

การศึกษาเรื่อง

การพัฒนาข้อเสนอ

รูปแบบและโครงสร้างการบริหารเขตสุขภาพ

A Study of the Development of Recommendations for the Form and
Structure of Area Health Management

โดย

วินัย ลิสมิทธิ (Vinai Leesmidt)

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย (Supasit Pannarunothai)

ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)

28 กุมภาพันธ์ 2556

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ ได้แก่ (๑) ค้นหารูปแบบจำลององค์ประกอบและบทบาทเขตสุขภาพ รวมทั้งทางเลือกจากทัศน์ (scenarios) การพัฒนาในอนาคต (๒) พัฒนารูปแบบจำลององค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการเขตสุขภาพ และระบบสนับสนุนสำคัญที่จำเป็นสำหรับการทำงานและ (๓) ข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยอาศัยวิธีวิจัย ๒ วิธี คือ การทบทวนประจักษ์จากต่างประเทศ และการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นช่องทางการพัฒนาเขตสุขภาพประเทศไทย ใน ๖ ประเด็นสำคัญๆ ดังนี้ คือ แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพพบว่ายังมีการมองเชิงเป้าหมาย(end) มากกว่ามองเป็นกลไกพัฒนา(means), องค์ประกอบและบทบาทเขตสุขภาพมีมุมมองที่แยกส่วนระหว่างสปสช.และกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถวางแผนแบบบูรณาการได้ดี, แนวคิด องค์ประกอบและบทบาทคณะกรรมการเขตสุขภาพถูกมองในกรอบกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าที่จะครอบคลุมทุกภาคส่วน, ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างส่วนกลางและเขตสุขภาพให้ความสำคัญกับตัวบุคคลกว่าระบบที่ต้องมีการเชื่อมต่อโดยเฉพาะผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, รูปแบบจำลองของเขตสุขภาพและทางเลือกระยะเปลี่ยนผ่านรวมทั้งจากทัศน์ของการจัดการระยะเปลี่ยนผ่าน มีการเสนอ ๓ รูปแบบเพื่อให้เกิดทางเลือกและการพัฒนาสำหรับสร้างจากทัศน์ระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งอาจผสมผสานหลายรูปแบบเพื่อความคล่องตัว

ข้อเสนอแนะที่สำคัญ ๓ ประการ

๑. เป้าหมายของการปฏิรูปการจัดการสุขภาพระดับเขตพื้นที่หรือเขตสุขภาพ คือ ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้นโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพ (more health for money) และคำนึงถึงความเสมอภาคของการใช้ทรัพยากรระหว่างเขตพื้นที่และกองทุน มีช่องทางการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับประเทศ เขต ท้องถิ่นและประชาชน
๒. การดำเนินการปฏิรูปเรื่องเขตสุขภาพควรดำเนินการโดยเร็วและเป็นขั้นตอนอย่างเป็นรูปธรรมในการจัดพวงบริการในทิศทางหลัก ๓ ประการ คือ
 - ก. เริ่มจากรูปแบบเขตสุขภาพที่เป็นโครงสร้างตามบทบาทหน้าที่สำคัญๆจนเกิดความชัดเจน และมุ่งเพียงพอที่จะจัดตั้งปรับเปลี่ยนและพัฒนาสู่โครงสร้างทางกฎหมายที่ยั่งยืน (functional structure to legal structure)

- ข. บทบาทบริการเริ่มจากส่วนที่ครอบคลุมเฉพาะบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข
ขยายออกไปครอบคลุมการบริการที่เกี่ยวข้องกับตัวกำหนดทางสังคมด้านสุขภาพ (social determinants of health) และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอื่นๆ (health risk factors)
- ค. บริการสุขภาพเริ่มจากการดำเนินงานในขอบเขตความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข
และขยายออกไปสู่การมีส่วนร่วมของภาคส่วนนอกกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน
๓. การบริหารจัดการเขตสุขภาพต้องมีอำนาจครอบคลุม ๓ มิติ คือ อำนาจรัฐ อำนาจทางสังคมและ
อำนาจทางปัญญา (leadership) เพียงพอที่จะบูรณาการการทำงานในเขต สำหรับบริการดูแล
ประชาชนครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งอำนาจต้องการความยั่งยืน โดยมี
กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนรองรับมากกว่าเป็นเพียงนโยบายที่เป็นนามธรรม
 ๔. การดำเนินการเขตสุขภาพให้ดำเนินการสอดคล้องกับการถ่ายโอนภารกิจภายใต้ พรบ.แผนและ
ขั้นตอนการกระจายอำนาจโดยมีความชัดเจนในบทบาทเขตสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 ๕. การจัดตั้งและดำเนินงานเขตสุขภาพต้องยืดหยุ่น โดยพิจารณาบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน
ของปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งหน้าที่สำคัญของคณะกรรมการเขตสุขภาพคือการสร้าง
ทางเลือกหลากหลาย (scenarios) ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่นั้นๆ
 ๖. คณะกรรมการเขตสุขภาพและสำนักงานเลขานุการเขตสุขภาพให้มีการจัดตั้งเป็นโครงสร้างที่
ชัดเจนที่มีผู้ปฏิบัติงานประจำ และยืดหยุ่นเพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมกับการ
ปรับเปลี่ยนขยายตัวของเขตสุขภาพ เช่น การปรับเปลี่ยนที่มาของประธานและคณะกรรมการเขต
สุขภาพ เป็นต้น โดยพิจารณาถึงทุนทางสังคมและทุนทางปัญญา (leadership) และเน้นเจตนารมณ์
สำคัญของเขตสุขภาพ คือ ประชาชนมีส่วนร่วมและประชาชนคือผู้ที่ได้รับผลจากการบริการ
 ๗. ควรมีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานเขตสุขภาพ โดยองค์กรหรือ
หน่วยงานอิสระนอกกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและการ
ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องในทิศทางที่ต้องการ
- ข้อเสนอแนะดังกล่าวนี้เป็นการนำเสนอภาพรวมเชิงระบบ (system approach) ที่ต้องการความชัดเจน
ทางเทคนิค (technical approach) จำเป็นต้องดำเนินการและศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นรายละเอียดที่การศึกษา
ครั้งนี้ยังไม่สามารถตอบได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ซึ่งสามารถดำเนินการสำเร็จล่วงล้นเป็นความอนุเคราะห์จากผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช)และนักวิชาการผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน คณะผู้วิจัยขอขอบคุณอย่างยิ่งที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สูงสุด จึงขอขอบคุณที่เสียสละเวลาที่มีค่าให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวกแก่คณะผู้วิจัย จนทำให้ผลการศึกษาล่วงอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณทีมงานวิจัยที่ร่วมกันศึกษาและสร้างผลงานวิชาการเพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ที่ต้องการใช้ประโยชน์ต่อไป

สารบัญเรื่อง

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i
กิตติกรรมประกาศ	iii
สารบัญเรื่อง	iv
สารบัญภาพ	vi
สารบัญตาราง	vii
บทนำ๑ หลักการเหตุผล	1
ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย	3
วิธีการศึกษา	3
การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอ	4
บทที่ 2 ประสพการณ์เรื่องเขตสุขภาพจากต่างประเทศ	5
เขตสุขภาพคืออะไร?	5
แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพ	7
องค์ประกอบของเขตสุขภาพ	9
องค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการเขตสุขภาพ	9
บทบาทเขตสุขภาพ	10
ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเขตสุขภาพกับรัฐบาล	11
ข้อดีและข้อเสียของระบบเขตสุขภาพ	13
แบบจำลองของเขตสุขภาพประเทศไทย	15
ปัจจัยสู่ความสำเร็จของเขตสุขภาพ	18
บทที่3 แนวคิดและทางเลือกเขตสุขภาพประเทศไทย	20
แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพ	20
โครงสร้างเขตสุขภาพ	22
กลุ่มผู้ให้บริการ (Provider Consortia)	24
บทบาทของเขตสุขภาพ	26
อำนาจของเขตสุขภาพ	27
คณะกรรมการเขตสุขภาพ	28
สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ	31

ผู้สนับสนุนหรือต่อต้านการจัดตั้งเขตสุขภาพ	32
ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเขตสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข	33
การสาธารณสุขกับเขตสุขภาพ	34
การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ	35
ช่องว่างของแนวคิดเรื่องเขตสุขภาพ	35
ทางเลือกเชิงระบบสำหรับจัดตั้งเขตสุขภาพ	35
ทางเลือกเขตสุขภาพที่ ๑	35
ทางเลือกเขตสุขภาพที่ ๒	36
ทางเลือกเขตสุขภาพที่ ๓	37
เขตสุขภาพกับบริการแบบบูรณาการ	39
โครงสร้างสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ	41
ข้อเสนอแนะ	42
เอกสารอ้างอิง	44

สารบัญภาพ

ภาพที่ 2.1 แนวคิดเขตสุขภาพ.....	8
ภาพที่ 2.2 องค์ประกอบสำคัญของเขตสุขภาพ.....	9
ภาพที่ 2.3 แบบจำลองเขตสุขภาพในบริบทประเทศไทย.....	17
ภาพที่ 2.4 ปัจจัยเชิงกระบวนการสำหรับการดำเนินงานเขตสุขภาพ.....	18
ภาพที่ 3.1 โครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขหลังการจัดตั้งเขตสุขภาพ.....	24
ภาพที่ 3.2 ทางเลือกเขตสุขภาพที่๑	36
ภาพที่ 3.3 ทางเลือกเขตสุขภาพที่๒	37
ภาพที่ 3.4 ทางเลือกเขตสุขภาพที่๓.....	38
ภาพที่ 3.5 รูปแบบจำลองระบบบริการแบบบูรณาการในเขตสุขภาพ.....	40
ภาพที่ 3.6 รูปแบบจำลองสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ.....	41

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบเขตสุขภาพที่พบในต่างประเทศ.....	7
ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของเขตสุขภาพ.....	14
ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพเดิมและทางเลือกเขตสุขภาพ.....	39

บทที่ ๑ หลักการเหตุผล

ความเป็นมา

เขตสุขภาพเกิดขึ้นครั้งแรกในประเทศอังกฤษปีค.ศ.1962 มีวัตถุประสงค์เพียงให้เกิดการจัดการบริการที่มีประสิทธิภาพเพราะทรัพยากรมีจำกัด และต้องการพัฒนาให้การจั้ดบริการสุขภาพทั้งประเทศเป็นระบบเดียวกันที่เรียกว่า National Health Service จนกระทั่งปีค.ศ.1973อังกฤษจึงสามารถจัดตั้งระบบสุขภาพแห่งชาติ (NHS)ขึ้น โดยระบบสุขภาพแห่งชาตินี้แยกผู้ซื้อและผู้จั้ดบริการออกจากกัน หลังการจัดตั้งNHSเขตสุขภาพจึงประกอบด้วยบทบาทของการจั้ดบริการและการคลังสุขภาพไปพร้อมๆกัน เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ (health system reform) และจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM)ของอังกฤษ(EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999) แนวคิดเขตสุขภาพที่แยกผู้จั้ดและซื้อบริการออกจากกันแพร่ไปสู่ประเทศในเครือจักรภพ เริ่มจากประเทศนิวซีแลนด์ปีค.ศ.1983 (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 2001) ต่อมาคือประเทศแคนาดาและออสเตรเลียปี ค.ศ. 1984 ตามลำดับ(CHARLES and BADGLEY 1999; HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006) แนวคิดเขตสุขภาพกำหนดให้จั้ดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพ (area health board) ขึ้นเพื่อบริหารและอภิบาลระบบ (governance) โดยหวังว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพและสร้างความเป็นธรรมของบริการสุขภาพของเขตพื้นที่ เขตสุขภาพเกิดการปรับเปลี่ยนและมีวิวัฒนาการต่อเนื่องซึ่งปัจจุบันอังกฤษปรับเขตสุขภาพให้เกิดการบูรณาการ มีบริการสุขภาพผสมผสานและใกล้ชิดผู้รับบริการที่สุด ปัจจุบันแนวคิดเขตสุขภาพแพร่กระจายไปสู่ประเทศอื่นๆทั่วโลก เช่น ในปีค.ศ.2002ประเทศนอร์เวย์ได้ปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเดิมเป็นบทบาทหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เปลี่ยนเป็นเขตสุขภาพ 4 เขต (NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH 2009) สวีเดนนำแนวคิดเขตสุขภาพมาปรับเปลี่ยนการดำเนินงานของระบบสุขภาพประเทศ โดยรวมเขตบริการสุขภาพที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบแต่ละพื้นที่แยกกัน มาเป็นจั้ดรวมเป็นเขตสุขภาพที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หลายๆแห่งมาร่วมกันเป็นเขตสุขภาพพื้นที่เดียวกัน เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพโดยอาศัยแนวคิดของการจั้ดระบบบริการสุขภาพที่มีบูรณาการ(Integrated Health Services) ร่วมกับแนวคิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (Health Care Decentralization) (GLENNGARD, HJALTE and SVENSSON et al 2005) แนวคิดเขตสุขภาพยังแพร่กระจายไปสู่ประเทศระบบประกันสังคม เช่น ประเทศเกาหลีใต้และไต้หวัน กำหนดให้จั้ดระบบบริการ

และการส่งต่อเป็นเขตพื้นที่การแพทย์ปฐมภูมิกับเขตพื้นที่การแพทย์ตติยภูมิเป็นต้น (GAULD, IKEGAMI and BARR ET AL 2006)

ประเทศไทยเริ่มแนวคิดเขตสุขภาพหลังการจัดตั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีพ.ศ.2545 เมื่อแยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกันเด็ดขาด โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.)เป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๔๖) เขตสุขภาพเริ่มจากแนวคิดของสปสช.ซึ่งเกิดขึ้นด้วยความจำเป็นที่ต้องจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร(สปสช.สาขากทม.) เพื่อทำหน้าที่ซื้อบริการแทนประชาชน ต่อมาพบว่าการทำงานของสปสช.เขตกทม.ประสบผลสำเร็จที่น่าพึงพอใจ ดังนั้นสปสช.จึงให้จัดตั้งสำนักงานสปสช.เขตพื้นที่ต่างจังหวัดขึ้นอีก 12 เขตรวมสาขาเขตพื้นที่กทม.เป็นทั้งสิ้น 13 เขตเพื่อทำหน้าที่ดำเนินงานในฝ่ายผู้ซื้อบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(วินัย ลิสมิทธิ์และศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย ๒๕๕๐) และกำหนดให้สำนักงานเขตสาขานครราชสีมาซึ่งประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ รวมเรียกชื่อว่าเขตนครชัยบุรีรัมย์ เป็นเขตทดลองนำร่องการจัดตั้งและดำเนินงานแบบเขตสุขภาพควบคู่ไปกับสปสช.สาขาเขตกทม. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตนครราชสีมา ๒๕๕๓) อย่างไรก็ตามพบว่าเขตสุขภาพที่สปสช.ทดลองนำร่องยังไม่ประสบผลสำเร็จนักเพราะเป็นการดำเนินงานเพียงฝ่ายผู้ซื้อบริการเพียงฝ่ายเดียวในขณะที่ผู้จัดบริการส่วนใหญ่คือสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ยังมีการดำเนินงานแบบเดิมที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการจัดการแบบเขตสุขภาพ อีกทั้งเขตพื้นที่สาขาของสปสช.ยังไม่สอดคล้องกับเขตตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นการจัดเขตตรวจราชการตามระบบการปกครองส่วนภูมิภาค แต่เขตพื้นที่ของสปสช.กำหนดตามการเข้าถึงบริการของประชาชน(วินัย ลิสมิทธิ์และสงครามชัย ลีทองดี ๒๕๕๔) แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพเริ่มเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ.2554 หลังการทบทวนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข อันนำไปสู่การพิจารณาบทบาทและการวางแผนการจัดบริการ(service plan) ของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขตามพรบ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจพ.ศ.๒๕๔๒ ผลของการทบทวนบทบาทกระทรวงสาธารณสุขสร้างความคิดของการจัดบริการแบบเครือข่ายหรือพวงบริการ ซึ่งนำไปสู่การพิจารณาการจัดระบบบริการแบบเขตสุขภาพ (วินัย ลิสมิทธิ์และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ๒๕๕๓) กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับเปลี่ยนเขตพื้นที่ตรวจราชการใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับเขตพื้นที่ของสปสช.ที่มี 12 เขต ยกเว้นเขตพื้นที่กทม. โดยมุ่งหวังให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างสปสช.ซึ่งเป็นผู้ซื้อบริการกับกระทรวงสาธารณสุข

การดำเนินงานแบบเขตสุขภาพได้ถูกนำมากำหนดให้เป็นนโยบายนำไปดำเนินการ แต่มีปัญหาสำคัญที่ประเทศไทยยังไม่เคยดำเนินการและไม่มีประสบการณ์ จึงต้องหาองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยขณะเริ่มนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีที่สุดและเกิดปัญหาข้อผิดพลาดที่น้อยที่สุด ซึ่งนำไปสู่คำถามการศึกษาที่สำคัญว่า **“เขตสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยนั้นควรมีรูปแบบอย่างไร? และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไรบ้าง?”** การหาคำตอบจำเป็นต้องอาศัยการศึกษาวิจัยที่สามารถกำหนดเป็นวัตถุประสงค์การศึกษาที่สำคัญดังข้างล่าง

วัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย

เพื่อให้การจัดตั้งและดำเนินงานของเขตสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขต้องการ สามารถประสบผลสำเร็จอย่างดี จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ที่มาจากศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการดังนี้

1. เพื่อพัฒนารูปแบบจำลองที่แสดงถึงองค์กรที่เป็นองค์ประกอบในเขตสุขภาพและบทบาทความรับผิดชอบของเขตสุขภาพในบริบทประเทศไทย ในสถานะของผู้จัดการของเครือข่ายผู้ให้บริการ (provider network manager) ที่แสดงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเขตสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง รวมทั้งทางเลือกจากทัศน์ (scenario) การพัฒนาต่อไปในอนาคต
2. เพื่อพัฒนาข้อเสนอรูปแบบและกลไกการบริหารจัดการในเขตสุขภาพในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้คือ
 - ก. องค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบคณะกรรมการเขตสุขภาพ
 - ข. ระบบสนับสนุนที่สำคัญสำหรับการดำเนินงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพที่จำเป็นสำหรับบรรลุเขตสุขภาพที่ดี
3. ข้อเสนอการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional management)

วิธีการศึกษา

การวิจัยเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วยระเบียบวิธีวิจัยสำคัญ 2 ประการ คือ

1. การทบทวนวรรณกรรมจากประสบการณ์ต่างประเทศที่มีบริบทสอดคล้องกับระบบสุขภาพประเทศไทยทางด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การคลังสุขภาพที่มีแหล่งเงินมาจากภาษีประชาชน การแยกผู้จัดและซื้อบริการออกจากกัน และการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 8 ประเทศ ได้แก่ อังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา นอร์เวย์ สวีเดน เกาหลีใต้ และไต้หวัน ซึ่ง 6 ประเทศแรกก็นำมาศึกษามีระบบหลักประกันสุขภาพแบบระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service System)

เช่นเดียวกับประเทศไทย ยกเว้นเกาหลีใต้และไต้หวันที่เป็นระบบประกันสังคม (Social Health Insurance) ทั้งนี้เพื่อให้เห็นการเปรียบเทียบให้เกิดองค์ความรู้ที่สมบูรณ์มากขึ้น

2. วิธีศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีบทบาทเป็นกุญแจข้อมูลที่สำคัญ (key informants) ในระบบสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วยตัวแทนจากผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขระดับสูง 9 คน ตัวแทนจากผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพระดับสูง 4 คน และตัวแทนนักวิชาการที่ไม่ได้สังกัดผู้ซื้อหรือจัดบริการ 4 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน ใช้การสัมภาษณ์แบบคำถามปลายเปิด(open-ended questions) ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง(semi-structured questionnaire) ในประเด็นสำคัญๆ ได้แก่ แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพและการรับรู้ แนวคิดการพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพที่เป็นภาพวาดในอนาคตทั้งโครงสร้างองค์กรและบทบาทหน้าที่ แนวคิดการจัดตั้งเขตสุขภาพและการพัฒนาการในระยะต่างๆที่จะนำระบบเขตสุขภาพในปัจจุบันไปสู่รูปแบบที่คาดหวัง และปัญหาอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิด การศึกษาใช้การบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียง ถอดเสียงบันทึกและนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยผู้วิจัย ผลการศึกษานำมาสังเคราะห์เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในรูปแบบเสนอเชิงพรรณนาประกอบผลภาพและตารางที่สังเคราะห์ได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอ

ข้อมูลที่รวบรวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศและการสัมภาษณ์เชิงลึก จะถูกนำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัย ผลจากการวิเคราะห์นำมาเสนอแบบเชิงพรรณนาประกอบภาพและตารางที่สร้างขึ้นให้เกิดความเข้าใจที่ง่ายและสมบูรณ์ ผลการศึกษาจะนำเสนอในบทต่อไปโดยแบ่งผลการศึกษออกเป็น 2 ตอน คือ ผลจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเป็นบทที่2 ต่อจากบทนำ และบทสุดท้ายแสดงถึงผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลจากการสังเคราะห์จะสรุปเป็นข้อเสนอแนะต่างๆในบทสุดท้ายนี้

บทที่ 2 ประสพการณ์เรื่องเขตสุขภาพจากต่างประเทศ

บทนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมประสพการณ์ต่างประเทศเกี่ยวกับเขตสุขภาพ ประเทศที่ใช้เป็นบทเรียนประกอบด้วยประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย แคนาดา นอร์เวย์ สวีเดน เกาหลีใต้และไต้หวัน ซึ่งประเทศดังกล่าวนี้ยกเว้นประเทศเกาหลีใต้และไต้หวัน เป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพแบบระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service System) แหล่งเงินมาจากภาษีที่รัฐบาลเก็บจากประชาชนและให้การรักษาโดยไม่คิดมูลค่า (publicly taxed fund) มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage health care) ที่ประชาชนทุกคนสามารถรับบริการที่จำเป็นพื้นฐานเท่าเทียมกัน มีระบบสุขภาพที่แยกผู้ซื้อและผู้จัดบริการออกจากกัน (purchaser-provider split) และมีการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (health care decentralization) ในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเหมาะสมจะเป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทย เพราะบริบทสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพไทยในปัจจุบัน สำหรับประเทศเกาหลีใต้และไต้หวัน เป็นการทบทวนเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นการนำแนวคิดเขตสุขภาพไปใช้กับระบบประกันสังคมให้เกิดภาพที่สมบูรณ์ขึ้น

ผลการวิเคราะห์สรุปประเด็นต่างๆ ที่สำคัญได้หลายประเด็นประกอบด้วย ความหมายของเขตสุขภาพ แนวคิดและปรัชญาของการดำเนินงานเขตสุขภาพ โครงสร้างเขตสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของเขตสุขภาพ การอภิบาลระบบเขตสุขภาพที่ดี และปัจจัยที่จะทำให้เขตสุขภาพดำเนินการได้อย่างที่คาดหวัง เพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับประเทศไทยในการจัดตั้งและดำเนินการเขตสุขภาพ ประเด็นดังกล่าวนี้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เขตสุขภาพคืออะไร?

