียวกัน ทำงานร่วมกันเป็นทีม จนในที่สุดสามารถรวมกันเป็นเนื้อเดียวกัน

๙. การดำเนินการให้ใช้การกำหนดเป็นขั้นตอน และระยะเวลาของแต่ละขั้นตอน (Roadmap) ในแต่ละขั้นตอนให้มีการระบุกิจกรรมและเป้าหมายที่สำคัญ รวมทั้งผลักดัน การดำเนินงานให้เป็นไปตามขั้นตอน จนสามารถบรรลุเป้าหมายสุดท้ายได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. กำหนดให้การดำเนินงานเรื่องเขตบริการสุขภาพ เป็นวาระของรัฐบาลให้สอดคล้อง กับนโยบายรัฐบาลข้อ ๕.๒ และให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการดำเนินการ

๒. ผลักดันการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการแยกอำนาจความเป็นหน่วย กำหนดนโยบาย (National Health Authority) ผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และผู้ให้บริการ (Provider) เพื่อเป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานเขตบริการสาธารณสุข

๓. ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อเอื้อต่อการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพ

๔. จัดทำแผนขั้นตอนและระยะเวลาดำเนินการเขตบริการสุขภาพ (roadmap) และ รายละเอียดของการปฏิบัติ รวมทั้งดำเนินการตามแผน

ข้อเสนอระดับปฏิบัติ

๑. สร้างความเข้มแข็งของเขตบริการสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินการอยู่ ในขณะนี้ ให้เกิดผลในทางปฏิบัติที่เห็นผลสัมฤทธิ์อย่างชัดเจน

๒. ทำความเข้าใจบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้รับรู้ เข้าใจและร่วมมือกันในการ ดำเนินการเขตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

๓. ศึกษาประเมินผลการดำเนินการเขตสุขภาพทั้งในด้านการศึกษาเปรียบเทียบ หรือการ วิจัยและพัฒนารูปแบบเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีขึ้น รวมทั้ง การศึกษาความพึงพอใจและผลกระทบ (Impact) ต่อประชาชน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือและวารสาร

- ถาวร สกฤตพาณิชย์, สมชัย จิตสุชนและ อรวรรณ ประสิทธิ์ศิริผล. รายงานฉบับสมบูรณ์การคลัง
สุขภาพสำหรับระบบบริการสุขภาพพึงประสงค์. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา
หลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.). 2556
- ธีระ วรชนารัตน์. การประเมินระบบการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพไทย. สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข. 2558
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. การสังเคราะห์บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในด้านระบบบริการสุขภาพ.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข2554
- วินัย ลิสมิทธิ, สงครามชัย ลีทองดี, วรณภา บำรุงเขต และ สุธีรดา นิมน้อย การวิจัยและพัฒนาการ
บริหารจัดการระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม2554.
- วินัย ลิสมิทธิและสมศักดิ์ หุณหรัศมิ์. บทบาทที่เหมาะสมของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การ
กระจายอำนาจด้านสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยนเรศวร 2553
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข บทสังเคราะห์ข้อเสนอบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554

ภาษาต่างประเทศ

Books and journal

- Penny Dash, Chris Llewellyn and Ben Richardson. Developing a regional health system
strategy. Health International. 2009
- SHAW, R. P. New Trends in Public Sector Management in Health: Applications in Developed and
Developing Countries. Health Sector Reform and Sustainable Financing. Washington
D.C. 1999
- World Health Organization. MONITORING THE BUILDING BLOCKS OF HEALTH
SYSTEMS: A HANDBOOK OF INDICATORS AND THEIR MEASUREMENT
STRATEGIES Geneva: World Health Organization, 2010.

