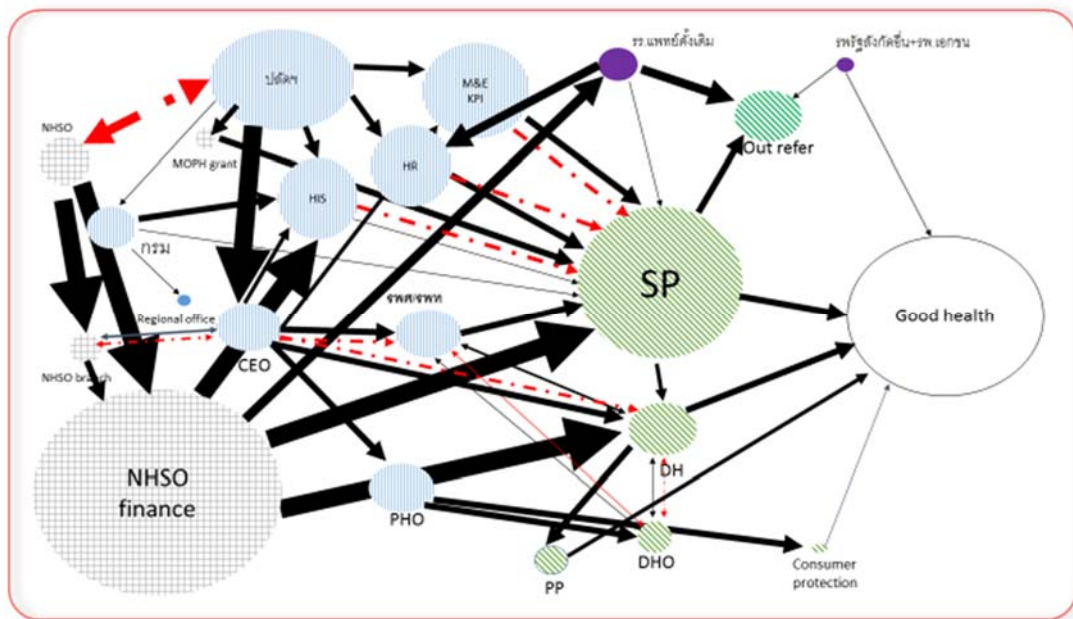


รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับเขต



ชุดโครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขในระดับเขต

(ข้อตกลง สวรส. เลขที่ 57-074 ลงวันที่ 1 เมษายน 2557)

กุมภาพันธ์ 2558



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับเขต

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กุมภาพันธ์ 2558

โครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับเขต

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ข้อเสนอแนะ :

(ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล)

บทที่ 1 : แนวคิด ภาวะผู้นำ การอภิบาลระบบ การจัดสรรทรัพยากรและการซื้อบริการ

(จิระวัฒน์ ปั่นเปี่ยมรัชฎ์ บุญวรา สุมะโน ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร บวรคม สิริพันธ์
เพ็ญประภา ศิวิโรจน์ ยุทธพงศ์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์)

บทที่ 2 : การเปลี่ยนแปลงหลังการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กรณีศึกษา : บริการผู้บาดเจ็บ/ห้องฉุกเฉิน/บริการกู้ชีพ

(ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย)

กรณีศึกษา : บริการควบคุมป้องกันเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

(ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย)

กรณีศึกษา : การติดเชื้อ HIV/Aids ของกลุ่มวัยทำงาน

(เพ็ญประภา ศิวิโรจน์ พยอม ถิ่นอ้วน)

กรณีศึกษา : กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

(ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร)

กรณีศึกษา : ทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและระบบบริการ
สุขภาพในระดับเขต

(ยุทธพงศ์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์ ธนนรรจ์ รัตนโชติพานิช)

บทที่ 3 : สรุปข้อค้นพบสำคัญและข้อเสนอแนะทางนโยบาย

(บุญวรา สุมะโน ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล จิระวัฒน์ ปั่นเปี่ยมรัชฎ์

ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร บวรคม สิริพันธ์ เพ็ญประภา ศิวิโรจน์

ยุทธพงศ์ วงศ์สวัสดิ์วัฒน์ วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย)

เอกสารนี้เป็นเอกสารวิชาการซึ่งเป็นความคิดเห็นของคณะผู้วิจัย (ผู้เขียน)

ไม่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็นของหน่วยงานต้นสังกัดหรือหน่วยงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะทมิวจัยฯ ขอขอบพระคุณ เขตบริการสุขภาพ 13 เขต กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้ง 13 แห่งที่ให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลสถานการณ์และให้ข้อมูลอันมีค่าต่อคณะทมิวจัยฯ เป็นอย่างยิ่ง ซึ่งในครั้งนี้ คณะทมิวจัยฯ ขอปกปิดที่มาของแหล่งข้อมูล ขอใช้ตัวอักษรย่อแทน จึงเรียนมาเพื่อความเข้าใจมา ณ ที่นี้

คณะทมิวจัย

สารบัญ

หน้า

โครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับเขต.....	i
กิตติกรรมประกาศ.....	ii
สารบัญ.....	iii
สารบัญตาราง.....	vi
สารบัญรูป.....	viii
คำนำ.....	1-1
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	1-3
ข้อเสนอแนะ.....	1-6
ระยะสั้นเพื่อยกระดับนโยบายเขตบริการสุขภาพภายใต้โครงสร้างปัจจุบัน.....	1-6
ระยะยาวระดับประเทศ.....	1-8
ระยะยาวในกระทรวงสาธารณสุข.....	1-11
ภาพพึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพระดับเขตในภาพรวม.....	1-12
บทที่ 1 แนวคิด ภาวะผู้นำ การอภิบาลระบบ การจัดสรรทรัพยากรและการซื้อบริการ	
ที่มาและความสำคัญ.....	1-15
วัตถุประสงค์.....	1-16
ข้อค้นพบและการตีความ บทที่ 1	1-19
บริบท.....	1-20
ธรรมาภิบาลระบบ (system good governance) และตัวชี้วัดธรรมาภิบาลในเขตสุขภาพ.....	1-35
ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรของส่วนกลาง.....	1-43
ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการซื้อและจัดบริการสุขภาพ.....	1-45
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้กำหนดนโยบายสุขภาพระดับประเทศ (policy recommendation for central planning)	1-50
เอกสารอ้างอิง.....	1-53

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 2 การเปลี่ยนแปลงหลังการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการถ่ายทอดนโยบายในภาพรวม.....	2-1
---------------------------------	-----

กรณีศึกษา : บริการผู้บาดเจ็บ/ห้องฉุกเฉิน/บริการกู้ชีพ

บริบท.....	2-3
การเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	2-6
โอกาสพัฒนาการวางแผนบริการผู้บาดเจ็บ.....	2-9
สรุปและเสนอแนะ.....	2-10
ภาคผนวก.....	2-12

กรณีศึกษา : บริการควบคุมป้องกันเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

บริบท.....	2-17
การเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	2-21
โอกาสพัฒนาการวางแผนและดำเนินแผนบริการผู้เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง.....	2-24
สรุปและเสนอแนะ.....	2-25
เอกสารอ้างอิงสำหรับกรณีศึกษา บริการผู้บาดเจ็บ/ห้องฉุกเฉิน/บริการกู้ชีพ เบาหวาน ความดันโลหิตฯ.....	2-26

กรณีศึกษา : การติดเชื้อ HIV/Aids ของกลุ่มวัยทำงาน

บริบท.....	2-28
การป้องกันและดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย : การเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	2-30
สรุปและอภิปราย.....	2-39
ข้อเสนอแนะ.....	2-40
เอกสารอ้างอิง.....	2-40

กรณีศึกษา : กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

บริบท.....	2-41
สถานการณ์.....	2-42
ผลการศึกษาตามคำถามวิจัย.....	2-46
ข้อเสนอแนะ.....	2-62
เอกสารอ้างอิง.....	2-62

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

กรณีศึกษา : ทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและระบบบริการสุขภาพในระดับเขต

บริบท.....	2-63
สรุปภาพรวมบริบทการให้บริการในอดีต.....	2-71
นโยบายบริการสุขภาพระดับเขต การเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	2-75
บทสรุปและภาพพึงประสงค์ในกรณีทารกแรกเกิดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	2-80
ภาพพึงประสงค์ในกรณีการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	2-81
เอกสารอ้างอิง.....	2-82

บทที่ 3 สรุปข้อค้นพบสำคัญ และข้อเสนอแนะทางนโยบาย

ความเข้าใจต่อแนวคิดเขตสุขภาพและ service plan ของผู้บริหาร สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข.....	3-1
องค์ประกอบของภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบซื้อบริการและ จัดบริการสุขภาพในระดับเขต ทั้ง 13 เขต.....	3-5
ประสิทธิภาพ (ความคุ้มค่า) และความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร การซื้อบริการและจัดบริการ การดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข.....	3-6
ข้อเสนอแนะ.....	3-7

สารบัญตาราง

หน้า

บทที่ 1 แนวคิด ภาวะผู้นำ การอภิบาลระบบ การจัดสรรทรัพยากรและการซื้อบริการ

ตาราง 1 แสดงคุณลักษณะ (characteristics) 5 ประการ ภายใต้รูปแบบธรรมาภิบาลระบบ

สามประเภท.....1-26

ตาราง 2 องค์ประกอบและที่มาของคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ.....1-37

ตาราง 3 การเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพในแต่ละเขต.....1-41

ตาราง 4 การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพซ้ำเพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงสุดเมื่อเทียบกับการลงทุนอื่นๆ
(health technology assessment).....1-44

บทที่ 2 การเปลี่ยนแปลงหลังการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กรณีศึกษา : บริการผู้บาดเจ็บ/ห้องฉุกเฉิน/บริการกู้ชีพ

ตาราง 1 ผลวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาบริการบาดเจ็บเปรียบเทียบ 13 เขต.....2-7

กรณีศึกษา : บริการควบคุมป้องกันเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ตาราง 1 ผลวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาบริการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
เปรียบเทียบ 13 เขต.....2-23

กรณีศึกษา : การติดเชื้อ HIV/Aids ของกลุ่มวัยทำงาน

ตาราง 1 สถิติจำนวนผู้ติดเชื้อกลุ่มต่างๆ ของประเทศไทย ปี 2548 และปี 2555.....2-28

ตาราง 2 สถิติจำนวนผู้ติดเชื้อเปรียบเทียบของประเทศต่างๆ ในอาเซียน.....2-31

กรณีศึกษา : กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ตาราง 1 แผนปฏิบัติการ สอดคล้องกับ สารนโยบาย และยุทธศาสตร์หรือไม่ เหมาะสมเพียงใด2-46

กรณีศึกษา : ทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและระบบบริการสุขภาพในระดับเขต

ตาราง 1 จำนวนเกิดมีชีพจำแนกรายภาค ปี พ.ศ. 2551 – 2555.....2-64

ตาราง 2 คาดการณ์จำนวนทารกแรกเกิดที่มี critical congenital heart disease ต่อปี
จำแนกรายภาค.....2-65

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

บทที่ 2 การเปลี่ยนแปลงหลังการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กรณีศึกษา : ทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและระบบบริการสุขภาพในระดับเขต

ตาราง 3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลในทุกกลุ่มอายุ จำแนกตามโรงพยาบาล ในช่วง 6 ปี (พ.ศ. 2549-2554).....	2-66
ตาราง 4 จำนวนที่ได้รับการผ่าตัด arterial switch operation แยกสายเขต ระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2555.....	2-72
ตาราง 5 แสดงจำนวนที่ได้รับการผ่าตัด BT แยกสายเขต ระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2555.....	2-73
ตาราง 6 การแบ่งพื้นที่การดูแลผู้ป่วย การวางแผนจัดสรรทรัพยากรร่วมกันผ่านทาง MCH board.....	2-77
ตาราง 7 ศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำแนกตามเขตสุขภาพ.....	2-78

สารบัญรูป

หน้า

บทที่ 1 แนวคิด ภาวะผู้นำ การอภิบาลระบบ การจัดสรรทรัพยากรและการซื้อบริการ

รูป 1 กรอบแนวคิดการขับเคลื่อนนโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข.....	1-16
รูป 2 สมรรถนะบริการคนไข้ในระหว่างเขตบริการสุขภาพ ช่วงปี 2554-56 (ดัดแปลงจากผลวิเคราะห์ของ สปสช.)	1-20
รูป 3 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของ นพ.ประดิษฐ์ สินธวันณรงค์ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แสดงไว้เมื่อ 4 ตุลาคม 2556.....	1-22
รูป 4 แนวคิด นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับเขตบริการสุขภาพ.....	1-23
รูป 5 ความไม่ต่อเนื่องของชุดตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนดในการติดตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ ระหว่าง ปี 2556 และ 2557.....	1-26
รูป 6 ขอบเขตการกระจายอำนาจไปยังเขตบริการสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างที่ปรากฏในระยะ เฉพาะหน้ากับในอุดมคติตามแนวคิดของปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....	1-27
รูป 7 การวิเคราะห์ข้อมูลการกระจายกำลังคนอย่างละเอียดรอบด้านของเขตบริการสุขภาพ 8 (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2557).....	1-29
รูป 8 แผนพัฒนากำลังคนด้านสมรรถนะการจัดการระบบของเขตบริการสุขภาพ 8 (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2557).....	1-30
รูป 9 แผนการผลิตกำลังคนเขตบริการสุขภาพ 8 (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2557).....	1-30
รูป 10 ความเชื่อมโยงองค์ประกอบหลักของแผนกำลังคนเขต 8 (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2557).....	1-31
รูป 11 โครงสร้างการบริหารในเขตบริการสุขภาพ.....	1-38
รูป 12 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในคณะกรรมการ/คณะทำงานต่างๆ ของเขตบริการสุขภาพ.....	1-40

บทที่ 2 การเปลี่ยนแปลงหลังการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กรณีศึกษา : บริการผู้บาดเจ็บ/ห้องฉุกเฉิน/บริการกู้ชีพ

รูป 1 ตัวอย่างโครงสร้างกลไกรองรับการทำแผนและผลักดันแผนบริการสุขภาพเขต ๘ และ น.....	2-1
รูป 2 ปริมาณผู้บาดเจ็บที่นอนรพ.และอัตราป่วยตายระหว่างปี 2547-55 (ผลการวิเคราะห์ของ สปสช.)...	2-3
รูป 3 ร้อยละการรับแจ้งเหตุขอใช้บริการกู้ชีพผ่านช่องทาง 1699 ระหว่างปี 2556-57 ระหว่าง 13 เขตบริการสุขภาพ.....	2-3
รูป 4 ความแตกต่างปริมาณการออกเหตุบริการกู้ชีพระหว่างจังหวัด.....	2-4
รูป 5 อัตราการเข้าถึงบริการห้องฉุกเฉินต่างกัน 10 เท่าโดยการวิเคราะห์ข้อมูลของ สพฉ.....	2-4

สารบัญรูป (ต่อ)

หน้า

บทที่ 2 การเปลี่ยนแปลงหลังการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

รูป 6	odds ratios เปรียบเทียบโอกาสไม่ทุเลาหรือตาย ระหว่างค่าตัวแปรด้านลักษณะภาวะฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการ รพ. และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปรับเทียบตัวถ่วงอายุ เพศ ที่ตั้ง รพ.เอกชน น้ำหนักสัมพัทธ์ ระยะเวลานอน รพ. และหน่วยย่อยใน รพ.	2-5
รูป 7	อัตราการตายใน รพ.ผู้บาดเจ็บเปรียบเทียบระหว่างเขตในช่วง ปีพ.ศ.2547-5 (ผลวิเคราะห์ของ สปสช.)	2-7
รูป 8	ภาควิชาแผนและดำเนินแผนพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเขต 13	2-8
รูป 9	แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตั้งแต่ปี 2542-2555 เปรียบเทียบ 4 จังหวัดในเขตนี้ กับประเทศ	2-9
รูป 10	สาระสำคัญในแผนรองรับอุบัติเหตุเขตบริการสุขภาพที่ น	2-10

กรณีศึกษา : บริการควบคุมป้องกันเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

รูป 1	การเข้าถึงบริการคัดกรองเพิ่มขึ้นระหว่าง ปี 2552-2556	2-17
รูป 2	อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2548-2554	2-17
รูป 3	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง (บน) และเบาหวาน (ล่าง) จำแนกตาม สปสช.เขต ปีงบประมาณ 2556-57	2-18
รูป 4	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ตามผล HbA1c ปี 2555-2556	2-19
รูป 5	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ ปี 2555	2-19
รูป 6	แนวโน้มการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น ระหว่าง 2548 - 2556	2-20
รูป 7	อัตราการตัดขา (ต่อแสนประชากร) และอัตราป่วยตายทุกร้อยรายของคนไข้เบาหวาน ระหว่าง 2548-2556	2-20
รูป 8	การซื้อบริการส่งเสริมป้องกันโรค(PP) ของ สปสช. ปี 2550 จำแนกกลุ่มเป้าหมาย จำนวนเงินต่อหัว หมวดค่าใช้จ่ายย่อย และหน่วยบริการหรือผู้เกี่ยวข้องจัดบริการ	2-21
รูป 9	ตัวอย่างอำเภอที่สามารถแสดงผลลัพธ์ได้ชัดเจนในการควบคุมโรคเบาหวานโรงพยาบาลครบุรี จ.นครราชสีมา	2-24

สารบัญรูป (ต่อ)

หน้า

บทที่ 2 การเปลี่ยนแปลงหลังการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กรณีศึกษา : การติดเชื้อ HIV/Aids ของกลุ่มวัยทำงาน

รูป 1	แสดงอัตราป่วยโรคเอดส์ (ต่อประชากรแสนคน) ปี พ.ศ. 2555.....	2-29
รูป 2	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุ 15-49 ปี.....	2-30
รูป 3	จังหวัดที่คาดว่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่.....	2-30
รูป 4	ยุทธศาสตร์ของโครงการโรคเอดส์ของประเทศไทย.....	2-34
รูป 5	การเชื่อมโยงจากนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ.....	2-34

กรณีศึกษา : กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

รูป 1	Trend of maternal mortality in Thailand, Malaysia, Sri Lanka, and Matlab, Bangladesh.....	2-42
รูป 2	สัดส่วนมารดาอายุ 10 ถึง 19 ปี ต่อหญิงคลอดทั้งหมด ปี 2547 ถึง 2554.....	2-43
รูป 3	อัตราการคลอดต่อพันของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี ในปี 2548 ถึง 2554.....	2-43
รูป 4	สัดส่วนหญิงคลอดปี 2554 ตามอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกใน 5 จังหวัด.....	2-44
รูป 5	อัตราตายต่อแสนของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดในหน่วยบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2548 ถึง 2554.....	2-45
รูป 6	สัดส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำแนกตามอายุมารดา (ต่ำกว่า 15 ปี, 15-19 ปี และทุกกลุ่มอายุ) ปี 2546 ถึง 2554.....	2-45
รูป 7	อัตราตายปริกำเนิดต่อพันทารกเกิดมีชีพในหน่วยบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2548 ถึง 2554.....	2-46

กรณีศึกษา : ทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและระบบบริการสุขภาพในระดับเขต

รูป 1	การศึกษาความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) จากความผิดปกติแต่กำเนิด.....	2-63
รูป 2	จำนวนเกิดมีชีพจำแนกอายุครรภ์ ปี พ.ศ. 2551 – 2555.....	2-64
รูป 3	ภาระงานในการให้บริการผ่าตัดหัวใจในเด็กกลุ่มอายุต่างๆ.....	2-66
รูป 4	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ในช่วง 6 ปี (2549-2554) จำแนกตามปริมาณ.....	2-67
รูป 5	แสดงจำนวนผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจตามระดับความเสี่ยงของการเสียชีวิต.....	2-67
รูป 6	แสดงอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแต่ละช่วงอายุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549-2554.....	2-69
รูป 7	แสดงอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	2-69

คำนำ

นโยบายเขตบริการสุขภาพ ซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2555 นับเป็นอีกก้าวแห่งความพยายามพัฒนาระบบบริการสุขภาพในขอบเขตความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ภายหลังความพยายามซึ่งมีมาเป็นระลอกตั้งตัวอย่างนโยบายพัฒนาบริการสาธารณสุข (พบส.) ในอดีตเมื่อกว่าสองทศวรรษมาแล้ว

ความพยายามครั้งนี้ แตกต่างจากในอดีตตรงที่ฝ่ายนโยบายมุ่งหมายให้กลุ่มจังหวัดหรือเขตบริการสุขภาพพึ่งตนเองด้านการรักษาพยาบาลให้ได้มากที่สุด นั่นคือพยายามลดการส่งต่อคนไข้ออกนอกเขต ขณะเดียวกันการดำเนินนโยบายลักษณะทำไปคิดไปปรับไป ได้เกิดแนวคิดล่าสุดที่จะจัดตั้ง national health authority เพื่อยกระดับความเป็นเอกภาพในระบบบริการสุขภาพทั่วประเทศ

นอกจากนั้น การดำเนินนโยบายเป็นไปท่ามกลางความผันผวนทางการเมืองและการบริหารในประเทศและภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง (ที่เด่นชัดคือความขัดแย้งระหว่างผู้กำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขกับแพทย์ชนบทจำนวนหนึ่ง วิฤตรัฐบาลยิ่งลักษณ์และรัฐประหาร 22 พฤษภาคม 2557) จนทำให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขหมดวาระลงก่อนกำหนดภายหลังการรัฐประหารเมื่อ 22 พฤษภาคม 2557

รายงานนี้นำเสนอผลการติดตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ 3 ประการสำคัญได้แก่

1. เพื่อประเมินความเข้าใจต่อแนวคิดเขตสุขภาพ และ service plan ของผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว
2. เพื่อศึกษาและพัฒนาองค์ประกอบของภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบซื้อบริการและจัดบริการสุขภาพในระดับเขตทั้ง 13 เขต
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความเป็นธรรม ในการจัดสรรทรัพยากรของส่วนกลาง รวมถึงการซื้อและจัดบริการสุขภาพของพื้นที่ทั้ง 13 เขต

โดยเก็บข้อมูลด้วย 4 วิธี ได้แก่ ก) การสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้นกว่า 100 คน ได้แก่ บุคคลประเภทต่อไปนี ผู้ตรวจราชการในฐานะซีอีโอของแต่ละเขต chief officers, regulators ทีมสำนักงานเขตบริการสุขภาพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และทีม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และทีม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และทีม แพทย์เฉพาะสาขาซึ่งได้รับมอบหมายเป็นประธาน service plan สาธารณสุขอำเภอ พยาบาลและเภสัชกร รพศ./รพท. กรรมการคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต (อปสข.) บุคลากรประจำศูนย์วิชาการเขตของกรม ข) สังเกตการประชุมคณะทำงานของเขตบริการสุขภาพและ อปสข. รวมกัน 8 ครั้ง และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเขต เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2557 ค) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของ สปสช. ง) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

รายงานแยกเป็นสามบท บทที่ 1 ตอบสามวัตถุประสงค์ดังกล่าว บทที่ 2 กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงภายหลังการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ผลการถ่ายทอดนโยบายในภาพรวมและกรณีศึกษา 4 กรณี ได้แก่ ก) บริการผู้บาดเจ็บ/ห้องฉุกเฉิน/บริการกู้ชีพ ข) บริการควบคุมป้องกันเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ค) การติดเชื้อ HIV/Aids ของกลุ่มวัยทำงาน ง) ทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและระบบบริการสุขภาพในระดับเขต บทที่ 3 สรุปข้อค้นพบสำคัญและข้อเสนอแนะทางนโยบาย

พร้อมกันนี้ รายงานยังได้รวมภาพพึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพระดับเขตในภาพรวม (ต่อท้ายบทสรุปสำหรับผู้บริหาร) ซึ่งได้จากนำเสนอผลการติดตามและยกร่างภาพพึงประสงค์ฯ เพื่อหาหรือผู้เกี่ยวข้องดังกล่าวแต่แรก

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานนี้ได้รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีผสมผสาน 5 รูปแบบ (สัมภาษณ์เดี่ยว กลุ่มสนทนา สังเกตการณ์ประชุม ทบทวนเอกสารและการวิเคราะห์ข้อมูล) ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกันยายน 2557 แล้วนำประมวลสรุปหาหรือผู้เกี่ยวข้อง อันประกอบด้วย ผู้แทนส่วนกลางและเขต 2 รอบ จนได้สังเคราะห์เป็นรายงานฉบับนี้ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ 3 ประการได้แก่

1. เพื่อประเมินความเข้าใจต่อแนวคิดเขตสุขภาพ และ service plan ของผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว
2. เพื่อศึกษาและพัฒนาองค์ประกอบของภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบซื้อบริการและจัดบริการสุขภาพในระดับเขตทั้ง 13 เขต
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความเป็นธรรม ในการจัดสรรทรัพยากรของส่วนกลาง รวมถึงการซื้อและจัดบริการสุขภาพของพื้นที่ทั้ง 13 เขต

สรุปข้อค้นพบสำคัญเรียงตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. เพื่อประเมินความเข้าใจต่อแนวคิดเขตสุขภาพ และ service plan ของผู้บริหาร สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว
 - 1.1 ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (เขต) ส่วนใหญ่รับรู้แนวคิด หลักการ ตลอดจนกลไกสนับสนุนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพในทิศทางเดียวกัน และเห็นชอบตรงกันว่าเป็นนโยบายที่ดี เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่อาจจะยังไม่เชื่อมั่นว่าแนวคิดดังกล่าวจะสามารถนำมาสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effective)
 - 1.2 ผู้บริหาร สปสช. ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (เขต) ส่วนใหญ่รับรู้แนวคิด หลักการของนโยบายเขตบริการสุขภาพ แต่อาจจะไม่เห็นด้วยในรายละเอียดบางอย่าง นอกจากนี้ ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับหลักฐานรองรับหลักคิด minimum operating cost (MOC) ของฝ่ายนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการคาดเดาว่ากระทรวงสาธารณสุขอาจจะอาศัยนโยบายเขตบริการสุขภาพเป็นเครื่องมือผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการงบประมาณของ สปสช. ให้เป็นไปในทิศทางที่กระทรวงฯ ต้องการ
 - 1.3 การสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อผลักดันแนวคิดดังกล่าว ผู้บริหารส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขเห็นช่องว่าง ในแง่ต่อไปนี้
 - 1.3.1 ด้านการกระจายอำนาจ ส่วนใหญ่เห็นว่าการกระจายอำนาจยังไม่เป็นผลในทางปฏิบัติตามที่คาดหวังทุกด้าน (คน เงิน ของ งบลงทุน) จนเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนและดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของเขต

1.3.2 ด้านสนับสนุนวิชาการและกำกับติดตาม ผู้บริหารจำนวนมากเห็นว่ากรมวิชาการ (โดยเฉพาะจากส่วนกลาง) ไม่ใช่ที่พึ่งทางวิชาการในการจัดบริการทั้งเชิงรับและรุกของเขต

1.3.3 ด้านระบบสารสนเทศ ความไม่ทันสมัยและคุณภาพของข้อมูลในระบบสารสนเทศนับเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับการประเมินการเปลี่ยนแปลง แม้ว่าเขตบริการสุขภาพหลายเขตมีข้อมูลค่อนข้างทันสมัยแต่ก็เป็นข้อมูลภาคตัดขวางยากแก่การอนุมานที่มาที่ไป

ด้วยข้อจำกัดของการสนับสนุนเชิงนโยบายดังกล่าว และระยะเวลาเพียงสองปีของการดำเนินนโยบายรายงานนี้ ไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าการเปลี่ยนแปลงในเชิงผลผลิตบริการและผลลัพธ์เป็นผลจากการดำเนินนโยบายฯ อย่างไรก็ตามบางเขต สามารถบริหารจัดการจนเห็นการพัฒนาคุณภาพของระบบบัญชีและยกระดับสถานภาพทางการเงินของโรงพยาบาลที่ขาดทุน ไปจนถึงการร่วมจัดซื้อจนสามารถประหยัดเงินได้ระดับหนึ่ง

ในหลายเขตกระบวนการวางแผนเป็นไปอย่างเร่งรัด ขาดการพิจารณาใช้ข้อมูลอย่างรอบคอบ การวางแผนกำลังคนไม่ได้ผลเพราะสำนักงานเขตหมดเวลาส่วนใหญ่ไปกับการตอบสนองต่อการเรียกหาข้อมูลของส่วนกลาง ที่สำคัญในเชิงบริหาร คือ สำนักงานเขตไม่ได้ทบทบาวางแผนเชิงยุทธศาสตร์อย่างที่จะควรจะเป็น ที่สำคัญไม่น้อยคือ ขอบเขตผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนยังคงจำกัดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเกือบทั้งหมด

สาระของแผนเขตบริการสุขภาพด้านหนึ่งมีความคล้ายคลึงกันระหว่างเขตนั้นคือมีความชัดเจนในส่วนบริการเฉพาะกลุ่มโรคมากกว่าในส่วนกลุ่มประชากร หรือ District Health Systems และการจัดการกับ Social determinants of health ส่วนที่ต่างกันคือ ความเชื่อมโยงระหว่างแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการด้านต่างๆ มีความชัดเจนต่างกันระหว่างเขต อันสะท้อนภาวะผู้นำต่างกัน

2. เพื่อศึกษาและพัฒนางานประกอบของภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบซื้อบริการและจัดบริการสุขภาพในระดับเขตทั้ง 13 เขต

รายงานนี้พบว่าภาวะผู้นำ ขึ้นกับลักษณะส่วนบุคคล และบริบทของแต่ละเขต กล่าวคือ

2.1 ด้านที่คล้ายกันระหว่างเขต ได้แก่ ภาวะผู้นำพบได้ในทุกระดับตั้งแต่เขตไปจนถึงอำเภอ พบได้ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เขตที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาคีต่างๆ เป็นไปในลักษณะเปิดมากมักปรากฏภาวะผู้นำที่นำไปสู่ความร่วมมือและนวัตกรรมได้กว้างขวาง

2.2 ด้านที่แตกต่างกันระหว่างเขต ได้แก่

- ภาวะผู้นำของผู้ตรวจราชการ (ซีอีโอ) ต่างกัน และสัมพันธ์กับความก้าวหน้าในการวางแผนและดำเนินแผนตามนโยบายฯ ต่างกัน
- ภาวะผู้นำหมู่ (collective leadership) อันเกิดจากปฏิสัมพันธ์หลายฝ่าย หลายระดับพบในบางเขต สืบเนื่องจากการทำงานมาแต่อดีตภายใต้บริบทที่ต่างกันระหว่างเขต ภาวะผู้นำหมู่จึงดูเหมือนมีความยั่งยืนมากกว่าภาวะผู้นำเดี่ยว

ธรรมาภิบาลการพัฒนาการบริหารการซื้อบริการและจัดบริการ

ความไม่แน่นอนของการดำเนินนโยบายเขตฯ ทำให้ไม่เกิดกลไกและกระบวนการซื้อบริการตามที่ออกแบบไว้นั้นคือ คณะกรรมการประสานงานพัฒนางานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.) วางแผนบริการแล้วให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) อนุมัติเงินสนับสนุน ดังนั้นจึงประเมินธรรมาภิบาลด้านการซื้อบริการไม่ได้ ข้อค้นพบต่อไปนี้จะจำกัดเฉพาะธรรมาภิบาลด้านการจัดบริการ ได้แก่