คำภาษาอังกฤษที่แสดงถึงความหมายของเขตสุขภาพ (area health) มีหลากหลาย มีที่ใช้แตกต่างกัน จนอาจสร้างความสับสน เช่น areal health แสดงถึงเขตสุขภาพเชิงภูมิศาสตร์กว้างๆ ซึ่งนิยมใช้ในการกระจายอำนาจแบบเขต (areal decentralization) (MILLS, VAUGHAN, SMITH and TABIBZADE 1990) คำว่า regional health system และ district health system บ่งถึงเขตพื้นที่สุขภาพที่เจาะจง เป็นระบบสุขภาพที่กำหนดสถานบริการหลักชัดเจนในเขตรับผิดชอบที่กำหนดจำนวนประชากรชัดเจน คำว่า locality แสดงความชัดเจนของขนาดพื้นที่ ประชากร โดยเน้นการซื้อและจัดบริการสุขภาพในพื้นที่นั้นๆ อย่างชัดเจนมากที่สุด แต่ยังไม่แสดงถึงการประสานงาน (coordination) (ØVRETVEIT 1996) ดังนั้นเขตสุขภาพหากจะให้มีความหมายว่าเป็นระบบสุขภาพระดับพื้นที่จึงสมควรใช้คำรวมกลางๆ ทั่วไปว่า “area health” ที่มีความหมายเป็น “ระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (locality level) ที่กำหนดพื้นที่และประชากรรับผิดชอบชัดเจน มีกิจกรรมการซื้อบริการสุขภาพ (locality purchasing) และจัดบริการสุขภาพ (locality provision) ที่ตอบสนองต่อความ

ต้องการที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ มีบริการที่เหมาะสมและผสมผสานทั้งด้านบริการสุขภาพส่วนบุคคล(*personal health*) บริการโรงพยาบาล(*hospital service*) การสาธารณสุข(*public health*) และบริการสังคม(*social care*) โดยมีหน่วยบริการหลักที่กำหนดชัดเจนและสามารถเข้าถึงบริการได้ดี” (, HUNTER and STOCKFORD 1997, EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999)

เขตสุขภาพ (*area health*) ถูกมองว่าเป็นทั้งเป้าหมาย(*end*)จัดตั้งเป็นเขตพื้นที่ และเป็นกลไกสร้างระบบสุขภาพ(*means*) ให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีกว่าเดิม ประสบการณ์จากต่างประเทศพบได้ว่าการดำเนินการทั้งระดับมหภาค (*macro level*) โดยการจัดตั้งเขตสุขภาพเป็นเขตๆ ในลักษณะที่มีประชากรกำหนดชัดเจนในแต่ละพื้นที่ เช่น เขตสุขภาพของประเทศอังกฤษระยะแรกที่แบ่งเขตตามพื้นที่ ประเทศนิวซีแลนด์แบ่งพื้นที่ประเทศออกเป็นเขตสุขภาพ (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999) หรือประเทศนอร์เวย์จัดพื้นที่ประเทศเป็นพื้นที่เขตสุขภาพ (JOHNSEN 2006) เป็นต้น ขณะเดียวกันมีการดำเนินงานระดับจุลภาค (*micro level*) โดยนำเอากลไกการบริหารแบบเขตสุขภาพมาสร้างระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยรวมการบริหารเงินและการจัดบริการมาบริหารภายในเขตอย่างชัดเจนโดยคณะกรรมการอิสระ ดังเช่นประเทศอังกฤษในปัจจุบันที่มีเขตสุขภาพในระดับล่างใกล้ประชาชนที่สุด แคนาดานำระบบเขตสุขภาพมาสร้างกลไกการจัดบริการและการกำกับในระดับจังหวัดที่มีการกระจายอำนาจ(ARMSTRONG and ARMSTRONG 1999)สวีเดนและออสเตรเลียมีระบบเขตสุขภาพย่อยๆ ในแต่ละรัฐ(*county and state*) เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการประชาชน (HJORTSBERG and GHATNEKAR 2001; HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006) หรือเกาหลีและไต้หวันที่รวมหน่วยบริการเข้าเป็นเขตการแพทย์ที่สร้างประสิทธิภาพการบริการและการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นเขตรับผิดชอบร่วมกัน (YU and ANDRSON 1992, GER 2009) เป็นต้น ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการระดับมหภาคหรือจุลภาคโครงสร้างของเขตสุขภาพจะคล้ายคลึงกัน คือ มีประชากรที่กำหนดชัดเจน มีพื้นที่ดำเนินการที่กำหนดขอบเขตไว้ชัดเจน มีสถานบริการที่ดำเนินการจัดบริการ มีระบบการคลังที่กำหนดแนวทางไว้ มีการกำหนดความเชื่อมโยงระหว่างระดับประเทศและพื้นที่ในลักษณะการอภิบาลระบบ และที่สำคัญมีการจัดตั้งคณะกรรมการเขตพื้นที่ขึ้นทำหน้าที่บริหารจัดการของเขต ซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 2.1 ข้างล่าง

ตารางที่ 2.1 เห็นได้ว่าประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ และแคนาดา มีการรวมบทบาทการซื้อและจัดบริการให้อยู่ในคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ซื้อแตกต่างกันแต่มีบทบาทเหมือนกัน ออสเตรเลีย นอร์เวย์และสวีเดนแยกผู้จัดและซื้อบริการออกจากกันแต่ผู้ซื้อบริการมีบทบาทสำคัญในการอภิบาลระบบ แต่ละประเทศมีปัญหาของเขตสุขภาพแตกต่างกัน เช่น อังกฤษหลังจากแยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกันทำให้เกิดการแย่งชิงเงิน ข้อมูลขาดการเชื่อมต่อเพราะมีความแข่งขันและไม่สนใจการสาธารณสุขที่ไม่ก่อรายได้แก่ผู้ให้บริการ จึงรวมการซื้อและจัดบริการเข้ามาเป็น Primary Care Trust (PCT) นิวซีแลนด์และออสเตรเลียมี

ปัญหาเรื่องบทบาทของบอร์ดไม่ชัดเจนและมีอำนาจไม่แท้จริง นอร์เวย์มีการรวมศูนย์อำนาจอยู่ที่บอร์ดมาก ไม่มีการกระจายอำนาจ จึงขาดการแข่งขันที่ไม่แท้จริงระหว่างผู้ซื้อและจัดบริการ สวีเดนแยกผู้ซื้อและจัดบริการไม่ชัดเจนจึงไม่สร้างการแข่งขัน

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบเขตสุขภาพที่พบในต่างประเทศ

	อังกฤษ	นิวซีแลนด์	ออสเตรเลีย	แคนาดา	นอร์เวย์	สวีเดน
รูปแบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพเขต	Autonomous body	Autonomous body	Devolution เพิ่ม Autonomous Body	Devolution เพิ่ม Autonomous Body	Devolution เพิ่ม Autonomous Body	Devolution เพิ่ม Autonomous Body
องค์กรที่อภิบาลระบบ	8 SHA 100 PCT	21 DHB	AHB	RHA	4 RHA 35 Enterprises	2 RHA 6 Medical regions
ผู้ซื้อบริการ	PCT	DHB	AHB	RHB	RHB	RHB
ผู้จัดบริการ	PCT	DHB	State Department of Health	RHB	Enterprise	Medical Region
ปัญหาที่พบ	-แย่งชิงเงิน -ปกปิดข้อมูล -Public Health ถูก ละเลย	-บทบาทไม่ชัด -บอร์ดไม่มีอำนาจ แท้จริง	-ขาดบทบาทไม่ชัดเจน	-สิทธิประโยชน์แต่ละจังหวัดแตกต่าง	-รวมศูนย์แข่งขันไม่จริง	-PPS ไม่ชัด -ฟ้องร้องสูง

STA Strategic Authority, PCT Primary Care Trust, DHB District Health Board, AHB Area Health Board, RHB Regional Health Board,

PPS Purchaser-Provider Split

แหล่งข้อมูล: ARMSTRONG and ARMSTRONG 1999; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999;

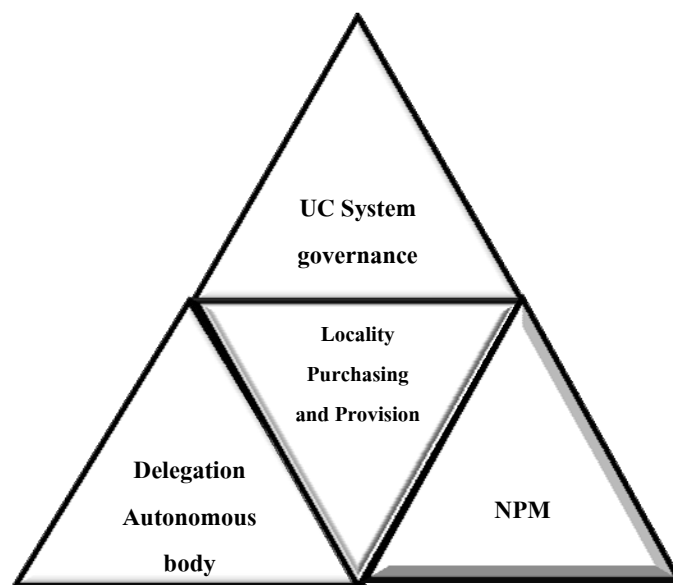
EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 2001; HEALY and HILLESS 2001;

GLENNGARD, HJALTE and SVENSSON et al 2005; HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006; JOHMSSEN 2006;

MARCHILDON 2005; NORWEGIAN DIRECTORATE of HEALTH 2009; BOYLE 2012

แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ 3 ประการ คือ การเพิ่มอำนาจแก่เขตสุขภาพโดยกระจายอำนาจในรูปแบบ Delegation ให้แก่คณะกรรมการอิสระ ร่วมกับการอภิบาลระบบ (system governance) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Care) และการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) โดยยึดหลักการสร้างประสิทธิภาพ (Efficiency) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) และความเหมาะสมของขนาดทางเศรษฐศาสตร์ (Economies of scale) ดังภาพที่ 2.1 ข้างล่าง



ภาพที่ 2.1 แนวคิดเขตสุขภาพ

การเพิ่มอำนาจแก่เขตสุขภาพอาจปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมจากเดิมที่มีอยู่ เช่น สวีเดน นอร์เวย์ แคนาดาและออสเตรเลียเปลี่ยนอำนาจการบริหารจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไปสู่คณะกรรมการเขตสุขภาพที่มีอิสระเป็นนิติบุคคลมีอำนาจของตนเอง และมีอำนาจหน้าที่ชัดเจน (Autonomous Body) (COLLINS 1994, COLLINS and GREEN 1994)

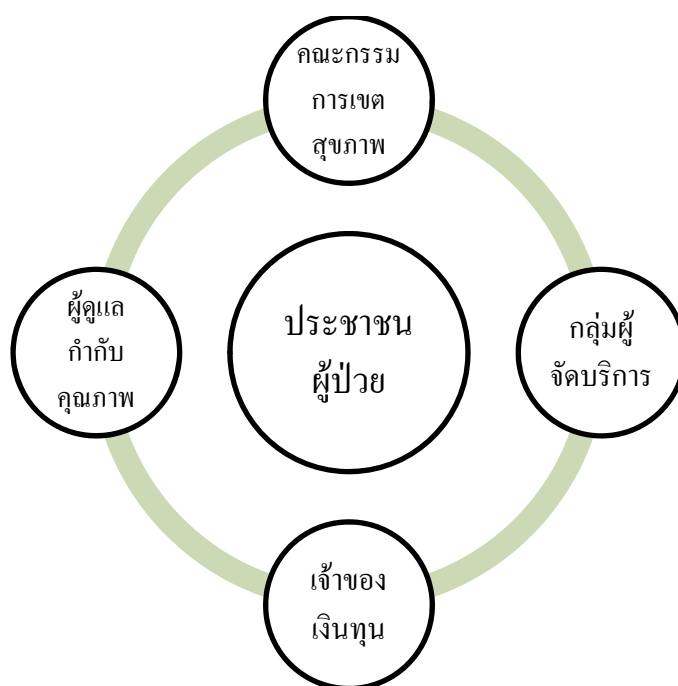
การอภิบาลระบบอาจอาศัยเพียงระบบเดียวหรือผสมผสานของทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบราชการ (Bureaucratic Hierarchical Governance) หรือระบบกลไกทางตลาด (Market Mechanism) ที่แยกผู้ซื้อและจัดบริการออกจากกัน หรือระบบเครือข่าย (Networking Governance) ที่อยู่ร่วมกันแบบสร้างความเข้าใจและมีคณะกรรมการบอร์ดที่อาจมีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น สภาหรือคณะกรรมการ เป็นต้น เชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานระดับสูงกับองค์กรที่รับผิดชอบ (CARVER and CARVER 1996, CARVER 2001, KJÆR 2004, WIKIPEDIA 2006)

การจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นการพัฒนาและปฏิรูปการดำเนินงานของภาครัฐที่พยายามใช้แนวคิดเอกชนเข้ามาดำเนินการ ซึ่งในระบบเขตสุขภาพมีวัตถุประสงค์ชัดเจนที่จะสร้างประสิทธิภาพ (efficiency) ประสิทธิภาพ (effectiveness) และการประหยัดขนาดทางเศรษฐศาสตร์ (economies) เพื่อให้เกิดการแข่งขันที่สร้างคุณภาพและก่อให้เกิดบริการที่ดี (STOKER 1998)

องค์ประกอบของเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพเป็นระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ระบบหนึ่ง จึงมีองค์ประกอบหลายส่วน ที่เป็นองค์ประกอบหลักมี 4 ส่วนสำคัญๆ ได้แก่ กลุ่มผู้ให้บริการที่รวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่เรียกชื่อว่า Provider Consortia กลุ่มผู้เป็นเจ้าของเงินทุนสุขภาพที่กำหนดกลยุทธ์ทางการเงินการคลังสุขภาพ ที่เรียกว่า Foundation Trust มีคณะกรรมการบอร์ดทำหน้าที่กำหนดพฤติกรรมของระบบสุขภาพเขตที่คาดหวังให้เกิดขึ้น โดยวางแผนและติดตามผลที่จะเกิดขึ้น เรียกชื่อว่า Area Health Commissioning Board และผู้ควบคุมกำกับที่เรียกชื่อว่า Regulator ทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพบริการ ประชุมหารือกับเจ้าของเงินทุน ให้ข้อเสนอแนะคณะกรรมการบอร์ดและมองหาทางปรับปรุงคุณภาพบริการอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบย่อยๆเป็นหน่วยสนับสนุน เช่น Commissioning Support Unit (IMISON, CURRY and Mc SHANE 2011) ดังภาพที่ 2.2

ภาพที่ 2.2 องค์ประกอบสำคัญของเขตสุขภาพ



องค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการเขตสุขภาพ

คณะกรรมการเขตสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบทั้งเรื่องจัดการบริการและการเงินของพื้นที่รับผิดชอบ คณะกรรมการประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและมีวาระดำรงตำแหน่งชัดเจน เช่น ประเทศนิวซีแลนด์คณะกรรมการมีสมาชิก 11 คน วาระ 3 ปี มาจากการเลือกตั้ง 7 คน แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข 4 คน ต้องมีตัวแทนชนพื้นเมือง Maori อย่างน้อย 2 คนตามสัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่

ระยะแรกประธานคณะกรรมการมาจากการแต่งตั้งและพัฒนาไปสู่การเลือกตั้ง (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 2001) ประเทศอังกฤษเขตสุขภาพชื่อ Primary Care Trust (PCT) มีคณะกรรมการเขตสุขภาพของตนเอง ประธานและกรรมการได้รับการแต่งตั้งจากส่วนกลาง คณะกรรมการประกอบด้วยสมาชิก 14 คน ไม่นับรวมประธาน โดย 7 คนมาจากการสรรหา ส่วนอีก 7 คนเป็น โดยตำแหน่งผู้อำนวยการด้านสาธารณสุข, ผู้อำนวยการการคลัง, ประธานวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น บทบาท

ความรับผิดชอบของคณะกรรมการเขตสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนพัฒนา ประเทศอังกฤษเริ่มจากการเป็นที่ปรึกษา ต่อไปให้มีส่วนบริหารงบประมาณเพื่อซื้อบริการ จนสามารถซื้อบริการด้วยตนเองตามพันธะ ความรับผิดชอบ (accountability) และแยกตัวออกเป็นอิสระเต็มที่ (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999) คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อเป็นที่ปรึกษา เช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพประเทศนิวซีแลนด์แต่งตั้งที่ปรึกษา 3 คณะ ได้แก่ Community and Public Health, Hospitals และ Disability Support เพื่อให้คำปรึกษาวางแผน 1 ปี 5 ปี และ 10 ปี ในอังกฤษ PCT แต่งตั้งคณะ บริหารวิชาชีพ (professional executive committee) เพื่อช่วยการทำงาน (BOYLE 2012) คณะกรรมการเขต สุขภาพแม้เป็นองค์กรอิสระ แต่รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจลงโทษและถอดถอนสมาชิกรายคน หรือทั้งคณะ หากคณะกรรมการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามกำหนดได้อย่างถูกต้อง กระทรวงสาธารณสุข เองมีอำนาจกำหนดนโยบายและวางแผนเพื่อกำกับการดำเนินงานของคณะกรรมการ การกำกับติดตาม คุณภาพอาจใช้เครื่องมือและมืองค์กรรับผิดชอบติดตามประเมินผลชัดเจนเป็นอิสระ การกำกับติดตาม ประเมินผลสามารถดำเนินการผ่านการกำหนดพันธะแบบทำสัญญา (contract) ที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันและ กำหนดตัวชี้วัดเป้าหมายที่วัดได้ชัดเจน เช่น Quality and Outcome Framework (QOF) ของอังกฤษ เป็นต้น งบประมาณที่คณะกรรมการได้รับแบ่งเป็น ๒ ส่วนแยกขาดจากกันเป็นงบบริหาร (departmental block) และ งบบริการ (non-departmental block) (NHS INFORMATION CENTRE 2006)

บทบาทเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การจัดบริการ (service provision) การคลังสุขภาพ (health care financing) และการอภิบาลระบบ (system governance) เขตสุขภาพมีบทบาทรับผิดชอบ จัดบริการสุขภาพให้เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิระดับสูง เพื่อตอบสนองต่อความ ต้องการประชาชนที่แท้จริง เปลี่ยนจุดเน้นจากการรักษาพยาบาลและบริการในโรงพยาบาลไปสู่บริการใน สังคมชุมชนและครัวเรือนมากขึ้น เขตสุขภาพมีบทบาทรับผิดชอบผสมผสานบริการทุกอย่างในพื้นที่เข้า

ด้วยกัน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสภาพ การสาธารณสุข และบริการสังคม การผสมผสานงานสาธารณสุขเพื่อแก้ไขจุดอ่อนที่ละเลยบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการควบคุมโรคระบาดที่รุนแรงและแพร่กระจายรวดเร็วที่ขาดแรงจูงใจทางการเงิน จนเกิดปัญหาการป้องกันและสกัดกั้นการระบาดของโรครุนแรงได้ไม่ทันทั่วทั้งที่ เช่น การระบาดของไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ ๒๐๐๙ เป็นต้น ระบบสุขภาพที่แยกผู้ซื้อและจัดบริการเกิดช่องว่างของบริการสาธารณสุข เพราะขาดหน่วยงานรับผิดชอบ ทำให้การประสานงานไม่ดี แต่เขตสุขภาพมีเครือข่ายบริการที่ดี ประสานบริการได้อย่างบูรณาการจึงสร้างโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้เท่าเทียมทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสามารถลดค่าดำเนินการทางการเงินในการเรียกเก็บค่าบริการระหว่างสถานบริการ ตัวอย่าง เช่น อังกฤษมีกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นเครือข่ายบริการแบบ primary care group หรือประเทศสวีเดน Counties หลาย Counties รวมกลุ่มเป็นเขตพื้นที่บริการที่ใหญ่และครอบคลุมทำให้สามารถลดค่าดำเนินการที่สิ้นเปลืองลง หรือกลุ่มกองทุนประเทศเกาหลีใต้ที่ได้รวมกองทุนเพื่อสร้างความมั่นคงแก่กองทุนและขยายเครือข่ายบริการที่ครอบคลุม เป็นต้น (GLENNGARD and BANKAUSKAITE et al 2005; KHALEGHIAN 2003)

