

รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการประเมินระบบบริหารจัดการ
เขตบริการสุขภาพไทย

เสนอต่อ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โดย
ผศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ และคณะ
สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการแปร
งานวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติ
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

2015

สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการปร
งานวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติ
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์ และคณะ

[โครงการประเมินระบบบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพไทย]
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากผลการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ และทุติยภูมิจากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุข นิเทศก์ สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล รวมถึงบุคลากรที่สังกัดหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม ในพื้นที่เขต 2, 5, 7 และ 11 จำนวน 174 ราย พบปรากฏการณ์ที่สำคัญได้เรียงตามห่วงโซ่ระบบบริการดังนี้

ด้านปัจจัยนำเข้าสู่ระบบ (Inputs)

ความแตกต่างทางต้นทุนพื้นฐานในระบบของแต่ละเขตบริการสุขภาพ (Capital differences)

จากข้อมูลนำเข้าพื้นฐานของแต่ละเขตบริการสุขภาพ ร่วมกับผลการสำรวจความคิดเห็นในองค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก 6 องค์ประกอบ ที่เรียกว่า “Six building blocks” อันประกอบด้วย กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศ เวชภัณฑ์/เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รูปแบบการจัดระบบบริการ ลักษณะผู้นำและการการอภิบาลระบบ และกลไกการเงินการคลัง/งบประมาณ จะพบว่า แต่ละเขตบริการสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ตั้งแต่เรื่องโอกาสการเริ่มทดลองดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ รวมถึงต้นทุนพื้นฐานในระบบที่มีอยู่ก่อนการดำเนินนโยบาย

หากจำแนกตามหลักคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน หรือ Sustainable development¹ จะพบว่าความแตกต่างทั้งหลายทั้งมวล สามารถจำแนกออกเป็น 5 เรื่องหลัก ได้แก่

1. *ทุนมนุษย์ (Human capital)* ในที่นี้หมายถึงทรัพยากรบุคคล ทั้งในเรื่องปริมาณ และคุณลักษณะ/อุปนิสัยใจคอ/ทักษะ/ประสบการณ์ ตั้งแต่ระดับบริหารไปจนถึงระดับปฏิบัติการ
2. *ทุนสังคม (Social capital)* ในที่นี้หมายถึงการมีอยู่ขององค์ประกอบทางสังคมในพื้นที่ ที่จะช่วยหนุนเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามนโยบาย อาทิเช่น ความเข้มแข็งของสถาบันวิชาการในพื้นที่ รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน หรือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคม

¹ Goodwin NR. Five Kinds of Capital: Useful Concepts for Sustainable Development. Global Development and Environmental Institute, Tufts University, Massachusetts, USA, 2003.

3. **ทุนการเงิน (Financial capital)** ในที่นี้หมายถึงรวมถึงงบประมาณตั้งต้นที่มีอยู่ในระบบ และ ความมั่นคงพื้นฐานทางการเงินของหน่วยงานภายในเขตบริการสุขภาพ

4. **ทุนการผลิต (Produced/Manufactured capital)** ในที่นี้หมายถึงรวมถึงตั้งแต่ปัจจัยนำเข้าพื้นฐาน ด้านยุทธศาสตร์ของแต่ละเขต องค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินตามนโยบาย การออกแบบ กลไกการทำงานของแต่ละเขต กระบวนการที่ดำเนินจริงในพื้นที่ และความสมดุลระหว่างอุปสงค์ อุปทานในห่วงโซ่บริการของแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ระดับเขตลงไปจนถึงล่างสุด

5. **ทุนธรรมชาติ (Natural capital)** ในที่นี้หมายถึงถึงลักษณะทางภูมิศาสตร์ อันมีผลต่อการเอื้อหรือ การเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมขนส่งระหว่างกันในพื้นที่

ด้านกระบวนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ (Process)

การพบช่องทางพัฒนาสู่การดำเนินรัฐกิจที่ดีในทุกเขตที่คล้ายกัน

(Similar Development Channels toward Good Governance)

มาตรวัดพื้นฐานด้านการดำเนินรัฐกิจที่ดี^{2, 3, 4} หรือที่เรารู้จักกันในคำว่า Public governance นั้น มักได้รับการประเมินผ่าน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การรับรู้ต่อธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการของผู้เกี่ยวข้อง (Governance perception), อิสรภาพด้านการมีส่วนร่วมของประชาสังคม (Civil freedom and engagement), ประสิทธิภาพของการดำเนินงานภาครัฐ (Government effectiveness), และความเข้มแข็งของตัวบทกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน (Legal and regulation system)

สำหรับประเด็นการรับรู้ต่อธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการ หากพิจารณาผลการสำรวจความคิดเห็นต่อลักษณะการอภิบาลระบบเขตบริการสุขภาพ โดยใช้แนวทางการประเมินธรรมาภิบาลโดยคร่าวของ UNDP⁵ จะพบว่า กระบวนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพได้รับการประเมินว่าควรที่จะพัฒนาให้ดีขึ้นกว่านี้ใน 4 เรื่องใหญ่ ได้แก่ กลไกการตรวจสอบการ

² Cheibub JA. Human Development Research Paper 2010/41. UNDP

³ The World Bank Economic Review 2013; 11(2):219-42.

⁴ Siudek T, Zawojcka A. Quality of National Governance and Rural Development. European Association of Agricultural Economists (EAAE), 2014.

⁵ Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for Good Governance in the 21st Century. Policy Brief No.15, Institute on Governance, Canada, 2003.

ดำเนินงาน การเปิดช่องทางรับฟังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย การตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และเรื่องความเท่าเทียมและเสมอภาค

ประเด็นที่สองคือเรื่องอิสรภาพด้านการมีส่วนร่วมของประชาสังคมนั้น เป็นที่ชัดเจนทั้งจากข้อมูลที่ได้จากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตั้งแต่ระดับกระทรวงจนถึงระดับพื้นที่ในแต่ละเขต รวมถึงจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับตั้งแต่ระดับบริหารจนถึงระดับปฏิบัติการ พบว่า ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อันใดที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในการบริหารจัดการ และดำเนินงานตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ

สำหรับประเด็นประสิทธิภาพของการดำเนินงานภาครัฐนั้น หนทางที่มักใช้ในการประเมินประสิทธิภาพคือ การบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานตามที่ระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ อย่างไรก็ดี ในระยะเวลา 9 เดือนของการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละเขต พบว่า แม้สาระนโยบายเขตบริการสุขภาพตอนเริ่มต้นจะเป็นแบบเดียวกัน แต่ความเข้าใจสาระนโยบายของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับ ในแต่ละเขตนั้นก็มีความแตกต่างกัน ทำให้แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการในแต่ละเขตจึงมีความแตกต่างกันอย่างมาก นอกจากนี้ยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ระบุผลผลิต และผลลัพธ์ของการดำเนินงานได้อย่างเพียงพอ จึงยากในการที่จะสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพในช่วงปีงบประมาณ 2557 ที่ผ่านมานั้นดีหรือไม่ อย่างไร และไม่สามารถที่จะนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างเขตด้วยเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือยุติธรรมได้ อย่างไรก็ดี จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากทุกฝ่ายในแต่ละเขต กลับมีข้อมูลชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า สถานการณ์ดังกล่าวกลับเป็นโอกาสดีที่จะสรุปได้ว่า นโยบายเขตบริการสุขภาพนั้นมีหลักการที่ดี แต่ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ ที่ควรมีกลไกการแปรสาระนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งระดับเขต และระดับย่อยลงไปกว่านั้น อันจะมีผลทำให้ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการดำเนินงานภาครัฐของแต่ละพื้นที่ควรที่จะประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ตัวชี้วัดหลักที่ใช้เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ และตัวชี้วัดเฉพาะพื้นที่

ประเด็นของตัวบทกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนั้น ดูจะเป็นเรื่องที่ชัดเจนจากทุกพื้นที่ว่า การดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการคำนึงถึงกฎหมายและระเบียบ ที่จะรองรับให้สามารถดำเนินการในพื้นที่ได้จริง

ปัญหาหลักในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ

1. *ภาวะสับสนในทิศทางหลัก (Loss of direction)*: กล่าวคือแต่ละเขตบริการสุขภาพมีทิศทางการดำเนินการที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับบริหาร จนถึงระดับปฏิบัติการ ที่สำคัญคือ ผู้บริหารเขตบริการสุขภาพแต่ละพื้นที่มีความเข้าใจสาระนโยบายในระดับที่ต่างกัน และมีผลต่อการวางแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต และแผนปฏิบัติการแต่ละระดับที่แตกต่างกันตามลำดับ
2. *ความไม่สำเร็จในการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ (Failure to implementation)*: โดยเฉพาะเรื่องการดำเนินงานด้านโครงสร้างการทำงานระดับเขต ซึ่งล้วนมีปัญหาจากการขาดการสนับสนุนด้านตัวบทกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และความไม่ชัดเจนในตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ รวมถึงความก้าวหน้าในบันไดอาชีพ ทำให้ประสบความยากลำบากในการหาบุคลากรมาดำเนินงาน ส่วนใหญ่จึงต้องแก้ไขปัญหาลักษณะนี้โดยการยืมตัวข้าราชการจากหน่วยงานต่างๆ ในเขตมาดูแล และรับผิดชอบภาระงานแบบครบ
3. *ความเกรงกลัวในการปฏิบัติงาน (Pervasive fear)*: ภาวะกลัวที่จะปฏิบัติงานตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ จึงเลือกที่จะนิ่งเฉยหรือทำน้อย มากกว่าจะดำเนินการเต็มที่ พบในทุกเขตที่ทำการสำรวจข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรระดับจังหวัด ทั้งตำแหน่งบริหาร และปฏิบัติการ ทั้งนี้เนื่องจากความไม่แน่ใจในสายบังคับบัญชา และอิทธิพลทางการเมืองที่มีผลต่อทิศทางของนโยบายเขตบริการสุขภาพดังที่ปรากฏชัดในช่วงอิมคริมินาทางการเมืองที่ผ่านมาตั้งแต่ 2556-8.
4. *ความไม่ไว้วางใจระหว่างกัน (Crisis of trust)*: เป็นผลกระทบต่อเนื่องจากการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดความไม่สมดุลของพลัง (power imbalance) โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับบริหารแต่ละระดับ ทั้งนี้ผู้บริหารระดับจังหวัดจำนวนไม่น้อยที่แสดงออกถึงความไม่ไว้วางใจ หรือความกังวลว่า อำนาจบริหารจัดการระดับจังหวัดจะถูกลดทอน หรือเบียดบังโดยอำนาจบริหารระดับเขต นอกจากนี้ยังกังวลเรื่องอคติที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่ชัดเจนระหว่างสมดุลอำนาจของผู้บริหารเขตบริการสุขภาพ กับอำนาจบริหารของผู้ว่าราชการจังหวัด และสาธารณสุขจังหวัด

การพัฒนาระบบเขตบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อความ ต้องการของประชาชนในพื้นที่ และ ดำรงอยู่อย่างยั่งยืน	Strength S1 สารนโยบายเน้นการกระจายอำนาจการบริหาร จัดการจากส่วนกลางสู่ระดับเขต S2 สารนโยบายเน้นกลยุทธ์การจัดสรร และแบ่งปัน ทรัพยากรในพื้นที่ระดับเขตซึ่งประกอบด้วยกลุ่มจังหวัด S3 การตอบรับหลักการในสารนโยบายของบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่ระดับบริหารจนถึง ระดับปฏิบัติการ S4 วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุขที่ แน่นแฟ้น ถ้อยทีถ้อยอาศัย S5 การมีตัวอย่างความสำเร็จในการบริหารจัดการระดับ เขต เช่น Service plan, การจัดหาเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ เป็นต้น S6 การมีตัวอย่างผู้นำที่ดี และเป็นที่รักของคนในพื้นที่ ทุกระดับ S7 ความตระหนักในความสำคัญของการสร้างกลไก มาตรฐานด้านการเงินการคลังในแต่ละระดับ	Weakness W1การขาดตัวบทกฎหมาย หรือระเบียบที่จำเป็นรองรับการ ดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ W2 ผลกระทบจากนโยบายเขตบริการสุขภาพต่อโครงสร้าง อำนาจในพื้นที่ W3 การขาดโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนิน นโยบาย ทั้งเรื่องกำลังคน งบประมาณ สถานที่ W4 ความไม่สมบูรณ์ของระบบสารสนเทศ และข้อมูล ที่จำเป็นต่อการดำเนินนโยบายในพื้นที่ W5 การขาดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นในพื้นที่ เช่น ภาคประชาชน ภาคเอกชนจนมีเสียงสะท้อนเรื่องการไม่ สามารถตอบสนองต่อความต้องการในพื้นที่ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ W6 ความไม่ชัดเจนเรื่องกลไกการถ่วงดุลอำนาจและการ ตรวจสอบ
---	--	--

Opportunity	SO	WO
O1สถานการณ์ทางการเมืองที่นิ่ง O2 นโยบายคู่ขนานอื่นๆ จากฝั่งการเมืองที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น นโยบายทีมหมอบกรอบครัว นโยบายปราบคอร์รัปชัน เป็นต้น O3 ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี O4 ความเข้มแข็งของเครือข่ายประชาชนในพื้นที่ เช่น สวัสดิภาพระดับพื้นที่ O5 แนวคิดด้านการตลาด และประชาสัมพันธ์ใหม่ๆ เช่น MLM, emotional economy เป็นต้น	1. ประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะโดยใช้กระแสนโยบายคู่ขนานของรัฐบาล เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ตระหนัก ยอมรับนโยบายเขตบริการสุขภาพของทุกภาคส่วน และขับเคลื่อนในแต่ละพื้นที่ไปในทิศทางเดียวกัน (S1S2S3O2) 2. ผนึกกำลังกับสมาชิกสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนงานตามแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ อาทิเช่น การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยภายในเขต การแก้ไขปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาล (S3S4O4) 3. ปรับค่านิยมการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการตลาดและประชาสัมพันธ์ใหม่ๆ โดยเน้นให้เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นของการดูแลและพึ่งตนเองภายในพื้นที่ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าเท่าที่จำเป็น (S2S7O5)	1. อาศัยสถานการณ์การเมืองที่นิ่ง ทำการผลักดันให้มีกฎหมายหรือระเบียบที่จำเป็นต้องใช้เพื่อรองรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ (W1O1) 2. ให้คำนึงว่าทุกนโยบายที่ออกมา จะมีทั้งผู้มีส่วนได้ และส่วนเสียเสมอ ดังนั้นจึงควรวิเคราะห์ผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละฝ่าย และสร้างสมดุลอำนาจแบบใหม่ทีพอเป็นที่ยอมรับได้ในแต่ละฝ่าย เช่น การผันอำนาจการบริหารจัดการจากฝ่ายหนึ่งไปสู่อำนาจการตรวจสอบเพื่อถ่วงดุล (W2W6O1) 3. จัดสรรทรัพยากรแบบร่วม โดยควบการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรตามนโยบายคู่ขนานของรัฐบาล เพื่อเป็นโอกาสในการลงทุนหรือพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ (W3W5O2O4) 4. เปิดช่องทางให้เกิดการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยภาคประชาชน และภาคเอกชน เพื่อสร้างการยอมรับ ระดมทรัพยากร และเพื่อลดภาระบุคลากรภาครัฐ (W3W5W6O4O5)

Threat	ST	WT
T1 นโยบาย AEC ที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรเข้ามาในประเทศไทย T2 วิกฤติเศรษฐกิจในต่างประเทศที่อาจมีผลกระทบต่อสถานการณ์ในประเทศไทย T3 ภาวะพึ่งพาเวชภัณฑ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีทางการแพทย์จากต่างประเทศ T4 สังคมสูงอายุ และอัตราการเกิดที่ต่ำ T5 แนวโน้มความคาดหวังของประชาชนเรื่องคุณภาพของการบริการ ความปลอดภัยจากการรักษา และความสะดวกสบายในระบบบริการ T6 สถานการณ์ “Playing with fear factors” ของโรงพยาบาลเอกชน และการจำกัดตลาดที่ระดับผู้มีอันจะกิน	1. จัดทำแผนจัดการความเสี่ยง เพื่อลดผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่จากนโยบาย AEC ที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรต่างชาตินาในประเทศไทยและการเปลี่ยนแปลงของสังคม (S2S7T1T4T5) 2. เผยแพร่กรณีศึกษาว่าด้วยเรื่องความสำเร็จในการบริหารจัดการที่ก่อให้เกิดความคุ้มค่า เช่น การจัดซื้อยา เครื่องมือแพทย์ ให้ทุกพื้นที่ในประเทศพิจารณาดำเนินการตาม และพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะต่อยอดไปถึงระดับประเทศ (S5S6S7T2T3T5) 3. ประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาเขตบริการสุขภาพ ร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ภาคเอกชน โดยอาจประสานประโยชน์แล้วเล่นสนามเดียวกัน หรือแบ่งสนามเล่น ทั้งนี้ทั้งนั้นให้ยึดถือหลักธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ (S4S6T1T2T3T6)	1. พัฒนาระบบสารสนเทศระดับพื้นที่ให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ โดยสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรศาสตร์จากนโยบายระหว่างประเทศได้ (W4T1T4) 2. การพัฒนาระบบติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงานนโยบายเขตบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความคาดหวังของประชาชนด้วย มิใช่อิงตามมิติของผู้จัดบริการแต่เพียงอย่างเดียว (W5W6T5) 3. พิจารณาความเป็นไปได้ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยใช้กลไกร่วมลงทุนระหว่างรัฐ เอกชน และท้องถิ่น เพื่อร่วมกันรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ และร่วมจัดการความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม (W3W5T1T3T4T6)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบเขตบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และดำรงอยู่อย่างยั่งยืน

จากการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินสมรรถนะของเขตบริการสุขภาพครั้งนี้ การพัฒนาระบบเขตบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และดำรงอยู่อย่างยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขควรที่จะพิจารณาดำเนินการดังต่อไปนี้

กลยุทธ์ว่าด้วยเรื่องกำลังคน

“เปิดช่องทางให้เกิดการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยตัวแทนจากภาคประชาชน และภาคเอกชน เพื่อหวังผลในการสร้างการยอมรับ ระดมทรัพยากร และเพื่อลดภาระบุคลากรภาครัฐในระยะยาว”

กลยุทธ์ว่าด้วยระบบสารสนเทศ

“พัฒนาระบบสารสนเทศระดับพื้นที่ให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ โดยสามารถรองรับและตอบสนองต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรศาสตร์จากนโยบายระหว่างประเทศให้ได้”

กลยุทธ์ว่าด้วยการจัดการเวชภัณฑ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

“เผยแพร่กรณีศึกษาว่าด้วยเรื่องความสำเร็จในการบริหารจัดการที่ก่อให้เกิดความคุ้มค่า เช่น การจัดซื้อยา เครื่องมือแพทย์ ให้ทุกพื้นที่ในประเทศพิจารณาดำเนินการตาม และพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะต่อยอดไปถึงระดับประเทศ”

กลยุทธ์ว่าด้วยการจัดระบบบริการ

“ผนึกกำลังกับสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนงานตามแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ อาทิเช่น การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยภายในเขต การแก้ไขปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาล”

“ปรับค่านิยมการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการตลาดและประชาสัมพันธ์ใหม่ๆ โดยเน้นให้เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นของการดูแลและพึ่งตนเองภายในพื้นที่ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าเท่าที่จำเป็น”

“จัดทำแผนจัดการความเสี่ยง เพื่อลดผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่จากนโยบาย AEC ที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรต่างชาตินาในประเทศไทยและการเปลี่ยนแปลงของสังคม”

“ประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาเขตบริการสุขภาพ ร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ภาคเอกชน โดยอาจประสานประโยชน์แล้วเล่นสนามเดียวกัน หรือแบ่งสนามเล่น ทั้งนี้ทั้งนั้นให้ยึดถือหลักธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ”

“พัฒนาระบบติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความคาดหวังของประชาชนด้วย มิใช่อิงตามมิติของผู้จัดบริการแต่เพียงอย่างเดียว”

กลยุทธ์ว่าด้วยการอภิบาลระบบ

“ประชาสัมพันธ์ผู้ส่้าธารณะโดยใช้กระแสนโยบายคู่ขนานของรัฐบาล เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ตระหนัก ยอมรับนโยบายเขตบริการสุขภาพของทุกภาคส่วน และขับเคลื่อนในแต่ละพื้นที่ไปในทิศทางเดียวกัน”

“อาศัยสถานการณ์การเมืองที่นิ่ง ทำการผลักดันให้มีกฎหมายหรือระเบียบที่จำเป็นต้องใช้เพื่อรองรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ”

“ให้ค้ำึงว่าทุกนโยบายที่ออกมา จะมีทั้งผู้มีส่วนได้ และส่วนเสียเสมอ ดังนั้นจึงควรวิเคราะห์ผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละฝ่าย และสร้างสมดุลอำนาจแบบใหม่ที่พอเป็นที่ยอมรับได้ในแต่ละฝ่าย เช่น การผันอำนาจการบริหารจัดการจากฝ่ายหนึ่งไปสู่อำนาจการตรวจสอบเพื่อถ่วงดุล”

กลยุทธ์ว่าด้วยการจัดการกลไกการเงินการคลังและทรัพยากร

“จัดสรรทรัพยากรแบบร่วม โดยควบการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรตามนโยบายคู่ขนานของรัฐบาล เพื่อเป็นโอกาสในการลงทุนหรือพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ”

“พิจารณาความเป็นไปได้ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยใช้กลไกร่วมลงทุนระหว่างรัฐ เอกชน และท้องถิ่น เพื่อร่วมกันรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ และร่วมจัดการความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม”

โครงการประเมินระบบการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพของไทย (Area-based Health Services System Governance Evaluation)

ผศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์

สำนักงานวิจัยและพัฒนาการประกันสุขภาพสู่การปฏิบัติ

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Thira.w@chula.ac.th, โทร: 02-252-7864, 083-752-1020

ความเป็นมา

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยพัฒนาระบบบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 12 เขตสุขภาพ และมีความก้าวหน้าในการดำเนินการปฏิรูปไปตามลำดับนั้น รายงานความคืบหน้าในการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 6 สิงหาคม 2556 ระบุข้อมูลว่าการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขจะเริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2556 เป็นต้นไป โดยจะดำเนินการที่แจ้งในการประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค (ภาคเหนือ, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ภาคกลาง, ภาคใต้ และภาคตะวันออก) และชมรมต่าง ๆ ในเดือน สิงหาคม – กันยายน 2556 โดยมีแนวทางการดำเนินการดังนี้

1. การจัดคณะกรรมการนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Policy Board:NHPB) เพื่อเป็นกลไกทางนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศไทย ที่มาจากการประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและภาคีภาคส่วนต่างๆ
2. National Health Service Board (NHSB) มีบทบาท
 - ก. กำกับดูแลการดำเนินงานของ Area Health Board
 - ข. พัฒนารูปแบบกระบวนการระบบบริการสุขภาพเพื่อคนไทย รองรับการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุ การค้าเสรีอาเซียน ภาวะโลกร้อน ภายใต้แนวคิด “สังคมอยู่เย็นเป็นสุข”
 - ค. จัดหลักประกันสุขภาพภายในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ทั้งถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม
 - ง. พัฒนารูปแบบระบบบริการสุขภาพสู่การกระจายอำนาจที่รักษาไว้ซึ่งความเข้มแข็งของระบบบริการเพื่อประชาชน
3. Area Health Board มีบทบาท
 - ก. บริหารเขตเครือข่ายบริการแบบบูรณาการสมบูรณ์เบ็ดเสร็จ ไร้รอยต่อ มีคุณภาพ ทั้งถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม
 - ข. สร้างความมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนไปสู่การถ่ายโอนที่คงไว้ซึ่งความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ

ค. พัฒนาระบบสุขภาพในระบบฐานรากที่มีประชาชนร่วมรับผิดชอบระบบสุขภาพเพื่อสังคมอยู่
เย็นเป็นสุข

4. มีคณะกรรมการติดตามประเมินผลทั้งภายใน และภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

ในการนี้ ทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ทำการสนับสนุนมูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบาย
เศรษฐกิจการคลัง เพื่อทำการศึกษาวิจัย และพัฒนาข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง (Blueprint for change)
การบริหารจัดการในเขตสุขภาพ โดยดำเนินการในปีพ.ศ.2556 และพบว่าระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบัน
จำเป็นต้องมีการปรับโครงสร้างและกระบวนการจัดการภายในแต่ละเขตให้มีความสอดคล้องกัน เพื่อให้
เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน

จากรายงานข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง ได้กำหนดสาระสำคัญของแผนการทำงานในเขตสุขภาพว่า
ควรประกอบด้วยแผนระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ โดยให้มีความครอบคลุมงานทั้งสิ้น 4
ด้านหลัก ได้แก่

1. แผนบริการ
2. แผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. แผนการควบคุมโรค
4. แผนยาและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการโดยแบ่งงาน
แตกต่างจากข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง โดยจำแนกแผนการทำงานเป็น แผนบริการ แผนส่งเสริมสุขภาพ
และควบคุมป้องกันโรค แผนกฎหมายและการคุ้มครองผู้บริโภค และแผนบริหารจัดการ ทั้งนี้การจะทำการ
กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละเขตได้นั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมที่มีความ
แตกต่างกันในแต่ละเขต เช่น โครงสร้างพื้นฐานที่มีความบริบูรณ์เพียบพร้อมมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งเรื่อง
กำลังคน งบประมาณ ลักษณะการกระจายของปัญหาสุขภาพ รวมไปถึงปัจจัยด้านการเมืองการปกครอง
ระดับท้องถิ่น เป็นต้น ถึงแม้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขจะพยายามจัดทำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของ
แต่ละเขตสุขภาพจำนวน 44 ตัวชี้วัด จำแนกตามยุทธศาสตร์หลัก 3 ด้านแล้วก็ตาม แต่หลายตัวชี้วัดก็อาจ
ไม่เหมาะสมในการใช้เพื่อทำการติดตาม กำกับ ประเมินผลด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น อันจะนำมาซึ่ง
ความไม่เป็นธรรมในการใช้ประเมินผลการดำเนินงานทั้งภายในเขตสุขภาพเดียวกัน และระหว่างเขต
สุขภาพ

ข้อจำกัดข้างต้นมิใช่จะประสบพบเจอในประเทศไทยเท่านั้น แม้แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น
ประเทศสหรัฐอเมริกา ก็ประสบปัญหาดังกล่าวในการนำตัวชี้วัดมาทำการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ หรือ
ระหว่างองค์กร และไม่ใช่แต่ในระบบสุขภาพ แต่พบปัญหาดังกล่าวในระบบธุรกิจอุตสาหกรรมอีกด้วย ดัง

รายงานล่าสุดของ Baldrige's National Quality Award¹ที่เป็นระบบการประเมินสมรรถนะการดำเนินงานขององค์กรต่างๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่ามีย่านหน่วยงานที่สนใจเข้ารับการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดเป็นมาตรฐานลดลงทุกปี จนเป็นสาเหตุให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชนได้นำเสนอให้ทางสำนักงานดังกล่าวได้ทราบว่า ตัวชี้วัดสมรรถนะหลักที่กำหนดมามากมายนั้นมิได้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผลผลิตจากระบบ ต่อผลประกอบการขององค์กร ต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร และต่อประโยชน์ที่เกิดแก่ผู้บริโภคดังที่หวังไว้ นอกจากนี้ยังเสนอให้ทำการทบทวนเกณฑ์ให้ลดลง และกำหนดเฉพาะที่เหมาะสมชัดเจน และยึดหยุ่นกับบริบทของแต่ละที่อีกด้วย