Electronics Database

- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์(ม.ป.ท.)กรอบแนวคิดของระบบบริการสุขภาพแบบเขตสุขภาพของกระทรวง
สาธารณสุข:มุมมองทางวิชาการเพื่อการพัฒนางานวิจัย. Retrieved march7, 2558,from
http://kb.hsri.or.th/dspace/download-purpose;jsessionid=FA๕๔F๕๗๙๐๓๕๒๕๒๕๒๓๘/AE๖AF๖C๓๖๕๒๖B๓๖๘?bitstreamUrl=bitstream%๒Fhandle%๒F๑๑๒๒๘%๒F๓๕๓๔%๒Farea_health_Jiruth.zip%๓Fsequence%๓D๒
- ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ (2556). บทบาท องค์ประกอบ และการจัดการเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ.
Retrieved October 7, 2558, from[http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/๑๑๒๒๘/
๓๗๕๗/Narong๒.pdf?sequence=๒&isAllowed=y](http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/๑๑๒๒๘/๓๗๕๗/Narong๒.pdf?sequence=๒&isAllowed=y)
- มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง(ม.ป.ท.: ม.ป.พ.). การเปลี่ยนแปลงกระทรวง
สาธารณสุขRetrieved October 7, 2558,
from[http://www.hfocus.org/sites/default/files/files_upload/kaarepliinyaepngkrathrwng
saathaarnsukh๒mii.kh_๕๖.pdf](http://www.hfocus.org/sites/default/files/files_upload/kaarepliinyaepngkrathrwngsaathaarnsukh๒mii.kh_๕๖.pdf)
- วชิระ เฟื่องจันทร์ (ม.ป.ท.) แนวทางการจัดตั้งสำนักงานเขตบริการสุขภาพ. Retrieved march7, 2558,
from<http://www.lpho.go.th/letsgo/attachments/article/๓๘/Slide+%E๐%B๕%๘๑%E๐%B๘%๘๕%E๐%B๘%A๗%E๐%B๘%๘๗%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%๘๗%E๐%B๘%๘๑%E๐%B๘%B๒%E๐%B๘%A๓%E๐%B๘%๘๘%E๐%B๘%B๑%E๐%B๘%๘๔%E๐%B๘%๘๐%E๐%B๘%๘๒%E๐%B๘%๘๕.pdf>
- วินัย ลีสมีทธิ์และ ศุภสิทธิ์ พรธมนารุโณทัย (2555). การพัฒนาข้อเสนอรูปแบบและ โครงสร้างการ
บริหารเขตสุขภาพสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข Retrieved October, 2558,
from<http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3799?show=full>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ม.ป.ท.: ม.ป.พ.). เคลื่อนความคิด “เขตสุขภาพ” ปฏิรูประบบ ปฏิวัติ
ปัญหาสุขภาพไทย. Retrieved October 7, 2558, from
http://www.hsri.or.th/sites/default/files/factsheet_no๑.pdf

ประวัติย่อผู้วิจัย

- ชื่อ นายแพทย์ออร์น จิระนคร
- วัน เดือน ปี เกิด 7 ธันวาคม พ.ศ. 2505
- การศึกษา 1. ปริญญาตรีแพทยศาสตรบัณฑิตมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์
1. ปริญญาโท Master of Medicine (Public Health) มหาวิทยาลัยนานาชาติ
สิงคโปร์
3. หนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
สาขา เวชศาสตร์ป้องกัน (เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก) แพทยสภา
4. หลักสูตรนักรับราชการแพทย์และการสาธารณสุขระดับสูง กระทรวง
สาธารณสุข รุ่นที่ 14 พ.ศ. 2541
5. หลักสูตรนักรับราชการระดับสูง : ผู้ที่มีวิสัยทัศน์และมีคุณธรรม สำนักงาน
กพ. รุ่นที่ 63 พ.ศ. 2551 – 2552

ประวัติการทำงานโดยย่อ

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี พ.ศ.2529 -2533 –
 2. นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส พ.ศ.2533 2543
 - 3. นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พ.ศ. 2543 2546
 4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2546 – 2549
 5. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี พ.ศ. 2549 – 2546
- ตำแหน่งปัจจุบัน สาธารณสุขนิเทศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 - ปัจจุบัน

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง แนวทางการจัดเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

ผู้วิจัย นายยอร์น จิระนคร

หลักสูตร วปอ.

รุ่นที่ ๕๗

ตำแหน่ง สาธารณสุขนิเทศก์ เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

ความเป็นมาและลักษณะสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย สังคม และปัญญา มิใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (ตามนิยาม “สุขภาพ” ขององค์การอนามัยโลก และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) ในปัจจุบัน ภาวะการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างอายุ ทำให้มีผู้สูงอายุมากขึ้น พฤติกรรมของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย โครงสร้างสังคม การทำงานที่มีความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมโลก รูปแบบโรคที่เปลี่ยนแปลงไป ล้วนส่งผลกระทบต่อสถานะทางสุขภาพ และการเกิดโรคของมนุษย์ทั้งสิ้น ประเทศที่ประชาชนมีสถานะสุขภาพดีน้อยกว่าประเทศอื่นย่อมส่งผลโดยตรงต่อความมั่นคงของชาติ เพราะนอกจากจะมีประชากรที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถสร้างผลผลิตให้ประเทศได้แล้ว ประเทศยังต้องใช้งบประมาณส่วนหนึ่งไปดูแลประชากรเหล่านั้น ส่งผลให้งบประมาณในการพัฒนาประเทศลดลง เราจึงจำเป็นต้องมีระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยส่วนใหญ่จัดบริการโดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในจำนวนนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเกือบทั้งสิ้น ยกเว้น กรุงเทพมหานคร นอกเหนือจากหน่วยงานในสังกัดกรมอื่นๆในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหมและภาคเอกชน โครงสร้างการจัดบริการจะประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัดหรืออำเภอใหญ่ที่มีประชากรหนาแน่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดต่างๆในทุกอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครอบคลุมทุกตำบล กิจกรรมหลักประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