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเขตสุขภาพกับรัฐบาล

กระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจชัดเจน เชิงโครงสร้างอังกฤษมี Strategic Health Authority (SHA) เป็นตัวเชื่อมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) กับระบบสุขภาพแห่งชาติ (NHS) โดย SHA มีบทบาทพัฒนาบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ, สร้างความเชื่อมั่นว่าบริการในพื้นที่คุณภาพที่ดี, เพิ่มศักยภาพของบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อให้อาจจัดบริการได้เพิ่มขึ้นและสร้างความมั่นใจว่านโยบายสุขภาพที่มีความสำคัญได้รับการผสมผสานอยู่ในบริการเขตพื้นที่

เชิงบทบาทรัฐบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเขตสุขภาพที่ดีและสร้างความมั่นคงทางการคลังสุขภาพ แหล่งเงินส่วนใหญ่ของเขตสุขภาพมาจากภาษีส่วนกลาง รัฐบาลมีหน้าที่ต้องเข้ามีส่วนดำเนินการที่จะดูแลกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่รัฐต้องเกื้อกูล ให้เกิดการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมและการปรับเปลี่ยนให้เกิดความเป็นธรรมทางทรัพยากรสุขภาพ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ยากจนห่างไกลในชนบทและในพื้นที่เฉพาะของชนกลุ่มน้อยต่างๆ ขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงการควบคุมต้นทุนค่าบริการและการจ่ายเงินตอบแทนที่สร้างแรงจูงใจ เพราะเขตสุขภาพมีกลไกตลาดภายใน(internal market) ที่มีผลต่อการคลังสุขภาพที่แข่งขันแย่งชิงทางการเงินกันจนลืมนึกถึงคุณธรรม ขาดการร่วมมือพัฒนาการทำงานด้านสาธารณสุข การมีจำนวนเขตพื้นที่สุขภาพที่มากเกินไปก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนการบริหาร

จัดการที่เพิ่มขึ้นไม่เกิดประหยัดต่อขนาด (economies of scale) แต่หากจำนวนเขตพื้นที่สุขภาพไม่มากพอที่จะสร้างการแข่งขันและสร้างทางเลือกแก่ประชาชน จะเป็นปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพ หากเขตสุขภาพขนาดเล็กเกินไปก็เสี่ยงต่อความมั่นคงทางการเงิน เพราะส่วนใหญ่การจัดสรรงบประมาณสู่พื้นที่ผู้กติดกับจำนวนประชากรร่วมกับอุบัติการณ์ระบาดวิทยา ปรับเปลี่ยนด้วยลักษณะประชากรทั้งอายุ เพศและการพึ่งพิงต่อสังคม การสร้างแรงจูงใจและการสร้างคุณภาพของเขตสุขภาพที่มีกลไกทางการเงินและตลาดภายใน จึงต้องมีการควบคุมต้นทุนบริการ (cost containment) พร้อมกับใช้กลไกทางการเงินมาพัฒนาคุณภาพบริการ ดังเห็นได้ชัดเจนว่าประเทศต่างๆ นิยมจ่ายเงินตามลักษณะผลการดำเนินงานแบบปลายปิด เช่น เหมาจ่ายรายหัว (capitation) และกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs, Diagnosis Related Groups) แทนการจ่ายเงินแบบปลายเปิด เช่น จ่ายตามรายการของการบริการ (fee-for-service) ยกเว้นการจ่ายแก่เวชปฏิบัติครอบครัวที่ยังต้องใช้แรงจูงใจจากค่าบริการปลายเปิด ที่จ่ายตามรายการของการบริการ (fee-for-service) ร่วมด้วย การคลังสุขภาพเป็นกลไกสำคัญที่สร้างบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เช่น การคลังสุขภาพของเขตสุขภาพในอังกฤษกำหนดงบประมาณลงสู่พื้นที่ที่สามารถซื้อบริการสำหรับประชาชนที่รับผิดชอบและมุ่งเน้นบริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและชุมชนมากขึ้นและชัดเจนขึ้น (PALMER 2006, NORWEGIAN DIRECTORATE of HEALTH 2009)

รัฐบาลมีหน้าที่กำกับดูแลอภิบาล (governance) เขตสุขภาพ นับว่าเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้เขตสุขภาพนั้นสามารถสร้างประสิทธิภาพการจัดการ คุณภาพบริการ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ และสนองตอบความต้องการที่แท้จริงของประชาชน (accountability and responsiveness) กลไกสำคัญที่นำมาใช้กำกับดูแลและอภิบาลระบบเขตสุขภาพ ได้แก่ การจัดทำสัญญาระหว่างรัฐบาลและคณะกรรมการเขตสุขภาพ ซึ่งมีหลายรูปแบบ และคณะกรรมการเขตสุขภาพก็จัดทำสัญญากับผู้ให้บริการและเจ้าของเงินต่อจากสัญญาที่ทำกับรัฐบาล อังกฤษเป็นตัวอย่างการจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานพยาบาลโดยทำสัญญา (contractual model) ซึ่งมี 3 รูปแบบประกอบด้วย สัญญาโดยรวม (block contract), สัญญาต้นทุนและปริมาณงาน (cost-and-volume contract) และ สัญญาต้นทุนต่อราย (cost-per-case contract) มีรายละเอียดดังนี้ สัญญาโดยรวม (block contract) กำหนดการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบว่าจะได้รับบริการอะไรและได้ค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงินเท่าไรอย่างกว้างๆ ซึ่งจะระบุตัวชี้วัดผลงานการให้บริการ สัญญาประเภทนี้สร้างความมั่นใจแก่โรงพยาบาลว่าจะได้รับงบประมาณค่าตอบแทนที่ชัดเจนสำหรับการจัดบริการ สัญญาต้นทุนและปริมาณงาน (cost-and-volume contract) เป็นสัญญาที่ระบุชัดเจนลงไปว่าผู้จัดบริการจะต้องให้บริการประเภทใดบ้างด้วยจำนวนเท่าไรในราคาที่ตกลงกันไว้ บริการแบบนี้ต้องกำหนดคุณลักษณะที่ชัดเจนกว่าสัญญาโดยรวม รูปแบบสัญญาต้นทุนและปริมาณงานนี้เน้นปริมาณบริการมากกว่าปัจจัยนำเข้า ส่วนสัญญาต้นทุนต่อราย (cost-per-case contract) จะกำหนดจำนวนผู้ป่วยที่มารับ

บริการ กิจกรรมการบริการถูกเชื่อมโยงกับค่าใช้จ่าย สัญญาแบบนี้มีค่าใช้จ่ายในการเรียกเก็บค่าบริการจึงไม่นิยมใช้ แต่จะนำมาใช้ประกอบการจ่ายค่าตอบแทนกรณีนอกเหนือสัญญาโดยรวมและสัญญาต้นทุนและปริมาณงาน เช่น กรณีส่งต่อผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการ (extra contractual referrals) เป็นต้น ดังนั้นความนิยมในการทำสัญญาจึงเรียงลำดับจากสัญญาโดยรวม, สัญญาต้นทุนและปริมาณงาน และสัญญาต้นทุนต่อรายตามลำดับ (HEALY, SHARMAN and LOKUGE 2006) การควบคุมกำกับของรัฐบาลสามารถสร้างกลไกการถอดถอนประธานคณะกรรมการและกรรมการที่มีความผิดหรือไม่ปฏิบัติตามนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นรายบุคคลหรือคณะ ซึ่งประเทศนิวซีแลนด์ก็เป็นตัวอย่างของการกำกับควบคุมคณะกรรมการเขตสุขภาพดังกล่าว (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 2001)

ข้อดีและข้อเสียของระบบเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพมีทั้งประโยชน์และโทษ ตารางที่ 2.2 เป็นสรุปจากประสบการณ์ต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า เขตสุขภาพที่จัดตั้งในประเทศต่างๆ สามารถสร้างข้อดีแก่ระบบสุขภาพหลายประการคือ บริการสามารถจัดแก่ประชาชนได้ครอบคลุมทุกบริการแบบบูรณาการตั้งแต่บริการส่วนบุคคล เช่น การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น บริการโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและในการสาธารณสุขโดยเฉพาะการป้องกันโรคระบาดและภัยพิบัติ รวมทั้งบริการสังคมที่สนับสนุนเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เช่น การดูแลผู้พิการ ผู้ชรา เป็นต้น บริการที่จัดในเขตสุขภาพสามารถสะท้อนความต้องการประชาชนเพราะการจัดบริการใกล้ชิดกับประชาชนใช้ปัญหาในพื้นที่เป็นตัวตั้ง การจัดบริการที่มีในเขตสุขภาพจะทำให้ประชาชนเข้าใจและมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ โดยเฉพาะการสร้างหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ที่ครอบคลุมทุกคน เขตสุขภาพที่มีคณะกรรมการดูแลจะสามารถวางแผนการบริการและการคลังได้จึงควบคุมค่าใช้จ่ายและต้นทุนบริการได้ดีขึ้น คณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนจากกลุ่มคนในพื้นที่ย่อมตอบสนองและมีพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชนในพื้นที่มากกว่าส่วนกลาง เพราะมาจากการเลือกตั้ง คณะกรรมการเขตสุขภาพมีอิสระทำให้มีความยืดหยุ่นและการปรับตัวของการทำงานได้ดีกว่า เนื่องจากไม่ต้องถูกกำกับอย่างเข้มงวดด้วยระเบียบราชการที่ขั้นตอนซับซ้อน การวางแผนในเขตพื้นที่สามารถนำข้อมูลที่มีจริงมาดำเนินการและการร่วมมือจากฝ่ายต่างๆทำให้เกิดการนำข้อมูลมาประสานและตรวจทานความแม่นยำได้ดีขึ้น โดยเฉพาะไม่มีการนำข้อมูลไปแย่งชิงงบประมาณรายได้จึงไม่มีการกีดกันการเข้าถึงข้อมูล การจัดสรรงบประมาณในเขตสุขภาพลดการแย่งชิงทรัพยากรทำให้ลดความขัดแย้งทางการเงินได้มาก เนื่องจากระบบเขตสุขภาพเน้นกระบวนการจัดบริการที่มีผลลัพธ์ชัดเจน จึงสร้างกระบวนการติดตามกำกับประเมินผลที่ต้องมีตัวชี้วัดการทำงานและผลลัพธ์การบริการตามพันธะสัญญาที่ผู้จ่ายค่าบริการกำกับผู้จัดบริการ

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของเขตสุขภาพ

ข้อดี	ข้อเสีย
• บริการสุขภาพบูรณาการทั้งบริการส่วนบุคคล โรงพยาบาล สาธารณสุข และสังคม • ตอบสนองความต้องการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ • เพิ่มการเข้าถึงบริการที่ดี • ควบคุมต้นทุนค่าบริการได้ดี • เพิ่มพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชน • สร้างการปรับตัวและยืดหยุ่นในการจัดการ • ระบบสารสนเทศมีการประสานงานมากขึ้น • เพิ่มการประสานงานระบบส่งต่อ • ระบบการคลังสุขภาพไม่แข่งขันทรัพยากร • การวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพชัดเจนเพราะมีตัวชี้วัดที่กำหนดได้ชัด	• ต้องการผู้รู้ความเชี่ยวชาญสูงหายากในพื้นที่ยากจนและห่างไกล • มีปัจจัยทางการเมืองท้องถิ่นมาเกี่ยวข้อง • เปิดโอกาสให้รวมศูนย์ในพื้นที่แบบผูกขาดการบริการ • ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่อ่อนแอลง • เกิดการกีดกันบริการระหว่างเขตสุขภาพ • สร้างความไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่ยากจนและร่ำรวย • ไม่ประหยัดต่อขนาดหากจำนวนเขตสุขภาพมากเกินไป • ต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายมากขึ้น • ต้องมีระบบกระจายทรัพยากรที่ดี • ต้องการระบบข้อมูลที่ดีมากในการติดตามประเมินผล

แหล่งข้อมูล: ARMSTRONG and ARMSTRONG 1999; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM 1999; EUROPEAN

OBSERVATORY ON 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.

ขณะเดียวกันระบบเขตสุขภาพก็มีจุดอ่อนหลายประการ ได้แก่ การจัดการเขตสุขภาพต้องการความรู้ความเข้าใจและผู้มีความเชี่ยวชาญในการเป็นตัวแทนคณะกรรมการเขตสุขภาพ ซึ่งหาได้ยากในพื้นที่ห่างไกลและยากจนในชนบท เขตสุขภาพเป็นการจัดการระดับพื้นที่ซึ่งมีการเมืองท้องถิ่นเข้ามาเกี่ยวข้องดังนั้นปัจจัยทางการเมืองระดับพื้นที่จึงมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานและพัฒนาสูงมาก อาจเป็นโอกาสให้การเมืองท้องถิ่นใช้เป็นฐานเสียงและเกิดการแทรกแซงได้ ระดับพื้นที่หากไม่มีการอภิบาลระบบที่ดีการจัดบริการในพื้นที่ที่ขาดแคลนทรัพยากรสุขภาพและสถานบริการที่จำกัด รวมทั้งการแทรกแซงด้วยผู้มีอิทธิพลท้องถิ่นอาจสร้างระบบผูกขาดและการรวมศูนย์อำนาจในเขตสุขภาพ การที่เขตสุขภาพมีอิสระในการดำเนินงานและคณะกรรมการเป็นองค์อิสระจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางและเขตสุขภาพอ่อนแอลง สายบังคับบัญชาเปลี่ยนแปลงไปนโยบายที่กำหนดอาจไม่ได้รับการตอบสนองเช่นเดิม ซึ่งเป็นข้อกังวลของส่วนกลางที่จะกระจายอำนาจแก่เขตสุขภาพว่าเพียงไรจึงจะเหมาะสม เขตสุขภาพที่แยกการจัดการจะมีสภาพเหมือนการกระจายอำนาจแก่อปท. ที่สร้างการกีดกันบริการข้ามเขตและรอยต่ออาจเกิดปัญหาบริการที่ไม่สะดวก เพราะเขตสุขภาพยังอิงการแบ่งตามภูมิศาสตร์ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับสภาพการเดินทางเพื่อรับบริการ เป็นปัญหาทางการบริการที่ไม่สามารถรับบริการใกล้ที่อาศัยได้ตามที่ควรจะเป็น หากพื้นที่มีความแตกต่างทางฐานะความร่ำรวย ย่อมสร้างความไม่เท่าเทียมทางการบริการแก่ประชาชนที่อยู่ใกล้เคียง

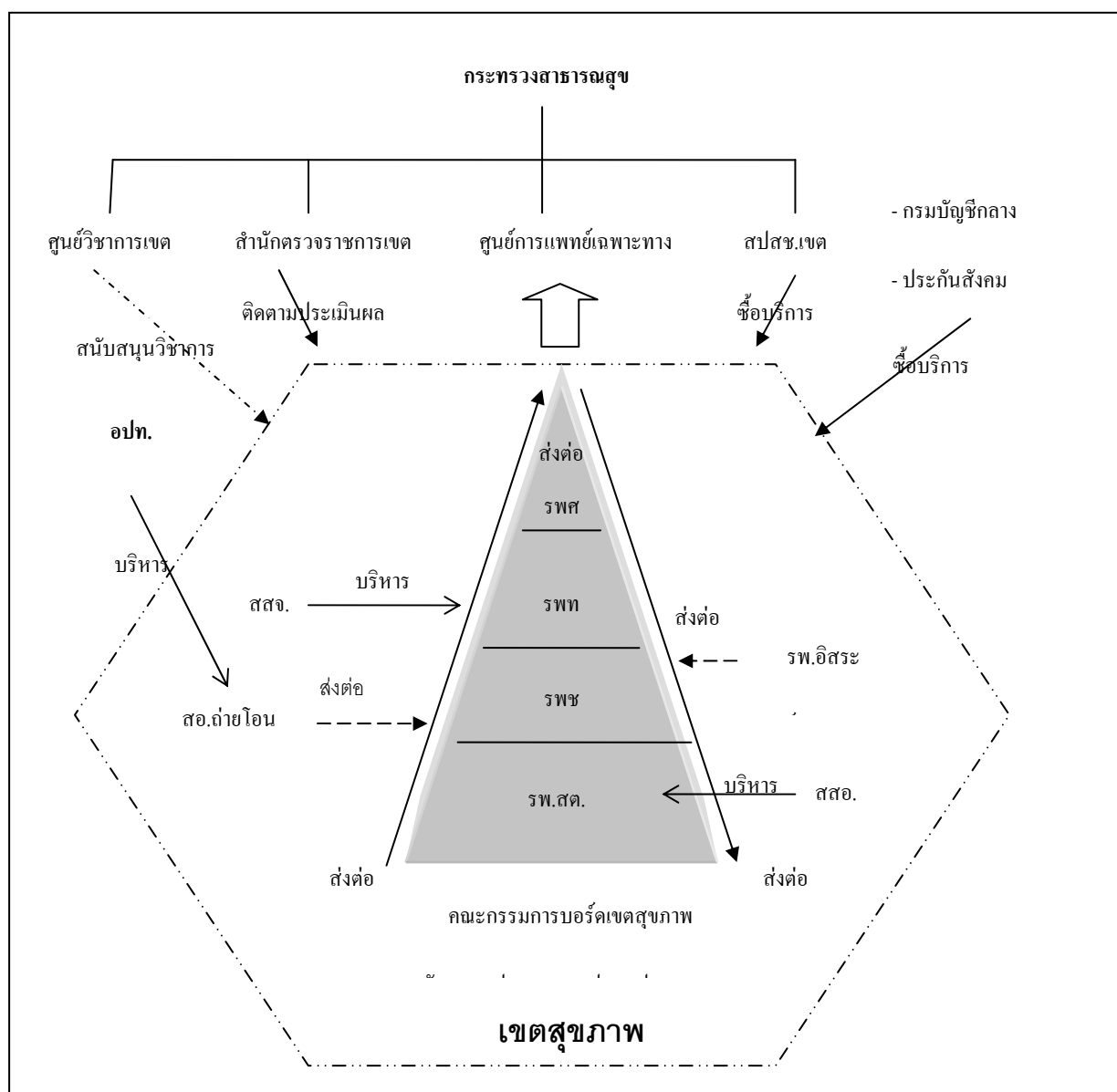
หรือรอยต่อเขตสุขภาพที่ติดต่อกัน จำนวนเขตสุขภาพที่มากเกินไปอาจเป็นภาระการจัดการที่ไม่เกิดการประหยัดต่อขนาดยิ่งประชาชนรับผิดชอบจำนวนน้อยย่อมกระทบสภาพการคลังสุขภาพ เพราะงบประมาณที่ได้รับเป็นการจ่ายรายหัวประชาชนซึ่งจำนวนหากน้อยเกินไปย่อมสร้างปัญหางบประมาณที่ไม่เพียงพอ เขตสุขภาพประกอบด้วยภาครัฐเอกชนอปท.และประชาชน ที่เข้ามามีส่วนร่วมกลุ่มต่างๆย่อมมีวิสัยทัศน์พันธกิจที่แตกต่างตามบริบทขององค์กรที่สังกัด การสร้างแนวร่วมและพันธมิตรในการดำเนินงานเขตสุขภาพต้องการความร่วมมือประสานงานที่สูงมากย่อมเป็นปัญหาอุปสรรคสำคัญหากเกิดความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้อง เขตสุขภาพภาพรวมต้องการเงื่อนไขการจัดสรรทรัพยากรที่กระจายอย่างเป็นธรรม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญเพราะการกระจายบุคลากรทางการแพทย์เขตชนบทย่อมขาดแคลนมากกว่าเขตเมือง หากการจัดตั้งเขตสุขภาพไม่สามารถสร้างแรงจูงใจในการจัดสรรงบประมาณและกระจายบุคลากรให้เกิดเท่าเทียมกันทั่วประเทศ เขตสุขภาพที่ขาดแคลนย่อมไม่สามารถประสบผลสำเร็จ เขตสุขภาพที่งบประมาณน้อยบุคลากรน้อยย่อมประสบปัญหาการบริการที่ไม่ครอบคลุมและคุณภาพไม่ดี เขตสุขภาพต้องการระบบข้อมูลสารสนเทศที่ดีแม่นยำและเป็นปัจจุบัน สำหรับวางแผน ดำเนินการ และพัฒนา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะประเทศที่ระบบข้อมูลไม่ดี เพราะจะส่งผลให้การวางแผน ดำเนินงานและพัฒนา ระบบสุขภาพล้มเหลว เช่น การควบคุมโรคระบาดและภัยพิบัติ เป็นต้น

แบบจำลองของเขตสุขภาพประเทศไทย

ภาพที่ 2.3 เป็นผลการสังเคราะห์จากประสบการณ์ต่างประเทศ สามารถร่างรูปแบบจำลองเขตสุขภาพสำหรับประเทศไทยได้ดังนี้ คือ เขตสุขภาพจำลองจากเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและเขตพื้นที่ของสปสช.ซึ่งแทนด้วยกรอบหกเหลี่ยม เขตสุขภาพประกอบด้วย หน่วยบริการหลักสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีรูปสามเหลี่ยมของระบบบริการ จากระดับล่างคือโรงพยาบาลตำบล (รพ.สต.) ในการกำกับดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ให้บริการปฐมภูมิในพื้นที่และส่งต่อไปโรงพยาบาลชุมชน(รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) จนส่งต่อไประดับตติยภูมิศูนย์การแพทย์เฉพาะทางตามลำดับ ระบบส่งต่อมีทั้งการส่งไปและส่งกลับแบบสองทาง ภายในเขตสุขภาพมีหน่วยบริการที่ถ่ายโอนและสังกัดอปท. และหน่วยบริการแบบองค์กรอิสระในกำกับรัฐ เช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ร่วมจัดบริการในบางพื้นที่ ซึ่งในที่นี้หมายความว่ารวมถึงหน่วยบริการเอกชนที่สามารถร่วมในเครือข่ายเขตสุขภาพได้เช่นกัน เขตสุขภาพอภิบาลระบบ บริหารจัดการ กำกับติดตามประเมินผลด้วยคณะกรรมการเขตสุขภาพหรือบอร์ดที่ประกอบด้วยตัวแทนภาคส่วนที่มีส่วนได้เสียหลักๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อปท. และประชาชนในพื้นที่ ร่วมกันเป็น