- i. โครงสร้างการบริหารจัดการในเขตบริการสุขภาพมีความชัดเจนเฉพาะในส่วนของผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ ซีอีโอ ในฐานะประธานคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ และผู้อำนวยการเขตสุขภาพ ในแต่ละเขตบริการสุขภาพ พบความหลากหลายมากในเชิงโครงสร้าง สิ่งนี้บ่งชี้ความยืดหยุ่นในการดำเนินนโยบายฯ และนำไปสู่สมรรถนะอันหลากหลายของแต่ละเขตสุขภาพ
 - ii. กระบวนการวางแผนและจัดบริการในเขตส่วนใหญ่ ปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน จึงเสี่ยงต่อความล้มเหลวในการดำเนินนโยบาย เนื่องจากอาจไม่ได้รับความร่วมมือหรือถูกขัดขวางจากผู้เสียประโยชน์
 - iii. แม้ไม่พบหลักฐานว่ามีเจตนาลดทอนความโปร่งใสในแต่ละเขต แต่พบว่าระบบข้อมูลรองรับความโปร่งใสมีความหลากหลายมากระหว่างเขต บ่งชี้ข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความโปร่งใส
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรของส่วนกลาง และในการซื้อและจัดบริการสุขภาพของพื้นที่ทั้ง 13 เขต

รายงานนี้ประเมินได้เฉพาะสาระของแผนจัดบริการ และการตัดสินใจอนุมัติแผนลงทุน เนื่องจากการจัดสรรและใช้ทรัพยากรยังไม่ชัดเจนในการใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์เพื่อความคุ้มค่า (allocative & technical efficiency) และไม่ชัดเจนในด้านการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม จึงไม่มีข้อมูลให้ประเมิน ทั้งนี้ความไม่ชัดเจนปรากฏในลักษณะดังนี้

- i. ได้เท่ากันเมื่อมีความจำเป็นทางสุขภาพอย่างเดียวกัน
- ii. มุ่งตอบสนองกลุ่มด้อยโอกาสให้ทัดเทียมกับกลุ่มอื่น ตอบสนองความจำเป็นด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง
- iii. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย
- iv. เสนอทางเลือกอันหลากหลายสำหรับผู้ใช้บริการ

เงื่อนไขพื้นฐานที่ขาดหายไปในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากร ซื้อและจัดบริการ คือ บัญชีต้นทุนมาตรฐาน และการตรวจสอบบัญชีโดยผู้ขึ้นทะเบียนตรวจสอบบัญชีอิสระ เมื่อสิ่งนี้หายไปตัวเลขต้นทุนที่กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ใช้ในการหารือเกี่ยวกับการบริหารการจัดสรรทรัพยากร ซื้อและจัดบริการจึงไม่มีข้อยุติ

ข้อเสนอแนะ

โดยที่ขอบเขตการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพอาจจำแนกได้เป็นสองระดับ คือ การปรับโครงสร้างบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในด้านนโยบายระดับประเทศ กับด้านนโยบายว่าด้วยเขตบริการสุขภาพ ข้อเสนอแนะจึงจำแนกเป็นสองระดับเช่นกัน พร้อมทั้งระยะดำเนินการ

ระยะสั้นเพื่อยกระดับนโยบายเขตบริการสุขภาพภายใต้โครงสร้างปัจจุบัน

1. กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาปรับปรุงเรื่องต่อไปนี้

a. วิธีการงบประมาณ

- i. ให้พิจารณาลงทุนระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาล (รวมถึงนักบัญชี) เพื่อเป็นฐานรองรับการจัดทำงบประมาณที่ทุกฝ่ายยอมรับร่วมกัน และให้นำเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์มาใช้เป็นเกณฑ์จัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ คุ่มค่า และเป็นธรรม
- ii. ควรขยายผลการวางแผนเชิงบูรณาการวิธีซื้อบริการ และอัตราการซื้อบริการซึ่งเป็นรูปธรรมระดับหนึ่งแล้วในบางเขต เพื่อให้การระดมและจัดสรรเงินเป็นเอกภาพระหว่างสามกองทุนหลักและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้กว้างขวางครอบคลุมทุกเขต
- iii. วิเคราะห์ภาพรวมของประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในระบบสุขภาพของทั้งประเทศ โดยเฉพาะการวิเคราะห์ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพระหว่างเขตฯ ซึ่งอยู่นอกเหนืออำนาจและหน้าที่ของผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารในระดับเขตฯ โดยอาศัยข้อมูลด้านการกระจายทรัพยากรสุขภาพ (distribution of health resources) และการใช้ทรัพยากรสุขภาพ (utilization of health resources) ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเลือกกลไกในการพัฒนาประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพระหว่างเขตฯ ตลอดจนพิจารณาการมีอยู่ (availability) ของหน่วยบริการสุขภาพนอกกระทรวงสาธารณสุข ที่มีศักยภาพในการทำงานร่วมกันในแต่ละเขตฯ ร่วมด้วย
- iv. ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางควรมุ่งเน้นการพัฒนานโยบายที่มีกลไกการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนนโยบาย (allocative efficiency) โดยกำหนดแผนพัฒนาระบบบริการ (service plan) ให้ครอบคลุมเฉพาะบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการพัฒนาประสิทธิภาพ โดยเฉพาะบริการสุขภาพที่ผ่านประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ (health technology assessment) และมีข้อบ่งชี้ว่าให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงสุด เมื่อเทียบกับการลงทุนอื่นๆ ในระบบสุขภาพ เพิ่มการลงทุนเพื่อจัดบริการสุขภาพที่คุ้มค่าให้อยู่ในแผนพัฒนาบริการ และลดการลงทุนจัดบริการสุขภาพบางประเภทที่ไม่คุ้มค่า หรือตัดบริการสุขภาพที่มีคุณลักษณะดังกล่าวออกจากแผนพัฒนาบริการ

- b. มอบอำนาจบริหารคน เงิน ของ จากปลัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังผู้อำนวยการเขตบริการสุขภาพ เต็มพิกัด พร้อมระบบสรรหา แต่งตั้ง ถอดถอนโดยอาจประยุกต์ใช้หลัก Merit System Principles and Performance Management (<http://www.opm.gov/policy-data-oversight/performance-management/reference-materials/more-topics/merit-system-principles-and-performance-management/>)
- c. บทบาทของกรมวิชาการ เพื่อตั้งต้นให้กรมวิชาการเป็นหน่วยวิชาการที่เข้มแข็งจนเป็นที่พึ่งของเขตบริการสุขภาพได้จริง ควรกำหนดตัวชี้วัดกรมทุกระดับให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพ โดยอาจจำแนกโครงสร้างของกรมในเชิงปฏิบัติการ (functional unit) เป็น 13 หน่วย สอดคล้องกับเขตบริการสุขภาพและให้ผู้ทรงคุณวุฒิรับผิดชอบแต่ละหน่วย พร้อมปรับวิธีการงบประมาณ และการบริหารกำลังคนให้มุ่งเน้นภารกิจพัฒนาวิชาการด้วยการค้นคว้าวิจัย โดยร่วมกับเขตบริการสุขภาพในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของกรมส่วนหนึ่ง (อาจถ่วงน้ำหนักไม่น้อยกว่าร้อยละ 50) ไว้ที่การผลิตงานวิชาการที่เขตบริการสุขภาพนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ทั้งนี้ให้พิจารณารูปแบบและแนวทางของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เป็นตัวอย่างเพราะเป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นจริงในบริบทกระทรวงสาธารณสุข โดยนัยนี้ ต่อไปกรมวิชาการจะไม่ต้องพัวพันกับการกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จของเขตบริการสุขภาพ ดังที่เป็นมา ถ้าจะเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดควรเป็นไปในลักษณะการพัฒนาดัชนีชี้วัดเพื่อให้เขตบริการสุขภาพพิจารณานำไปปรับใช้
- d. การนิเทศงานและกำกับติดตาม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยบริหารของเขตบริการสุขภาพ ควรร่วมกับเขตบริการสุขภาพกำหนดชุดตัวชี้วัดที่ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันหมดทุกเขตบริการสุขภาพ แต่ให้เป็นไปในทิศทางและกรอบการปฏิบัติเดียวกัน นั่นคือ การพึ่งตนเองของเขตบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูอย่างเป็นธรรม คุ่มค่า และมีคุณภาพในแต่ละเขต และให้ชุดตัวชี้วัดที่ตกลงกันสอดคล้องกับแผนงบประมาณและแผนอัตรากำลังคนของแต่ละเขต นอกจากนี้ ควรอาศัยการนิเทศงาน/กำกับติดตามเสมือนเวทีเปิดให้พลังทางวิชาการและภาคีจากต่างสังกัดได้เข้ามาเสริมคุณค่าการเรียนรู้ร่วมกันให้รอบด้านและกว้างขวางยิ่งขึ้นภายในแต่ละเขต และระหว่างเขต ประการสุดท้าย ควรให้ความสำคัญกับการวัดความก้าวหน้าในการตอบสนองความต้องการของพื้นที่ (agility) มากกว่าประสิทธิภาพ (efficiency) ซึ่งมีความยืดหยุ่นต่ำ (rigidity)
- e. ระบบสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยบริหารของเขต พิจารณาสังคายนาระบบข้อมูลรายงานทั้งหมด โดยยกเลิกส่วนที่มีความเป็นไปได้ต่ำในการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลให้นำเชื่อถือจนใช้ได้จริงอย่างทันสมัย ส่งเสริมให้เขตบริการสุขภาพประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศที่เป็นแบบอย่าง เช่น ของเขตบริการสุขภาพ 8 เขตบริการสุขภาพ 12 เป็นต้น ทั้งนี้ ถ้าสามารถจัดการให้ระบบสารสนเทศของเขตบริการสุขภาพเป็นระบบเปิด นั่นคือเชื่อมโยงกับระบบอื่นและ

อำนวยความสะดวกให้นักวิชาการทุกสังกัดเข้าถึงได้ น่าจะเป็นตัวเร่งปฏิริยาการยกระดับคุณภาพ
สารสนเทศ ทั้งนี้โดยยังคงรักษาความลับของคนไข้ไว้อย่างเคร่งครัด

- f. ด้านกำลังคน แผนกำลังคนของเขต ม เป็นตัวอย่างแสดงว่า การพัฒนาขีดความสามารถด้านการ
วางแผนกำลังคนอย่างเป็นระบบตามหลักวิชาในระดับเขตเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และอาจจะนำไปสู่การ
ผลิต และการกระจายให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่โดยอาศัยกำลังการผลิตในเขต
ทางเลือกหนึ่งในการใช้ประโยชน์จากขีดความสามารถเช่นนี้คือสนับสนุนการดำเนินแผนพัฒนา
กำลังคนลักษณะนี้ ก่อนจะนำไปขยายผลทั่วประเทศ

ระยะยาวระดับประเทศ

หากพิจารณาความตั้งใจของนโยบายฯ ต่อการปรับปรุงภาพใหญ่ของระบบบริการสุขภาพทั้งประเทศ ความ
ท้าทายมากประการหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขชี้ประเด็นไว้ภายหลังรัฐประหาร 22 พฤษภาคม 2557 (กลางปี
ที่สองของการดำเนินนโยบายฯ) คือ สภาวะเอกภาพจำกัดจนเป็นอุปสรรคในการคลี่คลายปัญหาในระบบ
สุขภาพ (รวมระบบบริการสุขภาพ) นำไปสู่การสูญเสียโอกาส และใช้ทรัพยากรเกินจำเป็น บ่งชี้ความซับซ้อน
ของระบบสุขภาพอันเป็นแรงต้านทานต่อความพยายามในการเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา อย่างเช่น ภาวะชะงักงัน
ในการสร้างเอกภาพการซื้อบริการระหว่างสามกองทุนหลัก เอกภาพในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ^{1 2 3}
แม้มีความพยายามดำเนินการมานานกว่าทศวรรษ

ภายใต้บริบทของความท้าทายในการสร้างเอกภาพ และแรงต้านทานต่อความพยายามในการเปลี่ยนแปลง
ดังกล่าว คณะผู้วิจัยเสนอทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการถกแถลง (dialogue) ระหว่างภาคีต่างๆ
เพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพโดยอิงข้อค้นพบข้างต้นและคำนึงถึงนวนโยบายล่าสุดของกระทรวง
สาธารณสุข

ทางเลือกที่หนึ่ง

การจัดตั้ง National Health Policy Board (NHPB) ซึ่งอาจทำได้โดยการปรับขอบเขตอำนาจหน้าที่ ตาม
พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2554^[3] หมวด 19 ดังต่อไปนี้

- a. มาตรา 42 ควรระบุให้ชัดเจนว่า กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่**กำหนดและกำกับทิศทาง**
ว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพ อันหมายถึง การดำเนินนโยบายสาธารณะใดๆ ของทุกหน่วยงานที่
มีหน้าที่โดยตรง และโดยอ้อมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษา
โรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน อำนาจดังกล่าวให้หมายถึงอำนาจเสนอกฎหมายที่
เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบสุขภาพ กลั่นกรองงบประมาณ และแผนลงทุนของกองทุนสุขภาพ เขต
สุขภาพ ตลอดจนหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน
ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน

b. **มาตรา 43** ว่าด้วยส่วนราชการในสังกัด ควรปรับให้เป็นโครงสร้างใหม่ซึ่งสอดคล้องกับอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 42 ดังนี้

i. กำหนดให้มี NHPB เป็นองค์กรอันประกอบด้วย

1. องค์คณะที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม ซึ่งประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขาธิการ และผู้แทนจากสำนักงบประมาณ กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หอการค้าไทย สมาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย เครือข่ายผู้บริโภค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวัคซีนแห่งชาติ สภาวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 2. องค์คณะที่เน้นรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขาธิการ และผู้แทนจากสำนักงบประมาณ กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน กระทรวงศึกษาธิการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สมาคมโรงพยาบาลเอกชน เครือข่ายผู้บริโภค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สามกองทุนสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ทำหน้าที่พัฒนา/กลั่นกรอง นโยบาย แผนกลยุทธ์ เสนอต่อองค์คณะทั้งสอง และกำกับติดตาม และประเมินผลการพัฒนาตามทิศทางที่ NHPB กำหนด โดยอาจพิจารณาให้ IHPP/HITAP/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นมันสมอง ทำหน้าที่ในรูปองค์กรอิสระและมีงบประมาณสนับสนุนอย่างยั่งยืน และเพียงพอ
- ii. ปรับลดขนาดหรือเปลี่ยนสถานะกรมวิชาการทั้งหมด และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้เป็นองค์กรมหาชนที่มีขนาดกระทัดรัด เพื่อที่ด้านหนึ่งมีความคล่องตัวและอิสระในการบังคับใช้กฎหมาย อีกด้านหนึ่งมีความเข้มแข็งทางวิชาการเพื่อพัฒนานโยบาย และแผนกลยุทธ์ ในส่วนที่เป็นพันธกิจรองรับความต้องการของ NHPB และเขตสุขภาพ
- iii. เปลี่ยนสถานะหน่วยบริการ/หน่วยวิชาการสาขาในส่วนภูมิภาคในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมทั้งหมด ให้เป็นองค์กรมหาชนเหมือนโรงพยาบาลบ้านแพ้ว หรือเป็นโรงพยาบาลรัฐภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานเขตสุขภาพ ซึ่งจัดตั้งเป็นนิติบุคคล ฐานะเทียบเท่ากรม ในกำกับดูแลของคณะกรรมการเขตสุขภาพ มีหน้าที่กำหนดนโยบายและแผน

อนุมัติงบประมาณ/งบลงทุนเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ และบริหารการสาธารณสุข (รวมการบังคับใช้กฎหมาย) คณะกรรมการเขตสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนจากวิชาชีพสุขภาพ สถาบันผลิตบุคลากรและวิชาการ ผู้อำนวยการเขตสุขภาพในฐานะผู้แทนเครือข่ายผู้บริหาร การสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในแต่ละเขต เครือข่ายผู้บริโภครอง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน กองทุนสุขภาพ มีอำนาจแต่งตั้งและถอดถอน ผู้อำนวยการเขตบริการสุขภาพ ออกระเบียบบริหารเงินและบุคลากรของสำนักงานเขตสุขภาพ

ทางเลือกที่สอง

การจัดตั้ง National Health Policy Board (NHPB) โดยให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำหนดและกำกับ **ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ** (ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนย่อย) ของสาขาสุขภาพ (health sector) เคียงคู่ไปกับการเกื้อหนุน (influence) นโยบายการพัฒนาของสาขาอื่น (non health sector) ให้มีผลกระทบต่อสุขภาพในทางบวกบนหลักความเท่าเทียม (equity) ของการมีส่วนร่วมและการรับผลได้เสียอย่างยั่งยืน (sustainability)

องค์ประกอบรองรับ ก) ความเป็นตัวแทน (representation) กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียอย่างทั่วถึงทัดเทียม รวมทั้งผู้แทนทุกกระทรวง และ ข) การเสนอแนะทางเลือก (choices) เพื่อการพัฒนาอย่างรอบด้านบนฐานการมีส่วนร่วมกลั่นกรอง (voices) อย่างเท่าเทียมด้วยความรู้อันแม่นยำตรงทันสมัย ทั้งนี้ให้มาจากการสรรหา การแต่งตั้ง (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และการสุ่มตัวอย่างตามหลักสถิติ โดยมีสัดส่วนจำนวนคนเท่าๆ กัน การสรรหาให้เป็นไปโดยกลไกเฉพาะกิจ อันประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนเขตสุขภาพ (เขตละ 3 คน โดยมาจากวิชาชีพสุขภาพ ประชาชน เอกชนนอกสาขาสุขภาพฝ่ายละ 1 คน) สมาชิกวุฒิสภา 1 คน สมาชิกสภาผู้แทน 1 คน

- a. สำนักงานรับผิดชอบการพัฒนาและกลั่นกรองข้อเสนอเชิงกลยุทธ์ (strategy) เพื่อนำสู่การตัดสินใจของ NHPB และรับผิดชอบการผลักดันสู่การปฏิบัติ โดยเป็นกลไกอิสระ (จากการแทรกแซงของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย)
- b. สำนักงานรับผิดชอบการกำกับติดตามและประเมินผลการทำงานของสำนักงานฯ และคณะกรรมการโดยเป็นกลไกอิสระ (จากการแทรกแซงของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย รวม NHPB และสำนักงานฯ)

ในสาขาบริการสุขภาพ เสนอให้จัดตั้งสี่กลไกถ่วงดุลซึ่งกันและกัน โดยแต่ละกลไกควรมีงบประมาณเป็นของตนเองอย่างเพียงพอเพื่อบรรลุพันธกิจ ได้แก่

- a. คณะกรรมการผู้จัดบริการ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย กำกับติดตาม และประเมินผล การจัดบริการ (อย่างมีคุณภาพ ครอบคลุม คุ่มค่า) ผลิตและพัฒนาบุคลากรของเขตบริการสุขภาพ ภายใต้ทิศทางของ NHPB ประกอบด้วย ตัวแทนจากวิชาชีพสุขภาพ สถาบันผลิตบุคลากรและวิชาการ ผู้อำนวยการเขตบริการสุขภาพในฐานะผู้แทนเครือข่ายผู้บริหารการสาธารณสุข

โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในแต่ละเขต เครือข่ายผู้บริโภครอง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน กองทุนสุขภาพ (ไม่มีสิทธิตัดสินใจ) บริหารจัดการโดยมีสำนักงานในรูปองค์กรอิสระโดย คณะกรรมการผู้ให้บริการแต่งตั้งผู้อำนวยการ

- b. คณะกรรมการผู้ซื้อบริการ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย กำกับติดตาม และประเมินผล การซื้อบริการ และการลงทุน ภายใต้ทิศทางของ NHPB ประกอบด้วย ตัวแทนจากกองทุนสุขภาพ วิชาชีพสุขภาพ สถาบันผลิตบุคลากรและวิชาการ (ไม่มีสิทธิตัดสินใจ) ผู้อำนวยการเขตสุขภาพ (ไม่มีสิทธิตัดสินใจ) เครือข่ายผู้บริโภครอง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน บริหารจัดการโดยมีสำนักงานในรูปองค์กรอิสระ โดยคณะกรรมการผู้ซื้อบริการแต่งตั้งผู้อำนวยการ
- c. คณะกรรมการบริหารการสาธารณสุข ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย เสนอกฎหมาย กำกับติดตาม และประเมินผล การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุน การบริหารการสาธารณสุข (รวมทั้ง คุ่มครองผู้บริโภครอง) และการลงทุนที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ทิศทางของ NHPB ประกอบด้วย ตัวแทนจากวิชาชีพสุขภาพ สถาบันผลิตบุคลากรและวิชาการ ผู้อำนวยการเขตสุขภาพ (ไม่มีสิทธิตัดสินใจ) เครือข่ายผู้บริโภครอง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน กองทุนสุขภาพ บริหารจัดการโดยมีสำนักงาน ในรูปองค์กรอิสระ โดยคณะกรรมการบริหารการสาธารณสุขแต่งตั้งผู้อำนวยการ
- d. คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพ บริหารการสาธารณสุข (รวมการ บังคับใช้กฎหมาย) ผลิตและพัฒนา ขึ้นทะเบียนบุคลากรในแต่ละเขตภายใต้นโยบายของ คณะกรรมการทั้งสาม ประกอบด้วย ผู้อำนวยการเขตสุขภาพ ตัวแทนจากวิชาชีพสุขภาพ สถาบันผลิตบุคลากรและวิชาการ เครือข่ายผู้บริโภครอง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน กองทุนสุขภาพ บริหารจัดการโดยมีสำนักงานในรูปองค์กรอิสระ โดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ แต่งตั้งผู้อำนวยการ

ระยะยาวในกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากที่กล่าวมาควรปรับบทบาทของกรมวิชาการให้เป็นหน่วยวิชาการที่เข้มแข็งจนเป็นที่พึ่งของเขต บริการสุขภาพได้จริง โดยในเชิงโครงสร้างให้ถ่ายโอนสถานพยาบาลในสังกัดกรมทั้งหมดไปให้เขตบริการ สุขภาพกำกับดูแล เพื่อให้โครงสร้างอัตรากำลังคนและภารกิจบริการแยกจากการกิจวิชาการ ในเชิง งบประมาณควรปรับวิธีการงบประมาณทุกหมวด และการบริหารกำลังคนทุกระดับให้มุ่งเน้นภารกิจพัฒนา วิชาการด้วยการคั่นคว่ำวิจัยโดยร่วมกับเขตบริการสุขภาพในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของกรมส่วนหนึ่ง (อาจถ่วงน้ำหนักไม่น้อยกว่าร้อยละ 50) ไว้ที่การผลิตงาน วิชาการที่เขตบริการสุขภาพนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ทั้งนี้ให้พิจารณารูปแบบและแนวทางของ IHPP และ HITAP เป็นตัวอย่างเพราะเป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นจริงในบริบทกระทรวงสาธารณสุข โดยนัยนี้ ต่อไปกรมวิชาการ จะไม่ต้องพัวพันกับการกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จของเขตบริการสุขภาพดังที่เป็นมา ถ้าจะเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดควร เป็นไปในลักษณะการพัฒนาดัชนีชี้วัดเพื่อให้เขตบริการสุขภาพพิจารณานำไปปรับใช้

ภาพพึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพระดับเขตในภาพรวม

อาศัยข้อค้นพบเกี่ยวกับหลักคิด และผลดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพในบทที่ 1 ประกอบกับหลักฐานแวดล้อม (circumstantial evidence) อันปรากฏก่อนหน้านี้ นโยบายนี้ และระหว่างที่ติดตามนโยบายฯ ต่อไปนี้ เป็นการเสนอภาพพึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพระดับเขตในภาพรวม หลักคิดดังกล่าวอาจแยกแยะได้เป็นส่วนของเป้าประสงค์และแนวทางบรรลุเป้าประสงค์ กล่าวคือ การจัดตั้งเขตบริการสุขภาพมุ่งหมายให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลในแต่ละเขต เพื่อให้สามารถเป็นที่พึ่งของประชาชนได้มากที่สุดโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาลโรคซับซ้อน แนวทางบรรลุคือการกระจายอำนาจบริหาร คน เงิน ของ จากส่วนกลางไปยังเขตบริการสุขภาพ อันเอื้อให้กระบวนการวางแผนและดำเนินแผนเป็นไปอย่างคล่องตัว สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและบริบทอันหลากหลายระหว่างพื้นที่ได้ดีกว่าอดีต ซึ่งถูกจำกัดด้วยอำนาจบริหารของส่วนกลางเท่านั้น

ข้อค้นพบเกี่ยวกับผลดำเนินการตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ บ่งชี้ว่า หลักคิดดังกล่าวมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และได้รับการยอมรับกว้างขวางจากผู้ปฏิบัติ เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาภาวะผู้นำส่งผลต่อนวัตกรรมการวางแผนและดำเนินแผน การระดมทรัพยากรนอกกระทรวงสาธารณสุข การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างจังหวัดนำไปสู่ความเข้าใจร่วมกันจนเกิดความร่วมมือในการจัดสรรและใช้ทรัพยากรร่วมกันมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัด ดังนี้

1. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยเฉพาะการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงทางสังคมและสภาพแวดล้อม
2. การแปลงรูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system, DHS) ให้เป็นจริง
3. การระดมภาคีอื่นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
4. ความสับสนในการสื่อสารนโยบาย จากผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางไปยังผู้ปฏิบัติตามนโยบายในระดับเขตฯ หรือจากนโยบายระดับเขตฯ ไปยังผู้ปฏิบัติตามนโยบายในหน่วยบริการสุขภาพ
5. การนิเทศกำกับติดตามงานของเขตโดยผู้แทนส่วนกลางไม่ยืดหยุ่นตามข้อเท็จจริงอันหลากหลายของพื้นที่ และข้อเท็จจริงอุบัติใหม่อันอยู่นอกเหนือชุดตัวชี้วัด จึงพลาดโอกาสที่จะมองเห็นทางออกใหม่ๆ ร่วมกัน นำไปสู่นวัตกรรมที่อาจขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ได้ รวมทั้งโอกาสพัฒนาตัวเองของส่วนกลาง
6. ภาวะสูญญากาศในการมีส่วนร่วมขึ้นาระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) ตลอดจนถึงจำกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ซึ่งเก่าแก่และรวยที่สุดในการตอบสนองความต้องการของคนกรุงเทพมหานคร
7. วิธีการจัดสรรทรัพยากรของส่วนกลางเพื่อความคุ้มค่าและเป็นธรรมยังไม่ชัดเจน
8. ขีดจำกัดของส่วนกลางและเขตในการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อความโปร่งใสและขึ้นำการพัฒนาบริการ
9. สภาวะด้อยเอกภาพในการมองและจัดการภาพรวมระบบบริการสุขภาพระดับประเทศ

บทเรียนดังกล่าว มีความหมายในการชี้ทิศทางและภาพพึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพดำรงอยู่และคลี่คลายไปท่ามกลางบริบทอันเป็นพลวัตรรอบด้าน เช่น การเมือง เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี องค์กร นัยของสิ่งนี้คือ ความรู้สมบูรณ์แบบไม่มีอยู่จริง และไม่มีใครรู้มากพอที่จะผลักดันระบบบริการให้เป็นไปในลักษณะพึงประสงค์ได้โดยลำพัง ผู้รับผิดชอบการพัฒนาบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงพลวัตรเหล่านี้ ทั้งระดับประเทศ ไปจนถึงตำบลเป็นอย่างน้อย ให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง เตรียมพร้อมที่จะเรียนรู้อยู่เสมอเกี่ยวกับภาวะอุบัติใหม่ เพื่อพลิกแพลงนโยบาย แผน และการดำเนินการให้สอดคล้องสภาพความเป็นจริงอันหลากหลาย ระมัดระวังการตัดสินใจและดำเนินการชนิดเหวี่ยงแห
2. การกระจายอำนาจจากส่วนกลางมายังเขตเป็นทิศทางที่ถูกต้อง แต่ต้องเป็นไปอย่างแยกแยะว่า อำนาจจัดบริการสุขภาพประเภทใดควรรวมศูนย์ที่เขต ที่ภูมิภาค และที่ส่วนกลางเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและเป็นธรรม ไม่ใช่เน้นแต่เพียงประสิทธิภาพของการทำงานแต่เพียงอย่างเดียว รวมทั้งมีการกำหนดตัวชี้วัดการบรรลุเป้าประสงค์ด้านความคุ้มค่าและความเป็นธรรม ทั้งในระดับประเทศและในระดับเขต เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแย่งชิงทรัพยากรระหว่างเขต หรือป้องกันไม่ให้เกิดการแข่งขันที่ประชาชนในบางเขตได้ประโยชน์และประชาชนในบางเขตเสียประโยชน์ (zero sum game)
3. องค์ความรู้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเทศไทย ปัจจุบันยังน้อยเกินกว่าจะสรุปสุดท้ายว่ารูปแบบของระบบบริการสุขภาพระดับเขตควรเป็นอย่างไร ดังนั้นจึงควรอาศัยการทดลองเชิงนโยบายเพื่อหาข้อสรุประหว่างทางเลือกต่างๆ โดยที่อาจจะกำหนดให้แต่ละเขตบริการสุขภาพมีขอบเขตการทำงานที่แตกต่างกัน มีกลไกการการอภิบาลระบบที่แตกต่างกัน แต่ให้มีการติดตามและประเมินผลเปรียบเทียบการบรรลุเป้าหมายของนโยบายอย่างต่อเนื่อง แทนที่จะกำหนดรูปแบบเดียวเหมือนกันหมด ตัวอย่างเช่น
 - 3.1 รูปแบบที่ 1 ให้บางเขตบริการสุขภาพดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามนโยบายเดิม คือเน้นการจัดการระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้มีการประสานงานด้านการคลังสุขภาพร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระดับเขต
 - 3.2 รูปแบบที่ 2 ให้บางเขตบริการสุขภาพดำเนินการอย่างต่อเนื่องตามนโยบายเดิม แต่ทดลองเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาในการพัฒนานโยบายมากขึ้น ยังคงเน้นการจัดการภายในกระทรวงสาธารณสุข ภายในเขตบริการสุขภาพ แต่ปรับรูปแบบการอภิบาลระบบบริการสุขภาพในระดับเขตฯ ให้มีตรวจสอบกลไกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ นอกเหนือจากผู้บริหารส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข (เช่น กำหนดให้มีตัวแทนจาก สปสช. สำนักงานประกันสังคม (สปส.) กรมบัญชีกลาง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลกองทัพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน อยู่ในกรรมการอำนวยการหรือกรรมการชี้ทิศทาง ซึ่งดูแล กำกับ ตรวจสอบผู้บริหารเขตฯ)