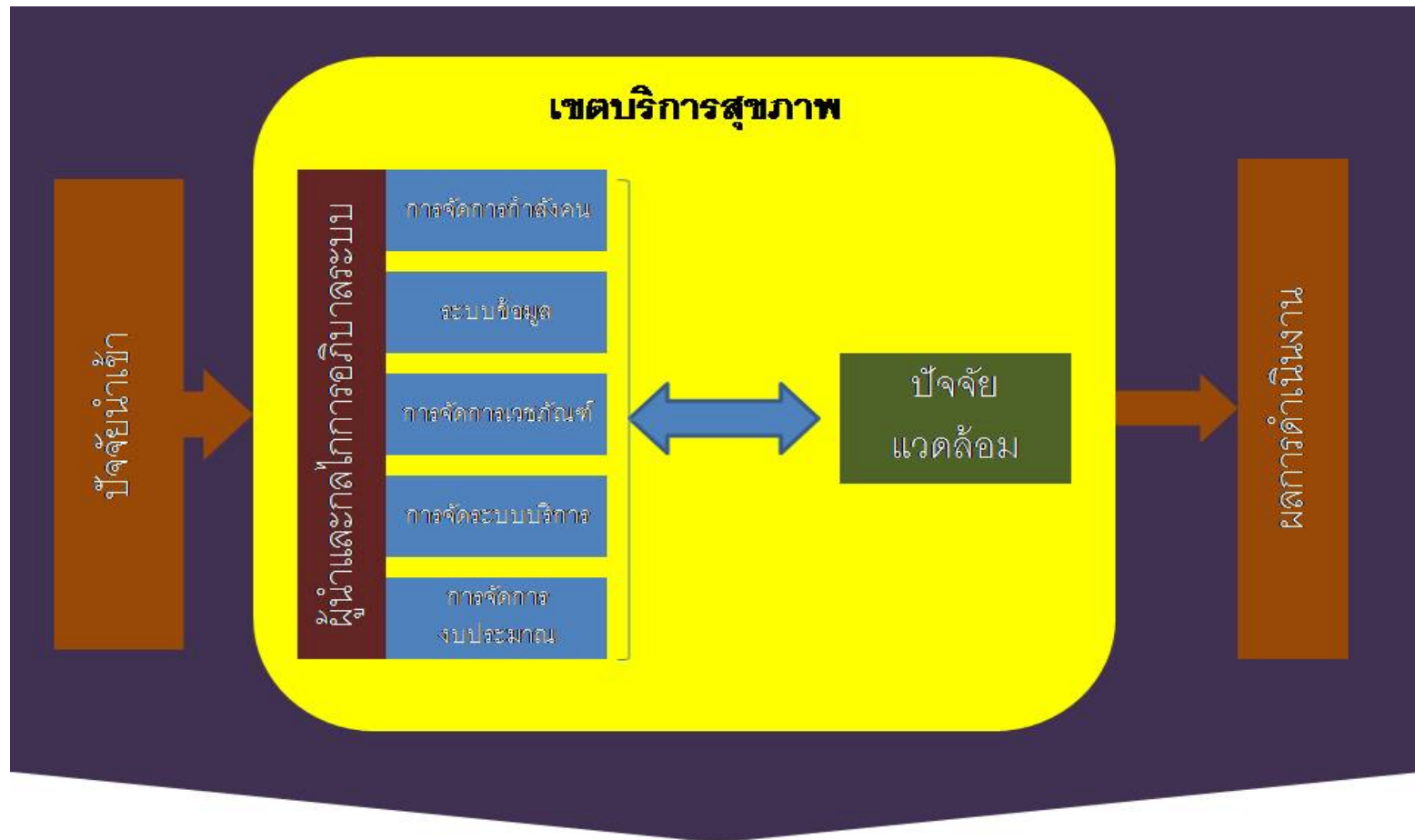
ในการนี้ทางคณะผู้วิจัยเล็งเห็นว่า แนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขตของกระทรวงสาธารณสุขนั้น หากมีการวางแผนการดำเนินงาน และมีระบบติดตาม กำกับ ประเมินผลที่เหมาะสม จะทำให้เกิดประโยชน์สุขต่อประชาชน และบุคลากรในพื้นที่อย่างมาก แต่การจะวางแผนดังกล่าวได้นั้น จำเป็นที่จะต้องทำการศึกษารูปแบบการดำเนินงานในบริบทจริงของพื้นที่ และทำความเข้าใจแนวทางการอภิบาลระบบสุขภาพระดับเขต รวมถึงปัจจัยแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการดำเนินงาน จึงจะสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และนำมาซึ่งการสังเคราะห์ตัวชี้วัดสมรรถนะการดำเนินงานของระบบได้

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาภาพรวมสถานการณ์ของระบบบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพของไทย
2. วิเคราะห์สมรรถนะการดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพที่เป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง
3. ศึกษาลักษณะการอภิบาลระบบการบริหารจัดการระดับเขตในกรณีศึกษาตัวอย่าง โดยวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

¹ 2013-2014 Baldrige criteria changes. Available at: <http://www.baldrige21.com/Baldrige%20Criteria.htm>

กรอบแนวคิดในการดำเนินงาน



**รูปแบบการบริหารจัดการ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสในการ
พัฒนา ภาวะคุกคาม และปัจจัยแห่งความสำเร็จ**

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

กลวิธีดำเนินงาน

ระยะที่ 1: การศึกษาภาพรวมสถานการณ์ของระบบบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพของไทย จะดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของระบบบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
2. ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 โดยจำแนกตามหลัก Six building blocks ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ การจัดการกำลังคน (Health workforce) ระบบข้อมูล (Information system) การจัดการระบบเวชภัณฑ์ (Medicines, medical products, technology, intervention) การออกแบบระบบบริการ (Service delivery system design) การจัดการงบประมาณ (Financing) และการนำและอภิบาลระบบ (Leadership and governance)

ระยะที่ 2: การวิเคราะห์สมรรถนะการดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพที่เป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง และศึกษาลักษณะการอภิบาลระบบการบริหารจัดการระดับเขตในกรณีศึกษาตัวอย่าง โดยจะดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. เนื่องจากข้อจำกัดของเงื่อนไขเวลา คณะผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เขตสุขภาพที่พร้อมที่จะให้ลงไปดำเนินการศึกษาโดยทำการสอบถามจากการประชุม ณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2556 จำนวน 4 เขต จาก 4 ภาค ได้แก่ เขต 5 ราชบุรี, เขต 11 สุราษฎร์ธานี, เขต 2 พิษณุโลก, และเขต 7 ขอนแก่น
ทั้งนี้ จะทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารเขตสุขภาพ และสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานหลักในพื้นที่ ในแต่ละเขต จำนวน 5-10 ราย โดยใช้ชุดคำถามที่มีวัตถุประสงค์ดังนี้
ก. ภาพฝันของการดำเนินงานของเขตสุขภาพ และสถานะปัจจุบันที่เป็นอยู่
ข. ผลผลิต ผลลัพธ์ รวมถึงปัจจัยที่เป็นจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม ในการบริหารจัดการงานระดับเขต นับตั้งแต่เริ่มดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ พร้อมเหตุผลและข้อมูลประกอบ
ค. สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานหลักในพื้นที่ จะเพิ่มเติมคำถามเรื่องการอภิบาลระบบของผู้บริหารระดับเขตสุขภาพตามกรอบธรรมาภิบาลของ UNDP และลักษณะการนำองค์กร/เขตสุขภาพ
2. สัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยแวดล้อมที่สัมพันธ์ หรือมีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ

ระยะที่ 3:การสังเคราะห์รูปแบบการบริหารจัดการเขตสุขภาพจากกรณีศึกษาตัวอย่าง พร้อมผลการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสในการพัฒนา ภาวะคุกคาม และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ระยะเวลาดำเนินการ

10 เดือน นับตั้งแต่วันที่ลงนามในสัญญา

การเก็บข้อมูลทุติยภูมิ: เก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ตุลาคม 2556-กรกฎาคม 2557 โดยดำเนินการเก็บจริงตั้งแต่มกราคม 2557-กรกฎาคม 2557

การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ: ระยะเวลาดำเนินการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล ตั้งแต่พฤษภาคม 2557-ธันวาคม 2557

ตารางเวลาการดำเนินงาน

กิจกรรม	เดือน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ประชุมทีมงานวางแผน/ติดตามความคืบหน้า	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. รวบรวมเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	x	x								
3. ออกแบบเครื่องมือ และติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	x	x	x							
4. ดำเนินงานตามแผนดำเนินงานระยะที่ 1		x	x	x	x					
5. ดำเนินงานตามแผนดำเนินงานระยะที่ 2				x	x	x	x	x		
6. ดำเนินงานตามแผนดำเนินงานระยะที่ 3								x	x	
7. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ และนำเสนอผลการศึกษาต่อ สวรส.และผู้เกี่ยวข้อง										x

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

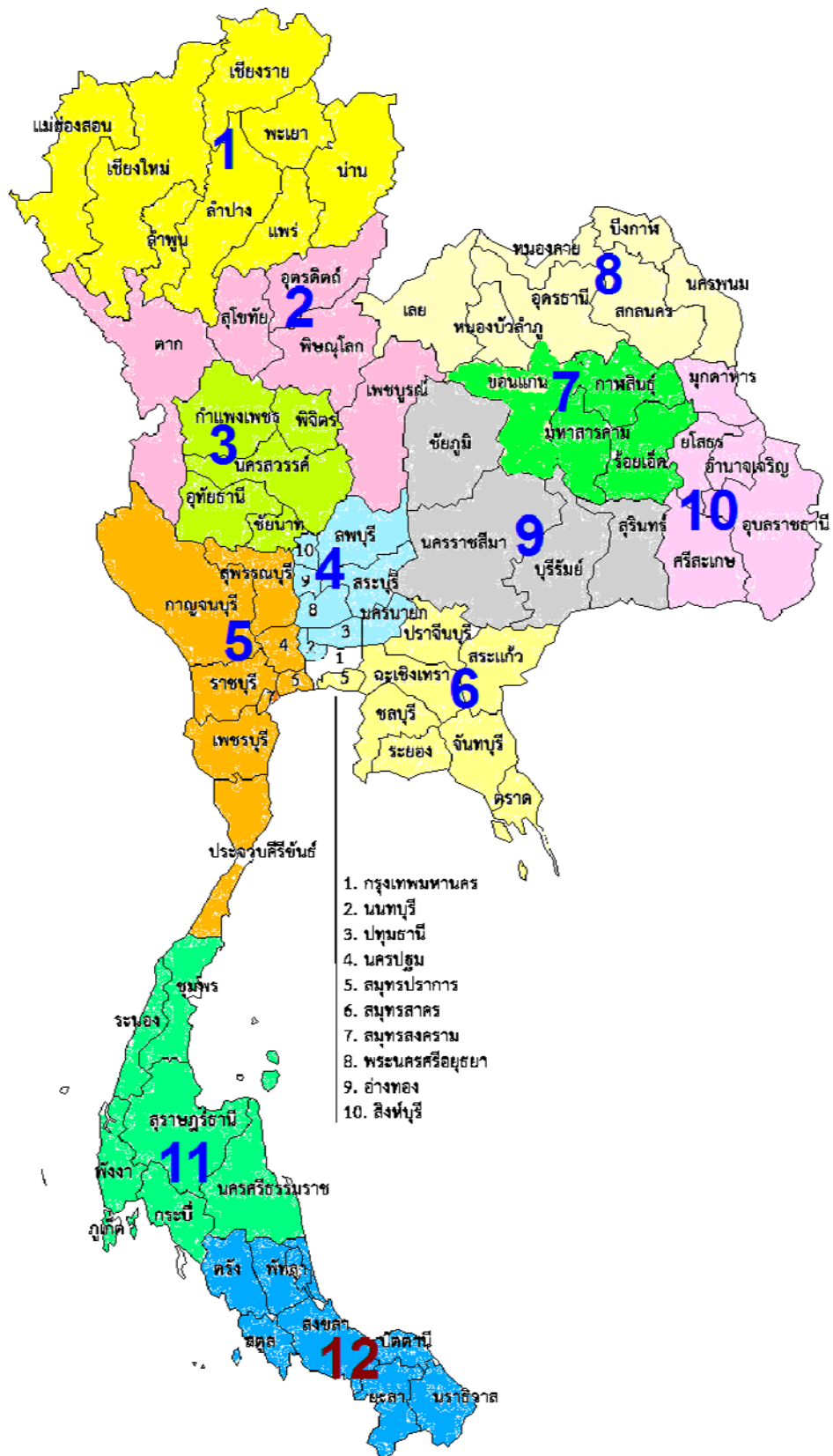
1. บทวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพของไทยจำแนกตามหลัก Six Building Blocks ของ WHO
2. ผลการประเมินระบบบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพของไทยในกรณีศึกษาตัวอย่าง 4 เขต พร้อมผลการวิเคราะห์สมรรถนะการดำเนินงานของเขตสุขภาพ
3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการวางแผนพัฒนาระบบติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการดำเนินงานของเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต

ก. ข้อมูลทั่วไป

เครือข่ายบริการสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย 12 เขตบริการสุขภาพ ได้แก่

1. เขตบริการสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง และจังหวัดลำพูน
2. เขตบริการสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ ตาก พิชณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และจังหวัดอุตรดิตถ์
3. เขตบริการสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ จังหวัดกำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ และจังหวัดอุทัยธานี
4. เขตบริการสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ นครนายก นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี และจังหวัดอ่างทอง
5. เขตบริการสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร และจังหวัดสุพรรณบุรี
6. เขตบริการสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัด คือ จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สระแก้ว และจังหวัดสมุทรปราการ
7. เขตบริการสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และจังหวัดร้อยเอ็ด
8. เขตบริการสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนองบัวลำภู และอุดรธานี
9. เขตบริการสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และสุรินทร์
10. เขตบริการสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี และอำนาจเจริญ
11. เขตบริการสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง และสุราษฎร์ธานี
12. เขตบริการสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สงขลา และสตูล



รูปที่ 1: การจัดผังบริการสุขภาพที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ เขต 1-12

ข้อมูลเชิงประชากร

เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบมากที่สุดได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ 9 มีจำนวนประชากร 6,680,222 คน รองลงมาได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 6 (5,613,101คน) เขตบริการสุขภาพที่ 1 (5,611,300คน) เขตบริการสุขภาพที่ 5 (5,599,934คน)เขตบริการสุขภาพที่ 8 (5,445,534คน) เขตบริการสุขภาพที่ 4 (5,246,029คน) เขตบริการสุขภาพที่ 7 (5,036,998คน) เขตบริการสุขภาพที่ 12 (4,736,987คน) เขตบริการสุขภาพที่ 10 (4,534,338คน) เขตบริการสุขภาพที่ 11 (4,260,093คน) เขตบริการสุขภาพที่ 2 (3,635,389คน) และเขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนประชากรที่รับผิดชอบน้อยที่สุดได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ 3 มีจำนวนประชากร 3,003,091 คนดังตารางที่ 1

ข้อมูลด้านกำลังคน

เขตบริการสุขภาพที่มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรมากที่สุดได้แก่เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1: 7,402 รองลงมาได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 7 (1: 6,233)เขตบริการสุขภาพที่ 10 (1: 6,228) เขตบริการสุขภาพที่ 3 (1: 5,742) เขตบริการสุขภาพที่ 4 (1: 5,663) เขตบริการสุขภาพที่ 9 (1: 5,634) เขตบริการสุขภาพที่ 2 (1: 4,868) เขตบริการสุขภาพที่ 5 (1: 4,732) เขตบริการสุขภาพที่ 1 (1: 4,181) เขตบริการสุขภาพที่ 12 (1: 4,170) เขตบริการสุขภาพที่ 11 (1: 3,411) และ เขตบริการสุขภาพที่ 6 (1: 1,561) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรที่รับผิดชอบและอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร

เขตบริการสุขภาพ	จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (คน)	อัตราส่วนแพทย์ต่อ ประชากร
1	5,611,300	1:4,181
2	3,635,389	1:4,868
3	3,003,091	1:5,742
4	5,246,029	1:5,663
5	5,599,934	1:4,732*
6	5,613,101	1:1,561
7	5,036,998	1:6,233
8	5,445,534	1:7,402*
9	6,680,222	1:5,634

10	4,534,338	1:6,228
11	4,260,093	1:3,411
12	4,736,987	1:4,170

*ที่มา: รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนระบบบริการสุขภาพวันที่๒๒พฤศจิกายน๒๕๕๙ณ
โรงแรมเซนทราและศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

ระบบบริการสุขภาพ จำแนกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับตติยภูมิ

โรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 33 แห่ง เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์มากที่สุด จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 6 รองลงมาได้แก่เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ 4 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 5 เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1, 4, 9, 11 และ 12 เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 2, 7 และ 8 ส่วนเขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์น้อยที่สุดจำนวน 1 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 3 และ 10

โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 83 แห่ง เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไปมากที่สุด จำนวน 11 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 5 รองลงมาได้แก่เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 4 เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1, 6 และ 11 เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป 7 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 8, 10 และ 12 เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 2 และ 9 เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 3 และ 7

2. ระดับทุติยภูมิ

โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 91 แห่ง เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายมากที่สุด จำนวน 14 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 9 รองลงมาได้แก่เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย 12 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 7 เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย 11 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1 เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย 10 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 11 เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย 4-6 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 และ 12

โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ มีจำนวนทั้งสิ้น 73 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีจำนวนทั้งสิ้น 459 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีจำนวนทั้งสิ้น 35 แห่ง โรงพยาบาลสร้างใหม่ มีจำนวนทั้งสิ้น 57 แห่ง

3. ระดับปฐมภูมิ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนทั้งสิ้น 9,750 แห่ง เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด จำนวน 1,096 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1 รองลงมา ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 951 แห่ง และ 913 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 9 และ 5 ตามลำดับ เขตบริการสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้อยที่สุด จำนวน 581 แห่ง ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 3

ตารางที่ 2: จำนวนสถานพยาบาลจำแนกตามประเภทในเขตบริการสุขภาพที่ 1-12

เขต	ตติยภูมิ			ทุติยภูมิ					ปฐมภูมิ		
	รพศ. (A)	รพท. (S1)	รพท. ขนาดเล็ก (M1)	แม่ ข่าย (M2)	ขนาด ใหญ่ (F1)	ขนาด กลาง (F2)	ขนาด เล็ก (F3)	สร้างใหม่	เขตเมือง	รพ. สต.	สสช.
1	3	5	3	11	6	9	1	5	20	1,096	128
2	2	4	1	6	3	29	1	1	13	617	60
3	1	4	0	6	3	31	2	7	11	581	0
4	3	4	5	6	3	38	11	0	20	797	0
5	4	6	5	6	7	36	1	1	27	913	1
6	6	3	5	5	11	37	1	4	18	772	1
7	2	2	2	12	5	41	0	13	14	811	0
8	2	5	2	6	7	55	4	7	16	872	0
9	3	1	4	14	11	46	2	8	12	951	2
10	1	5	2	5	3	46	1	8	26	834	6
11	3	4	4	10	5	39	10	3	22	711	0
12	3	5	2	4	9	52	1	0	27	795	0
รวม	33	48	35	91	73	459	35	57	226	9,750	198

ที่มา:รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนระบบบริการสุขภาพวันที่๒๒พฤศจิกายน๒๕๕๙ณโรงแรมเซนทราและศูนย์ราชการแจ้งวัฒนะ

หมายเหตุ:

A (Advance & sophisticate technology) เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง (Advance & sophisticate technology) มีภารกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็นกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับสูง

S (Standard – level Referral Hospital) เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับมาตรฐาน (ระดับ S) โรงพยาบาลบางแห่งอาจจัดการกิจด้านแพทยศาสตร์ศึกษา โดยร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในพื้นที่ได้

M (Mild – level Referral Hospital) กำหนดให้มี 2 ระดับ คือ M1 และ M2

M1 เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (ระดับ M1)

M2 เป็นโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง รพช. ขนาดเตียง 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก ให้เป็น “โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย” เพื่อรองรับ การส่งต่อจาก รพช. อื่น และลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป ทั้งนี้จะต้องมีแพทย์ เฉพาะทางครบทุกสาขาหลัก

F (First – level Referral Hospital) กำหนดให้มี 3 ระดับ คือ F1 F2 และ F3

F1 เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หมายถึง รพช. ขนาดเตียง 60-120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์) เป็นบางสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน

F2 เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง หมายถึง รพช. ขนาดเตียง 30-90 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และจัดบริการตามมาตรฐานของบริการทุติยภูมิโดยไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

F3 เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก หมายถึง รพช. ขนาดเตียง 10 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ

ตารางที่ 3: ข้อมูลแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ ของเขตบริการสุขภาพเขต 1 -6

ประเด็น	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6
วิสัยทัศน์	ไม่มีข้อมูล	ประชาชนมีสุขภาพะ สถานบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐานพึงพาได้ ผู้ปฏิบัติงานมีคุณภาพ และความสุข	เขตบริการสุขภาพที่ 3 มี ระบบสุขภาพที่ดีสังคม มีจิตสำนึกด้านสุขภาพ ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข	เป็นผู้นำด้านสุขภาพที่มี คุณภาพมาตรฐานพัฒนา ระบบบริการอย่าง ต่อเนื่องโดยการมีส่วน ร่วมของภาคีเครือข่ายที่ เข้มแข็ง สู่สุขภาพะที่ดี ของประชาชน	ไม่มีข้อมูล	ประชาชนในเครือข่ายบริการ สุขภาพที่ 6 มีสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่นคง ภายในปี 2565
พันธกิจ	ไม่มีข้อมูล	จัดบริการสุขภาพแก่ ประชาชนให้เข้าถึง บริการที่ได้มาตรฐาน โดยเครือข่ายที่เชื่อมโยง ไว้รอยต่อสามารถ บริการเบ็ดเสร็จภายใน เครือข่ายบริการภายใต้ การนิเทศติดตามและ	1. ส่งเสริมและ สนับสนุนให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน และ สังคมสามารถดูแล สุขภาพตนเองได้ 2. พัฒนาระบบบริการ สุขภาพแบบองค์รวมที่มี คุณภาพตามมาตรฐาน	1.พัฒนาระบบบริการ สุขภาพทุกระดับอย่าง ต่อเนื่องตามมาตรฐาน 2. เสริมสร้างศักยภาพ บุคลากรทั้งภาครัฐ เอกชนภาคประชาสังคม ให้ให้มีคุณภาพและมี ความสุข	ไม่มีข้อมูล	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ แบบองค์รวมที่มีคุณภาพ และ มาตรฐาน สอดคล้องกับ ปัญหาสุขภาพของพื้นที่ 2. พัฒนาระบบการบริหาร จัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ ในเชิงโครงสร้าง กระบวนการ ทำงาน บุคลากร และระบบ การเงินการคลัง ให้เพียงพอ

		การบริหารจัดการที่ดี	ในทุกระดับ 3. พัฒนาระบบการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นธรรม 4. การปฏิบัติตามกฎหมายและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	3. ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนให้เข้มแข็งอย่างยั่งยืน 4. พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ		และมีประสิทธิภาพ 3. ส่งเสริมความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการจัดการระบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม 4. พัฒนางองค์กรสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญาสุขภาพ รวมถึงการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อกระทรวงสาธารณสุข
--	--	----------------------	---	---	--	--

ประเด็น ยุทธศาสตร์	ไม่มีข้อมูล	1. สุขภาพดี ประกอบด้วย 6 ประเด็น ยุทธศาสตร์เรียงตามลำดับ คือ สุขภาพแม่และเด็ก สาธารณสุขชายแดน คนไทยไร้สิทธิการบริหารจัดการบส่งเสริมป้องกันโรค งานลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และ การสร้างนโยบายสาธารณะ 2. บริการดี ประกอบด้วย 7 ประเด็น ยุทธศาสตร์ เรียงตามลำดับ คือ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พัฒนาระบบสาธารณสุข	1. พัฒนาและแก้ไข ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย และกลุ่มเป้าหมาย เฉพาะ 2. พัฒนาและจัดระบบ บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน การจัดบริการ 4. กฎหมายและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	1. ขับเคลื่อนและอภิบาลระบบสุขภาพ 8 จังหวัดภาคกลางตอนบนนำพาประชาชนไปสู่สุขภาวะที่ดี 2. บูรณาการความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ประชาชนและภาคีเครือข่ายให้เป็นเขตสุขภาพแห่งการเรียนรู้ 4. พัฒนาสมรรถนะการบริหารทรัพยากรบุคคลให้สนับสนุนการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์	ไม่มีข้อมูล	1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2. เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการ 3. สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
-----------------------	-------------	---	---	--	-------------	--

		ชายแดนรวมถึงการ บริการสุขภาพ ประชาชนกลุ่มพิเศษ พัฒนาระบบส่งต่อ พัฒนาระบบการ จัดบริการรัฐร่วมเอกชน (PPP) พัฒนาระบบ รองรับสถานการณ์ ฉุกเฉินด้าน สาธารณสุข (PHER) พัฒนาคุณภาพบริการ ทุกระดับตามเกณฑ์ มาตรฐาน และพัฒนา ระบบบริหารจัดการงบ ลงทุน 3. บริหารจัดการดี ประกอบด้วย 7 ประเด็น ยุทธศาสตร์ เรียง		5. พัฒนาระบบบริการ สุขภาพทุกระดับให้มี คุณภาพมาตรฐาน สอดคล้องกับสถานการณ์ ที่เป็นปัจจุบันโดยมี ประชาชนเป็นศูนย์กลาง		
--	--	---	--	--	--	--

		ตามลำดับ คือ การจัดการการเงิน การคลัง การควบคุมภายใน การพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสาร การบริหารการลงทุน การบริหารเวชภัณฑ์ยา, มิใช่ยา, วัสดุวิทยาศาสตร์ การจัดการกระจาย และการธำรงรักษาไว้ และการพัฒนาองค์กร 4. วิชาการดี ประกอบด้วย 4 ประเด็น ยุทธศาสตร์ เรียงตามลำดับ คือการพัฒนาบุคลากร การฝึกอบรมและการพัฒนา การพัฒนาสาย				
--	--	--	--	--	--	--

		อาชีพ และการพัฒนา องค์ความรู้				
--	--	----------------------------------	--	--	--	--

ประเด็น	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6
เป้าประสงค์	ไม่มีข้อมูล	1 ประชาชนมีสุขภาวะ 2 สถานบริการมี มาตรฐาน 3 ผู้ปฏิบัติงานมี คุณภาพและมีความสุข 4 หน่วยงานมีการ บริหารจัดการที่มี ประสิทธิภาพ	1. ประชาชนมีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ตลอดจนอยู่ใน สิ่งแวดล้อมที่ดี เหมาะสมต่อสุขภาพ 2. องค์การสาธารณสุข ทุกระดับ มีการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพให้ มีคุณภาพตาม มาตรฐานมีความ เชื่อมโยงและบูรณาการ 3. ระบบการบริหาร จัดการในรูปแบบ เครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้งในเชิงโครงสร้าง กระบวนการทำงาน	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	1. ระบบบริการสุขภาพมี คุณภาพ มีความเชื่อมโยง และบูรณาการ 2. ระบบบริหารจัดการมี ประสิทธิภาพ 3. ภาครัฐเครือข่ายสุขภาพมี ส่วนร่วมในการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ

			บุคลากร และระบบ การเงินการคลัง ให้ เหมาะสม เพียงพอและ มีประสิทธิภาพโดยยึด หลักธรรมาภิบาล 4. การใช้กฎหมายเพื่อ การคุ้มครองสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสุขภาพสำหรับ ประชาชนทุกคน			
--	--	--	--	--	--	--

ตารางที่ 4: ข้อมูลแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ประเด็นยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์ ของเขตบริการสุขภาพเขต 7-12

ประเด็น	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12
วิสัยทัศน์	ประชาชนชาวร้อยแก่นสารสินธุ์ มีสุขภาพดี ด้วยการบริหารจัดการที่เป็นเลิศ	ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสร้างความเจริญทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน	นครชัยบุรินทร์เป็นผู้นำระดับประเทศในการบริหารจัดการระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อประชาชนมีสุขภาพดีภายในปี 2560	เป็นเขตบริการสุขภาพชั้นนำของประเทศในปี 2559	องค์กรหลักด้านบริหารจัดการสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน	ประชาชนสุขภาพดีมีความพึงพอใจ และมีระบบบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ

พันธกิจ	1. กำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขและระบบการบริการสุขภาพตามบริบทพื้นที่ของเขตบริการสุขภาพที่ 7 2. พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับที่มีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมในการบริการ 3. พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และเป็นเอกภาพ 4. พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยโดยการมีส่วนร่วม	จัดระบบบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงบริการศูนย์ความเป็นเลิศที่มีคุณภาพครอบคลุมและระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ	1. พัฒนาการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพให้เหมาะสมเพียงพอและมีประสิทธิภาพ 2. พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการสุขภาพทุกภาคส่วนและทุกระดับให้สอดคล้องกับนโยบายและปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ 4. สร้างและสนับสนุนความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่	1. พัฒนาเครือข่ายและระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐานตามระดับและมีความเชื่อมโยงการให้บริการแบบไร้รอยต่อ 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพโดยยึดหลักธรรมาภิบาล 3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และพัฒนาภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพ 4. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับเพื่อสร้างทีมงานคุณภาพ	1. สนับสนุน การดำเนินการสาธารณสุขทุกระดับ 2. ควบคุม กำกับระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน 3. พัฒนาบุคลากรในเครือข่ายสู่ผู้จัดการสุขภาพมืออาชีพ 4. พัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของประชาชน 5. สร้างเครือข่ายการวิจัยด้านสุขภาพและพัฒนานวัตกรรมสุขภาพสู่มาตรฐานสากล	1.พัฒนาคุณภาพระบบบริการ และสนับสนุน/จัดหาเครื่องมือ/อุปกรณ์ให้หน่วยบริการตามมาตรฐาน 2.ส่งเสริมการจัดหน่วยบริการด้านสุขภาพให้ครอบคลุมพื้นที่ในการให้บริการประชาชน 3.ส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่าย 4.จัดระบบการประเมินผลงานและควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด 5.บริหารจัดการด้านการ
---------	--	---	--	---	---	---

	ร่วมของภาคีเครือข่าย		5. ส่งเสริมให้ประชาชน มีทักษะในการดูแล สุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน			พัฒนาบุคลากรและการ กระจายบุคลากรอย่าง ทั่วถึงเพียงพอและมี ประสิทธิภาพ 6. จัดประกวดและ นำเสนอผลงานด้าน วิชาการระดับเขต 7. พัฒนาระบบบริการ สาธารณสุขชายแดนใต้
--	----------------------	--	---	--	--	---