คณะกรรมการเขตสุขภาพ ระดับที่สูงเกินจากเขตสุขภาพมีหน่วยงานสนับสนุนด้านวิชาการของศูนย์วิชาการเขต สำนักตรวจราชการเขตกระทรวงสาธารณสุขที่ดูแลกำกับด้านนโยบาย และสปสช.ในฐานะผู้ซื้อบริการแทนประชาชน ร่วมกันอภิบาลระบบเขตสุขภาพเชิงนโยบายภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ขณะเดียวกันมีหน่วยงานอื่นๆที่จ่ายเงินซื้อบริการแทนผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลในระบบข้าราชการและประกันสังคม คือกรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคม หรือแม้แต่แอปท.ที่สามารถใช้บริการของหน่วยบริการเขตสุขภาพตามที่ต้องการ ภาพจำลองนี้เป็นการสร้างจากทัศนคติคาดหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ซื้อ ผู้จัดบริการ ผู้รับบริการ และผู้สนับสนุนทั้งด้านวิชาการและการจัดการ จะเห็นได้ว่าการที่จะบรรลุความคาดหวังเหล่านี้จำเป็นต้องใช้การมีส่วนร่วมและประสานความร่วมมือเป็นสำคัญ การที่สปสช.กำหนดนโยบายเขตสุขภาพจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ อย่างไรก็ตามสปสช.มีอำนาจการซื้อบริการที่สามารถชักจูงให้หน่วยบริการมาร่วมมือสร้างระบบสุขภาพแบบเขตสุขภาพได้ ซึ่งจะประสบผลสำเร็จอย่างไรเป็นสิ่งที่ท้าทาย

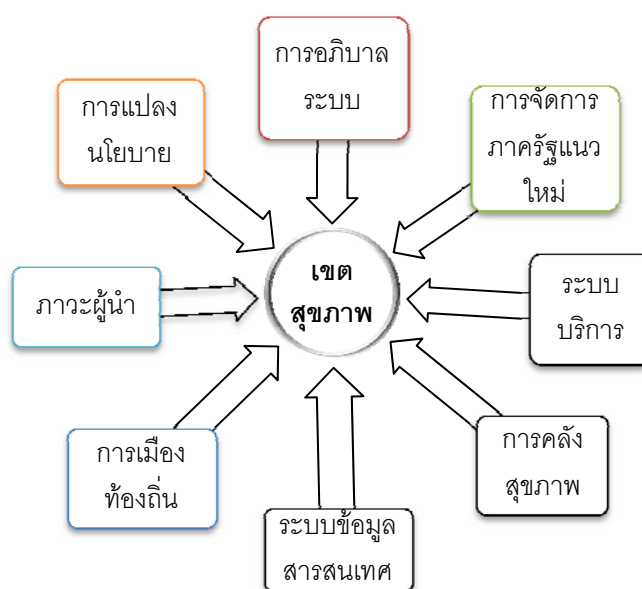
ภาพที่ 2.3 แบบจำลองเขตสุขภาพในบริบทประเทศไทย



ที่มา: วินัย ลิสมิทธิ์ และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (๒๕๕๓)

ปัจจัยสู่ความสำเร็จของเขตสุขภาพ

การพัฒนาเขตสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการที่จะนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นสามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์ปัจจัยเชิงกระบวนการในการจัดตั้งเขตสุขภาพที่สำคัญๆ ได้ทั้งสิ้น 8 กลุ่มภาพที่ 2.4



ภาพที่2.4 ปัจจัยเชิงกระบวนการสำหรับการดำเนินงานเขตสุขภาพ

ภาพที่2.4 แสดงปัจจัยเชิงกระบวนการของการจัดตั้งและดำเนินการเขตสุขภาพ 8 ประการสำคัญ ที่สามารถนำมาเป็นตัวชี้วัดเพื่อติดตามประเมินผลการพัฒนาเขตสุขภาพในพื้นที่จริง ประกอบด้วย ปัจจัยการเมืองท้องถิ่นซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการจัดตั้งเขตสุขภาพสำเร็จหรือล้มเหลว โดยเฉพาะการสร้างพันธมิตรด้านสุขภาพต้องอาศัยปัจจัยทางเมือง ทั้งในส่วนสาธารณสุขและนอกส่วนสาธารณสุขพร้อมๆ กัน ภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญในการชักจูงผู้มีส่วนได้เสีย ให้มีความเข้าใจยอมรับและร่วมดำเนินงานจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพ การที่จะจัดตั้งเขตสุขภาพตามที่กำหนดต้องการภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง ในการชักจูงให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องยอมรับและพร้อมใจ กระบวนการแปลงนโยบายเขตสุขภาพสู่การปฏิบัติเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงแนวคิดเชิงนามธรรมไปสู่รูปธรรมที่จะพัฒนาเขตสุขภาพให้สามารถดำเนินการได้อย่างแท้จริงจนสามารถตอบคำถามว่าประชาชนได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจากเขตสุขภาพหรือทำให้สถานการณ์แย่ลง การที่จะเปลี่ยนนโยบายที่กำหนดไปสู่การดำเนินงานในพื้นที่เป็นสิ่งที่นักวิจัยทั้งส่วนกลางและพื้นที่ต้องร่วมกันสร้างกรอบและพัฒนา เพราะเขตสุขภาพเป็นสิ่งใหม่สำหรับประเทศไทย การอภิบาลระบบเป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงถึง

บทบาทความรับผิดชอบของทั้งคณะกรรมการและผู้มีส่วนได้เสียในระบบเขตสุขภาพซึ่งนำไปสู่การอภิบาลที่ดีหรือธรรมาภิบาล การกำหนดแนวทางอภิบาลระบบที่ต้องการเป็นการพิจารณาหาตัวชี้วัดที่เหมาะสมและสามารถใช้วัดผลลัพธ์ที่ต้องการได้จริง โดยเฉพาะการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพที่แท้จริงของประชาชน (responsiveness) และการแสดงถึงพันธะความรับผิดชอบต่อประชาชนในพื้นที่ (accountability) การจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่การจัดการเขตสุขภาพที่สร้างประสิทธิภาพและคุณภาพ โดยเน้นการนำกลไกตลาดและอำนาจการซื้อบริการมาสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพบริการที่แท้จริงในพื้นที่เขตสุขภาพ การจัดการภาครัฐแนวใหม่ยังรวมถึงการกระจายอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่สปสข.หรือกระทรวงสาธารณสุขมอบแก่อนุหน่วยงานระดับพื้นที่ การออกแบบระบบบริการระดับพื้นที่ที่สามารถตอบสนองความต้องการประชาชนที่แท้จริง รวมทั้งการออกแบบระบบส่งต่อและการติดตามประเมินผลด้านคุณภาพบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่การศึกษาเขตสุขภาพนี้ให้ความสนใจ เพราะเป็นปัจจัยที่กระทบประชาชนโดยตรงตั้งแต่การเข้าถึงบริการ ความเท่าเทียมของบริการที่จัดตั้ง และคุณภาพบริการที่ได้รับหลังการเกิดเขตสุขภาพ ซึ่งการติดตามประเมินผลอาจต้องอาศัยระบบข้อมูลที่ดียิ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในลำดับต่อไป ปัจจัยระบบการคลังสุขภาพและการติดตามประเมินผล โดยเฉพาะการพัฒนาพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเป็นอีก ๒ ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการจัดตั้งและพัฒนาเขตสุขภาพ

ผลจากการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศเป็นบทเรียนสำคัญสำหรับประเทศไทยที่นำมาเป็นองค์ความรู้สำหรับการดำเนินงานสร้างระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่แบบเขตสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ต่างประเทศเป็นเพียงแนวทางเท่านั้น ไม่สามารถนำมาใช้เป็นแบบสำหรับการดำเนินงานในประเทศไทยได้อย่างจริงจังด้วยเหตุผลสำคัญว่ามีบริบทที่แตกต่างกันมาก ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางการเมือง สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และระบบสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมก่อนจะสร้างแนวทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ดังนั้นบทที่จะนำเสนอต่อไปเป็นการนำองค์ความรู้จากการทบทวนประสบการณ์ดังกล่าวแล้วมาสร้างกรอบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารที่มีบทบาทและข้อมูลสำคัญเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานระบบสุขภาพเขต ผลการศึกษาวเคราะห์จะนำเสนอในบทต่อไป

บทที่ 3 แนวคิดและทางเลือกเขตสุขภาพประเทศไทย

บทนี้เป็นผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาข้อมูลที่รวบรวมจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยตัวแทนของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้จัดบริการ ตัวแทนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(สปสช.) ในฐานะผู้ซื้อบริการ และตัวแทนนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเทศไทย ผู้ให้สัมภาษณ์ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข 9 คน ได้แก่ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1 คน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข 3 คน สาธารณสุขนิเทศ 2 คน ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 1 คน ตัวแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 2 คน สำหรับผู้บริหารสปสช. 4 คน ได้แก่ รองเลขาธิการสปสช. 2 คน ผู้อำนวยการสปสช.เขต 2 คน และนักวิชาการจำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 17 คน ข้อมูลการสัมภาษณ์ถูกบันทึกเสียงและนำมาถอดเสียงเพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิเคราะห์นำเสนอเชิงพรรณนาประกอบภาพและตารางในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้ ได้แก่ ความเห็นเกี่ยวกับความหมายของเขตสุขภาพ แนวคิดและปรัชญาของการดำเนินงานเขตสุขภาพ โครงสร้างเขตสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของเขตสุขภาพ การอภิบาลระบบเขตสุขภาพ และความเชื่อมโยงเชิงอำนาจระหว่างเขตสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข ปัจจัยที่จะทำให้เขตสุขภาพดำเนินการได้อย่างที่คาดหวัง การจัดระบบกลุ่มผู้จัดบริการแบบเป็นพวงหรือเครือข่าย อำนาจการจัดการระดับเขต รูปแบบทางเลือกการจัดองค์กรเขตสุขภาพและสุดท้ายเป็นการเสนอแนะระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับประเทศไทยเพื่อจัดตั้งและดำเนินการเขตสุขภาพให้เกิดผลสำเร็จ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดเรื่องเขตสุขภาพ

แนวคิดเขตสุขภาพสำคัญเพราะแสดงทิศทางการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความสำเร็จของนโยบายคือการที่มีความเข้าใจถูกต้องเหมือนกัน ไม่เช่นนั้นจะก่อให้เกิดความสับสนจนกลายเป็นปัญหาต่อการดำเนินงาน ศึกษาจึงเริ่มจากการค้นหาความคิดเห็นความเข้าใจของผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. รวมทั้งนักวิชาการว่ามีแนวคิดความเข้าใจเกี่ยวกับเขตสุขภาพอย่างไรและแตกต่างกันมากน้อยแค่ไหน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าการมองเขตสุขภาพแตกต่างกัน ฝ่ายที่มองว่าเขตสุขภาพเป็นเป้าหมายก็จะมองเฉพาะพื้นที่เขตการจัดบริการ ส่วนฝ่ายที่มองเขตสุขภาพเป็นกลไกการดำเนินงานให้เกิดระบบสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพและความต้องการในพื้นที่ จะมองถึงการมีส่วนร่วมของการแก้ปัญหาและการจัดการที่สามารถดำเนินการได้ชัดเจนและรวดเร็วขึ้น โดยเฉพาะการแก้ปัญหาและแก้ไขความขัดแย้งเชิงความคิดและผลประโยชน์ ตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่มองเห็นว่าเขตสุขภาพนั้น เป็นแนวทางที่จะสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้ให้บริการแบบที่เรียกว่าเป็นพวงบริการและจะ

นำไปสู่การมีอำนาจต่อการดำเนินงานสุขภาพและสร้างประสิทธิภาพ และเห็นว่าเป็นนโยบายที่กำหนดแล้วโดยผู้บริหารระดับสูง เพียงแต่จะดำเนินงานอย่างไรให้เกิดสุขภาพซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญ

“...อาจจะเป็น *solution* เรื่องของ *conflict of demand* เรื่องที่กำลังกังวลว่าจะได้อย่างที่หวังหรือเปล่า คงขึ้นอยู่กับกรอบ” นักวิชาการ

“เคาะมาเรียบร้อยแล้ว เพียงแต่เหลือว่าจะต้องทำอะไรบ้าง” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข
 ผู้ที่มีแนวความคิดว่าสุขภาพเป็นกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพนั้น มีเหตุผลเชิงปรัชญาหลายประการ ได้แก่ การจัดการแบบสุขภาพจะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้ชัดเจนขึ้น รวดเร็วขึ้น และตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เป็นการกระจายความรับผิดชอบและกระจายอำนาจแก่พื้นที่มากขึ้นกว่าเดิม มีความเห็นว่าสุขภาพไม่แตกต่างกับ District Health System สุขภาพเป็นการสร้างเครือข่ายผู้จัดบริการที่เป็นเขตการแพทย์เหมือนบางประเทศ หรือสุขภาพก็คือการจัดทำแผนการจัดบริการที่เป็นเครือข่าย เท่านั้น

“ส่วนกลาง(โครงสร้าง)มันใหญ่มาก มันไม่สามารถ *responsiveness* ไม่ทันการ แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน.... ตรงนี้ทำให้เกิดความคล่องตัว เป็นการกระจายอำนาจ ไม่กระจุก สอนต่อความต้องการของพื้นที่” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“สุขภาพ...เกี่ยวข้องกับเรื่องการกระจายอำนาจ แต่ไม่ใช่การกระจายอำนาจในเชิงท้องถิ่น แต่เป็นการกระจายอำนาจในคนที่อยู่ใกล้พื้นที่ในการตัดสินใจ” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...จะรับผิดชอบประชากรทั้งเขต หรือจะรับผิดชอบโครงสร้างบริการของ สธ.(กระทรวงสาธารณสุข) เท่านั้น นี่คือโจทย์แรก... นี่ก็ต่างแล้ว” นักวิชาการ

“เชื่อใน *medical region*....ต้องมีระบบบริการ 1 ชุด ให้คนตรงนั้นมีหลักประกัน และระบบที่รับผิดชอบ” ผู้บริหารสปสช.

“...ถ้าไม่ถือเขาถือเรา ถ้าแบบนี้ก็จะไม่ใช่แค่ *medical region* แต่เป็น *area health board* ไปดูแลทั้ง *health system* ซึ่งกว้างกว่า” ผู้บริหารสปสช.

“...*service plan* ทุกคนเห็นตรงกันว่าควรจะมีและต้องเป็นเครือข่าย เพราะถ้าอยู่อย่างนี้(ไม่มีสุขภาพ)ไม่กระจาย การเข้าถึงบริการของประชาชนไม่ดี...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“... ในส่วนของ *Service provider* ก็คือพวงบริการที่มีบอร์ดมาดูแล” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข
 “(มีนโยบาย)สุขภาพเนื่องจากปัญหาที่มาจากหลายส่วน....เห็นว่ามันมีปัญหาเรื่องจัดการ ...ให้ชาวบ้านได้รับบริการที่ดี มีสุขภาพที่ดีต้องมีการ *reoriented* ให้ดีในเรื่องบทบาทหน้าที่...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...*service plan* เป็นการวางโครงสร้างกรอบของ *area* เป็นหลัก จัดเป็น 12 *area* กับ 1 กทม. ... โดยยึดหลักว่าคนตั้งแต่เกิดจนตายน่าจะได้รับการ *within area* ได้” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...ในความรู้สึกเขตคือ *Provision system* หรือ *district health system* ที่ระดับจังหวัด...นี่ก็คือ *area health system* อันหนึ่งจะใช้ชื่ออะไรก็ได้...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

พบได้ว่ามีความแตกต่างในความเข้าใจและการมองถึงความหมายเขตสุขภาพ ผู้ที่มองเขตสุขภาพ เป็นเป้าหมายจะมองเขตสุขภาพเชิงโครงสร้างของเขตพื้นที่ แผนการจัดบริการ แผนการจัดสรรทรัพยากร และการจัดการ กลุ่มที่มองเขตสุขภาพว่าเป็นกลไกการดำเนินงาน มองถึงการตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ การมีอำนาจในการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ อย่างก็ตามที่มองเขตสุขภาพคล้ายกัน คือ มีประชากรเป้าหมายชัดเจน

โครงสร้างเขตสุขภาพ

โครงสร้างเขตสุขภาพเริ่มจากการที่กระทรวงสาธารณสุขปรับเปลี่ยนเขตตรวจราชการของกระทรวงใหม่ให้สอดคล้องกับเขตพื้นที่สพส.เพื่อให้เกิดการทำงานที่ไม่ทับซ้อนและง่ายต่อการประสานงาน โดยพิจารณาความเหมาะสมของประชากรรับผิดชอบที่มีเฉลี่ย 3-5 ล้านคนในแต่ละเขตพื้นที่ ซึ่งจำนวนประชากรมีความเหมาะสมที่จะมีงบประมาณเพียงพอบริหารจัดการในเขต

“...scale population 3-5 ล้าน กำลังเหมาะสม...การใช้ทรัพยากรต้องกระจาย resource ลงไป รวมถึงเรื่อง infrastructure ใหญ่ ในบางเรื่อง 3-5 ล้านก็อาจจะยังไม่คุ้ม ต้องดูแลแต่เรื่อง” นักวิชาการ

“scale(3-5ล้านคนที่เหมาะสม เพราะว่าเขตที่บุคลากรประมาณ 10,000 คน คือกระทรวงสาธารณสุขมี (บุคลากร)200,000 (คน) ถ้ามี 20 พว ก็ประมาณ 10,000 คน...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

เขตสุขภาพนอกจากมีพื้นที่แล้ว ยังต้องมีโครงสร้างองค์กรภายในที่จะทำให้เขตสุขภาพสามารถดำเนินการได้อย่างเป็นลุ่มีชีวิต ซึ่งโครงสร้างองค์กรนั้นมีการเสนอความคิดเห็นหลากหลายแตกต่างกัน และอาจส่งผลกระทบต่อโครงสร้างองค์กรเดิมทั้งฝ่ายกระทรวงสาธารณสุขและสพส. เขตสุขภาพแยกผู้จัดบริการและผู้ซื้อบริการออกจากกันชัดเจนมากขึ้น มีการเสนอว่าจำเป็นต้องสร้างสำนักงานเขตที่ชัดเจน สำนักงานเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่มีจำนวนบุคลากรเพียงไม่กี่คนและไม่มีสำนักงานถาวร แต่เขตสุขภาพสมควรต้องมีบุคลากรที่ประจำและทำงานเต็มเวลา สพส.นั้นมีการจัดตั้งสำนักงานเขตไว้ถาวรแล้วเป็นเพียงปรับเปลี่ยนบทบาทบางประการเท่านั้นก็จะลงตัวเรียบร้อยเร็วกว่าฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข การจัดตั้งเขตสุขภาพและการกระจายอำนาจลงมาเขตจะส่งผลกระทบระบบการบริหารราชการที่ผู้ว่าราชการจังหวัดคือผู้มีอำนาจ และขณะเดียวกันการจัดตั้งสำนักงานเขตของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเหมือนภาพการสร้างอำนาจแข่งขันกันกับสพส. อาจทำให้เกิดปมความขัดแย้งมากขึ้น อย่างไรก็ตามมีผู้ที่เสนอความเห็นว่าจะอาจไม่ได้เป็นเช่นนั้นทีเดียว เพราะการทำงานเป็นการร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสพส. โครงสร้างไม่เป็นปัญหาเพราะมีการทำงานที่มองผลลัพธ์เป็นเป้าหมายมากกว่า

“....จะปฏิรูประบบการทำงาน ถ้าไม่เริ่มที่โครงสร้างทุกอย่างมันจะพังหมด... ไม่มีโครงสร้างอะไรที่สมบูรณ์แบบ...บอร์คของ สพส. แยกกันไป ไม่คิดว่าควรจะเป็นอันเดียวกัน...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...โครงสร้างก็ต้องเปลี่ยน ถ้าเป็นเขต และมีการกระจายอำนาจไปที่เขต ... ส่วนกลางก็ต้องเปลี่ยน อาจจะต้องเล็กลง เพราะตอนนี้ระบบเป็น centralize...” ผู้บริหารสพส.

“ฐานเดิมของความคิด(เขตสุขภาพ)ก็คือมีฐานว่าจะต้อง split ในส่วนของการคลังและการจัดบริการออกจากกัน และบริหารความสัมพันธ์ในลักษณะที่มี service output ที่ชัดเจน” ผู้บริหารสปสช.

