

การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อพัฒนาข้อเสนอ
การจัดระดับบริการสุขภาพในระบบสุขภาพ

Synthesizing knowledge underlying the development of
position paper on the definitions of levels
in health service system in Thailand

โดย

ผศ.ดร.ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อพัฒนาข้อเสนอการจัดระดับบริการสุขภาพในระบบสุขภาพไทย โดยชี้ขอบเขตการบริการสุขภาพในแต่ละระดับภายใต้ระบบบริการสุขภาพใน 7 ประเทศคือ เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ มาเลเซีย และไทย และวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการแบ่งระดับบริการสุขภาพ และระบบสนับสนุนอื่นๆในโครงสร้างระบบสุขภาพ ใช้การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ และการจัดระดับบริการสุขภาพ การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบสุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพ การระดมสมองในกลุ่ม นักวิจัย นักวิชาการ นักปฏิบัติ และผลจากเวทีสมัชชาสุขภาพในการร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในประเด็นต่างๆ เพื่อนำมาสู่การจัดทำข้อเสนอการจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพในประเทศไทย ดังนี้

บทเรียนจากต่างประเทศ

การวิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้ในการจัดระดับบริการสุขภาพในต่างประเทศ ซึ่งประเด็นสำคัญสำหรับการจัดทำข้อเสนอการจัดระดับบริการสุขภาพในระบบสุขภาพไทย ดังนี้

1. แนวคิดในการออกแบบระบบบริการสุขภาพมีความหลากหลายทั้งนี้เป็นไปตามเงื่อนไขของประเทศในแต่ละช่วงเวลา แต่โดยทั่วไปเงื่อนไขที่กำกับการออกแบบระบบบริการสุขภาพมีให้เห็นประมาณ 3 เงื่อนไขหลัก คือ 1) ลักษณะประชากรและแบบแผนการเจ็บป่วย 2) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยภาครัฐ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นส่วนใหญ่ที่เพิ่มขึ้นกับการใช้เทคโนโลยีด้านการรักษา และ 3) การเรียกร้องของประชาชนและสังคมเรื่องคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการ
2. การกำหนดระดับบริการสุขภาพและขอบเขต ครอบคลุม และ ความเชื่อมโยงของบริการสุขภาพระดับต่างๆนั้น แต่ละประเทศ อธิบายความแตกต่างของระดับบริการสุขภาพได้หลายแนวคิด ไม่จำกัดเพียงแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง และเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทั้งนี้ขึ้นกับนโยบายหลักด้านสุขภาพ กลไกการประกันสุขภาพ และที่สำคัญคือระบบสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง โดยรวมของประเทศ แนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย 1) แนวคิดเชิงวิชาการและวิชาชีพ โดยแบ่งระดับตามความซับซ้อน ความรุนแรง และความเป็นเฉพาะทาง และ 2) เชิงการบริหารจัดการ โดยแบ่งเป็นเรื่องของความเป็นเจ้าของ การสร้างเครือข่ายการบริการ เป็นต้น
3. การประกันสุขภาพถือเป็นกลไกหลักในการสร้างให้ระบบบริการสุขภาพเป็นไปได้ตามเป้าหมาย บทบาทหน้าที่และขอบเขตการบริการ ครอบคลุมของการบริการสุขภาพจะเป็นไปได้ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดในระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้ต้องให้สอดคล้องกับระบบย่อยอื่นๆด้วย เช่น ระบบการจัดการการเงินการคลัง ระบบการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และระบบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

ข้อเสนอการจัดระดับบริการสุขภาพในระบบสุขภาพไทย

แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ

ควรมุ่งเน้นในหลักการสำคัญดังนี้

1. ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้/พึ่งตนเองได้ กล่าวคือ การจัดบริการสุขภาพของรัฐต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งก่อน ทั้งนี้ผู้จัดต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม/วิถีชีวิตของแต่ละชุมชน

2. การจัดบริการสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเป็นผู้จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน รัฐทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา หรือผู้ให้การสนับสนุน ทั้งนี้ควรท้องถิ่นสามารถทำหน้าที่เชื่อมโยงการจัดกิจกรรมในลักษณะนี้ได้ เพื่อ ก่อให้เกิดการช่วยเหลือกันและกัน
3. การจัดสถานบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริง กล่าวคือ ต้องมีการ เสริมสร้างศักยภาพของสถานบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน สนับสนุนให้บุคลากร เข้าใจชุมชนมากขึ้น คำนึงถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ(มิติความเป็นมนุษย์)มากขึ้น ทั้งนี้ฐานความเชื่อพื้นฐานที่สำคัญในการจัดระบบบริการสุขภาพ คือ
 1. ต้องเชื่อว่าประชาชนมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ ชุมชนสามารถจัดระเบียบของ ชุมชนเองได้ โดยใช้กฎทางสังคมและวัฒนธรรม ของชุมชนเป็นเครื่องควบคุมกันเอง
 2. ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ คนทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ และการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชนเป็นสิ่ง สำคัญที่จะเป็นเครื่องช่วยให้ชุมชนเข้มแข็งและดูแลสุขภาพของตนเองได้
 3. การจัดการด้านสุขภาพไม่ควรยึดติดที่ตัวเงิน กล่าวคือ การบริการสุขภาพต้องคิดในเชิงการให้ "สวัสดิการ" ของรัฐ ไม่ใช่คิดใน "เชิงธุรกิจ"
 4. การประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิได้หมายถึง ประกันถ้วนหน้า (โดยจ่ายเบี้ยประกันให้ทุกคน) แต่หมายถึง ประกันให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า คือจ่ายเบี้ยประกันให้ผู้ด้อยโอกาส เป็นหลัก เพื่อให้มี โอกาสรักษา และ พัฒนาให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับผู้ที่มีหลักประกันอื่นๆ

แนวคิดการจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพ

การให้คำนิยามเพื่อการจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพอาศัยหลักการสำคัญ 2 แนวคิด คือ ในเชิงวิชาการและ วิชาชีพ และ เชิงการบริหารจัดการ ดังนี้

หลักการเชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพ

ใช้แนวคิด "high touch high tech" เป็นตัวกำหนด โดยใช้ องค์ความรู้ทางสังคม มานุษยวิทยา เป็นหลักใน การวิเคราะห์ตามแนวทาง "high touch" และใช้องค์ความรู้ด้านการรักษา การแพทย์ เป็นหลักในแนว "high tech" ทำให้สามารถแบ่งระดับการบริการสุขภาพได้ 2 ลักษณะคือ การดูแลสุขภาพชุมชน (community care) และ การ บริการสุขภาพในสถานบริการ (institutionalized care)

ในระดับการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ ใช้แนวคิดทางสังคม มานุษยวิทยาอธิบายความซับซ้อนของวิถีชีวิตกับสุขภาพ การเจ็บป่วยและ โรคและการจัดการดูแล

ในระดับสถาบัน หรือ สถานบริการสุขภาพ ใช้แนวคิดด้านการแพทย์ การรักษา เป็นตัวนำในการสร้างคำ นิยามบริการสุขภาพในระดับนี้ ซึ่งอาจมีได้หลายระดับเช่นเดียวกัน ขึ้นอยู่กับตัวกำหนด เช่น ความซับซ้อนของ เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ความรุนแรงหรือลักษณะการเจ็บป่วยหรือ โรค นิยามของระดับในแนวคิด นี้อาจกำหนดให้มี ระดับ primary , secondary, tertiary, and highly specialized ได้ โดยมีกลไกอื่นประกอบ เช่น กลไก ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล ระบบการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์และการรักษา เป็นต้น

หลักการของการบริหารจัดการ

การจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพในหลักการนี้อาศัยแนวคิด ที่สำคัญ 2 ประการคือ **ความเป็นเจ้าของ** และ **ความสัมพันธ์ของส่วนปกครองและส่วนให้บริการ**

ความเป็นเจ้าของ

การบริหารจัดการในระดับการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน ให้เป็นหน้าที่ของครอบครัว และชุมชน องค์การชุมชน ซึ่งในแง่การปกครององค์การปกครองท้องถิ่น เช่น อบต. อาจมีหน้าที่ในการสนับสนุนให้การจัดการทั้งหมดในชุมชนเกิดขึ้นได้ โดยผ่าน ครอบครัว ชุมชน ผู้ให้บริการระดับวิชาชีพในชุมชน ทั้งนี้เป็นการเสริมศักยภาพร่วมกัน และเป็นการบอกลบบทบาทการเป็นผู้บริหาร และความเป็นเจ้าของ ของชุมชน โดยรัฐมีหน้าที่ สนับสนุนงบประมาณติดตามผลการดำเนินการให้เป็นไปตามที่งบประมาณแต่ละส่วนได้กำหนดเป้าหมายไว้ในเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และการยกระดับสถานะสุขภาพ แต่การจัดการโดยชุมชนสามารถเกิดได้ในหลายรูปแบบขึ้นกับลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น และ ความเข้มแข็งขององค์กรท้องถิ่นนั้นๆ

ในระดับสถาบัน หรือ สถานบริการสุขภาพ การบริหารจัดการต้องเป็นสถานบริการสุขภาพและให้มีกองทุน หรือ ระบบประกันสุขภาพ สนับสนุนให้เกิดการจัดการบริการในรูปแบบที่ต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับแนวนโยบายของรัฐ

ความสัมพันธ์ของส่วนปกครองและส่วนให้บริการ

วิเคราะห์เป็น 2 แนวทาง คือ ความสัมพันธ์เชิงระนาบเดียวกัน ถือว่ามีความเท่ากัน เสมอกัน เป็นอิสระต่อกัน เป็นอิสระทุกระดับ มี ความเป็นเจ้าของที่ชัดเจน มีเงื่อนไขข้อตกลง ความสัมพันธ์ที่ชัดเจน ทำให้แต่ละหน่วยงานได้ ดิบนข้อตกลงร่วมกัน ไม่มีการปกครองกัน ส่วนความสัมพันธ์เชิงสาขา แนวตั้งนั้น เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจการปกครอง เป็นพวงอำนาจ เช่น PCU เป็นพวงตั้งแต่ ระดับ สถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัดและ โรงพยาบาลศูนย์ เหล่านี้อาศัยอำนาจการปกครองกำหนดความร่วมมือไม่ใช่เงื่อนไขข้อตกลงร่วม ในระบบบริการสุขภาพภาครัฐที่ผ่านมา กำหนดเครือข่ายบริการสุขภาพบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

โดยสรุปแล้ว การบริการสุขภาพตามหลักการบริหารจัดการสามารถแบ่งระดับได้ 4 ระดับ คือ 1) สุขภาพบุคคลและครอบครัว 2) สุขภาพชุมชน 3) การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ 4) การรักษาที่โรงพยาบาล

ขอบเขต และ ความครอบคลุมของการบริการและความเชื่อมโยงของระดับบริการ

แนวคิดการกำหนดขอบเขตและความครอบคลุมของการบริการและความเชื่อมโยงของระดับบริการสุขภาพ วิเคราะห์จาก การจัดกลุ่มสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ ความต่อเนื่องของการบริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ ซึ่งวิเคราะห์จากประเด็น ต่อไปนี้

1. **การจัดกลุ่มบริการ** ใช้แนวคิดเชิงวิชาการและวิชาชีพ โดยเฉพาะแนวคิดด้านการแพทย์และการรักษาในการจัดระดับสถานบริการตามความซับซ้อนของเทคโนโลยีการแพทย์และการตรวจวินิจฉัย ตาม 1) ลักษณะความซับซ้อน ของเครื่องมือทางการวินิจฉัย การรักษาและ การฟื้นฟูสภาพ 2) ลักษณะการบริการการรักษาทั่วไปและเฉพาะทางประเภทต่างๆ 3) สถานบริการสุขภาพสำหรับคนกลุ่มต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ แม่และเด็ก ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย และ 4) การจัดกลุ่มเป็นเครือข่ายให้บริการครอบคลุมทุกประเภทบริการ และกลุ่มประชากร ภายใต้แนวคิดการจัดตาม 1) กลไกการประกันสุขภาพ 2) การจัดการตามนโยบายสุขภาพของประเทศ 3) กลุ่มโรค อาการ แนวทางการรักษา หรือความซับซ้อนของวิธีการรักษา เครื่องมือที่ใช้ และ 4) กลไกตลาดเสรีที่มีการแข่งขันบริการ โดยรัฐเสริมกลไกการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้ชัดเจน และ

2. การจัดชนิดของการบริการและความเชื่อมโยงของการบริการ วิเคราะห์จากชนิดของการบริการและการเชื่อมบริการ โดยชนิดของการบริการ อาจอธิบายเป็น 1) การรักษาอย่างเดียว เป็นรายกรณี เป็นคราวๆ fee for services 2) บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ครอบคลุม เป็นชุดเฉพาะบุคคล 3) บริการเป็นเครือข่าย หรือ stand alone แบบแข่งขันบริการ และ 4) บริการทั่วไป หรือ เฉพาะทาง หรือ บริการพิเศษในกรณีการเจ็บป่วยที่เป็นประเด็นระดับชาติ เช่น โรค AIDS, Tuberculosis, Cardiovascular diseases, Kidney, Cancers เป็นต้น

ส่วนการเชื่อมโยงบริการ ใช้แพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์ทั่วไป เป็นผู้เชื่อมบริการ ใช้กลไกการบริหารจัดการ โดยองค์กรควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐและหรือของระบบประกันสุขภาพ เป็นตัวประสานการบริการ ใช้กลไกสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพเป็นตัวสร้างเครือข่ายการบริการ ใช้การกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานบริการและโรงพยาบาลให้ชัดเจน และสามารถเชื่อมประสานให้บริการครอบคลุมเพื่อร่วมรับผลประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพ ส่วนแนวคิดการจัดบริการตามลักษณะโรค อาการ ความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ใช้สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของสถานบริการ และขอบเขตการปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพ ที่ควบคุมโดยรัฐ เป็นตัวกำหนด

3. บุคลากรผู้ให้บริการ มีได้ทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทำงานตามบทบาทหน้าที่และศักยภาพของแต่ละวิชาชีพ ประเด็นสำคัญคือ การเตรียมและพัฒนาบุคลากร ต้องเน้นการเรียนรู้แนวคิดหลักในการจัดบริการสุขภาพคือ เชิงวิชาการและวิชาชีพ และเชิงการบริหารจัดการ ทั้งนี้ตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นที่ให้บริการ

กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพบริการ

กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพบริการเป็นเครื่องมือสำคัญในระบบการจัดการเรื่องการประกันสุขภาพ เป็นการจัดการที่สถานบริการ กิจกรรมการบริการ และผู้ให้บริการ กลไกนี้เป็นเงื่อนไขหลักในการทำให้ระบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพได้ และเป็นกลไกหลักในระบบประกันสุขภาพของประเทศ การกำหนดให้มีกลไกนี้เป็นไปตามเงื่อนไขของประเทศ อย่างไรก็ตามเครื่องมือสำคัญของกลไกนี้ คือ ระบบคุณภาพ และการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

บทบาทผู้เกี่ยวข้องในการจัดการกับเงื่อนไขของการออกแบบระดับบริการสุขภาพ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. มีส่วนร่วมในการผลิตบริการ/ซื้อบริการสุขภาพ/เป็นเจ้าของบริการสุขภาพ
2. หาแนวทางในการปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ไม่ถูกของคนในประเทศใหม่ จากเดิมที่ว่า " เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์ " หรือ "เจ็บป่วยต้องไปหาแพทย์ที่มีชื่อเสียง" ให้ทุกคนหันมาดูแลสุขภาพของตนเองก่อน เพื่อเน้นการป้องกันการเกิดโรค
3. จัดระเบียบสังคมในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยใช้กฎทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งแต่ละชุมชนมีความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรม
4. สร้างฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนให้สามารถจัดการเรื่องสุขภาพได้
5. สร้างโครงการ/กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน โดยผสมผสาน ด้านเศรษฐกิจ และ สังคมเข้าด้วยกัน และ เน้นประโยชน์ของชุมชนโดยรวมไม่ขึ้นนำผลประโยชน์ไปที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

รัฐ

1. ต้องกำหนดนโยบายที่ชัดเจน จริงจัง และต่อเนื่อง ในการจัดระบบบริการสุขภาพตามที่เสนอไว้ เพื่อให้ระดับปฏิบัติการสามารถหาวิธีการปฏิบัติงานที่ตอบสนองนโยบายได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดการชะงักงันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่กำลังดำเนินอยู่
2. ให้หน่วยงานต่างๆสามารถมองเห็นภาพรวมที่เป็นการเชื่อมโยงร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนโดยเชื่อว่าสุขภาพเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ
3. การจัดสรรงบประมาณให้ทุกระดับบริการสุขภาพ การจัดสรรให้คำนึงถึงการลงทุนที่ก่อให้เกิด กำไรด้านสุขภาพ เน้นความต้องการของประชาชน มากกว่า ศักยภาพของสถานบริการหรือระบบบริการ
4. การส่งเสริมสุขภาพควรเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งในระบบเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับที่รัฐบาลประกันราคาข้าว ปุ๋ย รัฐควรจัดสรรเงินให้แก่ชุมชนเพื่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เกิดผลทางด้านเศรษฐกิจแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนประเทศชาติ
5. ทำหน้าที่ในการสนับสนุน ตรวจสอบ กำกับ สร้างมาตรฐานการให้บริการขั้นพื้นฐาน
6. เปิดโอกาสให้ชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพในการจัดการเรื่องสุขภาพด้วยตนเอง โดยที่รัฐไม่ต้องกำกับบัญชา แต่ให้การสนับสนุนให้ส่วนที่ชุมชนมีข้อจำกัด
7. ผลักดันหรือปรับเปลี่ยนระบบการศึกษาให้คนในประเทศหันมาสนใจศึกษาเพื่อให้เข้าใจชีวิต มีสุขภาพที่ดี เน้นการเรียนรู้เพื่อให้สามารถใช้ในการจัดการกับสุขภาพของตนเองได้
8. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและการช่วยตนเองในภาคประชาชน

วิชาชีพด้านสุขภาพ

1. มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการสร้างคุณภาพระบบบริการสุขภาพให้เกิดขึ้น
2. กำหนดมาตรฐานด้านวิชาชีพอย่างชัดเจน และสร้างความเข้าใจในกลุ่มสมาชิก
3. การจัดการศึกษาเน้นให้ผู้สอนและผู้เรียนให้ความสำคัญกับ 2 แนวคิดหลัก คือ เชิงวิชาการและวิชาชีพ เน้นองค์ความรู้ด้านการแพทย์ การรักษา และด้านสังคม มานุษยวิทยา และเชิงการบริหารจัดการ เน้นกระบวนการวิเคราะห์ความเป็นเจ้าของบริการและเชิงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริการสุขภาพทั้งหมด ทั้งนี้ โดยวิเคราะห์พื้นฐานของบริบทสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นให้มากขึ้นเพื่อมุ่งให้สามารถนำไปใช้ในปรากฏการณ์สุขภาพที่แท้จริงได้
4. ต้องหากลวิธีในการปรับเปลี่ยนกระบวนการวิธีคิดของบุคลากรใหม่ ให้มีความใกล้ชิดชุมชนมากขึ้น มีการให้บริการที่คำนึงถึงมิติความเป็นมนุษย์มากขึ้น โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจว่าการบริการสุขภาพนั้นประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง/ชุมชนได้ (ในการบริการระดับนี้บุคลากรทางการแพทย์ของรัฐต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงเท่านั้น) และมีส่วนการบริการที่สถานบริการนั้น ประชาชนก็ต้องมีส่วนร่วมในการเสนอรูปแบบการบริการที่พึงประสงค์ของตนเองด้วย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อพัฒนาข้อเสนอการจัดระดับบริการสุขภาพในระบบสุขภาพไทย โดยชี้ขอบเขตการบริการสุขภาพในแต่ละระดับภายใต้ระบบบริการสุขภาพใน 7 ประเทศคือ เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ มาเลเซีย และไทย และวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการแบ่งระดับบริการสุขภาพ และระบบสนับสนุนอื่นๆในโครงสร้างระบบสุขภาพ ใช้การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ และการจัดระดับบริการสุขภาพ การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบสุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพ การระดมสมองในกลุ่มนักวิจัย นักวิชาการ นักปฏิบัติ และผลจากเวทีสมัชชาสุขภาพในการร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในประเด็นต่างๆ เพื่อนำมาสู่การจัดทำข้อเสนอการจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพในประเทศไทย ดังนี้

1. บทเรียนจากต่างประเทศที่ประเด็นสำคัญ คือ 1) เงื่อนไขในการออกแบบระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะประชากรและแบบแผนการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยภาครัฐ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นส่วนที่เพิ่มขึ้นกับการใช้เทคโนโลยีด้านการรักษา และการเรียกร้องของประชาชนและสังคมเรื่องคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการ 2) แนวคิดในการกำหนดระดับบริการสุขภาพและขอบเขต ครอบคลุม และความเชื่อมโยงของบริการสุขภาพระดับต่างๆ ประกอบด้วย แนวคิดเชิงวิชาการและวิชาชีพ โดยแบ่งระดับตามความซับซ้อน ความรุนแรง และความเป็นเฉพาะทาง และเชิงการบริหารจัดการ โดยแบ่งเป็นเรื่องของความเป็นเจ้าของและการสร้างเครือข่ายการบริการ 3) การประกันสุขภาพถือเป็นกลไกหลักในการสร้างให้ระบบบริการสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมาย บทบาทหน้าที่และขอบเขตการบริการ ครอบคลุมของการบริการสุขภาพจะเป็นไปได้ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดในระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้ต้องให้สอดคล้องกับระบบย่อยอื่นๆ ด้วย เช่น ระบบการจัดการการเงิน การคลัง ระบบการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และระบบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น
2. ข้อเสนอการจัดระดับบริการสุขภาพในระบบสุขภาพไทย เน้นที่การให้คำนิยามเพื่อการจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพตามหลักการสำคัญ 2 ประการ ในเชิงวิชาการและวิชาชีพ และเชิงการบริหารจัดการ โดยในเชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพ ใช้แนวคิด “high touch -high tech” เป็นตัวกำหนด ใช้องค์ความรู้ทางสังคม มานุษยวิทยาในการวิเคราะห์ตามแนว “high touch” และใช้องค์ความรู้ด้านการรักษา การแพทย์ เป็นหลักในแนว “high tech” ทำให้สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพชุมชน และการบริการสุขภาพในสถานบริการ ซึ่งอาจมี 4 ระดับ คือ primary, secondary, tertiary and highly specialized ได้ โดยมีกลไกอื่นประกอบ เช่น ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล ระบบการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์และการรักษา ส่วนในเชิงการบริหารจัดการอยู่บนฐานคิดของความเป็นเจ้าของ และความสัมพันธ์ของส่วนปกครองและส่วนให้บริการ การบริหารจัดการในระดับการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน ให้เป็นหน้าที่ของครอบครัวและชุมชน องค์กรชุมชน ส่วนในระดับสถาบันหรือสถานบริการสุขภาพ การบริหารจัดการต้องเป็นสถานบริการและให้มีกองทุนหรือระบบประกันสุขภาพกำกับ ในแง่ความสัมพันธ์ของส่วนปกครองและส่วนให้บริการ ให้เน้นเชิงระนาบเดียวกัน มีความเท่ากัน เสมอกัน เป็นอิสระต่อกัน มีเงื่อนไขข้อตกลง ความสัมพันธ์ที่ชัดเจน โดยสรุปแล้วการบริการสุขภาพตามหลักการบริหารจัดการสามารถแบ่งระดับได้ 4 ระดับ คือ 1) สุขภาพบุคคลและครอบครัว 2) สุขภาพชุมชน 3) การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ 4) การรักษาที่โรงพยาบาล
3. เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐ และวิชาชีพด้านสุขภาพมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการกับเงื่อนไขของการออกแบบระดับบริการสุขภาพ ทำให้การบริการสุขภาพระดับต่างๆ ตามเจตนารมณ์ของการแบ่งเป็นไปได้

ABSTRACT

This research aims at synthesizing knowledge underlying the development of position paper on the definitions of levels in health service system in Thailand by exploring service systems in 7 countries including; South Korea, Japan, New Zealand, Malaysia, Singapore, Australia, and Thailand. The study identified scope and functions of each level in the system and analyzed factors that differentiated all levels of health services and other supportive systems. Documents analysis was conducted prior to interviews with experts in health system designs and forums of academics and researchers in health system. Reflections from National Forum on the National Health Act were analyzed. Results indicate the following.

1. Lessons learned from other countries indicate that 1)factors influencing health service system design included; population structure and illness pattern, health care expenditures, social demands on quality health services; 2) two concepts defining levels, scopes, functions, and levels referrals were technical and professional explanation through levels of sophistication of treatment, severity of illness, and specialization of care; and management concept of ownership and networking, and 3)health insurance played a major role in making the health service system able to be implemented as planned. Roles and scopes of the health services at each level would be functioning well upon the regulations stated in the health insurance system and others related such as financial, health manpower development, and health promotion systems.
2. Concepts explaining scopes of care in the health service system of Thailand must be based on technical and professional and management reasons. “High Touch-High Tech” is the principle of the technical and professional concept of which “High Touch” be used when social and humanistic knowledge are vital and “High Tech” be used when medical treatment and cure are central to the services. Health services could be differentiated into two types; community care and institutionalized care. The institutionalized care could be ranged in four levels, which are; primary, secondary, tertiary, and specialized care. Supportive mechanism must be designed accordingly especially health insurance system, hospital accreditation system, and technology appraisal system. Through management concept, the emphasis is on ownership and networking, which community care could be governed by the local authorities and the community. While the institutionalized care should be governed by own board and controlled by the health insurance system. Networking relationships among authorities and service units must be equal on contractual basis of which benefits could be shared. Health services on this management basis include 1)individual and family care, 2)community care, 3)primary care and 4)hospital treatment.
3. It is suggested that the involving parties including the local authorities, the government, and the health professions play vital roles in managing all factors influencing the design of health services system.

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
บทคัดย่อ	จ
Abstract	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การสังเคราะห์แนวคิด ขอบเขต ครอบคลุม ความเชื่อมโยง ของระดับบริการสุขภาพใน 6 ประเทศ	3
ส่วนที่ 1 ระบบประกันสุขภาพ	3
แนวคิดการจัดการ	6
ส่วนที่ 2 การออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ	9
วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพ	9
ลักษณะโครงสร้างระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ	17
ส่วนที่ 3 แนวคิดการจัดระบบและระดับบริการสุขภาพ	21
ส่วนที่ 4 ขอบเขตและครอบคลุมของบริการระดับต่างๆ	29
องค์การบริการสุขภาพ	29
บริการสุขภาพ	33
บุคลากรให้บริการสุขภาพ	39
กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการ	41
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	41
บทที่ 3 ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย	44
วิวัฒนาการของระบบสุขภาพประเทศไทย	44
พัฒนาการโครงสร้างระบบสุขภาพประเทศไทย	47
การจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพประเทศไทย	47
แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน	49
องค์การบริการสุขภาพ	50
ขอบเขตและครอบคลุมของบริการสุขภาพระดับต่างๆ	50
ลักษณะการบริการสุขภาพ	50
ระบบประกันสุขภาพ	52
ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ	59
บทที่ 4 ข้อเสนอการจัดระดับบริการสุขภาพของประเทศไทย	62

	หน้า
แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ	62
แนวคิดการจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพ	63
ขอบเขต และความครอบคลุมของการบริการ และความเชื่อมโยงของระดับ บริการ	67
กลไกการควบคุมมาตรฐานคุณภาพบริการ	68
บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง	71
บรรณานุกรม	73
เอกสารอ้างอิง	74
เอกสารแนบท้าย	
ภาคผนวก 1 ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 1	81
ภาคผนวก 2 ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 2	83
ภาคผนวก 3 ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 3	86
ภาคผนวก 4 ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 4	88

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงแนวคิดระบบประกันสุขภาพของประเทศต่างๆ	4
ตารางที่ 2	แสดงรูปแบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เวชปฏิบัติ	7
ตารางที่ 3	วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ Singapore	9
ตารางที่ 4	วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ Malaysia	10
ตารางที่ 5	วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ New Zealand	11
ตารางที่ 6	วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ South Korea	12
ตารางที่ 7	วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ Japan	13
ตารางที่ 8	วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ Australia	15
ตารางที่ 9	ลักษณะโครงสร้างระบบบริการสุขภาพในประเทศต่างๆ	17
ตารางที่ 10	วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศไทย	44
ตารางที่ 11	พัฒนาการโครงสร้างระบบบริการสุขภาพประเทศไทย	47
ตารางที่ 12	แนวคิดการจัดระดับบริการสุขภาพประเทศไทย	48
ตารางที่ 13	กลุ่มบริการ ลักษณะของผู้ให้บริการ และเงื่อนไขของการบริการสุขภาพประเทศไทย	51
ตารางที่ 14	แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย	53
ตารางที่ 15	ประเภทของระบบประกันสุขภาพตามกลุ่มประชากร	53
ตารางที่ 16	กลไกการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริการ	58
ตารางที่ 17	วิธีการจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพต่างๆของประเทศไทย	59

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	แสดงขั้นตอนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	69
ภาพที่ 2	แสดงองค์ประกอบของการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดระดับบริการสุขภาพ	71

บทที่ 1

บทนำ

สังคมยุคปัจจุบัน เป็นสังคมที่ท้าทายการปฏิรูประบบสุขภาพในแง่ความยากลำบากในการพยากรณ์ การพัฒนาระบบสุขภาพได้อย่างแม่นยำ แต่อย่างไรก็ตาม จากวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การ คัดการณ์ที่มีเหตุผล บนหลักของการศึกษาทบทวนบทเรียนจากประสบการณ์ต่างประเทศ การทบทวนทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนความคาดหวัง ของประชาชนจากเวทีการสัมมนา พระราชบัญญัติสุขภาพไทย ที่ได้ชี้ไปถึงความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพ ขอบเขต ระดับ ของระบบบริการสุขภาพที่ควรจะเป็นในอนาคต

ก่อนปี ค.ศ. 2000 ประมาณ 30 ปี ประเทศต่างๆได้พยายามทบทวนและประเมิน โครงสร้างและองค์กร ในการดูแลสุขภาพของประเทศ แต่ก็ยังไม่มีประเทศใดที่จะเป็นแบบอย่างของระบบบริการสุขภาพที่ดีที่สุด หาก ยังค้นหากรอบคิดในการจัดองค์กรที่มีประสิทธิภาพ จัดการทรัพยากรที่ให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ประชาชนเพิ่มความคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระแสการเปลี่ยนแปลงในโลกยุคใหม่ที่ให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนเป็น อย่างมาก ส่งผลให้ประชาชนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพ และเรียกร้องให้มีการ ปรับปรุงคุณภาพบริการ โดยเชื่อว่า คุณภาพบริการมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพ และการจัดการกับ ความเสี่ยง ที่สามารถนำมาพัฒนาเป็นกลยุทธ์ในการให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างสอดคล้องกับการพัฒนา เทคโนโลยีทางการแพทย์ และวิถีชีวิตของประชาชนที่ครอบคลุมมิติทางสังคมวัฒนธรรมในยุคปฏิรูประบบ สุขภาพได้เป็นอย่างดี

1. เหตุผลและความเป็นมา

ระบบบริการสุขภาพของประเทศ อยู่ในระยะของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพ ใหม่ ที่มีผลต่อการปรับและเปลี่ยนแปลง ระบบการเงินการคลัง โครงสร้างการให้บริการ โครงสร้างการบริหาร จัดการ นอกจากนี้ได้มีการดำเนินการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติโดยคณะกรรมการสำนักงานปฏิรูป ระบบสุขภาพ ซึ่ง ได้กำหนดให้คำจำกัดความของระบบบริการสุขภาพในระดับต่างๆคือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ รวมถึง ระบบการส่งต่อ และระบบการให้บริการฉุกเฉิน ถ้าขอบเขตของบริการระดับต่างๆมีความชัดเจน จะส่งผลต่อการจัดโครงสร้างของบริการแต่ละระดับได้ดี และมองเห็นส่วนที่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสามารถทำงาน เชื่อมโยงกันได้ นอกจากโครงสร้างที่ชัดเจนแล้ว ในด้านการบริหารการคลัง การบริหารบุคลากร จะแสดงถึง บทบาทหน้าที่และรูปแบบในการบริหารจัดการ ได้ชัดเจนขึ้น ช่วยให้การวางแผนในการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องทบทวน รวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ เพื่อให้เห็นวิธีการจัดระดับบริการที่เป็นรูปธรรม ของแต่ละประเทศว่าใช้วิธีการแบ่งระดับการดูแลสุขภาพอย่างไร ใช้กลุ่มโรค กลุ่มอาการ หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา หรือใช้วิธีผสมผสาน นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ ชี้ให้เห็นองค์ความรู้หลัก ในการออกแบบระบบบริการสุขภาพและกำหนดระดับและขอบเขตความครอบคลุมการ บริการสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้เป็นบทเรียนสำหรับ ชี้นำการออกแบบระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยได้

2. วัตถุประสงค์

- 2.1. เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ขอบเขตและความครอบคลุมการจัดระดับบริการสุขภาพ ของประเทศต่างๆ และประเทศไทย โดยชี้ให้เห็นความชัดเจนของขอบเขตบริการสุขภาพในแต่ละระดับ ความครอบคลุม การบริการและความเชื่อมโยงของระดับบริการดังกล่าว ทั้งนี้ภายใต้การออกแบบโครงสร้างของระบบ บริการสุขภาพที่เป็นอยู่ ในแต่ละประเทศ
- 2.2. เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดในการแบ่งระดับบริการสุขภาพซึ่งเป็นเงื่อนไขหลักใน การออกแบบระบบสนับสนุนอื่นๆในโครงสร้างของระบบสุขภาพ และใช้เป็นแนวทางในการจัดทำ ข้อเสนอการจัดระดับบริการสุขภาพของประเทศไทย เพื่อจัดทำสารบัญญัตินี้ใน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ

3. วิธีการดำเนินการศึกษา

3.1 รูปแบบการศึกษา

3.1.1 เป็นการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพใน 7 ประเทศ ได้แก่ เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ มาเลเซีย และไทย

3.1.2 ใช้การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านระบบสุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพในการให้ ความคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดระดับบริการสุขภาพและเงื่อนไขที่สำคัญของการจัด

3.1.3 มีการระดมสมองในกลุ่มนักวิจัย นักวิชาการ นักปฏิบัติ เกี่ยวกับผลการศึกษาเอกสารเพื่อชี้ ประเด็นสำคัญของการจัดแบ่งระดับการบริการสุขภาพในประเทศต่างๆและข้อเสนอสำหรับนำสู่การจัดแบ่ง ระดับบริการสุขภาพในประเทศไทย

3.1.4 ใช้ผลการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในประเด็นพิจารณาตรา 77, 78, 79 และ 80 ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุข เพื่อจัดทำสารบัญญัตินี้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

4. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ครูชบ ยอดแก้ว (ผู้นำชุมชนเข้มแข็งของภาคใต้)
2. นายอภิชาติ สังขชาติ (ประธาน อบต. คลองแห จ. สงขลา, ประธาน อบต. แห่งประเทศไทย)
3. นายอรรถ จิตตะเสน (ประธานหอการค้า จ. สงขลา)
4. น.พ.กมล วีระดิษฐ์ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่)
5. น.พ. พลเดช ปิ่นประทีป (เลขาธิการ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา)
6. ร.ศ. ดร. พีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์ (คณะมนุษยศาสตร์-สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
7. คุณ มาริษา สมบัติบุญ (หัวหน้างานพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล)

บทที่ 2

การสังเคราะห์แนวคิด ขอบเขต ครอบคลุมและ ความเชื่อมโยง ของระดับบริการสุขภาพ ใน 6 ประเทศ

บทที่ 2 นำเสนอแนวทางในการสังเคราะห์แนวคิด ขอบเขต ครอบคลุม และ ความเชื่อมโยงของระดับบริการสุขภาพรวมถึงการออกแบบโครงสร้างของระบบในต่างประเทศ ภายใต้เงื่อนไขต่างๆในประเทศหลัก เป็นบทเรียนจากต่างประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์เปรียบเทียบกับกรอบแบบระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

บทเรียนที่ได้จากต่างประเทศคืออะไร

การศึกษาระบบบริการสุขภาพในประเทศต่างๆ ทั้ง 6 ประเทศ ชี้ให้เห็นแนวคิดในการจัดที่หลากหลยทั้งนี้ตามเงื่อนไขของประเทศในแต่ละช่วงเวลา แต่โดยทั่วไปเงื่อนไขที่กำกับการออกแบบระบบบริการสุขภาพมีให้เห็นประมาณ 3 เงื่อนไขหลัก คือ

- 1) ลักษณะประชากรและแบบแผนการเจ็บป่วย
- 2) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- 3) การใช้เทคโนโลยีด้านการรักษา

ในบางประเทศการเรียกร้องของประชาชนและสังคมเรื่องคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการมีผลให้เกิดการปฏิรูปการออกแบบระบบบริการสุขภาพเช่นกัน

การนำเสนอบทเรียนครั้งนี้ จึงใช้วิธีวิเคราะห์แนวคิดในการออกแบบระบบบริการสุขภาพในประเทศต่างๆโดยที่ ภาพรวมกระบวนการในการออกแบบและวิวัฒนาการ โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ และระบบย่อยที่สำคัญในการบริการสุขภาพ ได้แก่ องค์การบริหารสุขภาพ บริการสุขภาพ บุคลากรให้บริการสุขภาพ กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการ ตลอดจนการคิดและการควบคุมค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพ

ดังนั้น ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพในทั้ง 6 ประเทศ จึงนำเสนอเป็น 4 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 ระบบประกันสุขภาพ
- ส่วนที่ 2 การออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพ และลักษณะโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ
- ส่วนที่ 3 แนวคิดการจัดระบบ และระดับบริการสุขภาพประเทศต่างๆ
- ส่วนที่ 4 ขอบเขตและครอบคลุมของบริการสุขภาพระดับต่างๆ

ส่วนที่ 1 ระบบประกันสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพในประเทศต่างๆโดยทั่วไป มีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นระบบที่มีความสลับซับซ้อน มีระบบย่อยหลายระบบ มีระบบย่อยที่ให้บริการเฉพาะกลุ่มคนเป็นระบบที่ทำงานแยกกัน หรือไม่ก็มีหลายระบบย่อยที่มีความเหลื่อมกัน บางครั้งระบบย่อยอาจจะได้รับงบประมาณจากรัฐบาลและขณะเดียวกันยัง

ได้รับเงินจากองค์กรเอกชนหรือบุคคลที่บริจาค การใช้บุคลากรและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ บางครั้งก็ใช้ร่วมกัน บางครั้งก็ใช้แยกกันอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีระยะของการพัฒนาการที่คล้ายคลึงกัน ในยุคแรก สังคมดูแลสุขภาพด้วยการพึ่งพาธรรมชาติ ต่อมาศาสตร์ทางการแพทย์เจริญขึ้น จึงได้มีโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นการเริ่มเข้าสู่ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นครั้งแรก ต่อมาศาสตร์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีมีความเจริญมากจึงเข้าสู่ยุค การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นครั้งที่สอง แต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจและความเจริญของธุรกิจทางด้าน ระบบประกันสุขภาพของเอกชน จึงทำให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นครั้งที่สาม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของการจัดระบบบริการสุขภาพของแต่ละ ประเทศ และ เงื่อนไขที่สำคัญของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพคือ การให้บริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและ ควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ โดยใช้กลไกการประกันสุขภาพ และการจัดการการดูแล ดังนี้

ระบบประกันสุขภาพ

ในประเทศต่างๆ ได้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทของรัฐบาลในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพมากขึ้น กลไกของการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาล คือ การประกันสุขภาพ โดยรัฐบาลพยายามที่จะให้ประชาชน มีหลักประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ตามความจำเป็นโดยเท่าเทียมกัน ลักษณะ ของการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพมีหลายลักษณะแตกต่างกันในแต่ละประเทศดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงแนวคิดระบบประกันสุขภาพของประเทศต่างๆ