- 3.3 รูปแบบที่ 3 ให้บางเขตบริการสุขภาพทดลองดำเนินการตามนโยบายซึ่งขยายขอบเขตออกไปครอบคลุมทั้งการจัดการระบบบริการสุขภาพภายในกระทรวงสาธารณสุข และทำงานร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ และทำงานร่วมกับผู้แทน อปท. และภาคประชาสังคมในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งมีตรวจสอบกลไกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ นอกเหนือจากผู้บริหารส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข
4. จำเป็นต้องมีกลไกกลางระดับประเทศสำหรับการมองและจัดการภาพรวมระบบบริการสุขภาพระดับประเทศ เช่นเดียวกัน รูปแบบของกลไกเช่นนี้ควรเป็นเช่นไร ยังไม่มีคำตอบสุดท้าย ดังจะเห็นได้จากบทเรียนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กว่าห้าปีที่ผ่านมาบ่งชี้ว่า กระบวนการสมัชชายังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง จึงไม่สามารถผลักดันมติสมัชชาเกือบครึ่งร้อยมติให้ปรากฏเป็นจริงได้ แม้ในขอบเขตแคบกว่าคือ การบรรลุเอกภาพสามกองทุนสุขภาพหลัก (บัตรทอง สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม) ก็ปรากฏว่าความพยายามกว่าสิบปีที่ผ่านมายังไม่คืบหน้า
5. ดังนั้น จึงควรกำหนดระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อทดลองรูปแบบเขตบริการสุขภาพและกลไกกลางระดับประเทศผ่านการปฏิบัติและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทุกภาคภายใต้เป้าประสงค์ร่วม (common purpose) นั่นคือ ระบบบริการสุขภาพเพื่อประชาชนได้เข้าถึงบริการคุณภาพอย่างเท่าเทียมและคุ้มค่าโดยเป็นระบบที่สามารถเรียนรู้และปรับตัวไม่สิ้นสุด

สรุป ระบบบริการสุขภาพระดับเขตที่พึงประสงค์ ควรเป็นระบบบริการที่เรียนรู้และปรับตัว (adaptive systems) เพื่อการพึ่งตนเองได้มากที่สุดและเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของประเทศที่ให้หลักประกันแก่สังคมในการเข้าถึงบริการคุณภาพอย่างเป็นธรรมและคุ้มค่า

บทที่ 1

แนวคิด ภาวะผู้นำ การอภิบาลระบบ การจัดสรรทรัพยากรและการซื้อบริการ

ที่มาและความสำคัญ

การดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จที่สำคัญอยู่หลายประการ โดยเฉพาะในเรื่องของความครอบคลุมของผู้มีสิทธิ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยเฉพาะบริการตติยภูมิ การปกป้องครัวเรือนจากภาระค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ล้มละลายหรือยากจน การคุ้มครองสิทธิและตอบสนองต่อประชาชนมากขึ้นจากการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการทำให้มีผู้รับผิดชอบภาคประชาชนที่ชัดเจนขึ้น ตลอดจนการพัฒนากระบวนการสารสนเทศที่นำไปใช้ในการบริหารจัดการระบบการเงินการคลังและการใช้เพื่อการติดตามกำกับประเมินระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากรายงานการประเมินทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งบทเรียนที่สั่งสมมาจากการดำเนินงานของหลายๆ ฝ่าย ต่างมีความเห็นที่ค่อนข้างตรงกันว่า การจะคงรวมศูนย์การซื้อและการจัดบริการไว้ที่ส่วนกลางไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นจำเป็นต้องกระจายบทบาทและความรับผิดชอบการซื้อและการจัดบริการไปยังระดับพื้นที่ ขณะเดียวกันจำเป็นต้องให้บทบาทการจัดบริการมีระยะห่างจากบทบาทกำหนดนโยบายและการกำกับ ซึ่งในขณะนี้ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีการขับเคลื่อน เรื่องการจัดระบบบริการสุขภาพระดับเขตภายใต้ชื่อ “Service plan” อย่างแข็งขันสาระสำคัญได้แก่¹ ปีที่ 1 การมุ่งหวังให้การจัดบริการสุขภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนครอบคลุมหลายมิติ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน พัฒนาระบบเอื้อต่อการดำเนินงานสุขภาพ โดยอาศัยการปรับเปลี่ยนระบบสนับสนุนในด้านกระบวนการ (ธรรมาภิบาล การเงินการคลัง สารสนเทศ กฎหมาย บุคลากร 3 กองทุน) และการอภิบาลระบบ (กลไกนโยบาย จัดบริการ และซื้อบริการ)

ดังนั้น การจัดการระบบสุขภาพในระดับเขตอาจเป็นทางออกที่เหมาะสมสำหรับระบบสาธารณสุขไทยในช่วงทศวรรษต่อไปและแก้ไขข้อขัดแย้งต่างๆ ที่มีในระบบ ซึ่งต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่าย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.) ในการดำเนินนโยบาย โดยคาดว่าความร่วมมือในการจัดระบบบริการและการซื้อบริการในพื้นที่จะเป็นกลไกที่สามารถนำคนในพื้นที่ไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี และนำไปสู่การมีธรรมาภิบาลที่ดี (good governance) ในการอภิบาลระบบ (governance) ซึ่งจะช่วยให้พื้นที่สามารถ

¹ แนวทางการจัดทำแผนพัฒนาเขตสุขภาพ โดย นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 18 ธันวาคม 2555
ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร

ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการมุ่งสู่ระบบดังกล่าวคงต้องตอบคำถามในเชิงประสิทธิภาพและความเป็นธรรมว่าสามารถแก้ไขที่ระดับเขตได้หรือไม่ และยังจำเป็นต้องมีการวิจัยเพื่อหาองค์ความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อการวางแผนและพัฒนาอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์

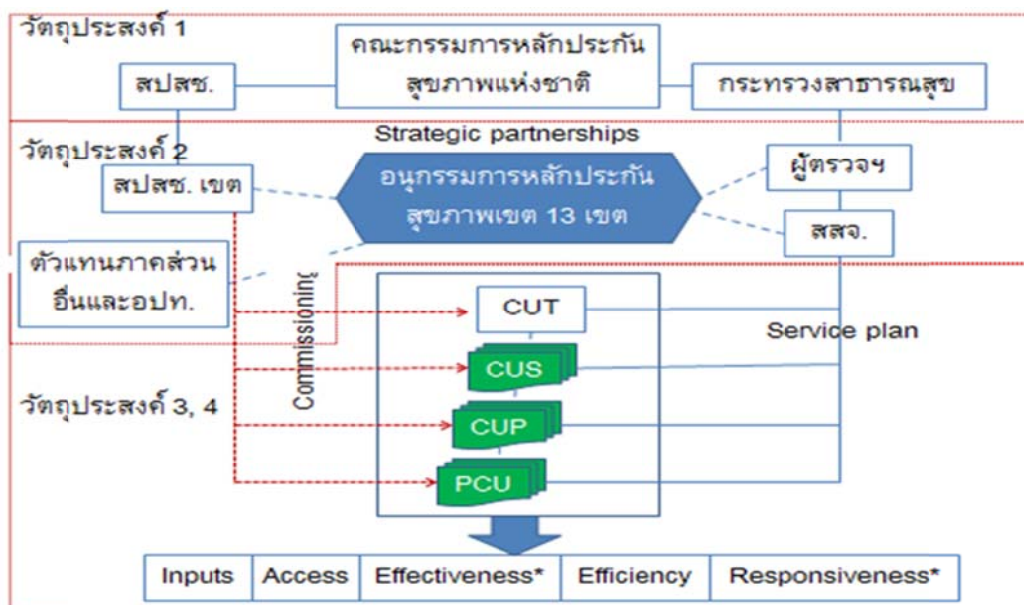
1. เพื่อประเมินความเข้าใจต่อแนวคิด เขตสุขภาพ และ service plan ของผู้บริหาร สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว
2. เพื่อศึกษาและพัฒนาองค์ประกอบของภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบซื้อบริการและจัดบริการสุขภาพในระดับเขตทั้ง 13 เขต
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความเป็นธรรม ในการจัดสรรทรัพยากรของส่วนกลาง รวมถึงการซื้อและจัดบริการสุขภาพของพื้นที่ทั้ง 13 เขต

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครอบคลุม 3 มิติ ดังนี้

1. การจัดซื้อบริการสุขภาพของพื้นที่ (curative service & public health)
2. การจัดสรรทรัพยากรเพื่อการจัดซื้อบริการสุขภาพของพื้นที่ และการจัดลำดับสำคัญ
3. ธรรมาภิบาลและภาวะผู้นำ (governance & leadership)

กรอบการดำเนินงาน



รูป 1 กรอบแนวคิดการขับเคลื่อนนโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย เพื่อให้สามารถมองภาพรวมของระบบบริการสุขภาพอันเป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า เป็นระบบซับซ้อนและปรับตัว (complex adaptive system)² รายงานนี้จึงอาศัยการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีผสมผสานหลายแหล่งข้อมูล อันประกอบด้วย

1. ทบทวนเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง โดยค้นหาเอกสารด้วยการผสมสองวิธีเข้าด้วยกันได้แก่ การค้นหาตามคำดัชนี และการค้นหาต่อยอดจากข้อค้นพบเบื้องต้น (snow ball search) จากเอกสารและหรือการสัมภาษณ์/สังเกตการประชุม คำดัชนีได้แก่ เขตสุขภาพ เขตบริการสุขภาพ service plan district health system policy สปสช.เขต PP prevention promotion กระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรี ปลัดกระทรวง คำชี้แจงนโยบาย แผนงาน แผนเงิน งบประมาณ commissioning financing human resource บุคลากร สำนักงานเขต chief executive officer (CEO) chief information officer (CIO) chief financial officer (CFO) คปสช. อปสช. และโรงพยาบาล เป็นต้น
2. สัมภาษณ์เชิงลึก CEO CIO CFO CSO สาธารณสุขนิเทศ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้แทนกรมในพื้นที่ ผู้อำนวยการ สปสช.เขต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมจำนวน 121 คน (ดูตารางข้างล่าง) โดยมีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ด้วยความยินยอมของผู้ให้สัมภาษณ์ แล้วถอดเสียงบันทึกแบบคำต่อคำ (verbatim transcription)
3. จัดทำกลุ่มสนทนา หรือสังเกตการประชุม คปสช. และคณะกรรมการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอหรือกลไกอื่นตามความจำเป็น เช่น คณะทำงานสาขาย่อยของ service plan ของแต่ละพื้นที่ 8 ครั้ง (ดูตารางข้างล่างแสดงจำนวนกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์) โดยมีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ด้วยความยินยอมของผู้ให้สัมภาษณ์ แล้วถอดเสียงบันทึกแบบคำต่อคำ (verbatim transcription)

	เขต ว	เขต ท	เขต ทร	เขต ที	เขต ฝ	เขต ล	เขต น	เขต ม	เขต จ	เขต ฮ	เขต ศ	เขต ย	เขต ต	รวม
CEO			1					1		1			1	4
other C's	1		1	1		1		2	4	3	4	2		19
สาธารณสุขนิเทศ/ผู้แทนกรม				1				2						3
ทีมสนง.เขตบริการสุขภาพ								6		4	1			11
สสจ. และ ทีม				2		2	3			2		2		11
ผอ.รพศ.และทีม	3			1	1	1	6					2		14
ผอ.รพช.และทีม	1			1	1	2			4			5		14
แพทย์เฉพาะสาขา	3		1		2		5					1		12
สสอ.				1	1	1			2		1	2		8
พยาบาล,เภสัชใน รพศ. รพท	5					5	9							19
อปสช				1								1		2
ศูนย์วิชาการ				1			1		2					4
รวม(สัมภาษณ์เชิงลึก)														121
คณะทำงานแผนฯ(คณะ)	1			1		1		1	1	1				6
สปสช				1						1				2

² Anderson RA, McDaniel RR. Managing healthcare organizations: Where professionalism meets complexity science. Health Care Management Review 2000;25(1):83-92.

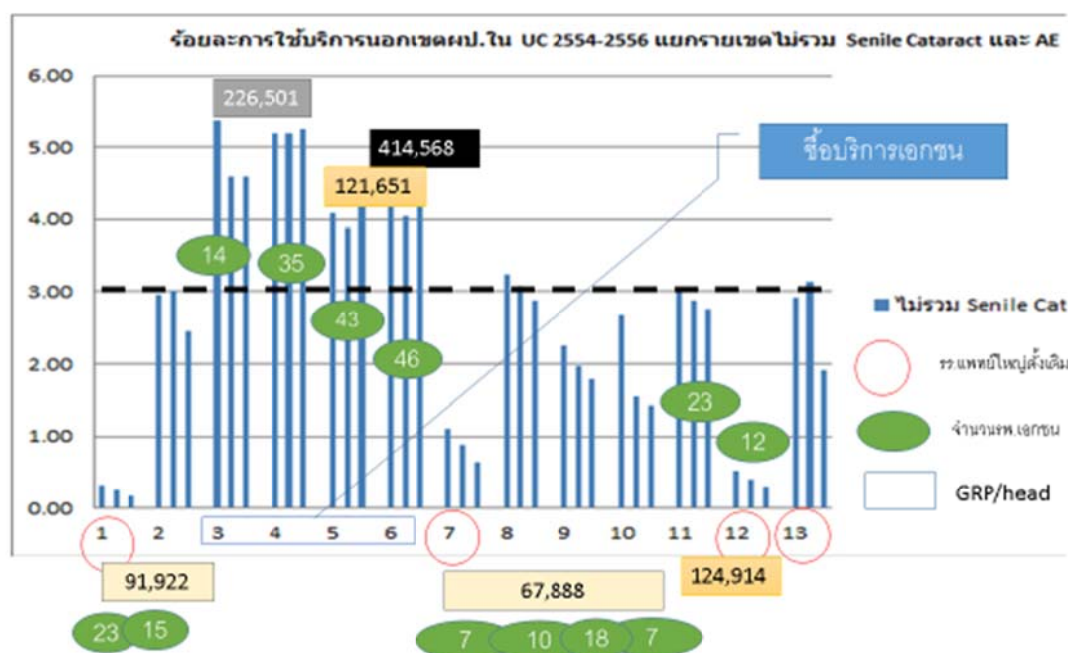
4. วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน โรคเอดส์ อนามัยแม่และเด็ก หัวใจในเด็ก จากข้อมูลทุติยภูมิ (แฟ้มข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.) เปรียบเทียบระหว่างเขตบริการสุขภาพ 13 เขต ในปี 2556 - 2557
5. วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดด้านการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนและการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างเขตบริการสุขภาพ 13 เขต ในปี 2556 - 2557
6. นำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้น (preliminary analysis) ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของนโยบายเขตบริการสุขภาพ เช่น ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ในส่วนกลางและในเขตพื้นที่ เพื่อตรวจสอบมุมมองที่อาจมีความแตกต่างกันในประเด็นดังต่อไปนี้
 - ปัญหาในการพัฒนานโยบายและการปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งควรได้รับการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม
 - การพัฒนาแนวคิดหรือทฤษฎีทางเลือกเพื่อวิเคราะห์ปัญหาเหล่านั้น
 - การวางแผนเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวคิดหรือทฤษฎีทางเลือกเหล่านั้น
 - การสื่อสารและการประยุกต์ผลการศึกษาไปสู่การพัฒนานโยบายเขตบริการสุขภาพ
7. สังเคราะห์ผลงานศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์ ที่จะสร้างองค์ความรู้ที่มีความลึกซึ้งและครอบคลุมมากกว่าการศึกษาจากมุมมองของผู้วิจัยแต่เพียงมุมมองเดียว (Van de Ven, 2007)

ข้อค้นพบและการตีความ บทที่ 1

1. ความเข้าใจต่อแนวคิด เขตบริการสุขภาพ และ service plan ของผู้บริหาร สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการสนับสนุนเชิงนโยบายต่อแนวคิดดังกล่าว
2. องค์ประกอบของภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบซื้อบริการและจัดบริการสุขภาพในระดับเขตทั้ง 13 เขต
3. ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรของส่วนกลาง และในการซื้อและจัดบริการสุขภาพของพื้นที่ทั้ง 13 เขต

บริบท

ก่อนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพเมื่อปี 2555 (อย่างไม่เป็นทางการ) และปี 2556 อย่างเป็นทางการ แต่ละพื้นที่ล้วนมีวิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพในทิศทางที่ใกล้เคียงกับของนโยบายนี้ไม่มากนัก โดยเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขหลายประการ อันสะท้อนบริบทอันหลากหลายระหว่างเขต อย่างน้อยในด้านกำลังซื้อ (gross regional purchasing power/head) จำนวนโรงพยาบาลเอกชน การดำรงอยู่ของโรงเรียนแพทย์ใหญ่ ที่มีกำลังการผลิตบริการมาก เงื่อนไขเชิงบริบทเหล่านี้จะสัมพันธ์กับสมรรถนะบริการคนไข้ของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่มากนัก ดังรูป 2



รูป 2 สมรรถนะบริการคนไข้ในระหว่างเขตบริการสุขภาพ ช่วงปี 2554-56
(ดัดแปลงจากผลวิเคราะห์ของ สปสช.)

ตัวอย่างเช่น เขตบริการสุขภาพ ทร, ฟ, ฝ และ ล อยู่ใกล้ กทม. และประชาชนมีอำนาจซื้อสูงกว่าเขตอื่น จึงมีความคาดหวังต่อบริการมาก (เลยดึงดูดโรงพยาบาลเอกชนเข้าไปเป็นจำนวนมากกว่าเขตอื่นๆ) เป็นแรงผลักดันให้การให้บริการคนไข้ในนอกเขตมากตามไปด้วย เขตบริการสุขภาพ ว, น, ช แม้อยู่ไกล กทม. ประชาชนมีกำลังซื้อน้อยกว่าสี่เขตดังกล่าว แต่มีโรงเรียนแพทย์ใหญ่ดั้งเดิมซึ่งมีกำลังการผลิตบริการมากกว่าโรงเรียนแพทย์ใหม่ ย่อมรองรับความต้องการบริการคนไข้ที่จำเป็นต้องใช้บริการเฉพาะทางขั้นสูงได้มากกว่าเขตที่ไม่มีโรงเรียนแพทย์ใหญ่ดั้งเดิม จำนวนการส่งคนไข้ออกนอกเขตจึงน้อยกว่าเขตอื่น

ต่อไปนี้เป็นการศึกษาความหลักฐานจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง และทบทวนเอกสาร โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ การประเมินและ WHO six building blocks of health care systems พร้อมกับการอภิปรายการ อภิบาลระบบของ William Savedoff and Pablo Gottret (2008)

เพื่อประเมินความเข้าใจต่อแนวคิด เขตบริการสุขภาพ และ service plan ของผู้บริหาร สปสช.และกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการสนับสนุนเชิงนโยบายต่อแนวคิดดังกล่าว

ผู้บริหาร สปสช.

ในสายตาของผู้บริหาร สปสช. เขตบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของเขตสุขภาพ ซึ่งรวมบทบาทหน้าที่ของสาขาการพัฒนาที่นอกเหนือสาขาสุขาภาพไว้ด้วย ภายใต้แนวคิดนี้ การจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบลร่วมกันระหว่าง สปสช. กับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาลเป็นรูปธรรมสะท้อนได้ชัดเจนว่า ผู้บริหาร สปสช. มองเขตสุขภาพใหญ่กว่าเขตบริการสุขภาพ

เลขาธิการ สปสช. กล่าวถึงนิยามสองคำนี้ต่างกันชัดเจนในการให้สัมภาษณ์ (24 กันยายน 2556) โดยให้นิยามเขตสุขภาพว่าหมายถึง การบริหารจัดการให้เกิดความร่วมมือระหว่างฝ่ายซื้อบริการกับฝ่ายให้บริการ (บริการทางคลินิกและบริการสาธารณสุข) โดยให้มีเป้าหมาย ยุทธวิธี การกำกับติดตามประเมินผลร่วมกัน แต่ไม่รวมกิจกรรมบริการและบริหารระดับหน่วยบริการย่อย ได้แก่ โรงพยาบาลหรือสถานีนามัย ซึ่งหน้าที่ในการบริหารจัดการดังกล่าวควรเป็นของฝ่ายซื้อบริการหรือฝ่ายให้บริการ ขึ้นกับโครงการและนิยามเขตบริการสุขภาพว่า การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการโดยใช้ทรัพยากรคุ้มค่ามากขึ้น (ไพบุลย์, 2514)¹⁵

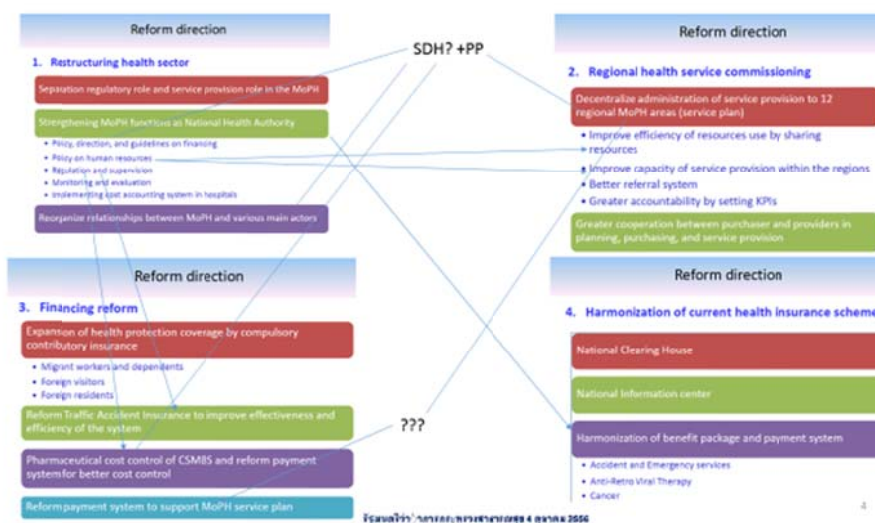
ในทางปฏิบัติ การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. ยังคงรวมศูนย์การตัดสินใจจัดบริการไว้ที่ส่วนกลางเป็นสำคัญ แต่การซื้อบริการภายใต้กรอบชุดสิทธิประโยชน์ในแต่ละเขต สปสช. มีความยืดหยุ่นแตกต่างกันโดยเขต จ และ ต ดูเหมือนมีความยืดหยุ่นในการตัดสินใจเรื่องนี้มากกว่าเขตอื่น เพราะเป็นเขตทดลองการกระจายอำนาจของ สปสช. ที่ยังไม่มีข้อยุติว่าจะหยุดไว้เพียงสองเขตนี้หรือจะขยายต่อไปแม้ว่าได้ทดลองมานานกว่า 5 ปีแล้ว

นอกจากการซื้อบริการ การพัฒนากลไกสนับสนุนการซื้อบริการก็อาจต่างกันระหว่างเขต สปสช. ที่ชัดเจนคือเขต ต ปรากฏรายงานการพัฒนาระบบสารสนเทศรองรับเครือข่ายบริการคลินิกเอกชนในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค⁴ ซึ่งเป็นการริเริ่มของเขต ต ทำนองเดียวกัน เขต จ การพัฒนาบริการปฐมภูมิเขตเมืองด้วยการกระจายงบประมาณรายหัวจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิโดยตรงเรียกว่า cup split โมเดล ก็เข้าข่ายการจัดการกลไกสนับสนุนการซื้อบริการ เพื่อมุ่งลดความแออัดตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขโดยการสนับสนุนของ สปสช. เขต จ⁵

ถัดจากขอบเขตว่าด้วยเขตบริการสุขภาพและเขตสุขภาพดังกล่าว ผู้บริหาร สปสช. ยังมองขอบเขตการกระจายอำนาจแยกกันระหว่างจังหวัดกับเขต กล่าวคือ ควรกระจายอำนาจการจัดการปฐมภูมิและป้องกันโรคไปที่จังหวัดเพราะเป็นระดับที่มีความรู้ด้านสังคม วัฒนธรรมของชุมชนมากกว่าระดับเขต และบริการปฐมภูมิเป็นบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงินต่ำ สำหรับบริการคนไข้ใน ให้รวมศูนย์อำนาจการจัดการบริการคนไข้ในไว้ในระดับเขตโดยยึดหลักการประหยัดตามขนาด (economy of scale) (ไพบุลย์, 2514)¹⁵ แนวคิดนี้สอดคล้องกับทิศทางการกระจายอำนาจบริการสุขภาพในกลุ่มประเทศยุโรป (Figueras et al 2007)⁶

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข แนวคิดเกี่ยวกับเขตบริการสุขภาพได้รับการเผยแพร่ควบคู่กับวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ล่าสุด พิจารณาจากเอกสารเมื่อ พ.ศ. 2557⁷ กระทรวงสาธารณสุขประกาศวิสัยทัศน์ว่า กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมียุทธศาสตร์ 11 ข้อ ครอบคลุมการบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล ยกกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาครัฐเครือข่าย และ อปท. แพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก ส่งเสริมระบบเฝ้าระวังควบคุมป้องกันยาเสพติดและฟื้นฟูสภาพผู้เสพ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาพรวมรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตลอดจนการส่งเสริมธุรกิจบริการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้มาตรฐานสากล ซึ่งจะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับแนวคิดของ นพ.ประดิษฐ์ สินธวันณรงค์ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขดังรูป 3 ทั้งโปรดสังเกตว่า 3 ใน 4 กลุ่มความคิดตามรูปนี้สนใจกลไกการเงินการคลังสุขภาพ และไม่ได้สะท้อนความสนใจต่อการจัดการกับ social determinants of health แม้มีคำว่า “การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน” ในยุทธศาสตร์ส่วนขยายจากยุทธศาสตร์ข้างต้นโดยจำเพาะต่อเขตบริการสุขภาพปรากฏในเอกสารกำหนดบทบาทหน้าที่และการจัดการของเขตบริการสุขภาพดังรูป 4 ภายใต้แนวคิดนี้ ปีแรก (พ.ศ. 2556) ของการดำเนินการเน้นการพัฒนาคณะกรรมการประสานงานพัฒนางานสาธารณสุขระดับเขต (คปสข.) ให้ทำหน้าที่บริหารเขตสุขภาพ โดยองค์ประกอบของ คปสข. ได้แก่ ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ ผอ.สปสข.เขต ผอ.รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. นพ.สสจ. สสอ. และมอบหมายให้ผู้ทรงคุณวุฒิ/รองปลัดกระทรวงฯ ที่รับผิดชอบกำกับติดตามประเมินผล (เป็น inspector) เมื่อล่วงเข้าปลายปีแรก สาธารณสุขนิเทศถูกแยกออกมาทำหน้าที่กำกับติดตามประเมินผลร่วมกับผู้แทนกรมเรียกใหม่ว่า regulator ตามหลักการไม่ให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนระหว่างผู้บริหาร และผู้ประเมินผล



รูป 3 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของ นพ.ประดิษฐ์ สินธวันณรงค์ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แสดงไว้เมื่อ 4 ตุลาคม 2556

บทบาทหน้าที่

- กำหนดนโยบายและวางแผนด้านสุขภาพของเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ(เขตสุขภาพ)
- จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในเขตสุขภาพ รวมทั้งจัดบริการแบบบูรณาการ
- พิจารณากำหนดหลักเกณฑ์ การจัดสรรทรัพยากรสุขภาพแก่สถานพยาบาลทุกระดับ
- ตรวจสอบและประสานการใช้ทรัพยากรให้มีการเกื้อหนุนให้เหมาะสม
- ติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด
- บทบาทในช่วงเปลี่ยนผ่าน ปีแรกอาจยังทำหน้าที่เป็น Regulatory โดย exercise บริหาร เฉพาะใน PP แค่นี้พอ ไปอาจ regulate ถัดลงเพื่อบริหารเต็มรูปแบบ
- งบประมาณแยกชัดเจน งบบริหารและงบบริการ กำกับติดตามคุณภาพโดย KPI

การจัดการเขตสุขภาพ

- ควรมีสถาบันงานเลขานุการเขตสุขภาพ เพื่ออำนวยความสะดวกในการ จัดทำแผนสุขภาพของเขตฯ วิเคราะห์ข้อมูลและจัดระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจในการกำหนดนโยบาย กำหนดสิทธิประโยชน์
- การบริการสุขภาพ: P&P, Public health, Hospital services, Social health, Acute care, Rehabilitation, Pharmaceutical services, Referral system
- การคลังสุขภาพ: การกำหนดครุฑา, การจ่ายค่าตอบแทน, การจัดสรรงบประมาณ
- การจัดการด้านบุคลากร : การผลิตบุคลากร, การพัฒนาฝึกอบรม

รูป 4 แนวคิด นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับเขตบริการสุขภาพ⁸

ที่กล่าวมาเป็นแนวคิดผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงก่อนดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพและช่วงแรกของการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ ครั้นเวลาผ่านไป การสะสมประสบการณ์และข้อเท็จจริงผ่านการตรวจเยี่ยมติดตามความก้าวหน้าของแต่ละเขต และการปรึกษาหารือระหว่างผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดจนถึงปลายเดือนพฤษภาคม 2557 โดยสรุปความได้ดังนี้

1. การกระจายอำนาจให้เขตยังดำเนินการได้จำกัดเนื่องจากติดขัดระเบียบราชการ ที่ยังแก้ไขปรับปรุงไม่ได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับการที่ยังไม่มีข้อยุติว่า รูปแบบการกระจายอำนาจที่เหมาะสมควรเป็นเช่นไร เมื่อคำนึงถึงผลกระทบต่อส่วนราชการอื่นในระดับจังหวัด เช่น อำนาจตัดสินใจของผู้ว่าราชการจังหวัด

“ในอนาคตรูปแบบของเขตสุขภาพควรเป็นอย่างไร อาจจะเป็นนิติบุคคล autonomous หรือนอกระบบราชการที่เป็นนิติบุคคล...คิดว่าต้องให้มีเพาเวอร์”

ซีอีโอเขต ทร

2. การปรับบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็น national authority ว่าจะมีขอบเขตอย่างไรให้เหมาะสม และเป็นไปได้เมื่อคำนึงถึงบทบาทและขอบเขตการให้บริการและการผลิตกำลังคนของโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลราชการในสังกัดอื่น
3. ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการโครงสร้างระบบบริการ ซึ่งมีปัจจัยทางการเมืองและสังคม นอกเหนือจากทางเศรษฐศาสตร์ เช่น การยุบโรงพยาบาลชุมชนหรือ รพ.สต. ในพื้นที่ใกล้โรงพยาบาลใหญ่ แม้มีความพยายามดำเนินการด้วยเหตุผลด้านความคุ้มค่าแต่ในทางการเมืองยังเป็นไปไม่ได้

“รพ.อำเภอนี้ควรจะยุบเพราะใกล้ (รพ.) จังหวัดเพียง 15 กิโลเมตร ก็จะเกิดประเด็นว่าฉันจะไปหาหมอที่ไหน...เป็นประเด็นทางการเมืองสังคม”

ซีอีโอเขต ทร

4. ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบกลไกมองและจัดการภาพรวมของการปฏิรูปในระยะยาวเมื่อคำนึงถึงความไม่ต่อเนื่องทางการเมืองระดับประเทศอันกระทบตรงต่อความไม่ต่อเนื่องของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“นี่คือสิ่งที่เรายังไม่แน่ใจ เราจะทำอะไร เดิมผลักดันผ่าน กพร. แล้วผ่านเข้า ครม. ตอนนี้ก็ยุบสภา....พยายามให้เกิด structure ขึ้นมาชัดเจน.... การเกลี้ยข้าราชการเป็นยังไง ค่าตอบแทนเป็นยังไง ใช้การมีส่วนร่วม ใช้การยอมรับ การอาศัยความรู้ในการบริหารจัดการ”

ซีอีโอเขต ทร

ท้ายที่สุด การประชุม service plan sharing เมื่อวันที่ 7-8 สิงหาคม 2557 ณ โรงแรมเซ็นทาราศูนย์ราชการฯ ทดม. ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและรักษาการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้เชื่อมโยงนโยบายเขตสุขภาพเข้ากับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยเสนอแผนที่ทางเดิน (roadmap) 3 ระยะ โดยระยะกลางระบุชัดเจนว่ากระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการปฏิรูประบบเขตบริการสุขภาพ ควบคู่กับอีก 5 ประเด็น เช่น พัฒนากลไกสร้างเอกภาพในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข⁹ เพื่อศึกษาและพัฒนาองค์ประกอบของภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบซื่อบริการและจัดบริการสุขภาพในระดับเขตทั้ง 13 เขต