“...ที่ถูกก็ควรต้องมี 12 กองทุนแยกออกจากกัน ให้ deal ตามเขต” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“secretariat office ที่เขตตอนนี้ยังไม่มี ซึ่งสำคัญมาก ทำอย่างไรจะจัดตั้งอย่างรวดเร็ว” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“..ในระดับเขตสุขภาพต้องร่วมมือจัดการมีอะไรบ้าง ต้องใช้เงินในจุดไหน แล้วก็ allocate ... แล้วก็ monitor โดยใช้เครื่องมือที่มีอยู่ รวมถึงเครื่องมือด้านการเงินด้วย” นักวิชาการ

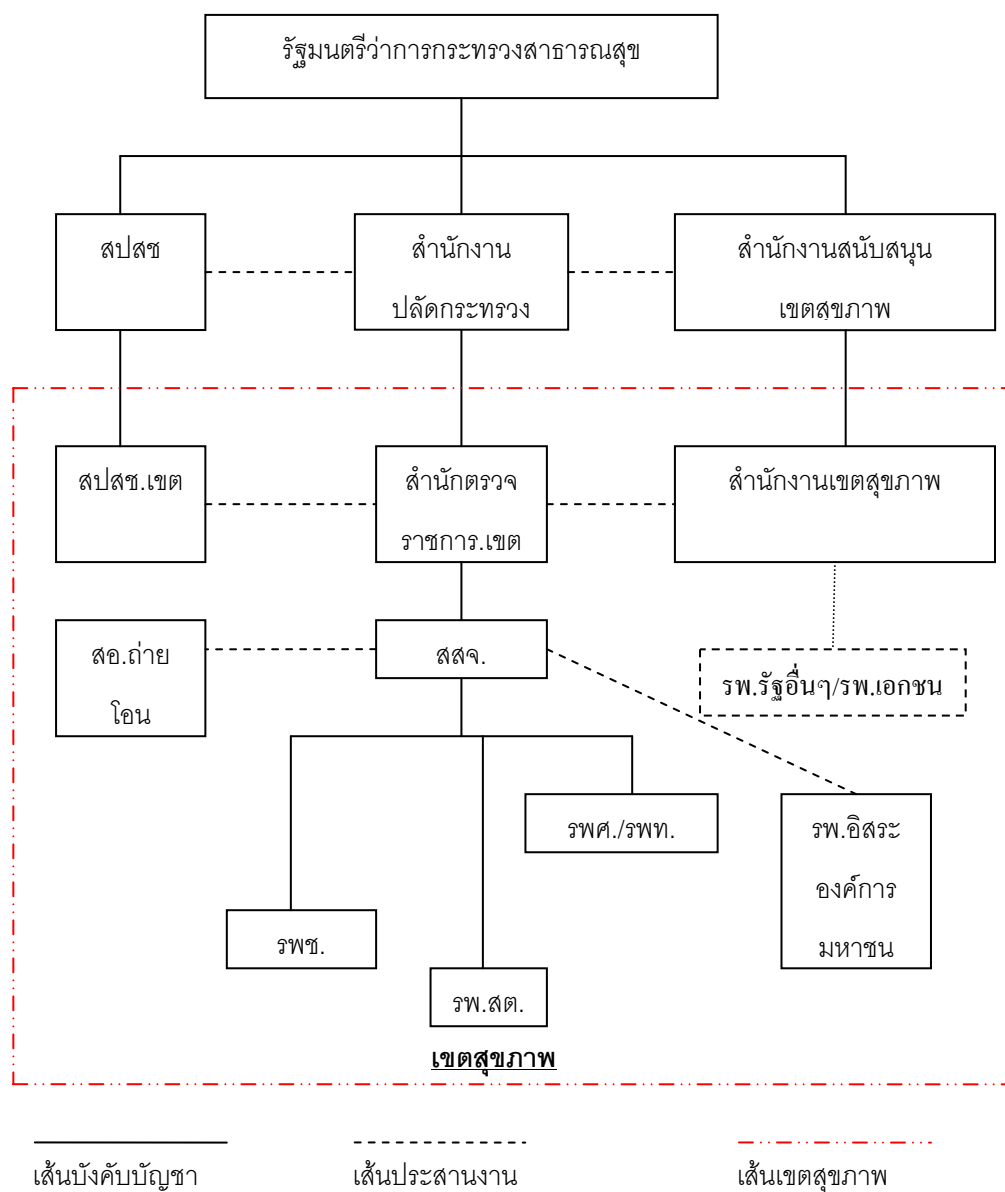
“การไปตั้งสำนักงานเขตขึ้นมา รู้สึกเหมือนจะเป็นการตั้งป้อมสู้กัน....เจตนารมณ์เดิมที่นำเสนอ(เขตสุขภาพ)คืออยากให้มีการวางแผนร่วมกัน ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ” นักวิชาการ

“อีกหน่อยผู้ว่า(ราชการจังหวัด)จะคุมโรงพยาบาลไม่ได้ คุมได้แค่ สสจ. สสอ. ถ้าเป็นอย่างภาค หรือ กรม ก็เหมือนส่วนกลางคุมสถานพยาบาลทั้งหมด...ก็เป็นกรม ตั้งขึ้นมาอีก 12 กรมแล้วก็มีสถานพยาบาล” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“..ใช้โครงสร้าง เดิม แต่มอบการทำงาน กระจายอำนาจลงไป มีขั้นตอนการติดตามผลงานอาจจะใช้ KPI หรืออะไรก็ตาม โดยติดตาม เรื่องการใช้จ่ายเงิน การจัดการเรื่องเงิน เรื่องคน เรื่อง service function เรื่องการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดความเป็นธรรม” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

เห็นได้ว่าโครงสร้างระบบบริการก่อนและหลังเกิดการจัดตั้งเขตสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสามารถสรุปดังภาพที่ 3.1 ดังข้างล่าง ได้ว่า เมื่อมีการจัดตั้งเขตสุขภาพในพื้นที่ที่จะเกิดสำนักงานเขตสุขภาพขึ้น ซึ่งในระดับชาติอาจจะเกิดการจัดตั้งหรือไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานของเขตสุขภาพ ซึ่งทั้งหมดจะเป็นองค์กรภายใต้การกำกับดูแลโดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพจะมีบทบาทดูแลการจัดบริการรวมทั้งการคลังของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบซึ่งทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาครัฐอื่นๆเช่นมหาวิทยาลัย และภาคเอกชนสามารถเข้าร่วมในเครือข่ายจัดบริการเพื่อให้เกิดบริการที่บูรณาการ แต่ในฐานะที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรรัฐที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในประเทศทุกคน ดังนั้นในการกำหนดนโยบายและการมีอำนาจกำกับดูแลนโยบายสูงสุด คณะกรรมการเขตสุขภาพต้องอยู่ในการนำเอานโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาดำเนินการ สำนักงานเขตสุขภาพเป็นผู้กลั่นกรองแผนงานงบประมาณและการจัดบริการและเป็นผู้กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพ ในขณะที่สปสช.เองมีสปสช.เขตติดตามผลการดำเนินงานด้านการคลังและผู้ตรวจราชการมีบทบาทในการดูแลหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขและแก้ไขปัญหาอุปสรรคในเขตสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบโดยเฉพาะการสาธารณสุข สิ่งแวดล้อมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในระดับจังหวัด

ภาพที่ 3.1 โครงสร้างการบริหารกระทรวงสาธารณสุขหลังการจัดตั้งเขตสุขภาพ



กลุ่มผู้ให้บริการ (Provider Consortia)

จากการสัมภาษณ์ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขเห็นว่า สถานบริการกระทรวงสาธารณสุขต้องรวมกันเป็นเครือข่ายพวงบริการ อาจมีหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชนมาร่วมด้วย การที่หน่วยบริการมารวมกันจะสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการ ที่มีการดำเนินงานและระบบส่งต่อที่ต่อเนื่องและพัฒนาศักยภาพ แต่ต้องเน้นบทบาทด้านสาธารณสุขที่อาจไม่ได้รับความสนใจซึ่งการจัดตั้งเครือข่ายบริการแบบภาคีจะช่วยกระตุ้นให้เห็นจุดอ่อนนี้ พวงบริการนี้อาจมีผู้จัดการในพวงบริการที่เป็นผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข หรืออาจเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์มาทำหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้จัดการพวงบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอจะไม่ได้รวมอยู่ในพวงบริการ เครือข่ายบริการ อาจเป็นเพียงโครงสร้างทางบริการหรืออาจจัดตั้งเป็นนิติบุคคล ซึ่งนิติบุคคลจะเป็นผู้มีอำนาจทำสัญญากับสปสช. แทนกระทรวงสาธารณสุข บางคนเห็นว่าหน่วยบริการควรได้รับการมอบหมายอำนาจให้เป็นองค์กรอิสระ ซึ่งมีหลายคนกังวลว่ากระทรวงสาธารณสุขจะไม่สามารถกำกับดูแลให้นโยบายเดินไปตามที่กระทรวงต้องการได้ดีเท่าเดิม บางคนไม่แน่ใจว่าเรื่องพวงบริการนี้ชัดเจนแค่ไหน เพราะการเป็นพวงบริการนั้นต้องมีการแบ่งและใช้ทรัพยากรร่วมกัน ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะเคลื่อนย้ายทรัพยากร งบประมาณ และบุคลากร จากหน่วยบริการหนึ่งไปสู่อื่นๆซึ่งมีความเป็นเจ้าของแยกจากกันอย่างลึกซึ้ง

“...หน่วยบริการของกระทรวง(สาธารณสุข)เป็นพวงบริการ.....ก็เข้าไปได้ที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป คุณโรงพยาบาลชุมชน” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...จริงๆ โครงสร้างในฝั่งกระทรวงสาธารณสุขก็มีการจัดการอยู่ระดับหนึ่ง เพียงแต่กังวลว่าไม่ได้คิดเรื่องบริการทั้งหมด คิดเฉพาะ โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น” นักวิชาการ

“ผู้ตรวจไม่ควรที่จะเป็นหัวหน้าพวงบริการ” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“ในพวงบริการ 1 พวงเป็น 1 นิติบุคคล...ทำได้ แต่ต้องออกกฎกระทรวง...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“นิติบุคคลนี้ก็ต้องบริหารเงินของทั้งพวงไม่ใช่โรงพยาบาลใด โรงพยาบาลหนึ่ง เพราะฉะนั้นก็ต้อง deal กับกองทุนทั้ง 3 คือ ทำอะไรเท่าไร ทำ contract แล้วกำหนด KPI” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“DG(ผู้จัดการทั่วไป) กับผู้ตรวจ(ราชการกระทรวงสาธารณสุข)คือคนละคน...แต่ระยะแรก ผู้ตรวจอาจจะนั่งรักษาการแทนไปก่อน แต่ถ้าแยกได้ก็แยก แต่ในอนาคตก็อยากให้แยก” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“DG(ผู้จัดการทั่วไป) เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ที่อาวุโสก็ได้.... แต่ถ้าจะเป็น DG ก็ต้องยกออกมาจาก รพ. ศูนย์ตรงนั้น ห้ามเป็นเจ้าของโรงพยาบาลเพื่อไม่ให้มี bias ต้องบริหารทุก รพ. ในพวง แต่ในโรงพยาบาลก็จะมี Manager ต้องแยกกันในระบบ” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“ถ้าพวงบริการจริงๆ ก็ควรจะเป็นคนที่เข้าไปจัดการบริการทั้งเรื่องทรัพยากรและเรื่องต่างๆ รวมทั้งต้องมี authority โดยเฉพาะเรื่องการ mobilize resource ซึ่งจริงๆ คิดว่าเขาทำได้ เช่น specialist ให้บริการไม่ใช่แค่โรงพยาบาลตัวเอง” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“เขียร์ให้ทำเป็น area health system ไม่ใช่แค่เรื่อง health service และวางคนให้ชัด หัวหน้า provider ต้องเอา ผอ.รพ. ศูนย์ หรือ รพ. ทั่วไป” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“รพ. ศูนย์น่าจะดูแลโรงพยาบาลชุมชน ถ้ากระทรวงเดียวกัน น่าจะเป็นสายเดียวกัน...ให้มี director ของพวงหรือ Holding company ที่มีสาขาเต็มไปหมดเลย... เพราะถ้าแยกกันจะเอาตัวไม่รอด... leader เริ่มแรกให้ผู้ตรวจทำไปก่อน แล้วมีบอร์ดด้วย...ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...กระทรวงสาธารณสุขมี Public health คืออยู่ เพราะฉะนั้นอย่าให้ตรงนี้หาย” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“จริงๆ ผิดฝาผิดตัว อย่าง สปสช. ไปอยู่นอกระบบ ในขณะที่ฝั่งโรงพยาบาลที่ควรจะมี *autonomy* เพื่อที่จะทำอะไรได้สะดวกขึ้น....” นักวิชาการ

“...เรื่องพวงบริการ.... ตรงนี้อาจจะต้องเคลียร์....เป็นพวงเพราะแชร์ทรัพยากร บริหารทรัพยากร *economy of scale* ถ้าไม่มีการตรงนี้ก็คิดว่าก็ต้องมีการเปลี่ยนพอสมควร ประเด็นก็คือจะเปลี่ยนอย่างไร” ผู้บริหารสปสช.

ประเด็นสำคัญสำหรับกระทรวงสาธารณสุขในการสร้างเครือข่ายพวงบริการของตนเองนั้น ก็คือการออกแบบการบริหารจัดการในเครือข่ายที่เชื่อมโยงทั้งในส่วนของพวงบริการและเชื่อมต่อไปส่วนกลาง ซึ่งมีการเสนอแนวทางหลายประการที่จะนำเสนอ แต่ก่อนที่จะไปถึงการจัดการของพวงบริการประเด็นการออกแบบบทบาทเขตสุขภาพก็เป็นประเด็นสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ เพราะเป้าหมายสำคัญในการจัดตั้งและดำเนินการเขตสุขภาพต้องตอบให้ชัดเจนว่าประชาชนในพื้นที่จะได้รับอะไรเป็นสิ่งที่ตอบแทน นั่นหมายความว่าเขตสุขภาพเองสมควรกำหนดบทบาทไว้อย่างไร

บทบาทของเขตสุขภาพ

บทบาทเขตสุขภาพเป็นหลักการสำคัญที่นำไปสู่การจัดตั้งเขตสุขภาพ ผลวิเคราะห์พบว่าทุกฝ่ายมีความเห็นตรงกันว่า เขตสุขภาพนั้นมีภาระหน้าที่ที่ต้องแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จะเป็นการสะท้อนปัญหาพื้นที่ที่แท้จริง การที่มีอำนาจเหมาะสมสำหรับแก้ไขปัญหาและดำเนินได้ในเขตจะทำให้การแก้ไขสำเร็จในพื้นที่อย่างรวดเร็ว การทำงานต้องเป็นการร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายผู้จัดบริการไม่ว่าในหรือนอกกระทรวงสาธารณสุข สปสช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน การแก้ไขปัญหาการจัดบริการที่เหมาะสม การจัดสรรทรัพยากรที่เกิดประสิทธิภาพสะท้อนความเป็นจริงของปัญหา การจัดระบบส่งต่อที่มีการเชื่อมโยงในเขตและนอกเขต รวมทั้งการวางแผนด้านบุคลากรที่ต้องให้เหมาะสมสำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นและตรงกับความต้องการ การจัดบริการต้องดำเนินการเชิงรุก หากประชาชนไม่สามารถมารับบริการได้เขตสุขภาพต้องนำบริการไปสู่ประชาชน โครงสร้างบริการต้องแยกให้ชัดเจนในระดับเขตและจังหวัด เพราะเขตสุขภาพเน้นการสร้างพวงบริการที่เข้มแข็ง สถานบริการต้องมีการเชื่อมต่อแนวดิ่ง (*vertical integration*) ของการส่งต่อการรักษาพยาบาลลักษณะลูกโซ่ของหน่วยบริการ (*supply chain*) ในขณะที่บริการสาธารณสุขการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต้องมีผู้รับผิดชอบ ซึ่งน่าจะเป็นบทบาทหลักของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัดที่จะมีการจัดสรรงบประมาณและการวางแผนเชื่อมต่อจากระดับตำบล อำเภอ จังหวัด จนถึงเขตอย่างต่อเนื่อง บริการด้านสาธารณสุข ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะมีการบูรณาการกันในระดับแนวราบ (*horizontal integration*) บริการบางอย่างต้องประสานและบูรณาการกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น อปท. สำหรับแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น การดูแลตลาด ศูนย์เด็กเล็ก เป็นต้น ต้องมีการประสานงานและการบูรณาการระหว่างภาคส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น (*intersectoral integration*) แต่ประสบการณ์ที่ผ่านมาไม่ได้รับความสนใจจากหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นระบบส่งต่อของหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขเองหรือการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน

...เป็นการวางแผนร่วมกัน และใช้เงินในการ drive ระบบ ...มาร่วมวางแผนร่วมกันว่าในระดับเขตสุขภาพที่ต้องจัดการมีอะไรบ้าง ต้องใช้เงินในจุดไหน แล้วก็ allocate” ผู้บริหารสปสช.

“service plan ก็ต้องมีเรื่อง demand ปัญหา ที่จะเหมาะสมกับความต้องการของประชากร...ต้องพูดเรื่องของ function ก่อน แล้วมาคุยเรื่องการบริหารจัดการ” นักวิชาการ

“...เป็นเขต คิดว่า 95-98% เป็นเรื่องที่ต้องจบภายในเขต...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“... กรณีต้องรักษาโรคที่มีความซับซ้อนยุ่งยาก... เออร์พ.เอกชน รพ.มหาวิทยาลัยมาเป็นเครือข่าย แล้วก็ส่งไปให้เขารักษาแล้วก็มีระบบในการตามไปจ่ายเงินให้เขา แบบนี้ทำได้เพราะได้ผลประโยชน์ร่วมกัน เขาก็ได้ลูกค้าเพิ่ม...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...การ refer ผู้ป่วย การรักษาต่อ... แบบนี้โรงพยาบาลเอกชนก็ได้ลูกค้าเพิ่มขึ้น แต่ถ้าจะให้เชิญโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมาคุยเรื่องลงทุนว่าจะสร้างอาคารที่ไหน แบบไหน เขาไม่สนใจหรอก...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...เรื่องการจัดสรรเงินเพื่อใช้ในการทำงาน...ยังมีจุดอ่อน เพราะสปสช. ก็อาศัยสูตรสมการ แต่ก็ไม่รู้พื้นที่...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...งานของเรา(กระทรวงสาธารณสุข)ที่สำคัญ คือการ service บริการ และงานชุมชน.. สาย P&P สายชุมชนให้สสจ. สสอ. ไปทำ แยกไปเลย.....” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...ไม่ทำไม่ได้เป็นหน้าที่ของเขา(อปท.) เช่น เรื่องตลาด ต้องให้ท้องถิ่นเขาจัด แต่จะอย่างไรเพื่อกระตุ้นให้ตื่นตัว ทำตลาดให้ดี เป็นอย่างไรมีอะไรบ้าง สร้างกายภาพ ระบบการเฝ้าระวัง ว่าทำอะไร” นักวิชาการ

จะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเขตสุขภาพนั้นไม่ได้มีเพียงการจัดบริการ แต่ยังรวมถึงการบริหารจัดการให้เกิดประสิทธิภาพ วางแผนแก้ปัญหาและดำเนินการแก้ไขให้สิ้นสุดในระดับเขตพื้นที่ ซึ่งการแสดงบทบาทเหล่านี้ย่อมเกี่ยวพันถึงการมีอำนาจหน้าที่ที่กระทรวงสาธารณสุขจะมอบหมายขนาดไหนและอย่างไร

อำนาจของเขตสุขภาพ

บทบาทเขตสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับอำนาจและความรับผิดชอบ ที่ได้รับมอบจากกระทรวงสาธารณสุข สิ่งสำคัญ คือ ควรมีอำนาจขนาดไหนและด้านใดบ้าง จากข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่าอำนาจหน้าที่ที่เขตจำเป็นต้องมีประกอบด้วยอย่างน้อย 3 ด้านสำคัญๆ ได้แก่ อำนาจการวางแผน จัดบริการและการจัดการในแผนที่กำหนด, อำนาจในการจัดสรรทรัพยากรในเขต โดยเฉพาะการเกลี่ยทรัพยากรทั้งงบประมาณและบุคลากรให้เกิดความเป็นธรรมเหมาะสมที่จะสามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอำนาจในการสร้างการเข้าถึงบริการ ซึ่งจะผูกติดกับการจัดการเรื่องทรัพยากรบุคคลและการวางแผนพัฒนาบริการด้านการลงทุนต่างๆ

อำนาจเขตสุขภาพต้องมีผู้รับผิดชอบ จากความคิดเห็นที่ประมวลได้มีข้อเสนอว่า ควรเป็นการมอบอำนาจให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขให้มากขึ้น แต่เดิมผู้ตรวจฯเป็นเพียงผู้ติดตามผลการ

ดำเนินงานตามนโยบายและเก็บข้อมูลให้แก่ส่วนกลาง มีบทบาทการจัดการน้อยมากโดยเฉพาะด้านงบประมาณและการบริหารบุคคล ดังนั้นหากมีการจัดตั้งเขตสุขภาพสมควรมอบอำนาจให้แก่ผู้ตรวจมากขึ้น แต่ก็มีความกังวลว่าหากไม่มีการอภิบาลที่ดี อำนาจที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดโทษแก่ระบบสุขภาพและสร้างปัญหาการทำงานในพื้นที่ นอกจากนี้ผู้ตรวจมีบทบาทเป็นผู้ตรวจสอบติดตามกำกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข แต่เมื่อมีอำนาจการจัดการจึงทำให้เกิดเบ็ดเสร็จในคนเดียวทั้งบริหารและกำกับย่อมไม่มีระบบถ่วงดุลอำนาจและการอภิบาลระบบที่ดี จึงมีผู้เสนอให้มีคณะกรรมการที่จะกำกับดูแลเพื่อสร้างการตรวจสอบและถ่วงดุลและสร้างระบบอภิบาลที่ดี การที่เขตจะแสดงบทบาทการเป็นผู้มีอำนาจด้านสุขภาพนั้นต้องเกิดจากการสร้างองค์ความรู้ที่มีข้อมูลมากกว่าการใช้อำนาจสั่งการเพียงอย่างเดียวเช่นปัจจุบัน มีข้อเสนอแนะว่าเนื่องจากโครงสร้างเขตสุขภาพไม่ชัดเจนดังนั้นการมอบอำนาจสมควรต้องค่อยเป็นค่อยไปเพื่อไม่ทำให้เกิดปัญหาการดำเนินงาน โดยเริ่มจากการจัดการเรื่องอัตรากำลังคนในเขตและการปรับเกลียงบประมาณ จนกว่าจะมีสำนักงานที่ถาวรจึงค่อยมอบอำนาจการบริหารงบประมาณและการจัดการที่ซับซ้อน เช่น อำนาจการจัดซื้อจัดจ้าง เป็นต้น

“ผมเห็นด้วยในหลักการที่จะให้เขตมี *authority* ในการจัดสรร(งบประมาณ *nonUC*) ตามความเหมาะสม...(แต่)ถามว่า *authority* ที่ให้เขตตรงนี้มีปัญหาไหมที่จะจัดสรรให้เป็นธรรม” ผู้บริหาร สปสช.