ประเทศ	แนวคิดระบบประกันสุขภาพ
Singapore	- เน้นให้ประชาชนมีการออมทรัพย์โดยหักจากรายได้ในแต่ละเดือน - ให้ประชาชนมีการร่วมจ่ายค่าใช้บริการสุขภาพในส่วนที่อยู่นอกเหนือสิทธิประโยชน์ - มีกองทุนหลายกองทุน มีวัตถุประสงค์ในการจ่ายที่แตกต่างกัน เช่น Medisave สำหรับ ประชาชนที่ซื้อเป็นเงินออม Medishield สำหรับการรักษาที่ต้องเจ็บป่วยรุนแรงและใช้ ระยะเวลาาน และ Medifund สำหรับบุคคลที่ไม่สามารถแบกรับภาระได้ - สนับสนุนการประกันกับบริษัทเอกชน
Malaysia	- เป็นบทบาทของรัฐในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ - ประชาชนจ่ายค่าใช้บริการทางการแพทย์ ทำให้รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพสูงขึ้น รัฐบาลได้พยายามพัฒนาวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในรูปแบบต่างๆ โดยนำ แนวคิด Managed Care มาใช้ - การแปรรูปโรงพยาบาล
New Zealand	รัฐบาลจะทำการจัดสรรค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้กับคณะกรรมการระดับท้องถิ่นซึ่งทำ หน้าที่เป็นผู้จัดหาบริการสุขภาพให้กับประชาชน เงินที่เป็นค่าใช้จ่ายเป็นเงินภาษีจาก ประชาชนและประชาชนมีการร่วมจ่ายที่จุดใช้บริการสุขภาพ
South Korea	เป็นประเทศที่ได้ชื่อว่าสามารถขยายหลักประกันสุขภาพกับประชาชนได้เกือบทุกคน ภายในระยะเวลา 12 ปี ทำให้ประชาชนในเขตชนบทสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ เพิ่มขึ้น ด้วยปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและการเมือง

ประเทศ	แนวคิดระบบประกันสุขภาพ
	● แนวคิดการบริการสุขภาพอิงกับปรัชญาและแนวคิดกลไกตลาดเสรีและอยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลและครัวเรือน ● กองทุนสุขภาพมี 2 ประเภทใหญ่ๆคือประเภทที่รัฐบาลไม่ได้จ่ายสมทบ เช่นกลุ่มแรงงานและประเภทที่รัฐบาลร่วมสมทบ เช่นกลุ่มข้าราชการและกลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำ ทำให้มีกองทุนหลายประเภท การรวมให้มีกองทุนเดียวจึงมีอุปสรรคหลายประการ
Japan	● ระบบประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเป็นกลไกหลักที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ทุกคน มี 2 ประเภทคือ National Health Insurance ครอบคลุมผู้จ้างงาน เกษตรกร ผู้ว่างงาน และ Employee's Health insurance ครอบคลุมพนักงานบริษัท แผนการประกันส่วนใหญ่จัดการโดยภาครัฐส่วนกลางร่วมกับส่วนท้องถิ่น
Australia	● ใช้กลไกของ Medicare เป็นกองทุนสุขภาพกองทุนเดียวของประเทศ มีการแบ่งแยกระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ กรณีที่ประชาชนใช้บริการเกินขีดสิทธิประโยชน์ประชาชนต้องจ่ายเอง ● การจ่ายค่าใช้บริการทางการแพทย์กำลังพัฒนาระบบการจ่ายแนกรอคแทนการจ่ายแบบ Fee-for-service
Thailand	● ระบบประกันสุขภาพมีหลายกองทุน ประชาชนร่วมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ รัฐบาลเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่อ้างอิงอยู่ในระหว่างการพัฒนากองทุนสุขภาพให้มีกองทุนเดียว

ระบบประกันสุขภาพสะท้อนแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพที่มีตั้งแต่แนวคิดที่อิงกลไกตลาดเสรี การแบ่งปันความรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างรัฐและประชาชน เป็นความรับผิดชอบของรัฐในการจัดสวัสดิการให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานความหลังของแต่ละประเทศ แต่ผลของภาวะตกต่ำทางด้านเศรษฐกิจ ความคาดหวังด้านการบริการสุขภาพเปลี่ยนไป ทำให้แต่ละประเทศต้องทบทวนระบบประกันสุขภาพ ซึ่งจะเป็นหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพโดยทั่วถึง

โดยอุดมการณ์แล้วแต่ละประเทศพยายามที่จะจัดการให้มีกองทุนเพียงกองทุนเดียว ทำให้เป็นกองทุนที่มีขนาดใหญ่ สะดวกในการบริหาร และสามารถมีอำนาจในการต่อรองได้มากกว่าการเป็นกองทุนย่อย การรวมกองทุนเดียวในบางประเทศยังไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างคือ

1. ปัจจัยทางด้านการเมือง เนื่องจากระบบประกันสุขภาพในระดับประเทศเกี่ยวข้องกับนโยบาย ประเทศที่มีการเปลี่ยนชั่วคราวเมืองบ่อยๆ จะทำให้แนวคิดของระบบการประกันสุขภาพไม่มีความยั่งยืน ดังจะเห็นได้จากประสบการณ์ของประเทศออสเตรเลีย ที่พรรคการเมือง สองพรรคมีแนวคิดและการจัดรูปแบบที่แตกต่างกัน นอกจากการเมืองระดับประเทศแล้ว ยังมีความแตกต่างระหว่างการเมืองระดับชาติกับการเมืองระดับท้องถิ่น บทเรียนดังกล่าวรัฐบาลออสเตรเลียได้ใช้กลไกของภาคประชาชนเป็นตัวขับเคลื่อน โดยให้ประชาชนรวมกลุ่มในการแสดงความคิดเห็นและแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษา

2. ปัจจัยทางด้านแพทย์ การบริหารจัดการกองทุนเกี่ยวข้องกับการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ การจัดสรรผลประโยชน์ที่เปลี่ยนไป แพทย์จะรู้สึกถึงการถูกจำกัดสิทธิในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน การจ่ายค่าตอบแทนที่ต่ำ จะทำให้แพทย์ขาดแรงจูงใจที่จะให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ประสิทธิภาพของประเทศไทยที่ประชาชนเสียค่าเบี้ยประกันต่ำ ชุมชนสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับมีไม่ครอบคลุม ประชาชนต้องจ่ายร่วมเป็นเงินค่อนข้างมาก และประสิทธิภาพของประเทศออสเตรเลียที่แพทย์ประท้วง เรื่องสิทธิในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ

อย่างไรก็ตามการพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้

1. การแบ่งหน้าที่ของรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่นให้ชัดเจน โดยรัฐบาลกลางจะเน้นในด้านนโยบาย สนับสนุนเงินรายได้ให้กับรัฐบาลท้องถิ่นในการจัดหาบริการที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนทุกคนได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ สามารถแบกรับภาระด้านการเงินได้ และมีความยืดหยุ่นที่จะให้ประชาชนมีทางเลือกใช้บริการสุขภาพได้
2. การแบ่งแยกผู้ให้บริการกับผู้ซื้อ แนวคิดของ Managed Care เป็นแนวคิดที่ได้มีการนำมาใช้ในการจัดการบริหารกองทุน ซึ่งประเทศอังกฤษได้นำมาใช้และพบว่าทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศลดลง แนวคิด Managed Care เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ช่วงทศวรรษ 1930 โดยบริษัทเอกชนที่สร้างทางรถไฟได้ว่าจ้างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เป็นเอกชนให้ดูแลสุขภาพของลูกจ้าง การทำเช่นนี้ทำให้บริษัทเอกชนสามารถจัดหาบริการให้กับลูกจ้างคนงานโดยที่บริษัทได้มีการควบคุมทางเลือกของแพทย์และจัดการการดูแลสุขภาพของคนงานได้ตามเจตนารมณ์ และได้มีการทดลองใช้กับบริษัทก่อสร้างเชื่อมที่มีคนงานจำนวนมากแต่มีข้อจำกัดทางการเงิน ผลประสบความสำเร็จและได้นำมาใช้ในทางธุรกิจจนกลายเป็นองค์กร HMO ในระยะต่อมา ซึ่งวิวัฒนาการในแต่ละประเทศมีโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรมเป็นตัวที่บ่งด้วย

การจัดการการดูแล

การจัดการการดูแล (Managed Care) หมายถึง การจัดการเรื่องการดูแลสุขภาพโดยใช้เทคนิคการหาบุคคลที่สามเป็นผู้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ เช่น บริษัทประกันสุขภาพเอกชน กองทุนรัฐบาล เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยจัดสิทธิประโยชน์การให้บริการสุขภาพให้กับผู้ใช้บริการสุขภาพ และสร้างข้อกำหนดแก่ผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามด้วยลักษณะของ Managed Care ทำให้เกิดระบบการรวมการเงินการคลังและระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมในลักษณะต่อไปนี้

1. การทำสัญญากับแพทย์หรือโรงพยาบาลที่เลือกไว้ที่สามารถให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน (Comprehensive set of health care) แก่สมาชิก สมาชิกจะจ่ายค่าเบี้ยประกันเป็นรายเดือน
2. การทำสัญญาเรื่องการควบคุมการใช้บริการ และคุณภาพบริการที่ผู้ให้บริการคู่สัญญาพร้อมให้ข้อตกลง
3. มีแผนการที่จะให้สิ่งล่อใจแก่ผู้ให้บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ
4. มีข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับแพทย์ในเรื่องความเสี่ยงทางการเงิน

ทั้งนี้การกำหนด Managed Care ขึ้นอยู่กับปริมาณของการควบคุมการตัดสินใจของแพทย์และการให้บริการของแพทย์ บางชนิดของ Managed Care อาจทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า Moral hazard คือ การจ่าย

ค่าบริการทางการแพทย์โดยบุคคลที่สาม ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ให้บริการกับผู้ใช้บริการเกิดช่องว่าง ซึ่งแพทย์ผู้ให้บริการอาจจะไม่ได้คำนึงถึงประสิทธิภาพในค่าใช้จ่ายในการจัดการกับสุขภาพของผู้ใช้บริการได้ เช่น จากประสบการณ์ของประเทศไทย สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบของการจ่ายค่าบริการแต่ละชนิดมีข้อดีข้อเสีย รัฐบาลได้พยายามพัฒนาวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ในรูปแบบต่างๆ รูปแบบของการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เวชปฏิบัติ สรุปดังตาราง

ตารางที่ 2 แสดงรูปแบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เวชปฏิบัติ

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
Fee – for – Service จ่ายค่าบริการในแต่ละครั้งที่ไปรับบริการตรวจรักษา	เป็นวิธีการที่ได้รับความนิยมรับในปัจจุบัน เพราะแพทย์เวชปฏิบัติจะได้เงินตามปริมาณงานที่ให้บริการ เนื่องจากเวลาให้บริการตรวจรักษาจะมีมากกว่า ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์ได้ ได้รับความพึงพอใจในความสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์ที่จะทำให้ผู้ป่วยพอใจและกลับมาตรวจซ้ำ	วิธีการจ่ายเงินลักษณะนี้จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเนื่องจากการบริหารจัดการและแรงจูงใจที่แพทย์ให้บริการเกินความจำเป็น ลักษณะบริการชนิดนี้ก่อให้เกิดอุปทานขึ้น (induced demand) จึงต้องการกลไกของการจ่ายคืน (reimburse) ภายใต้อการควบคุมแผนงบประมาณของประเทศ
Capitation paymentจ่ายค่าตอบแทนรายหัว	ประเทศอังกฤษได้นำระบบนี้มาใช้ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงเมื่อเทียบกับประเทศสหรัฐฯ	ประเทศไทยได้นำระบบนี้มาใช้กับองค์กรที่ชื่อว่า Managed Care Organization (MCOs) พบว่าแพทย์บ่นมาก ปัญหาเกิดจาก oversimplified capitation formula และการแบ่งจำนวนผู้ป่วยให้กับแพทย์เวชปฏิบัติเป็นจำนวนที่ไม่เหมาะกับการกระจายความเสี่ยง
Case-mix reimbursement ด้วยแนวคิดนี้โรคจะถูกนำมาจัดกลุ่มที่เรียกว่า Diagnostic Related Groups (DRGs)	ไม่เพียงแต่จะเป็นการวินิจฉัยโรคเท่านั้น หากยังพิจารณาถึงปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรอื่นด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค อายุของผู้ป่วย co-morbid วิธีการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	- ให้เกิดความแตกต่างในรายได้ระหว่างแพทย์ประเภท Procedurist กับ Cognitive practitioners - การจ่ายเงินระบบนี้ค่อนข้างเป็นวิธีใหม่สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศ ซึ่งมีความคิดเห็นว่าการจัดการกับโรคในระดับปฐมภูมิมีความคล้ายกันเมื่อเทียบกับบริการในโรงพยาบาล ปัจจุบันผู้ป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อน โรคเรื้อรัง และภาวะฉุกเฉินอยู่ในมือของแพทย์เวชปฏิบัติ
Resource Based Relative Value Scale (RBRVS)	ช่วยให้แพทย์ใช้วิธีการรักษาและมุ่งคุณภาพบริการ โดยเน้นทรัพยากรที่ใช้ในการรักษา	- มีเสียงวิจารณ์จากกลุ่มที่เสียประโยชน์ คือกลุ่ม Procedurist - มีจุดอ่อนในระยะแรกในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่

รูปแบบ	ข้อดี	ข้อเสีย
การพัฒนาวิธีการ จ่ายเงินโดย Professor William Hsiao	วิธีการรักษา ค่ายา ค่าตรวจ วินิจฉัย และค่าแพทย์ วิธีการคิดเงินแบบนี้ทำให้แพทย์ เวชปฏิบัติมีรายได้ดีขึ้น ลด ช่องว่างรายได้ระหว่างกลุ่มแพทย์ GP และ Specialist	ใช้บริการการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ

ดังนั้นรูปแบบของการจัดการ Managed care ส่วนใหญ่มองผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ โดยเฉพาะแพทย์ และผู้รับบริการอย่างประชาชนเป็นสำคัญ โดยเทคนิคกลวิธีต่างๆถูกกำหนดขึ้นมาเพื่อให้เกิดระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพ และคุ้มค่า คำนึงกับการจ่ายค่าบริการในทุกส่วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกิดขึ้นในกระบวนการจัดการเพื่อการดูแล อย่างไรก็ตามแนวคิด Managed care เป็นเพียงแนวคิดหนึ่งที่ช่วยให้ระบบประกันสุขภาพมีความเป็นไปได้ในการออกแบบโครงสร้างของระบบบริการตามเงื่อนไขที่ต้องการ

ส่วนที่ 2 การออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ

การออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศมีพัฒนาการที่ยาวนานแตกต่างกันตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ลักษณะของประชาชน ของประเทศนั้นๆ เป็นเครื่องบ่งบอกฐานคิดในการออกแบบโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งผู้วิจัยได้นำองค์ประกอบต่างๆ ในมุมมองของทุกมิติทั้งทางด้านการแพทย์ สังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ การเงิน การคลัง และการปกครอง นำมาสังเคราะห์ให้เห็นวิวัฒนาการของการออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ และลักษณะโครงสร้างที่แบ่งระดับบริการสุขภาพในประเทศนั้นได้ดังนี้

วิวัฒนาการของการออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพประเทศต่าง ๆ

วิวัฒนาการของการออกแบบระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยกำหนดลักษณะโครงสร้างและกลไกของระบบบริการสุขภาพในแต่ละช่วง ซึ่งมีความเฉพาะเหมาะสมในแต่ละประเทศ ดังนี้

ตารางที่ 3 วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ Singapore

การเคลื่อนไหวของระบบสุขภาพช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และการจัดระบบบริการสุขภาพ
1 หลังปี ค.ศ. 1959	- การแพร่ระบาดของโรคต่างๆ - เน้นกลุ่มเด็ก	การดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเบื้องต้น รัฐบาลได้เน้นการป้องกันโรคในเด็ก เริ่มดำเนินการให้บริการสุขภาพในเด็กด้วยการปลูกฝีและฉีดวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษ วัณโรค คอตีบ ไอกรณ โปลิโอ และงานโภชนาการให้อาหารเสริม
2 ปี ค.ศ. 1964	- การกระจายโอกาสในการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ - ยกระดับความสำคัญของสุขภาพมากขึ้น	ต่อมานโยบายสาธารณสุขมูลฐานทำให้รัฐบาลได้กระจายการบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลออกจากโรงพยาบาล ให้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกที่เป็นเครือข่ายโรงพยาบาล 26 แห่งและคลินิกอนามัยแม่และเด็ก 46 แห่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้ความสำคัญของสุขภาพเป็นอันดับ 5 รองจากระบบความมั่นคงของชาติ การสร้างงาน การจัดบ้านพักอาศัยและระบบการศึกษา
3 1999	- ปรับระบบบริการสุขภาพเป็นระบบเครือข่าย - เน้นกลุ่มผู้สูงอายุ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ ระบบแพทย์	ส่วนใหญ่บริการสาธารณสุขพื้นฐานเป็นการให้บริการผ่านเครือข่ายของคลินิกเอกชน 800 แห่งที่บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รัฐบาลได้รวมบริการผู้ป่วยนอกจัดเป็นโพลีคลินิกที่ทันสมัย จำนวน

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และการ จัดระบบบริการสุขภาพ
	ทางเลือก	16 แห่ง ให้บริการทุกประเภทและทุกกลุ่มอายุ ให้บริการฉีดวัคซีน การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรอง ปัญหาสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก การวางแผน ครอบครัว การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การ ปรึกษาด้านจิตใจ บริการทันตอนามัย การจ่ายยา การตรวจด้วยเครื่อง X-rays ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ บริการที่บ้านและการฟื้นฟูสุขภาพ ปัญหาทางการแพทย์อาจจะมี การรักษาได้หลายวิธี และรักษาในสถานบริการในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ดุลยพินิจของ แพทย์และความต้องการของผู้ป่วยเป็นบางครั้ง
4 ปัจจุบัน	- มีการใช้เทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น - เน้นบริการสุขภาพตามสิทธิ ประโยชน์ มีกลไกในการควบคุม มาตรฐานการใช้จ่าย โดยที่รัฐบาล เป็นผู้สนับสนุน	ประเทศสิงคโปร์ได้กำหนดชุดกิจกรรมทางการแพทย์ พื้นฐานที่สามารถเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ด้วยวิธีที่ ง่าย สะท้อนแนวปฏิบัติที่ดีและทันสมัย ให้ผลคุ้มค่า ซึ่งชุดบริการพื้นฐานครอบคลุมการรักษาโดยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญและแพทย์ที่มีคุณวุฒิ แต่ไม่ให้สิทธิผู้ป่วย เลือกผู้ให้บริการ ยาที่ใช้รักษาจะครอบคลุมยาใน บัญชียามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกและยาที่ จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด แต่จะไม่ครอบคลุมยาที่ดีกว่า ยาในบัญชียาเพียงเล็กน้อย ยาที่อยู่ในการทดลอง รวมถึงหัตถการที่มีราคาแพง รัฐบาลโดย กระทรวงสุขภาพจะทำการทบทวนรายการในชุด บริการพื้นฐานอย่างต่อเนื่อง โดยปรึกษากับ โรงพยาบาลที่รัฐบาลให้การสนับสนุน ผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรมและผู้เชี่ยวชาญอื่น รัฐบาลจะสนับสนุนงบประมาณชุดบริการพื้นฐาน ด้านนอกเหนือจากนี้ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง

ตารางที่ 4 วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ Malaysia

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
1. ก่อนปี 1950	การแพร่ระบาดของโรคต่างๆใน	กระทรวงสุขภาพเป็นผู้ดูแลภายใต้โครงสร้างทั้ง

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
	ขณะที่ยังไม่มี การก่อตั้งระบบ บริการสุขภาพที่ชัดเจน	ของภาครัฐบาลและภาคเอกชน ที่จะดูแลทั้ง ระดับรัฐบาลและท้องถิ่น ที่ร่วมมือกันทั้ง กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงทรัพยากรมนุษย์ กระทรวงสวัสดิการสังคม
2 ช่วงทศวรรษปี ค.ศ. 1950	มีการแพร่ระบาดของโรคมากขึ้น เน้นการเข้าถึงบริการอย่างเท่า เทียมกัน มีการนำเทคโนโลยีและ ศาสตร์ทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว	รัฐบาลส่วนท้องถิ่นได้มีความรับผิดชอบในการ จัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในเขตเมือง ครอบคลุมงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น งานควบคุมสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบคุณภาพ อาหาร การควบคุมพาหนะของโรค ชยะ และน้ำ อุปโภคและบริโภค สุขภาพของบุคคล คลินิก อนามัยแม่และเด็กในเขตเมืองและบริการทาง การแพทย์แก่บุคลากร
ปัจจุบัน	- การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่า เทียมกัน - การใช้เทคโนโลยีน้อยลง	มีการปรับแบ่งระดับของสถานบริการสุขภาพ อย่างชัดเจนตามการพัฒนาของเทคโนโลยี โดย ที่การพัฒนาคุณภาพในการให้บริการอย่างมี ประสิทธิภาพเน้นระบบการส่งต่อเพื่อทำการ รักษาในสถานบริการระดับต่อไป นอกจากนี้ยังมี กระบวนการปรับเปลี่ยนจากระยะเวลาในการ ให้บริการ มีการปรับขยายสถานบริการทาง การแพทย์เฉพาะชนบท และมีการปรับเวลา ให้บริการสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของ ประชาชน

ตารางที่ 5 วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ New Zealand

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
1 ค.ศ. 1990-1993	- กลุ่มคนด้อยโอกาส คนพิการ - การจัดระบบเข้าอยู่ภายใต้ หน่วยงานที่รับผิดชอบเนื่องจาก ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ	กระทรวงสุขภาพรับผิดชอบการจัดบริการ สาธารณสุข บริการระดับทุติยภูมิ และการ บริการสุขภาพระดับชุมชน ซึ่งไม่ได้ให้บริการ สุขภาพระดับต้น เนื่องจากรัฐบาลเป็นผู้ดูแล ทั้งหมด 14 Areas Health Board (AHBs)

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
		ภายใต้การดูแลสุขภาพและคนพิการบริการที่ จัดตั้งเป็นระบบใหม่ที่แยกจากการบริหารงาน แบบเดิม มีการเลือกซื้อบริการการดูแลสุขภาพ จากการจัดหาของ Rural Health Authorities (RHAs) ที่เข้ามาดูแลสุขภาพระดับต้น ระดับทุติ ภูมิ ที่เน้นการใช้ระบบกลไกการตลาดเป็นสำคัญ
2 ค.ศ.1996	● เน้นความร่วมมือของประชาชน มากขึ้น ● เกิดระบบการแข่งขันใน โรงพยาบาล มีการปรับองค์กรของ การจัดบริการสุขภาพในแต่ละ บริการ	เป็นการแข่งขันกันในแต่ละโรงพยาบาลที่จะให้ ผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการ ซึ่งกลุ่มนี้จะมาจาก คณะกรรมการของชุมชน ที่เข้ามาเป็นที่ปรึกษา โดยจัดตั้งขึ้นเพื่อแทน RHAs
3 ค.ศ.1999	● การจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่าย ในการดูแลสุขภาพ ● การเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม กัน ● ชนกลุ่มน้อยเช่น กลุ่มเมารี กลุ่ม แปซิฟิก	DHBs; District Health Boards เป็นองค์กร ท้องถิ่น ที่เน้นตามความต้องการของผู้รับบริการ จัดให้บริการกับผู้รับบริการในส่วนท้องถิ่น มีการ เปิดเป็นโรงพยาบาลฉุกเฉิน (acute hospitals) มีพื้นที่รับผิดชอบ ส่งต่อในระดับการบริการทุติ ภูมิ นอกจากนั้นกลุ่มนี้ยังเป็นผู้จัดการดูแล ให้บริการสุขภาพระดับต้น ระดับทุติภูมิ โดย เน้นการประสานงานให้ท้องถิ่นเข้าถึงบริการ โดย คณะกรรมการเหล่านี้มาจากการเลือกตั้ง มี หน้าที่ในการจัดหาทุนให้การให้บริการด้าน สุขภาพตามความต้องการของผู้รับบริการเป็น หลัก

ตารางที่ 6 วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ South Korea

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะ ประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
1 1963-1977	● เน้นการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม เนื่องจากเศรษฐกิจในระยะแรกดี กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญคือ ลูกจ้างใน	มีกฎหมายประกันสุขภาพ และประกันสุขภาพ แบบสมัครใจ บังคับใช้กับสถานประกอบการ เอกชนที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 500 คนขึ้นไป ข้าราชการ ครูโรงเรียนเอกชน และคนจน

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะ ประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
	สถานประกอบการ คนจน ชีวราชการ ครูเอกชน	
2 1979-1994	กลุ่มเป้าหมายเริ่มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้างในสถาบันตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป	ขยายความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายกว้างขึ้นเรื่อยๆ ขยายสิทธิประโยชน์ ลดส่วนร่วมจ่าย ขยายระยะเวลาคุ้มครอง ขึ้นเบี้ยประกัน กระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน
3 1995-2000	เน้นการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน	พระราชบัญญัติส่งเสริมสุขภาพ เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ ทดลองใช้รูปแบบ DRGs แยกอำนาจการสั่งยาและการจ่ายยาออกจากกัน

ตารางที่ 7 วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ Japan

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
1 ปี 1961	- ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า - มีการจัดทำระบบประกันสุขภาพ - กลุ่มครู พนักงานของรัฐ คนงาน ภาคเกษตรกรรม ผู้ว่างงาน ผู้ตกงาน ผู้ที่ทำงานในโรงงานหรือพนักงานบริษัท	ญี่ปุ่นจัดให้มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศด้วยเงินจากรัฐบาล รัฐบาลจ่ายค่าการจัดการสำหรับเรื่องแผนงานสุขภาพทุกอย่างและจ่ายค่าทดแทนค่าใช้จ่ายตามการประกันสุขภาพ บริษัทส่วนใหญ่จัดหาประกันสุขภาพแก่พนักงาน หรือองค์กรประกัน ส่วนในบางอาชีพ เช่น ครู ที่เป็นพนักงานของรัฐ คนงานในภาคเกษตรกรรม ผู้จ้างงานเอง ผู้ตกงาน และผู้ที่ทำงานในโรงงานหรือบริษัทที่มีพนักงาน 5 คนหรือน้อยกว่า ใช้การประกันสุขภาพแบบ community-sponsored plans
ในปี 1973	เน้นกลุ่มผู้สูงอายุ	มีแผนเฉพาะประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายที่มีอายุระหว่าง 65-70 ปี มีการร่างกฎหมายออกมาใช้เพื่อกำหนด ชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่บุคคลที่มีการประกันสุขภาพต้องได้รับ ซึ่งกลไกสำคัญในการจัดการให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการ

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
	● มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน ● ประสบกับการแพร่ระบาดของโรค	สุขภาพ (medical services or medical care) อย่างทั่วถึงและภายใต้การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ แนวคิดสำคัญในช่วงนั้น คือ สุขภาพและการมีชีวิตยืนยาว “The Protection of People's Life and Health” ที่ประกาศในปี 1956 เพื่อเป็นของขวัญหลังสงครามแก่ประชาชนมีการดำเนินกิจกรรมโครงการต่างๆ ให้สถานะสุขภาพของประชาชนหลังสงครามดีขึ้น โดยมีเป้าหมายที่การลดอัตราการตาย พัฒนาด้านโภชนาการ เพิ่มอายุขัยเฉลี่ย ตลอดจนการจัดการกับปัจจัยสนับสนุนของระบบบริการสุขภาพ
2 ในระหว่างปี 1960	● การแข่งขันในแต่ละโรงพยาบาลสูงมากโดยเฉพาะเรื่อง การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ● กลุ่มเป้าหมายที่ให้ความสำคัญคือ ผู้สูงอายุ	ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้สิทธิประโยชน์จากการประกัน และการลดภาระเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ส่งผลทำให้ การเข้าถึงบริการสุขภาพมีมากขึ้น ใช้บริการรักษามากขึ้น อัตราการได้ประโยชน์ดีขึ้น และโดยมีการร่วมจ่าย เพียง 10 ถึง 30 % ของค่ารักษาในการประกันสุขภาพ และน้อยมากหากเป็นผู้สูงอายุ มีจำนวนโรงพยาบาลมากขึ้น เป็นช่วงเดียวกันกับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ ที่มีการขยายตัวของสถานบริการด้านสุขภาพ โดยขยาย 1.9 เท่า
3 ปัจจุบัน	● เศรษฐกิจถดถอย ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจ ● กลุ่มวัยแรงงานได้รับผลกระทบอย่างมาก	ความไม่สมดุลระหว่างการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความเติบโตด้านเศรษฐกิจ ขยายตัวขึ้นเพราะการเปลี่ยนแปลงของแนวโน้มด้านเศรษฐกิจ เป็นการยากที่ญี่ปุ่นจะคาดหวังการเติบโตทางเศรษฐกิจให้เหมือนที่เคยมี การขยายตัวของความไม่สมดุลดังกล่าวชี้ให้เห็นภาระอันหนักหน่วงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มคนหนุ่มสาว ที่ต้องแบกรับ ทำให้คุณค่าของระบบประกันสุขภาพเปลี่ยนไปจากการที่เป็นกลไกในการลดภาระเรื่องค่าใช้จ่าย

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
		ด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกันที่มีการเปลี่ยนแปลงใน โครงสร้างการจ้างงาน และ โครงสร้างทางสังคม และระบบประกันสุขภาพ รัฐบาลต้องหาวิธีการที่ จะลดภาระเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลงหรือ คงไว้ให้มีการเพิ่มตัวในอัตราต่ำ จึงจำเป็นต้องมี การปฏิรูประบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุม มี ผลให้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้วย

ตารางที่ 8 วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพประเทศ Australia

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
1 ค.ศ. 1900-1918 ภาวะเศรษฐกิจดี	● เน้นการดูแลสุขภาพของคนจน คนด้อยโอกาส ● ระบบการบริการสุขภาพที่จ่ายเงินแบบรายหัวถูกจำกัดสิทธิประโยชน์ ● ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ● ไม่เห็นความสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ	ประเทศออสเตรเลียมีรัฐธรรมนูญการประกันสุขภาพเป็นประเด็นทางสังคมและมีการพัฒนากองทุนที่ไม่หวังกำไรเพื่อช่วยคนจน จำนวนสมาชิกค่อยเพิ่มขึ้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับกลุ่มประกันสุขภาพสำหรับคนด้อยโอกาสยังไม่ดีนักเนื่องจากจ่ายเงินแบบ Capitation แพทย์มองว่าถูกจำกัดสิทธิ George Knibbs เสนอให้รัฐบาลกลางปฏิรูปให้เกิดการประกันสุขภาพแบบรัฐจัดสวัสดิการโดยใช้ระบบการจัดเก็บภาษี เกิด Nationalized Health Care Program ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการได้ กลุ่มแพทย์ประท้วง ประเทศมีฐานะเศรษฐกิจดี รัฐบาลไม่ต้องการปฏิรูปบริการสุขภาพภาคเอกชนเติบโตอย่างรวดเร็ว
2 ค.ศ.1931-1968 ภาวะเศรษฐกิจถดถอย	● การตัดงบประมาณค่าใช้จ่ายของประเทศ เรียกเก็บภาษีจากลูกจ้าง นายจ้างเป็นกองทุนประกันสุขภาพ ● นโยบายทางการเมือง ● เน้นการดูแลสุขภาพตนเอง	รัฐบาลต้องการตัดงบรายจ่ายของประเทศ มีการเสนอกฎหมาย National Health & Pension Bills หักภาษีลูกจ้าง นายจ้างเป็นกองทุนประกันสุขภาพ มีการประท้วงอย่างกว้างขวาง แพทย์ประท้วงไม่ให้บริการแก่สมาชิกกองทุนประเภทนี้ นโยบายต้องหยุดไป รัฐมนตรี John Curtin

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
	● กลุ่มคนยากจน ● กลุ่มลูกจ้าง ● ประกันสุขภาพประชาชนทุกคน ● ความไม่เป็นธรรมในการจ่ายเบี้ยประกัน ● งบประมาณถูกจำกัด ตัดงบประมาณของประเทศ ● การจัดระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงตามกระแสและนโยบายของพรรคการเมือง	ผลักดันให้เกิด National Health Service ขึ้นอีก มีการหักทวงจากฝ่ายค้านและกลุ่มนายจ้าง ลูกจ้าง รัฐบาลแพ้การลงคะแนนเสียงสนับสนุนกฎหมาย ค.ศ.1949 พรรค Liberal ชูนโยบาย Comprehensive Health Insurance Plan ต้องการระบบรัฐสวัสดิการและให้สมาชิกในสังคมรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองระดับหนึ่ง ใช้ Means-test เพื่อคัดคนกลุ่มที่ยากจน ให้บริการฟรีจากสถานบริการของรัฐ แต่กองทุนนี้รัฐจ่ายไม่เกินร้อยละ 90 ของ Schedule fee แพทย์มีอิสระในการเรียกเก็บที่อาจจะมากกว่า Schedule fee ได้ ปรากฏว่าประชาชนร่วมจ่ายมาก ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากไม่มีเงินจ่าย Scotton & Deeble ได้ทำรายงานเสนอรัฐบาลมีเนื้อหาหลักให้ทุกคนต้องมีประกันสุขภาพ เป็นการบริหารโดยภาครัฐโดยใช้ระบบการจัดเก็บภาษี กำหนดงานบริการผู้ป่วยนอกและงานบริการผู้ป่วยในที่เป็นมาตรฐานและให้บริการในสถานพยาบาลรัฐ งานบริการพื้นฐานดังกล่าวต้องฟรี มี Health Insurance Commission ทำหน้าที่บริการเงินกองทุนที่มาจากรายได้ที่หักภาษีเงิน 1.25% ของรายได้ที่หักภาษีเงิน งบประมาณที่รัฐจัดสรร ส่วนหนึ่งจากเงินกองทุนชดเชยลูกจ้าง แพทย์ผู้ให้บริการสามารถเรียกเก็บค่าบริการจาก Health Insurance Commission ที่เรียกว่า bulk-billing ในอัตรา 85 % หรือเรียกเก็บตามราคา schedule fee จากรัฐบาล (คิดจากต้นทุนบวกส่วนที่เป็นกำไร) และอีก 15 % ผู้ป่วยจ่ายเอง/ซื้อประกันเอกชนจ่ายส่วนที่ต้องจ่ายนี้
3 ค.ศ.1969-1981	● มีการกำหนดมาตรฐานในการ	คณะกรรมการศึกษาและสรุป โดยเสนอว่าต้องให้มีผู้ป่วยในที่เป็นมาตรฐานและมีจ้างในรูปแบบ

การเคลื่อนไหว ของระบบสุขภาพ ช่วงที่	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือ ลักษณะประชากร	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และ การจัดระบบบริการสุขภาพ
การปรับเปลี่ยนสู่ มาตรฐาน	บริการที่โรงพยาบาล - การจัดตั้งองค์กรอิสระในการจัดระบบประกันสุขภาพ มีการตั้งกองทุนดูแลสุขภาพตามนโยบายของการเมืองจาก Medibank เป็น Medicare - เน้นความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน	เงินเดือน งานบริการต้องฟรี มีการกำหนดค่าบริการที่เป็นมาตรฐาน ให้ National Health Insurance Commission เป็นองค์กรอิสระทำหน้าที่บริหารจัดการระบบงานประกันสุขภาพ ให้มีการประกันสุขภาพแบบสมัครใจสำหรับงานบริการที่นอกเหนือสิทธิประโยชน์พื้นฐานมี Medibank ถูกต่อต้านจากกลุ่มแพทย์ ความไม่ยั่งยืนของ Medibank เนื่องจากการเมืองไม่มั่นคง มีค่าใช้จ่ายสูง เปลี่ยนรัฐบาล ผลักดันกฎหมายให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพภายใต้กองทุน Medicare ให้ Medicare agreement มีกำหนด 5 ปี หลังจากนั้นจะมีการปรับ แก้ไขใหม่ และสามารถปรับปรุงข้อตกลงได้ แม้ว่าอยู่ในระหว่างการใช้

ลักษณะโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ในประเทศต่างๆ

สรุปเป็นภาพคร่าวๆของลักษณะโครงสร้าง เน้นที่การตอบสนองต่อความต้องการในแต่ละประเทศเช่น ลักษณะทางประชากร การเจ็บป่วยและโรค ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และตามการขับเคลื่อนทางการเมือง

ตารางที่ 9 ลักษณะโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพประเทศต่างๆ

ประเทศ	ลักษณะโครงสร้างเชิงกระบวนการจัดการ	หลักคิด
Singapore	ประเทศสิงคโปร์มีระบบสุขภาพ 2 ระบบ (Dual system) คือระบบสุขภาพในภาครัฐและระบบสุขภาพในภาคเอกชน ที่รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนและเวชปฏิบัติทั่วไป เมื่อแบ่งตามระดับความซับซ้อนจะมี 3 ระดับ ระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และบริการสุขภาพอื่นๆเช่น บริการสุขภาพฟัน บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ฯลฯ	นโยบายหลักของประเทศต้องการให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบ ชุมชนสนับสนุน รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้ภายใต้การจัดการระบบบริการสุขภาพตามค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ โดยที่รัฐบาลจะมีการใช้กลไก medisave ในการออมทรัพย์ medishield สำหรับการเจ็บป่วยที่รุนแรงและยาวนาน และmedifund ให้กับบุคคลที่ไม่สามารถรับภาระได้

ประเทศ	ลักษณะโครงสร้างเชิงกระบวนการจัดการ	หลักคิด
Malaysia	ระบบสาธารณสุขภาครัฐ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1) <u>ระดับชาติ</u> รับผิดชอบในการวิเคราะห์และจัดทำนโยบาย กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ศึกษาทบทวนการออกกฎหมาย ฝึกอบรม 2) <u>ระดับรัฐ</u> ดำเนินการตามนโยบาย ดูแลการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม 3) <u>ระดับท้องถิ่น</u> ดำเนินการให้บริการสุขภาพ การบริการมี 2 ระดับคือ Health clinic และ Rural clinic ระบบสาธารณสุขภาคเอกชนมีคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป ประมาณ 5000 แห่งทั่วประเทศ โรงพยาบาล 241 แห่ง เรียกเก็บค่าบริการโดยแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย มาเลเซีย โดยใช้ Fee schedule เป็นแนวทาง และได้ ออกกฎหมาย Private Healthcare Facilities and Services Act 1998 เพื่อใช้ในการตรวจสอบ ควบคุม การให้บริการทางการแพทย์ของภาคเอกชน	โครงสร้างระบบบริการสุขภาพจะ ดำเนินการได้จะต้องมีกลไกทางด้านการเงินที่ดีโดยที่รัฐบาลได้พยายามหาวิธีการจ่ายค่าให้บริการทางการแพทย์ในรูปแบบต่างๆ โดยใช้แนวคิด managed care และการแปรรูปโรงพยาบาล เป็นต้น
New Zealand	การจัดการบริการต่างๆทั้งการจัดซื้อ จัดหาจะเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการประจำตำบล (District Health Boards; DHBs) เพียงองค์กรเดียวที่มาจากรัฐบาล ภายใต้ต้นนโยบายหลักของกระทรวงสุขภาพ ที่มีขั้นตอนการสำรวจ ประเมิน และวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ ของประชาชน ในท้องถิ่นโดยที่กระบวนการจัดการจะได้ถูกแบ่งตามระดับของระบบการบริการเช่น Primary care, secondary care ตามกลุ่มเป้าหมาย เช่น บุคคลและครอบครัว ผู้ด้อยโอกาส สุขภาพจิต สาธารณสุข สุขภาพกลุ่มเมารี ฯลฯ โดยที่ระดับของการให้บริการจะมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์แวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน	กระบวนการจัดการจะพิจารณาจากการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยความเท่าเทียมกัน การกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน เพื่อที่จะสามารถปรับเปลี่ยนระดับการให้บริการตามงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและ นโยบายทางการเมือง
South Korea	ภายใต้โครงสร้างของระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศตามกลไกการตลาดเสรี และความรับผิดชอบต่อแต่ละบุคคลและแต่ละครัวเรือน ทำให้เกิดระบบต่างๆขึ้นเช่น 1) ระบบประกันสังคม (social insurance) national pension system, medical insurance system,	จากโครงสร้างดังกล่าวทำให้ต้องมีกระบวนการเชื่อมโยงในการจัดการระบบบริการสุขภาพจากกองทุนสุขภาพจากระบบย่อยทั้ง 5 คือ รัฐบาลไม่ได้จ่ายสมทบ และรัฐบาลจ่ายสมทบ โดยที่จะช่วยประเมิน