ภาวะผู้นำและองค์ประกอบของภาวะผู้นำ

กระทรวงสาธารณสุขออกแบบให้เขตบริการสุขภาพรับผิดชอบประชากร 4 ถึง 5 ล้านคนด้วยเครือข่ายบริการหลายระดับตั้งแต่ตติยภูมิไปจนถึงปฐมภูมิ แต่ละหน่วยบริการยังสังกัดต่างกัน จึงมีแรงจูงใจ ระเบียบปฏิบัติ ค่านิยมต่างกัน นับเป็นโครงสร้างอันซับซ้อนท้าทายต่อการร้อยเรียงให้เป็นเอกภาพเพื่อจัดบริการอย่างเหมาะสมตามหลักธรรมาภิบาล

นโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงสองปีที่ผ่านมาไม่มีความสม่ำเสมอในแง่ของวัตถุประสงค์พอสมควร คือต้องการการกระจายอำนาจในการตัดสินใจเรื่องคน เงิน ของ ให้แต่ละเขต เพื่อประชาชนในเขตสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ดี ยังปรากฏว่ามีความไม่สม่ำเสมอหรือความไม่แน่นอนในหลายด้าน ได้แก่ ความไม่แน่นอนสม่ำเสมอของรูปแบบวิธีการบริหารจัดการในระดับเขต ที่สำคัญคือ ไม่ชัดเจนว่าจะให้สำนักงานเขตบริการสุขภาพเป็นหน่วยบริหารการเปลี่ยนแปลงเชิงยุทธศาสตร์ (strategic management unit) หรือเป็นเพียงหน่วยสนับสนุนด้านธุรการทั่วไปเท่านั้น จึงสร้างความสับสนในระดับปฏิบัติการ ความไม่แน่นอนของอำนาจและหน้าที่ของผู้บริหารในระดับเขตว่าสุดท้ายแล้วเขตควรมีอำนาจในการบริหาร คน เงิน ของ มากน้อยเพียงใด ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานอาจขาดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้หรือไม่ และความไม่แน่นอนและชัดเจนด้าน career path ของเจ้าหน้าที่ในสำนักงานเขต ทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ในเขต ความไม่แน่นอนเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารจัดการในระดับเขตอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากความไม่แน่นอนด้านการนำจากส่วนกลาง ในทางหลักการ การร้อยเรียงปัจจัยแห่งความสำเร็จ เมื่อพิจารณาในด้านหนึ่งก็คือการจัดความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการนั่นเอง ในทางทฤษฎีมีกรอบพิจารณาดังแสดงในตาราง 1 แสดงคุณลักษณะ (characteristics) 5 ประการ ภายใต้รูปแบบธรรมาภิบาลระบบสามประเภท พิจารณาด้วยกรอบนี้ จะสังเกตพบว่า 10 ปีที่ผ่านมาระบบบริการสุขภาพไทยมีทั้งสามประเภทผสมผสานกัน โดยประเภท hierarchies ปรากฏเด่นในระบบของกระทรวงสาธารณสุข ประเภท markets ปรากฏเด่นในระบบของ สปสช. และของประกันสังคม ประเภท networks/relational ปรากฏเด่นในระบบความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข/เอกชน/โรงเรียนแพทย์ อันเป็นความสัมพันธ์แบบถ้อยทีถ้อยอาศัยกันดังจะขยายความต่อไป

ข้อจำกัดของความสัมพันธ์ประเภท hierarchies หรือการสั่งการ ภายใต้ระบบราชการและการเมืองระดับชาติ ที่ขาดความต่อเนื่อง ก็คือ ความไม่ต่อเนื่องของภาวะการนำของส่วนกลาง

“ยุคหนึ่งที่ยังเชื่อว่า ตอนที่ นพ. วชิระ เพ็งจันทร์ ซึ่งตอนนี้เป็นรองปลัด เกออยู่กรมสุขภาพจิต แกก็มาเล่นเรื่อง ภาวะซึมเศร้า เรื่องของการปลดโซ่ตรวนในชุมชน แต่พอแกมาเป็นรองปลัด งานพวกนี้ก็ไม่มีใครพูดถึงเลย ไม่มีใครพูดถึงเลย แต่ว่าเราก็เห็นความสำคัญนะ พวกผมก็ยังทำงานต่อนะ ในว่าในฝั่งกระทรวง ก็ไม่มีใครพูดถึงเพราะผู้บริหารเริ่มเปลี่ยนตำแหน่งกัน เพราะฉะนั้นการสืบสานแนวคิดอุดมการณ์ผมยังมองว่าของฝั่งกระทรวงยังไม่ คือขาดหายไป เหมือนกับที่น้องว่านั่นแหละ”

ผอ. สปสช. เขต

“เค้าก็พูดเหมือนกัน KPI แต่ละปีมันเปลี่ยนไปเรื่อย ทำให้เกิดความไม่รู้จะยังงี้....ปีนี้ให้ประหยัด 10% ปีต่อไป เรื่อยๆ แต่จะให้เพิ่มบริการมากขึ้น.. ก็เห็นด้วยว่า ต้องมีการคุยกัน แต่ขณะเดียวกัน ก็ให้ความยืดหยุ่น”

ซีอีโอเขต ทร

ความเห็นดังกล่าวสอดคล้องกับความไม่ต่อเนื่องในการกำหนดดัชนีชี้วัดของส่วนกลาง ดังแสดงผลวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ระหว่าง ปี พ.ศ. 2556-57 ในรูป 5 ซึ่งจะเห็นความไม่สอดคล้องกันชัดเจน ชักนำไปให้เกิดความสับสนของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในการถ่ายทอดและดำเนินนโยบาย

รายการลำดับประเด็นยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556		รายการลำดับสำคัญระดับกระทรวง ปีงบประมาณ 2557	
no.	รายการลำดับ	no.	รายการลำดับ
1	ลำดับที่ 1. ร้อยละของการตรวจคัดกรองเอดส์	1	ยุทธศาสตร์ที่ 1.1. อัตราส่วนมาตลา
2	ลำดับที่ 2. อัตราของการขาดออกซิเจนในผู้ป่วยเอดส์	2	ยุทธศาสตร์ที่ 1.2. ร้อยละของเตียงที่มีคุณภาพการบริการ
3	ลำดับที่ 3. ร้อยละของเตียงที่รองรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการหนัก 12 สัปดาห์	3	ยุทธศาสตร์ที่ 1.3. ร้อยละของเตียงที่มีคุณภาพการบริการ
4	ลำดับที่ 4. ร้อยละของเตียงที่รองรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการหนัก 12 สัปดาห์	4	ยุทธศาสตร์ที่ 1.4. เด็กไทยมีความฉลาดทางสติปัญญาเฉลี่ย
5	ลำดับที่ 5. ร้อยละของเตียงที่รองรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการหนัก 12 สัปดาห์	5	ยุทธศาสตร์ที่ 1.5. อัตราการลดลงในการตาย 15-19 ปี
6	ลำดับที่ 6. ร้อยละของเตียงที่รองรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการหนัก 12 สัปดาห์	6	ยุทธศาสตร์ที่ 1.6. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และพฤติกรรมเสี่ยง 15-19 ปี
7	ลำดับที่ 7. ร้อยละของเตียงที่รองรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการหนัก 12 สัปดาห์	7	ยุทธศาสตร์ที่ 1.7. อัตราการจากมาโรคเอดส์
8	ลำดับที่ 8. ร้อยละของเตียงที่รองรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการหนัก 12 สัปดาห์	8	ยุทธศาสตร์ที่ 1.8. อัตราการจากมาโรคเอดส์
9	ลำดับที่ 9. ร้อยละของเตียงที่รองรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการหนัก 12 สัปดาห์	9	ยุทธศาสตร์ที่ 1.9. อัตราการจากมาโรคเอดส์
10	ลำดับที่ 10. ร้อยละของเตียงที่รองรับผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการหนัก 12 สัปดาห์	10	ยุทธศาสตร์ที่ 1.10. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

<http://healthdata.moph.go.th/kpi/2556/KpiTopicList.php>

<http://healthdata.moph.go.th/kpi/2556/KpiTopicList.php>

รูป 5 ความไม่ต่อเนื่องของชุดตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนดในการติดตามนโยบายเขตบริการสุขภาพระหว่างปี 2556 และ 2557

ตาราง 1 แสดงคุณลักษณะ (characteristics) 5 ประการ ภายใต้รูปแบบธรรมาภิบาลระบบสามประเภท

Characteristics	Hierarchies	Markets	Networks/relational
Relationships	Employment	Contract and property rights	Resource exchange
Degree of Dependence	Dependent	Independent	Interdependent
Exchange media	Authority	Prices	Trust
Means of conflict resolution and chief operation officerordination	Rules and Command	Haggling and the courts	Diplomacy
Culture	Subordination	Competition	Reciprocity

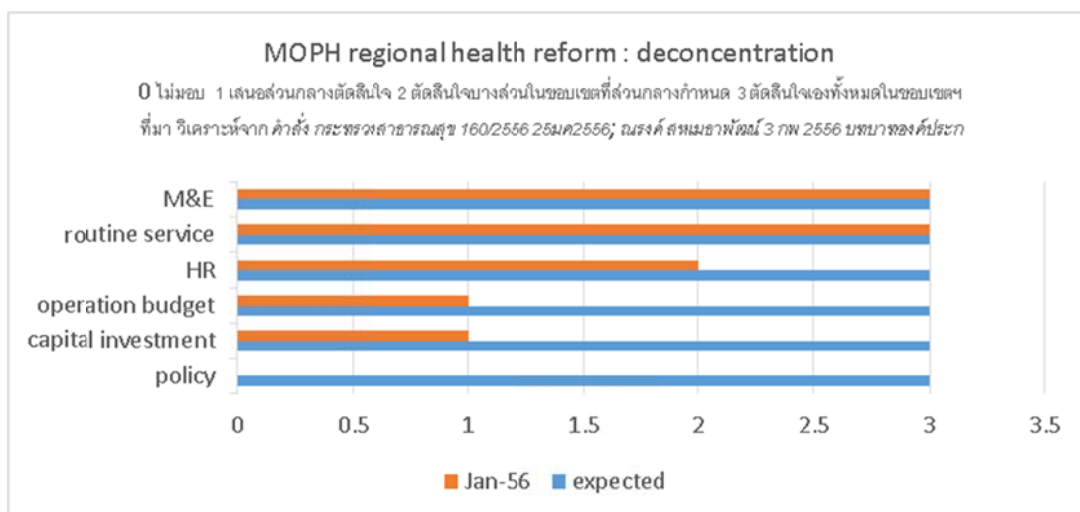
ณ ปัจจุบัน ความพยายามกระจายอำนาจไปยังเขตบริการสุขภาพภายใต้นโยบายเขตบริการสุขภาพ เป็นสัญญาณบ่งชี้ว่าฝ่ายนำของกระทรวงสาธารณสุขตระหนักมากขึ้นถึงแนวโน้มแสดงถึงความสำคัญของธรรมาภิบาลระบบประเภท networks/relational

เช่นเดียวกัน ธรรมาภิบาลระบบของ สปสช. แม้มีจุดเด่นด้าน markets แต่ก็มีลักษณะ networks/relational ไม่น้อยในเชิงโครงสร้างนโยบาย (ผู้แทนหลายภาคส่วนในบอร์ดหลัก บอร์ดควบคุมพัฒนาคุณภาพ และ อปสข.) และวิธีซื้อบริการ (โดยวิธี matching fund กับ อปท. จัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพตำบล) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555)

ด้วยข้อคำนึงเหล่านี้นั้น ภาวะผู้นำแบบสั่งการ หรือใช้อำนาจเงินล้วนๆ ย่อมมีความเป็นไปได้ต่ำที่จะร้อยเรียงให้เกิดเอกภาพของการจัดบริการภายในเขตบริการสุขภาพ ภาวะผู้นำซึ่งดูเหมือนสอดคล้องกับบริบทเขตบริการสุขภาพมากกว่าจึงน่าจะเป็นการนำแบบ networks/relational หรืออาจเรียกว่าการนำรวมหมู่ซึ่งปรากฏเด่นชัดในเขต จ สืบเนื่องจากการกระจายอำนาจของ สปสช. มายังเขตตั้งแต่ ปี 2545 นำไปสู่การสร้างปฏิสัมพันธ์หลายฝ่าย หลายระดับซึ่งมีความต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน บ่งชี้ความยั่งยืนของรูปแบบภาวะผู้นำรวมหมู่ ในขณะที่ภาวะผู้นำอันโดดเด่นเฉพาะบุคคล เช่น ซีอีโอ ยังไม่ปรากฏหลักฐานว่าจะยั่งยืนสักเพียงใด

ไม่ว่าจะเป็นภาวะผู้นำลักษณะใด อำนาจตัดสินใจของซีอีโอเขตบริการสุขภาพเป็นประเด็นแรกที่ต้องคำนึงถึง ในฐานะตัวแปรภาวะผู้นำตามการออกแบบนโยบายเขตบริการสุขภาพ

ชัดเจนว่า อำนาจตัดสินใจของซีอีโอขึ้นกับขอบเขตการมอบอำนาจของปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอาจจำแนกโดยพิจารณาเนื้อหาในคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข 3 กุมภาพันธ์ 2556 พบว่า 6 ประเด็นของการมอบอำนาจปรากฏข้อเท็จจริงรองรับแตกต่างกัน ดังรูป 6 ขอบเขตการกระจายอำนาจไปยังเขตบริการสุขภาพเปรียบเทียบกับที่ปรากฏในระยะเฉพาะหน้ากับในอุดมคติตามแนวคิดของปลัดกระทรวงสาธารณสุข)



รูป 6 ขอบเขตการกระจายอำนาจไปยังเขตบริการสุขภาพเปรียบเทียบกับที่ปรากฏในระยะเฉพาะหน้ากับในอุดมคติตามแนวคิดของปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หลักฐานจากการสัมภาษณ์บ่งชี้ ปรากฏการณ์ที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ในรูป 6 ในแง่การจัดสรรเงินและกระจายกำลังคน

“รายงาน minimum operating cost มันผิดอะ แล้วส่วนกลางจะแบ่ง (ให้เหมาะสม) ได้ไง ควรให้เขตไปแบ่งกันเอง ไม่ใช่มาคิดให้เขต”

ซีอีโอ/ซีโอโอ

“ไม่ได้เลย อย่างหมอคนหนึ่งอยากย้ายจากอำเภอหนึ่ง ของจังหวัดหนึ่งไปอีกอำเภอของอีกจังหวัด
ผู้ว่าสองจังหวัดต้องอนุมัติ แล้วผม (ซีอีโอ) เซ็นแทนปลัดฯ ก็คือเหมือนเดิม”

ซีอีโอ

ถัดจากประเด็นการกระจายอำนาจ ในระดับเขต การวางแผน และดำเนินแผนจะเป็นไปอย่างไร ขึ้นกับภาวะผู้นำ
โดยเนื้อแท้ของแต่ละซีอีโอมาก อันเป็นธรรมชาติของระบบราชการซึ่งมีลักษณะ street-level bureaucracy¹⁰
กล่าวคือ นโยบายของรัฐจะได้รับการนำไปปฏิบัติโดยหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐตามความเข้าใจและความ
คิดเห็นต่อนโยบายของหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่นั้นๆ

เขต ม เป็นตัวอย่างของเขตที่ภาวะผู้นำนี้เด่นชัดจนผู้ปฏิบัติรู้ว่า ถูกคาดหวังอะไร ต้องทำอะไร และตระหนัก
ว่าผู้นำเอาจริงถึงขั้นมีบทลงโทษหากไม่ปฏิบัติโดยปราศจากเหตุผลที่ยอมรับได้

“ พง (โครงการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการเงิน) คือ drive financial ตอนนี้มีสอง รพ. แล้วที่
โดนงดตัวนี้ไป วิฤกตระดับเจ็ด เราตัดเตือนแล้ว แล้วก็เป็นอย่างไปแล้วหนึ่งที่ ตอนนั้นก็คือ
กลัวกันใหญ่ อาจารย์ (CHIEF OPERATION OFFICER) บอกต้องเชือดให้ดูก่อนเพราะเราให้
เวลามานานแล้ว”

ทีมงาน CHIEF OPERATION OFFICER เขต ม

ภาวะผู้นำยังรวมถึงการวางตัวบุคคลให้เหมาะสมกับขอบเขตความรับผิดชอบและศักยภาพของบุคคลนั้นๆ
ซึ่งต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับงานและคนอย่างลึกซึ้งเพียงพอ

“ผู้ตรวจไม่ชัดว่าจะเอาอะไร...การมีส่วนร่วม ทำด้วยน้องกลุ่มนี้ (ผู้ตรวจเลือกหัวหน้ากลุ่มนี้
เป็น CHIEF SERVICE OFFICER) พอเชิญพี่บางท่าน (ผอ.รพ. หรือ นพ.สสจ.) มันก็...อย่างผมไม่
ถือสา.... มันไม่เกิดมาจากการ commit การคิดร่วมกัน....พอประชุมเสร็จ ก็กลับไปทำใหม่ๆ”

ผอ.รพ.

“ซีอีโอของแต่ละจังหวัด ต่างคนก็ต่างจะยื้อ ไม่ยอมลงกัน.....ไม่เหมือน CEO เขต ม ที่เค้
่าฟันธงเลยเพราะเค้มีข้อมูล จะสร้างอะไรซักอย่างก็เค้มีข้อมูลเพียบเลย ก็เกิดการใช้อย่าง
มีประสิทธิภาพ”

ผอ.รพ.

“ซีอีโอเขตต้องเฉียบๆ ภาวะ leadership ถ้าคุณมีข้อมูลแม่น คุณก็จะรู้แต่ละที่ทำอะไร
ดูออกจาก performance มิฉะนั้นจะแย่งชิง resource ถ้าเป็นไปได้ควรมีการสอบคัดเลือก
(ซีอีโอเขต)”

ผอ.รพ.

บทบาทโดยตำแหน่ง ซีอีโอ เป็นผู้นำการจัดสรรทรัพยากรในเขตบริการสุขภาพ อันจำเป็นต่อการเปลี่ยนรูปแบบบริการให้ทันความต้องการของท้องถิ่น

“ถ้าบัดนี้ปรับเปลี่ยน outreach service satellite OPD ในพื้นที่ทุรกันดาร ถึงไม่มี economy of scale ก็ต้องมี....บัดนี้เราก็ตัด alignment ในเขต แล้วยะครับ บาง รพ.เอฟสาม จะไม่ให้ทำอะไรบ้าง เลิกคลอดบาง รพ. ให้มีเซฟตี้มากขึ้น ”

ซีอีโอเขต ม

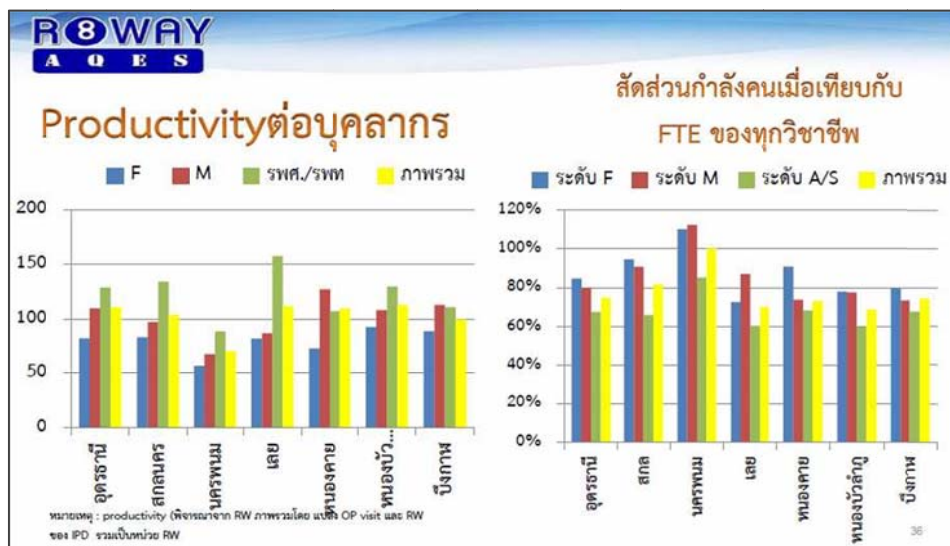
ถ้าแม้ว่ามีการมอบอำนาจด้านบุคลากรจริง บริบทของพื้นที่ก็ยังคงเป็นอุปสรรคต่อภาวะผู้นำของซีอีโออยู่ดี

“เช่นว่า น้องหนูๆ สาวๆ ไปช่วยพี่ที่ รพ.ส หน่อย สักสองเดือน อย่าไปเขียนว่าโยกย้าย เขาไม่ยอมหรอก”

ซีเอสโอ

ถัดจากประเด็นการกระจายกำลังคน ซีอีโอจะแสดงบทบาทพัฒนาเขตบริการสุขภาพฯ ได้ดียังต้องคำนึงถึงการผลิตและการพัฒนากำลังคน ซึ่งข้อเท็จจริงจากการสัมภาษณ์และเอกสารพบว่ายังมีความหลากหลายระหว่างเขตชัดเจน

ความคมชัดรอบด้านในการวางแผนกำลังคนเป็นประเด็นแตกต่างกันประการแรก ดูเหมือนเขต ม เป็นเขตที่โดดเด่นมากในแง่นี้ เมื่อพิจารณาจากรายละเอียดเกี่ยวกับการกระจายกำลังคน และแผนการผลิตและแผนการพัฒนากำลังคน (ดูรูป 6 รูป 8 ประกอบ) ความโดดเด่นนี้และที่กล่าวย่อหน้าถัดไป สะท้อนความสามารถในการพิจารณาอบหมายบทบาท CHIEF OPERATION OFFICER (COO) ของซีอีโอเขต ม



รูป 7 การวิเคราะห์ข้อมูลการกระจายกำลังคนอย่างละเอียดรอบด้านของเขตบริการสุขภาพ 8 (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2557)



รูป 8 แผนพัฒนากำลังคนด้านสมรรถนะการจัดการระบบของเขตบริการสุขภาพ 8 (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2557)



รูป 9 แผนการผลิตกำลังคนเขตบริการสุขภาพ 8 (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2557)

เมื่อคำนึงการพัฒนากำลังคน ทุกเขตให้ความสำคัญกับบุคลากรสายอาชีพคล้ายคลึงกันหมด ที่น่าสนใจและแตกต่างจากเขตอื่นคือ เขต 8 มีแผนพัฒนากำลังคนโดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนากำลังคนฝ่ายสนับสนุน รองรับการวางแผนและดำเนินแผน สิ่งนี้อาจช่วยอธิบายความคมชัดรอบด้านของการวางแผนกำลังคนดังกล่าวข้างต้น

“ถ้า back office ดีจะสนับสนุนงานรูกับได้ดี เช่น HA ดี งานแม่และเด็กก็จะดี เป็นระบบที่อย่างน้อยช่วยให้เจ้าหน้าที่ รพ.คิดงานเป็นระบบ จังหวัด อ เราได้ HA 100% (ตั้งแต่ก่อนนโยบายเขต)”

chief operation officer เขต ม

ประการสุดท้ายเกี่ยวกับเขต ม คือการแสดงความเชื่อมโยงองค์ประกอบของแผนกำลังคนได้อย่างคมชัดน่าทึ่ง ดังรูป 10 โดยแผนกำลังคนนี้เป็นขั้นถัดจากการวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งกลายเป็นแบบอย่างให้เขตอื่นในเวลาต่อมา

“เราเริ่มจากวางแผนเขตก่อน เป็นแผนกลยุทธ์.... แล้ววางแผนคน เรียกว่า strategic HRD คือ training ตามกลยุทธ์ คนต้องตอบสนองกลยุทธ์ แล้วออกแบบ process ตาม building block ของ WHO”

chief operation officer เขต ม



รูป 10 ความเชื่อมโยงองค์ประกอบหลักของแผนกำลังคนเขต 8 (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2557)¹⁶

ถัดจากการเลือกผู้บริหารและมอบหมายงานดังกล่าว ความสามารถและความตระหนักของซีอีโอต่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมงานในการวางแผนเพื่อสร้างความรู้สึกร่วมกันเป็นเจ้าของร่วมกัน ปรากฏข้อเท็จจริงอันหลากหลาย โดยที่บางกรณีก็ยังพัวพันกับการเลือกผู้บริหารมานำการวางแผนอยู่ดี

“แต่เรายังไม่เคยถูกขอให้ช่วยในภาพใหญ่ นี่คือปัญหาแรก พอมีการทำ plan ก็คือให้คนกลุ่มน้อยไปทำ ก็จะไม่ได้เห็นภาพปัญหาทั้งหมด ไม่มีความครอบคลุม พอไม่ครอบคลุม เราก็ทำอะไรต่อไม่ได้ พอเกิดปัญหาดังกล่าวขึ้นก็มีการเรียกพวกเราเข้าไปช่วยคิด เพื่อให้รับทราบปัญหาต่างๆ ว่ามีอะไรบ้าง ก็เหมือนกับเริ่มต้นใหม่กับ 4 จังหวัด”

พยาบาลหัวหน้างานอีอาร์ รพท.

“มันจะมี choice (รอบตายตัว) อยู่แล้ว ยกตัวอย่างเช่น เรา (ซีอีโอ) จะทำ นสค. นะ board ก็จะต้องติกรอบว่า จะคิดวนอยู่เนี่ย (พยายามดันให้ทำ นสค. แม้คนอื่นไม่เห็นด้วย)”

กรรมการ SP ปฐมภูมิท่านหนึ่ง

“การบูรณาการ การประสานมันไม่ชัด เป้าหมายของเรายังไม่ชัดเจน แผนต่างๆ ไม่ชัดเจน ผู้ตรวจไม่ชัดว่าจะเอาอะไร...การมีส่วนร่วม ทำด้วยน้องคนนึง พอเชิญพี่บางท่าน (ผอ.รพ. หรือ นพ.สสจ.) มันก็...อย่างผมไม่ถือสา....มันไม่เกิดมาจากการ commit การคิดร่วมกัน.... พอประชุมเสร็จ ก็กลับไปทำใหม่” ผอ.รพ. กล่าวหลังจากหลายเขตดำเนินนโยบายเขต บริการสุขภาพไปแล้ว 1 ปี (ตั้งแต่ มีค 2556)

“อย่าง CEO เขต ม....การเอาอะไรให้มันชัดไปเลย รู้จัก pickup คน put the right man on the right job”

ผอ.รพ.

ประการสุดท้าย ภาวะผู้นำโดยซีโอโอยังหมายถึงความกล้าหาญรับความเสี่ยงจากการตัดสินใจโดยอาศัยความรอบรู้สนับสนุน ตัวอย่างเช่น การตัดสินใจจัดสรรทรัพยากร หรือการผลักดันการพัฒนาสมรรถนะด้านการเงินของหน่วยบริการด้วยการลงโทษเมื่อจำเป็น

“ซีโอโอของแต่ละจังหวัด ต่างคนก็ต่างจะย่อ ไม่ยอมลงกัน....ไม่เหมือนพี่สุรเชษฐ พี่เค้าฟันธงเลยเพราะเค้ามีข้อมูล จะสร้างอะไรซักอย่างพี่เค้ามีข้อมูลเพียบเลย ก็เกิดการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ”

ผอ.รพ.

“ซีโอโอเขตต้องเฉียบ ๆ ภาวะ leadership ถ้าคุณมีข้อมูลแม่น คุณก็จะรู้แต่ละที่ทำอะไร ได้ออกจาก performance มินั้นจะแย่งชิง resource ถ้าเป็นไปได้ควรมีการสอบคัดเลือก (ซีโอโอเขต)....”

ผอ.รพ.

“พปง (โครงการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการเงิน) คือ drive financial ตอนนี้มีสอง รพ. แล้วที่โดนงดตัวนี้ไป วิฤกตระดับเจ็ด เราตกเดือนแล้ว แล้วก็เป็นอย่างไปแล้วหนึ่งที่ ตอนนี่ก็คือกลัวกันใหญ่ อาจารย์ (CHIEF OPERATION OFFICER) บอกต้องเชือดให้ดูก่อนเพราะเราให้เวลามานานแล้ว”

ทีมงาน CHIEF OPERATION OFFICER เขต ม

โดยสรุป ทุกเขตมีผู้บริหารสูงสุดคือ ซีโอโอ แต่ระดับภาวะผู้นำ (leadership) ของซีโอโอ แต่ละเขตแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารจัดการเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต การศึกษาพบว่า เขตที่มีซีโอโอที่มีภาวะผู้นำสูง จะหนุนนำให้เกิดการบริหารจัดการหลายๆ ด้านที่จำเป็นได้อย่างเป็นระบบสอดคล้องกัน เช่น จัดหาบุคคลที่เหมาะสมเข้ามาร่วมงาน มีการแบ่ง มอบหมายงาน สั่งงานอย่างชัดเจน ติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด กล้าตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ จะสามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าและได้ผลลัพธ์ดีกว่า ในทางตรงข้าม เขตที่ซีโอโอมีภาวะผู้นำไม่สูงนักก็มีความไม่แน่นอน

ในการทำงาน ไม่กล้าตัดสินใจ และขาดการประสานติดตามงานภายในเขต ทำให้การบริหารจัดการเขตบริการดังกล่าวติดขัดและได้ผลลัพธ์ด้อยกว่า

เนื่องจากภาวะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลสำเร็จในการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพ การคัดเลือกบุคคลที่มีภาวะผู้นำมาเป็นซีอีโอ จึงเป็นสิ่งสำคัญ คณะผู้วิจัยเห็นว่า คณะกรรมการเขตสุขภาพควรเป็นผู้ให้ความเห็นชอบและเสนอรายชื่อผู้ที่จะมาเป็นซีอีโอ ให้ปลัดกระทรวงเป็นคนแต่งตั้ง รายชื่อผู้ที่ถูกเสนออาจมาจากการเปิดรับสมัครหรือสรรหาก็ได้ แต่ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการเขตสุขภาพ ทั้งนี้ คณะกรรมการฯ ควรมีเกณฑ์ในการพิจารณา เช่น ควรเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเขต และเป็นผู้บริหารระดับสูงเทียบเท่าระดับ 10 (ซี 10) เพื่อจูงใจให้ผู้มีความรู้ความสามารถเหมาะสมเข้ามาเป็นซีอีโอ ทั้งนี้ แนวคิดหนึ่งที่น่าสนใจและใช้กันค่อนข้างกว้างขวาง คือ Merit System Principles and Performance Management¹¹

นอกจาก ซีอีโอ ภาวะผู้นำยังมาจากแหล่งอื่นๆ เช่น ผอ.รพ นพ.สสจ. ผอ.สปสช.เขต ดังปรากฏตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

ผอ.รพศ.