“...ผมให้ *credit* ผู้ตรวจฯ(กระทรวงสาธารณสุข)ว่าผู้ตรวจฯไปคุ้ยพื้นที่มาทุกจังหวัดแล้ว ย่อมจะรู้ความแตกต่างของจังหวัดในเขตพื้นที่ของตัวเองอยู่แล้ว....ผมอยากให้มอบอยู่แล้ว แต่ปัญหาคือว่ามอบแล้วผู้ตรวจจะต้องมีเครื่องมือที่จะใช้ในการบริหาร เรื่องคน เรื่องเงิน” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...ถ้าพูดแรงๆ....ก็เหมือนบุรุษไปรษณีย์ ขอข้อมูลจากจังหวัดนั้นจังหวัดนี้ เพื่อที่จะขงเรื่องให้กระทรวง(สาธารณสุข) รวบรวมข้อมูลแต่ไม่ได้วิเคราะห์...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...*health authority* จริงๆ ต้องอาศัยการกำหนดกฎกติกาใหม่และการ *monitor* ด้วยข้อมูล และเรื่อง *support* เท่านั้นเอง... ต้องสร้างองค์ความรู้ไม่ใช่การสร้างอำนาจ ผู้ตรวจฯต้องขับเคลื่อนด้วยองค์ความรู้ในการที่จะถ่ายทอดให้พื้นที่ทำและกำกับติดตาม...” นักวิชาการ

“ตอนนี้โครงสร้างเขตยังไม่มี ไม่มีอำนาจการตัดสินใจ แม้แต่อำนาจเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างก็ยังไม่มีความรู้เรื่องการจัดสรรบุคลากรพอ ค่อยๆมอบไป...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

จากแนวคิดการถ่วงดุลอำนาจและการตรวจสอบการจัดการในระดับเขตพื้นที่ ซึ่งจะมีการมอบอำนาจการตัดสินใจและการบริหารที่มากขึ้น นำไปสู่การมองถึงจุดอ่อนของการมีอำนาจในบุคคลมากกว่าคณะกรรมการ จึงเป็นการนำไปสู่ข้อเสนอว่าเขตสุขภาพสมควรจะมีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคคลจำนวนหนึ่งเข้ามามีส่วนร่วมและถ่วงดุลอำนาจ อันเป็นข้อเสนอของการจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพ

คณะกรรมการเขตสุขภาพ

คณะกรรมการเขตสุขภาพเป็นข้อเสนอให้จัดตั้งเพื่อสร้างความสมดุลทางอำนาจ และตรวจสอบการทำงาน มีความคิดเห็นตรงกันทุกฝ่ายว่าคณะกรรมการต้องประกอบด้วย ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้บริการ สปสช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน

และผู้ให้บริการ จำนวนไม่ชัดเจนแต่มีข้อคิดเห็นว่าไม่ควรมากเกินไปซึ่งทำให้ยากต่อการทำงาน เช่น นัดประชุมได้ครบยากเป็นต้น สมาชิกควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และมีความกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วม เพราะพบว่าส่วนใหญ่คณะกรรมการเป็นโดยตำแหน่ง และไม่ร่วมรับผิดชอบในการดำเนินงาน โดยคิดว่ามีหน่วยงานรับผิดชอบอยู่แล้ว

เกี่ยวกับประธานคณะกรรมการมีความคิดแตกต่างกัน ตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุขมีความเห็น ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขสมควรได้รับการแต่งตั้งเป็นประธานในระยะเริ่มต้น และไม่ควรให้ภาคส่วนอื่นๆ เข้ามาเป็นคณะกรรมการจนกว่าจะมีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งลักษณะเช่นนี้คณะกรรมการจะเป็นบอร์ดของฝ่ายกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่หรือทั้งหมด ซึ่งนักวิชาการบางคนมองว่าเป็นการสร้างคณะกรรมการฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นมาแข่งขันกับฝ่ายสปส. ซึ่งมีคณะกรรมการที่จัดตั้งอยู่แล้ว และอาจนำไปสู่ความขัดแย้งได้ อย่างไรก็ตามฝ่ายตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขเองก็มองว่าการมีบอร์ดแยกกันจะเป็นการสร้างองค์กรที่มาร่วมมือกันและเจรจาต่อรองกันในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่เขต

ตัวแทนฝ่ายสปส. และนักวิชาการมองว่าคณะกรรมการควรมีประธานที่มาจากการเลือกตั้งและเป็นผู้มีความรู้ความสามารถจากภายนอกกระทรวงสาธารณสุขและสปส. เพื่อให้เกิดความเป็นกลางและโปร่งใส กระทรวงสาธารณสุขสามารถส่งตัวแทนเข้ามาเป็นคณะกรรมการโดยตำแหน่งอยู่แล้ว และหากว่าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขนั่งเป็นประธาน อาจยังทำให้เกิดความสับสนในหน้าที่ความรับผิดชอบ เพราะผู้ตรวจอาจเป็นทั้งหัวหน้าเครือข่ายผู้จัดบริการกระทรวงสาธารณสุขหรือเขต เป็นผู้กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข และยังเป็นประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพ ซึ่งไม่สามารถแยกบทบาทได้ชัดเจนจึงทำให้เกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่จนอาจสร้างปัญหาการจัดการและทำให้เกิดความไม่เป็นกลางของประธานคณะกรรมการได้ง่าย

สำหรับที่มาของคณะกรรมการบอร์ดนั้นมีความคิดเห็นแตกต่างออกไป โดยตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขเสนอให้พัฒนาคณะกรรมการเขตสุขภาพมาจากคณะกรรมการประสานงานพัฒนาสาธารณสุขระดับเขต (คปสข) ที่กระทรวงสาธารณสุขมีอยู่แล้ว ส่วนตัวแทนของสปส. เสนอให้พัฒนาคณะกรรมการเขตสุขภาพจากอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) ของสปส. ที่แต่งตั้งประธานอนุกรรมการจากการเลือกตั้ง ซึ่งประธานส่วนใหญ่เป็นผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุขที่เกษียณอายุราชการไปแล้วหรือเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับนักวิชาการมองว่าคณะกรรมการเขตสุขภาพควรมีอิสระ มาจากการเลือกตั้งผสมกับแต่งตั้งโดยตำแหน่งของทั้งสปส. กระทรวงสาธารณสุขหน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้องและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งประธานเป็นผู้ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการและการคลัง มีประสบการณ์และเป็นผู้มีภาวะผู้นำที่ดี แต่สำหรับประธานคณะกรรมการนั้นได้รับการเสนอว่าให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขหรือปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจถอดถอนได้ นักวิชาการบางคนเสนอว่าคณะกรรมการเขตสุขภาพอาจใช้แนวคิดของการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งเคยเสนอรูปแบบสำหรับการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขและเป็นนิติบุคคล แต่

เนื่องจากเป็นคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นประธานคณะกรรมการ จึงไม่เหมาะสมในการดำเนินงานระดับเขต

บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการเขตสุขภาพนั้น ในระยะแรกทุกฝ่ายเสนอว่าอาจเป็นเพียงบทบาทให้คำปรึกษาแก้ปัญหาสุขภาพ จนกว่าจะพัฒนาให้เกิดความรู้ความเข้าใจในบทบาทที่มีจึงค่อยมีอำนาจในการบริหารจัดการแบบค่อยเป็นค่อยไป และหากคณะกรรมการนี้ได้รับการพัฒนาเต็มขั้นก็อาจเป็นคณะกรรมการที่รับผิดชอบบริหารจัดการในเขตพื้นที่อย่างสมบูรณ์ แต่ไม่มีใครบอกได้ว่าจะใช้เวลานานเท่าไร

“...แต่บอร์ดจะต้องมี....คิดว่าประธาน(บอร์ดสสขเขต)ส่วนใหญ่ก็เป็นอดีตผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ก็มาจากสายสาธารณสุขเดิม” ผู้บริหารสสข.

“....ผมไม่คิดว่าจะต้องเป็นเขตตรวจราชการนะ แต่เมื่อเป็นความจำเป็นของส่วนราชการและมีโครงสร้างของผู้ตรวจรองรับก็ไม่ผิดใจ ที่จะเอาเรื่องเขตสุขภาพไปผูกติดกับเขตของส่วนราชการ” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“แต่คิดว่าตอนนี้ยังไม่พร้อมที่จะเอาหน่วยงานอื่นเข้ามาในเขตด้วย... อาจจะมาร่วมได้ในบางเรื่อง ไม่ได้ปิดกั้นเช่น เรื่องการ refer ผู้ป่วย การรักษาต่อ แต่ยังไม่ถึงเรื่องของการบริหารจัดการ....ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...ก็ควรจะเป็นองค์กรที่จะช่วยกันดู เพราะผู้ตรวจคนเดียวก็ไม่สามารถ feedback สิ่งที่ชาวบ้านต้องการก็ต้องเป็นเป็นบอร์ด....ระยะแรก ประธานก็คือผู้ตรวจและช่วยบริหารไปก่อน” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“.....ถ้าจะเป็นบอร์ดให้เป็นบอร์ดช่วยพัฒนา ออกความคิด จัดตั้งค์ แต่ไม่มีสิทธิมาตัดสินการทำงาน เรื่องเงิน ของ กับทีมบริหาร” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...ให้ผู้ตรวจเป็นประธาน ไปก่อน ...ในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ อาจจะต้องดูทั้ง 2 ส่วนคือ health authority และ ดูแลพวงบริการ” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“... ตามหลักก็ต้องมีทุกภาคส่วน แต่ในทางปฏิบัติทำได้หรือไม่ ผมไม่เชื่อว่าทำได้ในเชิงปฏิบัติ เพราะฉะนั้นการทำให้ดีที่สุดคือ เอาในกระทรวงสาธารณสุขให้ดีกว่า” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“(สำนักงานเขต) ตั้งใหม่ก็ได้เพื่อความสบายใจของกระทรวงสาธารณสุข ว่าไม่ได้ถูก dominate หรือไม่รู้สึกโดนกระทำจากท้องถิ่น....” ผู้บริหารสสข.

“บอร์ดก็เป็น consultative แต่ถ้าเอาบอร์ดเป็น executive ก็ต้องออกกฎหมายเป็นอีกตัวหนึ่ง” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...ปลัด(กระทรวงสาธารณสุข)หรือรัฐมนตรีมีอำนาจในการแต่งตั้งประธานบอร์ด ..” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“ถ้าเป็นเขต มันต้องปฏิรูปทั้ง 2 ฝ่าย... พวงบริการก็อาจจะเอาโรงพยาบาลศูนย์เป็นที่ตั้ง มีการคุยกัน” นักวิชาการ

“กสพ. ตอนนั้นคิดที่โครงสร้างของท้องถิ่น เพราะว่าท้องถิ่น ไม่มีโครงสร้างที่ระดับเขต”

นักวิชาการ

“อาจจะยังนึกไม่ออกว่าจะ *exercise power* นอกกระทรวงสาธารณสุขอย่างไร นี่คือสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขยังนึกไม่ออกว่านอกเหนือจาก *command and control*” นักวิชาการ

“...เพื่อให้งานเดินไปได้โดยไม่ต้องรออะไร น่าจะใช้ คปสข. เบื้องต้นเพียงแต่อาจจะเพิ่มอำนาจหน้าที่ เพื่อให้รองรับภารกิจที่จะ... คิดว่าระยะนี้ใช้ คปสข. ไปก่อนแล้วก็เพิ่มอำนาจ เพิ่มเครื่องมือ ของลงไป” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“ใช้ คปสข. และอาจจะบวกอื่นๆ เช่น ท้องถิ่น ประชาชน ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเข้ามาสะท้อน เพียงแต่นิดเดียวก็จะสะท้อน ไปหรือเปล่า ...สำหรับตัวเองยังไม่อยากให้เอาผู้ทรงคุณวุฒิมาเป็นประธานบอร์ด เดียวจะมีปัญหา ก็ให้เอาผู้ตรวจไปก่อน” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“เห็นด้วยที่จะเอาผู้ทรง(คุณวุฒิ)เข้ามา และเป็นคนในพื้นที่เข้ามา คิดอะไรก็คิดได้ ระดมเงินก็ทำได้ คืออำนาจระบบบอภีบาลเป็นเรื่องสำคัญ แต่กลัวเรื่องการหลงอำนาจ...” นักวิชาการ

“ท้องถิ่นเป็น(ประธานบอร์ด)ไปได้ไหม แต่ท้องถิ่นก็อาจจะมีความรู้ไม่มากพอ” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...ผมว่าพวกสายโรงพยาบาลอยู่นานก็มีความผูกพัน แต่ผูกพันเฉพาะในกรอบ แต่ผู้ตรวจไม่ได้ผูกพันเลย ไม่ได้มองระยะยาว” นักวิชาการ

จะเห็นได้ว่า การมองรูปแบบคณะกรรมการเขตสุขภาพเป็นมุมมองเฉพาะของแต่ละฝ่ายที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขพยายามมองในส่วนเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข สปสข.มีมุมมองในฐานะผู้จ่ายเงิน ค่าตอบแทนที่ต้องรับผิดชอบการคลังสุขภาพ นักวิชาการจะมองในรูปแบบที่พัฒนาว่าบริบทประเทศไทย ซึ่งการลงมือและลงทุนดำเนินการต้องมองข้อผิดพลาดที่จะเกิดตามมา สิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงในการจัดตั้ง คณะกรรมการเขตสุขภาพคือทีมงาน ที่สำคัญคือทีมเลขานุการและสำนักงานที่เป็นรูปธรรมสามารถให้การ สนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการได้ดี ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาให้ชัดเจนว่าคณะกรรมการเขตสุขภาพนั้นสมควรได้รับการสนับสนุนจากทีมงานเลขานุการอย่างไร

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ

คณะกรรมการเขตสุขภาพจะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานเลขานุการย่อมเป็นหน่วยงานสนับสนุนที่สำคัญ ตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข สปสข.และนักวิชาการมีความเห็นตรงกันว่า ต้องมีสำนักงานถาวรสำหรับให้คณะกรรมการเขตสุขภาพและทีมเลขานุการมีสถานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งนับว่าเป็นการลงทุนขึ้นพื้นฐานกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูงยินดีที่จะสร้างสำนักงานให้เกิดขึ้นแบบถาวรเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ หากมีปัญหาด้านงบประมาณก็สามารถจัดตั้งโดยอาศัย สถานที่เดิมซึ่งอาจจะเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์เป็นสำนักงานชั่วคราวจนกว่าจะสามารถสร้างเป็นสถานที่ถาวร สปสข.เองก็มีข้อเสนอว่าสำนักงานสปสข.เขตพื้นที่ก็สามารถแบ่งพื้นที่ให้ จัดตั้งสำนักงานเลขานุการเขตสุขภาพได้ ทางกระทรวงสาธารณสุขก็มีความเห็นยืนยันว่า สมควรจัดตั้งใน

สถานที่ของกระทรวงสาธารณสุขเพราะ คณะกรรมการเขตสุขภาพที่จัดตั้งในระยะแรกยังเป็นคณะกรรมการที่ประกอบด้วยพวงบริการของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้เป็นเขตสุขภาพที่มีภาคส่วนอื่นมาร่วมมากนัก และ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเข้ามารับผิดชอบจึงไม่เหมาะที่จะใช้พื้นที่สปสข. จะทำให้เกิดความสับสนมากขึ้น นักวิชาการมองว่าสำนักงานเลขานุการเป็นเพียงโครงสร้างทางกายภาพเท่านั้นไม่ควรเป็นปัญหา แต่สิ่งที่สำคัญคือจะมีแนวทางทำงานอย่างไรที่จะมีประสิทธิผล ซึ่งย่อมขึ้นอยู่กับตัวบุคคลที่มาร่วมทีมทำงาน บุคลากรอาจเป็นบุคลากรนอกหรือภายในกระทรวงสาธารณสุข แต่ต้องมีประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจด้านสาธารณสุข และมีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้สามารถประสานงานสนับสนุนการทำงาน และช่วยดำเนินการของคณะกรรมการเขตสุขภาพเป็นไปอย่างราบรื่น ประสพผลสำเร็จ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขมองว่าทีมงานสามารถปรับเกลี้ยจากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขหรือกรมวิชาการเข้าเป็นทีมงาน แต่ตัวเลขานุการนั้นจะต้องเป็นเจ้าหน้าที่ที่ทำงานเต็มเวลา ส่วนบุคลากรอื่นๆอาจเป็นเจ้าหน้าที่ชั่วคราวในระยะแรกจนกว่าจะสามารถสร้างทีมที่เต็มเวลาได้ครบถ้วน ซึ่งการปรับเกลี้ยมีข้อเสนอว่าใช้ความสมัครใจและค่อยๆปรับแก้ไขเพื่อลดแรงต่อต้าน จำนวนและประเภทบุคลากรที่จำเป็นสำหรับสำนักงานเลขานุการเขตสุขภาพที่เหมาะสม คือ จำนวน 5-10 คน เพื่อไม่ให้โครงสร้างใหญ่เกินไปหรือเล็กไป และไม่ยากต่อการปรับเกลี้ย โครงสร้างสำนักงานที่สำคัญต้องประกอบด้วยหน่วยงานหลักๆที่เป็นหัวใจ อย่างน้อย 4 หน่วย คือ (1) หน่วยบริหารจัดการเพื่อทำงานด้านการจัดการและธุรการ (2) ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ นโยบายและยุทธศาสตร์ รับผิดชอบระบบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและนำมากำหนดทิศทางของนโยบายและยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ (3) หน่วยการเงินการคลังเป็นหน่วยรับผิดชอบในการวิเคราะห์ วางแผนและจัดการงบประมาณ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานช่วยจัดการเงินค่าบริการแบบ clearing house และ (4) หน่วยพัฒนาบุคลากร สำนักงานเลขานุการเขตสุขภาพเองสมควรกำหนดบทบาทการเป็นผู้ตรวจสอบภายในเขต แบบ Internal auditor ซึ่งต้องกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ 2 ประเด็นหลัก คือ ตัวชี้วัดที่สร้างวินัยทางการคลัง กับตัวชี้วัดที่สะท้อนสถานะสุขภาพของเขตสุขภาพ

“ออฟฟิสต้องมีแน่นอน...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...ต้องเป็นคนที่มีความรู้ด้านสาธารณสุขที่ดีพอ ... จะเป็นคนนอกหรือในก็ได้ และต้องมี *management flexibility .. และมี (บุคลากร) full time*” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“Office(สำนักงานเลขานุการ) เป็นแค่ *physical...*” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...ขอความร่วมมือจากคนที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมต่างๆ ศูนย์วิชาการเขต เข้ามาเป็นองค์ประกอบใน *secretariat office...*” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

ผู้สนับสนุนหรือต่อต้านการจัดตั้งเขตสุขภาพ

การจัดตั้งเขตสุขภาพมีผู้ได้และเสียประโยชน์ จึงมีทั้งผู้สนับสนุนและต่อต้านการดำเนินงาน เขตสุขภาพจะสำเร็จหากคนส่วนใหญ่มองเห็นประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ มีปัจจัยทางการเมืองสนับสนุน การนำนโยบายเขตสุขภาพไปดำเนินการ การจัดตั้งมีผลกระทบต่ออำนาจการจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสสจ. สสจ.อาจมีปฏิกิริยาต่อต้าน แม้จะไม่แสดงออกโดยตรงๆ กลุ่มโรงพยาบาลอาจมีทั้งต่อต้าน

และสนับสนุน เพราะเขตสุขภาพอาจต้องมีการเปลี่ยนทรัพยากร โรงพยาบาลที่ฐานะดีคงไม่ค่อยพอใจ ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีปัญหาทางการเงินคงดีใจ ผู้รับบริการเป็นผู้ได้ผลประโยชน์ ย่อมไม่ต่อต้าน หน่วยงานอื่นๆ และผู้นำท้องถิ่นไม่ได้รับผิดชอบโดยตรงจึงไม่แสดงท่าทีที่ต่อต้านหรือสนับสนุนชัดเจน

“มันมี *resistance to change* อยู่แล้ว แต่ว่าถ้าเราเห็นประโยชน์เป็นใหญ่และถ้านายกหรือรัฐมนตรีสนับสนุน มันจะไปยากอะไร” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“เขตสุขภาพเอา *resource* มาบริหารภายใต้เขตบริการให้มีประสิทธิภาพ ตรงนี้ก็กึ่งๆว่าเราลดบทบาทของ *purchaser* ไปโดยปริยาย” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“สสจ. ก็คงกระทบเหมือนกันเพราะว่าอำนาจมาที่เขต สสจ. ก็ต้องเปลี่ยนบทบาทเหมือนกับกระทรวงฯ ...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“ผู้รับบริการอาจจะยังไม่เห็นอะไร ผู้ให้บริการอาจจะมีการต่อต้านแรง แต่อยู่ที่การ *design* พวงบริการ ว่าจะมีการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างไร...” นักวิชาการ