ประเด็นยุทธศาสตร์	1. พัฒนาระบบการจัดการลดโรคและปัญหาสาธารณสุขของเขตบริการสุขภาพที่ 7 บนฐานองค์ความรู้และปัญญา 2. พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับให้ได้คุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมเป็นธรรมชาติจนเข้าถึงบริการแบบไร้รอยต่อ 3. สร้างความเข้มแข็งระบบเฝ้าระวังและจัดการ โรคและ ภัยคุกคามสุขภาพ 4. พัฒนาระบบบริหาร	1. ยุทธศาสตร์เชิงรุก - การพัฒนาระบบบริการโรคเรื้อรัง - การพัฒนาระบบบริการโรคหัวใจและหลอดเลือด - การพัฒนาระบบบริการ ER และ EMS คุณภาพ - การพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก - การพัฒนาระบบบริการโรคมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดี 2. ยุทธศาสตร์เชิงรับ - การพัฒนาระบบส่งต่อ	1. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรของเขตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ 2. ส่งเสริมการผลิต และสนับสนุนการกระจายอำนาจรักษาและพัฒนาบุคลากรให้เพียงพอต่อการบริการ รวมทั้งสร้างขวัญและกำลังใจ 3. เสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกกระดับเพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพในพื้นที่ 4. สร้างเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสร้างเสริม	1. พัฒนาเครือข่ายและระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐานและเชื่อมโยง 2. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ 3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วม และพัฒนาภาคีเครือข่าย 4. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับ	1.พัฒนาสุขภาพตามกลุ่ม 2.พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 3.พัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายและความร่วมมือด้านสุขภาพ 7 ยุทธศาสตร์ย่อย 1. สร้างกลไกการบริหารจัดการที่มีขีดสมรรถนะสูง 2. เพิ่มช่องทางการลงทุนร่วมด้านบริการสุขภาพ 3. พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพภาวะปกติและ	1.พัฒนาคุณภาพระบบบริการที่เชื่อมโยงทุกระดับ 2.พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีคุณภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3.พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนระบบบริการ 4.พัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศเพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ 5.พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขชายแดนใต้
-------------------	---	--	---	--	--	---

	จัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ 5. สร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยให้มีสุขภาพดีอายุยืน	- การพัฒนาระบบบริการสาขาตา - การพัฒนาระบบบริการทันตกรรม - การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต - การพัฒนาระบบบริการ Long Term Care 3. ยุทธศาสตร์สนับสนุน - การพัฒนาระบบการเงินการคลัง - การพัฒนาระบบการจัดซื้อร่วม (Strategic Sourcing) - การพัฒนาระบบ	พัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพและประชาชนพึ่งตนเองได้ความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพและประชาชนพึ่งตนเองได้		ฉุกเฉิน 4. พัฒนาระบบบริการในทุกกลุ่มวัยอย่างครบวงจร 5. พัฒนาระบบข้อมูลให้เชื่อมต่อบริการบริการและสื่อสารสาธารณะ 6. ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมกำหนดยุทธศาสตร์ 7. พัฒนาระบบบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพ	
--	---	---	--	--	--	--

		ประเมิน รพ.สต./คป สอ.ติดดาว - การพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลตาม มาตรฐาน HA - การพัฒนาระบบ สารสนเทศทางด้าน สุขภาพ				
--	--	--	--	--	--	--

เป้าประสงค์	1. ระบบการจัดการโรคและปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่มีความเข้มแข็ง 2. เครือข่ายบริการทุกระดับได้รับการรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ 3. เครือข่ายบริการทุกระดับมีการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงบริการแบบไร้รอยต่อ 4. กลไกและระบบการคุ้มครองผู้บริโภคมีความเข้มแข็ง 5. โรค และภัยคุกคามสุขภาพได้รับการ	1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงครบถ้วนตามเกณฑ์ 2. ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้รับ วิชาการดูแลอย่างมีคุณภาพมาตรฐานและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง 3. ผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน	1. เขตสุขภาพนครชัยบุรินทร์มีรูปแบบการบริหารจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่างของประเทศ 2. ผู้ให้บริการสุขภาพมีสมรรถนะระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการการเชื่อมโยงทุกระดับประชาชนมีความพึงพอใจในระบบบริการที่ประชาชนร่วมสร้าง 3. มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของพื้นที่ 4. ภาครัฐเครือข่ายมีความเข้มแข็งในการจัดการ	1. เครือข่ายและระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและมาตรฐานตามระดับและเชื่อมโยงการให้บริการแบบไร้รอยต่อ 2. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล 3. ภาครัฐเครือข่ายมีส่วนร่วม และมีความเข้มแข็งในการจัดการระบบสุขภาพ 4. บุคลากรทุกระดับมีสมรรถนะ และเป็นทีมงานสุขภาพที่มีคุณภาพ	1. เครือข่ายเข้มแข็ง 2. ประชาชนมีสุขภาพ 3. ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ 4. หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองมาตรฐาน 5. ประชาชนพึงพอใจ 6. บริหารงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ 7. บริหารจัดการทรัพยากรในเขตร่วมกัน 8. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเชื่อมโยงระดับเขต	1.ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและเชื่อมโยงทุกระดับ 2.มีผลงานวิจัยและนวัตกรรมสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ 3.โรคที่เป็นปัญหาสำคัญระดับเครือข่ายลดลง 4.ปัญหอนามัยแม่และเด็กลดลง 5.ปัญหาสุขภาพของประชาชนในแต่ละกลุ่มเป้าหมายลดลง 6.ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 7.ประชาชนได้บริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์ที่ได้
-------------	---	--	--	--	---	---

	จัดการที่เท่าทันทั้งภาวะปกติและภาวะวิกฤติลดลงจนไม่เป็นปัญหา มีความพร้อมรับการเปิดประชาคมอาเซียน 6. บุคลากรในเขตสุขภาพที่ 7 มีทักษะความสามารถมีจำนวนเพียงพอในการบริการตามเกณฑ์ 7. การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ 8. ระบบการบริหารจัดการและการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ	4. ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้รับการบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน 5.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน 6. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการรักษา โรคแทรกซ้อนทางตาอย่างครบถ้วน 7. ผู้ป่วยได้รับการรักษา และส่งต่อเชื่อมโยงตามระบบภายในเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ 8. ประชาชนรับการ	สุขภาพ 5. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ 6. ลดอัตราป่วย อัตราตายของของประชาชนในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหา 7. มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ		9. สร้างศักยภาพนักจัดการสุขภาพสายพันธุ์ใหม่	มาตรฐานและปลอดภัย 8.ระบบการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ 9.ระบบบริหารจัดการบุคลากรมีประสิทธิภาพและบุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน 10.ระบบข้อมูลและสารสนเทศมีประสิทธิภาพ และเชื่อมโยงทุกระดับ 11.ลดปัญหาสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดนใต้
--	---	--	---	--	--	---

	9. ระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ 10. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับบริการตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด 11. อำเภอมีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการสุขภาพด้วยกลไกบูรณาการความร่วมมือแบบ DHS 12. ประชาชนได้รับการดูแลและพึ่งตนเองได้ด้วยการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญา	คัดกรอง/รักษาและมีส่วนร่วมในการลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี 9. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพช่องปากอย่างครบถ้วนและทั่วถึง 10. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง 11. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง 12. หน่วยบริการมีระบบการเงินการคลัง				
--	---	--	--	--	--	--

		ที่มีประสิทธิภาพ 13. ระบบการจัดซื้อ ร่วมที่มีประสิทธิภาพ และสามารถลด ค่าใช้จ่ายได้ตาม เกณฑ์				
--	--	---	--	--	--	--

ตารางที่ 5: เปรียบเทียบสาระของแผนยุทธศาสตร์เขตบริการสุขภาพที่ 1-12

กรอบ	เขต1*	เขต2	เขต3	เขต4	เขต5	เขต6	เขต7	เขต8	เขต9	เขต10	เขต11	เขต12
การวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่												
การวิเคราะห์สภาพปัญหาเป็นภาพรวม		√	√	√	√	√	√	×	√	√	√	√
การวิเคราะห์สภาพปัญหาแยกรายยุทธศาสตร์		×	√	×	√	√	×	√	×	×	×	×
สรุปปัญหาที่สำคัญในพื้นที่		√	×	×	×	×	×	×	×	×	×	√
กลยุทธ์ / มาตรการสำคัญ (สอดคล้องแผนกระทรวง)												
พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
พัฒนาระบบบริหารจัดการ		√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
มียุทธศาสตร์เพิ่มเติมในพื้นที่ที่เป็นปัญหา ^{A,B}		×	×	×	√	×	×	×	×	×	×	√
การกำหนดค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด												
กำหนดเป็นรายปี (2557-2560)			57-60	56-60					57-60	57-60		57-60
กำหนดปีเดียว (2557)		57						57			57	
ไม่ได้กำหนด					√	√	√					
มีสรุปแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์		√	×	×	×	√	√	×	×	√	√	√
มีงบประมาณตามแผนงาน/โครงการ		√	√(±)	×	×	×	×	√(±)	×	√	√	√

หมายเหตุ* ยังไม่ได้แผนยุทธศาสตร์ มีแต่แผนพัฒนาบริการ 10 สาขา

✓ หมายถึง มี × หมายถึงไม่มี (±) หมายถึง บางแผนงาน/ โครงการมีงบประมาณ

^A ยุทธศาสตร์เพิ่มเติมเขต 5 คือ แผนงานยาเสพติด และแผนงานโครงการพระราชดำริ

^B ยุทธศาสตร์เพิ่มเติมเขต 12 คือ ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสาธารณสุขชายแดนใต้

ข้อมูลด้านสมรรถนะของเขตบริการสุขภาพที่ 1-12 จำแนกตามตัวชี้วัดของกระทรวง สาธารณสุข (สิ้นสุดการรวบรวมข้อมูล ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2557)

ในการประเมินสมรรถนะของเขตบริการสุขภาพที่ 1-12 นั้น จำเป็นต้องทำความเข้าใจตั้งแต่เรื่องปัจจัยนำเข้า (Inputs) ทั้งเชิงทรัพยากรบุคคล งบประมาณ นโยบายและวิธีการดำเนินงานภาพรวม เรื่องกระบวนการที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ (Process) และผลการดำเนินงานในเชิงผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดเรื่องเงื่อนเวลา งานวิจัยชิ้นนี้จึงได้รับการออกแบบมาเพื่อศึกษาสมรรถนะของเขตบริการสุขภาพจากปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตเท่านั้น โดยคณะผู้วิจัยจะไม่ไปแตะถึงผลลัพธ์และผลกระทบจากการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพของแต่ละเขตบริการ

จากข้อมูลก่อนหน้านี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้าเชิงนโยบาย และแผนปฏิบัติการในแต่ละเขตบริการสุขภาพ โดยทำการรวบรวมข้อมูลดังกล่าวในระยะเวลาไตรมาสแรกของการดำเนินงานของโครงการวิจัย และทำการเปรียบเทียบให้เห็นถึงความเหมือนและความแตกต่างของการเปลี่ยนนโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขไปเป็นสาระในแผนของแต่ละเขต

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ในเขตบริการสุขภาพที่เป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง จำนวน 4 เขต โดยทำการติดต่อเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และลงไปทำการรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในจังหวัดที่เป็นแม่ข่ายของแต่ละเขต ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดขอนแก่น จังหวัดราชบุรี และจังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ และดูความเชื่อมโยงของการดำเนินการเหล่านั้นว่าโดยแท้จริงแล้วมีความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลจากนโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขจริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด รวมถึงการมองหากรณีศึกษาระดับพื้นที่ ที่อาจเป็นต้นแบบ หรือแบบอย่างที่ดีในการดำเนินงานร่วมกันในระดับเขตบริการสุขภาพ เพื่อให้เป็นบทเรียนแก่เขตบริการสุขภาพแห่งอื่นๆ ได้เรียนรู้

ในขณะเดียวกัน คณะผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาแบบสอบถาม เพื่อทำการสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับในเขตบริการสุขภาพทั้ง 4 เขต ผ่านทางการส่งแบบสอบถามให้กรอกและส่งกลับทางไปรษณีย์ โดยเป็นการประเมินความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ การดำเนินงานตามนโยบาย และการอภิบาลระบบเขตบริการสุขภาพของเขตนั้นๆ

สำหรับการประเมินผลผลิตจากการดำเนินงานตามนโยบายเขตบริการสุขภาพนั้น คณะผู้วิจัยได้ร้องขอข้อมูลผลการดำเนินงานล่าสุด จากกลุ่มประเมินผล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2557 ได้รายงานผลการดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพที่ 1-12

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 ถึงมีนาคม 2557 โดยจำแนกตัวชี้วัดต่างๆ ตามยุทธศาสตร์หลักดังตารางที่

6

ตารางที่ 6:ผลการดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพที่ 1-12 ตั้งแต่ตุลาคม 2556 ถึงมีนาคม 2557

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ต.ค. 2556-มี.ค. 2557)						ผลงาน (ต.ค. 2556-มี.ค. 2557)						ภาพรวม ประเทศ	
			เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12		
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย กลุ่มวัยเด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี) / สตรี																
1	อัตราส่วนมารดา ตาย	ไม่เกิน 15 ต่อการ เกิดมีชีพ แสนคน	8.11	12.88	0	8.66	14.71	10.75	10.33	16.21	0	20.63	7.29	17.85	10.88	
2	ร้อยละของเด็กที่ มีพัฒนาการ สมวัย	ไม่น้อย กว่าร้อยละ ละ 85	87.05	59.46	69.61	71.92	82.66	63.85	86.16	71.76	83.87	87.29	67.44	60.77	75.22	
กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 – 14 ปี)																
3	ร้อยละของเด็ก นักเรียนมีภาวะ อ้วน	ไม่เกินร้อยละ ละ 15	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	8.61	
4	เด็กไทยมีความ	ไม่น้อย	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	

	ฉลาดทาง สติปัญญาเฉลี่ย	กว่า 100													
กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15-21 ปี)															
5	อัตราการคลอด ในมารดาอายุ 15 – 19 ปี	ไม่เกิน 50 ต่อ ประชากร หญิงอายุ 15 – 19 ปี พันคน	8.31	11.42	11.3	10.67	12.57	13.35	8.99	10.83	10.7	9.62	11.55	9.72	23.65
6	ความชุกของ ผู้บริโภค เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ใน ประชากรอายุ 15 – 19 ปี	ไม่เกินร้อยละ 13	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
กลุ่มวัยทำงาน (15 – 59 ปี)															
7	อัตราตายจาก อุบัติเหตุทาง	ไม่เกิน 20 ต่อ	8.12	8.04	7.16	4.86	8.35	9.65	5.04	5.53	6.67	4.65	8.27	5.6	11.71

	ถนน	ประชากร แสนคน													
8	อัตราตายจาก โรคหลอดเลือด หัวใจ	ไม่เกิน 23 ต่อ ประชากร แสนคน	6.87	7.52	10.67	11.18	9.26	7.7	4.78	4.74	5.27	5.89	8.61	6.24	14.26
กลุ่มผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป) และผู้ พิการ															
9	อัตราตายจาก โรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุ		47.37	62.6	79.84	54.63	48.99	62.28	51.23	37.94	50.11	44.99	50.65	36.73	99.59
	-ปี2557ไม่เกิน 190 ต่อ ประชากรแสนคน														
10	คนพิการทางการ เคลื่อนไหว(ขา ขาด)ได้รับบริการ ครบถ้วน	ร้อยละ 100 ภายใน 3 ปี	66.58	89.53	0	72.75	0	74.21	84.87	37.42	0	91.52	88.89	68.47	72.88

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ต.ค. 2556-มี.ค. 2557)						ผลงาน (ต.ค. 2556-มี.ค. 2557)						ภาพรวม ประเทศ
			เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการ ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมประชาชน สามารถเข้าถึงบริการได้															
การเข้าถึงบริการ															
1	ร้อยละของผู้ป่วยนอก ได้รับบริการการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน	ร้อยละ 16	5.38	5.28	5.12	5.18	5.74	7.43	10.61	9.48	10.88	8.26	5.06	5.1	7.46
2	ลดความแออัดและ เวลารอคอย		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	2.1 ลดความแออัด	2.1 ลดลง ร้อยละ 30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	2.2 ลดระยะเวลารอคอย	2.2 ลดลง	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

	คอยในการรับบริการ สุขภาพ	จากปี 2557 ร้อยละ 25													
3	จำนวนการส่งต่อผู้ป่วย นอกเขตบริการ	ลดลงร้อยละ 50	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
4	ร้อยละของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยา ละลายลิ่มเลือด และ/ หรือการขยายหลอดเลือด หัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)	ร้อยละ 70	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
5	ร้อยละของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าเข้าถึงบริการ	เท่ากับหรือ มากกว่าร้อยละ 31	38.35	51.84	46.46	32.69	31.03	32.59	24.46	31.92	29.67	41.28	35.94	30.87	92.38

คุณภาพบริการ															
6	ร้อยละของบริการ ANC คุณภาพ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	83.67	100	58.33	18.92	98.51	0	86.36	62.2	0	15.63	100	100	73.95
7	ร้อยละของห้องคลอด คุณภาพ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	ร้อยละของ WCC คุณภาพ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	69.07	100	39.58	37.14	98.51	0	84.21	64.2	0	15.63	100	70.59	69.3
9	ร้อยละศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70	63.57	71.98	58.94	50.85	55.02	0	0	79.19	0	0	74.49	0	55.09
10	ร้อยละของศูนย์ให้ คำปรึกษาคุณภาพ (Psychosocial Clinic) และเชื่อมโยงกับระบบ ช่วยเหลือ	ร้อยละ 70	0	0	0	0	0	0	0	0	38.82	100	53.85	0	61.68
11	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ	ร้อยละ 70	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
12	ร้อยละของอำเภอที่มี ทีม miniMERT,														

	MCATT, SRRT คุณภาพ														
	12.1 ร้อยละของ อำเภอที่มีทีม mini MERT	ร้อยละ 80	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	12.2 ร้อยละของ อำเภอที่มีทีม MCATT	ร้อยละ 80	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	12.3 ร้อยละของ อำเภอที่มีทีม SRRT	ร้อยละ 80	76.7	89.36	83.33	78.57	79.03	100	94.81	94.25	87.5	77.14	78.38	81.82	173.06
13	ร้อยละของ ER, EMS คุณภาพ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70													
	13.1 ร้อยละของ ผู้ป่วยเร่งด่วนและ ฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลือง และสีแดง)ที่ได้รับ ปฏิบัติการฉุกเฉิน ภายใน 10 นาทีที่ได้รับ แจ้งเหตุ		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

	13.2 ร้อยละของ ER ที่มีคุณภาพ														
14	ร้อยละของ ห้องปฏิบัติการด้าน การแพทย์และ สาธารณสุขมีคุณภาพ และมาตรฐานการ บริการ	เท่ากับร้อย ละ 100													
14.1	ร้อยละของ ห้องปฏิบัติการด้าน การแพทย์และ สาธารณสุขมีคุณภาพ และมาตรฐานการ บริการ	เท่ากับร้อย ละ 100	47.66	89.58	29.09	13.92	0	0	86.67	62.22	43.96	59.46	93.59	60.24	48.75
14.2	ร้อยละของ ห้องปฏิบัติการด้าน การแพทย์และ สาธารณสุขมีคุณภาพ	เท่ากับร้อย ละ 100	60.41	54.02	43.03	71.39	44.13	47.51	38.23	60.65	52.16	19.98	2.17	36.43	44.92

	และมาตรฐานการบริการ														
14.3	ร้อยละของ ห้องปฏิบัติการด้าน การแพทย์และ สาธารณสุขมีคุณภาพ และมาตรฐานการ บริการ	เท่ากับร้อยละ 100	0	0	0	5.8	12.12	0	43.08	0	17.28	0	0	0	6.35
15	ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ของแต่ละระดับสถาน บริการสุขภาพตาม Service Plan ผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	15.1 รพศ.(A) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.6		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	15.2 รพท. (S) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.2		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

15.3 รพท.ขนาดเล็ก (M1) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.0		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
15.4 รพท.แม่ข่าย (M2) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.8		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
15.5 รพท.(F1-F3) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.6		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
15.6 กรณี โรงพยาบาลระดับ A,S,M1 ที่ผ่านเกณฑ์ ควรมีสัดส่วนผู้ป่วยใน ที่มีค่า AdjRw < 0.5 ดังนี้ รพท.(A) = ไม่ มากกว่า 25% รพท. (S) = ไม่มากกว่า 30% รพท.ขนาดเล็ก (M1) =		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

	ไม่มากกว่า40%														
16	จำนวน CKD clinic ตั้งแต่ระดับ F1 ขึ้นไป ในแต่ละเครือข่าย	รพ.ระดับ A, S, M1 = 100%, รพ. ระดับ M2, F1 = 50%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
17	ร้อยละของ รพ.สต./ ศสม. ที่ให้บริการ สุขภาพช่องปากที่มี คุณภาพ	ร้อยละ 45	72.02	67.3	52.12	36.9	54.62	74.35	82.89	78.6	60.33	80.97	92.55	78.15	69.47
18	อัตราการตายผู้ป่วย บาดเจ็บต่อสมองลดลง	ผู้ป่วย บาดเจ็บต่อ สมองมีอัตรา การเสียชีวิต ลดลงจาก ปี	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

		2556 เทียบ กับ ปี 2557														
คุณภาพการบำบัดรักษา																
19	ลดอัตราการเสียชีวิตใน โรงพยาบาลของทารก แรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2.500 กรัมภายใน 28 วัน	ลดลงร้อยละ 5	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	38.6
20	ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานได้รับการคัด กรองเบาหวานเข้าจอ ประสาทตา	ร้อยละ 60	15.06	10.38	18.95	7.22	5.91	8.29	16.83	40.15	30.29	31.85	15.64	7.71		18.53
21	ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40	24	25.38	18.4	17.57	17.83	19.06	21.17	23.09	17.3	21.65	21.15	17.68		20.45
22	ร้อยละของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิต	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50	18.82	21.62	21.76	16.26	14.61	16.32	28.56	27.76	27.22	25.71	12.95	8.1		19.36

	ได้ดี														
23	ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือด เพิ่มขึ้น														
	23.1 การพัฒนาบริการ การให้ยาละลายลิ่ม เลือดทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตัน SFT (Stroke Fast Track)	โรงพยาบาล ระดับ A เพิ่ม จากเดิม 1 โรงพยาบาล ต่อเขต เครือข่าย, โรงพยาบาล ระดับ S เพิ่ม 1 โรงพยาบาล/ เขต, โรงพยาบาล ระดับ M1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

		เพิ่มจากเดิม 1 รพ. ต่อเขต เครือข่ายที่ เข้าร่วม บริการ* นี้กับ โรงพยาบาล ระดับ A,S ในเขตบริการ เดียวกัน													
	23.2 การจัดตั้งหอ อภิบาลโรคหลอดเลือด สมอง SU (stroke Unit) เพื่อบริการผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง	โรงพยาบาล ระดับ A เพิ่ม จากเดิม 1 โรงพยาบาล ต่อเขต เครือข่าย, โรงพยาบาล ระดับ S เพิ่ม จากเดิม 1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

		โรงพยาบาล ต่อเขต เครือข่าย													
	23.3 ร้อยละของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ตีบหรืออุดตันที่ได้รับ การดูแลอย่าง เหมาะสมอย่างน้อย 1 วิธี	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
24	ร้อยละของผู้เสพยา เสพติดที่ผ่านการบำบัด ที่ได้รับการติดตามไม่ กลับไปเสพยาซ้ำ	ร้อยละ 80	91.22	86.32	88.54	91.24	90.66	82.41	93.19	98.55	95.84	97.69	92.87	94.13	86.75
25	ร้อยละของข้อร้องเรียน ของผู้บริโภคได้รับการ แก้ไขภายในระยะเวลา ที่กำหนด	ร้อยละ 98	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	34

26	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ใช้ SRM หรือเครื่องมืออื่นๆในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50													
			NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ต.ค. 2556-มี.ค. 2557)						ผลงาน (ต.ค. 2556-มี.ค. 2557)						ภาพรวม ประเทศ
			เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการบุคลากร															
1	มีแผนกำลังคนและดำเนินการตามแผน		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	- มีการบริหารจัดการการกระจายบุคลากรในเขต/จังหวัด		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	- มีการใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	- มีการใช้ FTE		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	- มีการบริหารจัดการ Labor cost ที่เหมาะสมในเขต/จังหวัด		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

การเงินการคลัง															
2	ด้านการเงินมีการจัดทำ แผนและมีการดำเนินการ ตามแผนของเขตสุขภาพ/ จังหวัดการบริหาร งบประมาณการลงทุน ร่วมกับการบริหาร เวชภัณฑ์ร่วมกัน	หน่วยบริการใน เขตและจังหวัดมี แผนบริหาร การเงินการคลัง ร่วมร้อยละ 100 เครือข่ายบริการ ในระดับเขต และ													
	- การบริหาร งบประมาณรวม	จังหวัดมี ค่าใช้จ่ายลดลง	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	- การลงทุนร่วม	ในภาพรวมร้อยละ 10	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	- การบริหารเวชภัณฑ์ ร่วม		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
3	ประสิทธิภาพการบริหาร การเงินสามารถควบคุม ปัญหาทางการเงินระดับ 7 ของหน่วยบริการใน พื้นที่	ไม่เกินร้อยละ 10	9.09	27.66	0	4.29	6.15	1.43	9.72	0	2.25	21.13	13.33	7.89	9.89
4	หน่วยบริการในพื้นที่มี ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกิน	ไม่เกินร้อยละ 20	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

	เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับ บริการ														
ยาและเวชภัณฑ์															
5	ลดต้นทุนของยา เวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ ไม่ใช่ยา		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	5.1 ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ ฯ ของหน่วยงาน	ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับ ปีงบประมาณ 2555	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	5.2 มูลค่าการจัดซื้อ รวมยาและเวชภัณฑ์ฯ ของหน่วยงาน	เท่ากับหรือ มากกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่า การจัดซื้อยาและ เวชภัณฑ์ฯ ทั้งหมด	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ระบบข้อมูล															
6	มีระบบข้อมูลสำหรับการ บริหารจัดการในทุกระดับ														

6.1 หน่วยงานทุกระดับมีระบบข้อมูลสุภาพสำหรับการบริหารจัดการ	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งข้อมูลข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้มร้อยละ 100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100
	2. รพ.สต. ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม เฉพาะแฟ้ม OP และ PP ผ่านสสจ.มายังส่วนกลาง (สนย.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	70.27
	3. รพช. ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม ผ่านสสจ.มายังส่วนกลาง (สนย.) ไม่น้อย	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	52.99

		กว่าร้อยละ 80													
		4. รพท.,รพศ. ส่งข้อมูลตามโครงสร้าง 43 เพิ่มผ่าน สสจ. มายังส่วนกลาง (สนย.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	52.08
6	6.2 มี Virtual Server ที่มีเสถียรภาพในการให้บริการฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ครบ 12 เครื่อง่ายบริการสุขภาพ	ร้อยละ 90 ของเครือข่ายบริการสุขภาพสามารถใช้งาน Virtual Serverได้	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	6.3 มีข้อมูลที่มีคุณภาพเชื่อถือได้														
	<u>ข้อมูลฯเข้า</u>														

1. มีระบบการติดตาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (monitoring data) ระดับ จังหวัด ระดับเขตสุขภาพ ระดับกระทรวง	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100
2. มีเครื่องมือที่สามารถ ตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูลในแต่ละแฟ้ม และระหว่างแฟ้มได้ในทุก ระดับของสถานบริการ	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100
ข้อมูลขาออก															
จำนวนสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่มี เครื่องมือบริหารจัดการ ข้อมูลให้ออกมาในรูป ของรายงานในรูปแบบ ต่างๆ	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100
ระบบติดตาม ตรวจสอบ ป้องกัน แก้ไขปัญหา															

	จำนวนสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่มี ปัญหาได้รับการ ตรวจสอบ	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100
การบริหารจัดการ															
7	ร้อยละของรายการจัดซื้อ จัดจ้าง งบลงทุนสามารถ ลงนามในสัญญาได้ไ้ มาตราที่ 1	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	ร้อยละการเบิกจ่าย งบประมาณภาพรวมใน ปีงบประมาณ 2557		185.71	79.62	80.68	72.52	75.49	70.75	69.99	73.53	73.08	71.7	72.07	70.5 2	118.46

**ผลการประเมินความคิดเห็นต่อนโยบาย การดำเนินงาน
และการอภิบาลระบบเขตบริการสุขภาพ
(สิ้นสุดการรวบรวมข้อมูล ณ วันที่ 30ก.ย. 2557)**

การประเมินความคิดเห็นต่อนโยบาย การดำเนินงาน และการอภิบาลระบบเขตบริการสุขภาพจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เขต 2, 5, 7 และ 11 นั้น ได้ดำเนินการสำรวจ โดยเลือกทางที่เหมาะสมต่อการติดต่อแต่ละผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยถามความสนใจและความสะดวกของผู้ตอบเป็นหลักได้แก่ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ผ่านการประสานงานระดับเขต และระดับจังหวัด และการนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเผชิญหน้า และแบบสนทนากลุ่ม โดยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน 1 มีนาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2557 โดยได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สนใจให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยทั้งสิ้น ดังนี้