“อย่างของ รพ.ญ ผมก็เอา รพ. รอบข้างระยะห่างไม่เกิน 10 กิโลเมตร 3 รพ. ซึ่งมีอัตราครองเตียงที่ต่ำๆ 30-40% มาให้ทำเฉพาะเรื่อง เฉพาะด้านไปคนละด้าน ก็เท่ากับมาเพิ่มปริมาณคนไข้มากขึ้น financial ของเค้าก็ดีขึ้น เพราะมีคนไข้ อย่างบางก้า ผมก็ให้รับเรื่องของเวชศาสตร์ฟื้นฟูไปทั้งหมดเลย...อัตราครองเตียง 30% คนเหลือเยอะแยะ ก็ไปเพิ่มความรู้ให้เค้า และเราก็ไปช่วยในเรื่องของการดูแล หมอ rehap ก็ไปช่วย round คนไข้ให้เป็นบางส่วน เค้าก็สามารถที่จะสร้างจนตอนนี้จากระดับ 7 ก็ได้ยกตัวเองขึ้นมาจนอยู่ในระดับที่ดีๆ ด้าน finance แล้ว”

ผอ.รพ.ญ

“และมานั่งคุยกับ สปสช. เขต ว่าระดับบริการเค้าสูงขึ้นมาระดับนี้แล้วนะ อย่าง rehap เนี่ย ... ถ้า รพ.ชุมชน เค้ามีเงินเพิ่มสำหรับการมา rehap แต่ละครั้ง 200 บาท แต่ถ้าเป็น รพ.ญ ให้ 500 เพราะถือว่าได้รับจาก specialist ต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ผมก็บอกว่าทางโน้นเนี่ย ศักยภาพเท่ากับหาดใหญ่แล้วนะ ก็ขอปรับตรงโน้นให้เป็น 500 เหมือนกันได้มัย เค้าก็ปรับเป็น 500 ให้”

ผอ.รพ.ญ

นพ.สสจ.

“แต่ละหมู่บ้านไม่กล้ามีเลย แอลกอฮอล์ในงานศพ เพราะเป็นนโยบายในระดับจังหวัด ผลักดันผ่านท่านผู้ว่าฯ โดย นพ.สสจ. ธ”

หัวหน้างานอายุรกรรม รพ. ธ และซีเอสโอ

ผอ.สปสช.

“อีกส่วนหนึ่งคือการพัฒนาตัวของ รพช. จะคุยกันว่าที่ไหน จะได้ทำอะไร การพูดคุยกันนี้ก็เพื่อจะจัดสรรงบประมาณ ภายใต้อำนาจของท่านผู้ตรวจฯ สปสช. โดย (การนำ) ของ ผอ. สปสช. จัดสรรงบประมาณให้ เป็นไปตามทิศทางของเขต เช่น ต้องพัฒนา m1 นะ ต้องให้ จังหวัด ย”

การวางระบบบริหารจัดการที่เหมาะสมจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการระดมภาวะผู้นำหลายระดับ/หลายแหล่งให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระบบนี้อย่างน้อยควรครอบคลุมกลไกและกระบวนการสรรหา แต่งตั้ง จูงใจ กำกับติดตามและประเมินผล การมอบอำนาจตัดสินใจโดยอิสระในขอบเขตอันเหมาะสม ระบบที่กล่าวถึงนี้ น่าจะเป็นระบบธรรมาภิบาลในลักษณะ Networks/relational (ภาวะผู้นำรวมหมู่) มากกว่า hierarchy หรือ market based ด้วยสองระบบนี้มีข้อจำกัดที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น

สรุปองค์ประกอบของภาวะผู้นำ

การอภิปรายเกี่ยวกับบทบาทและสมรรถนะของภาวะผู้นำของซีอีโอและภาวะผู้นำหมู่ ที่กล่าวมาข้างต้น ประมวลได้ว่า คุณลักษณะต่อไปนี้ของภาวะผู้นำมีผลต่อการพัฒนาเขตรวดเร็วชัดเจนแตกต่างจากเขตอื่น

1. ความสามารถในการคิดวิเคราะห์งาน คน เงินและของ จนมองเห็นภาพรวมในอดีต ปัจจุบัน เห็นแนวโน้มในอนาคต
2. ความรอบรู้เกี่ยวกับคน เพื่อมอบหมายภารกิจให้สอดคล้องกับความสามารถ มองเห็นโอกาสพัฒนาเพื่อหาทางเติมเต็มสมรรถนะ
3. ความรอบรู้เกี่ยวกับงาน เพื่อแยกแยะขอบเขตเนื้อหา ระดับความยากง่าย แรงจูงใจของงานแต่ละลักษณะ อันจำเป็นต่อการมอบหมายตัวบุคคลรับผิดชอบ ต่อการให้การสนับสนุนและต่อการกำกับติดตามความก้าวหน้า
4. ความสามารถในการสื่อสารให้ทุกฝ่าย (รวมถึงตัวซีอีโอเองด้วย) เกิดความรับรู้ ความเข้าใจ ความมุ่งมั่นทำงานร่วมกัน เกิดการเรียนรู้และพัฒนางานร่วมกัน อย่างเป็นเอกภาพ
5. ภาวะผู้นำมีหลายรูปแบบ ทั้งแบบปัจเจก และแบบกลุ่มบุคคล

ข้อสรุปนี้สอดคล้องกับมุมมองทางวิชาการเกี่ยวกับภาวะผู้นำของ Daniel Goleman ตีพิมพ์ใน Harvard Business Review¹² ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้นำที่ดีควรเก่งคิด เก่งคน เก่งงานจึงจะพาองค์กรบรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืน โดยโน้มนำกำลังคนให้ร่วมคิดร่วมทำร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมรับผิดชอบ

ในความเข้าใจของผู้คนจำนวนมาก มองภาวะผู้นำเป็นเรื่องของปัจเจก แต่ Friedrich et al แสดงหลักฐานว่า ในความเป็นจริงส่วนใหญ่ภาวะผู้นำเป็นเรื่องของหมู่คณะทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ¹³ นอกจากนั้นภาวะผู้นำยังเป็นพลวัตรแปรเปลี่ยนตามตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งมีความเชี่ยวชาญสอดคล้องกับบริบทที่แปรเปลี่ยนไป

แม้ว่าภาวะผู้นำเป็นไปได้อย่างหลายลักษณะไม่ได้ขึ้นกับตำแหน่งหน้าที่เท่านั้น แต่ภาวะผู้นำโดยตำแหน่งก็ยังมี ความสำคัญเกินกว่าจะมองข้าม เพื่อให้เกิดความชัดเจนว่า ใครรับผิดชอบอะไร ในขอบเขตใด เมื่อพิจารณา ตามนี้จึงมีข้อถกเถียงที่น่าสนใจว่า การออกแบบบันไดวิชาชีพของกลไกบริหารเขตควรเป็นเช่นไรจึงจะ เหมาะสม ในส่วนของบันไดวิชาชีพ มีมุมมองผู้บริหารเขต ว่าซีอีโอเขต และรองซีอีโอควรมีสถานะเทียบเท่า อธิบดี รองอธิบดี จึงจะมีศักดิ์ศรีและความก้าวหน้าเพียงพอที่จะทำงานระยะยาวในเขต ไม่ต้องดิ้นรนเข้า ส่วนกลาง เป็นที่เข้าใจได้ชัดเจนว่า บันไดวิชาชีพ เป็นแรงจูงใจประการสำคัญหนึ่งเพื่อดึงดูดคนเข้าสู่งาน แต่ก็ ชัดเจนอีกเช่นกันว่าบันไดวิชาชีพโดยลำพังไม่เพียงพอที่จะสร้างภาวะผู้นำ สิ่งแวดล้อมของงานเป็นเงื่อนไข เชิงบริบทรองรับการสร้างภาวะผู้นำ¹⁴

ธรรมาภิบาลระบบ (system good governance) และตัวชี้วัดธรรมาภิบาลในเขตสุขภาพ

ในทางทฤษฎี มุมมองผู้เชี่ยวชาญหรือองค์การระหว่างประเทศเกี่ยวกับธรรมาภิบาลระบบสุขภาพยังไม่มีข้อยุติ (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาลและคณะ 2556)¹⁵ แต่มีการให้นิยามกว้างๆ โดย Brinkerhoff & Bossert 2008¹⁶ ขยายความธรรมาภิบาลระบบในสาขาสุขภาพว่า เป็นกฎว่าด้วยการกระจายบทบาทและความรับผิดชอบ ระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในสังคมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยอาศัยแรงจูงใจให้ทุกภาคส่วนทำหน้าที่ตาม เป้าหมายใหญ่ของสังคม (social goals) ธรรมาภิบาลระบบสุขภาพจึงต้องสนใจความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร และผลลัพธ์ เท่ากันกับความเป็นธรรม ความชอบธรรม (legitimacy) และการวางนโยบายอย่างโปร่งใส

เช่นเดียวกับนิยามธรรมาภิบาลอื่นไม่มีข้อยุติ ตัวชี้วัดธรรมาภิบาลก็เช่นกัน ในรายงานนี้คณะผู้วิจัยใช้ องค์ประกอบของธรรมาภิบาลในการศึกษาของ William Savedoff and Pablo Gottret (2008) เป็นกรอบ แนวคิดในการวิเคราะห์ ซึ่งประกอบด้วยธรรมาภิบาลใน 5 ด้านคือ

- 1) ความชัดเจนของโครงสร้างการตัดสินใจ (Coherent decision-making structure) คือ หน่วยงานที่ ได้รับมอบหมายให้ดำเนินนโยบายมีอำนาจและหน้าที่ที่ชัดเจน รวมทั้งมีเครื่องมือและทรัพยากรที่ จะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายและงานที่รับผิดชอบได้
- 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder participation) คือ การนำเอาความคิดเห็นของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบายมาปรับใช้หรือพิจารณาในขั้นตอนการออกแบบและตัดสินใจ
- 3) ความโปร่งใสและข้อมูล (Transparency and information) คือ ความสามารถในการเข้าถึง ข้อมูลที่จำเป็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบาย
- 4) การนิเทศและกำกับควบคุม (Supervision and regulation) คือ การที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ ดำเนินนโยบายสามารถถูกตรวจสอบได้ โดยที่ผลการดำเนินงานของหน่วยงานหรือบุคคลเหล่านั้น สามารถให้ข้อมูลให้โทษได้
- 5) ความแน่นอนสม่ำเสมอ (Consistency and stability) คือ ความแน่นอนสม่ำเสมอของนโยบาย และการบังคับใช้กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับนโยบายดังกล่าว อันจะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถ ดำเนินนโยบายได้อย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามที่จะเพิ่มระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชนผ่าน การกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค โดยแต่งตั้งคณะกรรมการหลายรูปแบบ เช่น คณะกรรมการ ประสานการพัฒนางานสาธารณสุขเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ (คปสข.) ซึ่งมีหน้าที่กำหนดนโยบายและ ยุทธศาสตร์การดำเนินงานในพื้นที่ จนมาถึงคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่หลักคือการบริหาร เขตบริการสุขภาพแบบบูรณาการไร้รอยต่อที่มีคุณภาพ ทั้งถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม พัฒนาระบบบริการ สุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และอนุมัติแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ อนุมัติแผนจัดสรรทรัพยากร งบประมาณ กำลังคน การลงทุน ในเขตบริการสุขภาพ

ตาราง 2 แสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบและที่มาของคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการทั้งที่เป็นโดยตำแหน่งและมาจากการคัดเลือก นอกจากผู้ตรวจราชการฯ ที่ดำรงตำแหน่งประธาน คณะกรรมการฯ แล้ว คณะกรรมการโดยตำแหน่งยังรวมถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขเท่าที่มีภายในเขต โดยกรรมการที่มาโดยตำแหน่งจะสามารถอยู่ในคณะกรรมการเขต บริการสุขภาพได้จนกว่าจะหมดวาระตำแหน่ง ส่วนกรรมการที่เลือกมาจากการคัดเลือกโดยกรรมการโดย ตำแหน่ง โดยคัดเลือกจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และผู้แทน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขต อย่างละ 2 ท่าน กรรมการที่มาจากการคัดเลือก เหล่านี้มีวาระ 1 ปี และไม่มีข้อจำกัดในการดำรงวาระต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพล้วนเป็นเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ที่นำเอา นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาปฏิบัติหรือเป็น Street-level bureaucrats นั้นเอง ซึ่งกรรมการที่มี บทบาทสำคัญที่สุดคือผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ ในฐานะประธานคณะกรรมการซึ่งสามารถใช้อำนาจตามที่ ได้รับมอบจากปลัดกระทรวงฯ ในการบริหารจัดการเขตสุขภาพในแต่ละพื้นที่

³ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 187/2556 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการประสานการพัฒนางานสาธารณสุขเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ (คปสข.)

ตาราง 2 องค์ประกอบและที่มาของคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ

คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ				
ตำแหน่ง	ที่มา	จำนวน	วิธีการคัดเลือก	วาระการดำรงตำแหน่ง
ประธานคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ (ซีอีโอ)	เป็นข้าราชการระดับสูง (ผตร./กระทรวงสาธารณสุข/ผู้ทรงคุณวุฒิ)	1	ปลัดมอบหมาย	เท่าที่ดำรงตำแหน่ง
คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ (Service Provider Board)	นพ.สสจ.	เท่าจำนวนที่มีในเขต	โดยตำแหน่ง	เท่าที่ดำรงตำแหน่ง
	ผอ.รพศ./รพท.	เท่าจำนวนที่มีในเขต	โดยตำแหน่ง	เท่าที่ดำรงตำแหน่ง
	ผอ.รพ.สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข	เท่าจำนวนที่มีในเขต	โดยตำแหน่ง	เท่าที่ดำรงตำแหน่ง
	ผอ.รพช.	2	ให้ นพ.สสจ. ดำเนินการเพื่อให้ ผอ.รพช. คัดเลือกกันเอง 1 ท่าน/จังหวัด กรรมการโดยตำแหน่งคัดเลือกให้เหลือ 2 ท่าน	1 ปี
	สสอ.	2	ให้ นพ.สสจ. ดำเนินการเพื่อให้ ผอ.รพช. คัดเลือกกันเอง 1 ท่าน/จังหวัด กรรมการโดยตำแหน่งคัดเลือกให้เหลือ 2 ท่าน	1 ปี
	ผู้แทน รพ.สต.	2	ให้ นพ.สสจ. .คัดเลือกกันเอง 1 ท่าน/จังหวัด กรรมการโดยตำแหน่งคัดเลือกให้เหลือ 2 ท่าน	1 ปี

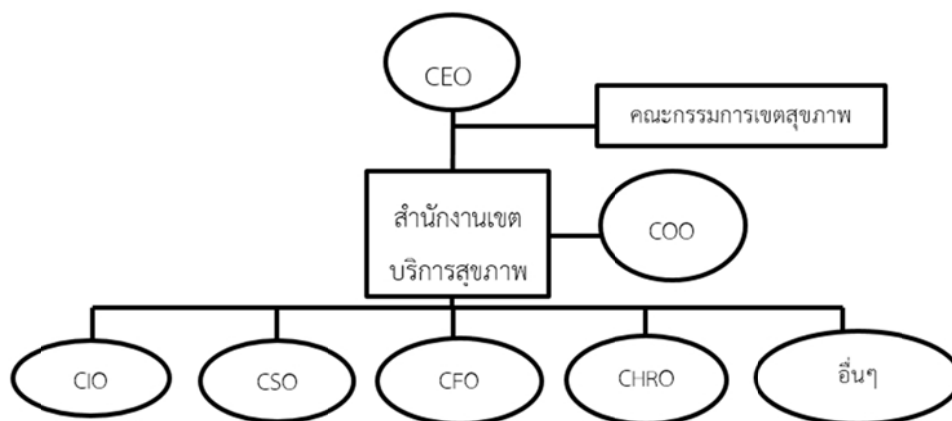
ที่มา: เอกสารแนบท้ายคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1449/2556

ธรรมาภิบาลของผู้ให้บริการสุขภาพ

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดธรรมาภิบาลตามองค์ประกอบทั้ง 5 ปรากฏข้อค้นพบและความหมายดังต่อไปนี้

1) ความชัดเจนของโครงสร้างการตัดสินใจ (Coherent decision-making structure)

ตาราง 2 แสดงโครงสร้างการบริหารจัดการในเขตบริการสุขภาพ จะเห็นว่าโครงสร้างการบริหารจัดการในเขตบริการสุขภาพมีความชัดเจนเฉพาะในส่วนของผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ ซีอีโอ ในฐานะประธานคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ และผู้อำนวยการเขตสุขภาพ (COO) ดังที่ระบุไว้ในคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 1448/2556 แต่โครงสร้างการบริหารในระดับล่างลงไปนั้นไม่ได้มีการกำหนดไว้ตายตัว แต่ละเขตมีอิสระในการกำหนดได้เอง โดยซีอีโอ มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการ C ต่างๆ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน เข้ามาทำหน้าที่ต่าง ๆ ในสำนักงานเขตสุขภาพได้ตามความเหมาะสม หากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้ว คณะกรรมการ C ต่างๆ จะถูกตั้งขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่สำคัญด้านต่างๆ ได้แก่ การดูแลเรื่องการเงินการคลัง (Finance) การบริหารทรัพยากรบุคคล (Human resource) การบริหารจัดการข้อมูล (Information) และการให้บริการสุขภาพ (Services) อย่างไรก็ตาม บางเขตอาจตั้งผู้บริหารหรือคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ด้านอื่นๆ ตามที่ซีอีโอ และคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพเห็นสมควร ตัวอย่างเช่น เขต ๘ ตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์เขตบริการสุขภาพ (กยช.) ขึ้นมาเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์เขต และเขต ฮ มีการตั้ง Chief policy officer (CPO) ขึ้นมาเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์เขต



รูป 11 โครงสร้างการบริหารในเขตบริการสุขภาพ
ที่มา: คณะผู้วิจัย

การที่ซีอีโอ มาจากการมอบหมายของปลัดกระทรวงฯ โดยตรง โดยผู้เกี่ยวข้องในระดับเขตไม่มีส่วนร่วมในการคัดเลือก อาจทำให้ได้ผู้บริหารที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจบริบทของเขต และอาจขาดแรงจูงใจที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการคน เงิน ของ ในเขตอย่างจริงจัง นอกจากนี้ผู้ตรวจราชการในฐานะซีอีโอ จะไม่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการฯ แล้ว ยังไม่มีขอบเขตวาระการดำรงตำแหน่งซีอีโอของผู้ตรวจฯ ทำให้ขาดความชัดเจนในเรื่องการรับผิดชอบ (accountability) ต่อผลการดำเนินงานภายในเขต

ในเมื่อโครงสร้างอำนาจและการบริหารจัดการของเขตยังไม่มี ความชัดเจนมากนัก จำเป็นต้องมีการออกกฎหมายและระเบียบต่างๆ มารองรับเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น ทั้งในแง่ของขอบเขตอำนาจของผู้บริหารในการบริหารคน เงิน ของภายในเขต ซึ่งควรเป็นอำนาจเบ็ดเสร็จตามสมควร และในแง่ของโครงสร้างองค์กร ความก้าวหน้าตามสายอาชีพ และค่าตอบแทน ทั้งนี้เพื่อให้การบริหารจัดการภายในเขตมีความเป็นอิสระและมีประสิทธิภาพ สุดท้าย การสรรหา ผู้บริหารสูงสุด ควรมีกลไกและกระบวนการรองรับโดยยึดหลักความสามารถ (competency) ผลงานสะสม (track records)

2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder participation)

ปัจจัยชี้วัดธรรมาภิบาลตัวที่สองคือ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งในที่นี้หมายถึง การให้ผู้มีส่วนได้เสียจากนโยบายเขตบริการสุขภาพได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ทั้งโดยตรงคือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดทิศทางของนโยบาย และทางอ้อมคือ การให้ความคิดเห็นต่อผู้มีอำนาจ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจกำหนดและดำเนินนโยบาย

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1449/2556 กำหนดให้คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพใน 12 เขต ทำหน้าที่พิจารณาให้ความเห็นชอบงานด้านบริการ วิชาการ งบประมาณ บริหารบุคคล และบริหารทั่วไปของสำนักงานเขตบริการสุขภาพ รวมทั้งให้ความเห็นชอบในการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะอนุกรรมการ และ

คณะกรรมการในเขตบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพเป็นผู้กำหนดนโยบายในเขตบริการสุขภาพโดยตรง

จากตาราง 2 ข้างต้น จะเห็นได้ว่า คณะกรรมการเขตซึ่งมีหน้าที่กำหนดนโยบายด้านสุขภาพภายในเขตส่วนใหญ่คือข้าราชการระดับสูงสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น นพ.สสจ. และ ผอ.รพ.ใหญ่ในแต่ละเขต ซึ่งในแง่หนึ่ง การการันตีโดยตำแหน่งว่า บุคลากรระดับสูงของกระทรวงฯ ในเขตบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์และความเข้าใจในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของเขตบริการสุขภาพ ก็ถือว่าสมเหตุสมผลในระดับหนึ่ง นอกจากนี้หนึ่งในวัตถุประสงค์หลักของการจัดบริการด้านสุขภาพแบบเขตคือ เพื่อให้หน่วยบริการต่างๆ ภายในเขตสามารถเชื่อมโยงการให้บริการได้อย่างไร้รอยต่อและลดการส่งต่อข้ามเขตโดยไม่จำเป็น ดังนั้นการการันตีว่าทุกจังหวัดจะมีผู้แทนที่สามารถมองภาพรวมของจุดอ่อนจุดแข็งและปัญหาอุปสรรคของการให้บริการสาธารณสุขในจังหวัดตนอยู่ในคณะกรรมการด้วยน่าจะช่วยให้การกำหนดและดำเนินนโยบายเขตสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนในเขตได้ดีขึ้น

แม้ว่าผู้ให้บริการด้านสุขภาพใน 12 เขตส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการระดับต่างๆ ตั้งแต่ รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สต. อย่างไรก็ตามหากพิจารณาว่าเขตบริการสุขภาพ ประกอบด้วยหน่วยงานอื่นที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพต่อประชาชนนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงเรียนแพทย์และพยาบาลและโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นหนึ่งในผู้ให้บริการ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล อบจ. และ อบต. รับผิดชอบจัดบริการหลายสาขาแก่ประชาชนในท้องถิ่น อาจช่วยจัดบริการสุขภาพบางอย่างในพื้นที่ได้ เป็นต้น การกำหนดและดำเนินนโยบายเขตสุขภาพจึงควรมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านี้รวมอยู่ด้วย การกำหนดนโยบายโดยปราศจากการมีส่วนร่วมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนนั้นเสี่ยงต่อความล้มเหลวในการดำเนินนโยบาย เนื่องจากอาจไม่ได้รับความร่วมมือหรือถูกขัดขวางจากผู้เสียประโยชน์ ดังปรากฏหลักฐานจากกรณีศึกษาในบทที่ 2 ซึ่งพบความก้าวหน้าแตกต่างกันระหว่างเขต ในงานบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน ผู้บาดเจ็บ แม่และเด็ก (โปรดดูรายละเอียดในบทที่ 2)

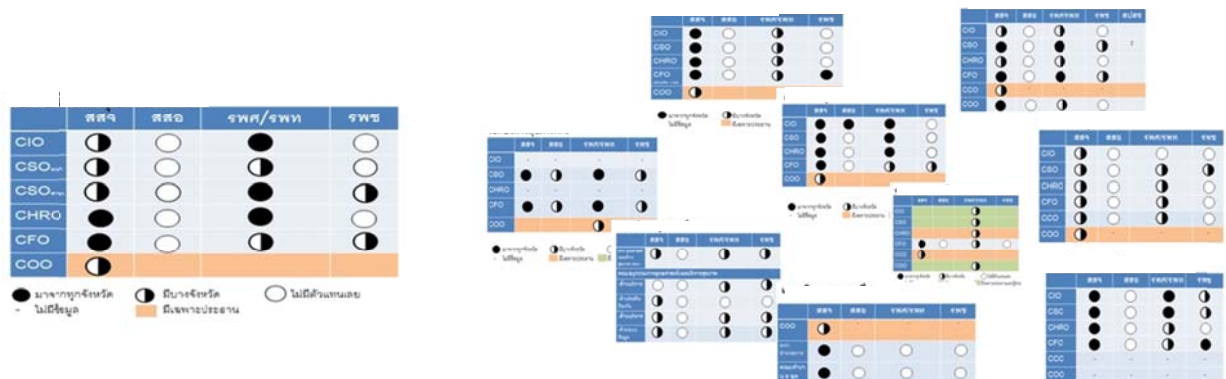
นอกจากคณะกรรมการเขตสุขภาพแล้ว ในแต่ละเขตยังมีคณะกรรมการย่อยที่ถูกแต่งตั้งขึ้นมาดูแลงานด้านต่างๆ เป็นการเฉพาะ ดังนั้นระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียอาจชี้วัดได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบของคณะกรรมการ/คณะทำงานต่างๆ ว่ามีผู้เกี่ยวข้องเข้ามาเป็นกรรมการหรือไม่และอย่างไร เช่น มีตัวแทนจากทั้งระดับจังหวัด (สสจ. รพศ. และ รพท.) และอำเภอ (สสอ. และ รพช.) หรือไม่ และมีตัวแทนครบทุกจังหวัดหรือไม่ เป็นต้น

จากการศึกษาเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต พบว่าทุกเขตมีการตั้งคณะกรรมการย่อยภายใต้คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ โดยมีหน้าที่พัฒนางานด้านต่างๆ โดยเขตส่วนใหญ่ก็มีคณะกรรมการ/คณะทำงานใน 4 ด้าน ได้แก่

- ด้านการเงินการคลังสุขภาพ หรือเรียกว่าคณะกรรมการ CFO
- ด้านระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) หรือเรียกว่าคณะกรรมการ CSO
- ด้านทรัพยากรบุคคล หรือเรียกว่าคณะกรรมการ CHRO
- ด้านข้อมูล หรือเรียกว่าคณะกรรมการ CIO

เนื่องจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มอบอำนาจแก่ผู้ตรวจราชการฯ ในการกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการภายในเขตได้ในระดับหนึ่ง บางเขตจึงมีการแบ่งกลุ่มงานและแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานมากกว่า 4 ด้าน ข้างต้น เช่น เขต ม มีกลุ่มงานบริหารการเปลี่ยนแปลง Chief of Change Officer (CCO) หรือเขต ฝ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์เขตบริการสุขภาพ (กยช.) และคณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์หลัก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริการ ด้านส่งเสริมป้องกัน ด้านบริหาร และด้านระบบข้อมูล

การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละเขตบริการสุขภาพ พบความหลากหลายมากในเชิงโครงสร้าง ดังแสดงในรูป 11 สิ่งนี้บ่งชี้ความยืดหยุ่นในการดำเนินนโยบายฯ และนำไปสู่สมรรถนะอันหลากหลายของแต่ละเขตสุขภาพ เมื่อมองในแง่ดี จะพบลักษณะอันโดดเด่น ควบคู่กับลักษณะอันจำกัดของการมีส่วนร่วมและการทำงานตามกรอบนโยบาย ทั้งสองลักษณะล้วนเป็นบทเรียนแก่การเรียนรู้เพื่อขยายผลลักษณะเด่น หรือหลีกเลี่ยงข้อจำกัด



รูป 12 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในคณะกรรมการ/คณะทำงานต่างๆ ของเขตบริการสุขภาพ

เขต ม จ และ ข เป็นตัวอย่างเขต ซึ่งมีความก้าวหน้าอย่างโดดเด่นกว่าเขตอื่น ส่วนหนึ่งเนื่องจากการมีส่วนร่วมกว้างขวางครอบคลุมผู้มีส่วนได้เสียหลายฝ่าย อันเป็นเงื่อนไขให้เกิดการระดมทรัพยากรอุดหนุน/รองรับการดำเนิน service plan เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความมุ่งมั่นในการดำเนินงานตาม service plan เงื่อนไขประการในเชิงกลไกรองรับการมีส่วนร่วม คือการเปิดเผยข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งพบว่ามีหลากหลายอีกเช่นกันระหว่างเขตสุขภาพ ดังตาราง 3

3) ความโปร่งใสและข้อมูล (Transparency and information)

เนื่องจากข้อมูลเป็นปัจจัยนำเข้า (input) สำคัญที่จะใช้วัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน การเปิดเผยข้อมูลจึงอาจชี้ให้เห็นถึงระดับความโปร่งใสในการบริหารจัดการภายในเขตบริการสุขภาพได้ หาก

เขตใดมีการปกปิดข้อมูลบางอย่างหรือปฏิเสธกระทรวงสาธารณสุข การให้ข้อมูลเมื่อมีคนร้องขอก็อาจแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติหรือไม่โปร่งใสในการดำเนินงาน และ/หรือ ข้อจำกัดในการแสดงความโปร่งใส อันบ่งชี้ถึงข้อจำกัดของการบริหารจัดการหรือธรรมาภิบาล

การเปิดเผยข้อมูลด้วยความสมัครใจของเขตเองอาจสะท้อนให้เห็นถึงการบริหารจัดการที่ดีหรือธรรมาภิบาลในเขตได้ระดับหนึ่ง จากการศึกษาพบว่าทุกเขตมีเว็บไซต์ของตัวเอง แต่ระดับการเปิดเผยข้อมูลในแต่ละเขตนั้นไม่เท่ากัน มีบางเขตที่ไม่เปิดเผยข้อมูลบางประเภทที่มีความสำคัญต่อการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ เช่น สรุปบันทึกการประชุม และแผนยุทธศาสตร์ (ตาราง 3)

การเปิดเผยข้อมูลลงเว็บไซต์ของเขตน่าจะเป็นวิธีที่ง่าย ประหยัด และเข้าถึงคนในวงกว้างมากที่สุดเมื่อเทียบกับการเปิดเผยรูปแบบอื่น เช่น ตีพิมพ์รายงานผลการดำเนินงานประจำปีหรือจัดประชุมสาธารณะ ดังนั้นแต่ละเขตจึงควรมีการเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเขตสุขภาพที่อาจมีผลกระทบต่อประชาชนบนเว็บไซต์ด้วย โดยข้อมูลที่ควรมีการเปิดเผยบนเว็บไซต์ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างร่วมภายในเขต รายชื่อคณะกรรมการ ผลการดำเนินงาน (KPI) และแผนยุทธศาสตร์

ตาราง 3 การเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพในแต่ละเขต

	ข้อมูลทั่วไป	กกก	หนังสือแจ้งตั้ง	สรุปการประชุม	ผลการดำเนินงาน+KPI	แผนยุทธศาสตร์	ระบบฐานข้อมูล
เขต ว	/	/	/(6)	/(7)	/	X	/
เขต ท	/	/	/(12)	/(8)	/	/(1:4)	/
เขต ทร	/	/	/(1)	/(2)	/	/(1:4)	/
เขต ฟ	/	/	/(2)	X	/	/(1:4)	/

	ข้อมูลทั่วไป	กกก	หนังสือแจ้งตั้ง	สรุปการประชุม	ผลการดำเนินงาน+KPI	แผนยุทธศาสตร์	ระบบฐานข้อมูล
เขต ฝ	/	/	/(45)	/(21)	/	/(1)	/
เขต ถ	/	/	/(2)	X	/	/(1)	/
เขต น	/	/	/(1)	/(3)	/	/	/
เขต ย	/	/	/(2)	/(4)	/	/(1)	/

	ข้อมูลทั่วไป	กกก	หนังสือแจ้งตั้ง	สรุปการประชุม	ผลการดำเนินงาน+KPI	แผนยุทธศาสตร์	ระบบฐานข้อมูล
เขต จ	/	/	/(6)	/(7)	/	/	/
เขต ช	/	/	/(13)	/(5)	/	/(1:4)	/
เขต ศ	/	/	X	X	/	X	/
เขต ย	/	/	/(17)	/(3)	/	/(1:4)	/
เขต ด	/	/	/	/(12)	/	/	/