ประเทศ	ลักษณะโครงสร้างเชิงกระบวนการจัดการ	หลักคิด
	public health policies 2) ระบบการช่วยเหลือจากสาธารณ ระบบการดูแลสุขภาพตลอดชีวิต (health maintenance system) 3) ระบบบริการสุขภาพ(health care delivery system) 4) ระบบการดูแลสุขภาพตามโรงงานอุตสาหกรรม 5) ระบบประกันสุขภาพ (health insurance system)	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศให้มีการขยายสิทธิประโยชน์ ลดส่วนร่วมจ่าย ขยายระยะเวลาในการคุ้มครอง ขึ้นเบี้ยประกัน กระจายความเสี่ยงของกองทุน จะทำให้กระบวนการจัดการโครงสร้างระบบมีความชัดเจนขึ้น
Japan	ระบบประกันสุขภาพเป็นโครงสร้างภายใต้กระบวนการจัดการของรัฐบาลกลางร่วมกับส่วนท้องถิ่นที่ต้องการให้มีประกันสุขภาพครอบคลุมจาก National Health insurance ผู้จ้างงาน เกษตรกร ผู้ว่างงาน และ employee's health insurance ในพนักงานบริษัท โดยที่ระดับของการให้บริการตามโครงสร้างจะเป็น 1) General Hospitals National hospitals and sanatoria 2) ระบบบริการฉุกเฉิน 3) ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) บริการสุขภาพเด็ก เป็นต้น	เงื่อนไขในการจัดการระบบบริการสุขภาพจากการพิจารณา 1) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ต้องมีการปรับระบบการให้บริการเช่น ปรับระบบค่าบริการ รายการค่ายา และการเสริมกลไกการตรวจสอบการเบิกจ่าย 2) แบบแผนการเจ็บป่วย และลักษณะกลุ่มประชากร ทำให้มีการจัดสรรงบประมาณและบริหารจัดการตามสถานการณ์ของโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็นไปได้อย่างครอบคลุม
Australia	ถ้าพิจารณาตามโครงสร้างระบบบริการสุขภาพของประเทศ กระบวนการจัดการระดับปฐมภูมิจะเป็นของเอกชน ส่วนระดับทุติยภูมิจะเป็นของภาครัฐ โดยที่การบริหารงานหลักจะเป็นรัฐบาลกลางที่เป็นผู้นำในการจัดทำนโยบายและการจัดประเด็นที่สำคัญของชาติ ทั้งในด้านการวิจัย การจัดการข้อมูล เงินทุนงบประมาณ ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดหาและจัดการบริการสุขภาพของประชาชน	กระบวนการจัดการระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นจากนโยบายและการเปลี่ยนแปลงตามพรรคการเมือง เป็นหลัก ซึ่งเป็นการจัดการภายใต้ความจำเป็นในเรื่องของค่าใช้จ่ายตามภาวะเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น

สรุป

จากการวิเคราะห์การออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพผ่านวิวัฒนาการของแต่ละประเทศเห็นว่า มีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องตามกระแสต่างๆที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สรุปได้ว่า มีกระแสการเปลี่ยนแปลงที่มีอิทธิพลต่อการออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพดังนี้

1. กระแสการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมืองการปกครอง เช่น จากการเปลี่ยนชั่วคราวเมืองทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง แนวคิดและรูปแบบที่ไม่ลงรอยกัน อันเป็นผลจากนโยบายของพรรคการเมืองที่แตกต่างกัน หรือประเด็นความแตกต่างในความคิดระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่น ถ้าพรรคการเมืองในสองระดับไม่ได้เป็นพรรคเดียวกัน จะส่งผลให้กลุ่มแพทย์เสียประโยชน์จากการจ่ายค่าตอบแทน หรือการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในการบริหารจัดการ จัดซื้อบริการสุขภาพแก่ประชาชนกันเอง เป็นต้น
2. กระแสการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ จากภาวะวิกฤตทางด้านการเงินการคลัง และงบประมาณของทุกประเทศจนเกิดภาวะถดถอยทางด้านเศรษฐกิจอย่างทั่วถึงกัน ทำให้แต่ละประเทศต้องมีการทบทวนการออกแบบระบบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในรูปของการปฏิรูประบบสุขภาพให้สอดคล้องกับเศรษฐกิจของแต่ละประเทศในรูปแบบที่แตกต่างกันตามสังคัมวัฒนธรรมของประเทศนั้นๆ เช่น การให้ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายเพิ่มมากขึ้น การนำระบบกองทุนสุขภาพหรือกองทุนประกันสุขภาพเข้ามาแทนการจ่ายจากรัฐบาลทั้งหมด การกำหนดชุดบริการพื้นฐานเพื่อให้บริการเท่าที่จำเป็นและเหมาะสมกับความเจ็บป่วย อีกทั้งยังสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เป็นต้น
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของประชาชนจากการแพร่ระบาดของโรคที่นำไปสู่การเจ็บป่วยเปลี่ยนไป จากโรคติดต่อกลายเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคจากพฤติกรรม หรือโรคเดิมที่เคยแพร่ระบาดและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ โดยที่ระบบของสถานบริการจะต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้อง มีการส่งเสริมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลและครอบครัวมากกว่าการรักษาเพียงอย่างเดียว
4. การเปลี่ยนแปลงตามกระแสแห่งคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมาตรฐานการบริการ โดยเฉพาะประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน การประกันคุณภาพมาตรฐานการบริการ ความยุติธรรมในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

บทเรียนดังกล่าวทำให้มองเห็นว่า การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพจะต้องคำนึงถึงแนวคิดในการจัดระดับบริการสุขภาพที่มีเป้าหมายชัดเจน มีกลยุทธ์และกลวิธีที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้แตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศทั้งนี้เพื่อจัดการกับปัจจัยหลักได้อย่างครอบคลุม เช่น เริ่มมีการให้ผู้ให้บริการเป็นตัวหลักแทนผู้ให้บริการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ประชาชนในกลุ่มต่างๆ ได้เข้ามาร่วมในการพัฒนานโยบาย ด้วยการจัดตั้งกลุ่มต่างๆ ให้เป็นหน่วยงานปรึกษาของรัฐบาลกลาง ซึ่งมีแนวโน้มจะใช้กระบวนการกลุ่มเช่นนี้มากขึ้นเรื่อยๆ โดยคาดว่าจะช่วยให้ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพสูงขึ้น

ส่วนที่ 3 แนวคิดการจัดระบบและระดับบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของแต่ละประเทศกำหนดขึ้นสามารถอธิบายภายใต้แนวคิดหลายแนวคิดที่ผสมผสานและหลากหลายตามสภาพของประเทศนั้นๆ ได้แก่ ครอบคลุมกับประชากรทุกกลุ่มวัย เป็นไปตามสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม และทางวัฒนธรรม หรือรวมถึงปรากฏการณ์ที่ส่งผลกระทบ และคุกคามต่อภาวะสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายๆฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ในลักษณะของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสุขภาพ กระทรวงสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงทรัพยากรมนุษย์ และกระทรวงสวัสดิการสังคม หรือภาคเอกชน หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชน ทั้งนี้ยังรวมถึงแนวคิดการจัดการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้สมดุล บนฐานความเชื่อคล้ายกันว่า สุขภาพคือทุกสิ่งที่เชื่อมโยงกัน ดังนั้น การแบ่งระดับบริการสุขภาพจึงเป็นไปตามสถานการณ์และความซับซ้อนของเทคโนโลยีทางการแพทย์ บทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการ กลุ่มประชากรเป้าหมาย ระดับความรุนแรงของโรคและอาการ อัตราเตียง และปริมาณของสถานบริการที่ปรากฏในประเทศนั้นๆ หรือ ความต้องการของประชาชน ดังนี้

Singapore

แนวคิด

- ระบบบริการสุขภาพใน Singapore เป็นระบบที่ครอบคลุมความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพกับวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนที่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มทำงาน การจัดการระบบบริการสุขภาพจึงเกี่ยวข้องกับกระทรวงที่รับผิดชอบ 3 กระทรวงหลัก คือ สุขภาพ (MOH) สิ่งแวดล้อม (ENV) และ กำลังคน (MOM)
- การจัดระบบบริการสุขภาพเป็นการจัดการเพื่อให้บริการที่ดี ทั้งถึงทุกกลุ่มประชากร สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยี ตามความจำเป็น มีองค์การบริหารสุขภาพจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ร่วมให้บริการ มีรัฐเป็นผู้จัดการและให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกินความจำเป็น

ประเด็นที่เป็นเงื่อนไขการจัดระบบบริการสุขภาพในประเทศ Singapore

- 1) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทางแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญและการใช้เทคโนโลยีมากเกินความจำเป็น
- 2) ความคาดหวังและความต้องการบริการสุขภาพที่ดีและมีความทันสมัยจากข้อมูลข่าวสารที่ทั่วถึงและอิทธิพลจากสังคมที่มีมากขึ้น
- 3) ประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุ(มากกว่า 60 ปี) จะเพิ่มจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 27 ในปี ค.ศ. 2030 ซึ่งจะทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น
- 4) ขาดแคลนพยาบาลและวิชาชีพอื่นเช่น โภชนาการ

ระดับบริการ

ระดับบริการสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับตามความซับซ้อนของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในสถานบริการระดับต่างๆกัน

1. ระดับปฐมภูมิ ผู้เป็นเจ้าของส่วนใหญ่เป็นคลินิกและโพลีคลินิกเอกชน ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติเน้นการคัดกรองโรค การป้องกันโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการและยา สำหรับภาครัฐให้บริการทางการแพทย์

พื้นฐานแก่ครอบครัวให้บริการแบบเบ็ดเสร็จทั้งการคัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ กระจายไปทั่วประเทศในระดับท้องถิ่น

2. ระดับทุติยภูมิ เป็นการให้บริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในโรงพยาบาลทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน ส่วนใหญ่เป็นของรัฐ 8 แห่ง ให้บริการรักษาโรคเฉียบพลันทั่วไป ให้บริการผู้ป่วยหลายสาขา ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน 5 แห่ง และ โรงพยาบาลเฉพาะทางสูตินรีเวช จิตเวช 2 แห่ง และ อีกแห่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการรดับปานกลางเพื่อผู้สูงอายุและการพักฟื้นในผู้ป่วยทั่วไป
3. ระดับตติยภูมิ เป็นสถาบันเฉพาะทาง 5 แห่งและมีศูนย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 2 แห่งให้บริการโรคเฉพาะ เช่น มะเร็ง หัวใจ ตา ระบบประสาท เป็นต้น สนับสนุนให้องค์กรต่างๆในระดับชุมชนมีส่วนร่วมในการประกอบการในโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือก

สถานการณ์ของประเทศ

- เป็นประเทศที่แยกจากประเทศมาเลเซีย ประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวจีน ประเทศสิงคโปร์มีนโยบายให้ประชาชนออมทรัพย์เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ
- บริการอื่นๆ เช่น ทันตอนามัยในกลุ่มนักเรียนรัฐบาลจะสนับสนุนให้เอกชนรับผิดชอบ เช่นเดียวกับอนามัยผู้สูงอายุ รัฐบาลจะสนับสนุนให้องค์กรทางศาสนาเข้าร่วมในการให้บริการทางสวัสดิการผู้สูงอายุ
- การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิถือว่าเป็นจุดที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศ เพื่อให้มีการเชื่อมโยงระดับบริการต่างๆและมีความต่อเนื่องจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นเครือข่ายการให้บริการสุขภาพมากขึ้น
- ให้บริการทางการแพทย์ด้วยชุดพื้นฐาน
- กระทรวงสุขภาพได้ควบคุมจำนวนและประเภทของแพทย์เฉพาะทาง ไม่เกินร้อยละ 40 ควบคุมจำนวนเตียงผู้ป่วยในระดับทุติยภูมิ

Malaysia

แนวคิด

- ระบบบริการสุขภาพที่สนองตอบสิทธิของประชาชนด้านสุขภาพตามนโยบาย Open Door Policy คือการไม่ปฏิเสธเมื่อผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลแล้ว ไม่มีเงื่อนไขการข้ามขั้นตอนหรือการส่งต่อหรือไม่มีเงินค่ารักษา เป็นระบบที่รัฐบาลช่วยเหลือประชาชนด้านค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพโดยให้ประชาชนร่วมจ่ายเพียงเล็กน้อย
- ระบบบริการที่ครอบคลุมการจัดการที่มากกว่าการบริการด้านสุขภาพโดยตรง โดยรัฐบาลให้ 6 กระทรวงหลักรับผิดชอบดำเนินการ คือ สุขภาพ ศึกษา กลาโหม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทรัพยากรมนุษย์ และสวัสดิการสังคม กระทรวงสุขภาพเป็นหน่วยงานหลักที่กำหนดระบบบริการสุขภาพ มาตรฐาน กลไกการควบคุมคุณภาพ ส่วนหน่วยงานอื่นเป็นหน่วยงานสนับสนุนการบริการที่ครอบคลุมการจัดการปัจจัยที่กระทบสุขภาพ หรือการจัดการปัญหาสังคมที่เป็นปัญหาร่วมสุขภาพเช่น ยาเสพติด ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางปัญญา
- ระบบบริการที่แข่งขันกันระหว่างองค์กรบริการภาครัฐและภาคเอกชน และเป็นระบบบริการที่ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการจากสถานบริการต่างๆได้อย่างเสรี
- แม้ว่าเงื่อนไขหลักของการกำหนดนโยบายสุขภาพของรัฐจะเห็นความสำคัญของการก่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพในชนกลุ่มน้อยและผู้ด้อยโอกาส ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท ระบบบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัดเรื่องนี้ ถึงแม้ว่าได้มีการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามแนวคิดเวชปฏิบัติครอบครัวแล้ว เงื่อนไขที่

สำคัญในส่วนนี้คือการควบคุมมาตรฐานการบริการในระดับต่างๆ โดยเฉพาะการรักษาทั้งในระนาบเดียวกันและต่างระนาบกันในกลุ่มองค์กรบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งอาจเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาคประชาชน จากการให้บริการหรือยาที่เกินจำเป็น เช่น การเปลี่ยนแพทย์หรือใช้แพทย์หลายคนในการรักษาพยาบาลเดียวกัน การให้บริการเอกชนมากกว่าบริการของรัฐในลักษณะการบริการระนาบเดียวกันแต่เครื่องมือการตรวจวินิจฉัยและการรักษาแพงกว่า ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น

ระดับบริการ ระบบบริการสุขภาพมีการแบ่งได้หลายลักษณะ เช่น

1. ตามความเป็นเจ้าของ ประกอบด้วยภาครัฐและภาคเอกชน ในภาครัฐแบ่งตามระดับการปกครองเป็น 3 ระดับคือ
 - ระดับชาติ รับผิดชอบการวิเคราะห์จัดทำนโยบาย กำหนดเกณฑ์มาตรฐานทบทวนกฎหมายการฝึกอบรม
 - ระดับรัฐดำเนินการตามนโยบาย ดูแลการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม
 - ระดับท้องถิ่น ดำเนินการให้บริการสุขภาพในเขตเมืองและเขตชนบท
2. ตามระดับความซับซ้อนของบทบาทหน้าที่ มี 2 ระบบคือ

ระบบบริการภาครัฐ ที่เน้นการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐและคลินิกเอกชน ในเขตชนบทจะเป็นหมอโบราณ Health Clinic และ Rural Clinic ใช้ paramedical เน้นการรักษาการป้องกันโรคระดับบุคคล อนามัยแม่และเด็ก ส่วนสุขภาพบาลิสต์แวดลัสม์ และการควบคุมพาหะของโรคหรือการควบคุมปัจจัยกระทบสุขภาพเป็นงานของ Health Clinic เป็นการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ มีการใช้วิทยาการผสมผสานขั้นสูง

ระบบบริการภาคเอกชน เป็นบริการจาก Private Clinic และ Private Hospitals ส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง เน้นการรักษาในโรงพยาบาล

สถานการณ์ของประเทศ

- เป็นสังคมแบบพหุลักษณะ มีหลายเชื้อชาติ ระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิรัฐบาลมีเครือข่ายกับภาคเอกชนที่เข้มแข็งมาก มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบคลุมตัวกันจัดตั้งสมาคมขึ้น PC-DOM
- การจ่ายค่าบริการเป็นแบบ Fee-for-service ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์ได้จึงทำให้เกิดอุปทานขึ้นจึงต้องใช้กลไกการจ่ายคืน (reimburse) ภายใต้งบประมาณของประเทศ กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์
- บริการภาคเอกชนคุกคามภาครัฐในด้านการดึงดูดบุคลากร ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นทำให้เกิดช่องว่างระหว่างภาคเอกชนกับภาครัฐ

New Zealand

- ระบบบริการที่มีแพทย์ประจำตัว เป็นระบบที่เน้นการบริการสุขภาพรายบุคคลและครอบครัว ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งพลเมืองและประชาชนที่มาอยู่อาศัย โดยรัฐบาลเป็นผู้กำหนด บริหารจัดการเรื่องการเงินการคลัง ในระดับประเทศ ส่วนในระดับท้องถิ่นมีองค์กรส่วนท้องถิ่นดำเนินการ คือ Districts Health Boards; DHBs ทั้งการจัดการการเงินการคลังและการจัดหาบริการที่สอดคล้องกับลักษณะปัญหาความต้องการด้านสุขภาพในท้องถิ่นเพียงผู้เดียว ระบบบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นระบบบริการสุขภาพของรัฐ
- ระบบบริการที่กำหนดขอบเขตและลักษณะบริการต่างระดับ แต่มีความเชื่อมโยงกัน โดยอาศัยการส่งต่อด้านการรักษา เพื่อให้เกิดการใช้ศักยภาพของสถานบริการ ทรัพยากรด้านสุขภาพ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ ประชาชน

โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา การรับรู้ หรือกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จากอุบัติเหตุ ทั้งนี้ภายใต้ The New Zealand Public Health and Disability Act 2000 มีจุดมุ่งหมายที่จะจัดข้อขัดขวางในการป้องกันสุขภาพของผู้ด้อยโอกาสให้มีส่วนร่วมในสังคม ตามสิทธิมนุษยชน ทักษะติดต่อสังคม การศึกษา และการจ้างงาน การพักผ่อนและวิถีชีวิต ข้อมูลข่าวสาร บริการสาธารณสุข และ ระบบสนับสนุน

- ระบบบริการที่ตอบสนองลักษณะประชากรและปัญหาสุขภาพที่พบในระดับชาติ ได้แก่ประชากรผู้ด้อยโอกาส ที่รวมเอาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมไว้ทั้งหมด เช่น ผู้ป่วยทางจิต ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางร่างกาย และ สติปัญญา เป็นต้น
- ระบบบริการที่สนองตอบความต้องการของชนกลุ่มที่สำคัญของประเทศ คือ ชนเผ่าเมารี และกลุ่มจากแปซิฟิก ทั้งนี้ตามลักษณะแบบแผนการเกิดโรคและการดำเนินชีวิตที่มีความเป็นเฉพาะ โดยให้ชุมชนชนเผ่าเมารีได้กำหนดและจัดหาบริการสุขภาพที่ต้องการ เพื่อให้มีระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับชนเผ่า และแสดงออกถึงความเท่าเทียมที่ชัดเจน ทั้งนี้เป็นไปตามสนธิสัญญา Waitangi
- ระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพกับสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรค ระบาด การป้องกันโรคที่กระทบประชากรทุกวัย โดยออกแบบเป็นการบริการเฉพาะบุคคลตามลักษณะปัจจัยคุกคามต่อสภาวะสุขภาพประชาชน ทั้งด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ บริหารจัดการโดยรัฐบาลกลางผ่าน Public Health Commission และท้องถิ่นผ่าน DHBs ทั้งนี้เพื่อเป็นการใช้ศักยภาพและทรัพยากรอย่างเต็มที่
- เป็นการสร้างระบบบริการสุขภาพที่ดีที่สุดแก่ประชาชนทุกคน

ระดับบริการสุขภาพจะเน้นตาม

1. ตามกลุ่มประชากรที่เป็นเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติจากการสำรวจสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ จัดตั้งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการรณรงค์ป้องกัน ส่งเสริม ฟันฟู และรักษาสุขภาพเช่น สุขภาพครอบครัว ผู้ด้อยโอกาส สุขภาพจิต สาธารณสุข สุขภาพเมารี และชนกลุ่มน้อยจากแปซิฟิก
2. ตามลักษณะความรุนแรงของโรคและอาการที่ประกอบด้วยการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ปรับโรงพยาบาลเดิมให้มีหน้าที่ในการให้บริการชัดเจนขึ้นตามระดับการให้บริการเช่น
 - health center เป็นการให้บริการระดับปฐมภูมิในการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคเบื้องต้น
 - sub acute units เป็นการวินิจฉัยโรคที่ไม่รุนแรง นอนเพื่อการรักษา 1 วัน มีการช่วยฟื้นคืนชีพและส่งต่อ
 - secondary hospital สถานบริการที่พร้อมให้บริการใน 24 ชั่วโมง ทั้งการดูแลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ ส่งการรักษาต่อไป
 - lower level tertiary hospitals โรงพยาบาลเฉพาะทางพิเศษ การดูแลฉุกเฉิน จากความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (ทั้งประเทศ มี 5 แห่ง)
 - และ higher level tertiary hospital ส่งมารักษาต่อเป็นเฉพาะทางเช่น ระบบประสาท ไฟไหม้น้ำร้อนลวก ถ้ำไขกระดูก โรคหัวใจ การเปลี่ยนไต หน่วยทารกแรกเกิด ฯลฯ

สถานการณ์ของประเทศ

- เป็นประเทศที่มีประชาชนกลุ่มน้อยอาศัยร่วมอยู่ด้วยเป็นจำนวนมากทำให้การจัดระบบบริการจะต้องมีความครอบคลุม ความเท่าเทียม และการเข้าถึงบริการสุขภาพได้เป็นหัวใจสำคัญในการวางแผนนโยบายการดูแลสุขภาพประชาชน

- โดยที่การจัดตั้งเป็นองค์กรเดียวในการบริหารจัดการจะเป็นคณะกรรมการที่มาจากกระบวนการมีส่วนร่วม และมีความโปร่งใส มาจากการเลือกตั้ง การดำเนินกิจกรรมต่างๆจะเป็นไปด้วยดี
- จากการจัดสรรค่าใช้จ่ายสุขภาพตามที่คณะกรรมการประจำเขตที่ได้มาจากภาษีของประชาชนและการที่ประชาชนมีสิทธิในการร่วมจ่ายที่ใช้บริการทางด้านสุขภาพจึงทำให้การดูแลสุขภาพจะต้องมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อการพัฒนาสุขภาพที่ดีในอนาคต

South Korea

- ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบย่อยในระบบสุขภาพและสวัสดิการของประเทศ ระบบย่อยอื่นได้แก่ Health Maintenance System Occupational Health System Health Insurance System และ Health Care Delivery System ทุกระบบมีส่วนกำหนดการบริการ การจัดการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งหมด
- เป็นระบบบริการสุขภาพเพื่อสนองตอบ ภาวะการตกงานที่มีมากขึ้น สภาพครอบครัวที่ไม่เข้มแข็งและสภาพเศรษฐกิจของชาติตกต่ำ ทำให้เกิดความต้องการด้านสวัสดิการและด้านสุขภาพมากขึ้น พร้อมกับการแก้ปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพที่เป็นมา มีกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการรับผิดชอบ วางแผนและจัดระบบให้ครอบคลุม
- ระบบบริการสุขภาพออกแบบบนฐานคิดของโปรแกรมการประกันสุขภาพ 3 ทิศทางคือ แบบแผนในระดับชาติที่กำหนดอัตราค่าบริการ การซื้อประกันสุขภาพจากภาคเอกชน และการจัดหาทรัพยากรและเทคโนโลยีที่จำเป็นเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพ
- เน้นการเพิ่มศักยภาพประชากรในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการจัดบริการสุขภาพที่มีแพทย์ประจำครอบครัว กระจายทรัพยากรด้านสุขภาพ พัฒนาคุณภาพการศึกษา จัดให้โรงพยาบาลให้บริการการรักษาโรคหรืออาการเฉียบพลัน(ถึงแม้ว่าแบบแผนของโรคในประชากรเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น)
- ส่งเสริมการค้าเสรีเรื่องบริการสุขภาพเปิดโอกาสให้องค์กรบริการสุขภาพของเอกชนมีการแข่งขันสูง โดยเฉพาะในเขตเมือง ทั้งนี้มีส่วนที่รัฐต้องสนับสนุนเป็นหลักคือบริการสุขภาพในเขตชนบทและประกันสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อย ทุกข์ยาก ไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพได้เอง
- ระบบบริการที่สะท้อนให้เห็นแนวคิดและกลไกตลาดเสรีคือ การที่ภาคเอกชนเป็นเจ้าของทรัพยากรด้านสุขภาพแบบแสวงหากำไร เป็นระบบบริการสุขภาพที่ไม่จำกัดกระบวนการบริการและการรักษา โดย มีทั้งแนวตะวันตกและแนวตะวันออก เห็นความแตกต่างของการกระจายทรัพยากรในเขตเมืองและเขตชนบท และการทำหน้าที่ของระดับบริการสุขภาพที่กำหนดให้ประชาชนเข้าใช้บริการในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นอันดับแรกก่อนได้รับการคัดกรองเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลต่อไปในระดับที่สูงขึ้น

ระดับบริการ

ตามระดับความรุนแรงของโรคและอาการมี 3 ระดับได้แก่

1. ระดับปฐมภูมิ ให้บริการกับประชาชนในเขตพื้นที่เวชปฏิบัติครอบครัวเจ้าของบริการมีทั้งเอกชนและรัฐบาล เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก-กลาง
2. ระดับทุติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และมหาวิทยาลัยให้บริการโดยแพทย์เฉพาะทาง
3. ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลพิเศษ เช่นโรงพยาบาลโรคจิต โรงพยาบาลมะเร็งและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ

สถานการณ์ของประเทศ

- เป็นประเทศอุตสาหกรรม เคยประสบความสำเร็จในการประกันสุขภาพในยุคความรุ่งเรืองทางด้านเศรษฐกิจ และการรวมประเทศปัจจุบันรัฐบาลมีความอ่อนแอ การกระจายแพทย์และทรัพยากรไม่ทั่วถึง เจ้าของกิจการส่วนใหญ่เป็นเอกชน ที่มุ่งเน้นกำไร ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากประเทศอื่นๆ ระบบบริการสุขภาพมีทั้งแพทย์ ตะวันตกและออก มีระบบการส่งต่อที่ไม่เข้มแข็ง บริการสุขภาพของประเทศยังประสบกับปัญหา
- ให้บริการด้วยชุดสิทธิประโยชน์ แต่เป็นข้อสังเกตว่าประชาชนจ่ายค่าใช้บริการสุขภาพในจำนวนสูง เนื่องจากเบี้ย ประกันต่ำจึงทำให้สิทธิประโยชน์อยู่ในวงจำกัด ทำให้สถานบริการไม่มีแรงจูงใจที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

Japan

- ระบบบริการที่สนองตอบการจัดการความไม่สมดุลระหว่างการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการเติบโต ทางเศรษฐกิจของประเทศ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในการจ้างงาน โครงสร้างทางสังคม และระบบประกัน สุขภาพ แบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคเรื้อรัง โครงสร้างทางประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น
- ระบบบริการให้สิทธิประโยชน์แก่ประชาชน 3 ประการที่สำคัญ คือ 1) ประชาชนมีโอกาสในการเข้าถึงบริการ สุขภาพเท่าเทียมกัน 2) ประชาชนใช้บริการที่มีคุณภาพในราคาที่ถูกลง 3) ประชาชนเสรีที่จะเลือกใช้สถาน บริการสุขภาพ
- เงื่อนไขที่สำคัญในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพคือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แบบ แผนการเจ็บป่วย และลักษณะกลุ่มประชากร ส่วนผลสำเร็จของการประกันสุขภาพและคุณภาพระบบบริการ สุขภาพที่ผ่านมาเป็นตัวเชื่อมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้วยเช่นกัน
- โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นเป็นผลจากประชากรผู้สูงอายุที่มีมากขึ้น ลักษณะการเจ็บป่วยในกลุ่มประชากร นี้เป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังแต่ด้วยคุณภาพระบบบริการทำให้อัตราการมีชีวิตรอดจากโรคร้ายแรงเช่นมะเร็งมี มากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายมีมากขึ้น เพราะค่าตรวจ ค่ารักษา แพ่งและมีอัตราการนอนโรงพยาบาลนาน การ ออกแบบระบบบริการสุขภาพจึง เน้นการใช้วิธีการรักษาที่ไม่แพงมาก การปรับระบบค่าบริการ รายการค่ายา และการเสริมกลไกให้กระบวนการตรวจสอบการเบิกจ่ายเป็นไปอย่างถูกต้อง
- การพัฒนาระบบประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่องและผลสำเร็จแต่ละช่วง พร้อมทั้งคุณภาพระบบบริการสุขภาพทำ ให้ อายุขัยเฉลี่ยของประชาชนสูงขึ้น และอัตราการตายต่ำ (ที่ 3.4 ต่อพันเด็กเกิด) ส่งผลกระทบการออกแบบ บริการสุขภาพ เช่นเดียวกัน

ระดับบริการ

1. ความเป็นเจ้าของได้แก่ ภาครัฐ และเอกชน สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน ถ้าเป็นของรัฐเน้นการ พึ่งตนเอง รพ. เอกชนส่วนใหญ่พัฒนามาจากคลินิกจึงทำให้มีรพ. ขนาดเล็กจำนวนมาก
2. ตามจำนวนเตียงในสถานบริการมี 3 ระดับได้แก่ รพ. มีจำนวนเตียงมากกว่า 20 เตียง ขึ้นไปจึงเป็นระดับ รพ. ขนาดเล็ก (20-99 เตียง) กลาง (100-499 เตียง) และใหญ่ (500 ขึ้นไป เตียง) คลินิกมีจำนวนเตียงไม่ เกิน 20 เตียงใช้ในการสังเกตอาการผู้ป่วยฉุกเฉิน พักไม่เกิน 48 ชั่วโมง และคลินิกผดุงครรภ์ มีไม่น้อยกว่า 10 เตียง

3. แบ่งตามเขตการปกครอง ระดับชาติ ให้การรักษาโรคที่สำคัญเช่น AIDS , TB, Harsen's disease, มะเร็ง ระดับรัฐและเมืองต่างๆ มีศูนย์กลางสุขภาพระดับท้องถิ่น เป็นบริการผู้สูงอายุ อนามัยแม่และเด็ก รัฐบาล กำหนดเตียงให้มีไม่เกินความจำเป็น โดยไม่จัดเป็นเตียงทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช , TB
4. แบ่งตามประเภทลักษณะบริการสุขภาพ
 - primary care ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพ คลินิก
 - emergency care ให้บริการที่สถานบริการต่างๆทุกระดับ ใช้ระบบการส่งต่อ
 - chronic care ให้การดูแลที่ sanatorium ส่วนใหญ่เป็นบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

สถานการณ์ของประเทศ

- ญี่ปุ่นเป็นประเทศอุตสาหกรรมที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มวัยแรงงานหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศได้เน้นความมั่นคงทางด้านสังคมเพิ่มขึ้นระบบประกันสุขภาพเข้าสู่ประชาชนทุกคน ปัจจุบันมีการเพิ่มจำนวนประชาชนวัยสูงอายุมากขึ้น จึงได้มีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง และแผนการเพิ่มจำนวนเด็ก
- ระบบงบประมาณ รัฐบาลจัดสรรตามรายได้ของปีที่ผ่านมา จึงทำให้โรงพยาบาลของรัฐมีการพึ่งตนเองเป็นหลัก นโยบายในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
 1. ใช้วิธีการรักษาที่ไม่แพงมาก
 2. ปรับระบบค่าบริการรายการค่ายา
 3. เสริมกลไกการตรวจสอบการเบิกจ่ายให้ถูกต้อง
- การให้บริการจะถูกกำหนดโดย medical care plan ที่กำหนดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ นโยบายเน้นการใช้เทคโนโลยี และการดูแลนอกสถานพยาบาล
- การบริการสุขภาพมีความซับซ้อน ประชาชนมีอิสระในการเลือกใช้บริการตามการใช้บริการสถานบริการขนาดเล็กจะไม่มีอุปสรรคสิ่งอำนวยความสะดวกทำให้ประชาชนใช้บริการโรงพยาบาลมากกว่าคลินิก ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีการทบทวนนโยบายเป็นระยะ เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการพักในโรงพยาบาล จึงมีแนวคิด 2 อย่างคือ แยกกลุ่มบริการ และแยกกองทุน

Australia

แนวคิด

- ระบบบริการที่ใช้กองทุนสุขภาพกองทุนเดียวในการออกแบบระบบบริการสุขภาพ โดยมีการแยกผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการทำให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพทั้งของภาคเอกชนและภาครัฐ ก่อให้เกิดสถานบริการเครือข่าย โดยอาศัยความแตกต่างของการบริการรักษาโรคของสถานบริการ
- ระบบบริการนี้กำหนดบทบาทหน้าที่ของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นอย่างชัดเจนทำให้มีระบบการทำงานร่วมมือกันที่มีประสิทธิภาพสามารถควบคุมคุณภาพมาตรฐานและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ เช่นการจัดหาบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ การกำหนดอัตราค่าบริการด้านสุขภาพ แบบตายตัวกำหนดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน
- ระบบที่กระจายการบริการสู่ประชากรในทุกพื้นที่ทุกท้องถิ่น โดยอาศัยการบริหารจัดการร่วมกันของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น

- ระบบที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีทางเลือกด้านการบริการสุขภาพแต่ต้องเริ่มที่การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยแพทย์เวชปฏิบัติ ก่อนได้รับการส่งต่อไปรักษาในระดับที่มีวิธีการที่ซับซ้อนมากขึ้น และการใช้ระบบประกันสุขภาพ โดยประชาชนร่วมจ่ายบางส่วนที่เกินสิทธิประโยชน์

ระดับบริการ

รัฐบาลกลางมีแนวคิดให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพ จึงมีการจัดระดับบริการสุขภาพตามความรุนแรงของโรค อาการ และเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็น 2 ระดับ

1. ระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ผู้เป็นเจ้าของเป็นเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการและคัดกรองเพื่อส่งต่อไประดับที่สูงขึ้นตามอาการของผู้รับบริการ โดยใช้กลไกของ Medicare ที่เป็นกองทุนสุขภาพหลัก
2. ระดับทุติยภูมิ ส่วนใหญ่รัฐบาลเป็นเจ้าของ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการโดยแพทย์เฉพาะทางในกรณีฉุกเฉิน อุบัติเหตุ และโรงพยาบาลเฉพาะทางให้ประชาชนร่วมจ่ายในอัตราที่สามารถแบกรับได้ โดยรัฐบาลจะจ่ายให้ร้อยละ 75 ถ้าเป็นหน่วยงานของรัฐ ร้อยละ 85 ถ้าเป็นหน่วยงานเอกชน เพื่อควบคุมการให้บริการที่เกินความจำเป็นในส่วนของผู้ใช้บริการ

สถานการณ์ของประเทศ

- เคยอยู่ในเครือจักรภพ มีชาวพื้นเมืองอาศัยอยู่ก่อน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่นอย่างชัดเจน
- กลไก Medicare เป็นกองทุนสุขภาพหลักของประเทศ ช่วยประสานความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานภาคเอกชนที่ให้บริการอยู่ในระดับปฐมภูมิกับภาครัฐบาลที่ให้บริการระดับทุติยภูมิ
- รัฐบาลสนับสนุนให้ภาคเอกชนได้มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพ และประกันสุขภาพเอกชนโดยรัฐสนับสนุนร้อยละ 30
- กองทุนสุขภาพให้บริการด้วยชุดสิทธิประโยชน์
- ในด้านค่าตอบแทนแพทย์ร่วมกับประเด็นการเมืองเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ

สรุป

วิเคราะห์แนวคิดในการจัดระดับบริการสุขภาพจะพบว่า

1. เป็นการออกแบบบนเงื่อนไขที่สำคัญของแต่ละประเทศ ซึ่งโดยภาพรวม ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการจัดการการเงินการคลังของรัฐ 2) ความครอบคลุมประชากรตามลักษณะความต้องการและปัญหาสุขภาพ 3) การใช้เทคโนโลยีที่ก้าวหน้าด้านการแพทย์ในเรื่องการตรวจวินิจฉัยและวิธีการรักษา และ 4) กระแสความต้องการระบบที่มีคุณภาพประสิทธิภาพและเท่าเทียมจากสังคม เป็นต้น
2. เป็นการออกแบบที่เห็นชัดว่าเพื่อการรักษาโรคมากกว่าการป้องกันโรค หรือการส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ บางประเทศให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพโดยจัดองค์การบริหารหรือให้บริการฟรีโดยไม่ต้องร่วมจ่าย แต่ส่วนใหญ่เป็นวิธีการที่ไม่เน้นการปรับพฤติกรรม เช่น วัคซีน การบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริงยังคงต้องมีการปรับแนวคิด และวิธีการทำงานใหม่

ส่วนที่ 4 ขอบเขตและความครอบคลุมของบริการสุขภาพระดับต่างๆ

การนำเสนอเรื่องขอบเขตและความครอบคลุมของบริการสุขภาพระดับต่างๆ แยกเป็น 1) องค์การบริการสุขภาพ 2) บริการสุขภาพ 3) บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ 4) กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการสุขภาพ และ 5) ค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพ ดังนี้

องค์การบริการสุขภาพ

การจัดกลุ่มสถานบริการสุขภาพ เป็นไปได้หลายแนวทางได้แก่ 1) การจัดกลุ่มตามลักษณะความซับซ้อน ของเครื่องมือทางการวินิจฉัย การรักษาและ การฟื้นฟูสภาพ 2) การจัดกลุ่มตามลักษณะการบริการการรักษาทั่วไปและเฉพาะทางประเภทต่างๆ 3) สถานบริการสุขภาพสำหรับคนกลุ่มต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ แม่และเด็ก ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย และ 4) การจัดกลุ่มเป็นเครือข่ายให้บริการครอบคลุมทุกประเภทบริการ และกลุ่มประชากร ดังปรากฏในแต่ละประเทศ

Singapore

การจัดกลุ่มหรือประเภทสถานบริการ

- แบ่งเป็นภาครัฐ และเอกชน โดยภาครัฐเป็นบริการพื้นฐานตามความจำเป็น ส่วนภาคเอกชนนอกจากบริการพื้นฐานแล้ว มีบริการเสริมที่ประชาชนสามารถร่วมจ่ายได้หรือพอใจร่วมจ่ายส่วนเกินได้
- ตามลักษณะบริการพื้นฐาน และความเฉพาะโรค
- ตามลักษณะอาการเจ็บป่วย ที่เฉียบพลัน และเรื้อรัง
- จัดเป็นเครือข่ายสถานบริการทุกระดับเพื่อให้บริการที่ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ

แนวคิดการแบ่งหรือจัดกลุ่มสถานบริการ

- การจัดกลุ่มสถานบริการนี้สนองตอบความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน โดยประชาชนสามารถใช้บริการได้ทุกกรณีไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ป่วยด้วยโรคทั่วไป ป่วยฉุกเฉิน โดยแพทย์ไม่ปฏิเสธการรักษา ไม่มีการย้ายโรงพยาบาล ไม่มีการรอคอยกรณีฉุกเฉิน และไม่จ่ายเงินจำเป็น
- แยกความเชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะโรคกับการบริการสุขภาพพื้นฐานเพื่อกำหนดความจำเป็นของบริการ
- จัดเป็นเครือข่ายเพื่อเชื่อมโยงการบริการและข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และการควบคุมค่าใช้จ่ายตามชุดสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพ รัฐเป็นผู้ควบคุม