“เรื่องเขตสุขภาพคงไม่มีใครคัดค้านหรอก....คิดในใจ ก็กลุ่มโรงพยาบาล” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“สสจ. ก็จะถูกลดบทบาท ...เพราะมันเป็น *CUP* เขต” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“....สสจ. ถูกลดบทบาทลงเยอะ แล้วเขาจะยอมหรือ.....ถ้าเป็นคนที่เคยบริหารเงินก็คงไม่ยอม แต่ถ้าเป็นคนที่ทำงานไม่ได้มุ่งหวังเรื่องเงินก็กำกับ ทำงานเป็นระบบก็ไม่มีปัญหา” นักวิชาการ

“....ตัววางคือพวกผู้อำนวยการ... ผู้อำนวยการ รพ. รู้สึกว่านี่คืออำนาจจักรของฉันท แต่พอเป็นพวงบริการอำนาจ ตรงนี้มันหายไป” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเขตสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นการสร้างกลไกที่รับประกันว่า หากเกิดเขตสุขภาพแล้วนโยบายกระทรวงสาธารณสุขยังคงได้รับการตอบสนอง กลไกการเชื่อมโยงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับเขตสุขภาพนั้น ทางทฤษฎีสามารถเชื่อมโยงได้โดยโครงสร้างองค์กรที่จัดตั้งขึ้นเพื่อกำกับดูแล ร่วมกับการใช้มาตรการทางการเงินและการวางแผน เป็นกลวิธีที่กระทรวงสาธารณสุขจะสามารถกำกับเขตสุขภาพให้ปฏิบัติตามกฎกติกาและนโยบายที่กำหนด เพราะหากไม่ปฏิบัติตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเขตสุขภาพก็จะไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณและไม่ได้รับการรับรองแผนพัฒนาแก้ปัญหาสุขภาพที่เขตจัดทำ แต่ในขณะเดียวกันกลไกที่จัดตั้งอาจสร้างปัญหาการทำงาน เพราะเป็นการเพิ่มขั้นตอนและอาจทำให้ระบบการทำงานยิ่งล่าช้ากว่าเดิม ดังนั้นจำเป็นต้องมีการตรวจสอบการดำเนินงานเป็นระยะ การที่จะเชื่อมโยงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับเขตสุขภาพ อาจจัดตั้งคณะกรรมการสนับสนุนเขตสุขภาพระดับชาติเพื่อให้เกิดการสนับสนุนและกำกับติดตามอย่างชัดเจนถาวร โดยมีผู้รับผิดชอบที่กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งเชื่อมโยงระดับเขตและระดับประเทศ มีผู้ให้ข้อสังเกตว่าบทบาทดังกล่าวจะทับซ้อนกับบทบาทหน่วยงานที่มีอยู่เดิม เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ การกำหนดบทบาทดังกล่าวจำเป็นต้องออกแบบให้ชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา คือ จำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพของ

ผู้ปฏิบัติงาน การเชื่อมโยงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพนั้นควรเป็นระบบอภิบาลมากกว่า การสั่งการแบบราชการ

“...ไม่ว่าอย่างไรก็ต้องมีคนที่สามารถจะเชื่อมได้ หรือมอบนโยบาย ไม่เช่นนั้นจะมี channel ตรงไหน ที่ให้จัดการ...ปลัด(กระทรวงสาธารณสุข)ก็จะรู้สึกว่ามีอำนาจอะไร...” นักวิชาการ

“ใน 4-5 ปีนี้ผู้ตรวจ(ราชการกระทรวงสาธารณสุข)ก็ต้องคุมไปก่อน ไม่งั้นจะยึดโยงกับกระทรวง (สาธารณสุข)อย่างไร...”ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“นอกเหนือจากเรื่องควบคุมกำกับ ต้องมีเรื่อง capacity building และอาจจะต้องมีเรื่อง ความสัมพันธ์ เรื่อง governance มากกว่าที่จะเป็นของการสั่งการ ให้ออกนอก bureaucrat ไป” นักวิชาการ

“ขั้นแรกต้อง identify ก่อนว่ารองปลัดคนไหนดูแลเรื่องพวงบริการ ...ไม่งั้นจะกำกับพวงบริการได้ ใจ เป็นการกำกับแต่ไม่ใช่ line of command ถ้าสร้าง line of command เมื่อไหร่ก็เหมือนเดิม” ผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข

การสาธารณสุขกับเขตสุขภาพ

จากประสบการณ์ 10 ปีที่หลังการเกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการประเทศไทยสนใจ การสาธารณสุขลดลงอย่างมาก เน้นแต่บริการด้านรักษาพยาบาลหรือบริการที่สามารถเบิกเงินตอบแทน ค่าบริการจากสปสช.ได้ งานสาธารณสุขไม่มีค่าตอบแทนจึงขาดความสนใจ ทำให้ข้อมูลสุขภาพไม่สมบูรณ์ ต่อเนื่อง แต่เนื่องจากการที่มีโครงสร้างระบบบริการที่เข้มแข็งของกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้การ ควบคุมโรคระบาดสามารถดำเนินการได้อย่างเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพที่ดี การจัดตั้งเขตสุขภาพ จำเป็นต้องรักษาโครงสร้างบริการของระบบสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขเดิม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และอำเภอต้องเป็นหน่วยรับผิดชอบสำคัญและแยกจากพวงบริการ นักวิชาการและผู้บริหารกระทรวง สาธารณสุขบางคนเสนอว่า เขตสุขภาพควรเน้นบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็น บทบาทสำคัญประการหนึ่งของบทบาทด้านสาธารณสุขที่จำเป็น (essential public health functions) การที่ นำเอาเรื่องส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมานเป็นนโยบายหลักของเขตสุขภาพ จะเป็นการสร้างฉกัทัศน์ของ การบูรณาการบริการสุขภาพขึ้นพื้นฐานและสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนซึ่งจะนำไปสู่การเริ่มต้นของ บทบาทคณะกรรมการเขตสุขภาพที่แท้จริง มากกว่าการจัดเครือข่ายบริการแบบพวงบริการเฉพาะกระทรวง สาธารณสุขเท่านั้น นักวิชาการบางคนก็ได้แย้งว่าการรักษาพยาบาลเองก็สามารถนำมาสร้างฉกัทัศน์ของ การบูรณาการจัดบริการในระเขตสุขภาพได้เช่นกัน หากสามารถนำเอาข้อมูลที่ดีสมบูรณ์มาสะท้อนกลับให้ เขตสุขภาพทราบปัญหาในเขตพื้นที่ ก็จะทำให้มีบูรณาการทั้งพวงบริการได้ดีเช่นกันแต่ต้องมีตัวชี้วัดกำกับ การจัดบริการที่เหมาะสมดีพอ

“...Service plan จะทำให้งาน Public health down ลง นี่ก็ล้วนเป็น side effect กลัวว่าจะเน้นสถาน บริการและทำให้งาน public health มีปัญหา นี่ก็ข้อกังวล...ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“ใน Area health ก็ต้องมี สสจ.และ ผอ.รพ. ผอ.รพ.ก็ทำเรื่อง hospital care ที่เหลือ(บริการ สาธารณสุข)ก็ สสจ. แต่ทั้ง 2 ข้างต้องมีดังค์ทั้งคู่...” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“...พวงบริการเป็นของกระทรวงสาธารณสุข แต่ P&P เป็น *entitle regional population* ก็ต้อง *involve* กับคนอื่น” นักวิชาการ

“(บทบาทความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข)คือ *accountable* กับ *population health* นี้ เป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข โรคระบาดไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนก็คือภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข แต่ผมว่า *sense* เรื่องนี้ของกระทรวงสาธารณสุขยังคืออยู่ ยังดูแลทั้งหมด” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“โครงสร้างในการทำงานของ P&P ก็ยังผูกกับพวงบริการอยู่ แต่เริ่มมีบทบาทของภาคส่วนอื่น ทำให้คนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น” ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“จริงๆ *curative care* ก็น่าจะมีบทบาท(บูรณาการระบบสุขภาพเขตพื้นที่) ถ้าเรามีระบบข้อมูลที่ดี และกำหนด KPI ที่ชัดในการติดตามประเมิน..” นักวิชาการ

การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

ช่องว่างของแนวคิดเรื่องเขตสุขภาพ

สปสช. กระทรวงสาธารณสุขและนักวิชาการ มีแนวคิดเรื่องระบบบริการระดับพื้นที่แบบเขตสุขภาพแตกต่างกันอย่างมาก หากเปรียบเทียบกับแนวคิดต่างประเทศซึ่งห่างไกล ประเทศไทยเป็นการริเริ่มยังต้องการเวลาในการพัฒนา สิ่งสำคัญคือ การที่มีแนวคิดแตกต่างกันทำให้เกิดช่องว่างของการดำเนินงานและการพัฒนาเขตสุขภาพ สมควรที่จะต้องสร้างความเข้าใจและความรู้ให้เกิดช่องว่างแคบที่สุด กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องประชาสัมพันธ์ เสนอความรู้ความเข้าใจให้บุคลากรทุกระดับมีความพร้อมที่จะดำเนินการและพัฒนาเขตสุขภาพ

ทางเลือกเชิงระบบสำหรับจัดตั้งเขตสุขภาพ

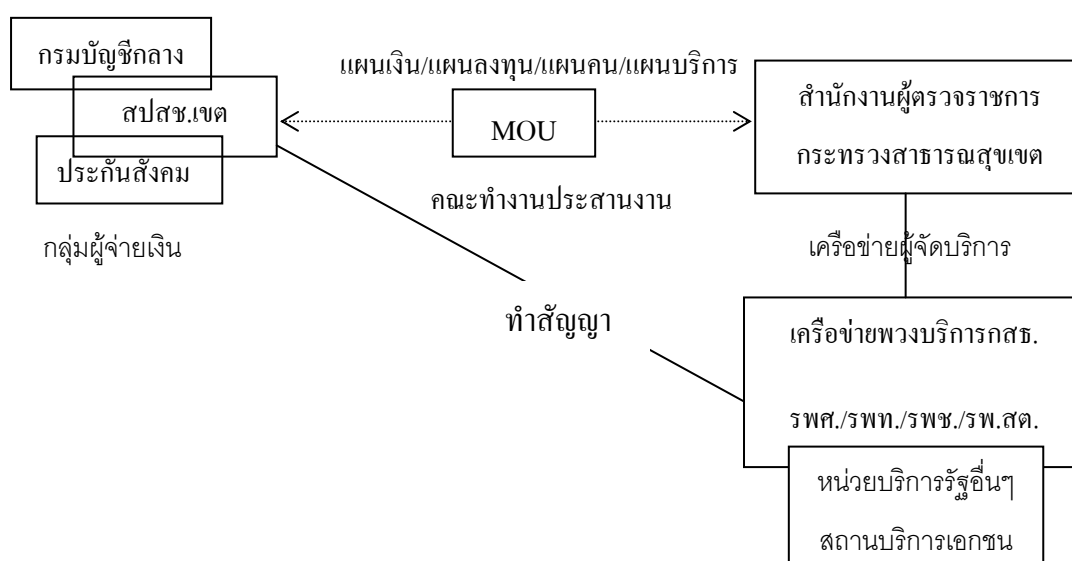
เขตสุขภาพไม่ใช่เป็นเพียงการจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพเท่านั้น แต่เขตสุขภาพสมควรจะเป็นการนำเอาแนวคิดมาเป็นกลไกของการพัฒนาปรับปรุงให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ เข้าถึงบริการได้ดีและสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง เป็นการนำทรัพยากรสุขภาพที่มีจำกัดมาใช้จัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เขตสุขภาพต้องการโครงสร้างองค์กรและบทบาทที่กำหนดชัดเจน แต่ปัจจุบันยังมีความไม่ชัดเจนของโครงสร้างองค์กร ซึ่งเป็นปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จากความรู้ความเข้าใจและความคิดเห็นที่รวบรวมได้สามารถตั้งกระทาะทางเลือกโครงสร้างองค์กรเขตสุขภาพได้ 3 ทางเลือก ดังนี้

ทางเลือกเขตสุขภาพที่๑

ทางเลือกนี้เสนอให้มีคณะกรรมการเขตสุขภาพแบบคณะประสานงาน ที่เปิดเวทีให้กระทรวงสาธารณสุขและสปสช. ได้ปรึกษาและเสนอข้อคิดเห็นในการดำเนินงานบริการสุขภาพในเขต โดยกระทรวง

สาธารณสุขมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำของเครือข่ายพวงบริการ สปสช.ฐานะผู้ซื้อบริการเป็นผู้กำหนดตัวชี้วัดตามแผนการเงินที่กำหนด สปสช.กับพวงบริการโดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขทำข้อตกลง (MOU) สปสช.จัดทำสัญญากับสถานบริการ ผู้ตรวจราชการเป็นผู้ติดตามประเมินผลร่วมกับสปสช.ตามแผนการเงิน แผนบริการ แผนลงทุน และแผนกำลังคน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวเชื่อมระหว่างเขตกับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขสามารถจะเพิ่มอำนาจการจัดการแล้วแต่กรณีให้แก่พื้นที่ตามภาระหน้าที่และปัญหาในพื้นที่ ดังภาพที่ 3.2

ภาพที่ 3.2 ทางเลือกเขตสุขภาพที่๑

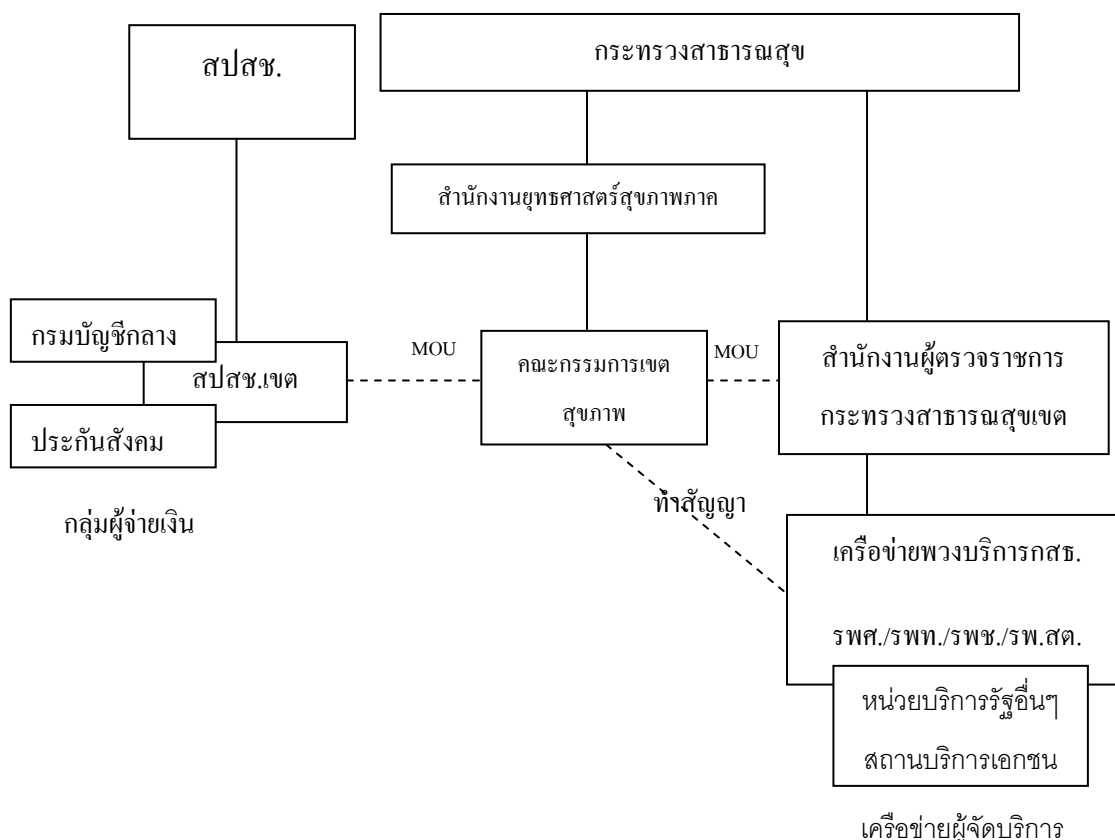


ทางเลือกเขตสุขภาพที่๒

ทางเลือกที่๒ ต่างกับทางเลือกที่๑ ที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพขึ้นชัดเจน คณะกรรมการมีตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ ได้แก่ ตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข, สปสช, อปท, ผู้รับบริการ, ประชาชน, ภาคเอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนตัวแทนจะมีการกำหนดสัดส่วนและวาระชัดเจน ตัวแทนมาจากฝ่ายบริหารและจากหน่วยงานอื่นๆ เป็นต้น ระยะแรกคณะกรรมการควรใช้การสรรหาและแต่งตั้งจนกว่าจะพัฒนาสมบูรณ์ให้เป็นการเลือกตั้ง ประธานคณะกรรมการมาจากการแต่งตั้งแล้วพัฒนาต่อไปจนมาจากการเลือกตั้ง ประธานควรมาจากบุคคลภายนอกที่เป็นที่ยอมรับ รัฐมนตรีมีอำนาจถอดถอนประธานฯและคณะกรรมการได้รายบุคคลหรือทั้งคณะหากไม่ดำเนินการตามนโยบายรัฐบาลที่กำหนด คณะกรรมการเขตสุขภาพมีสำนักงานเลขานุการที่มีบุคลากรที่มีความสามารถโดยเฉพาะด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ ด้านการคลังสุขภาพและด้านการจัดการ คณะกรรมการเขตสุขภาพได้รับตัวชี้วัดจากส่วนกลาง แผนการเงิน แผนกำลังคน แผนการลงทุน และแผนการบริการต้องชัดเจนและได้รับการรับรองจาก

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้รับการนำไปปฏิบัติในเขต และเป็นตัวเชื่อมต่อกับกระทรวงสาธารณสุขในการจัดทำแผนบริการ แผนการเงิน แผนกำลังคนและแผนลงทุน ดังภาพที่3.4

ภาพที่3.4 ทางเลือกเขตสุขภาพที่๑



แต่ละทางเลือกมีข้อดีและด้อยแตกต่างกันซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ คือ

ทางเลือกที่ ๑ สามารถดำเนินการได้เลยไม่ต้องจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพ เพียงสปช.และกระทรวงสาธารณสุขมาประสานงานเพื่อพิจารณาแผนงานต่างๆที่เป็นจริง แต่อาจสร้างความขัดแย้งในการดำเนินงานหากไม่สามารถประสานกันได้ดี

ทางเลือกที่๒ ต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพ ดังนั้นต้องอาศัยเวลาในการกำหนดข้อตกลงโดยเฉพาะการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ระยะเวลาอาจเป็นเพียงที่ปรึกษาไม่มีบทบาทมากนัก มีข้อดีเพราะเป็นคณะกรรมการกลางที่มีส่วนต่างๆเข้าร่วมดำเนินงาน หากกรรมการและประธานที่ได้รับการแต่งตั้งมีศักยภาพที่ดี ย่อมส่งผลดีต่อการบริการในพื้นที่อย่างยิ่ง ข้อเสียคือต้องการบุคคลที่มีภาวะผู้นำเป็นที่ยอมรับและสามารถเข้าใจระบบบริการสุขภาพซึ่งจำเป็นต้องใช้เวลา

ทางเลือกที่๓ เป็นทางเลือกที่สร้างความมั่นใจแก่กระทรวงสาธารณสุข ว่ามีโครงสร้างเชื่อมต่อระหว่างเขตและส่วนกลาง นโยบายกระทรวงสาธารณสุขย่อมสามารถไปสู่พื้นที่ได้ แต่การสร้างขึ้นบังคับบัญชาขึ้นอาจมีผลการประสานงานที่ล่าช้าออกไปซึ่งเป็นปัญหาในระบบราชการ

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบระบบสุขภาพเดิมและทางเลือกเขตสุขภาพ

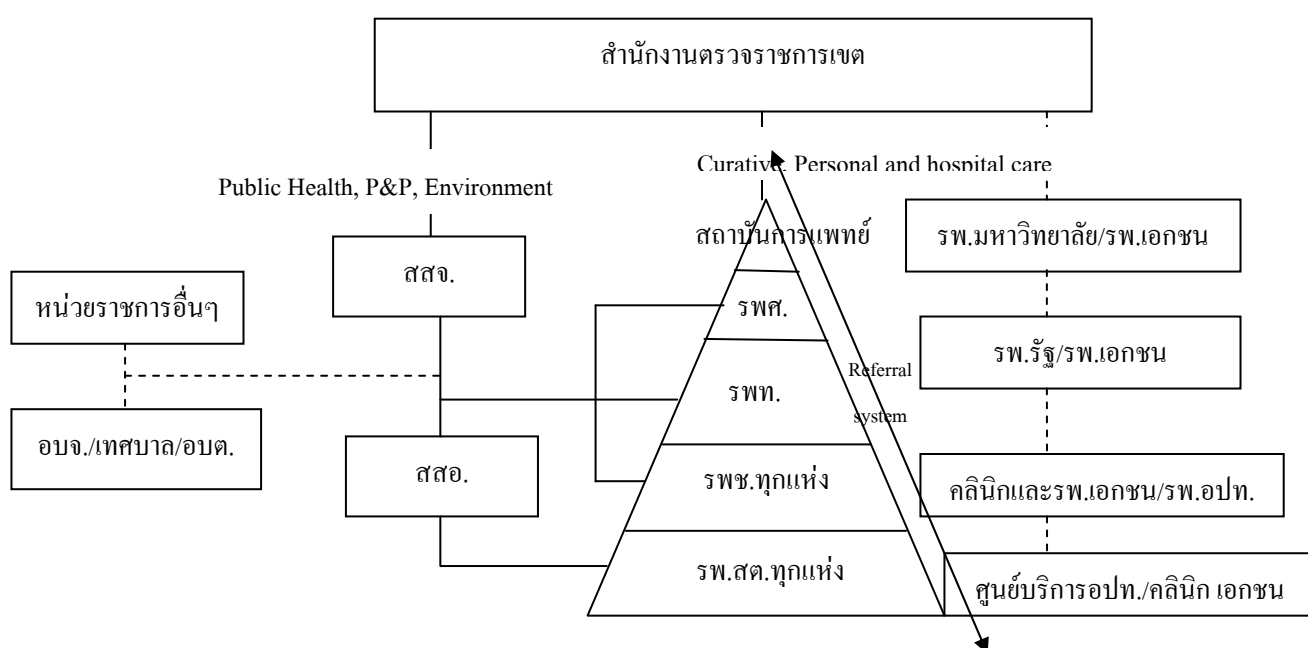
ทางเลือก	ข้อดี	ข้อเสีย
ระบบเดิม	ไม่ต้องปรับตัว	มีการดำเนินงานแยกส่วนไม่มีประสิทธิภาพและมีความขัดแย้งด้านผลประโยชน์
ทางเลือกที่๑	ดำเนินการได้ทันที มีการประสานงานดีขึ้นก่อให้เกิดประสิทธิภาพ	ต้องการการเจรจาและอาจสร้างความขัดแย้งมากขึ้น
ทางเลือกที่๒	ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น มีการสร้างความสมดุลของอำนาจและการบริการ	ต้องการภาวะผู้นำและผู้มีประสบการณ์ อาจไม่สร้างประสิทธิภาพหากคณะกรรมการไม่เข้มแข็ง และต้องการผู้เชี่ยวชาญ
ทางเลือกที่๓	มีการคัดกรองและติดตามการดำเนินงานดีขึ้น และมีตัวประสานงานระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่	สร้างขั้นตอนการบริหารและอาจไม่สามารถดำเนินงานได้หากขาดศักยภาพของทีมงาน