- ก. การตอบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จำนวน 65 ราย
- ข. การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 12 ราย
- ค. การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเผชิญหน้า และสนทนากลุ่มในพื้นที่ จำนวน 86 ราย
- ง. การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเผชิญหน้าในส่วนกลาง จำนวน 11 ราย

สรุปผลการประเมินระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพของไทย

แบบสอบถามจำนวน 120 ชุด ได้รับตอบกลับมาจำนวน 65 ชุด คิดเป็นร้อยละ 54.17 ของจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด จำแนกการตอบกลับแบบสอบถามตามพื้นที่เขตบริการสุขภาพพบว่าเขตบริการสุขภาพที่ 5 ตอบกลับแบบสอบถามมากที่สุดร้อยละร้อยละ 46.2 (30/65) รองลงมาได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 11 ตอบกลับร้อยละ 29.2 (19/65) เขตบริการสุขภาพที่ 2 ตอบกลับร้อยละ 16.9 (11/65) และเขตบริการสุขภาพที่ 7 ตอบกลับน้อยที่สุด ร้อยละ 7.7 (5/65)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูล	จำนวน (N=65)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	54	83.1
หญิง	11	16.9
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี		
30-39 ปี	5	7.7
40-49 ปี	23	35.4
50 ปีขึ้นไป	37	56.9
อายุการปฏิบัติงานเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	23.5 $\pm$ 10.19	
ตำแหน่ง		
นักวิชาการสาธารณสุข	19	29.2
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	19	29.2
สาธารณสุขอำเภอ	9	13.8
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	7	10.8
ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน	2	3.1
รอง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	3	4.6
ผู้อำนวยการ รพ.สต.	3	4.6
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	1	1.5
รอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	1	1.5

พยาบาล	1	1.5
ส่วนราชการที่ปฏิบัติงาน		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	14	21.5
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	15	23.1
โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป	10	15.4
โรงพยาบาลชุมชน	13	20.0
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	13	20.0

จากตารางที่ 1 ลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.1 เพศหญิง ร้อยละ 16.9

อายุ ส่วนใหญ่อายุ 50 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 56.9 รองลงมา อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 35.4 น้อยที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 7.7

อายุการทำงานเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม เท่ากับ 23.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.19

ตำแหน่ง ที่พบว่าตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ร้อยละ 29.2 รองลงมาคือ สาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 13.8 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 10.8 ตามลำดับ

ส่วนราชการที่ปฏิบัติงานผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานอยู่ที่สาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 23.1 รองลงมาพบว่าปฏิบัติงานอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 21.5, 20.0, 20.0 และ 15.4 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 สรุปความคิดเห็นต่อระบบเขตบริการสุขภาพ (ภาพรวม)

1. ความคิดเห็นต่อเขตบริการสุขภาพ

เชิงบวก	เชิงลบ
ดีกว่าระบบเดิม	ไม่แตกต่าง/ ไม่ดีไปกว่าระบบเดิม
เห็นด้วยกับระบบเขตบริการสุขภาพ	ไม่มั่นใจในระบบเขตบริการสุขภาพ
เป็นการกระจายอำนาจลงสู่พื้นที่	บทบาทหน้าที่ของเขตยังไม่ชัดเจน
มีการบริหารจัดการได้คล่องตัว รวดเร็วกว่าระบบเดิม	เป็นการลดบทบาทหน้าที่ของระดับจังหวัด
หลักการคิดเรื่องระบบเขตบริการสุขภาพเป็นหลักการที่ดี	
ทำให้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน แบ่งปันภายในเขตมากขึ้น	
ตอบสนองและแก้ปัญหาพื้นที่ได้ตรงจุดมากกว่าระบบเดิม	
คนทำงานในพื้นที่มีความใกล้ชิดกันมากขึ้น	
สร้างการมีส่วนร่วมทุกระดับ	

2. ข้อดีของระบบเขตบริการสุขภาพ

- 2.1 เป็นการกระจายอำนาจการบริหารจัดการลงสู่ภูมิภาค
- 2.2 มีการบริหารจัดการได้รวดเร็ว ตรงกับปัญหาในพื้นที่ และบริหารได้คล่องตัวขึ้น
- 2.3 เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขตบริการสุขภาพ ทั้ง คน เงิน ของ
- 2.4 เพิ่มประสิทธิภาพการบริการภายในเขตบริการสุขภาพ
- 2.5 สร้างการมีส่วนร่วมทุกระดับและเป็นไปในรูปแบบของเครือข่าย

3. ข้อจำกัด/ ข้อด้อยของระบบเขตบริการสุขภาพ

- 3.1 โครงสร้างของระบบ บทบาทหน้าที่ของเขตบริการสุขภาพยังไม่ชัดเจน
- 3.2 ยังไม่มีกฎหมายรองรับ และอำนาจเต็มในการบริหารจัดการ
- 3.3 ยังไม่มีบุคลากรปฏิบัติงานแบบ Full time ที่เขตสุขภาพ ทำให้ต้องใช้บุคลากรของแต่ละพื้นที่มาช่วยงานของเขตบริการสุขภาพ
- 3.4 บทบาทของเขตกับการทำงานของ สปสช. ยังไม่ทราบชัดเจนว่าจะเป็นไปในรูปแบบใด
- 3.5 ถ้าผู้บริหารเขตมีอำนาจเต็มในการบริหารเขตสุขภาพ หากเกิดความไม่ยุติธรรมในการบริหาร การจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ก็จะไม่ทั่วถึง เท่าเทียม

3.6 คณะกรรมการบริหารในแต่ละระดับทั้ง ตติยภูมิ ทุตติยภูมิ และปฐมภูมิ มีสัดส่วนที่
แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อการบริหารจัดการ และการจัดสรรงบประมาณ

3.7 รูปแบบการทำงานกับส่วนวิชาการอื่นๆ ยังไม่ชัดเจน

3.8 ขาดระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันได้ทั้งเครือข่าย

4. การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์มาสนับสนุน

ส่วนใหญ่ข้อมูลที่มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์มาสนับสนุน ได้แก่ ในเรื่องของข้อมูล
ประชากรของพื้นที่ ข้อมูลการเงินการคลัง ข้อมูลทรัพยากรบุคคล และข้อมูลพื้นฐาน
นำมาใช้ในการจัดทำ service plan ของ พื้นที่ และใช้ในการนิเทศ ติดตามงาน

5. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบเขตสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

5.1 ด้านการบริหารจัดการ

- ควรมีกฎหมายรองรับ ยกฐานะเป็นนิติบุคคล
- ควรมีการกระจายอำนาจลงสู่พื้นที่อย่างแท้จริง
- ควรมีการจัดโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทแต่ละพื้นที่
- ควรมีการมอบอำนาจหน้าที่ให้ชัดเจนทั้งในการบริหารจัดการ การตรวจสอบ และการประเมินผลติดตาม
- ควรมีการจัดระบบเชื่อมต่อระหว่างจังหวัด อำเภอและชุมชน
- ควรมีการบูรณาการภารกิจของ ศูนย์วิชาการ กรม กองต่างๆ ให้เข้ากับเขตบริการสุขภาพ
- ควรมีภาคประชาชน หรือภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

5.2 ด้านทรัพยากร (คน เงิน ของ)

- ควรมีการจัดระบบวิธีงบประมาณ การกระจายทรัพยากรให้เหมาะสมเป็น
ธรรม ทั่วถึง

- ควรมีการจัดระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ ข้อมูลข่าวสาร ให้ครอบคลุมการดำเนินงาน
- ควรมีทีมงานระดับเขตที่ชัดเจน แยกจากบุคลากรที่ทำงานประจำ เป็น Full time
- ควรมีการบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จอยู่ที่เขตบริการทั้ง งบประมาณ คน เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีต่างๆ
- ควรมีภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลในระบบ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการบริหารระบบเขตสุขภาพในพื้นที่

ตารางที่ 2 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการบริหารระบบเขตสุขภาพ

ลักษณะการบริหารเขตสุขภาพ	ไม่มี เลย จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปาน กลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ทราบ/ ไม่ แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ ตอบ จำนวน (ร้อยละ)
1. สามารถตรวจสอบได้	0 (0.0)	5 (7.7)	29 (44.6)	26 (40.0)	4 (6.2)	1 (1.5)
2. รับฟังผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย	0 (0.0)	6 (9.2)	25 (38.5)	31 (47.7)	2 (3.1)	1 (1.5)
3. ตอบสนองความต้องการของประชาชน ในพื้นที่	0 (0.0)	6 (9.2)	27 (41.5)	28 (43.1)	3 (4.6)	1 (1.5)
4. ตอบสนองความต้องการของ สถานพยาบาลในพื้นที่	0 (0.0)	7 (10.8)	31 (47.7)	21 (32.3)	4 (6.2)	2 (3.1)
5. คณะผู้บริหารแสดงความรับผิดชอบต่อ การตัดสินใจของตน	1 (1.5)	3 (4.6)	16 (24.6)	37 (56.9)	6 (9.2)	1 (1.5)
6. ตัดสินใจโดยยึดเสียงส่วนใหญ่	1 (1.5)	5 (7.7)	19 (29.2)	34 (52.3)	5 (7.7)	1 (1.5)
7. ดำเนินการตามกฎหมายและระเบียบที่มี อยู่ในระบบ	1 (1.5)	0 (0.0)	20 (30.8)	40 (61.5)	2 (3.1)	2 (3.1)
8. คำนึงถึงความคุ้มค่าและประสิทธิภาพ ของการดำเนินงาน	0 (0.0)	4 (6.2)	17 (26.2)	39 (60.0)	4 (6.2)	1 (1.5)
9. คำนึงถึงความเท่าเทียม/ เสมอภาค	1 (1.5)	5 (7.7)	28 (43.1)	26 (40.0)	4 (6.2)	1 (1.5)

จากตารางที่ 2 ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นสอดคล้องต่อระบบการบริหารเขตสุขภาพ อยู่ในระดับมาก เป็นส่วนใหญ่ ในข้อคำถามที่ 2, 3, 5, 6, 7 และ 8 ส่วนความคิดเห็น

สอดคล้องต่อระบบการบริหารเขตสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง เป็นส่วนใหญ่ ในข้อคำถามที่ 1, 4, และ 9

นอกจากนี้ยังพบว่ามีความคิดเห็นต่อระบบการบริหารเขตสุขภาพว่า ไม่มีความสอดคล้องเลย ในข้อคำถามที่ 5, 6, 7 และ 9

สรุปตามหลักธรรมาภิบาล พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริหารระดับเขตสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ในเรื่อง ภาวะรับผิดชอบ (ข้อ 5) มุ่งเน้นฉันทามติ (ข้อ6) ยึดหลักนิติธรรม (ข้อ 7) และคำนึงถึงความคุ้มค่าและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน (ข้อ 8) ส่วนที่ในเรื่องของความโปร่งใส (ข้อ1) การตอบสนองต่อความต้องการ (ข้อ3,4) และ คำนึงถึงความเสมอภาค (ข้อ9) พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อระบบงานเขตบริการสุขภาพในพื้นที่ การให้บริการ

ตารางที่ 3 ร้อยละของความคิดเห็นต่อการให้บริการสุขภาพในพื้นที่ (n = 61)

เขต	ครอบคลุมพื้นที่ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ครอบคลุมพื้นที่ จำนวน (ร้อยละ)
เขตบริการสุขภาพที่ 2	7 (63.9)	4 (36.4)
เขตบริการสุขภาพที่ 5	20 (71.4)	8 (28.6)
เขตบริการสุขภาพที่ 7	5 (100.0)	0 (0.0)
เขตบริการสุขภาพที่ 11	15 (88.2)	2 (11.8)
รวม	47 (77.0)	14 (23.0)

ภาพรวม ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความคิดเห็นว่ามีการให้บริการครอบคลุมพื้นที่ พบร้อยละ 77.0 ส่วนความคิดเห็นว่ายังให้บริการไม่ครอบคลุมพื้นที่ มีเพียงร้อยละ 23.0 แยกตามรายเขต บริการสุขภาพพบว่า เขตบริการสุขภาพที่มีความคิดเห็นว่าการให้บริการครอบคลุมพื้นที่มากที่สุด ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 100.0) รองลงมาได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 11, 5 และ 2 (ร้อยละ 88.2, 81.4 และ 63.9 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการให้บริการ มี ดังนี้

1. ควรมีการใช้ฐานข้อมูลเดียวกันทั้งเขตบริการสุขภาพ เพื่อนำมาพัฒนา service plan ของเขต
2. ควรมีระบบพี่เลี้ยงลงเยี่ยม ช่วยเหลือในการจัดบริการ และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูล ด้านต่างๆ ที่สอดคล้องกับภาระงานจริง เพื่อวิเคราะห์ส่วนขาด สามารถจัดการสนับสนุนให้กับพื้นที่ได้
4. มีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างจริงจัง
5. มีแผนพัฒนาในทุกด้านชัดเจนทั้ง บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ดียิ่งขึ้น

บุคลากรด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4 ร้อยละของความคิดเห็นต่อบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ (n=61)

เขต	เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)
เขตบริการสุขภาพที่ 2	1 (9.1)	10 (90.9)
เขตบริการสุขภาพที่ 5	6 (22.2)	21 (77.8)
เขตบริการสุขภาพที่ 7	2 (40.0)	3 (60.0)
เขตบริการสุขภาพที่ 11	6 (33.3)	12 (66.7)
รวม	15 (24.6)	46 (75.4)

ภาพรวม ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความคิดเห็นว่ามีบุคลากรด้านสุขภาพเพียงพอในพื้นที่ มีเพียงร้อยละ 24.6ส่วนที่คิดว่ามีบุคลากรด้านสุขภาพไม่เพียงพอในพื้นที่พบร้อยละ 75.4 แยกตามรายเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตบริการสุขภาพที่มีความคิดเห็นว่ามีบุคลากรด้านสุขภาพไม่เพียงพอในพื้นที่ มากที่สุดได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 2(ร้อยละ90.9) รองลงมาได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 5, 11 และ 7 (ร้อยละ77.8,66.7 และ 60.0 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพบุคลากรด้านสุขภาพ มี ดังนี้

1. ควรมีการสำรวจความต้องการบุคลากร เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาและพิจารณาตาม service plan ของเขต
2. ควรมีการนำปัญหาสุขภาพจริงในพื้นที่เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อพิจารณาความต้องการของบุคลากรที่ต้องการเพิ่มเติม มาใช้วางแผนพัฒนากำลังคนของพื้นที่
3. ควรมีการเกลี่ยบุคลากรในเขตบริการสุขภาพ ให้มีการกระจายบุคลากรอย่างทั่วถึง และมีการใช้ทรัพยากรบุคคลร่วมกัน เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
4. บุคลากรควรได้รับการพัฒนา ฝึกอบรม ตามเกณฑ์มาตรฐาน และสอดคล้องกับปัญหาและนโยบายของพื้นที่
5. จัดสรรงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ

ระบบสารสนเทศ

ตารางที่ 5 ร้อยละของความคิดเห็นต่อระบบสารสนเทศในพื้นที่ (n = 63)

เขต	มีประสิทธิภาพ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีประสิทธิภาพ จำนวน (ร้อยละ)
เขตบริการสุขภาพที่ 2	10 (90.9)	1 (9.1)
เขตบริการสุขภาพที่ 5	14 (50.0)	14 (50.0)
เขตบริการสุขภาพที่ 7	4 (80.0)	1 (20.0)
เขตบริการสุขภาพที่ 11	14 (73.7)	5 (26.3)
รวม	42 (66.7)	21 (33.3)

ภาพรวม ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความคิดเห็นว่ามีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ พบร้อยละ 66.7 ส่วนความคิดเห็นว่าระบบสารสนเทศไม่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ พบร้อยละ 33.3 แยกตามรายเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตบริการสุขภาพที่มีความคิดเห็นว่ามีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ มากที่สุดได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 2 (ร้อยละ 90.9) รองลงมาได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 7, 11 และ 5 (ร้อยละ 80.0, 73.7 และ 50.0 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพบุคลากรด้านสุขภาพ มี ดังนี้

1. มีการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของเขตในด้านระบบสารสนเทศ
2. ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลให้ใช้ได้เหมือนกันทั้งเขตบริการสุขภาพ
3. จัดตั้ง data center ของเขตบริการสุขภาพและจัดตั้งทีมเข้ามาดูแล
4. พัฒนาบุคลากรเฉพาะด้าน IT เพื่อช่วยในการจัดทำระบบสารสนเทศของเขต
5. จัดสรรงบประมาณทั้งในด้านจัดหาอุปกรณ์ และส่งเสริมศักยภาพบุคลากรด้านนี้
6. ระบบข้อมูลที่ได้ควรมีความถูกต้องแม่นยำ และผู้บริหารต้องมีการนำข้อมูลมาใช้ในการประโยชน์ในการพัฒนาเขตบริการสุขภาพ

ระบบการเงิน

ตารางที่ 6 ร้อยละของความคิดเห็นต้องงบประมาณในพื้นที่ (n = 63)

เขต	เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ จำนวน (ร้อยละ)
เขตบริการสุขภาพที่ 2	2 (18.2)	9 (81.8)
เขตบริการสุขภาพที่ 5	9 (32.1)	19 (67.9)
เขตบริการสุขภาพที่ 7	3 (60.0)	2 (40.0)
เขตบริการสุขภาพที่ 11	10 (52.6)	9 (57.4)
รวม	24 (38.1)	39 (61.9)

ภาพรวม ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความคิดเห็นว่ามีงบประมาณเพียงพอในพื้นที่ มีเพียงร้อยละ 38.1 ส่วนความเห็นที่ว่างงบประมาณไม่เพียงพอในพื้นที่ พบถึงร้อยละ 61.9 แยกตามรายเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตบริการสุขภาพที่มีความคิดเห็นว่ามีงบประมาณไม่เพียงพอในพื้นที่ มากที่สุดได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 60.0) รองลงมาได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 11, 5 และ 2 (ร้อยละ 52.6, 32.1 และ 18.2 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการเงินให้ดียิ่งขึ้น มีดังนี้

1. ควรพัฒนาระบบบัญชีให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต
2. มีการจัดทำแผนการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพและวิเคราะห์ระบบการเงินการคลัง
3. ควรมีการจัดสรรเงินให้ตามความยากง่ายของพื้นที่ และเกลี่ยให้เหมาะสมทั่วถึง เป็นธรรม
4. มีระบบการตรวจสอบที่เข้มข้น
5. โรงพยาบาลที่มีสถานะทางการเงินไม่มั่นคง ควรมีการตรวจประเมินละเอียดถึงสาเหตุ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

เวชภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์

ตารางที่ 7 ร้อยละของความคิดเห็นต่อเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ในพื้นที่ (n = 63)

เขต	เพียงพอต่อความต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เพียงพอต่อความต้องการ จำนวน (ร้อยละ)
เขตบริการสุขภาพที่ 2	4 (36.4)	7 (63.6)
เขตบริการสุขภาพที่ 5	16 (57.1)	12 (42.9)
เขตบริการสุขภาพที่ 7	4 (80.0)	1 (20.0)
เขตบริการสุขภาพที่ 11	13 (68.4)	6 (31.6)
รวม	37 (58.7)	26 (41.3)

ภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามให้ความคิดเห็นว่ามีเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงพอต่อความต้องการในพื้นที่ 58.7 ส่วนความคิดเห็นว่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อความต้องการในพื้นที่ พบร้อยละ 41.3 แยกตามรายเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตบริการสุขภาพที่คิดว่ามีเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงพอต่อความต้องการในพื้นที่มากที่สุดได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 7 (ร้อยละ 80.0) รองลงมาได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 11, 5 และ 2 (ร้อยละ 68.4, 57.1 และ 36.4)

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้ดียิ่งขึ้น มีดังนี้

1. มีแผนการจัดสรรทรัพยากรให้ได้ตรงตามเกณฑ์ และกระจายความต้องการของพื้นที่ที่มีความขาดแคลน
2. ระบบการจัดซื้อ จัดหาเวชภัณฑ์ ควรทำเป็นเครือข่ายเพื่อที่จะได้มีอำนาจในการต่อรองด้านราคา
3. ควรมีการกำหนดพื้นที่ในการพัฒนาระบบบริการเพื่อเติมทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยเฉพาะ Excellent center
4. ควรมีการกำหนดเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน และมีการศึกษาถึงความคุ้มค่า คำนึงทุน ประสิทธิภาพของเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ก่อนนำมาใช้

ลักษณะผู้นำและผู้บริหารเขต

ตารางที่ 8 ร้อยละของความคิดเห็นต่อผู้บริหารเขตบริการสุขภาพในพื้นที่ (n = 63)

เขต	ควรปรับปรุงอย่างมาก จำนวน (ร้อยละ)	ควรปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)
เขตบริการสุขภาพที่ 2	0	0 (0.0)	3 (27.3)	7 (63.6)	1 (9.1)
เขตบริการสุขภาพที่ 5	0	1 (3.4)	8 (27.6)	14 (48.3)	6 (20.7)
เขตบริการสุขภาพที่ 7	0	0 (0.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	0 (0.0)
เขตบริการสุขภาพที่ 11	0	1 (5.6)	1 (5.6)	11 (61.1)	5 (27.8)
รวม	0	2 (3.2)	15 (23.8)	34 (54.0)	12 (19.0)

ภาพรวมผู้ตอบแบบสอบถามให้ความคิดเห็นต่อผู้บริหารเขตบริการสุขภาพในพื้นที่มากที่สุด อยู่ในระดับดีร้อยละ 54.0 รองลงมาพบว่าความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.8 ระดับดีมาก ร้อยละ 19.0 และ ควรปรับปรุง ร้อยละ 3.2

เขตบริการสุขภาพที่ 2 พบว่าความคิดเห็นต่อผู้บริหารเขตบริการสุขภาพในพื้นที่มากที่สุด อยู่ในระดับดีร้อยละ 63.6 รองลงมาพบว่าความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.3 และ ระดับดีมาก ร้อยละ 9.1

เขตบริการสุขภาพที่ 5 พบว่าความคิดเห็นต่อผู้บริหารเขตบริการสุขภาพในพื้นที่มากที่สุด อยู่ในระดับดีร้อยละ 48.3 รองลงมาพบว่าความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.6 ระดับดีมาก ร้อยละ 20.7 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 3.4

เขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่าความคิดเห็นต่อผู้บริหารเขตบริการสุขภาพในพื้นที่มากที่สุด อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.0 รองลงมาพบว่าความคิดเห็นอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.0

เขตบริการสุขภาพที่ 11 พบว่าความคิดเห็นต่อผู้บริหารเขตบริการสุขภาพในพื้นที่มากที่สุด อยู่ในระดับดีร้อยละ 61.1 รองลงมาพบว่าความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 27.8 ระดับปานกลางและควรปรับปรุง ร้อยละ 5.6

ความคิดเห็นต่อลักษณะผู้บริหารเขตบริการสุขภาพ จำแนกตามพื้นที่เขตสุขภาพ (A-D: อักษรจำลองแทนเลขที่เขต)

ผู้บริหาร เขตบริการสุขภาพA	ผู้บริหาร เขตบริการสุขภาพB	ผู้บริหาร เขตบริการสุขภาพC	ผู้บริหาร เขตบริการสุขภาพD
-มีการบริหารโดยใช้หลักธรรมาภิบาล -ยึดถือความถูกต้อง มีความเสมอภาค -มีความชัดเจน รวดเร็ว ทำจริง -เน้นการทำงานเป็นทีม -มีความเป็นธรรม -ใช้หลักเหตุผลและevidence -มีมนุษยสัมพันธ์ดี -มีวิสัยทัศน์ -บริหารแบบบูรณาการ -กล้าตัดสินใจ -ใช้ชีวิตเรียบง่าย -มีความเป็นประชาธิปไตย -เป็นนักวางแผนและยืดหยุ่น	-รู้จัก รู้จริงในทุกปัญหาของพื้นที่ -แนวคิดเชิงบวกกับทุกปัญหา เพื่อเปลี่ยนความขัดแย้งเป็นความร่วมมือที่สร้างสรรค์ -มีมนุษยสัมพันธ์ดี -เป็นนักวิชาการ -เป็นนักบริหาร -เป็นนักบริการ ชอบลงช่วยพื้นที่แก้ปัญหา -จริงใจ ใจนักเลง ซื่อสัตย์สุจริต -เป็นคนเก่ง ประนีประนอมสูง -ประชาธิปไตย -ชัดเจน ตรงไปตรงมา -มีความรู้ความสามารถสูง	-เป็นผู้มีวิสัยทัศน์กว้างไกล -เปิดใจรับฟัง -เป็นคนดี มีคุณธรรม	-มีวิสัยทัศน์ -ทันสมัย เกาะติดสถานการณ์ -ขยันมาก มีความกระตือรือร้นสูง -เปิดใจกว้าง รับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง -ชัดเจนในเรื่องนโยบาย -มีภาวะผู้นำสูง -บริหารแบบมีส่วนร่วม -มีความสามารถ รอบรู้ทุกด้าน -เป็นธรรมในการบริหารจัดการ -มีจิตสาธารณะ -เป็นกันเอง -เป็นนักวิชาการ คิดเร็ว ทำเร็ว -มีคุณธรรม จริยธรรมในการบริหาร -ซื่อสัตย์ สุจริต เปิดเผย เป็นมิตร -เป็นนักพัฒนา ขยัน เป็นแบบอย่างที่ดีของผู้นำ

ลักษณะผู้นำและผู้บริหารเขตที่คาดหวัง

1. ยึดหลักธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ ได้แก่ การมีส่วนร่วม (participatory) นิติธรรม (rule of law) ความโปร่งใส(transparency) ความรับผิดชอบ (responsiveness) ความสอดคล้อง(consensus oriented) ความเสมอภาค (equity and inclusiveness) การมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (effectiveness and efficiency) และความรับผิดชอบ (accountability)
2. รับฟังความคิดเห็นของทุกฝ่ายทุกระดับ
3. มีความยืดหยุ่น ปรับตามสถานการณ์
4. มีวิสัยทัศน์ วางแผนอย่างเป็นระบบ
5. มีทักษะการบริหารจัดการ
6. รู้ลึก รู้จริง ปัญหาในพื้นที่
7. เป็นนักประสานงานที่ดี
8. มีภาวะผู้นำสูง รอบรู้ทุกด้าน

บันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เขต 2
(จำนวนผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 30 ราย)

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับเขต

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีลักษณะที่ต่างจากกระทรวงอื่นๆ เพราะทำงานด้านปฏิบัติการด้วย และมีกำลังคนกว่า 300,000 คน ทำให้ยากในการกำกับดูแล และมีสายการบังคับบัญชาหรือสั่งการที่ยาว ทำให้ในอดีตที่ผ่านมาการดำเนินงานจะขึ้นอยู่กับผู้บริหาร และผลการทำงานมักผูกติดกับคุณสมบัติเฉพาะบุคคล

ในช่วงที่ผ่านมา สปสช. ได้ใช้กฎระเบียบแบบใช้เงินนำบริการ ทำให้เกิดรูปแบบการทำงานผ่าน vertical programs ต่างๆ โดยที่ทางกระทรวงสาธารณสุขไม่ทราบรายละเอียดล่วงหน้า และไม่ได้ทำความเข้าใจกันก่อน ทำให้ระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีการพัฒนาแบบต่างทิศทางการเกิดความเหลื่อมล้ำอย่างเห็นได้ชัด

ในปัจจุบัน ทางกระทรวงสาธารณสุขเล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงอยากจะเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะระดับตติยภูมิ ให้มีความเท่าเทียมกันในแต่ละพื้นที่ แต่ระดับจังหวัดนั้นทำได้ยาก เนื่องจากความแตกต่างอย่างมากด้านประชากร การคมนาคมระหว่างกัน และโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่เดิม ดังนั้นหากจะทำให้ทุกจังหวัดมีการดูแลรักษาพยาบาลระดับตติยภูมิที่สมบูรณ์จึงแทบเป็นไปไม่ได้ เพราะต้องใช้ทรัพยากรมหาศาล การพัฒนาเป็นเขตหรือกลุ่มจังหวัดจึงน่าจะเกิด economy of scale มากกว่า โดยจัดระบบบริการที่คำนึงถึงจำนวนประชากรในพื้นที่ และระบบคมนาคม

นโยบายเขตบริการสุขภาพนั้น หลักการที่ได้รับทราบมาคือ อยากให้เกิดการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไประดับเขตอย่างเบ็ดเสร็จ โดยส่วนกลางจะทำหน้าที่เพียงกำหนดมาตรฐาน พิจารณาความคุ้มค่าของการดำเนินการในลักษณะ regulator แต่ในทางปฏิบัติ ณ ปัจจุบัน ยังไม่ชัดเจน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

ความเป็นนิติบุคคลของเขตบริการสุขภาพ

อำนาจ บทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการ

กลไกตรวจสอบ และถ่วงดุลอำนาจ

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

ตั้งแต่ดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ เขต 2 ยังไม่มีฝ่ายบุคคลของเขตที่จะต้องดูแลกำลังคนกว่า 20,000 คน มีแต่บุคลากรที่มาช่วยงานเฉพาะกิจที่ทางผู้ตรวจได้ดึงมาจากหน่วยงานต่างๆ ภายในเขต ทั้งๆ ที่โดยแท้จริงแล้ว ส่วนกลางควรจะจัดสรรมาให้