Malaysia

การจัดกลุ่มหรือประเภทสถานบริการ

- สถานบริการที่เป็นของรัฐบาลและที่เป็นของเอกชน มีการแข่งขันกันเนื่องจากเป็นสถานบริการที่มีกิจกรรมการบริการที่ใกล้เคียงกัน ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ตั้งแต่ Private Clinic จนถึง โรงพยาบาล ขอบเขตการบริการของสถานบริการทั้งหมดเหลื่อมล้ำกันแยกขาดจากกันไม่ชัดเจน Clinic ให้บริการรักษาโรคเรื้อรัง ฉุกเฉินเฉียบพลันด้วยตามขีดความสามารถการรักษาและการควบคุมโดยกลไกอื่นเช่น รายการยา เครื่องมือการตรวจโรคและวิธีการรักษา
- ตามลักษณะบริการสุขภาพทั่วไป การรักษา และความเฉพาะโรค คือ สถานบริการระดับปฐมภูมิที่เป็น Health Clinic, Rural Clinic, Private Clinic และโรงพยาบาลที่มีทั้ง General Hospital และ Community Hospital

- ตามเขต คือ เขตเมืองและเขตชนบท โดยสถานบริการในเขตชนบทที่เป็นของรัฐส่วนใหญ่เป็น Health Clinic และ Rural Clinic ที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ ส่วนในเขตเมือง เป็นโรงพยาบาล และ Private Clinic ที่เป็นของเอกชนเป็นส่วนใหญ่ และโรงพยาบาลเอกชน
- เป็นเครือข่ายการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เชื่อมกับโรงพยาบาลโดยแผนกผู้ป่วยนอกที่เน้นการตรวจวินิจฉัย และการรักษาเป็นจุดวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยจุดแรก

แนวคิดการแบ่งหรือจัดกลุ่มสถานบริการ

- แบ่งกลุ่มตามองค์กรเจ้าของที่เป็นภาครัฐและภาคเอกชน ตามเขตพื้นที่หรือชุมชนการให้บริการ เป็นเขตเมืองและเขตชนบท เป็น บริการสุขภาพทั่วไป และการบริการเฉพาะโรค ความรุนแรงของอาการ เช่นเฉียบพลัน อุบัติเหตุ หรือเรื้อรัง แต่ในส่วนหลังไม่ชัดเจนว่าเป็นบริการตามสภาพความรุนแรงของอาการ ที่ชัดเจนมากคือสถานบริการที่มีความแตกต่างด้านเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย การรักษา และ ผู้ให้บริการ เช่น แพทย์เวชปฏิบัติ บุคลากรด้านสุขภาพอื่นที่สามารถให้การรักษได้ได้แก่ ผู้ช่วยแพทย์ พยาบาลชุมชน ในเขตชนบท แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเขตเมือง รายการยาที่สามารถใช้ได้
- แบ่งตามระดับการบริหารจัดการได้แก่ health clinic ในเขตเมือง เป็นหน่วยหลักในการจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เชื่อมกับเขตชนบทที่มีเครือข่ายเป็น rural clinics ทำให้ได้สถานบริการเป็นเครือข่าย
- แบ่งตามความต่อเนื่องของการบริการอาศัยการส่งต่อเพื่อการรักษา โดยใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอ

New Zealand

การจัดกลุ่มหรือประเภทสถานบริการ

- สถานบริการที่เป็นเครือข่ายให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามที่ DHBs จัดมาให้บริการในท้องถิ่นที่ให้บริการครอบคลุมกลุ่มประชากรในท้องถิ่นทั้งหมด และเครือข่ายโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ต่างกันในการให้การรักษโรค อาการ ความรุนแรง ที่ต่างกันด้วยวิธีการและความเชี่ยวชาญที่ต่างกัน
- สถานบริการที่เป็นเครือข่ายให้บริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรเช่น ผู้ป่วยทางจิต
- เครือข่ายโรงพยาบาล

แนวคิดการแบ่งหรือจัดกลุ่มสถานบริการ

เป้าหมายในการจัดระดับของสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในระบบการทำงานให้บริการ ครอบคลุมบริการที่จำเป็นสำหรับประชากรทุกคนและเหมาะสมกับท้องถิ่นหรือชนเผ่า ลดระยะเวลาอนพักรักษาในโรงพยาบาล ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สร้างคุณภาพและมาตรฐานการบริการ

- ตามลักษณะบริการสุขภาพทั่วไปที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรครายบุคคล และการจัดการเพื่อลดปัจจัยคุกคามระดับบุคคล
- ตามโรค อาการ ความรุนแรงของอาการ และวิธีการรักษาโรคและอาการ ภาวะเรื้อรังไม่เรื้อรัง การรักษาที่ต้องนอนโรงพยาบาลนาน
- ตามการบริหารจัดการการเงินการคลังกลาง ที่กำหนดบริการพื้นฐานในแต่ละท้องถิ่น

South Korea

การจัดกลุ่มหรือประเภทสถานบริการ

- เป็นสถานบริการเดียวที่จัดระดับตามลักษณะบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาแบบผู้ป่วยนอก สำหรับประชากรในพื้นที่ เป็นระดับปฐมภูมิ ได้แก่ Public Health, Center Health, Sub-center, PHC Post, Special Clinic, Drug Stores คลินิกแพทย์ตะวันตก และคลินิกผดุงครรภ์ ส่วนในระดับทุติยภูมิและตติยภูมินั้นลักษณะบริการเน้นการรักษาที่โรคหรืออาการที่มีความเป็นเฉพาะทางมากขึ้นหรือวิธีการรักษาที่ต้องอาศัยเครื่องมือและเทคโนโลยีสูงขึ้น ในโรงพยาบาลที่มีขนาดและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ต่างกัน
- ตามขนาดของโรงพยาบาล ขนาดเล็ก ขนาดกลาง ขนาดใหญ่ และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- ตามความเชี่ยวชาญในการรักษาเฉพาะโรค เช่น โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลมะเร็ง ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นต้น
- สถานบริการที่เป็นของรัฐและสถานบริการที่เป็นของภาคเอกชน

แนวคิดการแบ่งหรือจัดกลุ่มสถานบริการ

- ตามลักษณะบริการสุขภาพ
- สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินี้ให้บริการเคียงข้างกับหน่วยงานที่จัดกิจกรรมภายใต้ระบบย่อยอื่นเช่น health maintenance system ที่ดำเนินการเรื่อง การป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมและการป้องกันโรคด้วยวัคซีน การวินิจฉัยและการควบคุมโรค และการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ทั้งนี้ให้มีการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพในท้องถิ่น
- ตามอาการ ความรุนแรงของอาการ และตามโรคเฉพาะที่สำคัญในแง่การรักษาด้วยวิทยาการที่เฉพาะทางและระยะเวลาในการรักษาที่นานและต่อเนื่อง
- ตามจำนวนเตียงและเครื่องมือด้านการแพทย์ ในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา
- แบ่งตามองค์กรที่เป็นเจ้าของสถานบริการ ที่เป็นภาครัฐและภาคเอกชน

Japan

การจัดกลุ่มหรือประเภทสถานบริการ

- แบ่งกลุ่มโรงพยาบาลเป็นขนาดตามจำนวนเตียง คือ ขนาดเล็ก (20-99 เตียง) ขนาดกลาง (100-499 เตียง) และขนาดใหญ่ (ตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป)
- สถานบริการแบบเดี่ยว ตามลักษณะบริการสุขภาพระดับต่างๆ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ เช่น Clinic ทั้งทั่วไปและคลินิกพื้น District/first level referral hospital, Primary health care centers สถานบริการการรักษาโรคทั่วไป ได้แก่ General hospitals สถานบริการการรักษาเฉพาะโรคเฉพาะทาง ได้แก่ Specialized hospitals เช่น Psychiatric hospitals, Infectious diseases hospitals, Tuberculosis sanatoria
- สถานบริการของมลรัฐ (prefecture ทั้งหมด 47 มลรัฐ) เช่น โรงพยาบาลและ municipal health center และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย
- สถานบริการสุขภาพของรัฐ และของเอกชน

- สถานบริการที่เป็นเครือข่ายให้บริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรเช่น ผู้ป่วยทางจิต ผู้สูงอายุ แม่และเด็ก ที่มีกลุ่มสถานบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุมลักษณะการเจ็บป่วย ความต้องการด้านสุขภาพทั้งหมด เช่น ผู้สูงอายุ ได้แก่ Short stay services, Day services, Day care at health facilities for the elderly, In-home care support centers, Special nursing home for the elderly, Health service facilities for the elderly, Care houses, Living welfare centers for the elderly, Home visit nursing care station for the elderly และ hospitals เป็นต้น

แนวคิดการแบ่งหรือจัดกลุ่มสถานบริการ

- การแยกประเภทสถานบริการเป็น General hospitals และ Specialized hospitals ใช้การกำหนดบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาล และการจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ในสถานบริการแต่ละประเภท ทั้งนี้ให้เป็นไปตามการกำหนด ชุดบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ
 1. General hospitals เป็นโรงพยาบาลรักษาโรคทั่วไป แบ่งเป็นโรงพยาบาลฉุกเฉิน และ เรือร่ง โดยที่ฉุกเฉินเน้นที่สภาพการเจ็บป่วยไม่คงที่ ส่วนในกรณีเรือร่งไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคแต่สภาพการเจ็บป่วยไม่ปรับเปลี่ยนมาก
 2. National hospitals and sanatoria ทำหน้าที่ให้บริการรักษา แบบ Specialized hospitals ที่ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการระดับชาติ และ policy-based medical services ได้แก่ 1) advanced frontier medical care เช่น การรักษาามะเร็ง การปลูกถ่ายอวัยวะ 2) การรักษาที่ไม่สามารถกระทำได้ในระดับภูมิภาค หรือโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานทาง ประวัติ สังคมวัฒนธรรม เช่น Hansen's diseases (ทั้งหมดรักษาที่ sanatoriums) muscular dystrophy (80%) mental and physical disabilities (50%) 3) tuberculosis โดยกำหนดให้มี จำนวน 1 แห่ง ต่อมลรัฐ (prefecture) เป็นการพัฒนาระบบบริการเฉพาะทาง รวมทั้งการรักษา multiple drug resistance tuberculosis 4) national risk management and international contribution ส่งแพทย์พยาบาลไปจัดการร่วมกับท้องถิ่น หรือต่างประเทศ และ 5) ดำเนินการตามนโยบายสุขภาพที่สำคัญในระดับนานาชาติ เช่น การวิจัยหาวิธีการจัดการกับปัญหาปี 2000 หรือ การทดลองใช้ระบบการจ่ายค่ารักษา เป็นต้น
- แบ่งตามองค์กรเจ้าของ ได้แก่ ภาครัฐ เอกชน ภาครัฐ และบริษัทประกันสุขภาพ ท้องถิ่นของมลรัฐหรือ รัฐบาลแห่งชาติ
- ใช้จำนวนเตียงที่เพียงพอสำหรับการบริการโดยโรงพยาบาลทั้งนี้กระบวนกรคำนวณ เตียงดำเนินการควบคุมโดยองค์กรท้องถิ่นที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ จัดหาบริการสุขภาพให้ประชาชนในพื้นที่ ประเภทเตียงแบ่งเป็นเตียงทั่วไป เตียงโรคจิต และเตียงผู้ป่วย tuberculosis

Australia

การจัดกลุ่มหรือประเภทสถานบริการ

- สถานบริการของภาครัฐและของเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร ส่วนใหญ่เป็นองค์กรเอกชนให้บริการที่มากกว่าบริการสุขภาพการรักษาโดยตรง เช่น ที่พัก บริการอาหาร งานบ้าน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลทั่วไป และสถานบริการในระดับชุมชน ร้านขายยา
- โรงพยาบาลของรัฐเป็นของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น และโรงพยาบาลเอกชนเป็นองค์กรการกุศล

แนวคิดการแบ่งหรือจัดกลุ่มสถานบริการ

- การกำหนดบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลของรัฐ เช่น ให้บริการรักษาโรคระยะเฉียบพลัน และฉุกเฉิน ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้บริการรักษาโรคที่ซับซ้อน วิธีการรักษาระยะวิกฤติ การผ่าตัดใหญ่ การเปลี่ยนอวัยวะ การล้างไตและคลินิกพิเศษที่แผนกผู้ป่วยนอก การบริการเฉพาะโรคจิต
- การกำหนดหน้าที่ของสถานบริการสุขภาพขององค์กรเอกชน ที่ให้บริการตั้งแต่การตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจนการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนสำหรับโรคทั่วไป ไม่ฉุกเฉิน มีบางแห่งใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการบริการ ผ่าตัดในวันเดียว

สรุป

แต่ละประเทศใช้แนวคิดเหล่านี้มาออกแบบสถานบริการสุขภาพ ซึ่งไม่จำกัดว่าต้องอยู่ภายใต้แนวคิดใดเพียงแนวคิดเดียว อาจใช้หลายแนวคิดในขณะเดียวกันได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทและปัจจัยต่างๆของประเทศ

- 1) กำหนดตามกลไกการประกันสุขภาพ เช่น การจัดกลุ่มสถานบริการเป็นเครือข่ายที่ให้บริการเป็นชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการรักษาทุกระยะของการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพในประเทศ Australia ทั้งนี้ตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ การปรับตัวของโรงพยาบาลขนาดเล็กในญี่ปุ่นเป็นสถานบริการตรวจและรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อเข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพ ที่กำหนดให้การส่งต่อเพื่อการรักษาที่ต้องการเครื่องมือและวิธีการรักษาที่ซับซ้อนเฉพาะทางมากขึ้น ต้องให้ความเห็นโดยแพทย์
- 2) กลไกการจัดการตามนโยบายสุขภาพของประเทศ เช่น การปรับโรงพยาบาลในประเทศญี่ปุ่นให้เป็นโรงพยาบาลระดับชาติที่ให้บริการครอบคลุมการรักษาโรคที่เป็นปัญหาของประชาชน ตามนโยบายประเทศที่ต้องการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็ง
- 3) กลุ่มโรค อาการ แนวทางการรักษา หรือความซับซ้อนของวิธีการรักษา เครื่องมือที่ใช้ เช่น ในประเทศ Malaysia อาศัยความซับซ้อนของเครื่องมือทางการรักษา การวินิจฉัยและการฟื้นฟูสภาพเป็นตัวกำหนด Singapore แบ่งเป็นภาครัฐ และเอกชน แบ่งตามลักษณะบริการพื้นฐาน และความเฉพาะทาง ตามลักษณะอาการเฉียบพลัน และเรื้อรัง
- 4) กลไกตลาดเสรีที่มีการแข่งขันบริการ รัฐบาลบางประเทศเสริมกลไกการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้ชัดเจนขึ้น ทำให้เกิดการประสานงานมากขึ้นไม่เกิดความซ้ำซ้อนของบริการและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

บริการสุขภาพ

Singapore

ชนิดของการบริการ

- เป็นบริการพื้นฐาน ที่รัฐสนับสนุนในทุกระดับของการบริการ และบริการเกินความจำเป็นส่วนใหญ่ได้แก่บริการตรวจวินิจฉัย คัดกรอง

- เป็นบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในทุกกลุ่มประชากร บริการการรักษาทั้งฉุกเฉิน เรื้อรัง ในโรคทั่วไป และบริการการรักษาโรคเฉพาะทางที่อาศัยวิทยาการและเทคโนโลยีการรักษาขั้นสูง
- เป็นบริการการรักษาตามกลุ่มโรค ใช้ DRG และ Case Mix
- เป็นบริการเป็นรายครั้ง เช่นตรวจรักษาเป็นคราวๆ ตามปัญหาสุขภาพที่พบ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล
- เป็นบริการแบบโปรแกรมหรือชุดสำหรับรายบุคคลครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การคัดกรองปัญหาสุขภาพ การรักษาฟื้นฟูสภาพ interventions ของการวินิจฉัย การจัดการและการรักษา และ settings ทั้งที่บ้านและในสถานบริการ

ความเชื่อมโยงการบริการ

- แพทย์เป็นผู้ให้ดุลพินิจในการส่งต่อโดยเฉพาะกรณีการรักษาโรคที่ต้องอาศัยวิทยาการและเทคโนโลยีการรักษา และการตรวจวินิจฉัยที่มีความเชี่ยวชาญขั้นสูง โดยบริการในระดับต้นเน้นที่บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค คัดกรองโรค ฟื้นฟูสภาพ ส่วนการรักษาเน้นที่โรคทั่วไป เป็นบริการผู้ป่วยนอก เมื่อต้องเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล เจ็บป่วย และฉุกเฉิน ต้องส่งต่อในระดับที่มีการรักษาที่สอดคล้อง และไม่จำเป็นต้องไต่ระดับระหว่างโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติที่ Polyclinic หรือ Clinic ที่เป็นผู้ตรวจเบื้องต้นเป็นผู้วินิจฉัย บริการที่บังคับเป็น จุดแรกคือ Polyclinic หรือ Clinic ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ
- แยกระดับบริการเป็น บริการระดับต้น ครอบคลุมการบริการรายบุคคล ครอบคลุม เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค คัดกรองโรค และการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในรายเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป ส่วนระดับ ต่อมาเป็นการรักษาโรคทั่วไป กรณีฉุกเฉิน เจ็บป่วย และระดับที่เชี่ยวชาญสูงคือการรักษาเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญและต้องการความรู้เพิ่มเติมระดับนี้เป็นระดับชาติ เป็นสถาบันเฉพาะทางมีแพทย์เฉพาะทางเป็นผู้ให้บริการ

แนวคิด/เงื่อนไขการจัดชนิด

- จัดตามลักษณะบริการที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษา โดยใช้ความรุนแรงของโรค อาการ และการรักษาที่ซับซ้อนและต้องการความเชี่ยวชาญเป็นตัวกำหนดสถานบริการและผู้ให้บริการ
- บริการระดับต้นเป็นบริการที่กระจายให้ทั่วถึงประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยเน้นที่โรคทั่วไป แต่สามารถคัดกรองกรณีโรคเฉพาะทางฉุกเฉิน และอุบัติเหตุได้
- ระบบประกันสุขภาพกำหนดให้การรักษาเป็นแบบตามกลุ่มโรค ใช้ DRG และ Case mix เป็นเงื่อนไขและกลไกการควบคุมค่าใช้จ่าย ตามนโยบายประชาชนร่วมจ่ายกรณีเกินความจำเป็นเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายจากบริการที่เกินความจำเป็น

Malaysia

ชนิดของการบริการ

- เป็นบริการ ตรวจรักษาตามครั้งของ Episode การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล

- เป็นบริการการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ ระบุบุคคลตามกลุ่มอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคระบาด ในท้องถิ่น การรักษา และการดูแลแบบประคับประคองชีวิต
- เป็นบริการการรักษาตามกลุ่มโรค ใช้ DRG และ Case Mix
- เป็นบริการที่รวมทั้งบริการโดยใช้องค์ความรู้ทางชีววิทยาการแพทย์ จิตวิทยา สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มาใช้โดยผู้ให้บริการที่มีในท้องถิ่นทั้งหมด ที่อยู่ในภาคเอกชน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติในสถานบริการที่เป็นของเอกชน แพทย์แผนโบราณ ที่ให้บริการหลายวิธี เช่น การฝังเข็ม เป็นต้น

ความเชื่อมโยงของการบริการ

- แพทย์เวชปฏิบัติครอบคลุมเป็นผู้วินิจฉัยส่งต่อ เพื่อการรักษาในระดับต่อไป
- สถานบริการที่เป็นเครือข่ายใช้ขีดความสามารถด้าน Facilities ในการบริการทั้งการตรวจวินิจฉัยเช่น การ x-ray ด้านบุคลากรที่มีทักษะอื่นเช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และด้าน IT ในการใช้ข้อมูลร่วมกัน ทั้งนี้เป็นการเชื่อมบริการในระนาบเรื่องโรคและการเจ็บป่วยระดับเดียวกัน
- ระบบการส่งต่อเพื่อการรักษาหรือบริการสุขภาพในประเทศนี้ค่อนข้างจำกัด เงื่อนไขคือ ความเสรีของประชาชนในการเลือกใช้บริการ ลักษณะสถานบริการที่มีขอบเขตการบริการที่ไม่ชัดเจนสถานบริการสามารถปรับตนเองได้ตลอดเวลา มีการแข่งขันกันสูงในระหว่างสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

แนวคิด/เงื่อนไขการจัดชนิด

- จัดตามลักษณะบริการที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและการรักษา
- ด้านการรักษาใช้กลุ่มโรค เป็นเงื่อนไขผ่านระบบ Managed Care โดยมีรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่รัฐบาล Malaysia นำมาใช้เป็นวิวัฒนาการต่อเนื่อง ตั้งแต่ Fee-for-service Capitation payment Case mix (โรคถูกจัดเป็น DRG) และ Resources Based Relative Value Scale (RBRVS)
- บริการสุขภาพทั่วไปที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ควบคุมการเกิดโรคติดต่อ เป็นการบริการในระดับท้องถิ่น มีครอบคลุมเป็นหน่วยหลักของการให้บริการ ส่วนการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพเน้นการบริการรายบุคคลและอาศัยครอบคลุมเป็นตัวช่วยมีแพทย์ประจำครอบครัวที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบคลุม

New Zealand

ชนิดของการบริการ

- การบริการเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามกลุ่มคนที่กำหนดโดยปัญหาสุขภาพของประชาชนและชนเผ่าที่สำคัญ เป็นลำดับความสำคัญระดับชาติ ทั้งหมด 13 กลุ่ม
- การบริการรักษาเป็น รายครั้งตาม การเจ็บป่วยหรือโรค ตามวิธีการรักษาเช่น การผ่าตัด
- การบริการเป็นเครือข่ายที่ควบคุมโดยองค์กรท้องถิ่น DHBsครอบคลุม โรค ชนเผ่า ความรุนแรงของโรค ความต่อเนื่องของการรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ภาวะฉุกเฉิน

ความเชื่อมโยงของระดับบริการสุขภาพ

- แพทย์ ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ ผู้ให้บริการในสถานบริการระนาบเดียวกัน เช่น ผดุงครรภ์ พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร ทันตแพทย์ จักษุแพทย์ สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่อาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์เฉพาะทางหรือศักยภาพของการตรวจวินิจฉัยหรือวิธีการรักษาที่สูงขึ้น เพื่อการส่งต่อได้ ในโรคทั่วไป ส่วนกรณีฉุกเฉินสามารถเข้าใช้บริการในโรงพยาบาลที่มีหน้าที่นี้ได้โดยไม่ต้องคัดกรอง

- การจัดการเรื่องเครือข่ายสถานบริการเป็นหน้าที่จัดหา โดย DHBs ที่มีทั้งหมด 21 องค์การท้องถิ่นทั่วประเทศ สามารถทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเกิดขึ้น โดยให้มีบริการครอบคลุม ระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลฉุกเฉิน และ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

แนวคิด/เงื่อนไขการจัดชนิด

- การกำหนดกลุ่มประชากรตามปัญหาสุขภาพที่พบ ตามลักษณะชนเผ่า เพื่อเป็นเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เป็นกลยุทธ์ที่ทำให้เกิดการกระจายบริการ ในลักษณะ Population Based
- การกำหนดหน้าที่และขอบเขตการบริการของโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิตามสภาพความรุนแรงของอาการภาวะฉุกเฉิน เร่งด่วน และโรคเฉพาะ ทำให้เกิดเครือข่ายการบริการและการสนับสนุนทรัพยากรของโรงพยาบาล โดย DHBs อย่างเหมาะสมเพียงพอ
- การกำหนดบทบาทขององค์กรท้องถิ่นในการทบทวนปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่และจัดหาบริการสุขภาพให้สอดคล้องกัน

South Korea

ชนิดของการบริการ

- การบริการรักษาเป็น รายครั้ง ตามการเจ็บป่วยหรือโรค การตรวจวินิจฉัยและคัดกรอง ตามวิธีการรักษาเช่น การผ่าตัด
- แยกประเภทบริการที่สามารถเข้าใช้บริการได้ในทุกสถานบริการ ได้แก่ emergency health care, childbirth, dental health care, rehabilitation services, family medicine และ hemophiliac
- เป็นบริการการรักษาตามการแยกกลุ่มโรค DRG

ความเชื่อมโยงของระดับบริการสุขภาพ

- แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยการส่งต่อระหว่างบริการระดับต่างๆแต่ขาดกลไกการส่งต่ออย่างเป็นระบบที่ชัดเจน
- การเลือกใช้สถานบริการเป็นแบบเสรี

แนวคิด/เงื่อนไขการจัดชนิด

- การเลือกใช้สถานบริการเป็นแบบเสรีทั้งนี้การจ่ายเงินค่าบริการตามระบบประกันสุขภาพนั้นเป็นการร่วมจ่ายทุกครั้งทั้งในสภาพผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จึงไม่สามารถจำกัดการเลือกสถานบริการตามการไต่ระดับได้ แต่สามารถใช้บริการตามสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลที่เลือกได้ การเลือกใช้บริการขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายมากกว่าความจำเป็นด้านสุขภาพ
- จากสภาพตลาดแข่งขันเสรี ทำให้การส่งต่อหรือเชื่อมโยงบริการสุขภาพตามระดับขั้นไม่เป็นการไต่ระดับ หน้าที่และขอบเขตการบริการของสถานบริการสุขภาพระดับต้น และโรงพยาบาลในระดับต่างๆไม่ชัดเจนทำให้ประชาชนเลือกใช้บริการได้ทุกแห่งโดยแยกความแตกต่างยาก โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจพัฒนาตนเองให้สามารถให้บริการการรักษาเฉพาะทาง ตรวจวินิจฉัยที่อาศัยเครื่องมือที่สูงขึ้นได้อย่างเสรี และไม่มีภาระประสานผลประโยชน์ร่วมกันให้บริการแบบเครือข่าย ซึ่งอาจทำให้เกิดความซ้ำซ้อนเรื่องขอบเขตและหน้าที่การบริการแต่ละระดับ และการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น ทั้งจากประชาชนและจากภาครัฐหรือระบบประกันสุขภาพ

- การประสานเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชนไม่มีการจัดการ ทำให้การแบ่งบทบาทหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพไม่มีการจัดการ เป็นการเติบโตและทำหน้าที่อย่างเสรี
- การบริการตามการแยกกลุ่มโรค DRG ถูกกำหนดโดยระบบประกันสุขภาพ

Japan

ชนิดของการบริการ

- เป็นบริการ ตรวจรักษาตามครั้งของ Episode การเจ็บป่วย จากโรคต่างๆทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้นอนพักรักษา ในโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน ส่วนกรณีเรื้อรังเน้นที่การบริการสุขภาพที่บ้าน
- เป็นบริการสุขภาพสำหรับโรคทั่วไป และโรคที่สำคัญระดับชาติที่มีการรักษาเฉพาะทาง
- เป็นชุดบริการสุขภาพเฉพาะกลุ่ม และตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพรูปแบบต่างๆ เช่นระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ แม่และเด็ก
- เป็นบริการที่ต้องถิ่นจัดหาให้ตามสิทธิประโยชน์รายบุคคล

ความเชื่อมโยงการบริการ

- แพทย์มีบทบาทในการเป็นผู้บริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพ โดยกฎหมายกำหนดให้ ทุกสถานบริการสุขภาพต้องมีการบริหารโดยแพทย์ และในภาคเอกชนทุกคลินิกและโรงพยาบาลมีแพทย์เป็นเจ้าของและเป็นผู้บริหาร ส่วนภาครัฐมีแพทย์หมุนเวียนเป็นผู้บริหารสถานบริการ โดยสรุปแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยเพื่อการส่งต่อเชื่อมโยงบริการต่างระดับ
- สถานบริการที่เป็นเครือข่ายสามารถเชื่อมโยงบริการตามสิทธิประโยชน์ได้ เช่น กลุ่มสถานบริการที่จัดหาโดยองค์กรท้องถิ่น กลุ่มสถานบริการของบริษัทขนาดใหญ่ที่มีบริษัทประกันสุขภาพของตนเองและมีสถานบริการสุขภาพเอง

แนวคิด/เงื่อนไขการจัดชนิด

- จัดตามลักษณะบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์รายบุคคล ที่ครอบคลุมครบวงจร เฉพาะกลุ่มคน กลุ่มโรค
- ความเชี่ยวชาญในการจัดการโรคทั่วไปและโรคเฉพาะ ภาวะฉุกเฉิน การเจ็บป่วยเรื้อรัง วิธีการรักษาเช่นด้วยยา และการผ่าตัด
- บริการการรักษาโรคทั่วไปในระดับท้องถิ่น และโรคเฉพาะในระดับชาติ ในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล

Australia

ชนิดของการบริการ

- เป็นบริการ ตรวจรักษาตามครั้งของ Episode การเจ็บป่วย จากโรคต่างๆทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้นอนพักรักษา ในโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน ส่วนกรณีเรื้อรังเน้นที่การบริการสุขภาพที่บ้าน หรือสถานบริการลักษณะอื่น
- เป็นบริการสุขภาพสำหรับโรคทั่วไป และโรคเฉพาะ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น บริการสาธารณสุข และชุมชน งานอนามัยโรงเรียน ทันตอนามัย อนามัยแม่และเด็ก และสิ่งแวดล้อมที่ดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่น
- บริการสุขภาพที่เป็นนวัตกรรม เช่น บริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล โดย The Royal Flying Doctor Services บริการสุขภาพแก่ชนพื้นเมือง โดย The Aboriginal & Torres Strait Islanders และ บริการสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลและชนบท โดย Regional Health Services เป็นต้น

- ชุดบริการตามสิทธิประโยชน์รายบุคคลของระบบประกันสุขภาพ ที่เป็นระบบMedicare และระบบของเอกชน โดยระบบของเอกชนมีสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากบริการพื้นฐาน เช่นการเลือกแพทย์ ห้องพิเศษ

ความเชื่อมโยงการบริการ

- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ก่อนส่งต่อไป แพทย์เฉพาะทางในการรักษาที่ซับซ้อนตามสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนระหว่างภาคเอกชน ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนภาครัฐบาลให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ
- การกำหนดบทบาทหน้าที่ของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ทำให้เกิดการประสานงานและการทำงานด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ รัฐบาลกลางกำหนดนโยบาย และรัฐบาลท้องถิ่น จัดบริการควบคุมการให้บริการให้เป็นไปตามข้อตกลงกับรัฐบาลกลาง ดังนั้นกลุ่มสถานบริการจึงมีการเชื่อมโยงกันในการส่งต่อ การใช้ศักยภาพการบริการร่วมกัน
- การใช้กองทุนสุขภาพของเดี่ยวของประเทศ คือ Medicare เป็นกองทุนสุขภาพหลักมีการแบ่งแยกผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการชัดเจนทำให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการภาคเอกชนกับรัฐบาล

แนวคิด/เงื่อนไขการจัดชนิด

- จัดตามลักษณะบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์รายบุคคล ของระบบประกันสุขภาพ (กองทุนสุขภาพหลัก)
- บริการการรักษาโรคทั่วไป โรคเฉพาะทาง บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- บริการตามบทบาทหน้าที่ชัดเจนระหว่างภาคเอกชนให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ส่วนภาครัฐบาลให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตามบทบาทหน้าที่ของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น

สรุป

ชนิดของการบริการ 1) เป็นการรักษาย่างเดียว เป็นรายกรณี เป็นคราวๆ fee for services 2) บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา พิ้นฟู ครอบวงจร เป็นชุดเฉพาะบุคคล 3) บริการเป็นเครือข่าย หรือ stand alone แบบแข่งขันบริการ 4) บริการทั่วไป หรือ เฉพาะทาง หรือ บริการพิเศษในกรณีการเจ็บป่วยที่เป็นประเด็นระดับชาติ เช่น โรค AIDS, Tuberculosis, Cardiovascular diseases, Kidney Cancers เป็นต้น

ความเชื่อมโยงบริการ ใช้แพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์ทั่วไป เป็นผู้เชื่อมบริการ ใช้กลไกการบริหารจัดการโดยองค์กรควบคุมค่าใช้จ่าย ของรัฐ และหรือของระบบประกันสุขภาพ เป็นตัวประสานการบริการ ใช้กลไกสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพเป็นตัวสร้างเครือข่ายการบริการ ใช้การกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานบริการและโรงพยาบาลให้ชัดเจน และสามารถเชื่อมประสานให้บริการครอบคลุมเพื่อร่วมรับผลประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพ

แนวคิดเงื่อนไขการจัดบริการ ตามลักษณะโรค อาการ ความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ใช้สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ บริการตามการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานบริการ และขอบเขตการปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพที่ควบคุมโดยรัฐ

บุคลากรให้บริการสุขภาพ

Singapore

- บุคลากรให้บริการในสถานบริการระดับต่างกันที่แยกขอบเขตการปฏิบัติชัดเจนคือ แพทย์ โดยแพทย์ในสถานบริการระดับต้น เป็นเวชปฏิบัติ ในระดับการรักษาที่สูงขึ้นใช้แพทย์เฉพาะทางและผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแพทย์เวชปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นเอกชน ทั้งนี้ ค่าตอบแทนแพทย์เวชปฏิบัติใช้เป็นรายหัวผู้มาใช้บริการ
- ส่วนผู้ให้บริการประเภทอื่นไม่ได้กำหนดขอบเขตหน้าที่ชัดเจน ทั้งนี้ ระบบบริการสุขภาพของประเทศนี้น่าจะใช้การรักษาเป็นตัวหลัก บุคลากรที่เกี่ยวกับการรักษาโดยตรงจึงเป็นบุคลากรหลัก แผนการพัฒนารูปแบบหรือการควบคุมคุณภาพและปริมาณ การควบคุมในระบบประกันสุขภาพ จึงเน้นที่ กลุ่มนี้ คือแพทย์เวชปฏิบัติและแพทย์เฉพาะทาง

Malaysia

- บุคลากรให้บริการสุขภาพที่ปรากฏมีหลายประเภท ได้แก่ ประเภทในกระบวนการทัศน์วิชาชีพทางการแพทย์เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลชุมชน ผู้ช่วยแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น และกระบวนการทัศน์การรักษาอื่น เช่น หมอฝังเข็ม เป็นต้น
- ขอบเขตการปฏิบัติของแพทย์เวชปฏิบัติไม่ชัดเจน สามารถให้การรักษาดูแลที่สถานบริการมีทรัพยากรและ facilities เพียงพอ ทำให้ เกิดการแข่งขันกันเชิงการรักษาผู้ป่วยเฉียบพลันฉุกเฉิน และเรื้อรังระหว่างโรงพยาบาลที่น่าจะเป็นสถานบริการเพื่อการรักษาโรคหรืออาการที่ซับซ้อน และ clinic ที่อาจมีแพทย์ผู้ชำนาญการการรักษานั้นๆปฏิบัติหน้าที่ เงื่อนไขการส่งต่อที่สำคัญคือธุรกิจกับการจัดการค่าใช้จ่าย และการควบคุมคุณภาพมาตรฐานสถานบริการในระดับที่ต่างกัน ส่วนการควบคุมคุณภาพมาตรฐานบริการของสถานบริการเอกชนนั้น รัฐบาลได้ดำเนินการโดยมีกลไกที่ชัดเจนคือ การใช้ Medical Acts ควบคุมจริยธรรมของแพทย์ Primary Care Doctors Organization Malaysia-PCDOM ทำหน้าที่ควบคุมมาตรฐานการบริการและคุณภาพการบริการของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และมี Private Health Care Facilities and Services Acts 1998 ควบคุมคุณภาพบริการสุขภาพโดยภาคเอกชน

New Zealand

- บุคลากรด้านสุขภาพที่นอกเหนือจากแพทย์ เป็นผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิที่มีขอบเขตการปฏิบัติเฉพาะตามสาขาวิชาชีพชัดเจน ในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และสามารถคัดกรอง ส่งต่อเพื่อการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นได้ ได้แก่ GP, Nurses, Pharmacists, Physiotherapist, Occupational Therapist, Psychologist, Optometrist, Dietician, Chiropractors, และ แพทย์เฉพาะทางในระดับทุติยภูมิ เป็นต้น
- การกำหนดหน้าที่ของโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิเป็นกลไกการควบคุมการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรในโรงพยาบาลให้ปฏิบัติตาม ทำให้การแข่งขันการให้บริการอยู่ในระดับปฐมภูมิมากกว่า เช่นการเลือกแพทย์ประจำครอบครัว เป็นต้น

South Korea

- ระบบบริการสุขภาพในประเทศ South Korea เน้นแพทย์เป็นบุคลากรหลักโดยวิเคราะห์ความครอบคลุมของทรัพยากรด้านสุขภาพ จากสัดส่วนของแพทย์ในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ต่อจำนวนเตียงของโรงพยาบาลและสถานบริการด้านสุขภาพและจำนวนประชากร โดยสัดส่วนแล้วแพทย์ และเตียงมีสัดส่วนสูงใน

เขตเมือง (95.0: 5.0 และ 89.9:10.1ตามลำดับ) และประชากรเขตเมืองเองก็มีมากกว่าในเขตชนบท (79.7:20.3)

- การกำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตการปฏิบัติของแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรไม่ชัดเจน โดยที่ระหว่างแพทย์และเภสัชกรมีประเด็นคาบเกี่ยวกันเรื่องอำนาจการสั่งยา มีการสั่งยาโดยอิสระทำให้การใช้ยาเกินความจำเป็นมีมาก

Japan

- บุคลากรด้านสุขภาพกระจายทำงานในสถานบริการทั้งหลายในสภาพของพนักงานของสถานบริการ พนักงานของรัฐ หรือ เป็นเจ้าของสถานบริการจ้างงานตนเอง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พยาบาลสาธารณสุข ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และอื่นๆ ในระยะที่ผ่านมาที่มีกิจกรรมบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างหลากหลายทำให้เกิดบุคลากรหลายประเภทตามมาได้แก่ home helper และอื่นๆ
- จากลักษณะประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น และประกอบกับบริการการรักษาที่มีความซับซ้อนและความเชี่ยวชาญและปัจจัยอื่นๆ ทำให้ความต้องการบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพ การรักษา และ สวัสดิการเพิ่มขึ้น ในอนาคต แพทย์และทันตแพทย์มีจำนวนมากแต่ต้องเพิ่มการอบรม ส่วนเภสัชกร จำเป็นต้องเพิ่มเนื่องจากมีหน้าที่เพิ่มขึ้นในเรื่องการจัดการยา ให้ผู้ป่วย การให้คำแนะนำเรื่องยาแก่ประชาชน อย่างไรก็ตามก็ยังขาดแคลนแพทย์ทำงานในท้องที่ห่างไกลจึงมีระบบหมุนเวียนทดแทนแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลดังกล่าวในระบบของมัลติรัฐด้วย
- Public Health Nurse และ Home health Nurse มีความต้องการสูงขึ้นจากความต้องการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุ คาดการณ์ว่า ในปี 2000จำนวนพยาบาลจะเพิ่มถึง 116ล้านคน สถานการณ์ที่โรงพยาบาลหลายแห่งมีพยาบาลและแพทย์ไม่เพียงพอยังคงปรากฏให้เห็นอย่างต่อเนื่อง

Australia

- บุคลากรที่ให้บริการไม่มีการกำหนดขอบเขต บทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน มีการทำงานที่คาบเกี่ยวกัน เช่น บทบาทแพทย์ทั่วไป แพทย์เวชปฏิบัติ และแพทย์เฉพาะทาง

สรุป

- แพทย์เป็นบุคลากรที่ทุกระบบสุขภาพกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการบริหารสถานบริการ ทั้งในสภาพที่เป็นเจ้าของกิจการในกรณีเอกชน และเป็นลูกจ้าง
- แพทย์เป็น ผู้วินิจฉัยสั่งการส่งต่อเพื่อคัดกรองและรักษาโรคในกรณีได้ระดับการบริการ
- การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติ medical care plan และการมี license เป็นการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพบริการ โดยแพทย์ และบุคลากรอื่น
- ส่วนการกระจายทรัพยากรบุคคลผู้ให้บริการสุขภาพนั้นขึ้นกับลักษณะการกระจายของประชากรในประเทศ การกระจายมีสูงในเขตที่มีประชากรหนาแน่น
- ในภาคเอกชนระบบการจ่ายเงินค่าบริการแพทย์เป็นกลไกการควบคุมค่าใช้จ่ายที่เห็นผลชัดเจน

กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการสุขภาพ

กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการประกันสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญคือการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศและการจัดการในระบบประกันสุขภาพ เป็นการจัดการที่ สถานบริการ กิจกรรมการบริการ และ ผู้ให้บริการ ระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศจึงประกอบด้วยกลไกหลายอย่างควบคุมกันตามเงื่อนไขที่ต่างกัน

- 1) กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการในหลายประเทศใช้แนวคิดการกำหนด Medical care plan หรือ Fee Schedule หรือ practice guideline ซึ่งเป็นกลไกที่รัฐร่วมกันกำหนดเงื่อนไขของระบบประกันสุขภาพ ด้วยการกำหนดอัตราค่าบริการ และอาจทำให้สถานบริการมีการปรับตัว มีการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายบริการ เพื่อร่วมให้บริการอย่างครอบคลุมตาม Medical care plan หรือ practice guideline และร่วมรับผลประโยชน์ ค่าใช้จ่ายอาจลดลงจากการควบคุม วิธีการตรวจวินิจฉัย หรือ การรักษาที่เกินจำเป็นเช่นการเข้านอนมากเกินไป หรือที่แพงเกินจำเป็น
- 2) การใช้ DRG หรือ services on benefit package ในการควบคุมเรื่องค่าใช้จ่ายที่เบิกจ่ายผ่านระบบประกันสุขภาพทั้งในระบบที่รัฐมีกองทุนกลางและระบบที่รัฐร่วมจัดการ มีผลให้เกิดการพัฒนาเรื่องมาตรฐานการบริการตามกลุ่มโรคเพื่อให้เกิดคุณภาพสูงในราคาที่ต่ำ อันเป็น incentives สำหรับสถานบริการ
- 3) การกำหนดให้วิชาชีพแพทย์และวิชาชีพอื่น มี license ในการให้บริการสุขภาพ และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด บทบาทหน้าที่ในระบบบริการ เช่น กำหนดให้แพทย์หรือพยาบาลที่ทำหน้าที่ใน Clinic หรือสถานบริการระดับปฐมภูมิ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญา และได้รับการอบรมเพิ่มเติมเรื่องเวชปฏิบัติและการบริการฉุกเฉิน เพื่อทำหน้าที่คัดกรองในการส่งต่อ หรือการระบุนักแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสถานบริการเฉพาะโรค เป็นต้น
- 4) ในบางประเทศมีกลไกในการกำหนด Drug list และ drug pricing โดย drug list ขึ้นมาตามฐานการใช้ยา ในการรักษาโรคทั่วไป และโรคเฉพาะ ส่วน Drug pricing เป็นการควบคุมค่าใช้จ่าย
- 5) กลไกแยกการสั่งยาและการจ่ายยา เป็นกลไกที่ช่วยให้ Drug list และ drug pricing มีประสิทธิภาพสูง ทั้งนี้อาศัย การกำหนดอำนาจในการสั่งยาให้มีขอบเขตชัดเจน พร้อมการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแพทย์และเภสัชกร
- 6) การกำหนดคุณภาพมาตรฐานสถานบริการ ทั้งนี้ต้องมีกฎหมายชัดเจน และเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพ
- 7) การกำหนดหน้าที่ของสถานบริการให้มีขอบเขตชัดเจน
- 8) การใช้กลไกองค์กรท้องถิ่นในการบริหารจัดการการเงินการคลังและการจัดหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับ ประชาชนในพื้นที่ ที่มีกระบวนการกำหนดลักษณะบริการและการตรวจสอบคุณภาพการบริการของเครือข่าย สถานบริการโดยองค์กรท้องถิ่น
- 9) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น สถานบริการของรัฐ และสถานบริการขององค์กรเอกชน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การคิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เป็นไปได้ในหลายวิธี โดยทั่วไป เป็นการคิดตาม episode หรือ ครั้งของการเจ็บป่วย เป็นรายโรคครอบคลุมการวินิจฉัย การรักษาและการบริการอย่างต่อเนื่องเฉพาะโรค และคิดเป็นชุดสิทธิประโยชน์เป็นทั้งรายโรคและตามกลุ่มประชากรเช่น ชุดบริการผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่ต้องรับการเปลี่ยนอวัยวะ ผู้ป่วยโรค cardiovascular AIDS Cancer of all types หรือ ผู้สูงอายุ เด็ก สตรีตั้งครรภ์ เป็นต้น

- 1) การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในลักษณะของการเจ็บป่วยเป็นครั้งหรือ episode ของการเจ็บป่วย อาจก่อให้เกิดผลกระทบหลายประการที่พบใน ญี่ปุ่น ได้แก่ การเพิ่มจำนวนสถานบริการโดยเฉพาะที่แพทย์เป็นเจ้าของและดำเนินการเอง แพทย์มีรายได้จากการตรวจรักษา คิดเป็นค่ายา 90% ส่วนค่าแพทย์ เป็น10% แพทย์สั่งยาเกินความจำเป็นเพราะขาดการควบคุมรายการยาที่จำเป็น บริษัทยาทำการค้นคว้าและผลิดยาที่ต้นทุนต่ำแต่มีผลด้านการรักษาพอๆกัน เพื่อเอากำไรเรื่องค่ายา ในขณะที่ประชาชนใช้ยาเกินความจำเป็นหรือแพทย์ใช้เครื่องมือในการวินิจฉัยหรือรักษาเกินความจำเป็น เหล่านี้ในประเทศญี่ปุ่นมีผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของชาติเพิ่มมากขึ้น ประกันต้องจ่ายอย่างไม่มี การควบคุม รัฐบาลญี่ปุ่นต่อมาต้องกำหนดกลไกหลายประการเข้าช่วย เช่น การกำหนด medical care plan, drug pricing, licensing คุณภาพโรงพยาบาล และ การตรวจสอบรายการ reimbursement ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่มีกรรมการตรวจสอบในทุกท้องถิ่น
- 2) การคิดค่าใช้จ่ายเป็นรายโรคครอบคลุมการวินิจฉัย การรักษาและการบริการอย่างต่อเนื่องเฉพาะโรค ก่อให้เกิดสถานบริการเฉพาะโรคและการประกันที่ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ตามรายโรคซึ่งส่วนใหญ่ควบคุมโดย medical care plan หรือ DRG บางประเทศมีการปรับตัวของโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลหรือศูนย์แพทย์เฉพาะโรค ปัญหาคือกระบวนการเข้าถึงบริการเฉพาะโรค และการจัดกิจกรรมบริการการรักษา การวินิจฉัยและการฟื้นฟูในสภาพที่ใช้วิทยาการสูงและซับซ้อน ในแง่เทคโนโลยีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลลง และเพิ่มวิทยาการในเรื่องการจัดการการดูแลที่ บ้านหรือสถานบริการอื่นในราคาที่ถูกลงกว่าการใช้เทคโนโลยีราคาแพงเช่นเดียวกับในโรงพยาบาล เช่นการใช้ Case Mix ในบางประเทศ
- 3) การคิดเป็นชุดสิทธิประโยชน์เป็นทั้งรายโรคและตามกลุ่มประชากรมีผลทำให้สถานบริการอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่ได้ เพราะความพร้อมด้านเครื่องมือและบุคลากรจึงต้องประสานงานกัน เกิดเป็นเครือข่ายสถานบริการที่ครอบคลุมบริการทุกอย่าง และส่งผลให้เกิดการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิประโยชน์โดยสถานบริการแบ่งความรับผิดชอบ และรับกำไรร่วมกัน การกำหนดกลไกการควบคุมเป็นผลกระทบจากแนวคิดนี้ด้วยเพื่อให้เห็นขอบเขตการให้บริการที่ต่างกันและส่วนที่เชื่อมโยงกันได้

กลไกการควบคุมค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ดำเนินการโดยรัฐบาล ตามนโยบายหลักของประเทศ เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ เป้าหมายของกลไกคือ ลดการใช้ยาเกินความจำเป็น ลดความแตกต่างเรื่องค่ายา ใช้กลไกการเบิกจ่ายที่ยุติธรรม โดยการกำหนดอัตราค่าบริการที่ตายตัว และกำหนดบทบาทหน้าที่พร้อมแนวทางการประสานงานกันของสถานบริการระหว่างการส่งต่อเพื่อให้บริการครบชุดสิทธิประโยชน์ และสร้างกลไกร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายระหว่างรัฐ ประชาชน และเอกชน

โดยแต่ละประเทศเลือกใช้กลไกต่างๆสอดคล้องกับเงื่อนไข ระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ ระบบประกันสุขภาพ คือ

- 1) การสร้างกลไกการบริหารงบประมาณหลายระดับ จาก ระดับรัฐบาลกลาง ระดับเขตและระดับท้องถิ่น เช่น ในประเทศญี่ปุ่นที่มีสภาท้องถิ่นเป็นผู้ควบคุมการใช้จ่ายโดยได้รับงบประมาณจากทั้งรัฐบาลกลาง องค์กรประกันสุขภาพ และองค์กรส่วนท้องถิ่น มีองค์กรควบคุมการเบิกจ่ายทุกชั้นตอนในระดับท้องถิ่นและมีการกำหนดรายการและมาตรฐานการบริการทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติอย่างสอดคล้องกัน อีกตัวอย่างเช่น ประเทศ New Zealand ที่มีอบหมายให้ท้องถิ่นจัดตั้งองค์กรเพื่อทำหน้าที่เรื่องการควบคุมคุณภาพมาตรฐานการบริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามบริบทการเจ็บป่วยของแต่ละพื้นที่ มี

DHBs เป็นองค์กรหลักเชื่อมโยงกับรัฐบาลในแง่การสนับสนุนงบประมาณและการกำกับเรื่องการใช้จ่าย และท้องถิ่นกำกับเรื่องความโปร่งใสในองค์กรบริการสุขภาพในพื้นที่

- 2) กลไกที่ควบคุมอีกอย่างคือ การกำหนด ค่าใช้จ่ายรายหัวเป็นมาตรฐานเรื่องค่าบริการและ การควบคุมการให้บริการเกินความจำเป็นหรือการเบิกจ่ายเกินความจำเป็นของสถานบริการ
- 3) การกำหนดบริการพื้นฐานให้ประชาชนร่วมจ่ายในบริการที่เกินบริการพื้นฐานที่รัฐประกันให้ ผ่านการจ่ายโดยตรงหรือผ่านระบบประกันสุขภาพของเอกชน เช่นในประเทศ Singapore เป็นกลไกที่ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของชาติ หรือ Japan ที่ประชาชนผู้เอาประกันได้รับสิทธิประโยชน์เกินจากบริการมาตรฐาน เป็นต้น South Korea ที่กำหนดค่าบริการ ค่ายา ค่าการใช้เครื่องมือแพทย์ในการให้บริการแต่ละครั้ง
- 4) การจ่ายตามรูปแบบระบบประกันสุขภาพโดยรัฐและโดยเอกชน มีการเก็บค่าธรรมเนียมการบริการเป็นรายครั้งและการร่วมจ่ายจากประชาชนโดย จ่ายน้อยในสถานบริการระบบของรัฐ จ่ายมากในระบบเอกชน
- 5) ในระบบประกันสุขภาพในทุกประเทศ มีรัฐบาลเป็นองค์กรหลักที่สนับสนุนงบประมาณ มีกองทุนจากระบบประกันสุขภาพจากภาคเอกชนเข้าร่วม และประชาชนร่วมจ่าย ในอัตราที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ส่วนการบริหารจัดการเป็นในรูปของการมอบอำนาจให้ท้องถิ่นบริหารเป็นหลักมีรัฐบาลกลางสนับสนุนหรือการจัดการโดยรัฐบาลกลางทั้งหมด

บทที่ 3

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีวิวัฒนาการมาช้านาน จากอดีตของการใช้ภูมิปัญญาของชาวบ้านในการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับสภาพสังคมวัฒนธรรมไทย ดังนี้

ตารางที่ 10 วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

ความเคลื่อนไหวของระบบสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ / ลักษณะประชากร/ สังคม	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และการจัดระบบบริการสุขภาพ
ยุคล่าอาณานิคมของกลุ่มประเทศยุโรป	พึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ เชื้อสิ่งเหนือธรรมชาติ มีโรคระบาด	มีคณะมิชชันนารีจากฝรั่งเศส มาเผยแพร่การแพทย์แผนตะวันตก ในปี พ.ศ. 2219 พอลมาในสมัยของรัชกาลที่ 1 ได้มีการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทยจนดำเนินการมาถึงสมัยรัชกาลที่ 3 พอช่วงปลายสมัยรัชกาลที่ 3 นายแพทย์เบรตลีย์ นำวิธีการรักษาพยาบาลตามแนวทางของการแพทย์ตะวันตกเข้ามาในประเทศไทยอีกครั้ง
ความช่วยเหลือของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์	ระยะนี้ประชาชนไทยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ ความช่วยเหลือเน้นที่ ■ การแก้ปัญหาโรคไข้จับสั่นและไข้รากสาดน้อยที่แพร่ระบาด ■ พัฒนาการบริการสุขภาพและการพัฒนาบุคลากร	การบริการสุขภาพในประเทศไทยที่ถือว่าการพัฒนาเข้าสู่ความทันสมัยปรากฏชัดเจนในสมัยเริ่มรัชกาลที่ 4 จนถึงรัชกาลที่ 6 การก่อตั้งโรงพยาบาลได้เป็นการวางพื้นฐานของการรักษาโรคตามแนวแพทย์แผนตะวันตกมาใช้ ในสมัยรัชกาลที่ 5 ที่ได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลศิริราชขึ้น เมื่อพ.ศ. 2432 และในรัชกาลที่ 6 ได้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ขึ้น การจัดตั้งโรงพยาบาลในสมัยนั้นใช้เป็นโรงเรียนแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขร่วมด้วย ได้มีการจัดตั้งกรมพยาบาลขึ้นในกระทรวงมหาดไทย ในปีพ.ศ. 2455 และต่อมาในปีพ.ศ. 2482 จึงได้มีการก่อสร้างโรงพยาบาลวัดโรคขึ้น จนกระทั่งในปีพ.ศ. 2485 ได้มีโรงพยาบาลจำนวน 14 แห่งเมื่อเริ่มตั้งกระทรวงสาธารณสุข
อิทธิพลจากประเทศสหรัฐอเมริกา ในระยะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทำให้การล่าอาณานิคมของกลุ่มประเทศ	มีโรคระบาด และอนามัยแม่และเด็ก ทำให้อัตราการตายสูง	ความช่วยเหลือในระยะนั้นจะเป็นในรูปแบบของโครงการต่างๆ เช่น โครงการมาลาเรีย โครงการอนามัยแม่และเด็ก แนวคิดของการจัดตั้งสถานบริการสุขภาพตามหัวเมือง ได้มีการจัดตั้ง โอสถศาลา ซึ่งใช้เป็นสถานที่บำบัดโรค ต่อมาในปี พ.ศ. 2475 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น สุขศาลา สุขศาลาชั้นหนึ่งจะมีแพทย์

ความเคลื่อนไหวของระบบสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ /ลักษณะประชากร/ สังคม	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และการจัดระบบบริการสุขภาพ
ยุโรปหมดไป เนื่องจากแพ้สงคราม แต่เป็นยุคการช่วงชิงอำนาจกับกลุ่มประเทศคอมมิวนิสต์ โดยผ่านความช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ เช่น WHO FAO USAID Ford Foundation		ประจำ และสุขภาพที่ไม่มีแพทย์ประจำเรียกว่า สุขศาลาชั้นสอง การเปลี่ยนแปลงในช่วงนี้ได้เป็นจุดที่ก่อให้เกิดการวางรากฐานของการแพทย์สมัยใหม่และในขณะเดียวกันก็ได้มีการยุติบทบาทแพทย์ภูมิปัญญาท้องถิ่นลง หลังจากนั้น 5 ปีจึงได้มีการจัดตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นในกระทรวงมหาดไทย เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตชนบท การพัฒนาการรักษาพยาบาลด้วยแนวคิดการแพทย์แผนตะวันตกทำให้การแพทย์ภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ยุติบทบาทลงในเวลาต่อมา
การเปลี่ยนแปลงการปกครอง ในสมัยรัชกาลที่ 7 ตั้งและปรับโครงสร้างงานกระทรวงสาธารณสุขขึ้น	■ การสาธารณสุขได้นำเข้าไปรวมเป็นส่วนหนึ่งของกิจการเทศบาล มีการจัดแบ่งระบบบริการสุขภาพในหัวเมืองต่างๆ ยังพบปัญหาการตายของมารดาและเด็ก	ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 8 ปีพ.ศ. 2485 ได้มีประกาศพระราชบัญญัติจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้น กรมการแพทย์ได้รับโอนสุขศาลาชั้นหนึ่ง ที่ตั้งในอำเภอและจังหวัดใหญ่ๆ บางแห่งไปปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด บางแห่งเทศบาลรับไปดำเนินงาน และส่วนที่เหลืออยู่ภายใต้การการดูแลของกรมอนามัย จนกระทั่งปีพ.ศ. 2497 สุขศาลาเหล่านี้ได้พัฒนาเป็นสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งได้พัฒนาเป็น ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท ในปีพ.ศ. 2515 อีก 2 ปีต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย ในปีพ.ศ. 2518 ได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลอำเภอ และปีพ.ศ. 2525 จึงเรียกชื่อโรงพยาบาลชุมชนจนกระทั่งทุกวันนี้ สำหรับสุขศาลาชั้นสองได้เปลี่ยนชื่อเป็นสถานีอนามัยชั้นสองในปีพ.ศ. 2495 จนกระทั่งปีพ.ศ. 2515 จึงเรียกชื่อ สถานีอนามัยจนปัจจุบัน ในปีพ.ศ. 2497 ได้มีการจัดตั้งสำนักงานผดุงครรภ์ขึ้นเพื่อลดอัตราการตายของทารก จึงเห็นควรให้มีการส่งเคราะห์แก่มารดาและทารก
การปรับปรุงระบบการวางแผนสาธารณสุขแห่งชาติ โดยการนำเอาเทคนิคการวางแผนแบบ Country health programming มาใช้ และมีการใช้ระบบงบประมาณแบบ	1. แนวคิดการจัดตั้งสถานบริการสุขภาพในรูปของโรงพยาบาล จังหวัด ศูนย์ การแพทย์และอนามัย สถานีอนามัยและ	ได้มีผลต่อการปรับปรุงและขยายเพิ่มเติมจนมีโรงพยาบาลครบทุกจังหวัดในปีพ.ศ. 2500 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2505 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้แยกการบริการสุขภาพออกเป็นการรักษาและการป้องกันโรค โดยแบ่งระบบบริการสาธารณสุขเป็นลำดับขั้นตามความซับซ้อนของการบริการดังนี้ สำนักงานผดุงครรภ์ สถานีอนามัยชั้นสอง สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง และโรงพยาบาลตามลำดับ จนกระทั่งในช่วง พ.ศ. 2516 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับโครงสร้างโดยการรวมสถานบริการด้านการ

ความเคลื่อนไหวของระบบสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ /ลักษณะประชากร/ สังคม	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และการจัดระบบบริการสุขภาพ
แผนงาน	สำนักงานผดุงครรภ์ 2. นำแนวคิดการป้องกันโรคแยกออกจากการรักษา	รักษาพยาบาลเข้ากับด้านการป้องกันโรคมาอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวง และในปีพ.ศ. 2518 ได้มีการสร้างโรงพยาบาลระดับอำเภอเพื่อเป็นสถานที่ที่จะให้บริการแบบรวมทั้งด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค
ใช้แนวทางสาธารณสุขมูลฐาน ในพ.ศ. 2523	■ มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ■ ได้มีการนำเอาแพทย์แผนไทยมาร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน	ประเทศไทยได้มีการปรับยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านการพัฒนางานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ตามคำประกาศขององค์การอนามัยโลก การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงศักยภาพของประชาชนและชุมชนที่มาร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองยิ่งขึ้น บุคลากรด้านสาธารณสุขได้เรียนรู้ถึงการทำงานกับชุมชนมากขึ้น
เศรษฐกิจพอเพียง	■ เกิดภาวะสมองไหลสู่ภาคเอกชน ■ ภาครัฐ มีการพัฒนาคุณภาพบริการ	มีการขยายตัวด้านการลงทุนของภาคเอกชนที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานบริการทุกระดับ มุ่งการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ใช้เทคโนโลยีทันสมัย มีการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ มีการพัฒนาสถานียานามัยให้เป็นจุดเชื่อมโยงของงานสุขภาพดีถ้วนหน้า เกิดปัญหาความไม่เท่าเทียมทางด้านสุขภาพและคุณภาพบริการ
ระยะเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพไทย นำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้	■ นโยบายของพรรคการเมืองเปลี่ยน ■ การปฏิรูปการเมืองราชการ และการศึกษา ■ พรบ.การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น ■ ภาวะวิกฤติทางด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นมาก	กระแสการปฏิรูปในระบบราชการ การปฏิรูปทางการเมือง ซึ่งมีอิทธิพลต่อกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นในเวลาต่อมา มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2540 มีการจัดตั้งสำนักงานการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่ต้องการสร้างกระแสการปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้านสุขภาพของประชาชนชาวไทยให้มีการสร้างสุขภาพ มีการสนับสนุนให้เกิดการเคลื่อนไหวในสังคม สนับสนุนกิจกรรมที่สร้างสุขภาพ การเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน สังคม และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ในปี พ.ศ. 2542 ได้มีการออก พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ และกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งให้มีสำนักงานสนับสนุนและพัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ (กสพ.) ขึ้น ในปี พ.ศ. 2543 ได้มีการออกระเบียบปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีการ

ความเคลื่อนไหวของระบบสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม	ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ / ลักษณะประชากร/ สังคม	ปรากฏการณ์ด้านการบริการสุขภาพ และการจัดระบบบริการสุขภาพ
	ควบคุมยาก	แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมายออกพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติขึ้นเพื่อใช้เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพ

พัฒนาการโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ

แนวคิดการออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆที่มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยจากอดีตจนปัจจุบัน ดังตาราง

ตารางที่ 11 พัฒนาการโครงสร้างระบบบริการสุขภาพประเทศไทย

แนวคิดหลัก	ลักษณะโครงสร้างของระบบเชิงการจัดการ
ความเท่าเทียมในการเข้าถึงและคุณภาพบริการสุขภาพ	■ ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในระยะของต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ด้วยการสร้างสถานบริการสุขภาพ คือระหว่างปี พ.ศ. 2504-2519 ■ ขยายการบริการด้วยการสร้างสถานพยาบาลขนาดใหญ่ในเขตเมือง และสร้างสถานพยาบาลขนาดเล็กให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น พร้อมกับการเพิ่มบุคลากร
เน้นงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต 4 กลยุทธ์หลัก ได้แก่การมีส่วนร่วมของประชาชน การปรับเปลี่ยนระบบสาธารณสุข การร่วมมือประสานงานระหว่างสาขา การพัฒนาเทคโนโลยี และมี 14 องค์ประกอบ	■ แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานมีการประสานความร่วมมือกับหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะด้านการเกษตร การศึกษาและการปกครอง เน้นการพึ่งตนเองของชุมชน ครอบครัวและบุคคลในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ทำให้มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขให้มีความครอบคลุมทุกระดับ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพบริการและการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการเชื่อมต่อนานสาธารณสุขมูลฐานกับการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิขึ้นในหมู่บ้านคือสถานอนามัย พร้อมกับการพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง มีเอกชนเข้ามาร่วมในการให้บริการสุขภาพมากขึ้น
นโยบาย เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ	■ แนวคิดการจัดเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐาน และขนาดที่ไม่โตมาก ได้แก่ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีเฉพาะบริการปฐมภูมิ และสามารถเชื่อมต่อกับบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิได้อย่างอิสระ เครือข่ายบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ เป็นเครือข่ายที่มีบริการจากปฐมภูมิ สู่ทุติยภูมิ เครือข่ายบริการปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นเครือข่ายที่มีบริการครอบคลุมทุกระดับ

การจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพในประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทยเป็นระบบที่ซับซ้อน สามารถแบ่งได้หลายลักษณะ ดังตาราง

ตารางที่ 12 แนวคิดการจัดระดับบริการสุขภาพในประเทศไทย

แนวคิดในการจัดระดับบริการ	ลักษณะระดับบริการ
ใช้ความซับซ้อนของเทคโนโลยีการรักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษา	การจัดบริการระดับปฐมภูมิ ได้แก่สถานอนามัยและศูนย์สาธารณสุขชุมชน การจัดบริการสุขภาพระดับกลาง ได้แก่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ให้บริการแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง และโรงพยาบาลเอกชน การจัดบริการสุขภาพระดับสูง ได้แก่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเฉพาะทาง และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่
ใช้เขตพื้นที่การปกครอง	ระดับหมู่บ้าน มี 4 ลักษณะได้แก่การดูแลตนเอง ในระดับครอบครัว ระดับชุมชนและ<u>การจัดบริการระดับปฐมภูมิ</u>มีสถานอนามัย และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ระดับตำบล มีสถานอนามัยครอบคลุมประชากร 500-1000 คน สำหรับตำบลในเมืองจะมีศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล และโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการ ระดับอำเภอ เป็นการจัดบริการสุขภาพระดับกลาง มีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ให้บริการแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง และโรงพยาบาลเอกชน ระดับจังหวัดเป็นการจัดบริการสุขภาพระดับสูง ให้บริการด้วยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป ระดับภาคและระดับประเทศ เป็นการจัดบริการสุขภาพระดับสูงที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเฉพาะโรค เป็นโรงพยาบาลในระดับศูนย์ โรงพยาบาลในระดับประเทศ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเฉพาะทาง และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น
ความเป็นเจ้าของ	ได้ 3 กลุ่มคือ เป็นของรัฐ เอกชน องค์กรท้องถิ่น
การใช้ภูมิปัญญา	มี 2 ลักษณะคือแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์ภูมิปัญญาไทย - ผู้ให้บริการสุขภาพการแพทย์ภูมิปัญญาไทยมีหลายกลุ่มดังนี้ - หมอตำแย สถานะและบทบาทของหมอตำแยมีความชัดเจนในงานอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ประเทศไทยใช้ประโยชน์จากหมอตำแยที่ผ่านการอบรมระยะสั้นด้วยบทบาทใหม่ในการลดการเกิดโรคขาดเตี้ยและอัตราการตายของแม่และเด็ก - หมอยาสมุนไพร สมุนไพรส่วนใหญ่ได้จากพืชธรรมชาติ ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการผลิตแบบอุตสาหกรรม ทำให้มีการอนุรักษ์และฟื้นฟูเพื่อใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวาง 2.1 หมอรักษาความเจ็บป่วยทางจิต ได้แก่ หมอดู หมอทรง หมอรำผีฟ้า หมอธรรม หมอสะเดาะเคราะห์ซึ่งใช้พิธีกรรมในการรักษาาร่วมด้วย

แนวคิดในการจัด ระดับบริการ	ลักษณะระดับบริการ
	2.2 หมอนวดพื้นบ้านให้บริการการนวดเพื่อรักษาความเจ็บป่วยเช่นอาการปวดเมื่อย เส้นเคล็ดเส้นตึง ในปี พ.ศ. 2528 ได้มีการฟื้นฟูการนวดไทยขึ้น มีการเปิดคลินิก การนวดแผนไทยในโรงพยาบาล โรงพยาบาลบางแห่งใช้หมอนวดเป็นเครือข่าย บริการสุขภาพโดยการส่งต่อผู้ป่วยให้หมอนวดในหมู่บ้าน ■ ผู้ให้บริการสุขภาพการแพทย์แผนตะวันตกเป็นนักวิชาชีพด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ เป็นต้น

แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน

อุดมการณ์เรื่องสุขภาพและระบบสุขภาพของประเทศไทยในระบุงการปฏิรูประบบสุขภาพ(สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ 2543) ถูกกำหนดไว้ดังนี้

1. ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ความเข้มแข็งของชุมชน และมาตรการอื่นๆเพื่อการสร้างสุขภาพตลอดจนการปรับระบบบริการสาธารณสุข
2. ระบบป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมการเจ็บป่วย การตายของประชาชนทั้งจากโรคที่สามารถป้องกันได้
3. ระบบบริการสาธารณสุข ที่ไม่เป็นการค้าทางธุรกิจ มีจำนวนพอเพียง และมีครบตั้งแต่การดูแลรักษาตัวเอง การดูแลในครอบครัว การดูแลในชุมชน การบริการฉุกเฉิน บริการระดับต้น บริการระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ และบริการพิเศษ มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ
4. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ สนับสนุนให้ประชาชนมีทางเลือกที่หลากหลาย มีกลไกเพื่อพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
5. ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยให้มีการจัดสรรงบประมาณไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศทั้งของรัฐบาลและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
6. ระบบสมองของระบบสุขภาพด้วยการประเมินการวิเคราะห์ สังเคราะห์ความรู้และนำไปใช้เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
7. ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ด้วยการมีกลไกเฉพาะทำงานพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนกำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
8. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ เป็นหลักประกันว่าประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเป็นธรรม
9. ด้วยการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางด้านสุขภาพ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพให้มีลักษณะที่เป็นอุดมการณ์ แสดงดังภาพที่ 1

องค์กรบริการสุขภาพ

รูปแบบของการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในปัจจุบันเป็นการจัดให้บริการสุขภาพอยู่ภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยแบ่งองค์การบริการสุขภาพเป็น 3 กลุ่มคือ

1. หน่วยคู่สัญญาของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contracting unit for Primary care, CPU) ต้องมีประชากรขึ้นทะเบียนที่ชัดเจนและจัดให้มีหน่วยบริการที่ประชาชนที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องเลือกขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลประจำตัว ซึ่งหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ และจัดแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก ซึ่งสามารถจัดบริการได้ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดและหน่วยบริการปฐมภูมิรอง ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภท
2. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป กรณีที่ผู้ป่วยในเป็น สถานพยาบาลที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
3. หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ หมายถึงหน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการเฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง หน่วยให้บริการระดับนี้อาจเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทางต่างๆ

ขอบเขตและความครอบคลุมของบริการสุขภาพระดับต่างๆ

ด้วยเป้าประสงค์ที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน จึงได้มีการกำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการ เพื่อให้มีบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการรับสัญญาบริการปฐมภูมิ การปรับกลไกการเงินการคลัง เพื่อที่จะให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง ขอบเขตและความครอบคลุมบริการระดับต่างๆสรุปได้ดังนี้

- บริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการด้านแรก เข้าถึงบริการได้สะดวก ดูแลประชาชนทุกกลุ่มอายุและทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน ตามสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ดูแลอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆทั้งการแพทย์และบริการสังคม
- บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ให้บริการทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อน มีบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือที่ให้บริการตามมาตรฐาน ให้บริการฉุกเฉินและผู้ประสบอุบัติเหตุ มีการรับส่งผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิและมีการกำกับและพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่อง

ลักษณะการบริการ

ในระยะเปลี่ยนผ่านของการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการกำหนดมาตรฐานการบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ดังนี้

ลักษณะการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- 1) ให้บริการผสมผสานที่ประกอบด้วย การรักษาพยาบาลในโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ให้ความรู้ ติดตามเยี่ยมตามบ้าน และฟื้นฟูสภาพ บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคระดับบุคคลและครอบครัว ทุกกลุ่มอายุในสถานบริการและในชุมชน

- 2) ให้บริการเชิงรุก สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน
- 3) บริการด้านทันตกรรม ที่เป็นการรักษาพื้นฐานและการส่งเสริมป้องกันด้านทันตกรรม

ลักษณะการบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

- 1) บริการขั้นต่ำ เป็นโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงขึ้นไป จะต้องมียาอาคาร อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสม และเพียงพอ ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ระบบข้อมูล บริการรังสีวิทยา พยาธิวิทยาและชันสูตร และบริการเภสัชกรรม
- 2) บริการอื่นๆ ประกอบด้วยบริการผู้ป่วยหนัก บริการศัลยกรรมทั่วไป และบริการวิสัญญี

ผู้ให้บริการ

ในระหว่างการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เริ่มต้นตั้งแต่ ตุลาคม 2545 ที่ผ่านมามีการให้บริการสุขภาพในระดับพื้นที่ที่กำหนดให้ประชาชนลงทะเบียนตามความสมัครใจภายใต้เกณฑ์ทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสม สถานบริการสุขภาพจึงเป็นหน่วยบริการสุขภาพประจำตัวหรือประจำครอบครัว ตามลักษณะของบริการสุขภาพเป็นกลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 13 กลุ่มบริการ ผู้ให้บริการ และเงื่อนไขการบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

กลุ่มบริการ	ตัวอย่างผู้ให้บริการ	เงื่อนไข
1. กลุ่มบริการสุขภาพทั่วไป กรณีผู้ป่วยนอก	โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย สถานอนามัย เครือข่ายของคลินิกเอกชน ร้านยา	มาตรฐานและข้อกำหนดด้าน ความพร้อมของสถานบริการ มาตรฐานเครือข่าย
2. กลุ่มบริการส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรค	โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย สถานอนามัย เครือข่ายของคลินิกเอกชน ร้านยา	มาตรฐานร่วมกับกลุ่ม 1
3. กลุ่มบริการสุขภาพทั่วไป กรณีผู้ป่วยใน	โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน	มาตรฐานความพร้อมของบริการ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
4. กลุ่มบริการทันตกรรม	โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน คลินิกทันตแพทย์	มาตรฐานที่กำหนด แยกสัญญาากับกลุ่ม 1 และ 3
5. กลุ่มบริการอนามัยแม่และ เด็ก	โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย สถานอนามัย เครือข่ายของคลินิกเอกชน ร้านยา	มาตรฐานความพร้อมในการ บริการอนามัยแม่และเด็ก
6. กลุ่มบริการส่งเสริมและการ	โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน	ขอบเขตของบริการฉุกเฉิน

กลุ่มบริการ	ตัวอย่างผู้ให้บริการ	เงื่อนไข
ส่งต่อ กรณีฉุกเฉิน	สถานีอนามัย	
7. กลุ่มบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือบริการเฉพาะทาง	โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน (คู่สัญญา) ร้านยา	มาตรฐานการบริการเฉพาะทาง
8. กลุ่มบริการดูแลฟื้นฟูสุขภาพระยะยาว	สถานพยาบาลพักฟื้น บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	มาตรฐานการสถานพยาบาล พักฟื้นและบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
9. กลุ่มบริการข้ามเขต	โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน (คู่สัญญา) ที่อยู่นอกพื้นที่	มาตรฐานการให้บริการและการใช้ บริการข้ามเขต

ระบบประกันสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในยุคแรกเป็นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ดูแลสุขภาพด้วยการพึ่งพาธรรมชาติ ต่อมาศาสตร์ทางการแพทย์เจริญขึ้น มีการพัฒนาสถานพยาบาลลักษณะต่างๆ ให้กลายเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด และอำเภอ ซึ่งถือว่าการเริ่มเข้าสู่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นครั้งแรกเช่นกัน ต่อมาศาสตร์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีมีความเจริญมากแต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจและความเจริญของธุรกิจทางด้านการประกันสุขภาพของเอกชน จึงเข้าสู่ยุคการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นครั้งที่สอง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นครั้งที่สามเกิดขึ้นเมื่อรัฐธรรมนูญกำหนดให้สุขภาพเป็นสิทธิ “สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่เขาจะได้รับสิทธินั้น” (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) รัฐบาลต้องรับผิดชอบในการจัดหาบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานให้กับคนไทยทุกคน การจัดการกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากขึ้นต้องอาศัยกลไกของการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาล โดยการมีการประกันสุขภาพให้กับคนไทยทุกคน มีหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ตามความจำเป็นโดยเท่าเทียมกัน

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยยึดถือ “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามบัญญัติ”(คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

ภายใต้เป้าหมายสำคัญดังกล่าว ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการมีหลักประกันสุขภาพที่ดี ได้แก่ การสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพให้เกิดขึ้นกับทุกคน การลดปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรที่สำคัญของประเทศ และที่สำคัญที่สุดคือการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการลดการใช้และการพึ่งพาเทคโนโลยีการรักษา

แนวคิดหลักในการออกแบบระบบประกันสุขภาพ

เนื่องจากระบบหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพ การออกแบบระบบหลักประกันสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับเป้าหมายและแนวคิดหลักที่ใช้เป็นฐานในการจัดระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

ตารางที่ 14 แนวคิดในการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทย

แนวคิด	ลักษณะบริการ
แนวคิดความเสมอภาค	ประชาชนเข้าถึงอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในด้านรายได้หรือภูมิฐานะ รัฐต้องขยายการจัดบริการทั่วทุกพื้นที่
แนวคิดความเป็นธรรม	มีความสัมพันธ์กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ ประชากรที่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพที่เท่ากันต้องได้รับการบริการด้วยความเท่าเทียมกันโดยไม่เกี่ยวข้องกับรายได้
แนวคิดเสรีภาพ	ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้บริการตามความสามารถในการจ่าย
แนวคิดประสิทธิภาพ	มุ่งการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เกี่ยวข้องกับการจัดบริการที่มีต้นทุนต่ำ และการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

การจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยเป็นการจัดบริการด้วยแนวคิดเสรีภาพ แบบตลาดแข่งขันเสรี ประชาชนสามารถใช้บริการได้อย่างเต็มที่ ทำให้ประเทศต้องมีค่าใช้จ่ายสูง แต่ประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ซึ่งมีประมาณร้อยละ 30 ในกรณีที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ทำให้ครอบครัวประสบภาวะจำกัดทางเศรษฐกิจเมื่อเจ็บป่วยขึ้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงมีแนวโน้มของการจัดบริการสุขภาพแบบสวัสดิการ ที่เป็นทั้งแบบให้เปล่าและการร่วมจ่าย ที่ผ่านมารัฐบาลได้พยายามแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพด้วยการสงเคราะห์หรือเป็นสวัสดิการให้กับประชาชนตามกลุ่มต่างๆดังนี้

ตารางที่ 15 ประเภทของระบบประกันสุขภาพตามกลุ่มประชากร

ประเภท	กลุ่มประชากร
ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กอายุ 0-5 ปี นักเรียนประถมและมัธยม ทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ผู้พิการ และภิกษุสามเณร
สวัสดิการการรักษาพยาบาล	ข้าราชการและครอบครัว พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว
ระบบประกันสังคม กองทุนทดแทน	ลูกจ้างบริษัท
การประกันสุขภาพเอกชน	ประชาชนทั่วไป
การประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	ประชาชนทั่วไป
พรบ. คุ่มครองผู้ประสพภัย	ประชาชนทั่วไป

ระบบประกันสุขภาพผู้ที่มีรายได้น้อย และบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

แนวคิดของการจัดระบบประกันสุขภาพแก่กลุ่มประชาชนผู้ด้อยโอกาสและบุคคลที่สังคมควรที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อเสริมสร้างศักยภาพความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน ให้มีความเป็นอยู่ที่ดี สร้างความมั่นคงแก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยที่รัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนและมอบหมายให้กรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้ดูแล ทั้งนี้บทบาทหน้าที่

ของกรมประชาสงเคราะห์คือการให้บริการสังคมสงเคราะห์ พัฒนาความเป็นอยู่ของประชาชนที่ประสบปัญหาทั้งในชุมชนเขตเมืองและชนบท โดยรวมถึงการระดมทรัพยากรจากรัฐและภาคเอกชนที่จะช่วยเหลือในด้านต่างๆที่ครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพด้วย

กลุ่มเป้าหมายที่ให้การดูแลได้แก่ ผู้ที่มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี นักเรียนชั้นประถมและมัธยมต้น ทหารผ่านศึก ผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร ผู้พิการ ภิกษุ สามเณร เด็กในครอบครัวที่บิดามารดาติดเชื่อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์ ผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์

การดำเนินงานของการประกันสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมายนี้ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมประชาสงเคราะห์ ประชาชนกลุ่มนี้ได้รับสิทธิประโยชน์และการคุ้มครองให้การดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะในโรงพยาบาลหรือสถานบริการของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเอง รัฐบาลเป็นฝ่ายรับภาระค่าใช้จ่าย โดยกำหนดงบประมาณ 363 บาท/คน/ปี การให้บริการจะเน้นระบบการส่งต่อ แต่ไม่ครอบคลุมการตั้งครุฑการคลอดบุตร ไม่มีการจ่ายค่าชดเชยในรูปแบบของเงิน แต่ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคยังจำกัด นอกจากนั้นทางกรมประชาสงเคราะห์ยังได้ส่งเคราะห์ค่ายังชีพให้แก่ผู้สูงอายุเดือนละ 300 บาท คนพิการเดือนละ 200 บาท ผู้ป่วยเอดส์เดือนละ 500 บาท

จุดเด่นของระบบนี้คือ ความครอบคลุมผู้ที่สังคมควรที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นระบบใหญ่ มีการคลังโดยระบบภาษี ซึ่งศักยภาพในการขยายความครอบคลุมน้อย แต่สามารถทำได้หากมีการปรับแนวการดำเนินงาน โดยเฉพาะการตรวจสอบผู้มีสิทธิในพื้นที่ เพื่อให้ได้รับการจัดสรรงบประมาณต่อหัวมากขึ้น

ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

เป็นระบบประกันสุขภาพที่จัดขึ้นก่อนระบบอื่น โดยต้องการให้เป็นสวัสดิการแก่ผู้ที่เป็นลูกจ้างของทางราชการและที่เกษียณอายุราชการ เนื่องจากข้าราชการยอมที่จะรับเงินเดือนหรืออัตราจ้างที่ต่ำกว่าภาคเอกชน ดังนั้นสิทธิสวัสดิการจึงเป็นสิ่งที่ข้าราชการพึงมีพึงได้ และเป็นการอุดหนุนด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยถือว่าสวัสดิการนี้ให้ประโยชน์คุ้มครองที่ดีที่สุด ครอบคลุมถึงบุคคลในครอบครัวด้วย

กลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมบุคคลที่เป็นข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และคนในครอบครัว

ดำเนินงาน โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายคือกระทรวงการคลังที่ใช้งบประมาณ 2,106 บาท/คน/ปี โดยใช้วิธีการจ่ายตามปริมาณบริการย้อนหลัง (fee for services retrospective) ซึ่งสถานบริการที่ให้บริการผู้ป่วยนอกรับบริการเฉพาะโรงพยาบาลรัฐบาล ผู้ป่วยในได้ทั้งรัฐบาลและเอกชน

จุดเด่นของระบบนี้ เป็นการประกันสุขภาพที่ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมถึงบิดามารดา คู่สมรส และบุตร ซึ่งในปัจจุบันจำเป็นต้องมีกลไกในการควบคุมค่าใช้จ่ายและการตรวจสอบคุณภาพด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเบิกจ่าย

ระบบประกันสังคม และกองทุนทดแทน

แนวคิดการประกันสังคมเริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2495 และมีกฎหมายประกันสังคมฉบับแรกในปี พ.ศ. 2497 และมีผลบังคับใช้ในปี พ.ศ. 2533 โดยมีหลักการจัดสวัสดิการให้ประชาชนแต่ละคนช่วยเหลือตนเองและครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในสังคมด้วยการออมรายได้ประจำตามความสามารถของแต่ละบุคคลสะสมไว้เป็นกองทุนกลาง มีนายจ้างและรัฐบาลช่วยออกเงินสมทบ กองทุนนี้จะช่วยดูแลบุคคลที่ประกันตนและครอบครัวในกรณีต่างๆเพื่อให้พ้นความเดือดร้อนเช่น การเจ็บป่วย การคลอดบุตร การว่างงาน การประกันอุบัติเหตุและโรคอันเกิดจากการทำงาน ทุพพลภาพ ชราภาพ การเสียชีวิต การสงเคราะห์ครอบครัว โดยคาดหวังว่า ระบบประกันสังคมจะ

เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้หลักการพึ่งตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชน ให้เป็นหลักประกันและคุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำรงชีวิตแม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องขาดแคลนรายได้ก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

กลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมพนักงาน ผู้ใช้แรงงานในระบบขององค์กรเอกชน ภาคธุรกิจ สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 1 คนขึ้นไป (ประกาศเมื่อ 1 เมษายน 2545)

การดำเนินงานภายใต้นโยบายของสำนักงานประกันสังคม โดยให้งบประมาณ 430 บาท/คน/ปี ที่เป็นการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) เน้นสถานบริการโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนรวมทั้งการเป็นเครือข่ายโดยที่นายจ้างและลูกจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนในอัตราร้อยละ 3 ของค่าจ้าง และรัฐบาลสมทบส่วนหนึ่ง ซึ่งการรักษาพยาบาลจะอยู่นอกเหนือโรคที่กำหนดให้ ไม่อยู่ในความครอบคลุมในกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย ซึ่งจะเน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

จุดเด่นคือ เป็นระบบที่ใช้การทำสัญญาซื้อขายระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ มีมาตรฐานกลไกในการตรวจประเมินคุณภาพสถานพยาบาล มีการขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้าง 1 คนด้วย ทั้งนี้ระบบนี้ยังต้องการกลไกในการควบคุมคุณภาพการบริการ การหามาตรการในการปิดความรับผิดชอบในการรักษา และการกำหนดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุม

ระบบประกันสังคมมีกองทุนทดแทนที่รัฐบาลจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นทุนในการจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง เมื่อลูกจ้างเจ็บป่วย หรือประสบอันตราย ทูพพลภาพ สูญหาย หรือถึงแก่ความตาย อันเนื่องมาจากการทำงานหรือการป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้นายจ้าง ซึ่งกองทุนนี้จะเป็นการเก็บเบี้ยประกันจากสถานประกอบการโดยนายจ้างเป็นคนจ่ายเงินเข้ากองทุนทดแทนฝ่ายเดียว โดยจ่ายปีละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงภัยในการทำงานของสถานประกอบการนั้นๆ นายจ้างแต่ละประเภทจะจ่ายเงินสมทบไม่เท่ากันระหว่าง 0.2-1.0% โดยเงินสมทบจะคำนวณจากค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายให้ลูกจ้างรวมกันทั้งปี คุณด้วยอัตราเงินสมทบของประเภทกิจการนั้นๆ ทั้งนี้หน่วยงานกองทุนทดแทนจะต้องมีการกำหนดแนวทางในการพิจารณาการเบิกจ่ายที่ถูกต้องและเป็นธรรม โดยสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมคือ การสูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพ ตาย สูญหาย และเจ็บป่วย ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านการแพทย์ที่จะช่วยให้ข้ออวัยวะส่วนที่เสียทำงานต่อไป หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพในการเตรียมเข้าทำงานและการฝึกอาชีพ

ระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

แนวคิดเกิดขึ้นจากแผนพัฒนา สาธารณสุขระยะที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ได้ระบุนโยบายไว้ชัดเจนว่า รัฐจะสนับสนุนและส่งเสริมการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ โดยทำการจำหน่ายบัตรสุขภาพราคาบัตรละ 500 บาท มีอายุ 1 ปี นับตั้งแต่วันออกบัตร โดยที่การจัดทำบัตรเกิดจากแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มผู้ที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองระบบประกันสุขภาพอย่างอื่นๆ เน้นกลุ่มประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ต่ำจนเกินไป โดยเฉพาะในเขตชนบท

การดำเนินงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเป็นลักษณะการซื้อบัตรสุขภาพที่กำหนดให้ 250 บาท/คน/ปี หรือ 500 บาท/คน/ครอบครัว โดยวิธีการจ่ายเงินเป็นการเหมาจ่ายบัตรรายไต้งบประมาณรวม (global budget and capitation) ให้บริการได้เฉพาะสถานบริการของรัฐที่มีระบบการส่งต่อเป็นเครือข่ายเดียวกันเท่านั้น

จุดเด่นคือ การเก็บเงินสมทบในอัตราที่คงที่ร่วมกับการอุดหนุนจากรัฐ ทำให้สามารถจำกัดวงเงินงบประมาณได้ และสามารถกระจายความเสี่ยงได้

ระบบประกันสุขภาพเอกชน

แนวคิด เป็นการดำเนินการทางธุรกิจประกันสุขภาพโดยเฉพาะ เริ่มจากการจดทะเบียนของ บริษัทการแพทย์และสาธารณสุขไทย จน พ.ศ. 2521 บริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันวินาศภัยได้ขยายธุรกิจที่เพิ่มประกันสุขภาพเข้าไปด้วย โดยมีทั้งบริษัทประกันชีวิตที่ขยายประกันสุขภาพเพิ่มเติมแนบท้ายกรมธรรม์หลัก บริษัทประกันวินาศภัยที่จดทะเบียนเพื่อธุรกิจประเภทประกันสุขภาพโดยเฉพาะ และโรงพยาบาลเอกชนที่เปิดโอกาสให้สมาชิกได้รับสิทธิพิเศษบางประการในการรักษาพยาบาลเป็นลักษณะของสัญญาปีต่อปี

กลุ่มเป้าหมาย คือประชาชนทั่วไปที่พึงพอใจในการประกันสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่พึงได้

การดำเนินงาน เป็นวิธีการที่บุคคลกลุ่มหนึ่งจะมีการเฉลี่ยภัยอันเนื่องมาจากการตาย การสูญเสียอวัยวะทุพพลภาพ และการสูญเสียรายได้ยามชรา โดยที่เมื่อบุคคลใดต้องประสบภัยเหล่านั้น ก็จะได้รับเงินเฉลี่ยช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อนของตนเองและครอบครัว โดยบริษัทประกันจะทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการนำเงินก่อนดังกล่าวไปจ่ายแก่ผู้ได้รับภัย ทั้งนี้การประกันจะมีหลายแบบตามลักษณะการคุ้มครองและผลประโยชน์แตกต่างกันออกไป เช่น แบบตลอดชีพที่ประกันคุ้มครองตลอดชีพ เมื่อเสียชีวิตจะได้รับเงินทุนสำหรับการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ค่าทำศพ แบบสะสมทรัพย์ จะเป็นการจ่ายเงินเมื่อมีชีวิตอยู่ครบตามสัญญา ซึ่งแบบนี้จะมีทั้งการคุ้มครองชีวิตและการออมทรัพย์ ซึ่งการออมทรัพย์จะได้เงินคืนเมื่อครบสัญญา แบบชั่วระยะเวลา เป็นการคุ้มครองการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ไม่มีเงินคืน ให้ถ้าผู้เอาประกันอยู่จนครบสัญญา และแบบเงินได้ประจำ เป็นการที่บริษัทประกันจะจ่ายเงินให้อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน หรือตามเงื่อนไขที่ต้องการ

ระบบประกันคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

แนวคิดเริ่มจากการกำหนดพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ที่ต้องการให้ความคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนที่ประสบภัยจากรถที่ได้รับบาดเจ็บ เสียชีวิต เพราะเหตุประสบภัยจากรถ โดยให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งกรณีบาดเจ็บหรือช่วยเหลือเป็นค่าปลงศพกรณีเสียชีวิต อีกทั้งยังเป็นหลักประกันให้โรงพยาบาล สถานบริการว่าจะได้รับค่ารักษาพยาบาลในการรับการรักษาพยาบาลผู้ที่ประสบภัย นอกจากนั้นยังเป็นสวัสดิการสงเคราะห์ที่มอบให้แก่ประชาชนผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการที่การประกันภัยเข้ามามีส่วนร่วมในการบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประสบภัยและครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย คือประชาชนทุกคนที่ผู้ประสบภัยจากรถไม่ว่าจะเป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสารเดินเท้า หากได้รับความเสียหายแก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุที่เกิดจากรถก็จะได้รับความคุ้มครองจาก พ.ร.บ.

การดำเนินงาน เป็นของบริษัทประกันเอกชนต่างๆที่จะดำเนินการจ่ายค่าสินไหมทดแทนตาม พ.ร.บ. ภายใต้การบริหารจัดการของกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย นอกจากนั้นยังมีสำนักงานกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ จะเป็นผู้ควบคุมกำกับดูแลการดำเนินงานของบริษัทประกันต่างๆอีกด้วย

จุดเด่น อยู่ที่ว่าทำให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดเก็บเบี้ยประกัน และเป็นการคุ้มครองเบื้องต้นไม่จำกัดผู้ให้บริการ ซึ่งการจัดเก็บเบี้ยประกันที่เป็นธรรมจะเกิดประโยชน์ต่อผู้บริโภค มีการเบิกจ่ายเงินที่คล่องตัว และสามารถตรวจสอบคุณภาพของผู้รับประกันได้

ประสบการณ์ระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมาของประเทศไทย

นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) ได้กล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบประกันสุขภาพโดยรวมของประเทศไทยดังต่อไปนี้

1. ปัญหาระดับนโยบาย ขาดความชัดเจนของนโยบายและกฎหมาย ไม่มีหน่วยงานกำกับดูแลด้านการประกันสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพ
2. ปัญหาระดับระบบ แต่ละระบบมีความแตกต่างกันมาก มีความซับซ้อนและซ้ำซ้อน เกิดปัญหาความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน
3. ปัญหาระดับองค์กร ไม่มีกระบวนการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการบริการ เช่นไม่มีระบบข้อมูลข่าวสาร การทบทวนการใช้บริการ
4. ปัญหาระดับปัจเจก ผู้บริโภค ผู้ให้บริการ ผู้บริหารสถานพยาบาลขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

แนวคิดใหม่ ในการจัดระบบประกันสุขภาพ

เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ ได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่เขาจะได้รับบริการ จึงได้มีแนวคิดในเรื่อง “สิทธิ” ของประชาชน ในด้านสุขภาพ ดังนี้

1. ความเสมอภาค (equity) ที่ประชาชนชาวไทยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันแล้ว จะต้องมีการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่ายในลักษณะของความก้าวหน้าและความเป็นธรรม และเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเพียงพอเสมอหน้ากัน
2. ทางเลือกในการรับบริการ (choice) ประชาชนมีสิทธิในการเลือกสถานบริการที่เข้าถึงได้ง่าย เลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ประสิทธิภาพ (efficiency) มีการปรับการให้บริการที่คุ้มค่า ใช้ทรัพยากรอย่างเต็มที่ ระบบการบริหารจัดการที่เคร่งครัด ต้นทุนต่อหน่วยต่ำ แต่ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพผ่านเครือข่ายการให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นหลัก
4. การสร้างให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้า ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นหลัก

รัฐบาลจึงมีนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเพื่อที่จะให้เกิดความครอบคลุมในการประกันสุขภาพแก่ประชาชนทั้งประเทศ มีจุดสำคัญหลายประการได้แก่

1. การจัดระบบการเงินในลักษณะเฉลี่ยต่อหัวประชากร เป็นการสร้างความเท่าเทียมของคนในสังคม
2. การรวมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไว้ในชุดบริการหลักควบคู่กับการรักษาพยาบาล และกำหนดให้มีบริการทั้งตั้งรับและเชิงรุกไปถึงระดับครอบครัว
3. ให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เน้นการสร้างเครือข่ายบริการระดับสูงเพื่อร่วมกันรับผิดชอบในการดูแลประชาชน รวมทั้งภาคเอกชน แพทย์แผนไทยตลอดจนร้านขายยาเข้าร่วมในการบริการ เป็นการรวมศักยภาพสถานบริการ
4. สร้างกลไกพัฒนาและควบคุมคุณภาพสถานบริการทุกระดับ สร้างกลไกคุ้มครองผู้บริโภคและสร้างระบบหลักประกันสุขภาพโดยรวม

กลไกควบคุมมาตรฐานและคุณภาพการบริการ

ประเทศไทยได้มีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานพยาบาลในครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 โดยกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการในโรงพยาบาลชุมชนและพัฒนา ระบบบริการพยาบาล ต่อมาในปี พ.ศ. 2528 ได้มีการจัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาล และเริ่มให้มีการ

ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จนกระทั่ง ปี พ.ศ. 2538 กองการพยาบาลได้มีการพัฒนาแบบการประกันคุณภาพ และนำไปปฏิบัติ

สำนักงานประกันสุขภาพ ได้ศึกษาดูงานด้านการพัฒนาคุณภาพโดยได้นำแนวคิด TQM/CQI และได้นำมาศึกษาวิจัยและพัฒนาในโรงพยาบาลนาร่อง 8 แห่ง ระหว่าง ปี พ.ศ. 2536-2538 ผลของการนำร่อง กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น โดยมีเป้าหมายให้โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งดำเนินการโดยใช้แนวคิด TQM/CQI ภายในสิ้นแผนสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ในช่วงเดียวกันที่สำนักงานประกันสังคมได้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้นเพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม ใน ปี พ.ศ. 2538 สำนักงานประกันสังคม ได้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคมตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดไว้

ปี พ.ศ. 2540 โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้เริ่มขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจ และความตระหนักในผู้ให้บริการ ในปี พ.ศ. 2543 จึงได้มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีพันธกิจที่จะส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล โดยอาศัยการประเมินตนเอง ร่วมกับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอกเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ การจัดระบบและกลไกอยู่บนฐานปรัชญาดังนี้

1. มุ่งสู่คุณภาพของระบบบริการสุขภาพในระดับที่ลึกซึ้ง การมองผู้ป่วยแบบองค์รวม เห็นภูมิหลังและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ใช้มาตรฐานวิชาชีพแก้ไขปัญหผู้ป่วย ตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
2. สอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมอันดีของไทย
3. เป็นกระบวนการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ
4. เป็นกลไกที่สามารถพึ่งตนเองได้และสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง
5. เป็นกลไกที่มีความเป็นกลาง เป็นที่น่าเชื่อถือและศรัทธาของประชาชน
6. เป็นกลไกระดับชาติที่สร้างความเท่าเทียมแก่ประชาชนทุกกลุ่มและสามารถรองรับความหลากหลายของระบบบริการได้

กลไกการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลมีดังนี้

ตารางที่ 16 กลไกการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริการ

กลไก	เป้าหมาย	กระบวนการ
Health Care Accreditation	เพื่อกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบงาน การดูแลผู้ป่วยและระบบงานทั่วไป	โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองก่อน จากนั้นเป็นการเยี่ยมสำรวจ และเสนอให้ คณะกรรมผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตัดสินให้ การรับรอง
การส่งเสริม การพัฒนา คุณภาพ สถานพยาบาล ประกันสังคม	เพื่อให้สถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่งสร้าง ระบบบริหารคุณภาพเพื่อยกระดับคุณภาพการ ดูแลผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ภายในปี พ.ศ. 2545	สำนักงานประกันสังคมจะประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางพัฒนา ประเด็นต่างๆ จัดฝึกอบรมให้กับผู้แทนของ โรงพยาบาล เยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อติดตาม ความก้าวหน้า รับทราบปัญหาและให้ คำแนะนำ
องค์กรวิชาชีพ	มาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติงานของผู้	องค์กรวิชาชีพและโรงพยาบาลเป็นผู้จัดทำ

กลไก	เป้าหมาย	กระบวนการ
และกระทรวง สาธารณสุข	ประกอบวิชาชีพ มีทั้งมาตรฐานและจริยธรรม วิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ สิทธิผู้ป่วย และข้อกำหนดทางเทคนิคที่โรงพยาบาลควรจะ ยึดเป็นหลักปฏิบัติ	มาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติและ เผยแพร่ให้ผู้ปฏิบัตินำไปปฏิบัติ

กลไกของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่เกิดขึ้น จะเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นการเรียนรู้ และการพัฒนาที่มีทิศทาง ผลของการพัฒนาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ที่จะได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีขึ้น ลดความเสี่ยง ได้รับความใส่ใจ ได้รับความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมากขึ้น

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการหลายระบบ แต่ละระบบมีวิธีการด้านการคลัง การชำระค่าใช้จ่ายแก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการ แหล่งที่ให้บริการและสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน สรุปดังตาราง

ตารางที่ 17 วิธีการจ่ายค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระบบสุขภาพต่างๆของประเทศไทย

ระบบ	วิธีการจ่าย
สวัสดิการผู้มีรายได้น้อย	เหมาจ่ายรายหัว
สวัสดิการข้าราชการ	จ่ายตามบริการ
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	จ่ายตามบริการ
ระบบประกันสังคม	เหมาจ่ายรายหัว (+ เบิกจ่ายตามรายการ)
กองทุนทดแทน	จ่ายตามบริการ
การประกันสุขภาพเอกชน	จ่ายตามบริการ
การประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	เหมาจ่ายรายหัว
พรบ. คุ่มครองผู้ประสพภัย	จ่ายตามบริการ
ประชาชนทั่วไป	จ่ายตามบริการ

ระบบบริการสุขภาพที่เน้นการซ่อมสุขภาพทำให้ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในอัตราที่เพิ่มกว่าร้อยละ 10 ต่อปี การประกันสุขภาพเป็นทางเลือกหนึ่งต่อการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นโดยไม่จำเป็น ซึ่งค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นนี้อาจจะเป็นผลจากการไม่มีประสิทธิภาพด้านเทคนิค หรือการใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่า กลไกที่จะช่วยในการจำกัดหรือควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ คือ การอุดหนุนสถานพยาบาล การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ผู้ให้บริการ การกำหนดส่วนร่วมจ่าย ระบบการจ่ายเงินแก่สถานบริการ สรุปได้ดังนี้

1. การอุดหนุนสถานพยาบาลมีหลายวิธี ได้แก่

- 1.1 การจ่ายตามค่าใช้จ่ายในการบริการ เป็นวิธีที่นิยมมาก เป็นวิธีการที่ตรงไปตรงมา แต่มีข้อเสียคือ ควบคุมค่าใช้จ่ายยาก

- 1.2 การจ่ายเป็นรายวัน เป็นวิธีที่นิยมมากในระบบการดูแลแบบ Managed care ของประเทศสหรัฐอเมริกา แต่อาจทำให้ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลยาวขึ้น
- 1.3 การจ่ายตามการวินิจฉัยโรค เป็นการจ่ายในอัตราที่คงที่ต่อการอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้งของผู้ป่วย ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย แต่อาจจะมีผลต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาล
- 1.4 เหม่าจ่ายตามรายหัว เป็นการจ่ายล่วงหน้าในการดูแลประชาชนที่ลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาล ข้อเสียคือโรงพยาบาลต้องรับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น
- 1.5 การจ่ายเป็นงบประมาณ สถานบริการมีอิสระในการบริหารเงิน
2. การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ผู้ให้บริการ
 - 2.1 การจ่ายตามบริการ ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ประเทศสหรัฐ ได้มีการจูงใจแพทย์ไม่ให้สั่งการรักษาที่เกินความจำเป็น ด้วยการหักเงินบางส่วนจากแพทย์ก่อน และจะจ่ายคืนให้แพทย์เมื่อสิ้นปี แพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายต่ำในการสั่งการรักษา การส่งต่อ หรือการรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล จะได้เงินส่วนหักคืนมากหรือทั้งหมด
 - 2.2 การกำหนดอัตราค่าบริการแบบมีเพดานสูงสุด มีการกำหนดเพดานของการชำระค่าบริการสำหรับการตรวจรักษาแต่ละประเภท มีระบบที่มีการยอมรับมากที่สุดคือ Relative value ของวิธีการตรวจรักษาแต่ละชนิดมาเป็นพื้นฐานในการคำนวณ
 - 2.3 จ่ายตามการเจ็บป่วย เหม่าจ่ายให้แพทย์สำหรับการบริการเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งในอัตราคงที่
 - 2.4 การเหม่าจ่ายรายหัวสำหรับการดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ เป็นการจ่ายให้แก่แพทย์ล่วงหน้าเป็นจำนวนคงที่ต่อเดือนต่อรายของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้นั้น
 - 2.5 การจ่ายเป็นเงินเดือน เป็นการเหม่าจ่ายสำหรับเวลาที่ผู้ให้บริการทำงานเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วย
3. การกำหนดส่วนร่วมจ่ายประเทศไทยได้มีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อ 1 มีนาคม 2543 เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายดังนี้
 - 3.1 ให้มีการร่วมจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
 - 3.2 จำกัดจำนวนวันที่สามารถเบิกค่าห้องและค่าอาหารของโรงพยาบาล
 - 3.3 การยกเว้นการเบิกจ่ายค่าบริการหรือค่าธรรมเนียมพิเศษของคลินิกนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลของรัฐ
4. ระบบการจ่ายเงินแก่สถานบริการ ระบบการจ่ายเงินใหม่ ควรจะเป็นดังนี้
 - 4.1 เหม่าจ่ายต่อหัวประชากรไปยังเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยตรง
 - 4.2 แยกการจ่ายเงินให้เหมาะสมกับลักษณะบริการ ดังนี้
 - กลุ่มผู้ป่วยนอก เหม่าจ่ายรายหัว โดยปรับตามอายุ เพศและความเสี่ยง
 - กลุ่มผู้ป่วยในจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของโรค หรือ DRGs เน้นประสิทธิภาพโดยไม่บั่นทอนคุณภาพ
 - กลุ่มยา ตัดผลประโยชน์จากการสั่งยาฟุ่มเฟือยและยาที่ด้อยมาตรฐานโดยการควบคุมราคายา และยินยอมให้ผู้ให้บริการถือใบสั่งยาไปรับยาที่ร้านจำหน่ายยาที่ลงทะเบียนไว้

ผลกระทบจากค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ทำให้รัฐบาลพยายามจัดการให้มีระบบกองทุนเพียงกองทุนเดียว ทำให้เป็นกองทุนที่มีขนาดใหญ่ สะดวกในการบริหาร และสามารถมีอำนาจในการต่อรองได้มากกว่าการเป็นกองทุนย่อย ซึ่งปัจจัยในการรวมกองทุนได้ต้องพิจารณาปัจจัยหลายอย่างดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านการเมือง เนื่องจากประสบการณ์ของประเทศไทย มีพรรคการเมือง ที่มีแนวคิดและการจัดรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป นอกจากการเมืองระดับประเทศแล้ว ยังมีความแตกต่างระหว่างการเมืองระดับชาติกับการเมืองระดับท้องถิ่น การใช้กลไกของภาคประชาชนเป็นตัวขับเคลื่อน โดยให้ประชาชนรวมกลุ่มในการแสดงความคิดเห็นและแต่งตั้งให้เป็นที่ปรึกษาอาจลดช่องว่างปัจจัยนี้ได้
2. ปัจจัยทางด้านแพทย์ การบริหารจัดการกองทุนเกี่ยวข้องกับการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ การจัดสรรผลประโยชน์ที่เปลี่ยนไป แพทย์จะรู้สึกถึงความถูกจำกัดสิทธิในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน การจ่ายค่าตอบแทนที่ต่ำ สิทธิของประชาชนในการฟ้องร้องกรณีการรักษามีปัญหา จะทำให้แพทย์ขาดแรงจูงใจที่จะให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามการพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้

1. การแบ่งหน้าที่ของรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่นให้ชัดเจน โดยรัฐบาลกลางจะเน้นในด้านนโยบาย สนับสนุนเงินรายได้ให้กับรัฐบาลท้องถิ่นในการจัดหาบริการที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนทุกคนได้รับบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ สามารถแบกรับภาระด้านการเงินได้ และมีความยืดหยุ่นที่จะให้ประชาชนมีทางเลือกใช้บริการสุขภาพได้
2. การแบ่งแยกผู้ให้บริการกับผู้ซื้อบริการ เช่น บริษัทเอกชนสามารถจัดหาบริการให้กับลูกจ้างคนงานโดยที่บริษัทได้มีการควบคุมทางเลือกของแพทย์และจัดการการดูแลสุขภาพของคนงานได้ตามเจตนารมณ์องค์กรท้องถิ่นจัดหาบริการสุขภาพสำหรับคนในเขตรับผิดชอบเอง เป็นต้น กลไกนี้อาศัยความใจกว้างของอำนาจรัฐมาจัดการ

บทที่ 4

ข้อเสนอการจัดระดับบริการสุขภาพของประเทศไทย

ข้อเสนอการจัดระดับบริการสุขภาพของประเทศไทย นี้ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ได้แก่ แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ แนวคิดการจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพ ขอบเขต ครอบคลุม และความเชื่อมโยงของระดับบริการ กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพบริการและบทบาทผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ

ควรมุ่งเน้นในหลักการสำคัญดังนี้

1. ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้/พึ่งตนเองได้ กล่าวคือ การจัดบริการสุขภาพของรัฐต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งก่อน ทั้งนี้ผู้จัดต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม/วิถีชีวิตของแต่ละชุมชน
2. การจัดบริการสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเป็นผู้จัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน รัฐทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาหรือผู้ให้การสนับสนุน ทั้งนี้องค์กรท้องถิ่นสามารถทำหน้าที่เชื่อมโยงการจัดกิจกรรมในลักษณะนี้ได้ เพื่อก่อให้เกิดการช่วยเหลือกันและกัน
3. การจัดสถานบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริง กล่าวคือ ต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพของสถานบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน สนับสนุนให้บุคลากรเข้าใจชุมชนมากขึ้น คำนึงถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ(มิติความเป็นมนุษย์)มากขึ้น ทั้งนี้ฐานความเชื่อพื้นฐานที่สำคัญในการจัดระบบบริการสุขภาพ คือ

1. ต้องเชื่อว่าประชาชนมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ ชุมชนสามารถจัดระเบียบของชุมชนเองได้ โดยใช้กฎทางสังคมและวัฒนธรรม ของชุมชนเป็นเครื่องควบคุมกันเอง
2. ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ คนทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ และการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นเครื่องช่วยให้ชุมชนเข้มแข็งและดูแลสุขภาพของตนเองได้
3. การจัดการด้านสุขภาพไม่ควรยึดติดที่ตัวเงิน กล่าวคือ การบริการสุขภาพต้องคิดในเชิงการให้”สวัสดิการ”ของรัฐ ไม่ใช่คิดใน”เชิงธุรกิจ”
4. การประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า มิได้หมายถึง ประกันถ้วนหน้า (โดยจ่ายเบี้ยประกันให้ทุกคน) แต่หมายถึงประกันให้มีสุขภาพ ดีถ้วนหน้า คือจ่ายเบี้ยประกันให้ผู้ด้อยโอกาส เป็นหลัก เพื่อให้มี โอกาสรักษา และพัฒนาให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับผู้มีหลักประกันอื่นๆ

บทวิเคราะห์

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับการออกแบบระบบบริการสุขภาพในต่างประเทศ 6 ประเทศชี้แนวคิดหลักที่สำคัญในการจัดระดับบริการสุขภาพว่า

- 1) เป็นการออกแบบบนเงื่อนไขที่สำคัญของแต่ละประเทศ ซึ่งโดยภาพรวม ได้แก่ 1.1) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 1.2) ครอบคลุมประชากรตามลักษณะความต้องการและปัญหาสุขภาพ 1.3) การใช้เทคโนโลยีที่

ก้าวหน้าด้านการแพทย์ในเรื่องการตรวจวินิจฉัยและวิธีการรักษา และ 1.4) กระแสความต้องการระบบที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเท่าเทียมจากสังคม เป็นต้น

2) เป็นการออกแบบที่เห็นชัดว่าเพื่อการรักษาโรคมากกว่าการป้องกัน โรค หรือการส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพ บางประเทศให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยจัดองค์บริการหรือให้บริการฟรีโดยไม่ให้ประชาชนร่วมจ่าย แต่ส่วนใหญ่ใช้วิธีการที่ไม่เน้นการปรับพฤติกรรม เช่น วัคซีน การบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ อย่างแท้จริงยังคงต้องมีการปรับแนวคิด และวิธีการทำงานใหม่

เมื่อประมวลกับข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและของประชาชนไทยจะเห็นว่ามีความแตกต่างกัน โดยกลุ่ม คิดให้ประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญ เสนอว่า การดูแลสุขภาพต้องขยายกรอบคิดออกจากฐานของวิชาชีพ มุ่งฐาน คิดแบบองค์รวม และเชื่อในความสามารถของประชาชนว่าพึ่งตนเองได้ ประชาชนมีความสามารถในการจัดการ สุขภาพของตนเอง ภายใต้สิทธิของการเรียนรู้เพื่อช่วยตนเอง ดูแลตนเอง และส่งผลให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จนสามารถจัดระเบียบของชุมชนได้ ทั้งนี้โดยการใช้กฎทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนในการดูแลซึ่งกันและกันทำให้เกิดชุมชนเข้มแข็งได้ การสร้างการมีส่วนร่วมในภาคประชาชนเพื่อการจัดหาบริการสุขภาพ ตามหลักการกระจาย อำนาจการบริหารสู่ท้องถิ่น ต้องเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายของระบบสุขภาพด้วย ดังนั้นการ จัดการด้านสุขภาพในเชิงสวัสดิการจึงต้องร่วมกันสร้างเพื่อให้ตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน อย่างไรก็ตาม ฐานคิดที่ควรคำนึงถึงอีกประการหนึ่งคือ ฐานคิดในการบริหารจัดการระหว่างหน่วยงานส่วนปกครอง และส่วน สถานบริการซึ่งต้องมีการพัฒนาความสัมพันธ์ในระดับเดียวกัน ให้สิทธิ ความเสมอภาค เป็นอิสระต่อกัน ภายใต้ เงื่อนไขข้อตกลงร่วมกันอย่างชัดเจน

แนวคิดการจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพ

การให้คำนิยามเพื่อการจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพอาศัยหลักการสำคัญ 2 แนวคิด คือ ในเชิงวิชาการและ วิชาชีพ และ เชิงการบริหารจัดการ ดังนี้

หลักการเชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพ

ใช้แนวคิด “high touch high tech” เป็นตัวกำหนด โดยใช้ องค์ความรู้ทางสังคม มานุษยวิทยา เป็นหลักใน การวิเคราะห์ตามแนวทาง “high touch” และใช้องค์ความรู้ด้านการรักษา การแพทย์ เป็นหลักในแนว “high tech” ทำให้สามารถแบ่งระดับการบริการสุขภาพได้ 2 ลักษณะคือ การดูแลสุขภาพชุมชน (community care) และ การ บริการสุขภาพในสถานบริการ (institutionalized care)

ในระดับการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน เน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการ เจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ ใช้แนวคิดทางสังคม มานุษยวิทยาอธิบายความซับซ้อนของวิถีชีวิตกับสุขภาพ การ เจ็บป่วยและโรคและการจัดการดูแล

ในระดับสถาบัน หรือ สถานบริการสุขภาพ ใช้แนวคิดด้านการแพทย์ การรักษา เป็นตัวนำในการสร้างคำ นิยามบริการสุขภาพในระดับนี้ ซึ่งอาจมีได้หลายระดับเช่นเดียวกัน ขึ้นอยู่กับตัวกำหนด เช่น ความซับซ้อนของ เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ความรุนแรงหรือลักษณะการเจ็บป่วยหรือ โรค นิยามของระดับใน แนวคิดนี้อาจกำหนดให้มี ระดับ primary , secondary, tertiary, and highly specialized ได้ โดยมีกลไกอื่น

ประกอบ เช่น กลไก ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล ระบบการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ และการรักษา เป็นต้น

หลักการของการบริหารจัดการ

การจัดแบ่งระดับบริการสุขภาพในหลักการนี้อาศัยแนวคิด ที่สำคัญ 2 ประการคือ **ความเป็นเจ้าของ** และ **ความสัมพันธ์ของส่วนปกครองและส่วนให้บริการ**

ความเป็นเจ้าของ

การบริหารจัดการในระดับการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน เป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ การรักษาในระดับพื้นฐาน ซึ่งการดูแลสุขภาพในครอบครัว เกิดขึ้นได้ด้วยศักยภาพของคนในครอบครัวที่สามารถจัดการได้เอง ส่วนประเด็นที่เป็นปัญหาที่เกินความสามารถของครอบครัวที่จะจัดการได้ อาจต้องอาศัย ชุมชน องค์กรชุมชน หรือ องค์กรวิชาชีพร่วมจัดการ เช่น ยาเสพติด ความรุนแรง การระบาดของโรคระบาด โรคติดต่อต่างๆ ส่วนประเด็นด้านสุขภาพที่ต้องอาศัยศักยภาพด้านการรักษา อาจต้องใช้ นักวิชาชีพช่วย เช่น การรักษาขั้นต้น ก่อนส่งต่อออกจากชุมชน การบริหารจัดการส่วนนี้ให้เป็นหน้าที่ของครอบครัวและชุมชน องค์กรชุมชน ซึ่งในแง่การปกครององค์กรปกครองท้องถิ่น เช่น อบต. อาจมีหน้าที่ในการสนับสนุนให้การจัดการทั้งหมดในชุมชนเกิดขึ้นได้ โดยผ่าน ครอบครัว ชุมชน ผู้ให้บริการระดับวิชาชีพในชุมชน ทั้งนี้เป็นการเสริมศักยภาพร่วมกัน และเป็นการบอกรับบทบาทการเป็นผู้บริหาร และความเป็นเจ้าของ ของชุมชน รัฐบาลกลางไม่ต้องไปดูแล ไม่ต้องบังคับบัญชา แต่ให้การสนับสนุนตามที่ต้องการ คือ ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพทั้งหมด เป็นหลักประกัน เช่นเดียวกับการประกันด้านอื่นๆ ซึ่งชุมชนอาจดำเนินการในหลายรูปแบบที่ผสมผสานทุกด้านรวมทั้งด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และ สังคมได้ เช่น กองทุนสุขภาพ กลุ่มออมทรัพย์ โดยรัฐมีหน้าที่ ติดตามผลการดำเนินการให้เป็นไปตามที่งบประมาณแต่ละส่วนได้กำหนดเป้าหมายไว้ในเชิงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการยกระดับสถานะสุขภาพ แต่การจัดการโดยชุมชนสามารถเกิดได้ในหลายรูปแบบขึ้นกับลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น และ ความเข้มแข็งขององค์กรท้องถิ่นนั้นๆ

ในระดับสถาบัน หรือ สถานบริการสุขภาพ การบริหารจัดการต้องเป็นสถานบริการสุขภาพและให้มีกองทุน หรือ ระบบประกันสุขภาพ สนับสนุนให้เกิดการจัดการบริการในรูปแบบที่ต่างกันได้ ขึ้นอยู่กับแนวนโยบายของรัฐ เช่น กองทุนสำหรับการจ่ายค่าบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในปัจจุบัน มีหลายกองทุน ส่วนการครอบคลุมบริการที่เกินความจำเป็นหรืออื่นๆ อาจเป็นภาพของสถานบริการเอกชนหรือการจัดการโดยระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนได้ แต่ทั้งนี้ไม่ควรใช้เงินกำหนด ระดับบริการสุขภาพ แต่เป็นการจัดการให้ระบบบริการสามารถเชื่อมโยงกันได้ ตามแนวคิดเชิงวิชาการ เช่น กรณีส่งต่อเพื่อการรักษาจากระดับชุมชนสู่ระดับสถาบันให้บริการสุขภาพที่สูงขึ้น

ความสัมพันธ์ของส่วนปกครองและส่วนให้บริการ

การบริหารจัดการให้เกิดบริการสุขภาพที่สามารถบูรณาการการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน กับ การบริการสุขภาพในสถาบันให้บริการนั้น ต้องอาศัยการสร้างความสัมพันธ์ของส่วนปกครองและส่วนให้บริการ หรือ ระหว่างหน่วยบริการต่างระดับ ให้เป็นแนวการจัดการทางสังคมของสถานบริการสุขภาพในระบบ ซึ่งวิเคราะห์เป็น 2 แนวทาง คือ ความสัมพันธ์เชิงระนาบเดียวกัน ถือว่ามีความเท่ากัน เสมอกัน เป็นอิสระต่อกัน เป็นอิสระทุกระดับ ความเป็นเจ้าของที่ชัดเจน มีเงื่อนไขข้อตกลง ความสัมพันธ์ที่ชัดเจน ทำให้แต่ละหน่วยงานได้ดิบได้ดีบนข้อตกลงร่วมกัน ไม่มีการปกครองกัน ส่วนความสัมพันธ์เชิงสาขา แนวดั่งนั้น เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจการปกครอง เป็นพวงอำนาจ เช่น PCU เป็นพวงตั้งแต่ ระดับ สถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาล

ศูนย์ เหล่านี้อาศัยอำนาจการปกครองกำหนดความร่วมมือไม่ใช้เงื่อนไขข้อตกลงร่วม ในระบบบริการสุขภาพภาครัฐที่ผ่านมา กำหนดเครือข่ายบริการสุขภาพบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