ความสำคัญของการเปิดเผยข้อมูลอีกอย่างหนึ่งคือ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ประสิทธิภาพของเขต ม ในการนำเอาข้อมูลการดำเนินงานของแต่ละจังหวัดและโรงพยาบาลในเขต มาเปรียบเทียบกับ (Benchmark) เป็นตัวอย่างที่ดีในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีอยู่ เช่น หากโรงพยาบาลขนาดเดียวกันอยู่ในละแวกพื้นที่เดียวกันเช่น ห่างกัน 20 กิโลเมตร ก็น่าจะมีการจัดซื้อยาชนิดเดียวกันในราคาใกล้เคียงกัน แต่เมื่อมีการนำข้อมูลจัดซื้อยาของโรงพยาบาลเหล่านี้มาเทียบกันแล้วพบว่าโรงพยาบาลหนึ่งจัดซื้อยาในราคาแพงกว่ามาก แล้วโรงพยาบาลนั้นกำลังประสบปัญหาด้านการเงิน ข้อมูลที่นำมาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นนี้ก็ช่วยชี้ให้เห็นถึงการบริหารจัดการด้านการคลังที่ไม่ดี และอาจชี้ให้เห็นถึงความไม่โปร่งใสในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลนั้นด้วย

กล่าวโดยสรุปคือ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพไม่ว่าจะเป็น การจัดซื้อจัดจ้าง KPI คำสั่งหรือแม้แต่ข้อมูลทั่วไปของเขตนั้นมีความสำคัญต่อธรรมาภิบาลของเขต ดังนั้นควรมีการให้ความสำคัญต่อการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและครบถ้วน รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลและช่วยกระตุ้นให้การทำงานของเขตมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4) การนิเทศก์และกำกับควบคุม (Supervision and regulation)

ผู้บริหารสูงสุดในเขตคือ ผู้ตรวจราชการซึ่งเป็นข้าราชการระดับสูงในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่หัวหน้าทีมตรวจราชการจากส่วนกลางคือ สาธารณสุขนิเทศก์ ซึ่งอาจเคยอยู่ใต้สายบังคับบัญชาของผู้ตรวจมาก่อน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารเขตและผู้นิเทศในลักษณะดังกล่าวอาจทำให้การนิเทศและกำกับควบคุมมีความยืดหยุ่นและประนีประนอมสูงแต่อาจทำให้การบริหารจัดการไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นในอนาคตจึงควรแยกการตรวจสอบจากส่วนกลางให้เป็นอิสระไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลผู้ปฏิบัติงานในเขต ผู้บริหารเขตหรือ ซีอีโอ ควรได้รับการติดตามตรวจสอบโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพ และโดยตัวแทนจากส่วนกลาง

“...คือเหมือนกับว่าสาธารณสุขนิเทศจะมาตรวจงานผู้ตรวจนะ...ท่านผู้ตรวจไม่มีปัญหา เพราะเวลาท่านสาธารณสุขนิเทศสรุปอะไร ท่านก็เชิญผู้ตรวจไปนั่งฟัง ให้เกียรติกัน แต่เห็นเขาพูดกันว่าทำไมระบบมันเป็นอย่างนี้ เอาสาธารณสุขนิเทศไปเป็น regulator”

คณะกรรมการ C เขต ฮ

“แต่ก่อนเค้าพยายามที่จะให้สาธารณสุขนิเทศมาตรวจผู้ตรวจ แต่พอทีหลังมันก็เข้าไปกลายเป็นตรวจภายใน Internal ไป ก็ไปตรวจในนามผู้ตรวจว่าทำตามนโยบายเป็นยังไง”

คณะกรรมการ C เขต ทร

ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านของนโยบายเขตสุขภาพ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตรวจฯ ดำรงตำแหน่งซีอีโอเขต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอาจพิจารณาให้มีการตรวจสอบแบบไขว้เขต กล่าวคือ ให้สาธารณสุขนิเทศเขตหนึ่งตรวจราชการเขตบริการสุขภาพอีกเขตหนึ่ง เช่น ให้สาธารณสุขนิเทศเขต A ไปตรวจเขตบริการสุขภาพที่ B

เพื่อป้องกันไม่ให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ตรวจและสาธารณสุขนิเทศส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการตรวจสอบงานบริหารของเขต

ถ้าเปรียบการนิเทศ/กำกับติดตาม เหมือนตะแกรงร่อนหาความก้าวหน้าและผลงานตามกรอบนโยบาย วิธีการนิเทศ/กำกับติดตามที่ค่อนข้างยึดติดกับตัวชี้วัด และทีมผู้นิเทศซึ่งมีความถนัดหรือเชี่ยวชาญไม่หลากหลายเท่าที่ควร ทำให้ตะแกรงนี้มีลักษณะค่อนข้างแข็งทื่อ จึงมีกร่อนเจอเฉพาะสิ่งที่คาดหวังเท่านั้น ในขณะที่นวัตกรรมและหรือปัญหาอุปสรรคมากมายในแต่ละพื้นที่อาจถูกมองข้าม จึงเป็นการเสียโอกาสที่จะเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนที่จะมีผลต่อการออกแบบกลไก เครื่องมือและกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (program design) ตลอดจนสาระของนโยบาย (policy contents) อันเป็นความรับผิดชอบของฝ่ายนโยบาย

5) ความแน่นอนสม่ำเสมอ (Consistency and stability)

นโยบายเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงสองปีที่ผ่านมา ในด้านหนึ่ง มีความสม่ำเสมอในแง่ของวัตถุประสงค์พอสมควร คือต้องการการกระจายอำนาจในการตัดสินใจเรื่องคน เงิน ของ ให้แต่ละเขต เพื่อประชาชนในเขตสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ดี นโยบายเขตสุขภาพมีความไม่แน่นอนและเป็นพลวัตรสูงมากจนขาดความต่อเนื่องในด้านต่างๆ (เพราะความขัดแย้งในประเด็นนโยบาย P4P กรณีวิกฤตรัฐบาลยิ่งลักษณ์ รัฐประหาร เป็นต้น) ทำให้ผู้ปฏิบัติทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติงานเกิดความสับสนและไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติเช่นไรดี ส่วนหนึ่งจึงเลือกที่จะวางตัวเฉย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้

ความไม่แน่นอนของอำนาจและหน้าที่ของผู้บริหารในระดับเขต ว่าสุดท้ายแล้วเขตควรมีอำนาจในการบริหารคน เงิน ของ มากน้อยเพียงใด ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติงานอาจขาดความเชื่อมั่นว่านโยบายเขตบริการสุขภาพจะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้จริงหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีความไม่ชัดเจนด้านอัตรากำลังคน ค่าตอบแทน และ career path ทำให้เจ้าหน้าที่ในสำนักงานเขตขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ในเขต ความไม่แน่นอนดังที่กล่าวมาล้วนเป็นปัจจัยสำคัญอุปสรรคต่อการบริหารจัดการในระดับเขตอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรของส่วนกลาง และในการซื้อและจัดบริการสุขภาพของพื้นที่ทั้ง 13 เขต

ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรของส่วนกลาง

ในทางทฤษฎี การจัดสรรทรัพยากรให้คุ้มค่า (มีประสิทธิภาพ) และเป็นธรรม เพื่อให้คุ้มค่าควรคำนึงถึงการเพิ่มประสิทธิภาพในทางเทคนิค (Technical efficiency) และการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency) โดยมีเกณฑ์พิจารณาแรก ได้แก่ การจัดบริการที่มีคุณภาพด้วยต้นทุนที่ต่ำที่สุด เช่น พัฒนาการจัดบริการสุขภาพชนิดเดียวกันด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศหรือคู่เทียบ (benchmarking of unit costs) กรณีหลังได้แก่การเพิ่มการลงทุนเพื่อจัดบริการบางประเภทที่คุ้มค่าและลดการลงทุนจัดบริการบางประเภทที่ไม่คุ้มค่า เช่น เลือกลงทุนจัดบริการสุขภาพ (ทั้งการรักษาและการป้องกันโรค)

เฉพาะประเภทที่การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพชี้ว่าให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงสุดเมื่อเทียบกับการลงทุนอื่นๆ (health technology assessment)

รายงานนี้ค้นพบว่าในทางปฏิบัติ ในปีงบประมาณ 2557 ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางเริ่มมีความชัดเจนเรื่อง การตั้งเป้าหมายของนโยบายเพื่อเพิ่ม “ประสิทธิผล” (effectiveness) ในการดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การเพิ่มปริมาณการจัดบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายให้มีความครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมายในการเพิ่ม “ประสิทธิภาพ” (efficiency) ในการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิมของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละเขตฯ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มการจัดบริการสุขภาพเพื่อดูแลโรคที่มีระดับความซับซ้อนเหมาะสมกับ “ระดับ” ของแต่ละหน่วยบริการสุขภาพ (รพ.) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และมีตัวชี้วัดคือ case-mix index และการจัดหาทรัพยากรร่วมกันเพื่อลดต้นทุน (reduced unit cost)

สำหรับข้อพิจารณาเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรเพื่อความเป็นธรรม ในทางทฤษฎีควรคำนึงถึงกลไก เกณฑ์ และตัวอย่างดังตาราง 4

ตาราง 4 การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพชี้ว่าให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงสุดเมื่อเทียบกับการลงทุนอื่นๆ (health technology assessment)

กลไก	เกณฑ์	ตัวอย่าง
1) ความยุติธรรมจากการได้รับบริการลักษณะเดียวกัน (Similar treatments as justice)	การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ	ลดความแตกต่างด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะคนยากจน และคนชายขอบในสังคม
2) ความยุติธรรมจากการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพ (Health needs as justice)	การลดความเสี่ยงด้านพฤติกรรมและด้านสิ่งแวดล้อมในประชากรกลุ่มเสี่ยง และลดความแตกต่างของอัตราเจ็บตายระหว่างกลุ่มประชากร โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยงในแต่ละกลุ่มโรค	การทำการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ (health risks assessment) และเลือกตรวจคัดกรองและให้การรักษาประชากรกลุ่มเสี่ยงก่อนกลุ่มอื่นๆ
3) ความยุติธรรมจากการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย (participation as justice)	การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและลงมือปฏิบัติตามนโยบายในทุกระดับ	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและลงมือปฏิบัติตามนโยบาย ทั้งนโยบายระดับมหภาค เช่น ระดับชาติ ระดับเขต และนโยบายระดับจุลภาค เช่น การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติและนโยบายทางคลินิกอื่นๆ
4) ความยุติธรรมจากการมีอิสรภาพในการเลือกใช้บริการสุขภาพ (freedom of choice as justice)	การเพิ่มทางเลือกของผู้ใช้บริการสุขภาพ	ลดอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยในการเลือกใช้บริการสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพที่มีอยู่ในระบบสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ในทางปฏิบัติ ไม่ปรากฏหลักฐานชัดเจนว่า กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณากลไกและเกณฑ์ดังกล่าวในการจัดสรรทรัพยากรและจัดบริการในเขตบริการสุขภาพ จึงไม่น่าแปลกใจ ที่ไม่มีข้อมูลรองรับการกำกับติดตามประเมินผลตามกลไกและเกณฑ์เหล่านั้น แม้ปรากฏข้อเท็จจริงที่ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทรัพยากรสุขภาพไม่เท่ากันระหว่าง 13 เขต มาตั้งแต่ก่อนประกาศใช้นโยบายเขตบริการสุขภาพ

ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการซื้อและจัดบริการสุขภาพ

วิธีการซื้อบริการ

ไม่ปรากฏหลักฐานในเขตใดๆ ว่า การซื้อบริการเป็นไปตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ ที่คาดหวังให้ คปสข. ทำแผนบริการเสนอให้ อปสข. พิจารณาจัดซื้อ แต่ปรากฏคำให้สัมภาษณ์เมื่อเดือนพฤษภาคม 2557 ของอดีต ผอ.สปสข.เขตท่านหนึ่ง (ปัจจุบันเป็นผู้บริหาร สปสข.ส่วนกลาง) ว่าไม่มีการประชุมอย่างเป็นทางการระหว่าง คปสข. กับ อปสข. ไม่ว่าในเขตใด ดังนั้นจึงอนุมานว่าวิธีการซื้อบริการยังดำเนินไปตามแบบแผนที่ผ่านมาของ สปสข. ดังจะขยายความพอสังเขปดังนี้

การซื้อบริการของ สปสข. ครอบคลุมบริการส่งเสริมป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยบริการของรัฐและเอกชน โดยบางส่วนเชื่อมโยงกับหลายนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น excellent center (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2551) referral system (ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2555) บางส่วนเป็นการริเริ่มโดยอิสระของ สปสข. ทั้งสองกรณีเป็นเงื่อนไขสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างหน่วยบริการต่างระดับและต่างสังกัดในแต่ละเขตอันจำเป็นต่อประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของการซื้อบริการ เพราะกระตุ้นให้เกิดงานใหม่ นวัตกรรมอย่างต่อเนื่องว่องไว โดยเฉพาะบริการเฉพาะโรค หรือเฉพาะเรื่องโดยมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการอันเป็นมิติด้านความเป็นธรรมของธรรมาภิบาลระบบ

“แปลว่าต้องดูแลกันแบบเชื่อมโยง พี่ช่วยน้อง น้องช่วยพี่ ระบบ node มันจะช่วยรองรับจาก รพ.อำเภอ มุ่งมาสู่ รพ.จังหวัดได้”

ซีเอสโอเขต น

“ต้องช่วยกัน ผมเป็น รพ.ใหญ่ ก็ช่วยเต็มที่ รพ.เอกชนเค้าก็ช่วยเรา แต่โดยสภาพจริงๆ เค้าก็ต้องทำกำไร ...ยกตัวอย่างง่ายๆ ตอนที่ รพ.ญ. เพิ่งเปิด Cath lab ในขณะที่เรายังเปิดไม่ได้ เรามีหมอที่ทำ intervention ได้ เค้ามีเครื่อง เรายกเอาหมอบไปเราไปทำที่ รพ. เค้า เอา case ของเราไปทำที่ รพ. เค้า เค้าก็คิดในราคาต้นทุนที่ถูกที่เราที่ยินดีจ่ายให้ ...พอเราเปิดของเราเองก็เอามาทำได้เลย ไม่ต้องมาซ่อม มา train กันใหม่ อันนี้ก็เป็นเรื่องของความร่วมมือ อย่างอุปกรณ์เครื่องมือ ก็ให้เค้ายืม ช่วยเหลือดูแลกัน หลายอย่างที่เราฝึกเค้า training พยาบาล”

ผอ.รพ. ญ

“ในเรื่อง excellent initiate idea มาจาก สปสช. ...ด้วยข้อมูลที่เค้ามียู่....trauma ไม่ใช่แค่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีระบบอื่น เช่น ทบวงมหาวิทยาลัย...แบ่ง level ให้มันซับซ้อน...แล้วค่อยมาวางระบบ...ไม่ได้ผ่านทางกระทรวงสาธารณสุข”

ผอ.รพศ.

นอกจากนั้น การซื้อบริการเฉพาะโรคของ สปสช. โดยมีเงื่อนไขให้ฝ่ายผู้ให้บริการเสนอแผนงานและแผนเงินให้พิจารณาตามเกณฑ์ที่ สปสช. วางไว้เพื่อมุ่งสู่ประสิทธิภาพและความเที่ยงธรรม แนวทางเช่นนี้อาจจะเป็นชุดประสบการณ์ที่ส่งต่อไปสู่การทำ service plan ภายหลังกมีนโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

“.. ละก็เขียนโครงการอะ สมมติได้ 4 ล้าน ก็บอกว่า ทั้ง 4 โรงฯ จะซื้อ high speed CT scan 1 ชุด อาจจะเหลือเงิน 3 แสน เอามาทำ guideline เอาไปเยี่ยม node อะไรต่างๆ จัดประชุมวิชาการอะ.. ก็เขียนโครงการตามเงินที่ได้อะ กับตัวเลขคนไข้ ตัวเลขคนไข้ถ้าเป็น STEMI มันจะชัดเจนอะ course หนึ่ง case หนึ่ง จะใช้เท่าไรอะไรเงี้ยอะ”

หัวหน้างานบาดเจ็บ รพ. ร เขต น

“หลายเรื่อง จริงๆมันเป็นเรื่อง ระบบ refer เดิมใช้ resource เดิมทำเป็นเครือข่าย แล้วพัฒนาศักยภาพ ปีนี้เราใช้งบค่าเสื่อมมาปรับให้ไปตาม serviced plan งบประมาณจากกระทรวงจริงๆ มาแต่งบฯ HR ”

chief service officer เขต ว

การทบทวนเอกสารพบหลักฐานว่า เกิดความเป็นธรรมในภาพรวมของการเข้าถึงบริการเมื่อมองแนวโน้มระยะยาว ดังตัวอย่างการผ่าตัดต่อกระดูก การเข้าถึงและการลดอัตราการตายจากโรคที่มีลำดับความสำคัญสูง เช่น หัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมอง¹⁷

ในขณะเดียวกันการซื้อบริการของ สปสช. ก็มีผลข้างเคียงในแง่การบิดเบือนข้อมูลหรือช่วงชิงเวลาจากงานประจำ เพราะหมดเวลาไปกับการบันทึกข้อมูลแลกเงิน (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2554)¹⁸ นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติและผู้บริหารองค์กร (รพ./สสจ) ไม่มั่นใจว่าเมื่อโครงการซื้อบริการเฉพาะเรื่อง/โรคยุติลง กิจกรรมบริการนั้นๆ จะผนวกเข้าไปในระบบปกติที่อุดหนุนด้วยเงินเหมาจ่ายรายหัว ทักษะเช่นนี้ท้าทายต่อหลักการจัดสรรงบประมาณและวิธีซื้อบริการ สปสช. ที่เชื่อว่าเมื่อริเริ่มไปได้ระยะหนึ่ง โครงการนั้นๆ จะบูรณาการเข้าไปในระบบบริการตามปกติของแต่ละหน่วยบริการ

“มัน (วิธีซื้อบริการเฉพาะเรื่อง/โรค...ผู้วิจัย) จุดกระแสได้ หลายเรื่องเนี่ยที่กระทรวงทำไม่สำเร็จ ยุคนี้ เช่น Pap Smear ตัวเลขไม่ดีขึ้น สมัยก่อนไม่ดีเลย แต่พอใช้ระบบใช้งบประมาณ (วิธีซื้อบริการเฉพาะเรื่อง/โรค...ผู้วิจัย) เป็นตัวจับด้วย มันก็ดีขึ้น coverage ดีขึ้นชัดเจน... ใช้จ่ายเงินสดรายตัว ก็จะไม่เร็วเท่านี้แหละ แต่มันเร็วเลยใช้มียเพราะเงินมันเข้า”

CFO/สสจ. ส

“ค่าใช้จ่ายต่อหัวของเบาหวานความดันมันไม่ธรรมดาเพราะไปใช้เงิน CUP เนี่ยเริ่มจุกแล้ว เพราะว่าเจาะ lab มหาศาลเลยนะ มหาศาลเลย แค่ hemoglobin a1c นี่ก็ปวดหัวแล้ว microalbumin ก็ปวดหัวแล้ว โยนกลับไปเลยมีย สมัยก่อนมีเงินให้ แต่ ณ วันนี้ให้ด้วยเงินของ CUP มันจะอย่างไรไป พวกที่เขาเป็น CUP เขาก็เริ่มจุก อู้หู่...มันไม่ใช่แล้วนะ”

CFO/สสจ. ส.

ความท้าทายดังกล่าว น่าจะสัมพันธ์กับความไม่ชัดเจนในการประเมินต้นทุนบริการไม่มากนักน้อย

จากที่กล่าวมาในหัวข้อซื้อบริการ สรุปได้ว่า การซื้อบริการของ สปสช. เป็นผลของปฏิสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการในกรอบนโยบายฯ ระหว่าง สปสช. กับผู้บริหาร รพ. ของกระทรวงสาธารณสุข ผลการซื้อบริการมีทั้งด้านบวกคือ มีประสิทธิภาพในด้านการกระจายบริการให้ทั่วถึงมากขึ้น ในด้านลบคือสร้างภาระจัดเก็บและรายงานข้อมูลผลการให้บริการมากเกินไปจนกระทบต่อเวลาให้บริการประชาชน เพื่อลดทอนผลด้านลบนี้ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงสั่งการให้ยุติการจัดเก็บและรายงานนี้ตั้งแต่ตุลาคม 2557 เป็นต้นไป คงไว้แต่ระบบรายงาน 21 แฟ้มและ 43 แฟ้ม ซึ่ง รพ. จะยังคงรายงานต่อสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

ต้นทุนบริการ

วิธีการหาต้นทุนและความน่าเชื่อถือ

ในด้านวิชาการ มีความเชื่อว่า บัญชีต้นทุน (cost accounting) เป็นเครื่องมือสำคัญต่อการหาข้อยุติเกี่ยวกับต้นทุนอันจะเป็นข้อเท็จจริงสำคัญต่อการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากร การไม่มีบัญชีต้นทุนที่ทุกฝ่ายยอมรับจึงเป็นอุปสรรคใหญ่ของการหาข้อยุติระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับ สปสช. เกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรในมุมมองของผู้บริหารองค์กรในเขตบริการสุขภาพ ยังมีข้อสังเกตที่บ่งชี้ความจำเป็นที่จะต้องอาศัยความรู้อื่นๆ ประกอบการตัดสินใจ นั่นคือความแปรปรวนในการใช้ทรัพยากรของหน่วยบริการ

“บัญชีต้นทุนเนี่ยมันก็ได้ระดับนึงเท่านั้น มันก็ไม่ละเอียดพอนะ ที่จะไปบอกว่าต้นทุนจริงๆ คือเท่าไร....แค่ว่าต้นทุนบริการคนไข้ DM เนี่ยแต่ละที่ก็ไม่เท่ากัน เนื่องจากว่าการให้ไม่เท่ากัน บางแห่งก็ทำ hemoglobin บางแห่งก็ไม่ทำ”

CFO/สสจ. ส

“การบริหารจัดการในแต่ละ รพ.ก็ โห...มันกว้างมาก จ้างคนเยอะ จ้างคนน้อย จ้างอะไรอย่างนี้ มั่วไปหมดเลย เพราะฉะนั้นมันไม่ใช่เอกชน มันคือพฤติกรรมของระบบราชการ ถ้าเอกชนก็สบายมากเลยใช้มีย เขาก็เขี่ยออกเลยสิ ไม่ผลิตเงินเนี่ยเขาก็เขี่ยออกเลย มันก็ชัด”

CFO/สสจ. ส

ประการสุดท้าย แต่เดิมเชื่อว่าบริการใกล้บ้านและใน รพ.ขนาดเล็กน่าจะมีต้นทุนต่ำ เมื่อบริบทเปลี่ยนไป ความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องทำให้ รพ.ชุมชนไม่ทำผ่าตัดใหญ่ ครั้นจะย้อนกลับมาให้ทำ ก็อาจมีปัญหาการจัดการให้เกิดความคุ้มค่าตามขนาด (economy of scale) ปรากฏการณ์นี้คือตัวอย่าง other factors ซึ่งมีอิทธิพลต่อธรรมาภิบาลระบบ¹⁸

“ถ้าเป็น appendix นี่ทำที่ รพ.มหาชัยจะได้เยอะกว่า อาจจะมีทุนสูง ทำที่ รพ.ชุมชนจะได้ถูก ตอนนี้อย่าย้อนศรหรือเปล่า ระบบย้อนศรมั้ย ถ้าทำที่ รพ.ชุมชนต้นทุนแพงนะ เพราะว่าคุณต้องมี OR คุณต้องมีอะไร คนคุณก็มา ต้อง plan หรือเปล่า RW ต้องแพงกว่ามีย แล้วก็ รพ.ศูนย์ถูกกว่ามียเพราะว่าเขามี operating large scale ใช้มีย คนถึงเยอะกว่า คิดอีกมุมหรือเปล่า อะไรพวกนี้ เยอะมากเลย ละเอียดยิบเลย”

CFO/สสจ. ส

เช่นเดียวกับประเด็นโครงสร้างธรรมาภิบาลระบบ การซื้อบริการของ สปสช. ยังเหมือนเดิมในหลักใหญ่แต่เชื่อว่าแนวโน้มลดการซื้อบริการเฉพาะโรคหรือรายการกิจกรรม อาจจะเป็นเนื่องจากได้รับปฏิกริยาตอบสนองทางลบจากกระทรวงสาธารณสุข โดยเห็นว่าเป็นการก้าวถอยการบริหารภายในของกระทรวงสาธารณสุขมากเกินไป ดังปรากฏทัศนะจากผู้บริหารระดับจังหวัด

“แต่บางทีวิธีการทำงานของ สปสช. บางอย่าง ซึ่งมันอาจจะเป็นภาพเดิม สปสช. เขาจะชอบทำงานแบบแจ๊สมัลล์มา ผู้บริหารไม่ทราบ คืออันนี้มันอาจจะเป็น Individual...ซึ่งภาพ สปสช. เขาจะทำงานแนวนี้เยอะ ซึ่งตรงนี้กระทบกับการทำงานนะคะ”

ผู้บริหาร สสจ.

ในด้านตรงกันข้าม นพ.สสจ. บางท่านก็มองว่า การซื้อบริการของ สปสช. มีความยืดหยุ่นและให้เกียรติผู้บริหารหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขรองรับการเกลี่ยเงินระหว่างหน่วยบริการในแต่ละจังหวัดโดย สสจ. และสถานพยาบาลทั้งหลายมุ่งหมายให้เกิดการกระจายงบประมาณสมดุลมากขึ้นหรือแก้ปัญหาสภาพคล่องทางการเงินของหน่วยบริการในพื้นที่จำนวนประชากรจำกัด (เงินเหมาจ่ายรายหัวจึงน้อย) อันเป็นมิติด้านประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในกรอบธรรมาภิบาลระบบ

“แต่ในระเบียบมันไม่ได้ถูกกำกับด้วยรายละเอียดมากมาย สปสช. เขาให้เกียรติเขาก็ไม่กำกับอะไรมากมายก็ใช้กันไปเรื่อยเจื้อย หรือแม้แต่ตัว สปสช. เองก็เหมือนกันก็โดน สตง. เล่นเหมือนกัน เพราะ สตง. ไม่ยอมว่าให้มันเป็นเงินระบบพิเศษ เรามองว่าเป็นเงินระบบพิเศษเป็นเงินของกองทุน แต่ สตง. ยังมองว่าเป็นเงินแผ่นดินอยู่”

นพ.สสจ.

ทำนองเดียวกัน ภายใต้วิธีซื้อบริการของ สปสช. ที่ถูกมองว่าแทรกแซงผู้ให้บริการมากเกินไป ในด้านหนึ่งได้ให้กำเนิดรูปแบบโครงสร้างใหม่เชิงปฏิบัติการ (functional structure) แก่เครือข่ายบริการในส่วนภูมิภาคที่เรียกว่า node อันหมายถึงหน่วยบริการที่มีขีดความสามารถเฉพาะด้าน เช่น การดูแลทารกแรกเกิด การรักษาภาวะหลอดเลือดสมองตีบ การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ เป็นต้น นั่นคือเป็นการจัดระเบียบโครงสร้างโดยใช้ประเด็นพัฒนาเป็นตัวนำหน้าด้วยวิชาการและงบประมาณ แทนการใช้โครงสร้างบริหารแบบทางการ

“node นี้เกิดไล่ๆ กับ node วิชาการ โดยแนวคิดของทาง สปสช. ที่กำหนดเป็น node เพื่อเป็นตัวขับเคลื่อนงาน...เช่น node แม่และเด็ก node เรื่องของการมีส่วนร่วม node ปฐมภูมิ node นู้น node นี้ มีประมาณ 7- 8- 9 node อันนี้คือสิ่งที่มาของขบวนการของที่นี่ (เขต จ) เพื่อขับเคลื่อนแผนสุขภาพมีการแบ่งให้แต่ละจังหวัดรับผิดชอบแต่ละ node แต่ละสาขาด้วยความคุ้นเคยเหล่านี้ในขณะทำงาน ใน node คุ้นเคยกัน ก็คร่อมกันไปคร่อมกันมา มันก็จะเกิดความคุ้นเคยกันในแผนสุขภาพ เขตบริการสุขภาพฉบับที่ 1”

chief service officerเขต จ ท่านหนึ่ง

“หลายเรื่อง จริงๆ มันเป็นเรื่อง ระบบ refer เดิมใช้ resource เดิมทำเป็นเครือข่าย แล้วพัฒนาศักยภาพ ปีนี้เราใช้งบค่าเสื่อมมาปรับให้ไปได้ตาม service plan งบประมาณจากกระทรวงจริงๆ มาแต่งบฯ HR”

chief service officer

ภายใต้แนวคิดระบบบริการสุขภาพ WHO อันประกอบด้วย 6 building blocks เตือนว่า ลำพังเงินไม่ใช่คำตอบเดียวในการออกแบบและพัฒนาระบบบริการ ความคมชัดทางวิชาการเป็นปัจจัยนำเข้าอันสำคัญ เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการและภายในหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้กำหนดนโยบายสุขภาพระดับประเทศ (policy recommendation for central planning):

1. ในการพัฒนานโยบายเขตสุขภาพ/เขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลาง ควรเพิ่มการทำงานเพื่อวิเคราะห์ภาพรวมของประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในระบบสุขภาพของทั้งประเทศ โดยเฉพาะการวิเคราะห์ประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพระหว่างเขตฯ ซึ่งอยู่นอกเหนืออำนาจและหน้าที่ของผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารในระดับเขตฯ ทั้งนี้ ผู้กำหนดนโยบายในระดับประเทศ ควรพิจารณาการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพระหว่างเขตฯ โดยอาศัยข้อมูลด้านการกระจายทรัพยากรสุขภาพ (distribution of health resources) และการใช้ทรัพยากรสุขภาพ (utilization of health resources) ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจเลือกกลไกในการพัฒนาประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพระหว่างเขตฯ ต่อไป
2. เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางตั้งเป้าหมายในการเพิ่ม “ประสิทธิภาพ” (efficiency) ในการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพที่มีอยู่เดิมของกระทรวงสาธารณสุข โดยอ้างอิงสัดส่วนของการจัดบริการสุขภาพเพื่อดูแลโรคที่มีระดับความซับซ้อนเหมาะสม (case-mix index, CMI) ว่ามีความเหมาะสมกับระดับของแต่ละโรงพยาบาลตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้หรือไม่ ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายด้านประสิทธิภาพดังกล่าว ผู้กำหนดนโยบายในระดับประเทศจึงควรเชื่อมโยงการกำหนดระดับของโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขตามความจำเป็นของการพัฒนาประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในระบบสุขภาพของทั้งประเทศ โดยไม่ปล่อยให้การเพิ่มระดับของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปตามทรัพยากรในท้องถิ่น หรือขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพแต่ละแห่งเท่านั้น นอกจากนั้นการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพเพื่อยกระดับของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต ควรพิจารณาการมีอยู่ (availability) ของหน่วยบริการสุขภาพนอกกระทรวงสาธารณสุขที่มีศักยภาพในการทำงานร่วมกันในแต่ละเขตฯ ร่วมด้วย (เช่น โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลของกระทรวงกลาโหม เป็นต้น)
3. เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพ (efficiency) ในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพทั้งระหว่างเขตฯ และภายในเขตฯ ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางควรทบทวนประเภทของบริการสุขภาพที่อยู่ในแผนพัฒนาระบบบริการ (service plan) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นตัวแทนในการประเมินความสำเร็จของนโยบายเขตสุขภาพ/เขตบริการสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงกับสถานการณ์ด้านประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และของประเทศในปัจจุบัน รวมทั้งปรับแผนพัฒนาบริการมีความยืดหยุ่น และเพิ่มอำนาจ หน้าที่ให้ผู้บริหารในระดับเขตฯ สามารถตัดสินใจเพิ่มบริการสุขภาพในแผนพัฒนาบริการของแต่ละเขตฯ เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพภายในเขตหรือเพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาบริการสุขภาพที่มุ่งตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพเฉพาะแต่ละท้องถิ่น