ตอนนี้เขตมีแต่่นโยบาย ไม่มีเงิน ไม่มีคน ทำให้บางครั้งในทางปฏิบัติจริง CEO ยังไม่รู้เลยว่าผู้บริหารหน่วยงานไหนเดินทางไปต่างประเทศบ้าง

กระบวนการดำเนินการตามนโยบายนี้ เปรียบเหมือนขั้นตอนในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศ แต่ที่ผ่านมามีปัญหา ทั้งเรื่องการขาดการสื่อสารให้ทราบกันอย่างทั่วถึงทุกระดับ ขาดการมีส่วนร่วม รู้ไม่เท่ากัน เห็นไม่เท่ากัน ทำให้เกิดข้อติดขัดและต่อต้านมาก

สำหรับเรื่องบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมนั้น ยังไม่ชัดเจน การนำคนที่ไม่รู้รายละเอียดเข้ามา ไม่ว่าจะเป็นจากต่างระดับ หรือต่างภาคส่วน อาจต้องพิจารณาให้รอบคอบ โดยอาจกำหนดเรื่อง และระดับการมีส่วนร่วม ยกตัวอย่างเช่น เรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health system) อาจจะสามารถเป็นช่องทางให้มาร่วมได้ มิฉะนั้นจะเกิดปัญหาความไม่เข้าใจกัน หากมานั่งประชุมระดับเขต อาจตามไม่ทัน และไม่สามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบได้

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ไม่มี

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ควรกำหนดโครงสร้างเขตให้ชัดเจน

ควรกำหนดให้สาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่ regulator ระดับจังหวัด

ต้องทำให้เกิดความต่อเนื่องของนโยบาย

ควรมีความยืดหยุ่นในการปรับจังหวัดในแต่ละเขต เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม
ในอนาคต

ควรเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับเขต

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ก่อนมีการประกาศนโยบายเขตบริการสุขภาพนั้น แต่ละพื้นที่จะเรียกว่า “เขตตรวจราชการ” ซึ่งมีผู้ตรวจราชการเป็นผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้า มีบทบาทสูงตั้งแต่คิดเอง ทำเอง ตรวจสอบ ต่อมา มีการเปลี่ยนเป็น “เขตพื้นที่เครือข่ายบริการ” ซึ่งไม่ได้มีความแตกต่างจากเดิมมากนัก และเป็นการเปลี่ยนผ่านระยะสั้นๆ เพราะได้มีการพิจารณาเรื่องปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และการดำเนินการในพื้นที่ จึงได้มีการวางแผนแก้ไขปัญหาวิกฤตงบประมาณในจังหวัดที่มีประชากรน้อย โดยทำการรวมจังหวัดเพื่อให้ได้จำนวนประชากรในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการมากจำนวนหนึ่ง เช่นราว 3-6 ล้านคน โดยหวังจะให้มีงบ UC เพียงพอในการเกลี่ยช่วยกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ มิได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานใดๆ

สำหรับเขตบริการสุขภาพในปัจจุบันนั้น มีการนำ service plan มาสอดแทรก เพื่อหวังจะปรับระบบการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการบริการและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีผู้ตรวจทำหน้าที่เสมือน Implementer และ CEO ในขณะที่สาธารณสุขนิเทศก์ทำหน้าที่เหมือน Regulator เพื่อให้เกิด counter balance เนื่องจากสมัยก่อนไม่มีการถ่วงดุลหรือตรวจสอบมากนัก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

ความชัดเจนของนโยบาย ไม่เปลี่ยนไปมา ควรออกมาเป็นระเบียบ/คำสั่ง มีหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขอย่างชัดเจน

การคัดเลือกคนที่จะไปทำงานในทุกระดับ โดยคำนึงถึงภาวะผู้นำ และคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ ความรู้และทักษะเฉพาะ (Knowledge and technical skill) ทักษะคิดและทักษะการคิดเชิงยุทธศาสตร์และความเชื่อมโยง (มองใหญ่ได้ มองเล็กออก: Conceptual skill) การเข้าใจผู้คน (Human skill) ทักษะทางสังคม (Social skill) และจริยธรรม (จากประวัติและพฤติกรรมด้านต่างๆ เช่น ผลประเมินรอบด้าน วัตรปฏิบัติ สารเสพติด พฤติกรรมเชิงชั่วร้าย: Moral skill)

บทบาทที่ชัดเจน และเสริมกัน ระหว่างผู้ตรวจราชการ และสาธารณสุขนิเทศก์

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

ปัจจุบันในจำนวน 12 เขตบริการสุขภาพ มีครึ่งหนึ่งที่ผู้ตรวจราชการจะเดินทางไปที่ต่างๆ ร่วมกับ
สาธารณสุขนิเทศก์

สำหรับการตรวจราชการในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 2 จะมีการเซ็ระบบว่า ให้นำผลการจาก
หน่วยงานต่างๆ ภายในเขตมานำเสนอให้สาธารณสุขนิเทศก์ฟังก่อน 2 ชั่วโมงก่อนที่ผู้ตรวจราชการ
จะมา โดยปฏิบัติเช่นนี้มา 2 ปีแล้ว

ขั้นตอนการพัฒนา service plan ของเขตมี 5 ขั้น ได้แก่ รู้ตัวเอง วางทิศทางการพัฒนา ทำแผนปฏิบัติ
การ ดำเนินการตามแผน และประเมินผลลัพธ์

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ระบบการทำงานมีการพัฒนามากขึ้น โดยมีกระบวนการชี้แนะทางวิชาการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ
มากขึ้น โดยส่วนหนึ่งมาจากบทบาทของ regulator

โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบ Motivation interviewing สำหรับคนไข้พฤติกรรมเบี่ยงเบน
ของกรมสุขภาพจิต ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไข้โรคเรื้อรัง
เริ่มไปเมื่อมิถุนายน 2557 ถือเป็นผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการทำงานในระบบเขตบริการสุขภาพ โดย
หารือกันระหว่างหน่วยงานปฏิบัติการในพื้นที่ และกรมวิชาการต่างๆ เพื่อหาแนวทางทำงานแบบ
ใหม่เนื่องจาก one way education approach และ counseling ที่เคยทำกันมานานนั้นได้ผล
จำกัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ควรมีระบบตรวจสอบที่เข้มข้น และมีกลไกการถ่วงดุลอำนาจ

ควรมีแนวทางการพัฒนาคนให้มีสำนึกในบทบาทของตนเอง

ควรมีตัวอย่างของคนที่มีมุ่งมั่นทำงาน และสนับสนุนให้มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับจังหวัด

ภาพรวมของระบบ

นโยบาย

- เห็นด้วยกับนโยบาย

ข้อดี

- เขตสามารถพึ่งตนเองได้
- มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขต

ปัจจัยไม่สำเร็จ

1. โครงสร้างระบบเขตบริการสุขภาพยังไม่สมบูรณ์
 - ยังไม่มีอัตรากำลังที่ชัดเจน
 - ยังไม่มีสำนักงานเขตที่ชัดเจน
2. ขาดความต่อเนื่องกรณีผู้บริหารเขตเปลี่ยนบ่อย
3. ผู้บริหารระดับจังหวัดมีหลายบทบาทหน้าที่ ทำให้การบริหารงานยังทำได้ไม่ดี
4. การบริหารจัดการในเขตยังไม่สามารถบริหารเองได้ทั้งหมด (ขาดอำนาจเบ็ดเสร็จในการบริหาร)
5. ในระดับพื้นที่ย่อย เช่น แต่ละจังหวัด โรงพยาบาล ยังมีความเป็นเจ้าของสูง
6. ประเด็นค่าตอบแทนในการทำงานระดับสำนักงานเขต ยังไม่มีการกล่าวถึง
7. บางครั้งมีการเร่งรัดงานจากกระทรวงมากเกินไป ทำให้ทำงานไม่ทัน
8. กฎเกณฑ์ของกระทรวงมากเกินไป เป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ/แนวทาง

- ควรมีการสนับสนุน หรือมีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร ก่อนจะดำเนินการตามนโยบายให้เร็วขึ้นกว่าเดิม
- สนับสนุนให้มีการพึ่งตนเองของระดับเขต ให้สามารถดำเนินการเองได้ทั้งหมด ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ
- สนับสนุนให้มีการบำรุงขวัญและกำลังใจ
- ควรมีการจัดโครงสร้างทั้งระดับเขต/ จังหวัด ให้ชัดเจนและไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย
- ควรมีการประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ให้ชัดเจน ส่งผลให้การทำงานในระดับเขตราบรื่นมากขึ้น

การบริหารจัดการและการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพระดับพื้นที่

แนวทางการบริหารจัดการ

- มีการจัดโครงสร้างตามที่กำหนด : COO CIO CHRO CSO CFO
- ในส่วนของ service plan มีการกำหนดให้มีระดับผู้บริหารอยู่ด้วยทุกสาขา
- การได้มาซึ่ง คณะกรรมการของเขต ได้มาจากคำสั่งแต่งตั้ง
- ผลผลิตที่ได้ ยังไม่เห็นผลชัดเจนเพราะเพิ่งเริ่มดำเนินการ แต่มีตัวอย่างบางสาขา
 - ก. service plan สาขาจิตเวช: การจัดระบบการให้คำปรึกษาทางด้านจิตเวช และอยู่ระหว่างการดำเนินการสร้างโรงพยาบาลจิตเวชในเขต
 - ข. service plan สาขาทารกแรกเกิด: พัฒนาศูนย์กลางการดูแลร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช
- การกำกับติดตามยังมีช่องว่าง
- การเมืองมีผลต่อการบริหารจัดการมาก เช่น การเร่งรัดการดำเนินงานตามนโยบายทางการเมือง

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับจังหวัด

ความเป็นมา

ผู้ตรวจราชการคนเดิมได้ทำการนำร่องแนวคิดการบริหารเขตบริการสุขภาพ โดยจัดการสำนักงานแบบ virtual office 4-5 ด้าน โดยได้รับความร่วมมือจากวิทยาลัยสาธารณสุข (วสส.) มาจัดตัวเจ้าหน้าที่ให้เข้าใจระบบเขตสุขภาพ

ทั้งนี้ในอดีตก่อนนำร่อง ผู้ตรวจราชการจะมีตารางนิเทศงาน 2 ครั้งต่อปี และมักเป็นที่รู้กันว่าผู้ตรวจหลายท่านไม่ได้ทำงานอยู่ในส่วนภูมิภาคจริง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือไม่เข้าถึงพื้นที่

ความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ดีในเรื่องเน้นการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ระดับเขต (Decentralize) และเน้นให้ระดับเขตมีความสามารถพัฒนาการบริหารจัดการแบบพึ่งตนเองได้ (Self dependence) โดยต้องจัดการทั้งเรื่องงบประมาณ กำลังคน ระบบบริการ รวมถึงแก้ไขปัญหา และทำการแบ่งหรือจัดสรรทรัพยากรระหว่างหน่วยงานภายในพื้นที่

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

ปัจจัยที่บ่งชี้ถึงโอกาสสำเร็จในการดำเนินงาน ประกอบด้วย เรื่องโครงสร้างอัตรากำลังที่ชัดเจน ประสิทธิภาพในพื้นที่ของผู้บริหารเขตบริการสุขภาพ อัตราส่วนระหว่างจำนวนบุคลากรกับจำนวนประชากรในพื้นที่ วาระการทำงานของผู้บริหารที่ชัดเจน ลักษณะการทำงานว่าเป็นแบบเต็มเวลาหรือบางเวลา และความเป็นนิติบุคคลของโครงสร้างบริหารเขตบริการสุขภาพ

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

งานเพิ่มขึ้นมาก แต่ไม่มีค่าตอบแทนสูงใจเพิ่ม

แบ่งโครงสร้างการบริหารจัดการเป็น Chief operation officer (COO), Chief information officer (CIO), Chief human resources officer (CHRO), Chief financial officer (CFO), Chief services officer (CSO)

ส่วนกลางมีแนวทางมาให้เป็นส่วนใหญ่ แต่เรื่องงบประมาณ และข้อมูลที่ CFO และ CIO รับผิดชอบนั้น พื้นที่มาจัดการกันเอง

การกำกับ ติดตาม และประเมินผลยังเป็นช่องว่างใหญ่สำหรับการดำเนินนโยบายเขตบริการ สุขภาพ

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

แผนการจัดบริการด้านทารกแรกเกิด: มีการจัดการอบรมอย่างสม่ำเสมอ โดยความร่วมมือกัน ระหว่างหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพ ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาล และโรงพยาบาลพุทธชินราช

กลไกบริการปรึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช: โดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในพื้นที่ แต่เดิม หากมีผู้ป่วยจิตเวช จะต้องส่งไปปรึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติดีในกรุงเทพฯ

กลไกการจัดซื้อเวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ร่วมกันในเขต: วงเงิน 669 ล้านบาท โดยสามารถ ทำให้เกิดความคุ้มค่าในการจัดซื้อ และมีความโปร่งใสมากขึ้น

โมเดลการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ: โดยยืนยันพื้นฐานว่าแต่ละเขตบริการจะมีบริบท แวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานที่ต่างกันไป จึงจำเป็นที่แต่ละเขตบริการสุขภาพจะต้องพัฒนาโมเดล การดำเนินนโยบายของพื้นที่ของตนเองให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานเขต และกรอบอัตรากำลังในการบริหารเขตบริการสุขภาพต้องชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังคนที่ทำงานระดับกลาง

ควรให้ทางเขตมีอิสระในการบริหารจัดการงบประมาณ กำลังคน และเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการ ดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ

การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ

ความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

นโยบายดี แต่จัดแบบเสื้อโหล

โครงสร้างกระจุกตัว มีแต่ตัวแทนโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง สาธารณสุขอำเภอ ผอ.รพสต. 2 แห่ง แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เยอะไปหมด สัดส่วนของคณะกรรมการบริหารจัดการระดับเขตยังเปิดโอกาสให้ระดับปฐมภูมิมีส่วนร่วมน้อยมาก

เขตบริการสุขภาพควรมีภาคประชาชนเข้ามาร่วม แต่ตอนนี้ไม่มี

โครงสร้างกรรมการเขตตามร่างที่ส่งมาจากกระทรวงสาธารณสุขมีภาคประชาชน แต่ในทางปฏิบัติจริงที่เขตไม่มีเลย

ข้อดีของนโยบายเขตบริการสุขภาพนี้คือ การกระจายอำนาจตัดสินใจ กระจายงบประมาณต่อหัวประชากรในพื้นที่ที่ชัดเจน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ควรจะดูกันที่คนตัวแทนประชาชน และคนที่มีเครือข่าย

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

จากการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพที่ผ่านมา ไม่ปรากฏชัดว่าเป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการมีส่วนร่วม และการตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการกระจายกำลังคน และการบรรจุแต่งตั้ง

ไม่มีแนวทางด้านระบบฐานข้อมูลระดับเขตที่ชัดเจน มีลักษณะการทำงานแบบนั่งเทียน ให้ข้อมูลเท็จ

ยังสร้างระบบสารสนเทศมากขึ้น กลับทำให้เป็นภาระมากขึ้น และลดเวลาในการทำงานให้กับประชาชนในพื้นที่

ตัวชี้วัด 66 ตัวที่ให้ส่งข้อมูลจากพื้นที่นั้น 44 ตัวกำหนดมาจากกระทรวงสาธารณสุข 13 ตัวกำหนดโดยผู้ตรวจราชการ แต่ไม่ถึง 2/3 เท่านั้นที่ตอบสนองต่อปัญหาจริงของพื้นที่

แผนปฏิบัติการให้บริการ หรือที่เรียกว่า service plan นั้น ไม่ใช่ผลผลิตโดยตรงจากนโยบายเขตบริการสุขภาพ เพราะได้รับการพัฒนามานานแล้ว เช่น Service plan node ทันตกรรมที่พรหมพิราม ที่ทำให้ทันตภิบาลไปปฏิบัติงานที่รพสต. ผ่านกลไกการทำงานร่วมกันแบบเครือข่ายระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย

การเมืองมีอิทธิพลอย่างสูงต่อการกำหนดทิศทางการทำงานในพื้นที่

ไม่สามารถบอกได้เลยว่า อะไรคือผลผลิต และผลลัพธ์โดยตรงจากนโยบายนี้

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ควรสร้างกลไกการมีส่วนร่วมแบบ bottom up โดยเลือกตัวแทนที่มีคุณสมบัติดังนี้ มีวิสัยทัศน์ กล้าคิด กล้าแสดงออก มีความรู้ และมีความเข้าใจพื้นที่

ไม่ควรเลือกที่ไม่พูด นั่งฟังพยักหน้าอย่างเดียว

ควรกำหนดโครงสร้างเขตบริการสุขภาพให้ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องโครงสร้างกรรมการบริหารเขตสุขภาพ

ควรจัดการเรื่องแนวทางการจัดการงบประมาณ เช่น สัดส่วนการลงทุนระหว่างการรักษา การส่งเสริม/ป้องกัน/ควบคุมโรค รวมถึงการจัดการแบบอิงผลงาน

ควรทบทวนบทบาทของรพสต. ให้เน้นเรื่องส่งเสริมป้องกัน มากกว่าการผลัดภาระให้ไปตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ

ภาพรวมของระบบ

นโยบาย

1. เห็นด้วยกับนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ข้อดี

1. เป็นการกระจายอำนาจลงสู่พื้นที่
2. มีกฎเกณฑ์ในการบริหารจัดการมากขึ้นกว่าระบบเดิม เช่น เรื่องเงิน -งบประมาณตามรายหัวประชากร

ข้อเสนอแนะ/แนวทาง

1. คณะกรรมการระดับเขตควรแบ่งสัดส่วนในบอร์ดให้มีจำนวนเท่าๆ กันหรือ สมดุล ระหว่าง โรงพยาบาลตติยภูมิ พุติยภูมิ ปฐมภูมิ ส่วนที่เป็นโดยตำแหน่ง เช่น ผู้ตรวจราชการ และ นพ.สสจ. คงไว้ดังเดิม
2. คณะกรรมการระดับเขตควรมีภาคีอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการเขต เช่น ภาคประชาสังคม
3. มีความเป็นเครือข่าย
4. ในการได้มาซึ่งคณะกรรมการระดับเขตควรมีวิธีการได้มาที่เหมาะสม เช่น สรรหาตามแบบสมาชิกวุฒิสภา เพื่อให้ได้เป็นตัวแทนที่จริงเข้ามาในระบบ

ปัจจัยไม่สำเร็จ

1. ตัวแทนในการเข้าเป็นคณะกรรมการระดับเขต ยังไม่สามารถมีบทบาทในการช่วยขับเคลื่อน
2. ยังมีความเหลื่อมล้ำในการบริหารจัดการ

การบริหารจัดการและการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพระดับพื้นที่

แนวทางการบริหารจัดการ

1. มีการชี้แจงแนวทางการจัดการและการดำเนินการผ่านการประชุม โดย นพ.สสจ.ความครอบคลุมอาจยังไม่ได้

2. มีการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ร่วมกันภายในเขต
3. ช่องทางในการเสนอปัญหา ส่วนใหญ่ผ่านการประชุมชี้แจง แต่ feedback เรื่องการแก้ปัญหาไม่มี
4. วาระในการประชุม บางครั้งมีเฉพาะประเด็นใหญ่ จึงไม่มีข้อมูลนำเข้าเพื่อเสนอพิจารณา
5. ทีมเลขานุการของบอร์ด ควรมีการเตรียมข้อมูลให้คณะกรรมการและควรมาจากฐานข้อมูลเดียวกัน
6. การบริหารจัดการเรื่องข้อมูลในเขตยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมมีในเชิงปริมาณ แต่ยังไม่มีความคุณภาพ เช่น ไม่มีการใช้ข้อมูลที่มาจากฐานเดียวกัน ไม่มีการแชร์ข้อมูลร่วมกันในระดับกระทรวง/ จังหวัด
7. การบริหารจัดการข้อมูลเรื่องคน ยังไม่ใช้ฐานข้อมูลเดียวกันทั้งเขต
8. การเข้าร่วมรับนโยบาย โดยส่วนใหญ่ คณะกรรมการร่วมรับฟังจากเขตอย่างเดียว บางครั้งไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะได้ ต้องอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัวในการได้มาซึ่งข้อมูลนำเข้าบางอย่าง
9. คกก. ระดับเขต การรับทราบแนวทางบริหารจัดการมาจากกระทรวง มาสู่คณะกรรมการ และ คณะอนุกรรมการแต่ละชุด
10. ตัวชี้วัดกระทรวงที่ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ประมาณ 2/3 ของตัวชี้วัดทั้งหมด
11. ผู้บริหารสูงสุดของเขตควรมีลักษณะเป็นผู้นำ มีวิสัยทัศน์ และมีองค์ความรู้ในพื้นที่ทุกระดับ
12. ผลผลิตโดยตรงจากนโยบายเขตสุขภาพปัจจุบันยังไม่เกิด มีผลผลิตบางอย่างที่เกิดขึ้นก่อนมีระบบเขตสุขภาพ เช่น node ทันตกรรม ตรงกับแผนของเขตสุขภาพที่ต้องให้มี

ข้อเสนอแนะ

1. โครงสร้างของเขตควรชัดเจน
2. การจัดสรรงบประมาณภายในเขต ควรมีสัดส่วนการจัดสรรอย่างสมเหตุสมผล โดยมีรายงานผลการใช้เงินกำกับ ให้เกิดการใช้อย่างคุ้มค่าควรจัดสรรเน้นไปที่เรื่องของการมากกว่าคน
3. ทบทวนบทบาท ภารกิจของรพ.สต. ใหม่

บันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เขต 5
(จำนวนผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 27 ราย)

ผู้บริหารระดับเขต

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ไม่มีความแตกต่างเชิงโครงสร้างพื้นฐานในระดับพื้นที่

ภาระงานของผู้ตรวจราชการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหาส่วนขาดของภารกิจเพื่อเติมเต็มให้ระบบมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานดียิ่งขึ้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และกระบวนการทำงานของผู้ดูแลเขตบริการสุขภาพ โดยจะต้อง

- ก. มีทีมงานที่มีทักษะการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เห็นทิศทางของการทำงาน ไม่ใช่ทำงานแบบ day-to-day operation
- ข. สามารถตอบสนองต่อจุดอ่อนของระบบที่มีอยู่
- ค. ใช้ศักยภาพคน และทรัพยากรในทางปฏิบัติจริงได้

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

ปัญหาเรื่องการหาแนวทางลดการส่งต่อนอกเขต จากเดิมต่างคนต่างทำจนทำให้ไม่เห็นภาพรวม แต่หลังการประกาศใช้นโยบาย ผู้ตรวจราชการมาช่วยดู และประกอบให้เห็นภาพ

ระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีความต้องการใช้บริการมาก แต่จุดบริการน้อย จึงมีการระดมสมอง ร่วมกันปรับระบบบริการภายในเขต โดยมีการร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลราชบุรี หัวหิน และนครปฐม เพื่อช่วยกันจัดการดูแลผู้ป่วยภายในเขต ซึ่งถือเป็นตัวอย่างหนึ่งในการร่วมกันเกลี่ยทรัพยากรเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสำคัญในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ ได้แก่ ความคิด/ยึดติดของหน่วยงานในการทำงานแบบเดี่ยว และความเคยชินของบุคลากรในการทำงานฝ่ายเดียว โดยเฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

สำหรับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพนั้น ควรพิจารณาว่าจะมาเพื่ออะไร และมากน้อยแค่ไหน โดยอาจมาร่วมในบางเรื่องที่เหมาะสม เช่น การสร้างเสริม

สุขภาพ ซึ่งทางประชาสังคม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการลงทุนทรัพยากรร่วมกัน แต่หากเป็นเรื่องการบริหารจัดการโรงพยาบาลแล้ว อาจไม่ใช่เหตุผลที่ดีในการเข้ามาร่วม เพราะอาจไม่รู้ หรือไม่เข้าใจรายละเอียดต่างๆ ในการดำเนินกิจการของโรงพยาบาล “เรื่องภายในครอบครัวไม่ควรมาข้องเกี่ยว เพราะต้องรับผิดชอบต่อการดำเนินกิจการด้วย”

ดังนั้นการนำประชาสังคม หรือภาคประชาชนเข้ามา ไม่ควรเป็นสูตรสำเร็จตายตัวในการพัฒนาระบบสุขภาพ แต่การเข้ามาต้องรู้จักจริง contribute ได้ มีคุณค่าต่อเรื่องระบบใหญ่ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในแง่มุมต่างๆ ควรมี public benefit mindset และรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจหรือดำเนินงาน

ผลิตผลและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเครือข่ายความรับผิดชอบต่อภายในเขต

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ควรลงทุนเรื่องการบริหารจัดการ (เพราะขณะนี้ให้ทำภารกิจ แต่ไม่ลงทุน) ได้แก่

- ก. ผลิตผู้บริหาร ที่มีคุณสมบัติเป็น Strategic CEO
- ข. พัฒนาให้เกิดองค์กร และบอร์ดที่มีความรับผิดชอบต่อการบริหาร โดยกำหนดภารกิจที่สอดคล้องกับสมรรถนะขององค์กร
- ค. สร้างกลไกตรวจสอบ และถ่วงดุล (Check and balance)

ผู้บริหารระดับเขต

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ในอดีตมีการพัฒนาระบบแผนให้บริการทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2553 เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน และเชื่อมระหว่างงานปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยใช้กลุ่มโรคเป็นตัวหลัก รวมถึงทำให้เกิดการบริหารทรัพยากรในภาพรวม

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบบริการเดิมมีหลายเรื่อง ที่เห็นได้ชัดเจน เช่น เงินค่าส่งต่อผู้ป่วยไปรักษานอกเขต เป็นจำนวนถึงกว่า 500 ล้านบาทต่อปี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

การจัดการอุปสรรคหลักๆ เช่น การกำหนดให้มีนโยบาย โครงสร้าง และ actors ที่ชัดเจน

เส้นทางอาชีพ และความก้าวหน้าของบุคลากรที่มาทำงานเขตบริการสุขภาพ

การพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสม ไม่มากเกินไป

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

งานในเขต 5 แบ่งออกเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ การส่งเสริมป้องกันโดยดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย งานบริการทางการแพทย์ตาม service plan รวมถึงระบบการส่งต่อระหว่างกัน การบริหารและจัดการข้อมูลสารสนเทศ และงานอำนวยการของสำนักงานเขตบริการสุขภาพ

Board ระดับเขตแบ่งเป็น 3 คณะหลัก ได้แก่ Provider board, คณะกรรมการยุทธศาสตร์ และ คณะกรรมการวิชาการ ทั้งนี้ทางผู้ตรวจเป็นประธานทั้ง 3 คณะ โดยสำนักงานเขตฯ ทำหน้าที่เป็นเลขานุการในแต่ละคณะ

สำนักงานเขตฯ มีผู้อำนวยการ โดยมีรองผู้อำนวยการฝ่ายบริการ และฝ่ายบริหาร

ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) ไม่ได้บอกรายละเอียดการดำเนินงานสำหรับระดับพื้นที่
ระดับ Board มีตัวแทนจากทุกระดับมาร่วม ประกอบด้วย ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ
ตัวแทนรพศ. รพท. รพ.บ้านแพ้ว รวม 16 แห่ง COO ตัวแทนรพช.จาก 8 จังหวัด จังหวัดละ 1 แห่ง
ตัวแทนรพสต. 2 แห่ง ตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ 2 แห่ง แต่ไม่มีภาคประชาชน

การจัดสรรงบประมาณระหว่างกัน จะมีการมอบหมายให้ทีม CFO ทำงานด้านวิชาการ มา
นำเสนอต่อคณะกรรมการยุทธศาสตร์ของเขต เพื่อพิจารณา ก่อนส่งให้ Provider board
ดำเนินการต่อไป

ลักษณะการดำเนินงาน หรือหารือร่วมกัน จะทำการแลกเปลี่ยนความเห็น จนได้ข้อสรุปจากที่
ประชุม คุยกันจนกว่าจะพอใจ

ตั้งแต่เริ่มดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพมาอย่างเป็นทางการตั้งแต่ตุลาคม 2556 พบว่า แต่ละ
หน่วยงานขาดความเข้าใจถึงเหตุผลในการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกัน

ขณะนี้ทำงาน by function ไม่ใช่ by structure

ไม่มีความก้าวหน้าของตำแหน่งหน้าที่การงานสำหรับบุคลากรที่มาช่วยทำงานเขตบริการสุขภาพ
ทุกระดับ ตั้งแต่ CEO, COO, CXO รวมถึงเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับการยืมตัวมาทำงานแบบบาง
เวลา

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ระบบบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง แต่เดิมเขต 5 ไม่มีโรงพยาบาลให้บริการเลย แต่จากการดำเนิน
นโยบายนี้ ทำให้โรงพยาบาลราชบุรีสามารถเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยมะเร็งได้

ระบบบริการผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาล
นครปฐม โรงพยาบาลหัวหิน และโรงพยาบาลราชบุรี โดยจะให้บริการสวนหลอดเลือดหัวใจให้แก่
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในเขต 5 ได้

ระบบบริการผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท มีการพัฒนาคู่มือการดูแลรักษาร่วมกัน และแนวทาง
การส่งต่อระหว่างกัน นอกจากนี้มีการปรับระบบการทำงาน โดยเอาตารางเวรของแพทย์