เขตสุขภาพกับบริการแบบบูรณาการ

สิ่งที่คาดหวังกับระบบเขตสุขภาพ คือ ก่อให้เกิดการจัดบริการแบบบูรณาการในพื้นที่แบบ Integrated Health Services เขตสุขภาพเป็นกลไกหนึ่งที่สร้างการบูรณาการของบริการสุขภาพ การจัดบริการต้องบูรณาการที่ระดับระนาบ (horizontal integration) นั้นหมายความว่าบริการปฐมภูมิต้องมีการร่วมกันจัดบริการแบบเครือข่ายไร้พรมแดน ต้องมีบูรณาการระดับแนวตั้ง (vertical integration) โดยบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิตลอดจนตติยภูมิต้องมีการเชื่อมต่อด้วยระบบส่งต่อที่ไร้ขอบเขตกีดกัน และสามารถออกนอกเขตสุขภาพไปสู่เขตอื่นๆได้ตามความจำเป็นที่ประชาชนต้องการ และยังบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่างๆ เช่นระหว่างสาธารณสุข (public health) กับการรักษาพยาบาล (curative care) ประสานงานระหว่างภาคสุขภาพกับภาคส่วนสังคมอื่นๆ ที่เรียกว่า intersectoral integration โดยเฉพาะบริการแก่ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ และผู้ต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องปรับบทบาทและกำหนดนโยบายการสร้างบริการแบบไร้รอยต่อ อาจอาศัยกลไกระบบเขตสุขภาพที่เริ่มจากพวงบริการกระทรวงสาธารณสุข

ร่วมกับสปช.และหน่วยงานอื่นๆในการบูรณาการระบบบริการเหล่านี้ผ่าน 4 กระบวนการสำคัญ คือ การวางแผน(planning) การสนับสนุนงบประมาณ(funding) การจัดบริการ (service delivery) และการจัดองค์กรการจัดการ (administrative organization) แบบใหม่ โดยต้องกำจัดการอุปสรรคของการบูรณาการที่สำคัญคือการปกป้องอาณาจักรตนเองและการการแข่งขันเพื่อแย่งชิงทรัพยากรของผู้จัดบริการ (CUMMING 2011) ซึ่งรูปแบบจำลองที่สามารถสร้างภาพให้เกิดขึ้นในเขตสุขภาพนั้นสรุปดังภาพที่3.5 ดังนี้

ภาพที่ 3.5 รูปแบบจำลองระบบบริการแบบบูรณาการในเขตสุขภาพ



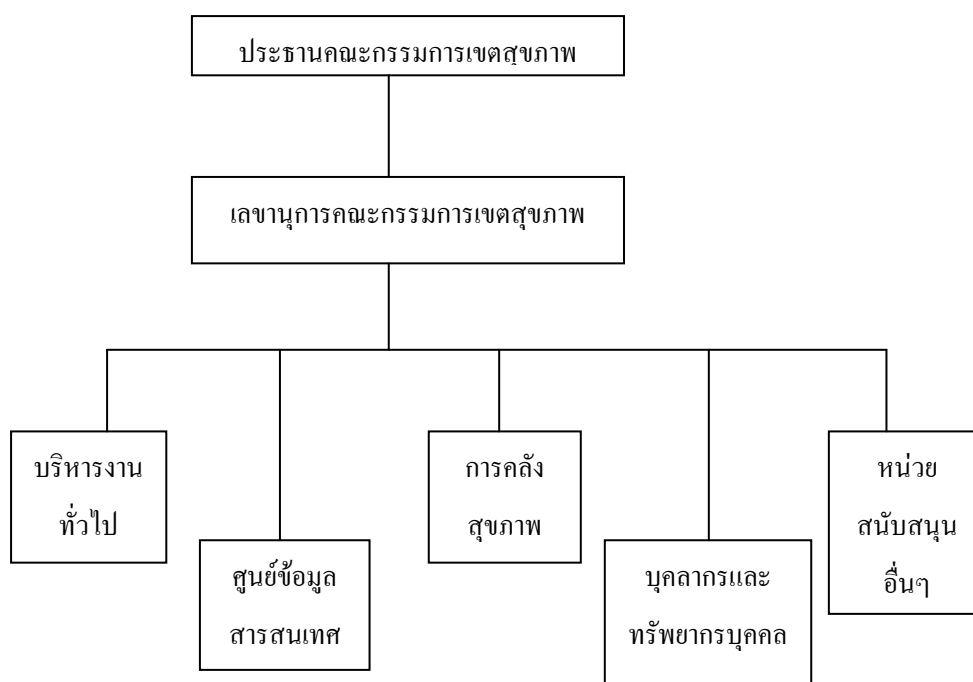
ภาพที่ 3.5 แสดงถึงการแยกบทบาทการรับผิดชอบจัดบริการแบบบูรณาการ ที่ต้องการการวางแผน การจัดงบประมาณและการจัดกลยุทธการจัดบริการ พบว่าในพวงบริการของสถานบริการต้องสร้างความเข้มแข็งของระบบส่งต่อที่มีการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและบริการโรงพยาบาล ส่วนด้านการสาธารณสุข การส่งเสริมป้องกันโรค และสิ่งแวดล้อมเป็นบทบาทที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัดต้องกำกับดูแลวางแผน จัดสรรงบประมาณและให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ โดยอาศัยทรัพยากรที่มีในเขตทั้งหมดภายใต้การประสานงานและกำกับดูแลโดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข งบประมาณที่ต้องการควรจัดสรรไปสู่หน่วยบริการระดับต่างๆที่ทำหน้าที่จัดบริการปฐมภูมิ เพียงแต่การจัดทำแผนและงบประมาณต้องการข้อมูลที่วิเคราะห์ในภาพรวมที่ระดับอำเภอ จังหวัดและเขต ซึ่งจะสร้างการบูรณาการของบริการทุกระดับ

โครงสร้างสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพสำคัญ และวิกฤติต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของเขตสุขภาพ สามารถสรุปรูปแบบจำลองโครงสร้างสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพได้ดังภาพที่

3.6

ภาพที่ 3.6 รูปแบบจำลองสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ



ภาพที่ 3.6 แสดงถึงองค์ภาพที่จำเป็นสำหรับโครงสร้างสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการเขตสุขภาพ เริ่มจากหน่วยบริหารงานทั่วไปที่ทำหน้าที่จัดการงานประจำของสำนักงานรวมทั้งงานธุรการ เพื่อสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพ ต่อไปคือศูนย์ข้อมูลสารสนเทศที่จะนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ วางแผน และกำหนดทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์โดยยึดเอาปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่เป็นหลัก ต่อไปเป็นหน่วยงานที่จัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพของเขต ซึ่งจะมีข้อมูลทางการเงินที่ถูกต้องเหมาะสม และผ่านการวิเคราะห์โดยนักการเงินการคลังเพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าเสนอต่อคณะกรรมการเขตสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุขกับสปสข. นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญที่จะเสนอปัญหาทางการเงินของหน่วยบริการในเขต รวมทั้งมีบทบาทสะสางการเงินในการจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานบริการในเขตแบบภาพรวม (clearing house) ซึ่งการทำงานต้องร่วมกับศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ หน่วยงานด้านบุคลากรและทรัพยากรบุคคลทำหน้าที่จัดการและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพของเขต การวางแผนอัตราค่าจ้างและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเขต ซึ่งอาจมีบทบาทสำคัญในการเสนอข้อมูลในการปรับเกลียอัตราค่าจ้างผู้

ให้บริการในเขต สุดท้ายอาจมีโครงสร้างองค์กรที่เป็นองค์ประกอบของสำนักงานเลขานุการเขตสุขภาพแบบอื่นๆที่มีจุดมุ่งหมายเฉพาะตามภารกิจที่มีสำหรับแก้ปัญหาที่เร่งด่วนหรือเฉพาะกิจ เช่น การแก้ปัญหาการระบาดของโรคติดต่อ เป็นต้น หรือเป็นหน่วยที่ต้องทำหน้าที่ประสานงานกับภาครัฐและเอกชนอื่นๆ หรือมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือระเบียบราชการเป็นกรณีพิเศษ รวมทั้งโครงการตามพระราชดำริหรือนโยบายระดับชาติที่เร่งด่วน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษสามารถสรุปข้อเสนอที่สำคัญ ๗ ประการ

1. เป้าหมายของการปฏิรูปการจัดการสุขภาพระดับเขตพื้นที่หรือเขตสุขภาพ คือ ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้นโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพ (More Health for Money) และคำนึงถึงความเสมอภาคของการใช้ทรัพยากรระหว่างเขตพื้นที่และกองทุน มีช่องทางการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับประเทศ เขต ท้องถิ่นและประชาชน
2. การดำเนินการปฏิรูปเรื่องเขตสุขภาพควรดำเนินการโดยเร็วและเป็นขั้นตอนอย่างเป็นรูปธรรมในการจัดพวงบริการในทิศทางหลัก ๓ ประการ คือ เริ่มจากรูปแบบเขตสุขภาพที่เป็นโครงสร้างตามบทบาทหน้าที่สำคัญๆจนเกิดความชัดเจนและนิ่งเพียงพอที่จะจัดตั้งปรับเปลี่ยนและพัฒนาสู่โครงสร้างทางกฎหมายที่ยั่งยืน (Functional Structure to Legal Structure)
3. บทบาทบริการเริ่มจากส่วนที่ครอบคลุมเฉพาะบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขจนขยายออกไปครอบคลุมการบริการที่เกี่ยวข้องกับตัวกำหนดทางสังคมด้านสุขภาพ (Social Determinants of Health) และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอื่นๆ (Health Risk Factors)
4. บริการสุขภาพเริ่มจากการดำเนินงานในขอบเขตความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขและขยายออกไปสู่การมีส่วนร่วมของภาคส่วนนอกกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน
5. การบริหารจัดการเขตสุขภาพต้องมีอำนาจครอบคลุม ๓ มิติ คือ อำนาจอธิปไตย อำนาจทางสังคมและอำนาจทางปัญญา (Leadership) เพียงพอที่จะบูรณาการการทำงานในเขต สำหรับบริการดูแลประชาชนครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งอำนาจต้องการความยั่งยืนโดยมีกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนรองรับมากกว่าเป็นเพียงนโยบายที่เป็นนามธรรม
6. การดำเนินการเขตสุขภาพให้ดำเนินการสอดคล้องกับการถ่ายโอนภารกิจภายใต้ พรบ.แผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจโดยมีความชัดเจนในบทบาทเขตสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
7. การจัดตั้งและดำเนินงานเขตสุขภาพต้องยืดหยุ่นโดยพิจารณาบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันของปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งหน้าที่สำคัญของคณะกรรมการเขตสุขภาพคือการสร้างทางเลือกหลากหลาย (Scenarios) ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่นั้นๆ คณะกรรมการเขตสุขภาพและสำนักงานเลขานุการเขตสุขภาพให้มีการจัดตั้งเป็นโครงสร้างที่ชัดเจนที่มีผู้ปฏิบัติงานประจำ และยืดหยุ่นเพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมกับการปรับเปลี่ยนขยายตัวของเขตสุขภาพ

เช่น การปรับเปลี่ยนที่มาของประธานและคณะกรรมการเขตสุขภาพ เป็นต้น โดยพิจารณาถึงทุนทางสังคมและทุนทางปัญญา (Leadership) และเน้นเจตนารมณ์สำคัญของเขตสุขภาพ คือ ประชาชนมีส่วนร่วมและประชาชนคือผู้ที่ได้รับผลจากการบริการ ควรมีการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานเขตสุขภาพ โดยองค์กรหรือหน่วยงานอิสระนอกกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสอดคล้องในทิศทางที่ต้องการ

ข้อเสนอแนะดังกล่าวนี้เป็นการนำเสนอภาพรวมเชิงระบบ (System Approach) ที่ต้องการความชัดเจนทางเทคนิค (Technical Approach) จำเป็นต้องดำเนินการและศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นรายละเอียดที่การศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถตอบได้ เชิงเทคนิคสามารถเสนอข้อคิดเห็นได้หลายประการดังนี้

การจัดตั้งเขตสุขภาพต้องการปฏิรูปในส่วนกระทรวงสาธารณสุขสำคัญ 2 ประการ คือ การเพิ่มอำนาจสู่เขตสุขภาพให้มากขึ้นทั้งด้านการวางแผนบริการ แผนอัตราค่าลังคน แผนการลงทุนและแผนการเงินการคลัง และการสร้างเครือข่ายผู้จัดบริการแบบ Provider Consortia ซึ่งมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและเอกชน สมควรพัฒนาให้เกิดคณะกรรมการเขตสุขภาพขึ้นเพื่อเป็นองค์กรหลักในการรับผิดชอบดำเนินการในการพัฒนาเขตสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพราะคณะกรรมการประกอบด้วยทุกฝ่าย

คณะกรรมการเขตสุขภาพต้องประกอบด้วยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องโดยกำหนดจำนวนและวาระให้ชัดเจน ระยะแรกประธานคณะกรรมการอาจใช้การแต่งตั้งแล้วพัฒนาจากการเลือกตั้ง

งบประมาณเขตสุขภาพควรแยกงบประมาณบริหาร (Departmental budget) กับงบบริการสุขภาพออกจากกันอย่างชัดเจน (Non-departmental budget)

กระทรวงสาธารณสุขสามารถกำกับดูแลเขตสุขภาพผ่านคณะกรรมการที่รัฐมนตรีมีอำนาจแต่งตั้ง ถอดถอนอันเป็นอำนาจกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับการกำกับผ่านการจัดทำสัญญาและควบคุมคุณภาพด้วยตัวชี้วัดการดำเนินงาน (KPI)

คณะกรรมการเขตสุขภาพเบื้องต้นอาจเป็นคณะที่ปรึกษาแล้วจึงพัฒนาให้มีบทบาทการบริหารจัดการทรัพยากรและการจัดบริการเมื่อมีความเข้มแข็งและพร้อม

เขตสุขภาพต้องมีบทบาททุกมิติของการจัดบริการ การคลังสุขภาพและการกำกับคุณภาพบริการ ควรมีหน่วยงานดูแลกำกับคุณภาพบริการแยกออกจากคณะกรรมการเขตสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและร่วมมือกับสปสช. ในการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดที่สามารถกำกับดูแล

การจัดตั้งเขตสุขภาพมีปัจจัยทางการเมืองและภาวะผู้นำเกี่ยวข้องมาก ซึ่งเป็นปัจจัยที่สร้างให้เขตเข้มแข็งดังนั้นการเลือกประธานเขตสุขภาพจำเป็นต้องพิจารณาประเด็นเหล่านี้ ระยะแรกอาจจำเป็นต้องใช้ภาวะผู้นำในระบบราชการ จนกว่าจะสามารถหาผู้มีความสมบัติจากบุคคลภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

ต้องมีการพัฒนาศักยภาพ (capacity building) ให้แก่ทีมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่สำคัญ คือ ระบบข้อมูลสารสนเทศ การบริหารจัดการแนวใหม่ การคลังสุขภาพ และการอภิบาลระบบที่ต้องสร้างเครือข่ายใน

เขตสุขภาพแทนการตั้งการบังคับบัญชา ซึ่งการพัฒนาศักยภาพสมควรมีหน่วยงานรับผิดชอบเฉพาะ และควรเป็นองค์กรอิสระที่มีบทบาทการศึกษาวิจัยเชิงระบบ เช่น สวรส. เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. วินัย ลิสมิทธิ์และศุภสิทธิ์ พรณารุ โนทัย (๒๕๕๐) การซื้อบริการสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๕๐ ๑๖ หน้า ๒๐๑-๑๒.
2. วินัย ลิสมิทธิ์และสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (๒๕๕๓) บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
3. วินัย ลิสมิทธิ์และสงครามชัย ลีทองดี (๒๕๕๔) การพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบสาธารณสุขระดับพื้นที่ นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.).
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๔๖) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. ๒๕๔๕ นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตนครราชสีมา (๒๕๕๓) ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพนครชัยบุรี นครราชสีมา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต นครราชสีมา.
6. ARMSTRONG P and ARMSTRONG H (1999) Decentralised health care in Canada BMJ 318 pp1201-1204 <http://www.bmj.com>.
7. BOYLE S (2012) Health Systems in Transition; United Kingdom (England): Health system review 2011. <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/publication-request-forms>.
8. BURKI SJ, PERRY GE and DILLINGER WR (2002) Beyond the center: decentralizing the state Washington D.C.: the World Bank.
9. CARVER J and CARVER MM (1996) Basic Principles of Policy Governance San Francisco: John Wiley & Son.
10. CARVER J (1998) Is Policy Governance the One Best Way? Board Leadership No.37, May-June pp25-34.
11. CHARLES CA and BADGLEY R (1999) Canadian National Health Insurance: Evolution and unsolved policy issues. In: Powell FD, Wessen AF, editors. Health care system in transition: an international perspective London: SAGE pp115-150.
12. COLLINS C (1994) Management and organization of developing health systems Oxford: Oxford University Press.

13. COLLINS C and GREEN A (1994) DECENTRALIZATION AND PRIMARY HEALTH CARE: SOME NEGATIVE IMPLICATIONS IN DEVELOPING COUNTRIES International Journal of Health Services 4 (3): pp459-475.
14. CUMMNING J (2011) Integrated care in New Zealand International Journal of Integrated Care Volume 11, 18 November 2011: pp1-13. <http://www.ijic.org>
15. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM (1999) Health care system in transition: United Kingdom <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
16. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEM (2001) Health care system in transition: New Zealand <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
17. GAULD R, IKEGAMI N and BARR MD et al (2006) Advanced Asia's health systems in comparison Health Policy 79 pp325-36.
18. GER J (2009) Why can Taiwan utilize criminal law to discipline physicians? Legal Medicine 11 s135-s137 <http://www.elsevier.com/locate/legalmed>.
19. GLENNGARD AH, HJALTE F and SVENSSON M et al (2005) Health systems in transition: Sweden <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
20. HEALY J and HILLESS M (2001) Health care in transition: Australia <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
21. HEALY J, SHARMAN E and LOKUGE B (2006). Australia: health system review. In: Healy J, editor. Health systems in transition <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
22. HJORTSBERG C and GHATNEKAR O (2001) Sweden 2001. In: Rico A, Wisbaum W and Cetani T editors. Health Care System in Transition. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
23. HUNTER DJ and STOCKFORD D (1997) Health care reform in the United Kingdom. In: Nitayarumphong S, editor. Health care reform at the frontier of research and policy decision. Nonthaburi: Office of Health Care Reform; pp77-100.
24. IMISON C, CURRY N and Mc SHANE M (2011) COMMISSION FOR THE FUTURE: Learning from a simulation of the health system in 2012/14 London: The King Fund.

25. JOHNSEN JR (2006) Health systems in transition: Norway
<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
26. KHALEGHIAN P (2003) Decentralization and public services: the case of immunization
Washington D.C.: World Bank.
27. KHALEGHIAN P and GUPTA MD (2004) Public management and the essential public health functions Washington D.C.: World Bank.
28. KJÆR A M (2004) Governance. Cambridge: Polity Press.
29. LEYS C (1999) The NHS after devolution BMJ Vol.318 1 May pp 1155-1156.
30. MARCHILDON GP (2005) Health systems in transition: Canada
<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.
31. MILLS A, VAUGHAN JP, SMITH DL and TABIBZADE H (1990) Health system decentralization: Concepts, issues and country experience Geneva: WHO.
32. NHS Information Centre (2009) Quality and outcomes framework achievement data 2008/2009
<http://www.ic.nhs.uk>.
33. NORWEGIAN DIRECTORATE of HEALTH (2009) Norway and Health: An introduction Oslo: Norwegian Directorate of Health.
34. PALMER K (2006) NHS reform: getting back on track London: King's fund.
35. PEABODYJW, LEE SW and BICKEL SR (1995) Health for all in the Republic of Korea: one country's experience with implementing universal health care Health Policy 31 pp29-42.
36. STOKER G (1998) "Governance as Theory: Five Propositions." International Social Science journal 50 No.1 pp17-28.
37. YU SH and ANDRSON GF (1992) Achieving universal health insurance in Korea: A model for other developing countries? Health Policy 1992 20 pp289-299.