โดยสรุปแล้ว การบริการสุขภาพตามหลักการบริหารจัดการสามารถแบ่งระดับได้ 4 ระดับ คือ 1) สุขภาพบุคคลและครอบครัว 2) สุขภาพชุมชน 3) การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และ 4) การรักษาที่โรงพยาบาล ดังนี้

1. สุขภาพบุคคลและครอบครัว

การดูแลสุขภาพในครอบครัวเกิดขึ้นได้จากการมองเห็นศักยภาพของคนในครอบครัวที่สามารถจัดการประเด็นปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพกันได้ โดยครอบครัวควรกำหนดบทบาท ภาระหน้าที่ของครอบครัวและเป้าหมายในการทำหน้าที่ของครอบครัวและสมาชิกทุกคนบนฐานของความเป็นสุขภาพดี ประกอบด้วย การศึกษา การเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ครอบครัวอบอุ่นและอยู่ในที่ที่มีความปลอดภัย รับประทานอาหารที่มีคุณภาพ และถูกสุขลักษณะ การมีความรู้และความสามารถเข้าถึงการบริการเมื่อเจ็บป่วย หรือประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากครอบครัว และครอบครัวต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน องค์การชุมชน หรือองค์กรวิชาชีพอื่นร่วมจัดการปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพเช่น ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด หรือการแพร่ระบาดของโรคต่างๆในชุมชน เป็นการรักษาที่ต้องอาศัยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การส่งต่อเพื่อการรักษา เป็นต้น ทั้งนี้การดูแลสุขภาพโดยครอบครัวย่อมเป็นการแสดงศักยภาพในการดูแลตนเอง และสามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

2. สุขภาพชุมชน

เป็นกิจกรรมที่จัดทำขึ้นด้วยความสามารถของชุมชน มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ การส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมให้ประชาชนมีอายุยืนยาว กิจกรรมสุขภาพชุมชนประกอบด้วย การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชน ด้วยการจัดการศึกษาที่มีคุณภาพ การจัดให้มีอาหารและน้ำที่ปลอดภัย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และส่งเสริมให้ชุมชนมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี

ทั้งนี้การดูแลสุขภาพชุมชนควรมีกิจกรรมที่สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนระหว่าง ครอบครัว ชุมชน องค์การชุมชน สถานีนอมาัย สถานพยาบาลในระดับต่างๆ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้าร่วมในการจัดบริการสุขภาพ เพื่อเป็นการเสริมสร้างศักยภาพร่วมกันของทุกส่วนภาคของสังคม โดยเน้นกิจกรรมที่เฉลี่ยทุกข์ แบ่งปันความสุขให้เกิดขึ้นอย่างทั่วหน้า ซึ่งกิจกรรมที่เกิดขึ้นมีทั้งการสนับสนุนงบประมาณ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมสร้าง ในหลายรูปแบบทั้งโครงการต่างๆที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันปัญหา หรือการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งและดูแลสุขภาพกันเองได้

3. การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

เป็นกิจกรรม ที่ให้บริการด้วยผู้ประกอบการวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์เวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพและผดุงครรภ์ เวชปฏิบัติอื่นๆ เป็นจุดเริ่มต้นของระบบบริการสุขภาพภาควิชาชีพ ที่เชื่อมระหว่างการดูแลสุขภาพในครอบครัวและชุมชนของภาคประชาชน และ บริการสุขภาพระดับที่สูงขึ้นในเชิงความซับซ้อนด้านการแพทย์และการรักษา

กิจกรรมประกอบด้วยการตรวจรักษาและการวินิจฉัยเบื้องต้น การบริการฉุกเฉิน อนามัยแม่และเด็ก การตรวจคัดกรองโรค การส่งต่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้สุขศึกษา การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และ การสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและชุมชนในการจัดการการดูแลสุขภาพ

นอกจากนี้ยังประกอบด้วยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน สนับสนุนการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม ให้ข้อมูลและพิทักษ์สิทธิ์เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเอง ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคจิต และผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสต่างๆ

4. การรักษาในโรงพยาบาล

เป็นบริการสุขภาพที่เน้นการรักษาโรคและความเจ็บป่วย ผู้ให้บริการประกอบด้วยหลายวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และอื่นๆ เป็นบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยในระยะวิกฤติ ประกอบด้วยการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

บทวิเคราะห์

ประสบการณ์การแบ่งระดับบริการสุขภาพใน 6 ประเทศ ให้ความสำคัญแนวคิดเชิงการแพทย์ การออกแบบลักษณะบริการสุขภาพและสถานบริการตลอดจนผู้ให้บริการ สุขภาพจึงเน้นที่การรักษาโรคมากกว่าการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟู

ในประเทศไทยการแบ่งระดับสุขภาพน่าจะมี 2 ลักษณะคือ

การแบ่งตามหลักการเชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพตามโครงสร้างเดิมของระบบบริการสุขภาพเน้นที่แนวคิดเชิงการแพทย์และการรักษาเป็นหลัก (high tech) ทำให้มีสถานบริการหลายระดับที่มีความซับซ้อนเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาต่างกัน มีความเชี่ยวชาญและความชำนาญของผู้ให้บริการที่เป็นนักวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ในระดับที่ต่างกัน ส่วนแนวคิดเชิงสังคม มานุษยวิทยา (high touch) นั้นดูเหมือนว่านำมาเป็นฐานคิดในการให้บริการอย่างไม่เป็นระบบเท่าที่ควร

เนื่องจากแนวคิดในอดีตในการจัดระดับบริการสุขภาพนั้น รัฐบาลมีอำนาจในการกำหนด ควบคุม และชี้นำทิศทางการจัดสถานบริการสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์แนวคิดของนโยบายด้านสุขภาพของประเทศในปัจจุบัน รัฐบาลต้องการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนขึ้นภายใต้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ที่เน้นการจัดสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับบริการสุขภาพเดิมทั้ง 3 ระดับคือ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ส่งผลกระทบใน 2 ประเด็น คือ 1) การสร้างกลไกสนับสนุนแนวคิดเชิงวิชาการและวิชาชีพให้สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันคุณภาพสถานบริการ ระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล ระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษา 2) อย่างไรก็ดีตามการแบ่งระดับดังกล่าวยังมีความคิดเชื่อมโยงกับการกำหนดค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพร่วมด้วย ทำให้ต้องมีกลไกในการตรวจสอบการเบิกจ่าย และระบบการเงินการคลังควบคู่กันไปซึ่งต้องวิเคราะห์ควบคู่ไปกับหลักการของการบริหารจัดการด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรงบประมาณบนฐานของ demand side ของการสร้างสุขภาพไปที่ชุมชน มากกว่าการจัดงบประมาณตาม supply side ไปที่สถานบริการสุขภาพดังเช่นที่เป็นมา

ภายใต้แนวคิดการแบ่งระดับบริการสุขภาพตามหลักการบริหารจัดการพบว่า ในอดีตตามวิวัฒนาการของระบบสุขภาพประเทศไทยมีการกล่าวถึงการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ และการรักษาตามแพทย์แผนไทย แต่ต่อมาเมื่อความทันสมัยของเทคโนโลยีเข้ามา แนวคิดการรักษาแบบตะวันตกได้ถูกนำมาเป็นแนวคิดหลักเพื่อการรักษา ทำให้การรักษาแบบภูมิปัญญาไทยที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและชุมชนไทยถูกละเลย จนเข้าสู่ยุคของการเปลี่ยนผ่านและวิกฤติทางเศรษฐกิจการปฏิรูประบบต่างๆเกิดขึ้นรวมถึงการปฏิรูประบบสุขภาพ มีการปลุกจิตสำนึกและกระแสดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ต้องพึ่งพิงรัฐ ใช้ระบบครอบครัว และชุมชนเข้ามาจัดการ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคบนฐานของการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง การกำหนดระดับของบริการสุขภาพในประเทศไทยจึงอยู่บนแนวคิดที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และเป็นไปตามอุดมการณ์ของรัฐธรรมนูญและระบบสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นการสร้างสุขภาพและการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ ระบบบริการ

สุขภาพจึงต้องกำหนดความเป็นเจ้าของและความสัมพันธ์ให้ชัดเจน จึงจะทำให้การดูแลสุขภาพครบถ้วน การดูแลสุขภาพชุมชน การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการรักษาในโรงพยาบาล

ขอบเขต และ ความครอบคลุมของการบริการและความเชื่อมโยงของระดับบริการ

แนวคิดการกำหนดขอบเขตและความครอบคลุมของการบริการและความเชื่อมโยงของระดับบริการสุขภาพ วิเคราะห์จาก การจัดกลุ่มสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ ความต่อเนื่องของการบริการ และบุคลากรผู้ให้บริการ ซึ่งประสบการณ์ใน 6 ประเทศ มีวิวัฒนาการในการกำหนดบนหลายแนวคิด ทั้งนี้ตามเงื่อนไขของการเมือง สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งระบบสนับสนุนและกลไกที่สำคัญเช่น ระบบประกันสุขภาพ การวิเคราะห์แนวคิดต่างๆเพื่อนำมาอธิบาย ขอบเขตความครอบคลุม ตลอดจนความเชื่อมโยงของระดับบริการสุขภาพในประเทศไทย จึงควรพิจารณาประเด็นดังต่อไปนี้

1. **การจัดกลุ่มบริการ** ใช้แนวคิดเชิงวิชาการและวิชาชีพ โดยเฉพาะแนวคิดด้านการแพทย์และการรักษาในการจัดระดับสถานบริการตามความซับซ้อนของเทคโนโลยีการแพทย์และการตรวจวินิจฉัยดังนี้

การจัดกลุ่มสถานบริการสุขภาพ เป็นไปได้หลายแนวทางได้แก่

- ลักษณะความซับซ้อน ของเครื่องมือทางการวินิจฉัย การรักษาและ การฟื้นฟูสภาพ
- ความลักษณะการบริการการรักษาทั่วไปและเฉพาะทางประเภทต่างๆ
- สถานบริการสุขภาพสำหรับคนกลุ่มต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ แม่และเด็ก ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย
- การจัดกลุ่มเป็นเครือข่ายให้บริการครอบคลุมทุกประเภทบริการและกลุ่มประชากร

โดยมีแนวคิดในการจัดดังนี้

- กำหนดตามกลไกการประกันสุขภาพ เช่น การจัดกลุ่มสถานบริการเป็นเครือข่ายที่ให้บริการเป็นชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการรักษาทุกระยะของการเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งนี้ตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ
- กลไกการจัดการตามนโยบายสุขภาพของประเทศ เช่น การปรับโรงพยาบาลในประเทศญี่ปุ่นให้เป็นโรงพยาบาลระดับชาติที่ให้บริการครอบคลุมการรักษาโรคที่เป็นปัญหาของประชาชน ตามนโยบายประเทศที่ต้องการลดอัตราการตายจากโรคดังกล่าว
- กลุ่มโรค อากกร แนวทางการรักษา หรือความซับซ้อนของวิธีการรักษา เครื่องมือที่ใช้ เช่นแบ่งตามลักษณะบริการพื้นฐาน และความเฉพาะทาง ตาม ลักษณะอาการเฉียบพลัน และเรื้อรัง
- กลไกตลาดเสรีที่มีการแข่งขันบริการ โดยรัฐเสริมกลไกการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้ชัดเจนขึ้น ทำให้เกิดการประสานงานมากขึ้นไม่เกิดความซ้ำซ้อนของบริการ และควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

2. **การจัดชนิดของการบริการและความเชื่อมโยงของการบริการ** ต้องพิจารณาเงื่อนไข ดังนี้

ชนิดของการบริการประกอบด้วย

- เป็นการรักษาอย่างเดียว เป็นรายกรณี เป็นคราวๆ fee for services

- บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ครอบคลุม เป็นชุดเฉพาะบุคคล
- บริการเป็นเครือข่าย หรือ stand alone แบบแข่งขันบริการ
- บริการทั่วไป หรือ เฉพาะทาง หรือ บริการพิเศษในกรณีการเจ็บป่วยที่เป็นประเด็นระดับชาติ เช่น โรค AIDS, Tuberculosis, Cardiovascular diseases, Kidney, Cancers เป็นต้น

โดยความเชื่อมโยงบริการ ใช้แพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์ทั่วไป เป็นผู้เชื่อมบริการ ใช้กลไกการบริหารจัดการ โดยองค์กรควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐและหรือของระบบประกันสุขภาพ เป็นตัวประสานการบริการ ใช้กลไกสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพเป็นตัวสร้างเครือข่ายการบริการ ใช้การกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานบริการและโรงพยาบาลให้ชัดเจน และสามารถเชื่อมประสานให้บริการครอบคลุมเพื่อร่วมรับผลประโยชน์จากระบบประกันสุขภาพ ส่วนแนวคิดการจัดบริการตามลักษณะโรค อาการ ความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ใช้สิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของสถานบริการ และขอบเขตการปฏิบัติของบุคลากรด้านสุขภาพ ที่ควบคุมโดยรัฐ เป็นตัวกำหนด

3. **บุคลากรผู้ให้บริการ** มีได้ทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทำงานตามบทบาทหน้าที่และศักยภาพของแต่ละวิชาชีพ ประเด็นสำคัญคือ การเตรียมและพัฒนาบุคลากร ต้องเน้นการเรียนรู้แนวคิดหลักในการจัดบริการสุขภาพคือ เชิงวิชาการและวิชาชีพ และเชิงการบริหารจัดการ ทั้งนี้ตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นที่ให้บริการ

กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพบริการ

กลไกการควบคุมมาตรฐานและคุณภาพบริการเป็นเครื่องมือสำคัญในระบบการจัดการเรื่องการประกันสุขภาพ เป็นการจัดการที่สถานบริการกิจกรรมการบริการ และผู้ให้บริการ กลไกนี้เป็นเงื่อนไขหลักในการทำให้ระบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพได้ และเป็นกลไกหลักในระบบประกันสุขภาพของประเทศ การกำหนดให้มีกลไกนี้เป็นไปตามเงื่อนไขของประเทศ แต่ทั้งนี้คุณภาพบริการสุขภาพต้องอยู่บนฐานคิดดังนี้

คุณภาพบริการ

คุณภาพ เป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาในทุกองค์ประกอบของระบบสุขภาพ และควรเป็นกรอบแนวคิดในระดับชาติ คุณภาพในระบบสุขภาพ ควรเป็นลักษณะที่ซับซ้อน มีหลายด้านที่เชื่อมกับระดับใหญ่และระดับปฏิบัติการ ประกอบด้วย

1. ระดับหน่วยงาน - มาตรฐานการรับรองคุณภาพ ระบบการบันทึก
2. การเงินการคลัง - รายงานงบประมาณ ระบบการจ่ายและกลไกการควบคุม
3. การปฏิบัติการทางเทคนิค - ระบบประกันคุณภาพภายนอก
4. การปฏิบัติการในคลินิก - การประเมินตนเอง แนวทางปฏิบัติการ ตัวชี้วัดและการตรวจสอบคุณภาพ
5. การฝึกอบรมทางคลินิก - หลักสูตร การขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพ วุฒิบัตร การรับรองคุณภาพ
6. ความพึงพอใจในผู้ให้บริการ - ความผาสุก สิทธิ พลังอำนาจ
7. ความปลอดภัยและการปกป้องสุขภาพ - กฎระเบียบ การตรวจสอบ การจัดการกับความเสี่ยง
8. ระบบการเชื่อมโยงข้อมูลคุณภาพ - ตัวชี้วัด ฐานข้อมูล มาตรฐาน เครื่องมือ

ซึ่งควรกำหนดให้มีค่านิยมทางด้านคุณภาพ ที่ประกอบด้วย ผลลัพธ์ที่ดีเยี่ยม ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความเหมาะสม การเข้าถึง ทางเลือกของผู้ใช้บริการ การยอมรับและการเข้าถึง สามารถเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้เสียทั้งหมด มีความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพกับหน่วยบริการสุขภาพ การประเมินเทคโนโลยีการรักษาและการตรวจวินิจฉัยเป็นสิ่งจำเป็นในระบบสุขภาพที่จะเลือกและทำเฉพาะสิ่งที่ถูกต้องและเป็นขั้นพื้นฐานที่เท่าเทียมกัน และแผนการพัฒนาคุณภาพเป็นกลไกที่ให้ความมั่นใจว่าได้ทำสิ่งที่ถูกต้อง ด้วยการวัดและประเมินอย่างต่อเนื่อง

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

เพื่อให้กลไกการควบคุมมาตรฐาน และคุณภาพบริการเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ต้องมีความเข้มแข็ง

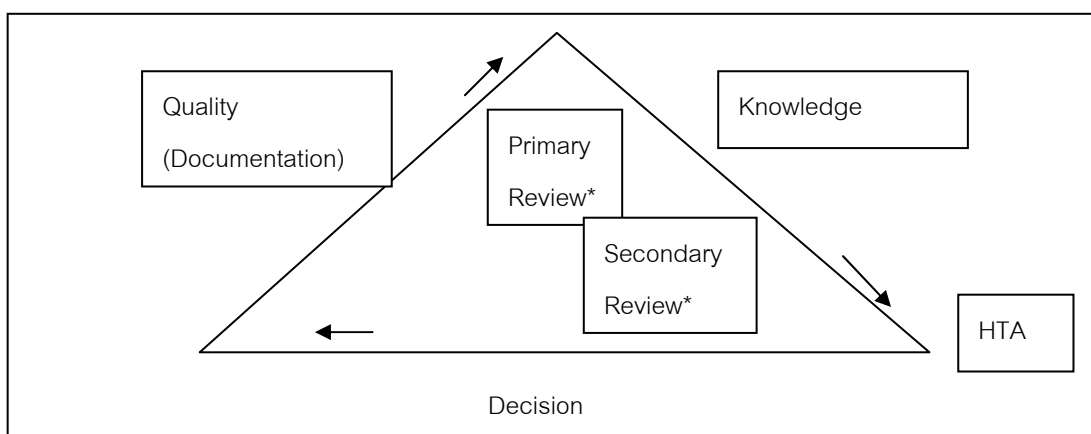
บทวิเคราะห์

การประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ หมายถึงระบบการประเมินว่ามีการบริการสุขภาพอะไรบ้างที่มีความถูกต้องบนหลักทางด้านวิชาการและวิชาชีพ การประเมินเทคโนโลยีมีบทบาทในการเชื่อมโยงระหว่างนักวิชาการและนักวางแผนนโยบาย ซึ่งทั้งสองฝ่ายต่างต้องการความร่วมมือกัน เพราะนักวิชาการ จำนวนไม่มากนัก ที่รู้วิธีการสร้างนโยบาย และนักนโยบายก็อาจจะไม่มีข้อมูลหรือความรู้ที่ไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย เป้าหมายที่สำคัญของการประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพคือการปรับปรุงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ โดยนำผลการประเมินไปสู่นโยบายและการปฏิบัติ

กิจกรรมที่สำคัญของการประเมินเทคโนโลยี คือการตรวจสอบประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ของเทคโนโลยีใหม่ หรือเทคโนโลยีที่มีอยู่ เทคโนโลยีในที่นี้ ได้แก่ยา เครื่องมือ วิธีการปฏิบัติการทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การประเมินเทคโนโลยีประกอบด้วย

1. คุณลักษณะทางเทคนิค เช่นคุณลักษณะของชุดกิจกรรม ความสอดคล้องกับมาตรฐานและความแม่นยำ
2. ความปลอดภัย โดยการประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นร่วมกับการใช้เทคโนโลยีนั้น
3. ประสิทธิภาพหรือประสิทธิผล โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และประโยชน์ที่ได้จากการใช้เทคโนโลยี
4. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ
5. ผลกระทบทางด้านสังคม กฎหมาย และการเมือง

ภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ (จาก HTA in Denmark, Eurohealth,6(5),2000/2001:24)



การประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ ถือเป็นกลไกสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีหลักการคือ 1) เมื่อมีการพัฒนา Clinical practice guideline จะต้องรวมถึงการประเมินแนวทางการปฏิบัติด้วย 2) มีการมีส่วนร่วมและสร้างพันธะสัญญาของผู้ร่วมงาน และ 3) การยอมรับของวิชาชีพเกี่ยวกับมาตรฐานและตัวชี้วัด

ระบบข้อมูลข่าวสาร

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของระบบสุขภาพในอนาคตคือการบรรลุถึงสุขภาวะและสังคม จึงจำเป็นที่จะต้องมีการสร้างและระบบข้อมูลที่เหมาะสม นักบริหารจัดการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลเหล่านี้จะให้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพ และสามารถใช้ในการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำของบุคลากร และการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการทุกระดับ การใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพทำให้สามารถจัดการการดูแลสุขภาพได้ดี หลักการสำคัญในระบบนี้รวมถึงการประเมินคุณภาพข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ

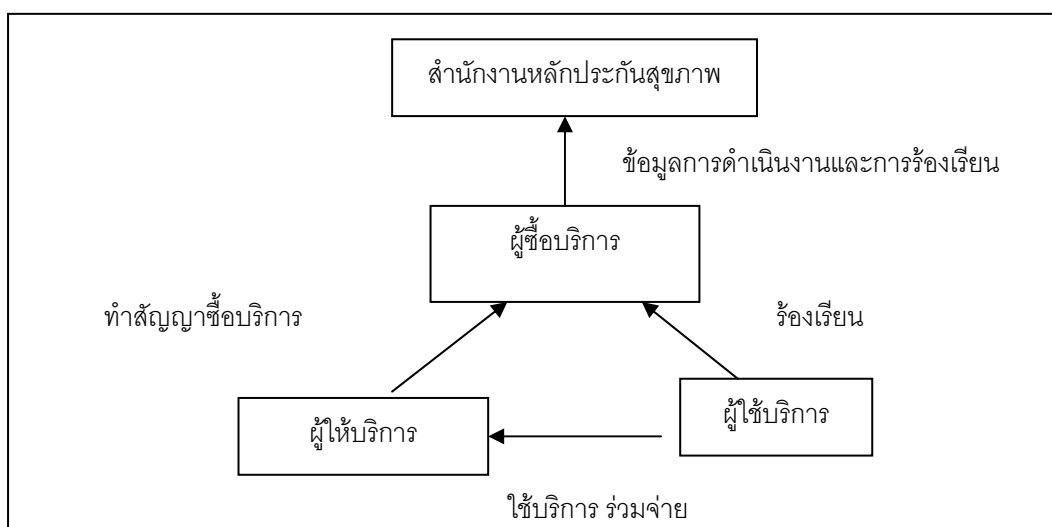
การจัดการการเงินการคลัง

แนวคิดหลักที่เกี่ยวกับการจัดการการเงินการคลังที่สอดคล้องกับแนวคิดการออกแบบระดับบริการสุขภาพ คือแนวคิดเชิงการบริหารจัดการ ดังนี้

1. ผู้จัดสรรเงินอาจจะประกอบด้วย องค์กรท้องถิ่นและรัฐบาล และควรแยกกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้ซื้อบริการ เพื่อทำหน้าที่ในการกำกับ ตรวจสอบ การให้บริการที่มีคุณภาพ
2. มาตรฐานของการบริการสุขภาพผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรเป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีสิทธิที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน
3. องค์กรท้องถิ่น จะจัดสรรเงินส่วนหนึ่งในการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและจัดกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมที่นำไปสู่การพึ่งตนเองของชุมชน โดยชุมชนอาจทำสัญญาการดูแลสุขภาพของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย กับหน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพ และประชาชนร่วมในกิจกรรมการออมทรัพย์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน
4. ระบบการจ่ายเงินรัฐบาลที่เป็นเงินจากภาษีอากร ซึ่งเป็นมาตรการการจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐ ควรแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่สนับสนุนกิจกรรมสุขภาพครอบครัวและชุมชน โดยพิจารณาจากโครงการ กิจกรรมและผลลัพธ์ และส่วนที่สนับสนุนกิจกรรมการรักษาในโรงพยาบาลโดยพิจารณาจากกลุ่มประชากรที่มีในพื้นที่ จำแนกตามวัย อัตราการป่วยและอัตราตาย หรือเหมาจ่ายต่อหัวประชากรไปยังเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รวมถึงกิจกรรมสุขภาพชุมชนโดยตรง โดยแยกการจ่ายเงินให้เหมาะสมกับลักษณะบริการ ดังนี้
 - กลุ่มผู้ป่วยนอก เหมาจ่ายรายหัว โดยปรับตามอายุ เพศและความเสี่ยง
 - กลุ่มผู้ป่วยใน จ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของโรค เน้นประสิทธิภาพโดยไม่บันทึกคุณภาพ
 - กลุ่มยา ตัดผลประโยชน์จากการสั่งยาฟุ่มเฟือยและยาที่ด้อยมาตรฐานโดยการควบคุมราคา (drug pricing และ drug list) และยินยอมให้ผู้ให้บริการถือใบสั่งยาไปรับยาที่ร้านจำหน่ายยาที่ลงทะเบียนไว้

ระบบการบริหารจัดการ

ระบบการบริหารจัดการเป็นอีกกลไกหนึ่งที่มีความสำคัญและสามารถช่วยให้การแบ่งระดับบริการสุขภาพมีความเป็นไปได้ตามแนวคิดที่กำหนด ซึ่งขอบเขต ภาระหน้าที่ และกลไกการควบคุม กำกับ คุณภาพมาตรฐาน จำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการใน 3 ส่วนหลักคือ ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และผู้จัดซื้อบริการ โดยต้องมีการจัดตั้งหน่วยงานกลาง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เป็นผู้รวบรวมฐานข้อมูลเพื่อการดำเนินงานและการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ร้องเรียน นอกจากนี้ ระหว่างผู้ให้บริการที่อยู่สถานบริการในระดับต่างๆ ต้องการระบบการบริหารจัดการกับผู้ซื้อบริการหรือผู้จัดซื้อบริการในลักษณะขององค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในรูปแบบของการทำสัญญาซื้อบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความยุติธรรมและสามารถได้รับประโยชน์จากการซื้อบริการอย่างสมบูรณ์ หรือระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการในฐานะของผู้ร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายการบริการสุขภาพ สามารถแสดงความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้นในการใช้บริการได้ หรือระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ซื้อบริการที่ผู้ซื้อบริการสามารถเป็นแหล่งร้องเรียนแก่ผู้ให้บริการได้เช่นกัน ดังภาพ



ภาพที่ 2 องค์ประกอบของการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความชัดเจนของขอบเขตการบริการความครอบคลุมและความเชื่อมโยงของระดับบริการสุขภาพ

บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ความเป็นไปได้ในการออกแบบระบบบริการสุขภาพของประเทศ ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหลายประเด็น ที่ผู้เกี่ยวข้องต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดการและร่วมกันสร้างขึ้น ดังนี้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. มีส่วนร่วมในการผลิตบริการ/ ซื้อบริการสุขภาพ/เป็นเจ้าของบริการสุขภาพ
2. หาแนวทางในการปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ไม่ถูกของคนในประเทศใหม่ จากเดิมที่ว่า " เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์ " หรือ "เจ็บป่วยต้องไปหาแพทย์ที่มีชื่อเสียง" ให้ทุกคนหันมาดูแลสุขภาพของตนเองก่อน เพื่อเน้นการป้องกันการเกิดโรค

3. จัดระเบียบสังคมในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยใช้กฎหมายสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งแต่ละชุมชนมีความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรม
4. สร้างฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนให้สามารถจัดการเรื่องสุขภาพได้
5. สร้างโครงการ/กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตชุมชน โดยผสมผสาน ด้านเศรษฐกิจ และ สังคมเข้าด้วยกัน และ เน้นประโยชน์ของชุมชนโดยรวมไม่ชี้นำผลประโยชน์ไปที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

รัฐ

1. ต้องกำหนดนโยบายที่ชัดเจน จริงจัง และต่อเนื่อง ในการจัดระบบบริการสุขภาพตามที่เสนอไว้ เพื่อให้ระดับปฏิบัติการสามารถหาวิธีการปฏิบัติงานที่ตอบสนองนโยบายได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดการชะงักงันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่กำลังดำเนินอยู่
2. ให้องค์กรต่างๆสามารถมองเห็นภาพรวมที่เป็นการเชื่อมโยงร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนโดยเชื่อว่าสุขภาพเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ
3. การจัดสรรงบประมาณให้ทุกระดับบริการสุขภาพ การจัดสรรให้คำนึงถึงการลงทุนที่ก่อให้เกิด กำไรด้านสุขภาพ เน้นความต้องการของประชาชน มากกว่า ศักยภาพของสถานบริการหรือระบบบริการ
4. การส่งเสริมสุขภาพควรเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งในระบบเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับที่รัฐบาลประกันราคาข้าว ปุ๋ย รัฐควรจัดสรรเงินให้แก่ชุมชนเพื่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เกิดผลทางด้านเศรษฐกิจแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนประเทศชาติ
5. ทำหน้าที่ในการสนับสนุน ตรวจสอบ กำกับ สร้างมาตรฐานการให้บริการขั้นพื้นฐาน
6. เปิดโอกาสให้ชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพในการจัดการเรื่องสุขภาพด้วยตนเอง โดยที่รัฐไม่ต้องกำกับบัญชา แต่ให้การสนับสนุนให้ส่วนที่ชุมชนมีข้อจำกัด
7. ผลักดันหรือปรับเปลี่ยนระบบการศึกษาให้คนในประเทศหันมาสนใจศึกษาเพื่อให้เข้าใจชีวิต มีสุขภาพที่ดี เน้นการเรียนรู้เพื่อให้สามารถใช้ในการจัดการกับสุขภาพของตนเองได้
8. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและการช่วยตนเองในภาคประชาชน

วิชาชีพด้านสุขภาพ

1. มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการสร้างคุณภาพระบบบริการสุขภาพให้เกิดขึ้น
2. กำหนดมาตรฐานด้านวิชาชีพอย่างชัดเจน และสร้างความเข้าใจในกลุ่มสมาชิก
3. การจัดการศึกษาเน้นให้ผู้สอนและผู้เรียนให้ความสำคัญกับ 2 แนวคิดหลัก คือ เชิงวิชาการและวิชาชีพ เน้นองค์ความรู้ด้านการแพทย์ การรักษา และด้านสังคม มานุษยวิทยา และเชิงการบริหารจัดการ เน้นกระบวนการวิเคราะห์ความเป็นเจ้าของบริการและเชิงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริการสุขภาพทั้งหมด ทั้งนี้ โดยวิเคราะห์บนฐานของบริบทสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นให้มากขึ้นเพื่อมุ่งให้สามารถนำไปใช้ในปรากฏการณ์สุขภาพที่แท้จริงได้
4. ต้องหากลวิธีในการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดของบุคลากรใหม่ ให้มีความใกล้ชิดชุมชนมากขึ้น มีการให้บริการที่คำนึงถึงมิติความเป็นมนุษย์มากขึ้น โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจว่าการบริการสุขภาพนั้นประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง/ชุมชนได้ (ในการบริการระดับนี้บุคลากรทางการแพทย์ของรัฐต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงเท่านั้น) และมีส่วนบริการที่สถานบริการนั้น ประชาชนก็ต้องมีส่วนร่วมในการเสนอรูปแบบการบริการที่พึงประสงค์ของตนเองด้วย

บรรณานุกรม

- Canguilhem Georges..1991. On the normal and the pathological. New York: Zone Books
- Decentralization and Health Care.
- <http://www1.worldbank.org/publicsector/decentralization/healthcare.htm> 15/10/2545
- Nordenfelt Lennard (1987) In Fabienne Peter. *Health Equity and social justice*.
- <http://www.hsph.harvard.edu/grhf/Hupapers/foundations/peter.html> January, 2000.
- Sando, H.S. 2000/2001. HTA in Denmark: the connection between health technology assessment and continuous quality development. *Eurohealth Journal*. 6(5):23-24
- WHO. 2000. Health Systems: Improving Performance. The World Health Report 2000.
- กระบวนการทัศน์ใหม่ทางสุขภาพ. <http://www.thainhf.org/html/article.php?sid=26>
- :: อังคาร 28 พ.ค. 02@ 16:34:53 ICT
- กระบวนการทัศน์ใหม่ทางสุขภาพ: ข้อจำกัดของกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพปัจจุบันคืออะไร.
- <http://www.thainhf.org/html/article.php?sid=26>:: อังคาร 28 พ.ค. 02@ 16:38:47 ICT
- ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ. 2544 . สรุปรายงานโครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดและให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในชุมชน: กรณีศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *รายงานวิจัย*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (ฉบับอัดสำเนา)
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. 2543. *ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ
- พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. 2544. การประเมินนโยบาย และยุทธศาสตร์การบรรลุเป้าหมายสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2543. *รายงานวิจัย*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (ฉบับอัดสำเนา)
- ยรรยง อินทร์ม่วง (บรรณาธิการ). 2545. *คู่มือชุมชนในการคุ้มครองสิทธิและสุขภาพ*. เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ “ร่วมสร้างสุขภาพสังคม สุขสังคมสันติภาพ” ระหว่างวันที่ 5-7 สิงหาคม 2545. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2544. *อะไรเป็นอะไรในกระแสการเปลี่ยนแปลง*. กรุงเทพฯ:บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2545. *บริการปฐมภูมิ บริการสุขภาพใจ-ใกล้บ้าน*. กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับอัดสำเนา)
- ลำเจิง แหียงกระโทก. 2544. การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
- <http://www.geocities.com.mohjiu/b0002.html> 14/5/45
- ลือชัย ศรีเงินยวง. 2542 *มิติทางสังคมและวัฒนธรรมของการใช้ยาในชุมชน : การพัฒนาองค์ความรู้จากทฤษฎีและการวิจัย*. <http://203.151.37.3/cgi-bin/websis?show=000614&from=res>

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2544). ข้อมูลสถิติสาธารณสุข สถิติสาธารณสุขที่สำคัญ.

[<http://www.moph.go.th/2001/inc/table-link-news.htm>]. (14/05/2545)

กรมประชาสัมพันธ์. (2543ก). ประวัติและโครงสร้างการบริหารงานกรมประชาสัมพันธ์.

[<http://www.dopw.go.th/1.html>] (10/05/2545)

_____. (2543ข). การกิจและการติดต่อขอรับบริการ กรมประชาสัมพันธ์.

[<http://www.dopw.go.th/1.html>]. (14/05/2545)

จเร วิชาไทย. (2542 ก). รายงานการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศ

ออสเตรเลีย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

“-----”. (2542 ข). ภาคผนวก รายงานการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษา

ประเทศออสเตรเลีย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

แพทยสภา. (2545ก). ข้อมูลทะเบียน สถิติแพทย์ จำนวนแพทย์เฉพาะทางปี 2514-2544

[<http://www.tmc.or.th/record/index.html>]. (10/05/2545).

_____. (2545ข). ข้อมูลทะเบียน สถิติแพทย์ จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตฯ.

[<http://www.tmc.or.th/record/index.html>]. (10/05/2545).

_____. (2545ค). จดหมายข่าวแพทยสภา คอลัมน์ จากท่านถึงเราโครงการ 30 บาทกับผลกระทบใน

ด้านจริยธรรมของแพทย์. [<http://www.tmc.or.th/record/index.html>]. (15/05/2545).

ทันตแพทยสภา. (2544ก). ข่าวสารทันตแพทยสภา ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2544 ปฏิรูปสุขภาพ

ประชาชนจะได้อะไรจากทันตแพทย์ [<http://www.thaidentist.org/index.asp>]. (15/05/2545).

_____. (2544ข). ข่าวสารทันตแพทยสภา ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2544 ทำความเข้าใจ

กับ 30 บาท รักษาทุกโรค [<http://www.thaidentist.org/index.asp>]. (15/05/2545).

_____. (2544ค). ข่าวสารทันตแพทยสภา ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2544 แนวทางเวช

ปฏิบัติด้านทันตตามโครงการ 30 บาท [<http://www.thaidentist.org/index.asp>]. (10/05/2545).

_____. (2544ง). ข่าวสารทันตแพทยสภา ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2544 นโยบาย 30

บาท มีผลกระทบต่อทันตแพทย์ไทยอย่างไร [<http://www.thaidentist.org/index.asp>]. (10/05/2545).

_____. (2544จ). ข่าวสารทันตแพทยสภา ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2544 นโยบาย 30

บาท [<http://www.thaidentist.org/index.asp>]. (10/05/2545).

สภาเภสัชกรรม. (2544ก). ข้อมูลสมาชิก จำนวนเภสัชกรที่ได้รับใบอนุญาต

[<http://www.pharmacycouncil.org/>]. (15/05/2545).

_____. (2544ข). จดหมายข่าว สภาเภสัชกรรม ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2544.

ร้านยาคณะเภสัชฯ มหาสารคาม ร้านยาแห่งแรกที่ร่วมโครงการ 30 บาท

[<http://www.pharmacycouncil.org/>]. (15/05/2545).

_____. (2544ค). จดหมายข่าว สภาเภสัชกรรม ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2544.

บทบาทเภสัชกร กับ นโยบาย 30 บาทรักษาได้ทุกโรค [<http://www.pharmacycouncil.org/>].

(15/05/2545).

- _____. (2544ง). **จดหมายข่าว สภาเภสัชกรรม ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2544. สรุปการดำเนินการของสภาเภสัชกรรม ในการรองรับโครงการ 30 บาทรักษาได้ทุกโรค** [<http://www.pharmacycouncil.org/>] (15/05/2545).
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2543). **การทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย** ศิงคโปร์. นนทบุรี; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี.** นนทบุรี; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสนับสนุนและพัฒนากิจการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. (2544). **เอกสารเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารการกระจายอำนาจเพื่อสุขภาพ พระราชบัญญัติและข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเทศบาล.** [<http://www.moph.go.th/ngo/oddh>]. (17/05/2545)
- สำนักงานประกันสังคม. (2544ก). **ข้อมูลที่น่าสนใจ; กองทุนประกันสังคม.** [<http://www.sso.molsw.go.th/>]. (14/05/2545)
- _____. (2544ข). **ข้อมูลที่น่าสนใจ; กองทุนทดแทน.** [<http://www.sso.molsw.go.th/>]. (14/05/2545)
- _____. (2544ค). **เกี่ยวกับประกันสังคม .ความเป็นมา** [<http://www.sso.molsw.go.th/>]. (14/05/2545)
- _____. (2544ง). **เกี่ยวกับประกันสังคม .โครงสร้างองค์กร** [<http://www.sso.molsw.go.th/>]. (14/05/2545)
- _____. (2544จ). **เกี่ยวกับประกันสังคม .วิสัยทัศน์ พันธกิจ** [<http://www.sso.molsw.go.th/>]. (14/05/2545)
- อาทร รื้อไพบูลย์. (2543). **การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย** เอเชีย. นนทบุรี; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Aljunid, S,. (2001). **Primary care the way to family health; Issues in Reimbursement of Primary Care Doctors: Impact of using DRGs and RBRVS.** [<http://www2.jaring.my/pcdom/monotoc.html>]. (22/04/2545).
- Asahara, K., Konishi, E., Soyana, A., & Davis, A. (,มปป.). **Long Term Care for the Elderly in Japan.** Japan; มปป.
- Australian Department of Health and Aged Care. (2001). **Annual Report 2000-2001.** [<http://www.health.gov.au>]. (28/03/2545).
- Bishop, B. (2001). **Interview; state of public hospitals.** [<http://www.health.gov.au/mediare/yr2001/bb/bbsp010604.html>]. (08/04/2545).
- Cheah, M,. (2001a). **Primary care the way to family health; Challenges and Prospects for Primary Health Care in Malaysia.** [<http://www2.jaring.my/pcdom/propect.html>]. (02/04/2545).
- “_____”. (2001b). **Primary care the way to family health; Integrating preventive services into primary care practice.** [<http://www2.jaring.my/pcdom/prevent.html>]. (22/04/2545).