- 3.1 ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลาง ควรมุ่งเน้นการพัฒนานโยบายที่มีกลไกการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนนโยบาย (allocative efficiency) โดยกำหนดแผนพัฒนาระบบบริการ (service plan) ให้ครอบคลุมเฉพาะบริการสุขภาพที่มีศักยภาพในการพัฒนาประสิทธิภาพ โดยเฉพาะบริการสุขภาพที่ผ่านการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ (health technology assessment) และมีข้อบ่งชี้ว่าให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงสุด เมื่อเทียบกับการลงทุนอื่นๆ ในระบบสุขภาพ เพิ่มการลงทุนเพื่อจัดบริการสุขภาพที่คุ้มค่าให้อยู่ในแผนพัฒนาบริการ และลดการลงทุนจัดบริการสุขภาพบางประเภทที่ไม่คุ้มค่า หรือตัดบริการสุขภาพที่มีคุณลักษณะดังกล่าวออกจากแผนพัฒนาบริการ
- 3.2 ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางควรมุ่งเน้นการพัฒนานโยบายที่มีกลไกการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพตั้งแต่ขั้นตอนการปฏิบัติตามนโยบาย (technical efficiency) เช่น การพัฒนาระบบสารสนเทศของส่วนกลางซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทั้งในระดับประเทศและในระดับเขตฯ ซึ่งรวมทั้งการพัฒนาฐานข้อมูลการจัดบริการสุขภาพประเภทเดียวกันด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศหรือคู่เทียบ (benchmarking of unit costs) เพื่อส่งเสริมการจัดบริการที่มีคุณภาพด้วยต้นทุนที่ต่ำที่สุดรวมทั้งการจัดการความรู้ ถอดบทเรียนความสำเร็จในการจัดการทรัพยากรสุขภาพ (“คน เงิน ของ”) จากการดำเนินการในบางเขตที่พบความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในช่วงที่ผ่านมา เพื่อวางนโยบายให้ผู้บริหารระดับเขตฯ ในเขตอื่นๆ ได้เรียนรู้และนำไปปรับใช้กับการจัดการในเขตอื่นๆ
4. ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลาง ควรตั้งวัตถุประสงค์และออกแบบกลไกเพื่อพัฒนาความเป็นธรรม (equity) ของการจัดบริการสุขภาพที่มีความชัดเจน ทั้งการพัฒนาความเป็นธรรมในการจัดบริการสุขภาพระหว่างเขตฯ และความเป็นธรรมในการจัดบริการสุขภาพระหว่างระหว่างกลุ่มประชากร หรือระหว่างพื้นที่ภายในแต่ละเขตฯ
 - 4.1 ปรับแผนพัฒนาบริการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพที่มีปัญหาความเป็นธรรมในระบบสุขภาพของประเทศ และปรับแผนพัฒนาบริการมีความยืดหยุ่น เพื่อเพิ่มอำนาจหน้าที่ให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารในระดับเขตฯ สามารถตัดสินใจปรับเปลี่ยน “แผนพัฒนาระบบบริการ” (service plan) เฉพาะเขตฯ เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพภายในเขต หรือเพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาบริการสุขภาพที่มุ่งตอบสนองต่อปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพเฉพาะแต่ละท้องถิ่นโดยเฉพาะ
 - 4.2 หากผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางตั้งเป้าหมายในการความเป็นธรรมโดยให้ผู้รับบริการสุขภาพในแต่ละเขตฯ ที่มีความต้องการสุขภาพในลักษณะเดียวกันต้องได้รับบริการลักษณะเดียวกัน (similar treatments as justice) ควรมีการกำหนดเป้าหมายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพในประชากรกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เช่น กลุ่มคนยากจน และกลุ่มคนชายขอบในสังคมไทย

- 4.3 หากผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางตั้งเป้าหมายในการความเป็นธรรมด้านสุขภาพให้ประชาชนในแต่ละเขตฯ ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพ (health needs as justice) ควรมีการกำหนดเป้าหมายในการลดความเสี่ยงด้านพฤติกรรมและด้านสิ่งแวดล้อมในประชากรกลุ่มเสี่ยงและลดความแตกต่างของอัตราเจ็บตายเป็นระหว่างกลุ่มประชากร โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยงในแต่ละกลุ่มโรค
- 4.4 หากผู้กำหนดนโยบายส่วนกลาง ตั้งเป้าหมายให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ได้รับความเป็นธรรมจากการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย (participation as justice) ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลาง ควรกำหนดการให้ผู้บริหารระดับเขตฯ เปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพระดับต่างๆ มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและลงมือปฏิบัติตามนโยบายในทุกกระดับ โดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและลงมือปฏิบัติตามนโยบาย ทั้งนโยบายระดับมหภาค (เช่น ระดับชาติ ระดับเขต) และนโยบายระดับจุลภาค เช่น การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ และนโยบายทางคลินิกอื่นๆ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนตามแนวทางการทำงานของระบบสุขภาพอำเภอ (district health systems)
- 4.5 หากผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางตั้งเป้าหมายในการความเป็นธรรมให้ประชาชนได้รับความเป็นธรรมจากการไม่ถูกบังคับและให้มีอิสรภาพในการเลือกใช้บริการสุขภาพ (freedom of choice as justice) ผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางควรกำหนดนโยบายการเพิ่มทางเลือกของผู้ใช้บริการสุขภาพ และลดอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพที่มีอยู่ในระบบสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเท่าที่ทรัพยากรสุขภาพของประเทศ (โดยเฉพาะทรัพยากรด้านการคลังสุขภาพ) จะเอื้ออำนวยให้ได้

เอกสารอ้างอิง

¹ Suwit Wibulpolprasert and Paichit Pengpaibon. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health* 2003, 1:12

² Stian H. Thoresena, Angela Fieldingb. Universal health care in Thailand: Concerns among the health care workforce. *Health Policy. Volume 99, Issue 1*, January 2011, Pages 17–22

³ Somsak Chunharas. Human Resources for Health Planning: A Review of the Thai Experience. http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_2_2_02.pdf

⁴ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ รายงานโครงการศึกษาการจัดการระบบบริการ และระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กันยายน 2556

⁵ ลลิตยา กองคำ เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ในงานมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ 2 “จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จบ” หัวข้อห้องย่อย การจัดการความท้าทายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตเมือง วันที่ 18 มกราคม 2555 เวลา 13.00-17.00 น. <http://www.thaiichr.org/upload/forum/006-2-1Cup-.pdf>

⁶ FiguerasJ, McKee M, Mossialos M, Saltman RB. Eds. Decentralization in Health Care. Strategies and outcomes. The European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. New York. 2007.

⁷ กระทรวงสาธารณสุข กรอบยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2557 <http://area7.cloud-health.org/infor.php?r=report/documentation/meeting> เปิดอ่าน 5 พฤษภาคม 2557

⁸ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข บทบาท องค์ประกอบและการจัดการ เขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ 3 กุมภาพันธ์ 2556 <http://opdc.hss.moph.go.th/uploadFiles/news/N000000007974902.pdf> เปิดอ่าน 25 เมษายน 2557

⁹ นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข การปฏิรูประบบสุขภาพ, 7 สิงหาคม 2557 โรงแรมเซ็นทรา แจ้งวัฒนะ กทม. http://phdb.moph.go.th/ewtadmin/ewt/hss_webserv/main.php?filename=index_6 เข้าถึง 21 สิงหาคม 2557

¹⁰ Lipsky, Michael. Street-level Bureaucracy: The Dilemma of the Individual in Public Services (New York: Russell Sage, 2010).

-
- ¹¹ U.S. Office of Personnel Management. Performance Management. REFERENCE MATERIALS. <http://www.opm.gov/policy-data-oversight/performance-management/reference-materials/more-topics/merit-system-principles-and-performance-management/>
- ¹² Daniel Goleman. Leadership That Gets Results. Harvard Business Review March 2000 <http://hbr.org/2000/03/leadership-that-gets-results>
- ¹³ Tamara L. Friedricha, William B. Vessey, Matthew J. Schuelke et al. A framework for understanding collective leadership: The selective utilization of leader and team expertise within networks. The Leadership Quarterly 20 (2009) 933–958
- ¹⁴ Teresa M Amabile, Elizabeth A Schatzel, Giovanni B Moneta, Steven J Kramer. Leader behaviors and the work environment for creativity: Perceived leader support. The Leadership Quarterly Volume 15, Issue 1, February 2004, Pages 5–32
- ¹⁵ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ รายงานโครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับเขต 24 ตุลาคม 2556 เสนอสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
- ¹⁶ William D. Savedoff. Governance in the Health Sector. A Strategy for Measuring Determinants and Performance. Policy working paper 5655. The World Bank. Human Development Network. Office of the Chief Economist. May 2011
- ¹⁷ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย; นิสิต วรรณัจฉริยา และคณะ รายงานประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, กันยายน 2556 <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/>
- ¹⁸ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มุลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรกฎาคม 2554

บทที่ 2

การเปลี่ยนแปลงหลังการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการถ่ายทอดนโยบายในภาพรวม

หลักฐานจากเอกสารและการสัมภาษณ์ สนับสนุนตรงกันว่ากระทรวงสาธารณสุขสามารถถ่ายทอดนโยบายและแนวคิดเขตบริการสุขภาพลงสู่ระดับเขตได้สอดคล้องค่อนข้างมาก ดังรูป 1 อันเป็นตัวอย่างการวางโครงสร้างบริหารระดับเขตเพื่อขับเคลื่อนนโยบายเขตบริการสุขภาพของเขต ๘ และ น ซึ่งมีความคล้ายกันในกลไกสองระดับบนและกลุ่มยุทธศาสตร์ ขณะเดียวกันก็มีความแตกต่างในรายละเอียด บ่งชี้ลักษณะการถ่ายทอดนโยบายที่ไม่ตายตัว อำนวยให้เกิดพลวัตรในลักษณะการเรียนรู้ปรับตัวข้ามเขต ดังตัวอย่าง การแพร่กระจายกลยุทธ์การวางแผนตาม building block ขององค์การอนามัยโลกจากเขต ม ไปเขต ว

“วันนี้พอเรา (คณะทำงานยกร่าง service plan) คุยหลักการหมด แล้วก็ให้เขานั่งแบ่งเป็นกลุ่มๆ เขียนหลักการ ใช้ six building blocks”

ซีเอสโอ เขต ว



รูป 1 ตัวอย่างโครงสร้างกลไกการบริการทำแผนและผลักดันแผนบริการสุขภาพเขต ๘ และ น

ในชั้นเนื้อหา service plan ก็มีเค้าโครงใกล้เคียงกันระหว่างเขต คืออย่างน้อยประกอบด้วย บริการกลุ่มโรคเฉพาะทาง 10 สาขา การพัฒนาระบบบริการระดับอำเภอ และกลุ่มบริการส่งเสริมป้องกันโรคเฉพาะกลุ่มประชากร ดังตัวอย่างของเขต ๘ น จ เป็นต้น^{1 2 3} ซึ่งสอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ผู้บริหารเขต ว ในเรื่องเดียวกัน

“พอดูแล้วมันไม่เห็นเป็นโปรเจกของโรงพยาบาล ก็เลยจะรวมกันใหม่เพื่อจะพูดให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่าง service plan DHS และ P&P เพราะตอนนี้คนมองว่างาน service plan เป็นงานรักษา ฟันฟู หรือป้องกันในส่วนของพวกเขา P&P ทั้งหมดจะมีอยู่ 10 track”

ซีเอสโอ เขต ว

สำหรับการนำนโยบายเขตบริการสุขภาพสู่การปฏิบัติ พบว่าจนถึงพฤษภาคม 2557 เขตทั้งหลายมีความคืบหน้าต่างกันมากแล้วแต่ประเด็น ความต่างกันจำแนกได้อย่างน้อย 4 ระยะ ได้แก่ ยังอยู่ระหว่างวางแผน เพิ่งวางแผนเสร็จ เริ่มดำเนินแผน ดำเนินแผนจนปรากฏผลผลิตเป็นรูปธรรมที่เหมือนกันทุกเขตโดยอนุมานจากหลักฐานการสัมภาษณ์ผู้บริหาร สปสช.เขต กับการสังเกตการประชุม อปสช. เขต ฟ และการประชุม คปสช. เขต ฮ คือ ยังไม่มีการประชุมอย่างเป็นทางการระหว่าง คปสช. กับ อปสช.

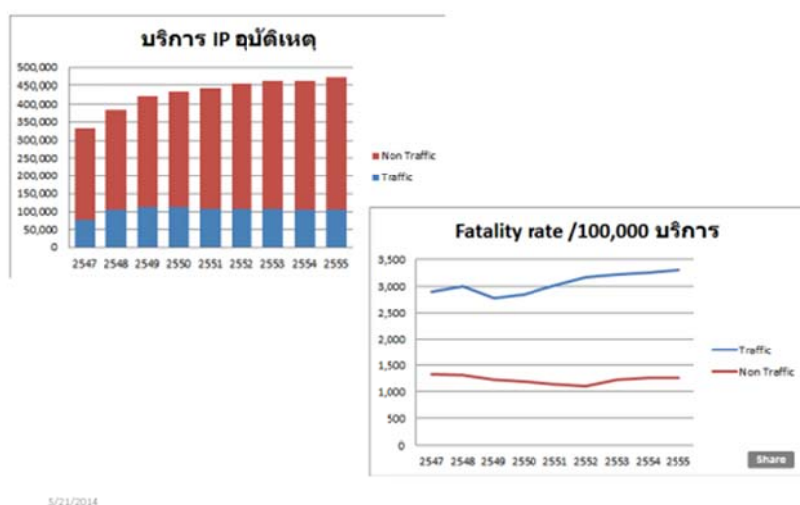
ในบทที่ 2 นี้ จึงต้องการนำเสนอเพียงบางประเด็นเพื่อให้เห็นแบบแผนความคืบหน้าการถ่ายทอดนโยบายเขตบริการสุขภาพ พร้อมการวิเคราะห์ที่มาของความคืบหน้าในแต่ละประเด็น เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กรณีศึกษา : บริการผู้บาดเจ็บ/ห้องฉุกเฉิน/บริการกู้ชีพ

บริบท

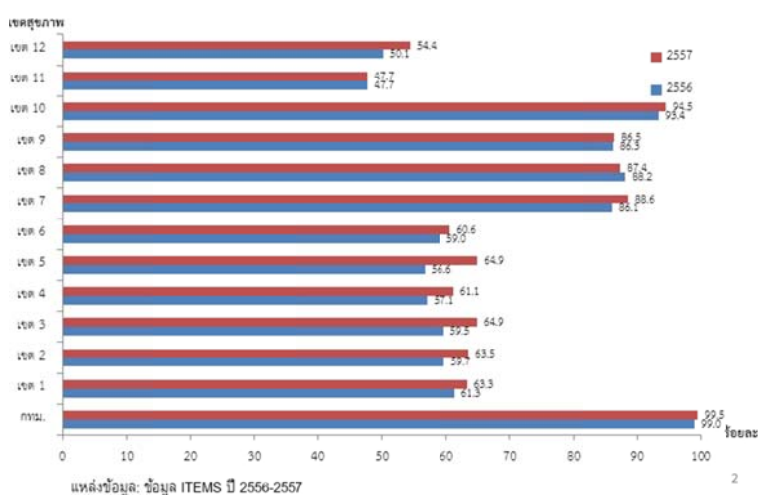
บริบทของงานดูแลการบาดเจ็บในภาพใหญ่ก็คือ บริบทเขตสุขภาพที่กล่าวมาในบทที่ 1 ส่วนที่อาจจำเพาะสำหรับบริการผู้บาดเจ็บน่าจะได้แก่ 5 ประเด็นต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการกู้ชีพเพิ่มขึ้น (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2556)⁴ เช่นเดียวกับการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลก็เพิ่มขึ้นดังรูป 2 อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการกู้ชีพและบริการห้องฉุกเฉินยังมีความไม่เท่าเทียมเด่นชัด (รูป 4 และรูป 5)

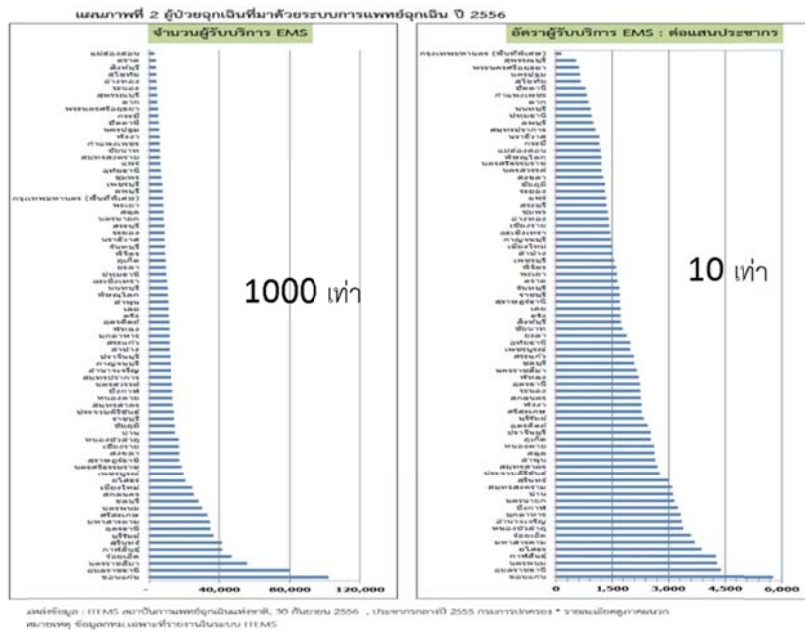


รูป 2 ปริมาณผู้บาดเจ็บที่นอนโรงพยาบาลและอัตราป่วยตาย ระหว่างปี 2547-2555 (ผลการวิเคราะห์ของ สปสช.)

การรับแจ้งเหตุผ่านช่องทาง 1669

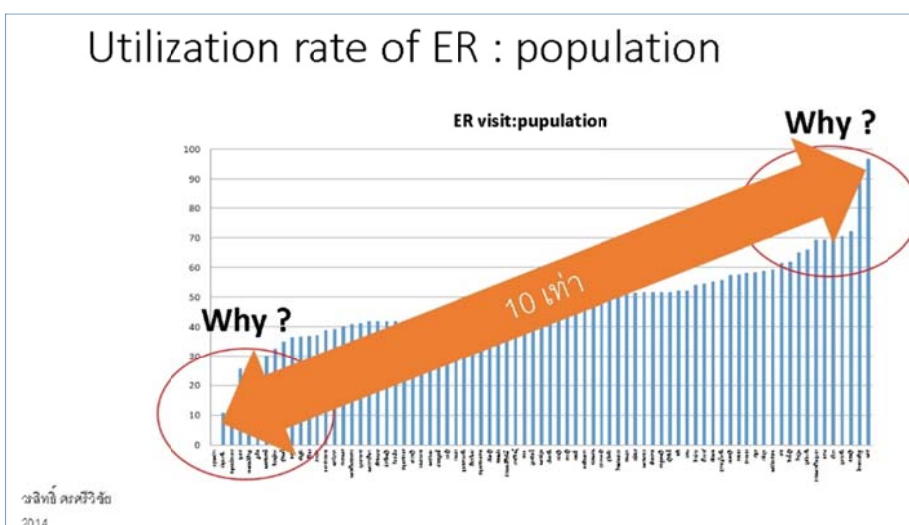


รูป 3 ร้อยละการรับแจ้งเหตุขอใช้บริการกู้ชีพผ่านช่องทาง 1669 ระหว่างปี 2556-2557 ระหว่าง 13 เขตบริการสุขภาพ



รูป 4 ความแตกต่างปริมาณการออกเหตุบริการกู้ชีพระหว่างจังหวัด

- คุณภาพบริการ เท่าที่ปรากฏหลักฐานจากข้อมูลของ สปสช. ภายใต้นโยบายเอกภาพสามกองทุน ซึ่งระดมโรงพยาบาลเอกชนได้ 216 แห่งร่วมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปรากฏว่าการเข้าถึงโรงพยาบาลด้วยตนเองปลอดภัยกว่าการเข้าถึงด้วยรถกู้ชีพทั้งของหน่วยกู้ชีพที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) อุดหนุนและหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลเอกชน (รูป 6) แสดงว่าคุณภาพบริการกู้ชีพยังไม่ฉับไวเท่าที่ควร จึงไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการเร่งด่วนของคนไข้บาดเจ็บ ทำนองเดียวกัน ไม่ปรากฏว่าอัตราการตายด้วยการบาดเจ็บลดลงตลอด 10 ปีที่ผ่านมาในกลุ่มคนไข้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังรูป 2



รูป 5 อัตราการเข้าถึงบริการห้องฉุกเฉินต่างกัน 10 เท่า โดยการวิเคราะห์ข้อมูลของ สปฉ.

Multinomial Logistic model for association between outcomes at discharge and the patient characteristics.

Factor	Not improved		Dead	
	OR (95% CI)	P-value	OR (95% CI)	P-value
Medical conditions				
Non-trauma	1		1	
Non-RTI trauma	0.69 (0.57, 0.82)	<0.001	1.04 (0.82, 1.31)	0.74
RTI	0.91 (0.73, 1.24)	0.423	0.92 (0.68, 1.25)	0.60
Mean of access				
Self-organised	1		1	
Public formal means	1.53 (1.24, 1.88)	<0.001	2.29 (1.80, 2.90)	<0.001
Private ambulance	1.33 (1.09, 1.62)	<0.01	1.76 (1.41, 2.19)	<0.001
Others	1.92 (1.56, 2.36)	<0.001	1.60 (1.20, 2.12)	<0.001
Health insurance scheme				
CSMBS	1		1	
SSS	1.66 (1.38, 2.01)	<0.001	1.21 (0.91, 1.62)	0.19
UCS	2.10 (1.90, 2.33)	<0.001	1.90 (1.65, 2.19)	<0.001

Adjusted for age, sex, hospital location, adjusted RW, length of stay, and hospital unit

EMCO 2556-57
22,000 cases
216 private
hospitals

5/21/2014

รูป 6 odds ratios เปรียบเทียบโอกาสไม่ทุเลาหรือตายระหว่างค่าตัวแปรด้านลักษณะภาวะฉุกเฉิน การเข้าถึงบริการโรงพยาบาลและสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปรับเทียบตัวถ่วงอายุ เพศ ที่ตั้ง โรงพยาบาลเอกชน น้ำหนักสัมพัทธ์ ระยะเวลารอนโรงพยาบาล และหน่วยย่อยในโรงพยาบาล

- ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ รายงานทบทวนวิวัฒนาการนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไทยของ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล⁴ สรุปผลการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องระบุว่า ภาวะผู้นำ เป็นศักยภาพที่ดำรงอยู่ในทุกหนแห่ง ยิ่งระบบบริการมีตัวละครหลากหลายเท่าใด ภาวะผู้นำยิ่งมีความหมายเท่านั้น การใช้กลไกทางการเงินอย่างบูรณาการกับระบบกำลังคน และระบบสารสนเทศ เป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดเงื่อนไขให้ภาวะผู้นำแสดงออก การให้อิสระในการริเริ่มทดลองสิ่งใหม่ เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง กลไกตรวจเยี่ยมคุณภาพ และจัดเวทีเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเครือข่าย ดังเช่นที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สพพ.) ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ทั้งหมดนี้หนุนเสริมซึ่งกันและกันได้ นอกจากนั้นรายงานชิ้นนี้ยังแสดงหลักฐานบ่งชี้ว่า การมีสถานภาพตามกฎหมาย ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะสามารถแสดงภาวะผู้นำได้เสมอไป สืบเนื่องจากกลไกอภิบาลระบบด้อยประสิทธิภาพดังกรณี สพพ. ซึ่ง 4 ปีแรกไม่ปรากฏหลักฐานว่าได้ทำหน้าที่ครบถ้วนตามกรอบของกฎหมาย ทำนองเดียวกัน พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก็ไม่สามารถอภิบาลระบบได้เหมาะสมเมื่อเทียบกับกฎหมายคล้ายกันในต่างประเทศ
- การเงินการคลัง รายงานชิ้นดังกล่าวใน⁽³⁾ ระบุว่าระหว่างปี 2552 - 2553 สปสช.อาศัยกองทุนพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยบริการพัฒนาศักยภาพบุคลากรห้องฉุกเฉิน และพัฒนาบริการห้องฉุกเฉินด้วยความสมัครใจ (ชมรมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 2553)⁵ จุดเด่นของโครงการนี้ คือ ก) การใช้เงินตอบแทนตามผลงานแก่แพทย์ที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ข) ผลงานนั้นสอดคล้องกับเป้าประสงค์ดังกล่าวของ

โครงการ และแผนที่ได้รับอนุมัติจาก สปสช. ผ่านการกลั่นกรองของโรงพยาบาลต้นสังกัด ดังตัวอย่าง ผังควบคุมกำกับงานข้างล่าง ค) มีระบบติดตามกำกับผลงานรายไตรมาสโดย สปสช. ซึ่งเน้นบริการที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับ ง) ฝึกโรงพยาบาลที่ขอรับการสนับสนุนให้วางแผนอย่างเป็นระบบ ต่อมาในปี 2554 (ปีสุดท้ายของกลไกกองทุนนี้) กองทุนดังกล่าวสนับสนุนเฉพาะค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษ (การบริหารจัดการบ่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน สปสช. 2556)⁶

5. กำลังคนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัคร (first responders) รองลงมาคือพยาบาล จนถึงปีพ.ศ. 2555 สองกลุ่มนี้มีจำนวนคน 101,690 และ 15,049 คนตามลำดับ ในส่วนของพยาบาลยังมีความพยายามผลิตเพิ่มในลักษณะต่อยอดพื้นฐานความรู้เดิม บ่งชี้ว่าในมุมมองผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขยังมีความขาดแคลน ไม่นานมานี้ได้มีบุคลากรสายงานใหม่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นั่นคือ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ซึ่งได้รับการยอมรับในทางนโยบาย อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินยังไม่ได้มีการยอมรับอย่างเท่าเทียมกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ไม่มีตัวเลขว่ากำลังคนกระจายอย่างไร

พิจารณาทั้ง 5 ประการข้างต้นจะเห็นการเปลี่ยนแปลงมาอย่างต่อเนื่องในอดีต การประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ จึงต้องคำนึงถึงบริบทและสถานการณ์ที่กล่าวมา เพื่อให้เกิดความชัดเจนว่า นโยบายเขตบริการสุขภาพมีผลหรือไม่ต่อการพัฒนาบริการผู้บาดเจ็บ

การเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

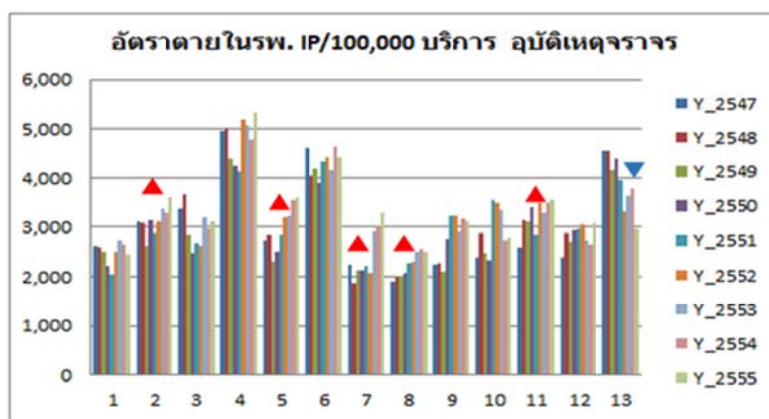
การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมสืบเนื่องจากนโยบายเขตบริการสุขภาพ ในด้านการพัฒนาบริการบาดเจ็บทั้ง 13 เขต แตกต่างกันในระดับการวางแผนปฏิบัติการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และสิ่งที่ไม่คาดหมาย สรุปไว้ในตาราง 1 ซึ่งจะเห็นได้ว่า เขตส่วนใหญ่มีแผนปฏิบัติการ ส่วนผลผลิตมีหลักฐานปรากฏเป็นตัวเลขโดยมีรายละเอียดแตกต่างกัน ในส่วนน้อยของเขตทั้งหมด และตัวเลขผลผลิตส่วนใหญ่ไม่ชัดเจนว่า ผ่านเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ ยิ่งในระดับผลลัพธ์จำนวนเขตที่มีรายงานตัวเลขยิ่งน้อยลงไปอีก ผลกระทบที่ไม่คาดหมายสืบเนื่องจากการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพคือ ความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกและถูกเรียกเข้าประชุมวางแผน/ติดตามแผน ว่าอาจบั่นทอนเวลาทำงานทางคลินิก ทั้งนี้ แบบแผนการพัฒนาบริการกู้ชีพและห้องฉุกเฉินก็คล้ายคลึงกับที่กล่าวมาโดยปรากฏตารางแสดงรายละเอียดในภาคผนวกพร้อมเอกสารอ้างอิงเช่นกัน ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับผลผลิตและผลลัพธ์เป็นตัวอย่างบ่งชี้ชัดเจนจำกัดในการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งๆ ที่หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขต้องรายงานผลดำเนินงาน บริการบาดเจ็บคนไข้ให้ สปสช. และรายงานผลดำเนินงานบริการนำส่งผู้บาดเจ็บให้ สพฉ. ตามระบบเบิกจ่ายค่าดำเนินการของ สปสช. และ สพฉ. ในทางตรงกันข้ามสองหน่วยงานนั้นกลับมีผลวิเคราะห์สารสนเทศดังปรากฏตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้นในหัวข้อบริบท

ตาราง 1 ผลวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาบริการบาดเจ็บเปรียบเทียบ 13 เขต
(เอกสารอ้างอิงอยู่ในภาคผนวก ; NA : ประเมินไม่ได้)

เขตบริการ สุขภาพ	แผนปฏิบัติการ	ผลผลิต		ผลลัพธ์		สิ่งที่ไม่คาดหมาย
	บาดเจ็บ	ก้าวหน้า	ผ่านเกณฑ์ของ กระทรวงฯ	ก้าวหน้า	ผ่านเกณฑ์ ของกระทรวงฯ	
ว	ชัดเจน	มีตัวเลข	NA	มีตัวเลข	NA	การประชุมที่เกินอาจกระทบเวลาทำงานทางคลินิก
ท	ชัดเจน	มีตัวเลข	ไม่ผ่าน	NA	NA	
ทร	NA	NA	NA	NA	NA	
พ	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	
ผ	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	การประชุมที่เกินอาจกระทบเวลาทำงานทางคลินิก
ล	NA	NA	NA	NA	NA	
น	ชัดเจน	มีตัวเลข	NA	มีตัวเลข	NA	การประชุมที่เกินอาจกระทบเวลาทำงานทางคลินิก
ม	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	การประชุมที่เกินอาจกระทบเวลาทำงานทางคลินิก
จ	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	
ฮ	NA	NA	NA	NA	NA	
ศ	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	
ช	ชัดเจน	คืบหน้า 0.76	NA	NA	NA	
ด	ไม่มี					

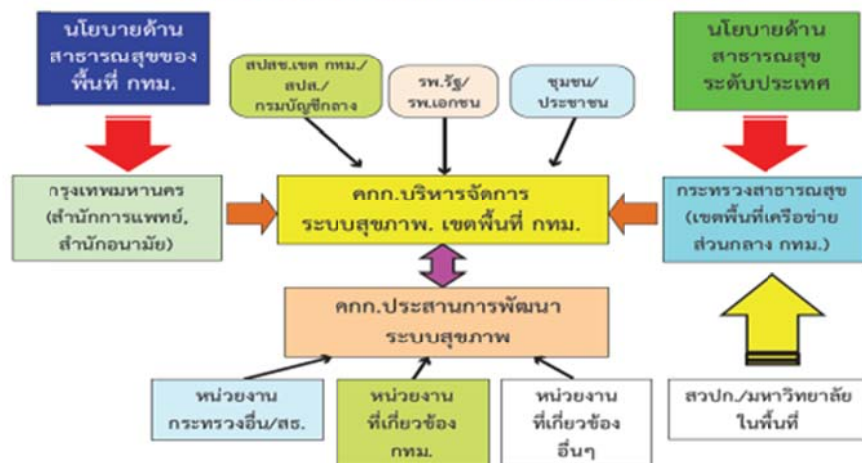
โดยอาศัยผลการวิเคราะห์ข้อมูลบริการคนไข้ในกลุ่มบาดเจ็บของ สปสช. ดังรูป 7 แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างเขตเกี่ยวกับอัตราการตายในโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นค่อนข้างต่อเนื่องชัดเจนในเขต ท ผ น ม และ ศ ในขณะที่เขต ต เป็นเพียงเขตเดียวที่มีอัตราการตายลดลง ถ้าพิจารณาจุดตัดที่ 3,000 ต่อแสนประชากร พบว่าในปี 2555 ส่วนใหญ่ของเขตตัวเลขเกินจุดนี้ยกเว้นเขต ว ม ฮ ช ต

สภาพการณ์ดังกล่าวเป็นเหตุการณ์ก่อนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการในปี 2556 จึงอนุมานได้ว่าไม่เกี่ยวข้องกับนโยบายเขตบริการสุขภาพ การที่เขต ต ไม่เลือกพัฒนาบริการบาดเจ็บในแผนปฏิบัติการปี 2556 อาจเนื่องจากแนวโน้มอัตราการตายลดลงดังกล่าวและสะท้อนความยืดหยุ่นการวางแผนให้สอดคล้องกับบริบทของเขต คำอธิบายอีกประการเกี่ยวกับความยืดหยุ่นนี้คือการที่เขต ต มีภาคีต่างจากเขตอื่นคือประกอบด้วย ภาคีนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นจำนวนมากกว่าของเขตอื่นอย่างเด่นชัด ดังรูป 8



รูป 7 อัตราตายในโรงพยาบาล ผู้บาดเจ็บเปรียบเทียบระหว่างเขตในช่วง ปี พ.ศ. 2547-2555 (ผลวิเคราะห์ของ สปสช.)