ด้านสาธารณสุข ปัญหาในระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมาประกอบด้วย จำนวนสถานบริการจำนวนมาก กระจายอยู่ในภูมิภาค แม้จะอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของผู้ว่าราชการจังหวัดตามระบบบริหารราชการส่วนภูมิภาค แต่ยังมีอำนาจบริหารส่วนหนึ่งซึ่งอยู่ในอำนาจของปลัดกระทรวงในฐานะผู้บังคับบัญชาตามระบบบริหารราชการส่วนกลาง อาจทำได้ไม่ทั่วถึง คุณภาพบริการของสถานบริการแต่ละแห่งไม่เท่าเทียมกัน การจัดสรรทรัพยากรไม่เป็นธรรม รวมทั้งการขาดประสิทธิภาพการบริหารจัดการในสถานบริการหลายแห่ง

ประเทศไทยเริ่มใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและจัดสรรงบประมาณแบบรายหัวสำหรับประชากรทุกคนยกเว้น ข้าราชการ ลูกจ้างตามพระราชบัญญัติประกันสังคม มาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๕ โดยเริ่มตั้งแต่ ๑,๒๐๒ บาท ต่อหัวประชากร จนกลายเป็น ๒,๘๕๕ บาท ต่อหัวประชากร ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบการจัดสรรไปยังสถานบริการโดยตรง แต่ก็พบว่า การใช้กลไกการเงินการคลังดังกล่าวทำให้หลายสถานบริการประสบปัญหาเรื่องภาวะการเงิน รายรับไม่สมดุลกับรายจ่าย ในไตรมาสที่ ๓ ของปีงบประมาณ ๒๕๕๗ มีโรงพยาบาลที่มีภาวะการเงินอยู่ในระดับ ๗ จำนวนร้อยละ ๑๗๘.๖๒ (๑๕๖/๘๓๘ โรงพยาบาล) ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้น อันเนื่องมาจากการใช้เกณฑ์การจัดสรรในรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ รวมทั้งการขยายบริการรายโรคเพิ่มเติม รวมทั้งอาจจะมีปัญหาด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการในบางโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการตามอำนาจของปลัดกระทรวง มายังเขตตรวจราชการ ผ่านทางผู้ตรวจราชการกระทรวงนอกเหนือจากงานตรวจราชการ หรือคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขตเป็นผู้ใช้อำนาจแทนในรูปแบบต่างๆมาหลายปี เช่นการมอบอำนาจพิจารณาจัดสรรงบประมาณ การจัดสรรบุคลากร การแต่งตั้งโยกย้ายต่างๆ แต่ก็ไม่มีโครงสร้าง หรือรูปแบบการบริหารที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม อีกทั้งการจัดแบ่งพื้นที่ก็เกินไปตามเขตตรวจราชการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปมา มีการศึกษาวิจัยโดยการทบทวนรูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพ (Area Health System) ในประเทศต่างๆ รวมทั้งการหารูปแบบที่เหมาะสมเพื่อเสนอการจัดตั้งเขตสุขภาพในประเทศไทย อาทิ วินัย ลิสมิทธิ์และคณะ (๒๕๕๓) ในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ ได้มีข้อเสนอเรื่องการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีข้อเสนอการจัดตั้งเขตสุขภาพขึ้น ๑๒ เขต ตามภูมิศาสตร์ของสถานบริการระดับต่างๆและให้มีประชากรเฉลี่ยให้ใกล้เคียงกัน โดยให้ผู้ตรวจราชการทั้ง ๑๒ คนเป็นผู้บริหารเขต ร่วมกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับเขต กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งเขตบริการสุขภาพ ๑๒ เขตขึ้นใหม่ ซึ่งมีความแตกต่างจากเขตตรวจราชการของสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีหลักการสำคัญคือ ๑. มีขนาดพื้นที่เหมาะสม ๔-๘ จังหวัด ครอบคลุมประชากร ๔-๕ ล้านคน ๒. จัดให้มีการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (ลดการปฏิเสธการส่ง