คัดลอกกรรมประสาทมา pool กัน และปรับให้เหมาะสมเพื่อให้ทำการปรึกษา หรือส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

มีการจัดซื้อยาาร่วมกันระดับเขต รวมทั้งมีการกำหนดราคากลางสำหรับค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ และพิจารณาความคุ้มค่าของจุดส่งตรวจ

มีการจัดสรรโควตาระดับเขต เพื่อพัฒนาแผนการส่งบุคลากรไปฝึกอบรมเพิ่มเติม โดยกำหนดเกณฑ์ร่วมกันก่อนนำไปปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

คุณสมบัติของ CEO เขต ควรจะเป็นดังนี้

- มีทักษะในการจัดการการเปลี่ยนแปลง
- ควรมีทักษะในการบริหารมากกว่า 4-5 ปีขึ้นไป โดยผ่านงานระดับสาธารณสุขจังหวัด หรือเคยบริหารโรงพยาบาลขนาดใหญ่มาก่อน เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
- ควรมีประวัติการบริหารแล้วไม่ประสบปัญหาขาดสภาพคล่อง
- ควรมีคุณสมบัติหรือจบหลักสูตรด้านการบริหาร

นโยบายต้องชัดเจน และนิ่ง พร้อมกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน

ควรกำหนดโครงสร้าง ตำแหน่ง และบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน

ควรมีกฎเกเสริมพลังแก่คนทำงาน และกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับแต่ละเขต และแต่ละตำแหน่ง

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับเขต

ภาพรวมของระบบ

นโยบาย

1. ดีกว่าระบบเดิมมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

ปัจจัยเกื้อหนุน

1. มีนโยบายต้องชัดเจนและไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย
2. มีโครงสร้างระบบและความก้าวหน้าในสายงานหรืออาชีพต้องมีความชัดเจนในการทำงานระดับเขต
3. มีตัวชี้วัดที่สามารถวัดการทำงานทั้งของระดับเขต และ คกก. ชุดต่างๆ ได้ชัดเจน

ปัจจัยไม่สำเร็จ

1. ขาดความเข้าใจในระบบเขตบริการสุขภาพ
2. บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน
3. ความก้าวหน้าในสายงานหรืออาชีพไม่มี

ลักษณะผู้นำที่พึงประสงค์

1. ต้องเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง
2. บริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ ภายในเขต
3. Empower ให้ตัดสินใจได้
4. มีเกณฑ์ในการคัดเลือก : ควรมีประสบการณ์ด้านการบริหาร อย่างน้อย 4-5 ปี
 - : ในการบริหารที่ผ่านมามีผลงานที่ดี (ถ้าไร ไม่ขาดทุน)
 - : ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหาร
 - : กำหนดอายุ
 - : ได้รับความเห็นชอบจากบอร์ดเขต

การบริหารจัดการและการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพระดับพื้นที่

แนวทางการบริหารจัดการ

1. แบ่งเป็น 4 งานหลัก
 - ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัย

- ด้าน service plan

- ด้านบริหาร

- ด้านอำนวยการ

2. ผอ.สำนักงานเขต 5 เป็น full time ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง และเลขาทีมบอร์ดเขต (provider board, ยุทธศาสตร์, วิชาการ) โดยมีผู้ตรวจเขตราชการเป็นประธานทุกบอร์ด

3. Provider board: CSO เค้นที่สูงสุด รองลงมา คือ CFO

4. CIO มี data center ของเขต การขอข้อมูลต่างๆภายในเขต ต้องมาขอผ่านเขต

5. ตัวอย่างผลผลิต

- CFO มีการปรับเปลี่ยนเงินภายในเขต โดยใช้เกณฑ์ที่กำหนด นำเข้า provider board ส่วนใหญ่ใช้ฉันทามติ

- service plan ได้แก่ ทีม neuro surgeryมีการใช้ guideline ร่วมกัน

- การบริหารซื้อยาร่วม/ lab มีการศึกษาราคาอ้างอิง จัดตั้ง central lab

- บุคลากร: resident มีการกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการจัดการ

ข้อเสนอแนะ/แนวทาง

1. นโยบายต้องมีความชัดเจน ไม่เปลี่ยนแปลงและมีแผนปฏิบัติการที่ดี

2. การวางโครงสร้างระบบและตำแหน่งต่างๆ ในเขต ต้องชัดเจน

3. มีการ empower

4. มีตัวชี้วัด ระดับเขต ที่สามารถวัดได้ตรงตามตำแหน่ง

กลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

โครงสร้าง และวัตถุประสงค์ไม่ชัดเจน

สงสัยว่าเป็นหน่วยงานลักษณะใดกันแน่ จะมีความเชื่อมโยงของสายงานบังคับบัญชาเดิมหรือไม่
มากนักน้อยเพียงใด และอยู่ในลักษณะใดกันแน่

สงสัยว่าจะเป็นการรวมศูนย์อำนาจ หรือกระจายอำนาจ หรือแบ่งอำนาจกันแน่

การเปลี่ยนแปลงต้องมีเป้าหมาย และทิศทางที่ชัดเจน

ขณะนี้ขออยู่ในภาวะนิ่งเฉย คอยสังเกตการณ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานะปัจจุบันที่ชัดเจน

การมอบอำนาจการตัดสินใจ และอำนาจบริหารจัดการเบ็ดเสร็จแก่ระดับเขต

ผู้บริหารเขตบริการสุขภาพต้องมองครบทุกมิติ

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

บอกได้เพียงว่า มีปัญหาเกี่ยวกับสถานะการเงินการคลังของโรงพยาบาลในเขต

โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพโดยเฉลี่ยลดลง และลดการผ่าตัด เพิ่มการส่งต่อผู้ป่วยไปที่อื่น

เขตบริการสุขภาพนี้ดำเนินตามนโยบายการลดจำนวนข้าราชการ บรรจุได้เฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ นอกนั้นเป็นการจ้างหมด แถมต้องควักเงินจ้างกันเอง ยิ่งทำให้งบประมาณโรงพยาบาลมีปัญหานักขึ้น จนเกิดความไม่มั่นคง และนำมาสู่ปัญหาการลาออกของบุคลากรเพิ่มขึ้น

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ไม่มี

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ควรออกระเบียบเรื่อง พวงบริการระดับเขตให้มีความเป็นนิติบุคคล โดยมีบทบาทที่ไม่ก้าวถ่าง
หน่วยงานส่วนภูมิภาคเดิม

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับจังหวัด

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

แต่เดิมเขตตรวจราชการนั้นมีขอบเขตการทำงานที่ชัดเจน และเป็นไปตามกฎหมาย ส่วนเขตบริการสุขภาพในปัจจุบันนี้ดูเป็นภาพที่ใหญ่ขึ้น แต่มีความไม่ชัดเจน ทั้งในแง่คำจำกัดความ และจุดประสงค์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

ความชัดเจนของโครงสร้าง และระบบการทำงาน

อำนาจ บทบาท หน้าที่ของแต่ละระดับ และแต่ละตำแหน่งตามกฎหมาย

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

โครงสร้าง และกลไกการทำงานปัจจุบันทำให้เกิดปัญหาหลายด้าน ยกตัวอย่างเช่น CFO และคณะซึ่งทำหน้าที่บริหารจัดการงบประมาณของเขตนั้น มักตีกลับข้อเสนอของผู้ปฏิบัติ ทำให้เกิดภาระงานที่ไม่สิ้นสุด ในขณะที่กลไกอื่นๆ ในระดับเขตมีการประชุมบ่อย แต่ไม่ได้ข้อสรุป

เขต 5 ใกล้กรุงเทพฯ ทำให้แก้ปัญหาไม่ตกในเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาในกรุงเทพฯ เพราะผู้ป่วยและญาติอยากไป

70% ของงบประมาณถูกใช้จ่ายไปในเรื่องของ labour costs

สาธารณสุขจังหวัดจะเน้นเรื่องกฎหมาย ว่าการกระทำต่างๆ ในเขตบริการสุขภาพนั้นอยู่ในอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายหรือไม่

การวางแผนมักวางแผนตามกรอบตำแหน่ง ไม่ได้ดูคุณสมบัติ

โครงสร้างเขตบริการสุขภาพยังไม่ได้รับการกำหนดตำแหน่งที่ชัดเจน รวมถึงบทบาทหน้าที่อีกด้วย

CEO เขต: ยังให้อำนาจแก่ Service provider board มากเกินไป ทำให้งานไม่เดิน กรรมการทั้ง
เพียงคนเดียวก็ต้องเริ่มกระบวนการใหม่ทั้งหมด

CFO: ยังแก้ปัญหการเงินไม่ได้

CIO: ดูจะเป็นด้านที่เกือบสำเร็จมากที่สุด เพราะผู้ตรวจไม่ลงลึกรายละเอียดมากนัก มีทีมเข้มแข็ง
แต่การตอบโจทย์เรื่องตัวชี้วัดนั้นยังทำได้ไม่ครบ โดยครึ่งปีแรกตอบได้เพียง 10 กว่าตัวจาก 44 ตัว

CHRO: กฎกติกายังไม่ชัดเจน ทั้งเรื่องระบบการทำงาน กระบวนการโยกย้าย รวมถึงเรื่อง
แรงจูงใจ

CSO: ผอ.รพ.ราชบุรีมีภาระมาก ไม่ได้รับมอบอำนาจเต็ม ทำให้ทุกทีมกลายเป็นคณะทำงาน
เสนอคณะกรรมการยุทธศาสตร์ระดับเขต และบอร์ดต่างๆ แทน

สาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดดูจะมีบทบาทในการบริหารจัดการลดลง เพราะส่วนกลางจัดสรร
ทรัพยากรไปยังเขตก่อน

การทำงานระดับเขตนั้นไม่มีกลไกสร้างแรงจูงใจ ไม่ได้คำตอบแทนเพิ่ม และยังมีความเสี่ยง
เรื่องไม่มีตัวบทกฎหมายรองรับ

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย
อาศัยงบประมาณภายใต้เขตบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ควรสร้างความชัดเจนในนโยบาย โดยเฉพาะเรื่องบทบาทหน้าที่ อำนาจในการดำเนินการแต่ละ
เรื่อง อาทิเช่น งานบริการ ขอบเขตของ service plan สำหรับแต่ละระดับ

บทบาท อำนาจของแต่ละตำแหน่งตามตัวบทกฎหมาย

ความชัดเจนของกลไกการบริหารจัดการงบประมาณ

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับจังหวัด

ภาพรวมของระบบ

นโยบาย

เห็นด้วยกับเขตบริการสุขภาพถ้ามีการให้อำนาจเต็มในการบริหารจัดการ

ข้อเสนอแนะ/แนวทาง

1. ควรพิจารณาถึงวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเขตบริการสุขภาพเพื่อช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวหรือไม่
 - ☐ สถานพยาบาลมีปัญหาเรื่องการเงิน
 - ☐ ศักยภาพ รพ แย่ลง
 - ☐ Downsizing ขององค์กร
2. การกำหนด เป้าหมาย ทิศทาง บทบาทหน้าที่ของเขตบริการสุขภาพควรมีความชัดเจน
3. ควรพิจารณามิติเรื่องกฎหมายในการให้อำนาจในการบริหารเขตสุขภาพเป็นสำคัญ
4. ควรทบทวนนิตติสัมพันธ์ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช.

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ

ภาพรวมของระบบ

นโยบาย

1. นโยบายยังไม่ชัดเจน
2. มองไม่ครบทุกมิติ โดยเฉพาะมิติด้านกฎหมาย

CEO เขตที่พึงประสงค์

1. ดูแลให้เกิดความเท่าเทียม
2. รู้ภาพในทุกระดับ
3. มีผลงานที่เกี่ยวข้องกับเขต
4. บริหารงานเป็น

ปัจจัยไม่สำเร็จ

1. การบริหารจัดการผ่านหลายขั้นตอน ช้า ไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน
2. ขาดความชัดเจนในการแก้ปัญหา
3. กรรมการบอร์ดยังมีความเป็นตัวตนติดมา ไม่มองภาพรวมแบบเขต

การบริหารจัดการและการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพระดับพื้นที่

แนวทางการบริหารจัดการ

1. ในบทบาทของ CFO: มอง focal point /service plan NCD การทำงานผ่านหลายขั้นตอน เช่น คณะทำงาน ไปยัง คณะกรรมการยุทธศาสตร์เขต (คยช.) และไปที่ บอร์ด ถ้าไม่ผ่าน บอร์ด ก็ต้องนำกลับมาแก้ไขใหม่
2. CIO: เกือบจะสำเร็จในการทำฐานข้อมูล ยังตอบตัวชี้วัดได้ไม่หมดทุกตัว ยังพัฒนาต่อ แก้ไขนิยามของตัวชี้วัดให้ชัดเจนขึ้น
3. CHRO: มีปัญหาเรื่องการคืนทุน การจัดสรร สรรหา ฐานข้อมูลโปรแกรมบุคลากรยังไม่มีดี
4. CSO: มี ผอ.รพศ. เป็นประธาน แยกจาก คกก. พิจารณางบลงทุนมีอีกชุด

ข้อเสนอแนะ

1. มีการบริหารที่เป็นธรรม ลดรอยต่อ ตัวตนของหน่วยบริการ
2. บทบาทหน้าที่ในการบริหารงานของเขต ควรมีความชัดเจน ให้อำนาจตามกฎหมายชัดเจน

3. วางระบบ service plan ให้ชัด
4. ความชัดเจนเรื่องเงิน มีการบริหารจัดการให้ชัดเจน ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระหว่างปี

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ และตำบล

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ในมุมมองของผู้ปฏิบัติ ระบบสาธารณสุขก่อนจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายการทำงานโดยรวมจะไม่ตรงกับความต้องการในพื้นที่ ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ทำตามนโยบายที่กำหนดมาจากส่วนกลาง ภาคประชาชนไม่ค่อยมีส่วนร่วม

ในยุคหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการใช้จำนวนหัวประชากรมากำหนดงบประมาณที่พื้นที่จะได้รับ ร่วมกับการปรับการบริหารจัดการต่างๆ เช่น การจ่ายเงินตามงานที่ทำ และการกำหนดเรื่องคุณภาพบริการ ทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน แต่ก็ทำให้คนทำงานส่วนใหญ่จะทำงานมุ่งเน้นตัวชี้วัดที่สามารถแปรเป็นเงินได้

สำหรับเรื่องเขตบริการสุขภาพนั้น ราชบุรีเริ่มต้นมาตั้งแต่ปี 2553 โดยประยุกต์ต่อยอดจากแนวคิดอำเภอควบคุมโรค แบบ District health system โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลเข้ามามีบทบาท ตั้งแต่การร่วมเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา การร่วมลงทุน และการร่วมพัฒนาแผน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

การที่เจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ไม่ทราบรายละเอียดที่ระดับบนได้คิดและวางแผน อาจส่งผลต่อการทำงานจริงในพื้นที่ เช่น การใช้งบประมาณผิดพลาด เป็นต้น

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

ในเขต 5 แผนของเขตบริการสุขภาพมีความชัดเจน ตอบสนองต่อความต้องการ

มีเวทีประชุมแนวทางการดำเนินงานภาพรวม โดยเชิญเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ไปรับฟัง

มีการกำหนดชุดตัวชี้วัดในการดำเนินงานตามนโยบาย ซึ่งมีจำนวนมากเกินไป

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

เห็นการเปลี่ยนแปลงเรื่องระบบยา แต่เดิมส่วนกลางเป็นคนจัดการ และจัดสรรให้มาในระดับพื้นที่ มีปัญหาเรื่องยาหมดอายุจำนวนมาก แต่ปัจจุบันพบว่ามีการจัดการเป็นระบบมากขึ้น มีการคำนวณอัตราการใช้ยาเฉลี่ยแต่ละรายการในรอบ 3 ปี

แต่เดิมบ่งเสริมป้องกัน ของสปสช. จะไปกองที่ CUP โดยที่การบริหารจัดการไม่ชัดเจน ขณะที่ในปัจจุบัน ผู้บริหารเขตบริการสุขภาพร่วมกับสปสช. ทำการจัดสรรงบดังกล่าวลงไปอย่างครอบคลุมมากขึ้น แต่ไม่มีตัวเลขมาประกอบ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ควรช่วยจัดการปัญหาขาดแคลนบุคลากร ทั้งในเรื่องจำนวนตำแหน่ง และคุณสมบัติหรือความชำนาญของคนในแต่ละตำแหน่ง

ควรพัฒนาโมเดลการจัดสรร หรือแบ่งปันทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับระดับจังหวัด และระดับเขต

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ และตำบล

ภาพรวมของระบบ

นโยบาย

1. รับทราบนโยบายแต่รายละเอียดไม่ทราบ

การบริหารจัดการและการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพระดับพื้นที่

แนวทางการบริหารจัดการ

1. เป็นการนำระบบเดิมที่มีอยู่แล้วมาจัดให้เข้ากับระบบใหม่ เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
2. ผู้นำเขตเป็นคนมีวิสัยทัศน์
3. มีการบูรณาการแผนงานให้ชัดเจนขึ้น เช่น แผนงานตามกลุ่มวัย
4. ระบบการทำงานของ สสอ กับ รพ.สต. ทำงานแก้ปัญหาพื้นที่เป็นหลักตามนโยบาย DHS

ปัญหาที่พบ

1. ตัวชี้วัดมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถทำได้ตามเป้าที่วางไว้
2. งานมาก ค่าตอบแทนน้อย
3. คนทำงานน้อย ไม่ตรงตามสายงานจริง

บันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เขต 7
(จำนวนผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 24 ราย)

ผู้บริหารระดับเขต

ความเป็นมา

แต่เดิมคณะกรรมการประสานงานระดับเขต (คปสข.) เป็นกลไกที่เคยมีอยู่ในพื้นที่ แต่ไม่เหมือนกับกลไกที่มีในนโยบายเขตบริการสุขภาพปัจจุบัน ซึ่งจะเน้นการบริหารจัดการร่วมกัน สอดคล้องกับที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญที่เน้นการมีส่วนร่วมและเกิดการครอบคลุมและเป็นธรรมในสังคม อย่างไรก็ตามคนส่วนใหญ่ในพื้นที่ยังสับสนว่า คณะกรรมการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพนั้นจะมีบทบาทหน้าที่ที่ซ้ำซ้อนกับคปสข.หรือไม่

ความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ขอนแก่นมีการจัดเรียงหน่วยงานต่างๆ ตามความเหมาะสมในพื้นที่ ไม่เหมือนกับที่กำหนดมาโดยส่วนกลาง ทั้งนี้หน่วยงานวิชาการ เช่น กรมควบคุมโรคจะมีการสั่งการให้สำนักงานควบคุมโรค (สคร.) ในพื้นที่ทำการสนับสนุนด้านวิชาการอย่างใกล้ชิดกับหน่วยงานด้านปฏิบัติการในเขตบริการสุขภาพ ต่างจากในอดีตที่ทำงานบางอย่างไม่สอดคล้องกัน ยกตัวอย่างเช่น ทางสำนักงานปลัดฯ จะมีการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพระดับอำเภอ ที่รู้จักกันในนาม District health system (DHS) ในขณะที่กรมควบคุมโรค จะเน้นเฉพาะเรื่องการควบคุมป้องกันโรค โดยสร้างนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งอย่างยั่งยืน แม้สองเรื่องนี้จะอยู่ในพื้นที่เดียวกัน แต่ดำเนินการไม่สอดคล้องกัน ต่างคนต่างทำ

ในปัจจุบัน เขตพื้นที่ของจังหวัดขอนแก่น กรมวิชาการมีการปรับเข้าหาเขตบริการสุขภาพมากขึ้น อย่างเห็นได้ชัด โดยหาทางบูรณาการลงไปถึงระดับหมู่บ้านเลยทีเดียว

อย่างไรก็ตาม ในทางกฎหมาย ยังไม่มีโครงสร้างของเขตบริการสุขภาพที่ได้รับการกำหนดอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรในตัวบทกฎหมาย หรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ทำให้ในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ จึงเกิดขึ้นตอนที่เพิ่มขึ้นกว่าเดิม กล่าวคือ จะต้องมีการส่งต่อจากจังหวัดไปยังเขต ก่อนไปถึงกระทรวง ทำให้เกิดความล่าช้าของการสั่งการ รวมถึงการส่งต่อข้อมูลต่างๆ จนไม่สามารถทำงานได้ทัน ทั้งเรื่องคน งาน และงบประมาณ ทางพื้นที่จึงมีการปรับตัวโดยหากวิธีต่างๆ เข้ามาใช้ในการประสานงาน เช่น การใช้ Line เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

การดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพจะสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของโครงสร้างการดำเนินงาน และอำนาจตามกฎหมายในการบริหารจัดการ

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

หากมองด้านการจัดบริการในเขตนี้ มีการพัฒนาต่อยอดจากระบบแผนการจัดบริการ (Service plan) ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2552 โดยจำแนกออกเป็น 3 แผน ได้แก่ โครงสร้าง ทรัพยากร และคุณภาพบริการ/การจัดบริการ ทั้งนี้ในปัจจุบันมีการจำแนกแผนการจัดบริการเป็น 10 สาขา คิดว่าคงเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ถูกกำหนดมา โดยประยุกต์เอาหลัก service plan มาจับตามประเด็นนั่นเอง

การขับเคลื่อนนโยบายเขตบริการสุขภาพควรใช้ service plan เดิมมาเป็นตัวตั้งมากกว่า

การจัดการทรัพยากรบุคคลตามตำแหน่งการบริหารเขตบริการสุขภาพ มีแนวทางมาจากส่วนกลาง แต่การกำหนดตัวบุคคลนั้นมีการจัดการกันเองภายในเขตโดยผู้ตรวจราชการเป็นผู้พิจารณาแต่งตั้งตามความเหมาะสม เช่น ผอ.รพ.ร้อยเอ็ดมาช่วยเป็น CHRO, แพทย์จากรพ.มหาสารคามมาช่วยดูแลในฐานะ CIO, ผอ.รพ.ขอนแก่นทำหน้าที่ COO เป็นต้น

Main actorsของเขตนี้คือ ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ และเหล่า Cs เพราะมีความเข้าใจพื้นที่ และสามารถเชื่อมต่อกับเครือข่ายในพื้นที่ได้ดี

คณะกรรมการบริหารเขตบริการสุขภาพไม่มีภาคประชาสังคม

ลักษณะของผู้บริหารเขตบริการสุขภาพที่พึงปรารถนา ควรมาจากสายสาธารณสุขจังหวัด เพราะมีความคุ้นเคยกับพื้นที่มากกว่า ในขณะที่สายผู้ทรงคุณวุฒิ ซี 10 นั้นมักเน้นหนักด้านวิชาการ ส่วนคุณสมบัติอื่นๆ ที่ควรมี ได้แก่ ภาวะผู้นำ ธรรมาภิบาล เข้าใจระบบสาธารณสุขทุกระดับ มีทักษะในการประสานงาน และการจัดสรรทรัพยากร

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

CIO มีส่วนในการผลักดันให้เกิดแผนยุทธศาสตร์ด้านสารสนเทศระดับเขต และโครงการย่อยต่างๆ

CSO และทีมงาน ร่วมกันผลักดันให้เกิด service plan ระดับเขตตามนโยบายกระทรวง

CHRO และทีมงาน ร่วมกันพัฒนาแผนจัดการกำลังคนถึงปี 2560

โครงการที่เป็นผลผลิตที่เพิ่งเกิดขึ้นระหว่างดำเนินนโยบายนี้ คิดว่ามีหลายเรื่อง เช่น โครงการสุขภาพ ศาลา โครงการจัดการปัญหาพยาธิใบไม้ในตับ โครงการไอโอดีน ซึ่งมีการมอบหมายให้แต่ละจังหวัดในเขตเป็นแม่งาน แล้วให้จังหวัดอื่นๆ มาร่วม โดยได้รับงบประมาณระดับเขต ร่วมกับทาง สปสช.

ส่วนเรื่องผลลัพธ์จากการดำเนินนโยบายนี้ยังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

โครงสร้างระบบเขตบริการสุขภาพควรทำให้ชัดเจน โดยพิจารณาเรื่องขวัญกำลังใจ และความก้าวหน้าในอาชีพ

การกระจายอำนาจทั้งเรื่องคน งาน เงิน โดยควรกำหนดระดับการตัดสินใจให้ชัดเจน รวมถึงระดับงานที่เหมาะสม พร้อมระบุบทบาทหน้าที่

การขยายความสัมพันธ์ระหว่างเขตบริการสุขภาพกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ระดับกระทรวง เพราะประเด็นหลายประเด็นอาจต้องทำงานร่วมกับกระทรวงอื่นด้วย

การบูรณาการงานของส่วนกลาง ระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวง กับกรมวิชาการ เพื่อสนับสนุนงานของเขตบริการสุขภาพให้สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ และตำบล

ภาพรวมของระบบ

นโยบาย

1. เดิมเป็นเขตตรวจราชการ ปัจจุบันบริหารเหมือนสำนักงานปลัด บริหารจัดการเองที่เขต
2. การจัดสรรคน และเงิน อยู่ที่เขต เน้น service plan ที่ รพศ/ รพท/ รพช ยังไม่ลงถึง primary care

ข้อดี

1. เป็นการกระจายอำนาจ
2. ขับเคลื่อนได้เร็วกว่าระบบเดิม แต่อาจยังไม่ถึงประชาชน

ปัจจัยสำเร็จ

เครือข่ายมีความสำคัญในการทำงาน โดยเฉพาะท้องถิ่น

อุปสรรค

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญกับงานใน รพ สต. หรือ primary health care มากน้อยต่างกันส่วนใหญ่การประชุม เป็นเรื่องของการรักษา เน้นไปที่ รพศ/ รพท/ รพช การส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญน้อยมาก
2. การขยายโครงสร้างพื้นฐานความเป็นเมืองเพิ่มมากขึ้น ทำให้การทำงานกับชุมชนหรือพื้นที่ทำได้ไม่ครอบคลุมซึ่งทำให้กระทบกับผลงานที่ได้ (สะท้อนปัญหากลับได้เฉพาะจังหวัด ไปไม่ถึงเขต)
3. เปลี่ยนผู้บริหารใหม่ (ผู้ตรวจ/ นพ.สสจ.) นโยบายเปลี่ยนตาม

การบริหารจัดการในพื้นที่

1. สสอ.ทราบว่ามีการบริหารจัดการในแต่ละเรื่อง ตามคณะกรรมการ (ตาม C ต่างๆ) มีส่วนร่วมเข้าเป็น คกก. CHRO ของเขต มีการขับเคลื่อนนโยบายเรื่องบุคลากรผ่านทางเวทีประชุม ชมรม สาธารณสุขจังหวัด เช่น การพัฒนาบุคลากร ความก้าวหน้าในสายงานของวิชาชีพต่างๆ รวม นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงาน สธ เจ้าพนักงานทันตกรรม (ก่อน

เป็นเขตบริการสุขภาพ พิจารณาเฉพาะบางวิชาชีพ)มีตัวแทนจาก วิทยาลัยพยาบาล
มาร่วมเป็น คกก. ด้วย

2. ผอ.รพสต. ทราบว่ามีนโยบายเขตบริการสุขภาพโดยผ่านคณะกรรมการ cup board แต่
ไม่ทราบในรายละเอียดในแต่ละคณะกรรมการ รับทราบเฉพาะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ
พื้นที่ที่จะต้องทำเท่านั้นเนื่องจากไม่ได้เป็นคณะกรรมการชุดใด
3. Service plan ที่ลงถึงระดับ รพ.สต. เช่น service plan orthoในเรื่องของการเยี่ยมบ้าน
4. เน้นเรื่องข้อมูลเพราะจ่ายเงินตามข้อมูลซึ่งเป็นผลงานของพื้นที่ ให้ความสำคัญกับการ
บันทึกข้อมูลมากกว่า ทำให้การลงให้บริการในพื้นที่ทำได้น้อย
5. การจัดสรรคน เงิน ของ ยังไม่ถึงทุกระดับ
6. การขับเคลื่อนนโยบาย อำเภอเมืองได้เปรียบเนื่องจากเป็น คกก. เอง เวลาประชุมก็
สามารถบอกนโยบายที่ได้รับมาทันที ไม่ต้องรอ อำเภออื่นต้องรอตามวาระประชุม ทำให้
นโยบายต่างๆ ทำได้ช้า
7. แต่ละ คกก. ตาม C ต่างๆ ประชุมทุกเดือน เวียนตามจังหวัด ได้การเรียนรู้
8. ควรมีตัวแทนแต่ละระดับ ทุกจังหวัดเข้าร่วมเป็น คกก. ด้วย หรือมีการดำเนินงานคู่ขนาน
กัน เช่น ผ่าน ชมรมสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นนิติบุคคล สามารถดำเนินงานได้เร็วและง่าย
ช่วยผลักดันนโยบาย
9. ตัวชี้วัด ควรมีการวัดในระบบงานสำคัญๆ และมีระบบจัดเก็บที่ตอบสนองตัวชี้วัดนั้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีกระบวนการสื่อสารที่ต้องทำความเข้าใจในทุกระดับของพื้นที่ เพื่อช่วยในการ
ขับเคลื่อนระบบเขตสุขภาพ
2. ข้อมูลที่มีอยู่ทำอะไร เป็นข้อมูลที่ดี มีคุณภาพ ตอบสนองต่อการทำงานและตัวชี้วัด
3. กระบวนการจัดสรรทั้ง คน เงิน ของ ควรมีการบริหารจัดการโดย สสอ. มากกว่า CUP
เนื่องจาก สสอ. จะมีความเข้าใจพื้นที่มากกว่า
4. ระบบค่าตอบแทนมีความเหลื่อมล้ำกันในพื้นที่ของชุมชนควรมีความเสมอภาค เท่าเทียม

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ

ภาพรวมของระบบ

นโยบาย

1. เห็นด้วยกับนโยบายเขตบริการสุขภาพ
2. เขตเปลี่ยนบทบาทจากเดิมเป็น Auditor มาเป็น Purchaser
3. เขตทำหน้าที่ดูเรื่อง คน ได้อย่างเดียวตอนนี้ยังประเมินไม่ได้

ข้อดี

1. เกณฑ์การจัดสรรคน ชัดเจนขึ้น ระบบดีขึ้น ลดระบบเส้นสาย

ข้อเสนอแนะ/แนวทาง

1. เขตต้องทำหน้าที่ในการคุมทั้ง คน เงิน ของ
2. กระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ต้องคุยกัน

ปัจจัยไม่สำเร็จ

1. กระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ยังไม่คุยกัน
2. ผู้ตรวจเปลี่ยน ทุกอย่างเปลี่ยน(คุณสมบัติผู้นำ: ยุติธรรม มีความรอบรู้ ฟังคน ตัดสินใจด้วยข้อมูล)

การบริหารจัดการและการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพระดับพื้นที่

แนวทางการบริหารจัดการ

1. การจัดสรร พัฒนา การบรรจุ ตามความขาดแคลน ชัดเจนขึ้น เห็นชัดสุด (เมื่อก่อนสำนักงานปลัดฯ คุม)
2. ระบบข้อมูลในเขตพยายามตั้ง data center ของเขต ข้อมูลดีขึ้นกว่าเดิม
3. ตัวชี้วัด ถ้าทำตาม สปสช. ก็ได้เงิน ทำตามกระทรวง ไม่ได้เงิน ควรมองที่ประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก แต่มีบางแห่งอาจทำไม่ได้
4. ทำหน้าที่เป็น CFOของเขตโรงพยาบาลที่มีปัญหาการเงิน ส่วนใหญ่เป็นเพราะผู้บริหารบริหารเงินไม่ดี ไม่ได้เกิดจากเงินที่ได้มาน้อย

5. Service plan ทั้ง 11 สาขา สามารถนำมาใช้ได้ ตามสภาพ บทบาทของระดับโรงพยาบาล รวมถึง ระดับ รพ.สต. มีปัญหาเรื่องการปรับความเข้าใจแนวคิดเรื่อง service plan ว่าเป็น การรักษา ที่จริงแล้วเป็นเรื่องของบริการ
6. การเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้การบริหารจัดการ คน เงิน ของ ยากขึ้น
7. มุมมองเรื่องเงิน ของระดับ รพช. กับ กระทรวงแตกต่างกัน ระดับ รพช. อาจมองว่าจัดสรรดีแล้ว
8. การบริหารงานของเขต เรื่องคนคุมได้หมด 100% เรื่องเงินไม่ได้ 100% เรื่องของได้เกือบ 100%

ข้อเสนอแนะ

1. ต้องมองที่ประชาชนได้ประโยชน์เป็นหลัก
2. กระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ต้องคุยกัน มีทิศทางไปในทางเดียวกัน
3. กระทรวงสาธารณสุข ควรมองเรื่องข้อมูล มากกว่าเรื่องเงินกระทรวงควรมีข้อมูลด้านสุขภาพดีที่สุด ไม่ใช่ สปสช.

บันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เขต 11
(จำนวนผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 28 ราย)

ผู้บริหารระดับเขต

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ในอดีตการดำเนินงานด้านระบบบริการสาธารณสุขนั้น ส่วนกลางมักเป็นคนสร้าง vertical programs ต่างๆ ขึ้นมา ในขณะที่ส่วนภูมิภาคเน้นการขยายสถานพยาบาลเพื่อให้สามารถบริการประชาชนได้ครอบคลุมตามพื้นที่ต่างๆ มากขึ้น ในห้วงเวลาดังกล่าวมีความพยายามที่จะบูรณาการงานระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาคให้มีความสอดคล้องกัน แต่ก็ประสบปัญหาในทางปฏิบัติอยู่พอสมควร

ต่อมามีแนวคิดที่จะพัฒนากลไกใหม่ในรูปแบบเขตสาธารณสุข โดยลด vertical programs ทั้งในลักษณะควบรวม ยุบทิ้ง และมีการสร้างภารกิจใหม่ที่จำเป็น ในระยะเวลาต่อมา มีการปรับระบบการทำงานโดยให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงมีบทบาทที่จะช่วยบริหารจัดการข้ามจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อจัดการปัญหาต่างๆ ที่คาบเกี่ยวข้ามจังหวัด

ในกระทรวงสาธารณสุขนั้น สำนักงานปลัดกระทรวงต้องดูแลข้าราชการมากกว่า 200,000 คน และพนักงานอื่นๆ อีกกว่า 200,000 คน ซึ่งถือว่ามีความจํานวนมากกว่าสำนักงานปลัดของกระทรวงอื่นๆ ในขณะที่กรมบางกรมไม่มีหน่วยงานระดับภูมิภาคเลย เช่น สำนักงานอาหารและยา (อ.ย.)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีหน่วยงานกระจายใน 76 จังหวัด งานมาก ทรัพยากรมาก แต่ไม่มีตัวช่วยตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ทั้งเรื่องคน เงิน ของ โดยผลักภาระให้ไปทำการตัดสินใจกันเองระดับจังหวัด ส่วนกรมต่างๆ ที่มีหน่วยงานระดับภูมิภาค เช่น สำนักงานควบคุมโรค ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์อนามัย ล้วนเป็นโครงสร้างที่มีขอบเขตการทำงานเหนือระดับจังหวัด และไม่ได้มีภารกิจหลักในด้านงานบริการ ในขณะที่กรมการแพทย์ก็ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงในพื้นที่ได้

ในขณะเดียวกัน การเกิดขึ้นของสปสช. มีการนำหลักการควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost containment) มาเป็นกลไกหลักสำหรับการบริหารระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และหวังจะมาขับเคลื่อนระบบบริการของประเทศ

นโยบายเขตบริการสุขภาพในปัจจุบันนั้น จะเน้น 3 เรื่องหลัก ได้แก่ การจัดบริการ การจัดสรรทรัพยากร และการจัดการปัญหาระบบบริการที่แยกส่วน (Fragmented service system)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

ความต่อเนื่องของนโยบาย เพื่อให้เกิดพันธะผูกพัน ไม่อย่างนั้นจะเกิดปัญหาแย้งกันเอาหน้าบ่อน้ำ

การยอมรับ และความเข้าใจในบริบทการทำงานของกันและกัน

การจัดวางระบบ และเนื้อหาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนในพื้นที่

สมดุลระหว่างการจัดการแบบเด็ดขาด กับแบบยืดหยุ่น

ระบบการติดตาม กำกับ ประเมินผล

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

ในเขต 11 มีการตั้งความคาดหวังไว้ว่า เขตจะทำหน้าที่ในการเสริมพลังให้แก่ระดับจังหวัด ไม่ใช่ไปทำเอง โดยจะวิเคราะห์และจำแนกเรื่องงานในเขตเป็นกลุ่ม เช่น เรื่องที่ต่างคนต่างทำ ยกตัวอย่างเช่น การส่งต่อ เรื่องที่ไม่มีคนทำ ยกตัวอย่างเช่น โรคระบาดบริเวณรอยต่อจังหวัดต่างๆ และเรื่องที่ต้องทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะเรื่อง

เรื่องที่น่ามาหารือกันในระดับเขต มีหลายเรื่อง เช่น เรื่องจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และการกระจายกำลังคน การเจรจาต่อรองระหว่างหน่วยงานภายในพื้นที่ โดยเชื่อมโยงประเด็นงบประมาณว่า หากให้ที่ได้ไปแล้ว ที่นั่นจะต้องมีการสนับสนุนที่อื่นๆ อย่างไรได้บ้าง อาทิเช่น การลดราคาค่าบริการ การรับส่งต่อ การยกให้ฟรี หรือการแลกเปลี่ยนโดยส่งบุคลากรออกไปช่วยงาน เป็นต้น

เขต 11 มองนโยบายเขตบริการสุขภาพเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการในพื้นที่ มองตำแหน่งต่างๆ ที่ถูกกำหนดมาเป็นเหมือนหน่วยเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic unit) และเลือกทำเฉพาะเรื่องที่ข้ามจังหวัด

เรื่องบางเรื่องจำเป็นต้องมีการตัดสินใจแบบทุบโต๊ะ กำหนดให้หน่วยงานในเขตดำเนินการ ยกตัวอย่างเช่น การจัดการเรื่องคน ที่กำหนดให้แพทย์ที่จบ subboard ต้องไปทำงานที่โรงพยาบาลศูนย์ ไม่ให้อยู่โรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงเรื่องการลงทุน การตามจ่ายค่ารักษาพยาบาล และการส่งข้อมูลระหว่างกัน

พื้นที่ 7 จังหวัดในเขต 11 เป็นพื้นที่ยาว มีทั้งฝั่งอ่าวไทย และฝั่งอันดามัน จึงมีผลต่อแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น จังหวัดภูเก็ตต้องมีการจัดการเฉพาะ มีคนทำงานมาก ปริมาณงานผู้ป่วยนอกมากกว่างานผู้ป่วยในอย่างมาก และประชาชนมักมารับบริการช่วงกลางวัน ในขณะที่จังหวัดนครศรีธรรมราช มีธรรมชาติของการดูแลรักษาพยาบาลในลักษณะที่ผู้ป่วยหนักจะไปอยู่ที่โรงพยาบาลจังหวัดในสัดส่วนที่สูงมาก จึงมีการลงทุนพัฒนาหอผู้ป่วยวิกฤติกลาง โดยใช้งบประมาณกว่า 350 ล้านบาทปรับปรุงตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กินพื้นที่กว่า 70% ของตึก ภายใต้พันธะสัญญาในการดูแลผู้ป่วยหนัก 80% ของจังหวัด ในขณะที่อีก 20% จะกระจายไปอยู่ 4 มุมเมือง

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยอาศัยงบลงทุนร่วม และพันธะสัญญาระหว่างหน่วยบริการ

แนวทางการจัดการกำลังคน ภายใต้ข้อตกลงการทำงานระหว่างหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ควรทำให้เกิดความต่อเนื่องของนโยบาย

ประชาสังคมควรเข้ามามีส่วนร่วมในกรณีที่มีการดำเนินการใดๆ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสาธารณะ หรือใช้ทรัพยากรนอกเหนือจากทรัพยากรที่มีในระบบ โดยจะต้องมีการพิจารณาหาข้อตกลงชัดเจนเรื่องประเด็นที่จะเข้ามาร่วม ระดับการเข้ามาร่วม และวิธีการที่จะแสดงความมีส่วนร่วม

ผู้บริหารระดับเขต

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

นโยบายเขตบริการสุขภาพเน้นหนักเรื่องการกระจายอำนาจ การดำเนินการที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ การลดขั้นตอนในสายบังคับบัญชาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในระบบงาน การจัดการทรัพยากรและแผนการจัดบริการที่สามารถปรับแต่งได้ตามบริบทของพื้นที่และประชากรที่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากสมัยเดิมที่ทำงานแบบ routine

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

ความยุติธรรมในการบริหารจัดการของ CEO

กลไกการถ่วงดุลอำนาจ และการตรวจสอบ

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

ระบบการทำงานในปัจจุบันหลังจากดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ มีการแบ่งหน้าที่กันโดยคร่าว หลักการคือให้ทางสาธารณสุขนิเทศก์มีบทบาทเป็น regulator ในขณะที่กระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน กรมบัญชีกลาง สปสช. มีบทบาทเป็น purchaser ส่วนหน่วยงานบริการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขก็จะทำหน้าที่เป็น provider ทั้งนี้ทั้งนั้นทั้ง purchaser และ provider จะมาคุยตกลงกันผ่านทาง Area health board จากเดิมในอดีตจะเป็นการซื้อบริการแบบ vertical programs ซึ่งพบว่ายี่งมีกองทุนย่อยมากเท่าไร ก็จะมีปัญหาการดำเนินงานแบบล๊อคสเปค มากเท่านั้น โดยบังคับให้ทำงานตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่กำหนดไว้ตามกฎหมายระเบียบย่อยของแต่ละกองทุน มีผลให้คนทำงานในพื้นที่ทำงานอย่างยากลำบาก

การทำงานในปัจจุบันยังประสบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกลไกการเงินการคลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิประโยชน์ต่างกองทุนที่ไม่เหมือนกัน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ และลักลั่นในทางปฏิบัติ

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

วงจรการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงาน เช่น งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย

Service plan ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นปัญหาจริงในพื้นที่ โดยมีกระบวนการเรียงลำดับความสำคัญ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ควรพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการรวมกองทุนให้เป็น National health package

ผลักดันให้ออกนอกระบบเดิม โดยให้พื้นที่แต่ละเขตดูแลโดยคณะกรรมการสุขภาพระดับเขต (Area health board) และมีอำนาจเต็มในการบริหารจัดการเรื่องคน และงบประมาณ เพราะ ปัจจุบันเรื่องคนก็ผูกติดกับภพ. ส่วนเรื่องงบประมาณก็ผูกติดกับผู้ว่าราชการจังหวัด

ควรพัฒนาระบบสารสนเทศให้เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาระบบการเบิกจ่ายให้มีความสะดวกรวดเร็ว ไม่เป็นภาระ ทั้งนี้ปัจจุบัน ระบบการเบิกจ่ายเบียดเวลาในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ไปอย่างมาก

สร้างขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ ปัจจุบันยังทำงานหนัก ยังมีโอกาสผิดพลาด และถูกฟ้องร้องสูง เป็นเงาตามตัว

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ และตำบล

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

เขตตั้งมาเพื่ออะไร?

กระทรวงสาธารณสุขให้สุราษฎร์ธานีเป็นศูนย์กลางในเขต 11 แต่ความเป็นจริงคนภูเก็ติดกับพังงาไม่มาที่สุราษฎร์ธานีหรอก นอกจากนั้นนครศรีธรรมราชก็มีศักยภาพของเขาดีอยู่แล้ว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

การมีกฎหมายรองรับตำแหน่งและอำนาจ บทบาทหน้าที่ที่มอบหมาย

การมีอำนาจเบ็ดเสร็จในการบริหารจัดการกันเองระดับเขต

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

โครงสร้างการทำงานของเขต และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องในปัจจุบันนี้ไม่มีอำนาจหน้าที่ชัดเจนตามกฎหมาย แม้จะมีคณะกรรมการร่วมกัน แต่ตอนทำงานจริง เช่น service plan ตามกลุ่มโรคจะถูกกำหนดไปให้จังหวัดใดจังหวัดหนึ่งรับผิดชอบของทั้งเขต ไม่ได้เกิดจากฉันทามติของทุกคน

ที่ผ่านมา สังเกตได้ว่างบประมาณที่แต่ละแห่งจะได้มานั้น ขึ้นกับกระบวนการล็อบบี้ระหว่างสาธารณสุขจังหวัดกับผู้ตรวจราชการเขต

สาธารณสุขอำเภอ และผอ.รพสต.มักจะติดต่อประสานงานใกล้ชิดกับสาธารณสุขจังหวัดมากกว่าจะติดต่อกับระดับเขต ทั้งๆ ที่จริงแล้ว งานจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่จริงมากขึ้น หากปรับกระบวนการทำงานของเขตบริการสุขภาพให้เป็นแบบโมเดลของสำนักงานควบคุมโรค ที่เขตทำงานใกล้ชิดพื้นที่อย่างมาก

ตัวแทนของสสอ.ที่ไปประชุมในระดับเขต เช่นใน Service provision board ไม่ค่อยได้มาถ่ายทอดข้อมูลหรือความรู้ให้คนอื่นได้รับรู้เลย สะท้อนถึงความไม่เหมาะสมของการกระจายความเป็นตัวแทนพื้นที่

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

มีการพัฒนาสิ่งปลูกสร้าง และครุภัณฑ์ต่างๆ ตามจุดเน้นของ service plan

มีการพัฒนาบุคลากร แต่มักเน้นแต่แพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

มีการแชร์บุคลากรข้ามจังหวัด เพื่อมาช่วยงานต่างๆ เช่น มีการดึงศัลยแพทย์จากชุมพรมาช่วยที่สุราษฎร์ธานี

มีการจัดการเวชภัณฑ์ร่วมกัน เช่น การประกวดราคาเพื่อจัดซื้อเวชภัณฑ์ระดับเขต ทำให้ซื้อได้ราคาถูกลง เช่น พาราเซตามอล เดิมราคาเม็ดละ 10 สตางค์ ลดเหลือเม็ดละ 8 สตางค์

งบสปสข.ในส่วนของ contingency fund ได้รับการจัดสรรไว้เพื่อช่วยโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน

มีการพัฒนาโรงพยาบาลรอบเมือง 4 แห่ง โดยแบ่งเป็น 4 โซน ได้แก่ รพ.กาญจนดิษฐ์ รพ.ไชยา รพ.เวียงสระ และรพ.ท่าโรงช้าง เพื่อช่วยดูแลประชากรในพื้นที่ และลดความแออัดในเมือง โดยเป็นการจัดสรรทรัพยากร และงบประมาณ ผ่านการประชุมหารือกันในรูปแบบคณะกรรมการในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

มีโมเดลการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยจักษุแพทย์ ซึ่งมีความเต็มใจเดินทางไปต่างๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย และจักษุแพทย์เป็นคนทำแผนงาน และทำกิจกรรมเอง

มีการจัดสรรพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติงานที่รพสต. โดยทางโรงพยาบาลชุมชนสนับสนุนแล้ว 10/20 แห่ง (50%)

Main actorsระดับเขตคือ ผู้ตรวจ และสคร. ระดับจังหวัดคือ สาธารณสุขจังหวัด ผชชว. และคณะกรรมการประจำจังหวัด และระดับอำเภอคือ ผอ.รพ.ชุมชน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

ควรมีกฎหมายรองรับโครงสร้างเขต รวมถึงกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน

ควรตั้งเป้าหมายในการพัฒนาความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์

ควรสร้างระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ชัดเจน ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และมีแนวทางการจัดการปัญหาในการเรียกเก็บเงินในระบบตามจ่าย

โมเดลการพัฒนาอาจลองดูการปฏิรูปการศึกษาของสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่มีอำนาจเบ็ดเสร็จที่เขต

เขตควรมีตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของตนเอง ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกเขต

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

เขตบริการสุขภาพที่น่าจะเป็น ควรจะสามารถดูแลแบบเบ็ดเสร็จด้วยตนเอง ครอบคลุมตั้งแต่ ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และดูแลรักษา และมีอำนาจ และมีทรัพยากรที่เพียงพอในการนำมาบริหารจัดการให้บรรลุผลได้ ยิ่งไปกว่านั้น ยังควรที่จะสามารถทำงานร่วมกับแหล่งทรัพยากรอื่นๆ ภาคส่วนอื่นๆ และร่วมกับท้องถิ่นได้

โดยแท้จริงแล้วแนวคิดการทำงานแบบ District health system นั้นดี น่านำมาปรับใช้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

การกระจายอำนาจตัดสินใจเรื่องคน และการจัดการทรัพยากรต่างๆ

การเพิ่มความร่วมมือมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ ในการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ

การเพิ่มช่องทางให้เกิดการรับรู้ความเคลื่อนไหว หรือสถานการณ์ในเขตบริการสุขภาพ

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

ในช่วงที่ผ่านมา ไม่ได้ต่างจากการทำงานในระบบเดิม นอกจากที่ผู้ตรวจมาบ่อยครั้งมากขึ้น

ไม่มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และรูปแบบการทำงาน

งานส่งเสริมและป้องกัน มีงบประมาณจัดสรรผ่านมาทาง CUP และนำไปบริหารจัดการในพื้นที่

โครงการผู้สูงอายุที่ผลักดันผ่านมาจากเขต มีการกำหนดเป้าหมายคือ “ผู้สูงอายุคุณภาพ” เป็นการทำแบบ one size fits all ทำให้เกิดปัญหาในการทำงาน ไม่ยั่งยืน เพราะพื้นที่มีความพร้อมต่างกันมาก

ตัวชี้วัดที่กำหนดให้พื้นที่นั้น เป็น “ตัวชี้วัดเชิงกดดัน” ไม่ใช่ “ตัวชี้วัดเชิงท้าทาย”

แต่ละจังหวัดยังมีความเป็นตัวของตัวเองอยู่มาก ไม่ค่อยยอมกันมากนัก ทำให้การทำงานระดับเขตยังคงเหมือนไม่มีประสิทธิภาพ

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

Service plans มีความชัดเจนขึ้นมาก

มีการจัดซื้อยาโดยทุกจังหวัดมารวมกันระดับเขต แล้วต่อรองซื้อยา (ยังไม่รวม lab)

เขตมีการจัดสรรงบประมาณมาให้ 20% มอบให้โรงพยาบาลขนาด M2 เพื่อพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ พร้อมกับการจัดสรรกำลังคนให้บางส่วน จากเดิมที่ไม่เคยได้เลย เพราะงบประมาณที่ได้มามากเป็นแบบเบี่ยงเบน ยกตัวอย่างเช่น การสนับสนุนให้รพ.กาญจนาดิษฐ์ ซึ่งเป็น 1 ใน 4 ของรพ.M2 เปิดหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) โดยจัดงบให้ 5 ล้านบาทเพื่อซื้อเครื่องช่วยหายใจ

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

เขตต้องมีโครงสร้าง อำนาจ หน้าที่ที่ชัดเจน

CEO เขต ควรจะมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นนักบริหาร มีประสบการณ์ในพื้นที่ อย่างไรก็ตามกฎกติกาและระเบียบในการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพจะมีผลมากกว่าคุณสมบัติเฉพาะตัว

เขตควรทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และวางแผนจัดสรรทรัพยากรให้ตรงความเป็นจริง โดยทางกระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรตามที่เสนอ

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับจังหวัด

ความเป็นมาและความคิดเห็นต่อนโยบายเขตบริการสุขภาพ

นโยบายเขตบริการสุขภาพนั้นเน้น 3 เรื่อง คือ ความสัมพันธ์ การจัดการงบประมาณ และการจัดการคน

“แม่น้ำ 76 สาย ลดเหลือ 12 สาย มุ่งสู่กระทรวงสาธารณสุข”

ภาระงานมาก

จากการดำเนินงานตามนโยบายมาระยะหนึ่ง การปรับระบบบางเรื่อง เช่น การจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ ทำให้รู้สึกประหลาดใจและช้า เพราะ “ยิ่งทำยิ่งทำให้รู้ว่า ของเดิมช่วยอย่างไร”

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบาย

การควบคุมกำกับ และการบริหารจัดการของ CEO (ภาวะผู้นำ)

ความชัดเจนของตัวนโยบาย และการมอบอำนาจ

การเคารพกฎกติกา

ความไว้วางใจต่อคนรับมอบอำนาจ

สถานะปัจจุบันในเขตบริการที่ดูแล

หลังการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ ได้ทำให้เกิดกลไกหรือวงจรพบกันระหว่างผู้บริหารในแต่ละระดับในพื้นที่ จากเดิมมีแต่เวทีอ้อมๆ เช่น เวทีของสปสช.

เกิดภาวะ“รู้เขา รู้เรา” มากขึ้นจากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามงานในที่ประชุมเขตบริการสุขภาพ

มีการก่อตัวของเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน และมีสัมพันธภาพต่อกันในเชิงบวก

มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ผ่านกลไก service plan และบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเป็นระบบมากขึ้น

เขตบริการสุขภาพมีงบค่าเสื่อม 20% (ประมาณ 80 ล้านบาท) โดย 54 ล้าน (16%) ดูแลโดยผู้ตรวจราชการ และนำไปจัดสรรสนับสนุนโรงพยาบาลระดับ M1-2 จำนวน 10% เพื่อพัฒนาขีดความสามารถให้สามารถเป็น node หรือแม่ข่ายได้ ส่วนที่เหลือก็นำไปสนับสนุนโรงพยาบาลระดับ F1-2-3 และระดับ S ทั้งนี้สัดส่วนดังกล่าวได้รับการร้องขอมาจากโรงพยาบาลต่างๆ จากทั้ง 7 จังหวัดในเขตส่วนงบประมาณอีก 16 ล้าน นำไปแลกกับเงินบำรุงโรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาตัวเองผ่านคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ เนื่องจากงบค่าเสื่อมนำไปซื้อด้าน IT ไม่ได้ จากนั้นเขตก็นำก้อนที่แลกมานั้นมาลงทุนโครงสร้าง IT ในระดับเขต

CXO ต่างๆ มีการเอาคนที่มียุทธศาสตร์ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรรมการ ตอนนี้คิดว่ามีความเหมาะสมดี

เขต 11 เน้นธรรมาภิบาลของการประมูล จัดซื้อจัดจ้าง มีการประมูลมากกว่า 15 ปี

ปัจจุบันเขตเป็นแบบ functional โอกาสน้อยที่จะเอาคนเก่งมาอยู่ด้วย เพราะไม่มี incentives นอกจากนี้ระบบราชการยังไม่มีโบนัสในการทำงาน

วางแผนที่จะพัฒนาระบบข้อมูลเขตแบบระบบเดียว 7 จังหวัด โดยใช้โปรแกรมของจังหวัดตาก ที่อาจารย์จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และมหาวิทยาลัยนครสวรรค์พัฒนาขึ้นมา โดยมอบหมายให้ทางจังหวัดชุมพรเป็น data center ของเขต และมีการดำเนินการไปแล้ว 70% โดยพัฒนา server และจัดการเรื่อง leased lines เรียบร้อยแล้ว และมีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างจังหวัดไปแล้ว 3 จังหวัด

ผลผลิตและผลลัพธ์จากนโยบายเขตบริการสุขภาพ

กระบวนการเรียนรู้ ซึ่งเกิดจากการตามงานของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านกรมวิชาการซึ่งมาทำงานร่วมกับทีมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอย่างใกล้ชิด เช่น งานกลุ่มวัย ซึ่งก่อให้เกิดแบบคัดกรองเด็กแบบใหม่ ดู EQ และประเมินภาวะผิดปกติต่างๆ เช่น โรคสมาธิสั้น ออทิสติก เป็นต้น เกิดประโยชน์ต่อประชากรในเขตกว่า 8 แสนคน

ระบบการบริหารจัดการงบประมาณ ที่อิงเหตุผล และสามารถอธิบายที่มาที่ไปได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุข

CEO เขตบริการสุขภาพ ควรมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นคนท้องถิ่น มี local wisdom มี connection มีประสบการณ์ในพื้นที่นั้นๆ นอกจากนี้ควรมีประวัติโปร่งใส ไม่คดโกง มีทักษะในการประสานงาน

ควรกำหนดขอบเขตอำนาจและบทบาทหน้าที่ของเขตบริการสุขภาพ และบรรจุเป็นกฎหมาย

สร้างความมั่นคงของนโยบายโดยไม่ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับจังหวัด

ภาพรวมของระบบ

ข้อดี

1. มีการพบกันของผู้บริหาร เกิด network relationship ที่เป็นรูปธรรม
2. มีการช่วยเหลือเกื้อกูลและวางแผนอย่างเป็นระบบมีทิศทาง มากขึ้น
3. มีการควบคุมกำกับและบริหารจัดการแบบมีทิศทางมากขึ้น
4. ลดความซ้ำซ้อนในงานบางอย่างได้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. การบริหารงานของ CEO เขตที่สามารถเชื่อมโยงจากนโยบายกระทรวงมายังพื้นที่ได้มากน้อย อย่างไร
2. ความชัดเจนของนโยบายจาก ปลัดกระทรวง

ปัจจัยแห่งความล้มเหลว

1. ความไว้วางใจในตัว CEO เขต ของปลัดกระทรวง
2. Service plan ควรมีการกำหนดเฉพาะสาขาที่มีความพร้อมจัดการในระดับเขต ส่วนในสาขาที่มีความสำคัญควรพิจารณาตั้งแต่ระดับประเทศ เช่น สาขาหัวใจ ตา ไต มะเร็ง

คุณสมบัติของ CEO

1. ควรเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เนื่องจาก มีความใกล้ชิดและรู้จักกัน การประสานติดต่อทำได้ง่ายกว่า
2. มีคุณสมบัติเฉพาะตัว ได้แก่ เป็นคนมือสะอาด (ซื่อสัตย์ สุจริต) มือประสาน (connection ที่ดี)

การบริหารจัดการและการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพระดับพื้นที่

แนวทางการบริหารจัดการ

1. ด้านงบประมาณ: งบที่เขตสามารถบริหารได้ คือ งบค่าเสื่อมประมาณ 20% CEO บริหาร 16% เอาไว้สำหรับพัฒนายกระดับ รพช. ระดับ M1 M2 และ F ปรับเปลี่ยนงบประมาณให้ได้

ทั้งเขต ซึ่งเกณฑ์ในการจัดสรร ใช้เกณฑ์เดียวกันกับกระทรวงฯ ส่วนเรื่องการติดตามการใช้เงิน เป็นบทบาทของ COO