- Daybreak News. (1997). **International Exchange Sharing Community Care Lessons**.
[http://www.ucsf.edu/daybreak/1997/05/515_intl.htm]. (25/03/2545).
- Everybody. (2000). **How the health system works** [http://www.everybody.co.nz/docsd_h/healthsyst.htm].
(07/04/2545).
- Helary Jean-Christophe. (2002). **WHO Health report Japan health systems ranked best**.
[<http://www.mhlw.go.jp>]. (23/04/2545)
- HIMA. (มปป). **Medical technology: driving efficiency not costs, in Japan's Health Care System**.
[<http://www.himanet.com/publication/drivingefficiency.html>]. (17/04/2545)
- Holland, W. Waslter Detels, Roger & Knox, George. (มปป). **Oxford Textbook of Public Health; volume 1 influences of Public Health**. เอกสารจัดสำเนา.
- Information for Health. (2001). **Healthcare service**. [http://www.moph.gov.sg/healthtown/pub_healthcare_service.html]. (02/04/45).
- Leng, H, C,. (2001). **Primary care the way to family health; health and Health Care in Malaysia- Table of contents**. [<http://www2.jaring.my/pcdom/monotoc.html>]. (02/04/2545).
- Mahmood, A, A,. (2001). **Primary care the way to family health; PHC in Malaysia-working together for the Future**. [<http://www2.jaring.my/pcdom/cmcazizm.html>]. (02/04/2545).
- Ministry of Health in New Zealand. (1998). **Hospital Service Plan; Securing better hospital services into the future**. [<http://www.moh.govt.nz>]. (07/04/2545).
- "_____". (1998b). **About the New Zealand Health and Disability System**.
[<http://www.moh.govt.nz>]. (07/04/2545).
- "_____". (1998c). **About Ministry of Health Organizational information**.
[<http://www.moh.govt.nz>]. (07/04/2545).
- "_____". (2001a). **An Overview of the Health and Disability Sector in New Zealand**. [<http://www.moh.govt.nz>]. (07/04/2545).
- "_____". (2001b). **Country Report for international Council of Nurses, New Zealand**. [<http://www.moh.govt.nz>]. (07/04/2545).
- "_____". (2001c). **The Health and Independence Report in New Zealand**.
[<http://www.moh.govt.nz>]. (07/04/2545).
- "_____". (2001d). **The New Zealand Health Strategy**. [<http://www.moh.govt.nz>].
(07/04/2545).
- "_____". (2001e). **Health Need Assessment of New Zealand; An overview and Guide**. [<http://www.moh.govt.nz>]. (07/04/2545).
- "_____". (2001f). **Implementing the New Zealand Health Strategy; the minister of Health's first report on progress on the New Zealand Health Strategy**.
[<http://www.moh.govt.nz>]. (07/04/2545).

- “_____”. (2001g). **Publications Ministry of Health Annual Report for the year ended 30 June 2001**. [<http://www.moh.govt.nz>]. (07/04/2545)
- “_____”. (2001h). **Publications Ministry of Health Annual Report for the year ended 30 June 2001**. [<http://www.moh.govt.nz>]. (07/04/2545)
- “_____”. (2001i). **Publications The Primary Health Care strategy**. [<http://www.hfa.govt.nz>]. (06/04/2545)
- “_____”. (2001j). **News and issues; District Health Boards**. [<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>]. (07/04/2545)
- “_____”. (2001k). **News and issues; Outcomes, Indicators and community Health Status**. [<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>]. (26/03/2545)
- “_____”. (2001l). **News and issues; Nursing in New Zealand**. [<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>]. (07/04/2545)
- “_____”. (2001m). **News and issues; Media Release**. [<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>]. (07/04/2545)
- “_____”. (2001n). **Maori Health**. [<http://www.maorihealth.govt.nz>]. (07/04/2545).
Ministry of Public Health Thailand. (2545). **Background Health Care reform Project in Thailand**. [<http://www.moph.go.th/ops/hcrp/mainhcrp.html>]. (27/04/2545).
- Ministry of Health Singapore. (2002a). **Organization Structure; casemix**. [<http://app.internet.gov.sg>] (23/04/2545).
- “_____”. (2002b). **Your health Dollar; Health care Financing in Singapore**. [<http://app.internet.gov.sg>]. (26/03/2545).
- “_____”. (2002c). **Your health Dollar; Medisave scheme**. [<http://app.internet.gov.sg>]. (26/03/2545).
- “_____”. (2002d). **Your health Dollar; Medifund scheme**. [<http://app.internet.gov.sg>]. (26/03/2545).
- “_____”. (2002e). **Your health Dollar; MediShield scheme**. [<http://app.internet.gov.sg>]. (26/03/2545).
- “_____”. (2002f). **Your health Dollar; Ten Tips to Stretch Your Health Dollar**. [<http://app.internet.gov.sg>]. (26/03/2545).
- “_____”. (2002g). **Our Healthcare System; Overview of the Singapore Healthcare System**. [<http://app.internet.gov.sg>]. (02/04/2545).
- “_____”. (2002h). **Overview of the Singapore Healthcare System**. [<http://www.moh.gov.sg>]. (02/04/2545).
- Ministry of Health and Welfare in South Korea. (2002a). **General Information: organization of the Ministry of Health and Welfare**. [<http://www.mohw.go.sk/english/left3.html>]. (05/04/2545).

- “_____”. (2002b). The Direction of Health Policy for the 21st Century: Introduction. [<http://www.mohw.go.sk/english/left3.html>]. (05/04/2545).
- “_____”. (2002c). Health Promotion: Basic of health promotion Policy. [<http://www.mohw.go.sk/english/left3.html>]. (05/04/2545).
- “_____”. (2002d). Health Resources Management; introduction. [<http://www.mohw.go.sk/english/left3.html>]. (05/04/2545).
- “_____”. (2002e). Health Resources Management; Health manpower. [<http://www.mohw.go.sk/english/left3.html>]. (05/04/2545).
- “_____”. (2002f). Health Resources Management; Medical institutions. [<http://www.mohw.go.sk/english/left3.html>]. (05/04/2545).
- “_____”. (2002g). National health Security: Health Insurance. [<http://www.mohw.go.sk/english/left3.html>]. (05/04/2545).
- “_____”. (2002h). National Pension. [<http://www.mohw.go.sk/english/left3.html>]. (05/04/2545).
- “_____”. (2002i). Social Welfare Services: introduction.[http://www.mohw.go.sk/english/contents/c7_1_1.html]. (05/04/2545).
- Ministry of Health, Labor and welfare in Japanese. (1999a). Annual Reports on Health and Welfare 1998-1999 Social security and national life. [<http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/index.html>]. (29/03/2545)
- “_____”. (1999b). Annual Reports on Health and Welfare 1999 Social security system in Asian and Oceanian Countries. [<http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw/index.html>]. (01/04/2545)
- Ministry of Health, Labour and and Welfare, in Japanese. (1999c). Annual Report on Health and Welfare; status of the Health Insurance System. [<http://www.mhlw.go.jp>] . (21/04/2545)
- (1999d). Annual Report on Health and Welfare; organization chart of the ministry of Health and Welfare. [<http://www.mhlw.go.jp>] . (21/04/2545).
- (1999e). Annual Report on Health and Welfare; social security systems in Asian and Oceanian countries. [<http://www.mhlw.go.jp>] . (21/04/2545)
- (1999f). Annual Report on Health and Welfare; section 2 definition of Social Security. [<http://www.mhlw.go.jp/>] . (21/04/2545)
- (1999g). Annual Report on Health and Welfare; Section 2 radical reform of the Medical insurance system. [<http://www.mhlw.go.jp>] . (21/04/2545)
- (1999h). Annual Report on Health and Welfare; Chapter 3 establishing a realiable and stable medical care system. [<http://www.mhlw.go.jp>] .

- (21/04/2545)
- (1999i). Annual Report on Health and Welfare;
Chapter 3 The level of Standard that Japan's Social Security system has achieved.
[<http://www.mhlw.go.jp>] . (21/04/2545)
- (1999j). Annual Report on Health and Welfare;
Section 3 Medical services of the New Age. [<http://www.mhlw.go.jp>] . (21/04/2545)
- (1999k). Annual Report on Health and Welfare;
Section 5 National hospitals and sanatoria as provider of policy-Based medical services.
[<http://www.mhlw.go.jp>] . (21/04/2545)
- (1999l). Health Insurance Bureau.
[<http://www.mhlw.go.jp>] . (27/04/2545)
- (1999m). Facilities and agencies and regional
offices. [<http://www.mhlw.go.jp>] . (27/04/2545)
- (1999n). Health service Bureau.
[<http://www.mhlw.go.jp>] . (27/04/2545)
- (1999o). Health Policy Bureau.
[<http://www.mhlw.go.jp>] . (27/04/2545)
- (1999p). Social Insurance Agency.
[<http://www.mhlw.go.jp>] . (27/04/2545)
- (1999q). Pension Bureau.
[<http://www.mhlw.go.jp>] . (27/04/2545)
- Ministry of Health and Welfare. (มปป.). Health and Welfare in Japan. เอกสารจัดสำเนา.
- National Healthcare Group. (2000). Press releases; The district Access Scheme-NHG polyclinics
and Hospital Link Up to Benefit Patients. [<http://www.nhg.com.sg>]. (23/04/2545).
- National Cancer Center. (2002). Organization of the National Cancer Center.
[<http://www.ncc.go.jp/en/nccgaiyou/organi1.html>] . (25/04/2545)
- New Zealand Government Executive. (1998). Hon Annette king, Ministry of Health memorandum to
social policy & health committee. [<http://www.executive.govt.nz>]. (07/04/2545)
- Oklahoma Medical Research Foundation. (2000). Lessons Learned from The South Korean Health
Care System. [<http://www.mohw.go.kr/eng>]. (07/04/2545).
- Press release. (1986). World Health Assembly closes in Geneva. [<http://www.who.int/archives/html>] .
(17/04/2545)
- Ramsay, C. (2001). Canadian health –care system middle-of-the-road or worse.
[http://www.davidgrater.com/report1/press_replease1.pdf]. (07/04/2545)
- Singapore. (1999). Health Care Service. [<http://www.tradeport.org/ts/countries/singapore/isa/>

- isar0018.html]. (02/04/2545).
- Society. **Health and Social Welfare**. [http://www.korea.net/learnaboutkorea/society/ health_rel.html. (05/04/2545).
- Sokolovsky, Joan. (1989). **The Japanese Health Care system**. [<http://www.gwjapan.com>] (26/04/2545)
- The Australian Health Care System: An outline-September 2000. **Financing and analysis branch commonwealth department of health and aging September 2000**. [http://www.health.gov.au/haf/ozhealth/ozhcsys.html]. (26/03/2545)
- Welcome to Alliance New Zealand. (2001). **Health**. [http://settlevoerseas.com/NZ%20Information.html]. (06/04/2545).
- Wong, S,. (2002). **Community Health Systems Influences Health Care in Korea**. [http://www.ucsf.edu/synapse/archives/newprototype/Sabrinaw.html]. (25/03/2545).

ภาคผนวก 1

ประเด็นจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ทรงคุณวุฒิ 8 พฤศจิกายน 2545

นิยามของระบบบริการสุขภาพระดับต่างๆ

1. การกำหนดอาศัยแนวคิด 2 แบบ คือ

- 1.1. หลักการเชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพใช้แนวคิด high touch high tech เป็นตัวกำหนด กล่าวคือ
 - 1.1.1. องค์ความรู้ที่ใช้เน้นด้านสังคม มานุษยวิทยา เป็นหลักในการวิเคราะห์ แนวทาง high touch
 - 1.1.2. ใช้องค์ความรู้ด้านการรักษา การแพทย์ เป็นหลักในแนว high tech
 - 1.1.3. ในระดับการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน community based ให้เป็นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ ใช้ แนว high touch เป็นตัวนำในการสร้างค่านิยมบริการสุขภาพระดับนี้
 - 1.1.4. ในระดับสถาบัน หรือ สถานบริการสุขภาพ institutionalised ใช้แนวทาง high tech เป็นตัวนำในการสร้างค่านิยมบริการสุขภาพในระดับนี้ ซึ่งอาจมีได้หลายระดับเช่นเดียวกัน ขึ้นอยู่กับตัวกำหนด เช่น ความซับซ้อนของtechnology ความรุนแรงหรือลักษณะการเจ็บป่วยหรือ โรค
 - 1.1.4.1. นิยามอาจกำหนดให้มี ระดับ primary , secondary, tertiary, and highly specialized ได้โดยใช้ แนวทาง high tech เป็นตัวจัด และมีกลไกอื่นประกอบ เช่น กลไก ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล ระบบ การประเมิน technology การแพทย์และการรักษา
- 1.2. หลักการของการบริหารจัดการ
 - 1.2.1. เป็นประเด็น เกี่ยวกับ ownership และ relationship ของส่วนปกครองและส่วนให้บริการ
 - 1.2.2. ใช้ปัจจัยด้านการปกครอง การกระจายอำนาจรัฐสู่ท้องถิ่น อย่างสอดคล้องกับเชิงวิชาการและเชิงวิชาชีพ เช่น
 - 1.2.2.1. ในระดับท้องถิ่น ควรเป็นบริการสุขภาพลักษณะใด เช่น บริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ การรักษาในระดับพื้นฐาน
 - 1.2.2.2. การดูแลสุขภาพในครอบครัว เกิดขึ้นได้ด้วยศักยภาพคนในครอบครัว ในประเด็นด้านสุขภาพที่สามารถจัดการได้เอง ส่วนประเด็นที่เป็นปัญหาที่เกินความสามารถของครอบครัวที่จะจัดการได้ อาจต้องอาศัย ชุมชน องค์การชุมชน หรือ องค์กรวิชาชีพร่วมจัดการ เช่น ยาเสพติด ความรุนแรง การระบาดของโรคระบาด โรคติดต่อต่างๆ เป็นต้น
 - 1.2.2.3. ส่วนประเด็นด้านสุขภาพที่อาศัยศักยภาพด้านการรักษา อาจต้องใช้ นักวิชาชีพช่วย เช่น การรักษารุนแรง ก่อนส่งต่อออกจากชุมชน
 - 1.2.2.4. การบริหารจัดการส่วนนี้ให้เป็นหน้าที่ของครอบครัว และชุมชน องค์กรชุมชน
 - 1.2.3. community care การปกครอง อบต. อาจมีหน้าที่ในการสนับสนุนให้การจัดการทั้งหมดในชุมชนเกิดขึ้นได้ โดยผ่าน ครอบครัว ชุมชน ผู้ให้บริการระดับวิชาชีพในชุมชน ทั้งนี้เป็นการเสริมศักยภาพร่วมกัน และเป็นการบอกลบบทบาทการเป็นผู้บริหาร ส่วน ownership เป็นของชุมชน รัฐบาลกลางไม่ต้องไปดู ไม่ต้องบังคับบัญชา

- 1.2.4. ในระดับ institutionalised care ควรเป็นนักวิชาชีพ โดยอาจให้มีกองทุน หรือ ระบบประกันสุขภาพ สนับสนุนให้เกิด การจัดการให้บริการในรูปแบบที่ต่างกัน ได้ ขึ้นอยู่กับแนวนโยบายของรัฐ เช่น กองทุนสำหรับการจ่ายค่าบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในปัจจุบัน มี 3 กองทุน ส่วนการครอบคลุมบริการที่เกินความจำเป็นหรือ อื่นๆ อาจเป็นภาพของสถานบริการเอกชนได้

ระดับ	ลักษณะบริการ	หน่วยบริการรับผิดชอบ
Community care	การบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ	ครอบครัว ชุมชน องค์การชุมชน สถานีนอมนาย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
Institutionalised care	การรักษา การตรวจวินิจฉัยที่ซับซ้อน อาศัยเทคโนโลยีการแพทย์ และการรักษา 1. primary care 2. secondary care 3. tertiary care 4. highly specialised care	โรงพยาบาลอำเภอ PCU โรงพยาบาลทั่วไป เฉพาะทาง หรือ ศูนย์บริการการแพทย์ เฉพาะทาง

- 1.2.5. เงินไม่ควรนำมากำหนด definition of care

- 1.2.6. บทวิเคราะห์ของเสนอนี้ คือ บทบาทหน้าที่ ของ PCU สถานีนอมนาย ระหว่างการรักษา และการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การส่งต่อกรณีใช้เงินเป็นตัวกำหนดกับการกำหนดเชิงวิชาการ

- 1.3. การบริหารบนฐานความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการต่างระดับ เป็นแนวการจัดการทางสังคมของสถานบริการสุขภาพในระบบ

- 1.3.1. ความสัมพันธ์เชิงระนาบเดียวกัน

- 1.3.1.1. เท่ากัน เสมอกัน เป็นอิสระต่อกัน เป็นอิสระทุกระดับ มี ownership ที่ชัดเจน มีเงื่อนไขข้อตกลง ความสัมพันธ์ที่ชัดเจน ทำให้แต่ละ unit ทำงานได้ดีบนข้อตกลงร่วมกัน ไม่มีการปกครองกัน

- 1.3.2. ความสัมพันธ์เชิงสาขา แนวตั้ง

- 1.3.2.1. เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจการปกครอง เป็นพวงอำนาจ เช่น PCU เป็นพวงตั้งแต่ระดับ สถานีนอมนาย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ เหล่านี้อาศัยอำนาจการปกครองกำหนดความร่วมมือไม่ใช่เงื่อนไขข้อตกลงร่วม

ภาคผนวก 2

การสนทนากลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิภาคใต้วันที่ 16 ธันวาคม 45 ณ.โรงพยาบาลหาดใหญ่

ประเด็นการสนทนา คือ แนวคิด ขอบเขต ของระบบการบริการสุขภาพที่ควรเป็นอย่างไร ฐานคิดควรเป็นอย่างไร แต่ละองค์กรมีบทบาทอย่างไร หน้าที่อย่างไร

ผลการสนทนา ได้แนวคิดที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยได้ให้แง่คิดที่มีเนื้อหาสอดคล้อง สนับสนุน และเสริมมุมมองซึ่งกันและกันให้ชัดเจนขึ้น ทั้งนี้สามารถสรุปประเด็นการสนทนา ได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

- **ฐานคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพ** ควรมุ่งเน้นใน 3 เรื่องหลัก คือ

1. ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้/พึ่งตนเองได้ กล่าวคือ ในการจัดบริการสุขภาพของรัฐนั้น ต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่สามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งก่อน ทั้งนี้ผู้จัดต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม/วิถีชีวิตของแต่ละชุมชน

2. การจัดการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเอง และให้ภาครัฐเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุน/เป็นที่ปรึกษา กล่าวคือ รัฐต้องให้การสนับสนุนให้ประชาชนในท้องถิ่นเกิดการดูแลสุขภาพของชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการช่วยเหลือกันและกันด้านการจัดการดูแลสุขภาพในชุมชน ทั้งนี้อาจให้ อบต.เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงให้เกิดการดูแลสุขภาพลักษณะนี้ได้

3. การจัดสถานบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริง กล่าวคือ ต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพของสถานบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน สนับสนุนให้บุคลากรเข้าใจชุมชนมากขึ้น คำนึงถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ(มิติความเป็นมนุษย์)มากขึ้น

ทั้งนี้ฐานความเชื่อพื้นฐานที่สำคัญการจัดระบบบริการสุขภาพ คือ

1. ต้องเชื่อว่าประชาชนมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองได้ ชุมชนสามารถจัดระเบียบของชุมชนเองได้ โดยใช้กฎทางสังคมและวัฒนธรรม (Socail law) ของชุมชนเป็นเครื่องควบคุมกันเอง

2. ประชาชนสามารถเรียนรู้ได้ คนทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ และการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นเครื่องช่วยให้ชุมชนเข้มแข็งและดูแลสุขภาพของตนเองได้ (มีกรณีตัวอย่างจากครูชลหลายกรณี เช่น กรณีของต.นาหว้าที่สามารถพัฒนากองทุน ได้จนเกิดแนวคิดในการเน้นการป้องกันสุขภาพ โยสามารถจัดสรรโบนัสแก่คนที่ไม่เจ็บป่วยภายในหมู่บ้าน เป็นต้น)

3. การจัดการด้านสุขภาพไม่ควรยึดติดที่ตัวเงิน กล่าวคือ การบริการสุขภาพต้องคิดในเชิงการให้สวัสดิการของรัฐ (Welfare) ไม่ใช่คิดในเชิงธุรกิจ

- **บทบาทหน้าที่ขององค์กรต่างๆของรัฐบาล**

1. รัฐบาล ควรมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1.1 ต้องกำหนดนโยบายที่ชัดเจน **จริงจัง และต่อเนื่อง** ในการจัดระบบบริการสุขภาพตามที่เสนอไว้ เพื่อให้ระดับปฏิบัติการสามารถหาวิธีการปฏิบัติงานที่ตอบสนองนโยบายได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดการชะงักงันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่กำลังดำเนินอยู่

- 1.2 ต้องพยายามสะท้อนภาพให้องค์กรต่างๆของรัฐ สามารถมองเห็นเป็นภาพความเชื่อมโยงในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดสวัสดิการสุขภาพของประชาชนให้เห็นชัดเจนมากขึ้น เพื่อสะท้อน

ความเชื่อว่า เรื่องสุขภาพเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เป็นเรื่องขององค์กรรวมทั้งหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนในประเทศโดยตรง ต้องหันหน้ามาคุยกันเพื่อสร้างสุขภาพให้เกิดขึ้นแก่คนในประเทศได้

1.3 การผลักดันหรือปรับเปลี่ยนการศึกษาให้คนในประเทศหันมาสนใจศึกษาเพื่อให้เข้าใจชีวิต มีสุขภาพที่ดี โดยมุ่งให้ประชาชนหันมาสนใจเรื่องการมีสุขภาพดีของตนเองว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เน้นการให้สุขภาพที่เหมาะสมกับการนำไปใช้ได้จริง

1.4 หาแนวทางในการปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ไม่ถูกของคนในประเทศใหม่ จากเดิมที่ว่า” เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์” หรือ “เจ็บป่วยต้องไปหาแพทย์ที่มีชื่อเสียง” ให้ทุกคนหันมาดูแลสุขภาพของตนเอง ก่อน เพื่อเน้นการป้องกันการเกิดโรค

2. องค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) เป็นองค์กรที่สัมผัสใกล้ชิดประชาชนในพื้นที่มากที่สุด ในการจัดระบบการบริการสุขภาพของชุมชน องค์กรนี้จึงควรทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมโยงเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในชุมชนได้

3. สถาบันการศึกษา ควรมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

3.1 โรงเรียน ควรจัดการสอนสุขภาพ โดยให้ความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ ทั้งนี้ อาจให้แพทย์ไปมีส่วนในการให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยตรงแก่นักเรียน ซึ่งจะทำให้นักเรียนมีความเชื่อ เนื่องจากมีความศรัทธาในความรู้ความสามารถเป็นทุนเดิมอยู่

3.2 มหาวิทยาลัย สถาบันที่มีหน้าที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมุ่งให้นักศึกษาสัมผัสชุมชนมากขึ้น และมุ่งเน้นการสอนที่สอดคล้องเรื่องจรรยาบรรณและจริยธรรมให้มากขึ้นด้วย

3.3 สถานบริการ ต้องหากลวิธีในการปรับเปลี่ยนกระบวนการวิธีคิดของบุคลากรใหม่ ให้มีความใกล้ชิดชุมชนมากขึ้น มีการให้บริการที่คำนึงถึงมิติความเป็นมนุษย์มากขึ้น โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจว่าการบริการสุขภาพนั้นประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง/ชุมชนได้ (ในการบริการระดับนี้ บุคลากรทางการแพทย์ของรัฐต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงเท่านั้น) และมีส่วนการบริการที่สถานบริการนั้นประชาชนก็ต้องมีส่วนร่วมในการเสนอรูปแบบการบริการที่พึงประสงค์ของตนเองด้วย

• แง่คิด/ข้อเสนอแนะที่น่าคิด/น่าปรับเปลี่ยนในปัจจุบัน มีดังนี้

1. ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ หน้า 14 เรื่องการมีส่วนร่วมรับผิดชอบการดูแลสุขภาพ ควรเพิ่มให้นายจ้างมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ เช่น “ให้นายจ้างจัดสถานที่ทำงานที่ดีให้ลูกจ้างให้เกิดความปลอดภัย ”

หน้า 11 เรื่องสิทธิในการได้รับข่าวสารเป็นสิ่งที่ดี แต่ควรกำจัดสื่อที่ไม่มีคุณภาพออกจากสื่อที่เสนอในทุกวันนี้ออกไปบ้าง เช่น การโฆษณาเหล้า เป็นต้น เนื่องจากสื่อที่เกิดขึ้นนี้ไปได้เร็ว และเป็นการสอนเด็ก/เยาวชนได้ดีกว่าพ่อ แม่ได้

2. การทำความเข้าใจชุมชนนั้น เสนอให้มองชุมชนเป็นวง 3 วง อันประกอบด้วย ชุมชนเมือง ชุมชนชานเมือง และชุมชนชนบท ซึ่งแต่ละชุมชนจะมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน การศึกษาในการทำความเข้าใจในการจัดระบบบริการก็ต้องคำนึงถึงความแตกต่างนี้ด้วย ว่าจะสามารถสร้างระบบมารองรับความเชื่อมต่อของชุมชนทั้ง 3 ลักษณะได้อย่างไร

3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งที่ถูกทิศทางแล้ว แต่ควรมีการพัฒนาการบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิไปพร้อมๆกัน เพราะ

ปัจจุบันพบว่า มีโรงพยาบาลหลายโรงประสบปัญหาด้านการบริหารจัดการงบประมาณที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในอนาคตได้ ตัวอย่างสิ่งที่ต้องการให้บทวน เช่น การใช้ระบบ DRG ในการจัดเก็บค่ารักษา หรือการจัดสรรงบประมาณให้สถานบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิค่อนข้างจำกัด

“ การเข้าใจปรัชญาพื้นฐานของที่มาในการทำงานสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง หากนำแนวคิดใดมาใช้ โดยขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้แล้ว ความเสียหายอาจเกิดขึ้นอย่างมีอาจคาดคะเนได้ ”

ภาคผนวก 3

การสัมภาษณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วันที่ 9 ธันวาคม 2545 เวลา 10-00-11.30 น.

ระบบสุขภาพไทยควรมี Family doctor ที่ต้องแบ่งโซนให้แพทย์ทำหน้าที่ดูแลประชาชน เพื่อที่จะให้แพทย์มีความสัมพันธ์ในการรักษากับประชาชนมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับหลักสูตรการเรียนของแพทย์ต่อไป

แนวคิดตอนนโยบาย 30 บาท เห็นด้วยในหลักการ “เป็น Concept ดีแต่ขาดการบริหารจัดการ จากบริบทการจัดการ จะเห็นได้ว่ารัฐใช้เงินภาษีราษฎร มีประชาชนที่ไม่มีหลักประกันประมาณ 20% ให้รัฐบาลมุ่งที่ประชาชนผู้ที่ไม่ใช่หลักประกันจริง ในทางปฏิบัติประชาชนที่มีทางเลือกมาเบียดบังผู้ยากจน และยังทำให้มาตรฐานการบริการของผู้ได้รับสวัสดิการของรัฐ ถูกดึงให้ต่ำลงเท่ากับคนที่ได้รับหลักประกัน 30 บาท จึงต้องมีการปรับมาตรฐานของ 30 บาท ให้เพิ่มขึ้น นี่จะดีกว่า”

ระบบสุขภาพไทยที่ต้องการพัฒนา

1. นโยบาย 30 บาท ต้องเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้กับประชาชนที่ขาดหลักประกันหรือผู้ยากจน
2. ควรมีระบบสุขภาพเดียว แบ่งแยกตามลักษณะบริการ

ข้อเสนอ

1. งบประมาณควรจัดสรรให้กับระบบบริการทุกระดับ และควรจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่ให้กับระบบบริการสุขภาพระดับต้น เน้น Demand side มากกว่า Supply side
2. การส่งเสริมสุขภาพควรเป็นระบบหนึ่งในระบบเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับรัฐให้หลักประกันราคาข้าว ปุ๋ย การส่งเสริมสุขภาพ รัฐควรที่จะจัดสรรเงินให้แก่ชุมชนเพื่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้มีผลทางด้านเศรษฐกิจ เกิด Saving ในค่ารักษาซึ่งยังขาดงานวิจัย โดยผ่าน องค์การบริหารส่วนตำบล หรือกองทุนสุขภาพ รัฐจะต้องทำหน้าที่ติดตาม และประเมิน

มีข้อคิดดังนี้

1. ก่อให้เกิดการเปลี่ยนมือ อัดฉีดให้ประชาชน
2. Sustain โปรแกรม
3. เป็นแรงจูงใจ

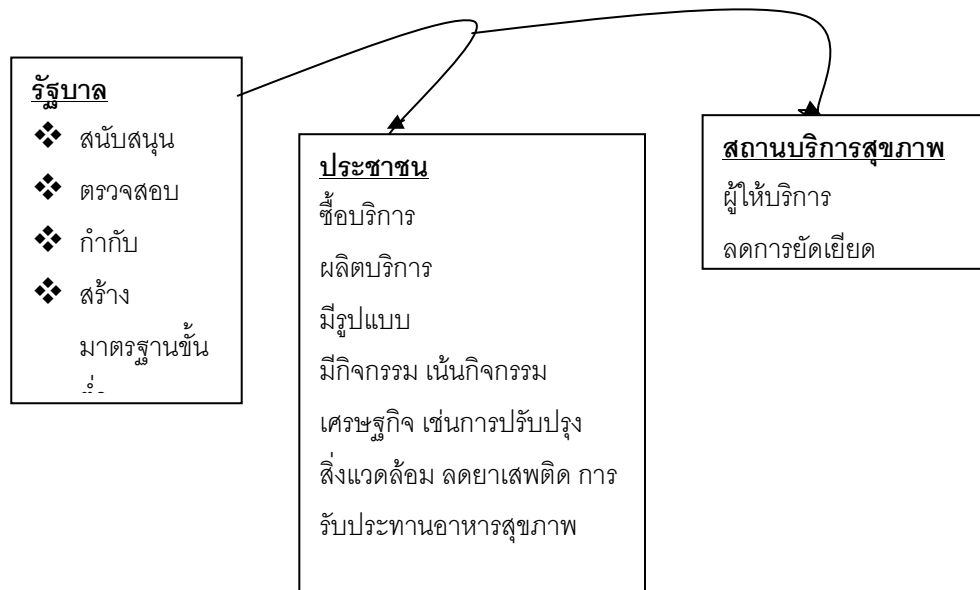
ทั้งนี้ต้อง

1. Promote หมู่บ้านที่เข้มแข็งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพก่อน
2. เตรียมชุมชนให้สามารถเข้ามาดูแล
3. เน้นกิจกรรมเศรษฐกิจและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
4. มีโครงการที่หลากหลาย/กว้าง ไม่นำผลประโยชน์ไปที่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง
5. รัฐทำบทบาทสนับสนุน Monitor สร้างมาตรฐานขั้นต่ำ

การแบ่งระดับของระบบบริการสุขภาพ

1. เดิมการแบ่งระดับ ยังไม่เป็น Mutual exclusive เพียงแต่ทำกิจกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นการแบ่งระดับบริการสุขภาพอาจจะมองในประเด็นการมีส่วนร่วมโดยตรงของประชาชนในการบริหารจัดการ/สนับสนุนการจัดการ

2. การจัดสรรเงิน ให้คิดถึง การลงทุนที่ก่อให้เกิด Profit /Return ด้านสุขภาพเช่นลดอัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วย ยกกระตือรือร้นทางสุขภาพ
3. นโยบายการจัดบริการสุขภาพเดิมจะใช้ Marketing และการเมือง ควรเป็น Welfare state ถัวเฉลี่ย การเจ็บป่วยเท่าๆกัน
4. ปัจจุบันมีหลายกองทุน แต่ละกองทุน Contribute ที่ไม่เท่ากัน ควรเป็นกองทุนเดียว ประชาชนได้รับบริการที่จำเป็น ถ้าไม่ได้สามารถร้องเรียนได้



การแบ่งระดับบริการ เน้นการจัดการใหม่ มีระบบบริหารจัดการและการตรวจสอบจากประชาชน

Primary care ประชาชนดูแลตนเองได้มากที่สุด การจัดสรรงบประมาณพิจารณาจาก Demand side เตรียมชุมชนเข้ามาดูแล ซึ่งอาจจะเป็น อบต.หรือกลุ่มประชาชน

Secondary care และ Tertiary care การมีส่วนร่วมน้อย ใช้เทคโนโลยีมากขึ้น

ภาคผนวก 4

ประเด็นจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

วันที่ 8-9 สิงหาคม 2545

ที่ประชุมเห็นด้วยในมาตราที่ 77 78 79 และ 80 โดยมีข้อเสนอเพิ่มเติมและเปลี่ยนแปลงในบางประเด็นคือ

ประเด็น มาตรา 77

1) ประเด็นการบริการสาธารณสุขไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจนั้น โดยรัฐไม่ควรค้ากำไร รัฐควรจัดกลไกควบคุมคุณภาพการบริการในภาคเอกชน สถานบริการเอกชนไม่ควรค้ากำไรเกินควร มีอิสระในการให้บริการภายใต้การควบคุมคุณภาพมาตรฐานโดยภาครัฐ

คำว่า “ไม่เป็นไปเพื่อการค้ากำไรเชิงธุรกิจ” ขอเสนอให้ใช้คำว่า “ธุรกิจที่ไม่หวังผลกำไร หรือ “เป็นไปในเชิงธุรกิจที่ไม่ได้มุ่งหวังกำไร” และเพิ่มให้ข้อความต่อว่า “ในกระบวนการเชิงระบบ ไม่ควรนำไปสู่การกระตุ้นการบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการสาธารณสุขที่เกินความจำเป็น”

2) ประเด็นการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เสนอให้เป็น “ควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างสมเหตุสมผล” 3) ระบบบริการสาธารณสุขมีหลายแบบแผนให้ประชาชนเลือก เสนอให้มีคำว่า “การแพทย์ทางเลือก” ซึ่งรวมความถึงบริการแพทย์แผนไทย แผนโบราณที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยรัฐสนับสนุนให้เกิดการยอมรับ และพรรคสุดท้าย ให้เพิ่ม “หลากหลายแบบแผน ให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่เลือก” 4) ประเด็นคุณภาพ ความปลอดภัย และเป็นธรรม ต้องนำระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาเป็นกลไกกำกับการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน และตรวจสอบทั้งภาครัฐและเอกชน โดยรัฐต้องมีการกำกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รัฐไม่ให้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกในเวลาราชการ โรงพยาบาลและคลินิกควรกำหนดอัตราค่าบริการที่ชัดเจน และมีตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน 5) ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพควรขยายการบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และมีการควบคุมคุณภาพ 6) ประเด็นการเลือกสถานบริการ ประชาชนต้องมีสิทธิที่จะใช้สถานบริการที่ไหนก็ได้ 7) ประเด็นประชาชนเข้าถึงได้ง่าย เสนอให้เป็น “มีเพียงพอ” โดยเพิ่มศักยภาพผู้ให้บริการที่สถานีนอามัย อสม. อาสาสมัคร แพทย์ประจำตำบล พัฒนาคุณภาพประสิทธิภาพการให้บริการ 8) ประเด็นเพิ่มคำ “การบริการสาธารณสุข” ในวรรคแรกว่า “การบริการสาธารณสุขของรัฐ” 9) ประเด็นเพิ่มใหม่แต่เกี่ยวข้องกับหมวดอื่น คือ

คำว่า “สุขภาพพอเพียง” ขอให้มีความจำกัดความเพื่อให้เข้าใจตรงกันและเป็นแนวปฏิบัติ

ไม่ควรกำหนดเพดานค่ายาและเวชภัณฑ์ทุกประเภท ควรให้ประชาชนมีสิทธิเลือกยาที่เหมาะสมกับโรคและร่างกายของตน

ประเด็นมาตรา 78

1) ประเด็นระบบบริการสุขภาพเฉพาะทาง สำหรับผู้พิการต้องมีระบบบริการสาธารณสุขที่สร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้พิการ มีสถานบริการที่สะดวกสำหรับผู้พิการ ผู้พิการสามารถเลือกใช้สถานบริการได้ทั้งภาครัฐและเอกชนโดยไม่จำกัดพื้นที่ 2) ประเด็นระบบเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการสาธารณสุข ต้องปรับปรุงระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ โดยอาศัยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เจ้าหน้าที่ในสถานีนอามัยเพื่อสนับสนุนการส่งต่อ และพัฒนาระบบการขนส่งผู้ป่วย 3) ประเด็นคุณภาพสถานบริการ เสนอให้ในระดับสถานีนอามัยต้องมีพยาบาลประจำ และอาจมีแพทย์ให้บริการที่สถานีนอามัยอย่างน้อยเดือนละครั้ง ต้องพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยเน้นจิตสำนึก จรรยาบรรณ และเคารพในความเป็น

มนุษย์ของผู้มาใช้บริการ 4) ประเด็นเพิ่มเติม ใช้กลไกทางกฎหมาย องค์การประชาชน ให้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับโดยกำกับการสร้างความเข้มแข็งทั้งปริมาณและคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข 5) ประเด็นเพิ่มความ คำว่า “พัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขระดับกลาง” เป็น **“พัฒนาและสนับสนุนคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขระดับกลาง”** เพิ่มคำว่า “สร้างความเข้มแข็งทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ” เป็น **“พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ”** 6) ประเด็นที่ต้องการความชัดเจนคือ นิยามของคำว่า **“ระบบบริการสาธารณสุขโดยเปรียบเทียบกับระบบบริการสุขภาพ”**

มาตรา 79

1) ประเด็นการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการควรร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในการจัดทำหลักสูตรการดูแลตนเอง โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำหลักสูตร เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพ ทั้งนี้จะต้องมีการสร้างจิตสำนึกตั้งแต่วัยเด็ก สถาบันการศึกษาควรผลิตบุคลากรสุขภาพ ที่เข้าใจจนแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น ฝ่ายผูกข้อมือ เมื่อต้องการทำการรักษาพยาบาล เป็นต้น พัฒนาระบบการศึกษาให้คนในท้องถิ่น เรียนวิชาชีพด้านสุขภาพ 2) ประเด็นเทคโนโลยีต้องพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสถานีนามัย 3) ประเด็นเพิ่มเติม ในมาตรา 79 (3) ต้องมีความชัดเจนค่านิยามของคำว่า “ต้องการสร้างกลไกดูแลระบบประเมินเทคโนโลยี หรือ สร้างระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ในบรรทัดที่ 1 “ระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ” ควรเพิ่มเป็น “ระบบประเมินเทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ” โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าและคุ้มทุน 4) ประเด็นภาษีสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยการเก็บภาษีจากประชาชนโดยตรง แต่ควรเก็บภาษีจากสิ่งที่มีผลกระทบทางสุขภาพ เช่น ภาษีบุหรี่ สุรา โรงงานหรือฟาร์มที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ในขณะที่เดียวกันควรปรับลดภาษีให้กับโครงการที่ดี เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพ (มาตรา 26) 5) ประเด็นการยอมรับความคิดเห็นของผู้รับบริการ การบริการควรมีความหลากหลาย และให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการ 5) ประเด็นดูแลระบบบริการ ควรมีการเชื่อมโยงกับองค์การวิชาชีพและมีการตรวจสอบคุณภาพจากองค์การวิชาชีพ เพื่อการประกันคุณภาพ ในมาตรา 79 (2) ควรมีการกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมทั้งการเงินการคลัง การมีส่วนร่วมของประชาชน หากต้องเป็นรูปคณะกรรมการ ควรมีกระบวนการได้มาซึ่งตัวแทนประชาชนที่เหมาะสม ควรใช้ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพของประเทศไทยมากกว่าการนำระบบของต่างประเทศ

มาตรา 80

1) ประเด็นการทำงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ต้องสร้างกลไกเพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ ร่วมกับสถานบริการสุขภาพ**อย่างชัดเจน** 2) ประเด็นการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ต้องพัฒนากลไกการประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข โดยกระตุ้นผู้ให้บริการทางสุขภาพมีพฤติกรรมในการบริการที่ดี พัฒนาระบบการในการตรวจสอบคุณภาพของการบริการสาธารณสุข สร้างกลไกเพื่อพัฒนาศักยภาพของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และเชื่อมโยงของระบบบริการแต่ละระดับต้องมีการพัฒนาด้านการส่งต่อและรับกลับ 3) ประเด็นกลไกการทำงานประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ต้องศึกษาวิจัยประกอบการประเมินเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้ประกอบการประเมิน 4) ประเด็นเพิ่มเติมด้านคณะกรรมการ คณะกรรมการ**ต้องเป็น นิติบุคคล**