ต่อ) ๓. เน้นการเพิ่มคุณภาพ และประสิทธิภาพ โดยการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อลดต้นทุน ๔. กระจายอำนาจการบริหารจากส่วนกลาง เน้นการบริหารร่วม และบริการร่วม ๕. สร้างกลไกที่มีเอกภาพระหว่างผู้ซื้อบริการ ผู้ให้บริการ และผู้กำกับดูแล และ ๖. เพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน จากนั้น ธงชัยและคณะ (๒๕๕๖) ได้ทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและแนวทางการพัฒนาเขตบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากทุกเขต เห็นด้วยกับการปฏิรูปกระทรวงแบบแบ่งเขตบริการสุขภาพ รวมทั้งมีข้อเสนอให้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดนโยบายและรูปแบบการดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาี้ พบว่า มีข้อที่ต้องพัฒนาในบางประเด็น เช่น ความจำเป็นที่ต้องมีโครงสร้างที่เหมาะสมและชัดเจน อำนาจในการบริหารจัดการ โดยต้องมีกฎหมายและระเบียบรองรับ การพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารจัดการและอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณในระดับเขตเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด การพัฒนาระบบบริการร่วมกัน โดยใช้แผนการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) เป็นแนวทางการพัฒนารวมทั้งร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ

รัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชาได้ประกาศนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ โดยใน ข้อ ๕ คำให้การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน ข้อย่อย ๕.๒ ระบุไว้ว่า “พัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยเน้นการป้องกันโรคมมากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่น และให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุข โดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแล สนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยส่งเสริมการร่วมลงทุนและการใช้ทรัพยากรและบุคลากรร่วมกัน โดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย” เพื่อตอบสนองกับนโยบายนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พยายามนำนโยบายแปลงมาสู่การปฏิบัติ แต่ก็จำเป็นต้องทำไปพร้อมกับการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา โดยคาดหวังว่า หากมีเขตบริการสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการจัดบริการอย่างเต็มที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของประชาชน ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมา
๒. เพื่อศึกษาปัญหาของการจัดระบบบริการสุขภาพที่ผ่านมา

๓. เพื่อศึกษาแนวทางในการจัดเขตบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย
๔. เพื่อเสนอแนวทางในการจัดเขตบริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ อย่างมีประสิทธิภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

เน้นการวิจัยในเรื่องต่อไปนี้

๑. โครงสร้าง การบริหาร บทบาท ภารกิจของเขตบริการสุขภาพ
๒. กระบวนการตรวจสอบการปฏิบัติงาน
๓. การบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข
๔. การพัฒนาระบบบริการร่วมกันเป็นเครือข่าย

ระยะเวลาในการศึกษา ๗ เดือน ตั้งแต่ ธันวาคม ๒๕๕๗ ถึง มิถุนายน ๒๕๕๘

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเชิงลึกอย่างเป็นองค์รวม โดยการรวบรวมข้อมูล ทักษะจากเอกสารที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ และข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับต่างๆ คือ

๑. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
๒. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๓. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๑ คน
๔. ประธานชมรมสาธารณสุขจังหวัด
๕. ประธานชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป

เพื่อให้ได้แนวทางในการนำไปปฏิบัติจริงได้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของการบรรยายหรือพรรณนาเชิงวิเคราะห์

ผลการวิจัย

๑. สภาวะการณ์ในปัจจุบันเริ่มต้นทั้งโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป แบบแผนการเกิดโรคปัญหาของระบบบริการ ระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพรวมทั้งสภาพแวดล้อมอื่นๆเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ดำเนินการเรื่องเขตบริการสุขภาพ ทั้งนี้ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเรื่องนี้ไปแล้ว แต่ยังคงอยู่ในระยะต้นของการดำเนินการ ซึ่งจำเป็นต้องติดตามกำกับ และปรับปรุงการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๒. มีการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง ล้วนแต่สอดคล้องในหลักการของการดำเนินการเขตบริการสุขภาพ แต่ต้องปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย รวมทั้งผลการประเมินการดำเนินการจะส่งผลต่อการปรับปรุงการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

๓. เป้าหมายของการดำเนินการเขตบริการสุขภาพในด้านหน่วยบริการสุขภาพมุ่งเน้นประสิทธิภาพการลงทุน การบริหารจัดการ การควบคุมต้นทุน การจัดการทรัพยากร ความเชื่อมโยงเป็นเนื้อเดียวกัน การส่งต่อ รวมถึงคุณภาพและมาตรฐานบริการ ในด้านประโยชน์ต่อประชาชน จะทำให้ได้รับบริการที่ดีขึ้น การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการ ได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน

๔. รูปแบบตามโครงสร้าง บทบาท ภารกิจของเขตสุขภาพ โครงสร้างการบริหาร จะมีการบริหารในรูปแบบคณะกรรมการบริหาร ซึ่งมีองค์ประกอบจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหาร นักวิชาการ ภาครัฐราชการอื่นๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้ให้บริการ ตัวแทนผู้รับบริการ และภาคประชาสังคม ในขณะเดียวกันมีการจัดตั้งสำนักงานเขตบริการสุขภาพ ซึ่งจะมีผู้บริหารเป็นนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ มีสำนักงานที่จะต้องสนับสนุนข้อมูล แผนการดำเนินงาน เพื่อเสนอข้อเสนอแนะและทางเลือกในการตัดสินใจให้ผู้บริหารตามลำดับและอำนาจหน้าที่

บทบาท ภารกิจของเขตบริการสุขภาพที่สำคัญคือ การเป็นหน่วยกำหนดนโยบายระดับพื้นที่ (Regional Health Authority) ให้ครอบคลุมหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน จัดทำแผนแม่บทของระบบบริการที่ครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อกำหนดทิศทางและกำกับการทำงาน จัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมและเป็นธรรมสำหรับหน่วยบริการ โดยอิงแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ๑๐ สาขาหลัก ภายใต้การสนับสนุนจากส่วนกลาง บริหารจัดการทรัพยากรทั้งงบประมาณ บุคคล รวมทั้งวัสดุและครุภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพภายในเขต

๕. การตรวจสอบการปฏิบัติงานให้เกิดธรรมาภิบาล มีความโปร่งใส ใช้ระบบคณะกรรมการบริหารซึ่งมีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วนกำกับการปฏิบัติ ให้คณะกรรมการมีอำนาจในการ

ดำเนินการอันเป็นการให้คุณให้โทษได้ จัดให้มีระบบตรวจสอบภายในที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบตรวจสอบจากภายนอก โดยผู้ตรวจราชการกระทรวง ซึ่งในภายหลังจะกำหนดให้เป็น Regulator เป็นการกำกับอีกชั้นหนึ่ง ทั้งนี้ ต้องไม่เป็นการทับซ้อนกัน

๖. การจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหัวใจสำคัญของเขตบริการสุขภาพ ผู้บริหารจึงควรมีอำนาจในการจัดการอย่างเต็มที่ รวมทั้งการควบคุมหน่วยบริการในสังกัดด้วย

๗. การพัฒนาระบบบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายเป็นเป้าหมายสำคัญของเขตสุขภาพ จึงต้องมีมาตรการและระยะเวลาที่เหมาะสม ให้ทุกหน่วยสามารถดำเนินการอย่างมองเห็นจุดมุ่งหมายเดียวกัน ทำงานร่วมกันเป็นทีม จนในที่สุดสามารถรวมกันเป็นเนื้อเดียวกัน

๘. การดำเนินการให้ใช้การกำหนดเป็นขั้นตอน และระยะเวลาของแต่ละขั้นตอน (Roadmap) ในแต่ละขั้นตอนให้มีการระบุกิจกรรมและเป้าหมายที่สำคัญ รวมทั้งผลักดันการดำเนินงานให้เป็นไปตามขั้นตอน จนสามารถบรรลุเป้าหมายสุดท้ายได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. กำหนดให้การดำเนินงานเรื่องเขตบริการสุขภาพ เป็นวาระของรัฐบาลให้สอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลข้อ ๕.๒ และให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการดำเนินการ

๒. ผลักดันการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้เกิดการแยกอำนาจความเป็นหน่วยกำหนดนโยบาย (National Health Authority) ผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และผู้ให้บริการ (Provider) เพื่อเป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานเขตบริการสาธารณสุข

๓. ปรับปรุงกฎหมาย และระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อเอื้อต่อการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพ

๔. จัดทำแผนขั้นตอนและระยะเวลาดำเนินการเขตบริการสุขภาพ (roadmap) และรายละเอียดของการปฏิบัติ รวมทั้งดำเนินการตามแผน

ข้อเสนอเพื่อการศึกษาวิจัย

ศึกษาประเมินผลการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพ ทั้งในด้านการศึกษา เปรียบเทียบ หรือ การวิจัยและพัฒนารูปแบบเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีขึ้น รวมทั้งการศึกษาความพึงพอใจและผลกระทบ (Impact) ต่อประชาชน