2. ด้านเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์: เน้นให้ความสำคัญกับธรรมาภิบาลระบบ ตั้งแต่ในเรื่องการจัดซื้อ จัดจ้าง
3. ด้านบุคลากร: ยังไม่มีอำนาจเต็มในการจัดการ สำนักงานเขตต้องเลือกคนมาทำเอง
4. ด้านข้อมูลสารสนเทศ: พัฒนาการจัดทำ data center ของเขต มีการร่วมแชร์งบประมาณ จาก รพต่างๆ มาร่วมกันจัดการระบบ

Good practice ของเขต

1. CEO เขตเก่ง มีความเป็นผู้นำ
2. การทำงานผ่านกรมวิชาการตามงานของกระทรวง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้มีนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น งานกลุ่มวัย มีการออกแบบสมุดบันทึกแบบใหม่ใช้ทั้งเขต ยกเลิกสมุดบันทึกแบบเดิมของกระทรวง
3. การบริหารงบประมาณ มีที่มาที่ไป ของงบประมาณชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะ/แนวทาง

1. เรื่องขอบเขตความสามารถของเขตให้เป็นรูปธรรม ผลักดันให้เป็นกฎหมาย มีในระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
2. บอร์ดบริหารควรมีภาคีอื่นเข้าร่วมอยู่ใน RHB เพื่อให้มีการถ่วงดุลอำนาจ

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ

ภาพรวมของระบบ

นโยบาย

1. รู้สึกดี และเห็นด้วยกับระบบเขต มองว่าเป็นการกระจายอำนาจ
2. ยังไม่เห็นความแตกต่างจากระบบการบริหารของกระทรวงแบบเดิม มีเพียงผู้ตรวจมาเยี่ยม บ่อยขึ้น มีห้องทำงานใหม่ของเขต
3. อยากเห็นการทำงานแบบกระทรวงมีหน้าที่กำหนดเฉพาะนโยบาย หรือแนวคิดมาให้ ส่วนวิธีการบริหารจัดการเป็นการทำงานของเขตน่าจะเหมาะสมกว่า และมีความยั่งยืน มากกว่าแบบที่กระทรวงกำหนดมาให้ทั้งหมดรวมถึงวิธีการทำงาน ซึ่งมันมีความแตกต่างทั้งความพร้อม และบริบท
4. การเปลี่ยนแปลงหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นยังไม่มั่นใจว่าเป็นเพราะการเปลี่ยนของระบบเขต บริการสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวมันเองของระบบ

ปัจจัยเกื้อหนุน

1. ควรมีการกระจายอำนาจให้ผู้ตรวจราชการ (CEO) ได้ในระดับหนึ่ง เพื่อให้มีอำนาจและอิสระในการตัดสินใจระดับเขต
2. ควรมีภาคส่วนอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเขต เช่น ภาคประชาสังคม

ปัจจัยไม่สำเร็จ

1. ยังไม่มีความชัดเจน ยังไม่เห็นเป็นรูปธรรม
2. กระบวนการทำงาน บทบาทยังไม่ชัดเจนทำให้ตอบสนองไม่ถูก
3. ทรัพยากรมีจำกัด
4. แต่ละจังหวัดในเขตยังมีความเป็นตัวตน

ลักษณะ CEO เขต

1. ต้องเป็นผู้บริหาร โดยเฉพาะเป็นคนในพื้นที่ ทำให้มีการติดตามงานเดิม รวดเร็วขึ้น
2. คุณสมบัติกำหนดตามตำแหน่งผู้บริหาร

การบริหารจัดการและการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพระดับพื้นที่ แนวทางการบริหารจัดการ

1. มี service plan แต่ละสาขาชัดเจนขึ้นกว่าเดิม ทั้งในการจัดสรรงบประมาณ และบุคลากรให้
2. Service plan ปฐมภูมิ: ใช้เกณฑ์มาตรฐาน PCA
3. มีการซื้อขายร่วมระดับเขต
4. ตั้งชี้วัด มองว่าเป็นจุดอ่อนของการทำงาน เป็นตัวชี้วัดเชิงกดดัน บางพื้นที่ไม่สามารถทำตามตัวชี้วัดได้ แต่ไม่ได้ให้ความสนใจกับปัญหาที่ไม่สามารถทำได้ สนใจเฉพาะตัวเลขตามตัวชี้วัด

ข้อเสนอแนะ/แนวทาง

1. ให้เกิดการบริการทั้งหมดในพื้นที่ ให้ได้มากที่สุด
2. ป้องกัน/ ลดปัญหา เกี่ยวกับการบริหารจัดการทรัพยากร ให้บรรลุผลได้มากที่สุด
3. มีภาคีเครือข่ายอื่นเข้ามาร่วมในการบริหารจัดการ

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับอำเภอ และตำบล

ภาพรวมของระบบ

นโยบาย

1. เห็นด้วยกับระบบเขตบริการสุขภาพ
2. เข้าใจว่าเปลี่ยนเป็นการบริหารแบบเขต เพราะต้องการให้เข้ากับเขตของ สปสช. เพื่อบริหารจัดการง่ายขึ้น และ เพื่อให้มีการจัดระบบการดูแลของประชาชนในเขต

ข้อดี

1. เข้ากับการบริหารงานของเขต สปสช.
2. ทำให้ประชาชนได้รับบริการภายในเขตได้ ไม่ต้องไปรับการรักษาไกล
3. เป็นการ share ทรัพยากร

ข้อเสีย

1. ขาดอำนาจเบ็ดเสร็จในการบริหารจัดการของเขต
2. ขาดรูปแบบที่ชัดเจน
3. คณะกรรมการมีการแต่งตั้ง แต่ไม่มีบทบาท ขาดคนสั่งการ
4. เขตไม่มีอำนาจในการประเมิน ให้แต่นโยบาย/ แนวทาง

การบริหารจัดการและการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพระดับพื้นที่

แนวทางการบริหารจัดการ

1. มีแผนงาน service plan
2. มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วม
3. ยกกระดับโรงพยาบาลเป็น M2: รพ.กาญจนาดิษฐ์ รพ.เวียงสระ รพ.ท่าโรงช้าง รพ.ไชยา
4. สสจ. ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างเขตมายังสสอ./ รพ.สต.

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีอำนาจเต็มตามกฎหมาย
2. พัฒนาให้เป็น excellence center ในเขต
3. มีการเข้าถึงบริการและระบบส่งต่อที่ชัดเจน
4. มีการบรรจุแต่งตั้ง โยกย้าย สามารถทำได้ในเขต ไม่ต้องไปถึงกระทรวงฯ
5. ควรมีตัวชี้วัดของเขตเอง แตกต่างกันไปตามพื้นที่

บทวิเคราะห์

จากผลการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ และทุติยภูมิจากทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุข นิเทศก์ สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงบุคลากรที่สังกัดหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม ในพื้นที่เขต 2, 5, 7 และ 11 จำนวน 174 ราย พบปรากฏการณ์ที่สำคัญได้เรียงตามห่วงโซ่ระบบบริการดังนี้

ด้านปัจจัยนำเข้าสู่ระบบ (Inputs)

ความแตกต่างทางต้นทุนพื้นฐานในระบบของแต่ละเขตบริการสุขภาพ (Capital differences)

จากข้อมูลนำเข้าพื้นฐานของแต่ละเขตบริการสุขภาพ ร่วมกับผลการสำรวจความคิดเห็นในองค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก 6 องค์ประกอบ ที่เรียกว่า “Six building blocks” อันประกอบด้วย กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศ เวชภัณฑ์/เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รูปแบบการจัดระบบบริการ ลักษณะผู้นำและการกำกับการบริหารระบบ และกลไกการเงินการคลัง/งบประมาณ จะพบว่า แต่ละเขตบริการสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ตั้งแต่เรื่องโอกาสการเริ่มทดลองดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ รวมถึงต้นทุนพื้นฐานในระบบที่มีอยู่มาก่อนการดำเนินนโยบาย

หากจำแนกตามหลักคิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน หรือ Sustainable development² จะพบว่าความแตกต่างทั้งหลายทั้งหมด สามารถจำแนกออกเป็น 5 เรื่องหลัก ได้แก่

1. *ทุนมนุษย์ (Human capital)* ในที่นี้หมายถึงทรัพยากรบุคคล ทั้งในเรื่องปริมาณ และคุณลักษณะ/อุปนิสัยใจคอ/ทักษะ/ประสบการณ์ ตั้งแต่ระดับบริหารไปจนถึงระดับปฏิบัติการ

² Goodwin NR. Five Kinds of Capital: Useful Concepts for Sustainable Development. Global Development and Environmental Institute, Tufts University, Massachusetts, USA, 2003.

2. **ทุนสังคม (Social capital)** ในที่นี้หมายถึงการมีอยู่ขององค์ประกอบทางสังคมในพื้นที่ ที่จะช่วยหนุนเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามนโยบาย อาทิเช่น ความเข้มแข็งของสถาบันวิชาการในพื้นที่ รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างหน่วยงาน หรือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคม

3. **ทุนการเงิน (Financial capital)** ในที่นี้หมายถึงงบประมาณตั้งต้นที่มีอยู่ในระบบ และความมั่นคงพื้นฐานทางการเงินของหน่วยงานภายในเขตบริการสุขภาพ

4. **ทุนการผลิต (Produced/Manufactured capital)** ในที่นี้หมายถึงตั้งแต่ปัจจัยนำเข้าพื้นฐานด้านยุทธศาสตร์ของแต่ละเขต องค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินตามนโยบาย การออกแบบกลไกการทำงานของแต่ละเขต กระบวนการที่ดำเนินจริงในพื้นที่ และความสมดุลระหว่างอุปสงค์อุปทานในห่วงโซ่บริการของแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ระดับเขตลงไปจนถึงล่างสุด

5. **ทุนธรรมชาติ (Natural capital)** ในที่นี้หมายถึงลักษณะทางภูมิศาสตร์ อันมีผลต่อการเอื้อหรือการเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมขนส่งระหว่างกันในพื้นที่

ด้านกระบวนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ (Process)

การพบช่องทางพัฒนาสู่การดำเนินรัฐกิจที่ดีในทุกเขตที่คล้ายกัน (Similar Development Channel toward Good Governance)

มาตรวัดพื้นฐานด้านการดำเนินรัฐกิจที่ดี^{3, 4, 5} หรือที่เรารู้จักกันในคำว่า Public governance นั้น มักได้รับการประเมินผ่าน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การรับรู้ต่อธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการของผู้เกี่ยวข้อง (Governance perception), อิสรภาพด้านการมีส่วนร่วมของประชาสังคม (Civil freedom and engagement), ประสิทธิภาพของการดำเนินงานภาครัฐ (Government effectiveness), และความเข้มแข็งของตัวบทกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน (Legal and regulation system)

³ Cheibub JA. Human Development Research Paper 2010/41. UNDP

⁴ The World Bank Economic Review 2013; 11(2):219-42.

⁵ Siudek T, Zawojcka A. Quality of National Governance and Rural Development. European Association of Agricultural Economists (EAAE), 2014.

สำหรับการประเมินการรับรู้ต่อธรรมาภิบาลของการบริหารจัดการ หากพิจารณาผลการสำรวจความคิดเห็นต่อลักษณะการอภิบาลระบบเขตบริการสุขภาพ โดยใช้แนวทางการประเมินธรรมาภิบาลโดยคร่าวของ UNDP⁶ จะพบว่า กระบวนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพได้รับการประเมินว่าควรที่จะพัฒนาให้ดีขึ้นกว่านี้ใน 4 เรื่องใหญ่ ได้แก่ กลไกการตรวจสอบการดำเนินงาน การเปิดช่องทางรับฟังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย การตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และเรื่องความเท่าเทียมและเสมอภาค

ประเด็นที่สองคือเรื่องอิสรภาพด้านการมีส่วนร่วมของประชาสังคมนั้น เป็นที่ชัดเจนทั้งจากข้อมูลที่ได้จากคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตั้งแต่ระดับกระทรวงจนถึงระดับพื้นที่ในแต่ละเขต รวมถึงจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับตั้งแต่ระดับบริหารจนถึงระดับปฏิบัติการ พบว่า ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์อันใดที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในการบริหารจัดการและดำเนินงานตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ

สำหรับการประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงานภาครัฐนั้น หนทางที่มักใช้ในการประเมินประสิทธิภาพคือ การบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานตามที่ระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ อย่างไรก็ดี ในระยะเวลา 9 เดือนของการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละเขต พบว่า แม้สาระนโยบายเขตบริการสุขภาพตอนเริ่มต้นจะเป็นแบบเดียวกัน แต่ความเข้าใจสาระนโยบายของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับ ในแต่ละเขตนั้นมีความแตกต่างกัน ทำให้แผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการในแต่ละเขตจึงมีความแตกต่างกันอย่างมาก นอกจากนี้ยังไม่สามารถรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ระบุผลผลิต และผลลัพธ์ของการดำเนินงานได้อย่างเพียงพอ จึงยากในการที่จะสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพในช่วงปีงบประมาณ 2557 ที่ผ่านมานั้นดีหรือไม่ อย่างไร และไม่สามารถที่จะนำมาเปรียบเทียบกันระหว่างเขตด้วยเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือยุติธรรมได้ อย่างไรก็ดี จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากทุกฝ่ายในแต่ละเขต กลับมีข้อมูลชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า สถานการณ์ดังกล่าวกลับเป็นโอกาสดีที่จะสรุปได้ว่า นโยบายเขตบริการสุขภาพนั้นมีหลักการที่ดี แต่ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ ที่ควรมีกกลไกการแปรสารณนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งระดับเขต และระดับย่อยลงไปกว่านั้น อันจะมีผลทำให้ตัวชี้วัดประสิทธิภาพการดำเนินงานภาครัฐของแต่ละพื้นที่ควรที่จะประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ตัวชี้วัดหลักที่ใช้เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ และตัวชี้วัดเฉพาะพื้นที่รวมถึงความจำเป็นที่ต้องเน้นการสื่อสารระหว่างกันในแต่ละระดับอีกด้วย

⁶ Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for Good Governance in the 21st Century. Policy Brief No.15, Institute on Governance, Canada, 2003.

ประเด็นของตัวบทกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนั้น จะเป็นเรื่องที่ชัดเจนจากทุกพื้นที่ว่า การดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการคำนึงถึงกฎหมายและระเบียบ ที่จะรองรับให้สามารถดำเนินการในพื้นที่ได้จริง

ปัญหาหลักในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ

1. *ภาวะสับสนในทิศทางหลัก (Loss of direction)*: กล่าวคือแต่ละเขตบริการสุขภาพมีทิศทางการดำเนินการที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับบริหาร จนถึงระดับปฏิบัติการ ที่สำคัญคือ ผู้บริหารเขตบริการสุขภาพแต่ละพื้นที่มีความเข้าใจสาระนโยบายในระดับที่ต่างกัน และมีผลต่อการวางแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต และแผนปฏิบัติการแต่ละระดับที่แตกต่างกันตามลำดับ
2. *ความไม่สำเร็จในการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ (Failure to implementation)*: โดยเฉพาะเรื่องการดำเนินงานด้านโครงสร้างการทำงานระดับเขต ซึ่งล้วนมีปัญหาจากการขาดการสนับสนุนด้านตัวบทกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และความไม่ชัดเจนในตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ รวมถึงความก้าวหน้าในบันไดอาชีพ ทำให้ประสบความยากลำบากในการหาบุคลากรมาดำเนินงาน ส่วนใหญ่จึงต้องแก้ไขปัญหาลักษณะนี้โดยการยืมตัวข้าราชการจากหน่วยงานต่างๆ ในเขตมาดูแล และรับผิดชอบภาระงานแบบครบ
3. *ความเกรงกลัวในการปฏิบัติงาน (Pervasive fear)*: ภาวะกลัวที่จะปฏิบัติงานตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ จึงเลือกที่จะนิ่งเฉยหรือทำน้อย มากกว่าจะดำเนินการเต็มที่ พบในทุกเขตที่ทำการสำรวจข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรระดับจังหวัด ทั้งตำแหน่งบริหาร และปฏิบัติการ ทั้งนี้เนื่องจากความไม่แน่ใจในสายบังคับบัญชา และอิทธิพลทางการเมืองที่มีผลต่อทิศทางของนโยบายเขตบริการสุขภาพดังที่ปรากฏชัดในช่วงอิมคริมินาทางการเมืองที่ผ่านมาตั้งแต่ 2556-8.
4. *ความไม่ไว้วางใจระหว่างกัน (Crisis of trust)*: เป็นผลกระทบต่อเนื่องจากการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดความไม่สมดุลของพลัง (power imbalance) โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับบริหารแต่ละระดับ ทั้งนี้ผู้บริหารระดับจังหวัดจำนวนไม่น้อยที่แสดงออกถึงความไม่ไว้วางใจ หรือความกังวลว่า อำนาจบริหารจัดการระดับจังหวัดจะถูกลดทอนโดยอำนาจบริหารระดับเขต นอกจากนี้ยังกังวลเรื่องอคติที่อาจเกิดขึ้นจากความไม่ชัดเจนระหว่างสมดุลอำนาจของผู้บริหารเขตบริการสุขภาพ กับอำนาจบริหารของผู้ว่าราชการจังหวัด และสาธารณสุขจังหวัด

การวิเคราะห์สนามแรงเพื่อแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการดำเนินนโยบาย

ปัญหา	ด้านปัจจัยนำเข้า					ด้านกระบวนการดำเนินนโยบาย			
	ทุนมนุษย์	ทุนสังคม	ทุนการเงิน	ทุนการผลิต	ทุนธรรมชาติ	การรับรู้ต่อธรรมาภิบาล	การมีส่วนร่วมของประชาสังคม	ประสิทธิภาพของการดำเนินงาน	ตัวบทกฎหมายและระเบียบ
ภาวะล้นเกินในทิศทางหลัก	+++	+	+	++	+	+++	+	+++	+++
ความไม่สำเร็จในการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้	+++	++	++	+++	++	+++	++	+++	+++
ความเกรงกลัวในการปฏิบัติงาน	+++	+	+	+	+	++	+	++	+++
ความไม่ไว้วางใจระหว่างกัน	+++	+	+	++	+	++	+	+	+++

หมายเหตุ: + หมายถึงระดับความสัมพันธ์ (+: ระดับต่ำ, ++: ระดับปานกลาง, +++: ระดับสูง)

การพัฒนาระบบเขตบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และดำรงอยู่อย่างยั่งยืน	Strength S1 สารนโยบายเน้นการกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางสู่ระดับเขต S2 สารนโยบายเน้นกลยุทธ์การจัดสรร และแบ่งปันทรัพยากรในพื้นที่ระดับเขตซึ่งประกอบด้วยกลุ่มจังหวัด S3 การตอบรับหลักการในสารนโยบายของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับตั้งแต่ระดับบริหารจนถึงระดับปฏิบัติการ S4 วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันของบุคลากรสาธารณสุขที่แน่นแฟ้น ถ้อยทีถ้อยอาศัย S5 การมีตัวอย่างความสำเร็จในการบริหารจัดการระดับเขต เช่น Service plan, การจัดหาเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ เป็นต้น S6 การมีตัวอย่างผู้นำที่ดี และเป็นที่รักของคนในพื้นที่ทุกระดับ S7 ความตระหนักในความสำคัญของการสร้างกลไกมาตรฐานด้านการเงินการคลังในแต่ละระดับ	Weakness W1 การขาดตัวบทกฎหมาย หรือระเบียบที่จำเป็นรองรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ W2 ผลกระทบจากนโยบายเขตบริการสุขภาพต่อโครงสร้างอำนาจในพื้นที่ W3 การขาดโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินนโยบาย ทั้งเรื่องกำลังคน งบประมาณ สถานที่ W4 ความไม่สมบูรณ์ของระบบสารสนเทศ และข้อมูลที่เป็นต่อการดำเนินนโยบายในพื้นที่ W5 การขาดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นในพื้นที่ เช่น ภาคประชาชน ภาคเอกชนจนมีเสียงสะท้อนเรื่องที่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ W6 ความไม่ชัดเจนเรื่องกลไกการถ่วงดุลอำนาจและการตรวจสอบ
--	--	--

Opportunity	SO	WO
O1 สถานการณ์ทางการเมืองที่นิ่ง O2 นโยบายคู่ขนานอื่นๆ จากฝั่งการเมืองที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น นโยบายที่หมอบกรอบคร่าว นโยบายปราบคอร์รัปชัน เป็นต้น O3 ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี O4 ความเข้มแข็งของเครือข่ายประชาชนในพื้นที่ เช่น สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ O5 แนวคิดด้านการตลาด และประชาสัมพันธ์ใหม่ๆ เช่น MLM, emotional economy เป็นต้น	1. ประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะโดยใช้กระแสนโยบายคู่ขนานของรัฐบาล เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ตระหนัก ยอมรับนโยบายเขตบริการสุขภาพของทุกภาคส่วน และขับเคลื่อนในแต่ละพื้นที่ไปในทิศทางเดียวกัน (S1S2S3O2) 2. ผนึกกำลังกับสมาชิกสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนงานตามแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ อาทิเช่น การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยภายในเขต การแก้ไขปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาล (S3S4O4) 3. ปรับค่านิยมการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการตลาดและประชาสัมพันธ์ใหม่ๆ โดยเน้นให้เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นของการดูแลและพึ่งตนเองภายในพื้นที่ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าเท่าที่จำเป็น (S2S7O5)	1. อาศัยสถานการณ์การเมืองที่นิ่ง ทำการผลักดันให้มีกฎหมายหรือระเบียบที่จำเป็นต้องใช้เพื่อรองรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ (W1O1) 2. ให้คำนึงว่าทุกนโยบายที่ออกมา จะมีทั้งผู้มีส่วนได้ และส่วนเสียเสมอ ดังนั้นจึงควรวิเคราะห์ผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละฝ่าย และสร้างสมดุลอำนาจแบบใหม่ที่พอเป็นที่ยอมรับได้ในแต่ละฝ่าย เช่น การผันอำนาจการบริหารจัดการจากฝ่ายหนึ่งไปสู่อำนาจการตรวจสอบเพื่อถ่วงดุล (W2W6O1) 3. จัดสรรทรัพยากรแบบร่วม โดยควบการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรตามนโยบายคู่ขนานของรัฐบาล เพื่อเป็นโอกาสในการลงทุนหรือพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ (W3W5O2O4) 4. เปิดช่องทางให้เกิดการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยภาคประชาชน และภาคเอกชน เพื่อสร้างการยอมรับ ระดมทรัพยากร และเพื่อลดภาระ

		บุคลากรภาครัฐ (W3W5W6O4O5)
Threat T1นโยบาย AEC ที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรเข้ามาในประเทศไทย T2 วิกฤติเศรษฐกิจในต่างประเทศที่อาจมีผลกระทบต่อสถานการณ์ในประเทศไทย T3 ภาวะพึ่งพาเวชภัณฑ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีทางการแพทย์จากต่างประเทศ T4 สังคมสูงอายุ และอัตราการเกิดที่ต่ำ T5 แนวโน้มความคาดหวังของประชาชนเรื่องคุณภาพของการบริการ ความปลอดภัยจากการรักษา และความสะดวกสบายในระบบบริการ T6 สถานการณ์ “Playing with fear factors” ของโรงพยาบาลเอกชน และการจำกัดตลาดที่ระดับผู้มีอันจะกิน	ST 1. จัดทำแผนจัดการความเสี่ยง เพื่อลดผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่จากนโยบาย AEC ที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรต่างชาติมาในประเทศไทยและการเปลี่ยนแปลงของสังคม (S2S7T1T4T5) 2. เผยแพร่กรณีศึกษาว่าด้วยเรื่องความสำเร็จในการบริหารจัดการที่ก่อให้เกิดความคุ้มค่า เช่น การจัดซื้อยา เครื่องมือแพทย์ ให้ทุกพื้นที่ในประเทศพิจารณา ดำเนินการตาม และพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะต่อยอดไปถึงระดับประเทศ (S5S6S7T2T3T5) 3. ประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาเขตบริการสุขภาพ ร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ภาคเอกชน โดยอาจประสานประโยชน์แล้วเล่นสนามเดียวกัน หรือแบ่งสนามเล่น ทั้งนี้ทั้งนั้นให้ยึดถือหลักธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ (S4S6T1T2T3T6)	WT 1. พัฒนาระบบสารสนเทศระดับพื้นที่ให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ โดยสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรศาสตร์จากนโยบายระหว่างประเทศได้ และวางแผนจัดการกับระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ให้เกิดประสิทธิภาพ (Big Data) (W4T1T4) 2. การพัฒนาระบบติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความคาดหวังของประชาชนด้วย มิใช่อิงตามมิติของผู้จัดบริการแต่เพียงอย่างเดียว (W5W6T5) 3. พิจารณาความเป็นไปได้ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยใช้กลไกร่วมลงทุนระหว่างรัฐ เอกชน และท้องถิ่น เพื่อร่วมกันรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ และร่วมจัดการความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม (W3W5T1T3T4T6)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบเขตบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และดำรงอยู่อย่างยั่งยืน

จากการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินสมรรถนะของเขตบริการสุขภาพครั้งนี้ การพัฒนาระบบเขตบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และดำรงอยู่อย่างยั่งยืน กระทรวงสาธารณสุขควรที่จะพิจารณาดำเนินการดังต่อไปนี้

กลยุทธ์ว่าด้วยเรื่องกำลังคน

“เปิดช่องทางให้เกิดการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยตัวแทนจากภาคประชาชน และภาคเอกชน เพื่อหวังผลในการสร้างการยอมรับ ระดมทรัพยากร และเพื่อลดภาระบุคลากรภาครัฐในระยะยาว”

กลยุทธ์ว่าด้วยระบบสารสนเทศ

“พัฒนาระบบสารสนเทศระดับพื้นที่ให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ โดยสามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรศาสตร์จากนโยบายระหว่างประเทศได้และวางแผนจัดการกับระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ให้เกิดประสิทธิภาพ (Big Data)”

กลยุทธ์ว่าด้วยการจัดการเวชภัณฑ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

“เผยแพร่กรณีศึกษาว่าด้วยเรื่องความสำเร็จในการบริหารจัดการที่ก่อให้เกิดความคุ้มค่า เช่น การจัดซื้อยา เครื่องมือแพทย์ ให้ทุกพื้นที่ในประเทศพิจารณาดำเนินการตาม และพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะต่อยอดไปถึงระดับประเทศ”

กลยุทธ์ว่าด้วยการจัดระบบบริการ

“ผนึกกำลังกับสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนงานตามแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ อาทิเช่น การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยภายในเขต การแก้ไขปัญหาการขาดทุนของสถานพยาบาล”

“ปรับค่านิยมการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการตลาด และประชาสัมพันธ์ใหม่ๆ โดยเน้นให้เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นของการดูแลและ ฟื้นฟูตนเองภายในพื้นที่ โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าเท่าที่จำเป็น”

“จัดทำแผนจัดการความเสี่ยง เพื่อลดผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่จาก นโยบาย AEC ที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายประชากรต่างชาติมาในประเทศไทยและการ เปลี่ยนแปลงของสังคม”

“ประเมินความเป็นไปได้ในการพัฒนาเขตบริการสุขภาพ ร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ เช่น ภาคเอกชน โดยอาจประสานประโยชน์แล้วเล่นสนามเดียวกัน หรือแบ่งสนามเล่น ทั้งนี้ทั้งนั้นให้ยึดถือหลัก ธรรมชาติในการบริหารจัดการ”

“พัฒนาระบบติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความ คาดหวังของประชาชนด้วย มิใช่อิงตามมิติของผู้ให้บริการแต่เพียงอย่างเดียว”

กลยุทธ์ว่าด้วยการอภิบาลระบบ

“ประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะโดยใช้กระแสนโยบายคู่ขนานของรัฐบาล เพื่อให้เกิดความรู้ ความ เข้าใจ ตระหนัก ยอมรับนโยบายเขตบริการสุขภาพของทุกภาคส่วน และขับเคลื่อนในแต่ละ พื้นที่ไปในทิศทางเดียวกัน”

“อาศัยสถานการณ์การเมืองที่นิ่ง ทำการผลักดันให้มีกฎหมายหรือระเบียบที่จำเป็นต้องใช้เพื่อ รองรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ”

“ให้คำนึงว่าทุกนโยบายที่ออกมา จะมีทั้งผู้มีส่วนได้ และส่วนเสียเสมอ ดังนั้นจึงควรวิเคราะห์ ผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละฝ่าย และสร้างสมดุลอำนาจแบบใหม่ที่ยอมรับ ได้ในแต่ละฝ่าย เช่น การผันอำนาจการบริหารจัดการจากฝ่ายหนึ่งไปสู่อำนาจการตรวจสอบ เพื่อถ่วงดุล”

กลยุทธ์ว่าด้วยการจัดการกลไกการเงินการคลังและทรัพยากร

“จัดสรรทรัพยากรแบบร่วม โดยควบการพิจารณาจัดสรรทรัพยากรตามนโยบายคู่ขนานของรัฐบาล เพื่อเป็นโอกาสในการลงทุนหรือพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ”

“พิจารณาความเป็นไปได้ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยใช้กลไกร่วมลงทุนระหว่างรัฐ เอกชน และท้องถิ่น เพื่อร่วมกันรับผิดชอบประชากรในพื้นที่ และร่วมจัดการความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม”