ผังความเชื่อมโยงระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร สปส.เขต 13 กรุงเทพมหานคร
และคณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร



รายงานประจำปี 2556 เขตพื้นที่เครือข่ายบริการด้านความคุ้มครองสุขภาพ

รูป 8 ภาพผังแผนและดำเนินแผนพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเขต 13

อันที่จริง ความยืดหยุ่นในการวางแผนไม่ได้ปรากฏเฉพาะเขต ต แต่ยังปรากฏในเขตอื่น เช่น เขต ม ตามคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ตัวชีวิต (อีอาร์) มีมากมาย แต่ของอีอาร์เราเลือกเฉพาะ triage monitoring resuscitation fast track นี่คือตัวตนของอีอาร์”

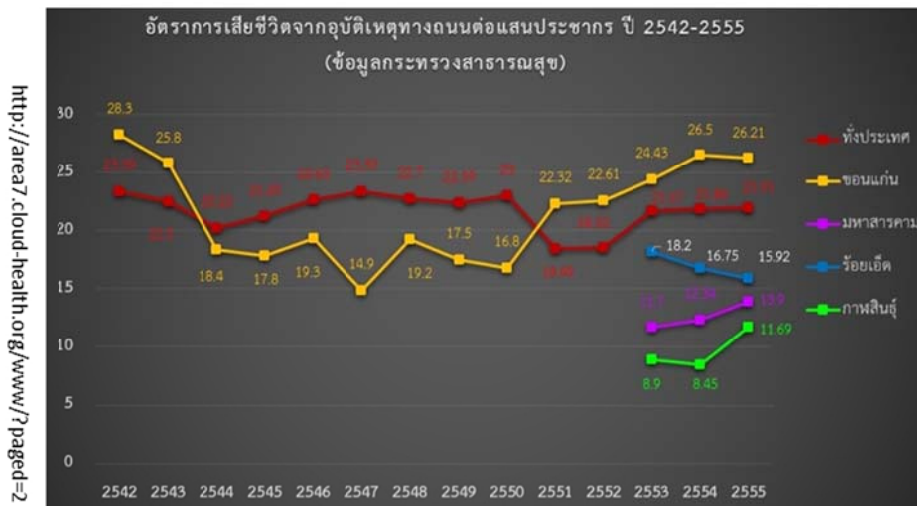
ซีเอสโอ เขต ม และศิษย์เก่าหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.ขอนแก่น

อย่างไรก็ตาม เขต น เป็นข้อยกเว้นกรณีใช้ประโยชน์สารสนเทศด้านการบาดเจ็บในกระบวนการวางแผนโดยได้วิเคราะห์แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรตั้งแต่ปี 2542-2555 ดังรูป 9 ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลวิเคราะห์แสดงแนวโน้มสำหรับจังหวัดขอนแก่นได้ครบถ้วนในกรอบเวลานี้ในขณะที่อีก 3 จังหวัดเริ่มปรากฏผลตั้งแต่ปี 2553 จึงอนุมานได้ว่า ผลวิเคราะห์นี้น่าจะเป็นผลงานของทีมงานโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้เป็นแกนนำของคณะทำงานวางแผนบริการการบาดเจ็บเขตนี้

การอนุมานเช่นนั้นมียุทธศาสตร์ต่อการพัฒนาขีดความสามารถด้านการใช้ประโยชน์สารสนเทศด้านการบาดเจ็บเมื่อพิจารณาความเห็นของแกนนำวางแผนบริการบาดเจ็บของเขต ม ระบุว่ากรมมีหน่วยบริหารจัดการฐานข้อมูลโดยเฉพาะทำนองเดียวกับของโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นเงื่อนไขจำเป็นที่ขาดหายไปโรงพยาบาลอื่น

“เรามีคนเฉพาะ service ไม่มีคนจัดการฐานข้อมูล มันไม่มีหน่วยงานอิสระที่มาช่วยบริหารจัดการฐานข้อมูล โมเดลขอนแก่นเป็นโมเดลที่ดี มีศูนย์traumaคอยบริหารข้อมูลให้”

ซีเอสโอ เขต ม และศิษย์เก่าหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.ขอนแก่น



รูป 9 แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ตั้งแต่ปี 2542-2555 เปรียบเทียบ 4 จังหวัดในเขตกับประเทศ

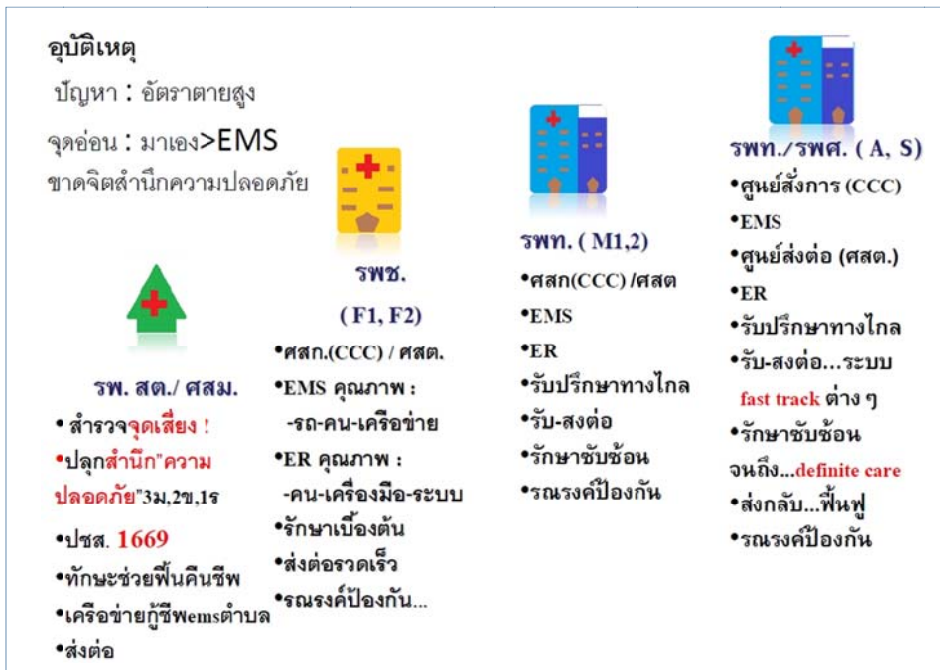
ไม่เพียงรองรับการวางแผน การมีฐานข้อมูลและหน่วยวิเคราะห์ข้อมูลย้อนกลับให้กับการพัฒนาบริการทางคลินิกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออันเป็นชุดกิจกรรมที่เรียกว่า trauma audit ยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการผู้บาดเจ็บ ดังปรากฏผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราตายระหว่างโรงพยาบาลที่มีกับที่ไม่มี trauma audit ในประเทศไทย ว่าอัตราตายของผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาลที่มี trauma audit น้อยกว่าของโรงพยาบาลที่ไม่มีถึงร้อยละ 35⁷

ในทางปฏิบัติ หน่วยบริหารจัดการฐานข้อมูลดังกล่าว อาจต้องการผู้รับผิดชอบเพียง 2 คนก็เพียงพอตามความเห็นของ ซีเอสโอเขต ม ผู้รับผิดชอบการวางแผนบริการผู้บาดเจ็บ

โอกาสพัฒนาการวางแผนบริการผู้บาดเจ็บ

แม้บทเรียนจากโรงพยาบาลขอนแก่นในฐานะแกนนำวางแผนบริการบาดเจ็บจะโดดเด่นดังที่กล่าวมา แต่ชัดเจนว่า ในกรอบแผนการพัฒนาระบบบริการนี้ของเขต น กลับไม่ได้ระบุชัดเจนเกี่ยวกับการพัฒนากลไกบริหารจัดการสารสนเทศที่กล่าวมา ดังรูป 10

ทำนองเดียวกัน ความไม่เท่าเทียมเกี่ยวกับผลผลิตด้านบริการกู้ชีพ และอัตราการเข้าถึงบริการห้องฉุกเฉิน ดังกล่าวในหัวข้อบริบทก็ไม่ได้ปรากฏเด่นชัดในกรอบการแผนการพัฒนาดังรูป 10 ตลอดจนอัตราตายด้วยอุบัติเหตุจราจรต่างกันระหว่างจังหวัดในรูป 7



รูป 10 สารระสำคัญในแผนรองรับอุบัติเหตุเขตบริการสุขภาพที่ 8

ด้วยภาวะผู้นำอันโดดเด่นของโรงพยาบาลขอนแก่นในด้านบริการผู้บาดเจ็บของประเทศ รูปแบบการวางแผนและสารสำคัญของแผนดังกล่าวในรูป 10 ด้านหนึ่งอาจถือได้ว่าเป็นแบบอย่างสำหรับการพัฒนาการวางแผนด้านนี้แก่เขตอื่น ขณะเดียวกันก็มีโอกาสพัฒนาในสองประเด็นสำคัญที่กล่าวมาในหัวข้อนี้ (หน่วยบริหารจัดการฐานข้อมูลและความไม่เท่าเทียม)

สรุปและเสนอแนะ

1. การดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพด้านบริการบาดเจ็บ/ห้องฉุกเฉิน/กู้ชีพ ด้านหนึ่งนำไปสู่ service plan ในทุกเขตด้วยขอบเขตเชิงเนื้อหาและพื้นที่เป้าหมายต่างกัน เนื้อหาของเขต น มีความโดดเด่นในแง่ขอบเขตครอบคลุมตั้งแต่ป้องกันไปจนถึงฟื้นฟู น่าจะเป็นแบบอย่างสำหรับเขตอื่นๆ นำไปปรับใช้ โดยควรให้ความสำคัญกับการประยุกต์ใช้ trauma registry และ trauma audit ซึ่ง อย่างน้อยที่สุด ควรมีในโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ของทุกจังหวัดเพราะมีหลักฐานสนับสนุนว่าเป็นกลไกและกิจกรรมที่ลดอัตราป่วยตายได้จริง นอกจากนั้น trauma registry ยังเป็นกลไกรองรับการวางแผนและดำเนินแผนด้านการป้องกัน ทั้งนี้จำเป็นต้องมีหน่วยสนับสนุนการรวบรวม ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลป้อนกลับหน่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตลอดจนเป็นหน่วยทำหน้าที่รองรับบทบาทของ system manager ในฐานะผู้มองและบริหารภาพรวมการพัฒนาระบบควบคุมป้องกันการบาดเจ็บได้จริงทั้งในแต่ละจังหวัด ดังเช่นโรงพยาบาลขอนแก่น
2. ความก้าวหน้าในการนำแผนสู่การปฏิบัติ ยังไม่ปรากฏรูปธรรมเด่นชัดในเขตส่วนมาก ยกเว้น เขต ว และเขต น โดยน่าจะเป็นผลสืบเนื่องมาตั้งแต่ก่อนมีนโยบายเขตบริการสุขภาพ ดังปรากฏหลักฐานบ่งชี้การพัฒนาบริการแบบเครือข่ายต่อเนื่องกันมานานหลายปี (ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2556)⁴

3. ความท้าทายเชิงป้องกันการบาดเจ็บยังคงดำรงอยู่ดังปรากฏหลักฐานในรูป 6 แสดงแนวโน้มอัตราตายเพิ่มขึ้นอย่างน้อยก็ชัดเจนใน 5 เขต แม้ว่า trauma registry เป็นเงื่อนไขสำคัญ แต่ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับการทำงานด้านป้องกัน ดังจะเห็นว่าแม้แต่เขต น หรือกระทั่งจังหวัดขอนแก่นที่ได้รับการยกย่องให้เป็นต้นแบบ แนวโน้มอัตราตายจากการบาดเจ็บยังคงเพิ่มขึ้น (รูป 9) สอดคล้องกับแนวโน้มคงที่ของการไม่สวมหมวกนิรภัย อันเป็นพฤติกรรมเสี่ยงเป้าหมายของการรณรงค์ระดับชาติมาอย่างน้อย 5 ปี (Piyapong 2013)⁹ บ่งชี้โอกาสพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงานข้ามกระทรวงเพื่อผลักดันหน่วยงานด้านขนส่งจราจรให้แสดงบทบาท ขณะเดียวกันก็ชวนให้ควรทบทวนทิศทางการลงทุนและจัดสรรงบประมาณด้านบริการการบาดเจ็บ ซึ่งที่ผ่านมามุ่งเน้นเฉพาะการตั้งรับ
4. ยังมีความเหลื่อมล้ำอย่างเด่นชัดในด้านการเข้าถึงบริการกู้ชีพและห้องฉุกเฉิน (รูป 4 และ 5) ประเด็นนี้ควรได้รับการเน้นให้เด่นชัดในกระบวนการและเนื้อหาของ service plan ในขณะเดียวกัน แผนการลงทุนในอนาคตของกระทรวงสาธารณสุข และแนวทางซื้อบริการของ สปสช. และ สภช. ก็ควรให้น้ำหนักกับการลดความเหลื่อมล้ำให้เด่นชัดยิ่งขึ้น

ภาคผนวก

เอกสารอ้างอิง สำหรับตารางที่ 1

1. วิรัช พันธุ์พานิช ผลการพัฒนาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 1
12 กุมภาพันธ์ 2557
2. <http://www.rh2.go.th>
3. ไม่พบเอกสารระดับเขต
4. เครือข่าย 4 ผลงานตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (66+25 KPIs) ประจำปีงบประมาณ 2556
/สุรัชย์ โชคครรชิตชัย ความก้าวหน้าการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เครือข่ายบริการ
สุขภาพที่ 4
5. แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ (service plan) โดยใช้กลไก พบ ส. เขตบริการสุขภาพที่ 5
6. ไม่พบเอกสารระดับเขต
7. <http://area7.cloud-health.org/www/?paged=2>
8. สรุปภาพรวมเขต ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง เครือข่ายบริการ
สุขภาพที่ 8 รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2556
9. เพิ่มศิริ เลอมานูวรรรัตน์ แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพปี 2557 เขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ
ที่ 9 “นครชัยบุรินทร์” 1 พฤศจิกายน 2556
10. ไม่พบเอกสารระดับเขต
11. รายงานตรวจราชการ เขต 11 รอบ 2 2556/สรุปผลการดำเนินงาน 66 ตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ
2556 เครือข่าย 11 /trauma service plan 25 มีนาคม 2556
12. รายงานการจัดสรรและการเบิกจ่ายงบประมาณ จำแนกตามพัฒนาระบบบริการของกระทรวง
สาธารณสุข 2557 http://203.157.229.33/strategy/kpi01/r_projectall_ser.php
13. รายงานประจำปี 2556 เขตพื้นที่เครือข่ายบริการส่วนกลางกรุงเทพมหานคร

เขต บริการ สุขภาพ	แผน ปฏิบัติการ	ผลผลิต		ผลลัพธ์		สิ่งที่ไม่คาดหมาย
		ก้าวหน้า	ผ่านเกณฑ์ กระทรวงฯ	ก้าวหน้า	ผ่านเกณฑ์ กระทรวงฯ	
ว	ชัดเจน	คืบหน้า	NA	NA	NA	
ท	ชัดเจน	คืบหน้า	ไม่ผ่าน	NA	NA	
ทร	NA	NA	NA	NA	NA	
ฟ	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	
ฝ	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	
ล	NA	NA	NA	NA	NA	
น	ชัดเจน	คืบหน้าส่วน น้อย	NA	NA	NA	
ม	NA	NA	NA	NA	NA	
จ	NA	NA	NA	NA	NA	
ฮ	NA	NA	NA	NA	NA	
ศ	ชัดเจน	คืบหน้า	NA	NA	NA	
ช	NA	NA	NA	NA	NA	
ต	NA	NA	NA	NA	NA	

เอกสารอ้างอิงสำหรับตารางข้างบน

1. วิรัช พันธุ์พานิช ผลการพัฒนาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 1
12 กุมภาพันธ์ 2557
2. <http://www.rh2.go.th>
3. ไม่พบเอกสารระดับเขต
4. เครือข่าย 4 ผลงานตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (66+25 KPIs) ประจำปีงบประมาณ
2556 /สุรชัย โชคครรชิตชัย ความก้าวหน้าการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เครือข่าย
บริการสุขภาพที่ 4
5. แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ (service plan) โดยใช้กลไก พบ ส. เขตบริการสุขภาพที่ 5
6. ไม่พบเอกสารระดับเขต
7. <http://area7.cloud-health.org/www/?paged=2>

8. สรุปภาพรวมเขต ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง เครือข่ายบริการ
สุขภาพที่ 8 รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2556
9. เพิ่มศิริ เลอมานุวรรรัตน์ แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพปี 2557 เขตพื้นที่เครือข่ายบริการ
สุขภาพที่ 9 “นครชัยบุรินทร์” 1 พฤศจิกายน 2556
10. ไม่พบเอกสารระดับเขต
11. รายงานตรวจราชการ เขต 11 รอบ 2 2556/สรุปผลการดำเนินงาน 66 ตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ
2556 เครือข่าย 11
12. รายงานการจัดสรรและการเบิกจ่ายงบประมาณจำแนกตามพัฒนาระบบบริการของกระทรวง
สาธารณสุข, 2557 http://203.157.229.33/strategy/kpi01/r_projectall_ser.php
13. ไม่พบเอกสารระดับเขต

เขต บริการ สุขภาพ	แผน ปฏิบัติการ	ผลผลิต		ผลลัพธ์		สิ่งที่ไม่คาดหมาย
	กู้ชีพ	ก้าวหน้า	ผ่านเกณฑ์ กระทรวงฯ	ก้าวหน้า	ผ่านเกณฑ์ กระทรวงฯ	
ว	ชัดเจน	คืบหน้า	ผ่าน	NA	NA	
ท	ชัดเจน	คืบหน้า	ไม่ผ่าน	NA	NA	
ทร	NA	NA	NA	NA	NA	
ฟ	ชัดเจน	คืบหน้า บางส่วน	ไม่ผ่าน	NA	NA	
ฝ	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	
ล	NA	NA	NA	NA	NA	
น	ชัดเจน	คืบหน้า	ผ่านครึ่งหนึ่ง ของเขต	NA	NA	
ม	NA	NA	NA	NA	NA	
จ	NA	NA	NA	NA	NA	
ฮ	NA	NA	NA	NA	NA	
ศ	ชัดเจน	คืบหน้า	NA	NA	NA	
ช	ชัดเจน	ไม่คืบหน้า	NA	NA	NA	
ต	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	

เอกสารอ้างอิงสำหรับตารางข้างบน

1. วิรัช พันธุ์พานิช ผลการพัฒนาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 1
12 กุมภาพันธ์ 2557
2. <http://www.rh2.go.th>
3. ไม่พบเอกสารระดับเขต
4. เครือข่าย 4 ผลงานตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (66+25 KPIs) ประจำปีงบประมาณ
2556 /สุรัชย์ โชคครรชิตชัย ความก้าวหน้าการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เครือข่าย
บริการสุขภาพที่ 4
5. แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ (service plan) โดยใช้กลไก พบ ส. เขตบริการสุขภาพที่ 5
6. ไม่พบเอกสารระดับเขต
7. <http://area7.cloud-health.org/www/?paged=2>

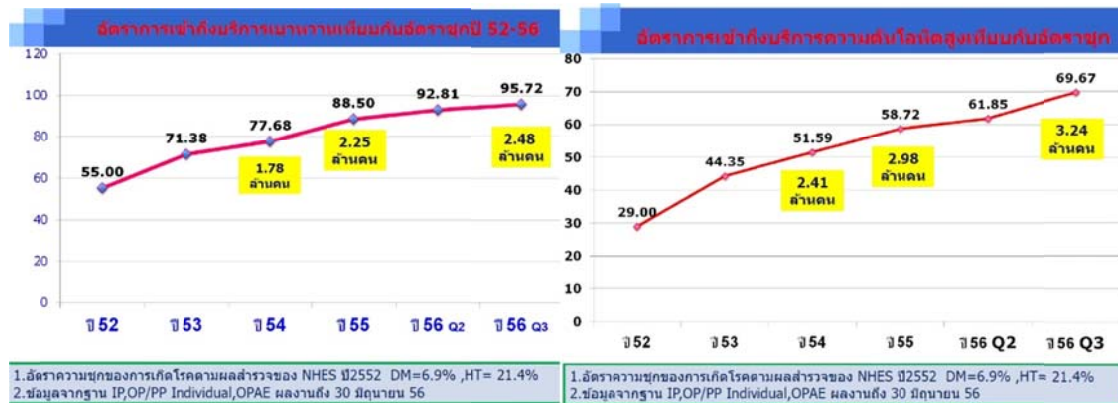
8. สรุปภาพรวมเขต ผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง เครือข่ายบริการ
สุขภาพที่ 8 รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2556
9. เพิ่มศิริ เลอমানูวรรรัตน์ แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพปี2557 เขตพื้นที่เครือข่ายบริการ
สุขภาพที่ 9 “นครชัยบุรินทร์” 1 พฤศจิกายน 2556
10. ไม่พบเอกสารระดับเขต
11. รายงานตรวจราชการ เขต 11 รอบ 2 2556 / สรุปผลการดำเนินงาน 66 ตัวชี้วัดประจำปี
งบประมาณ 2556 เครือข่าย 11
12. http://203.157.229.33/strategy/kpi01/r_projectall_ser.php
13. สรุปมติการประชุม คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม
แผนยุทธศาสตร์ ครั้งที่ 4/2556 ในวันพฤหัสบดีที่ 3 ตุลาคม 2556 เวลา 09.30 – 14.00 น.
ณ ห้องประชุมสำนักตรวจและประเมินผล อาคาร 6 ชั้น 8 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรณีศึกษา : บริการควบคุมป้องกันเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

บริบท

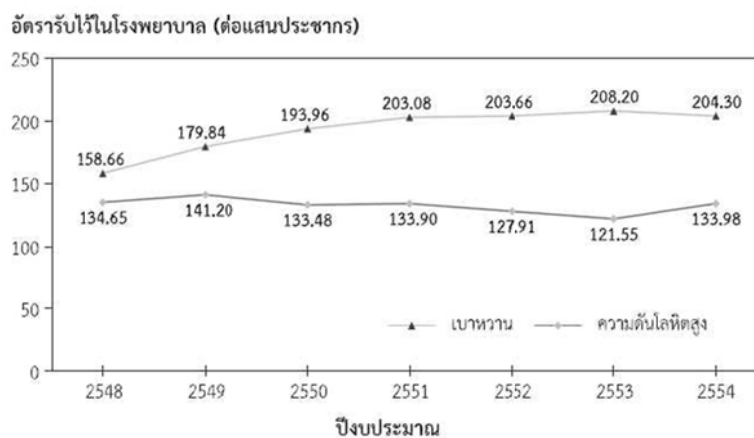
บริบทของงานดูแลการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในภาพใหญ่ก็คือบริบทเขตสุขภาพที่กล่าวมาในบทที่ 1 ส่วนที่อาจจำเพาะสำหรับบริการผู้เบาหวาน/ความดันโลหิตสูงน่าจะได้แก่ 5 ประเด็นต่อไปนี้

1. การเข้าถึงบริการคัดกรองเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลก็เพิ่มขึ้นในกลุ่มโรคเบาหวาน (รูป 1 และ 2) อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการคัดกรองยังมีความไม่เท่าเทียมเด่นชัดระหว่างเขตบริการสุขภาพ ดังรูป 3 ซึ่งน่าจะอนุมานได้ว่าการเข้าถึงบริการรักษาในโรงพยาบาลก็ไม่เท่าเทียมด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ก็ยังมีความเสี่ยงอย่างเด่นชัดในด้านความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างเขต¹⁰ และการขยายตัวอย่างต่อเนื่องของความชุกสองภาวะนี้ควบคู่กับภาวะอ้วนและไขมันในเลือดสูง¹¹



รูป 1 การเข้าถึงบริการคัดกรองเพิ่มขึ้นระหว่าง ปี 2552-2556 (http://dmht.thaimedresnet.org/files_2557/slide_dmht_ph4_01.pdf)

0 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2548-2554



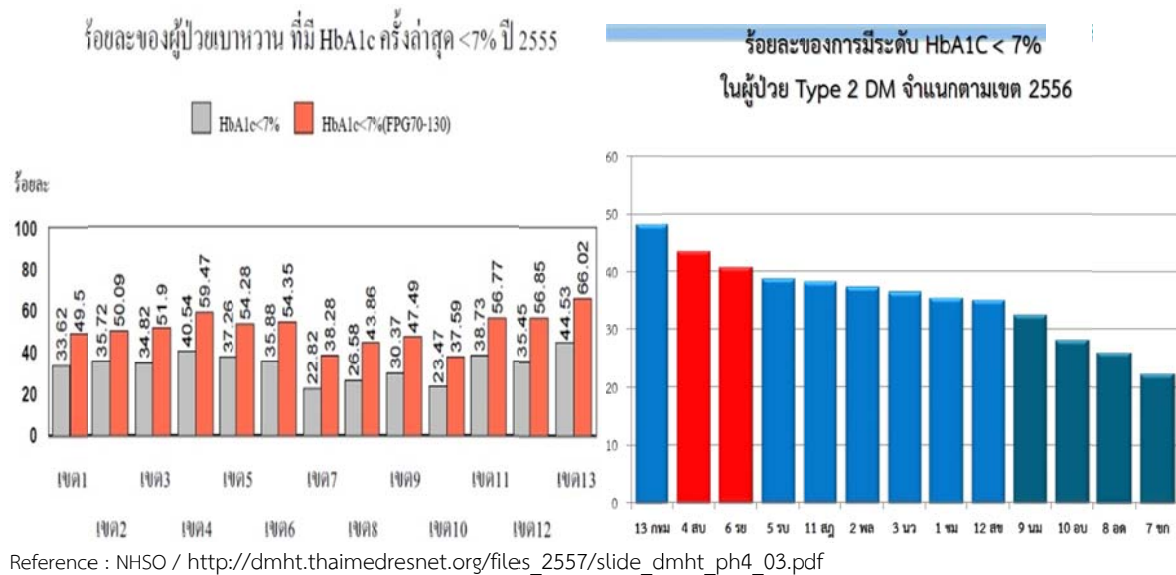
รูป 2 อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2548-2555

เขต สุขภาพ	2556			2557			96 เปอร์เซ็นต์
	ประชากรเป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	ประชากร เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	
ว	6,275,346	2,325,179	50.6	6,062,637	2,652,812	65.3	20.0
ท	2,325,763	1,281,257	55.1	2,207,729	1,335,572	60.5	9.8
ทร	1,961,659	1,338,306	68.2	1,877,560	1,630,686	76.2	11.7
ฬ	6,187,906	2,066,570	69.3	6,098,869	1,992,378	68.6	-1.4
ผ	3,990,657	2,092,209	52.4	3,881,363	2,637,769	62.8	19.8
ก	5,626,719	2,623,866	60.7	5,603,723	2,328,159	62.8	-4.3
น	3,386,056	2,167,229	60	3,306,022	2,552,656	77.2	20.6
ม	3,633,016	3,625,639	90.3	3,537,137	3,282,022	92.8	-1.6
ฉ	6,611,192	2,918,892	66.2	6,290,585	2,955,382	68.9	4.1
ด	2,976,061	1,830,153	61.5	2,901,790	1,997,278	68.8	11.9
ค	3,223,628	1,569,592	68.1	3,179,188	1,906,389	59.9	24.5
ช	3,600,637	2,060,822	60	3,351,803	1,962,526	58	-3.3

เขต สุขภาพ	2556			2557			96 เปอร์เซ็นต์
	ประชากรเป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	ประชากร เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	
ว	6,617,756	1,767,511	39.6	6,660,123	1,973,857	64.5	12.4
ท	2,633,565	1,165,022	67.1	2,611,707	1,167,501	67.6	1.1
ทร	2,073,058	1,211,665	58.6	2,066,625	1,236,768	59.8	2.4
ฬ	6,310,831	1,653,667	38.6	6,335,702	1,667,318	38.5	0.3
ผ	6,132,626	1,770,680	62.8	6,160,535	2,011,087	68.6	13.6
ก	5,525,155	2,265,801	60.6	5,663,523	2,089,163	36.9	-9.1
น	3,373,600	1,901,679	56.6	3,377,617	2,269,806	66.6	18.1
ม	3,633,566	3,028,691	83.3	3,626,739	2,783,531	76.8	-7.8
ฉ	6,500,766	2,692,682	55.6	6,698,286	2,605,152	57.9	4.5
ด	2,987,737	1,526,885	51	2,982,588	1,619,962	67.6	-6.7
ค	3,326,990	1,291,650	38.8	3,357,333	1,626,110	68.6	24.7
ช	3,511,501	1,839,717	52.6	3,562,871	1,767,611	69.3	-5.9

รูป 3 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูง (บน) และเบาหวาน (ล่าง) จำแนกตาม สปสช. เขต
ปีงบประมาณ 2556-57

- คุณภาพบริการ รูป 4 แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเข้าถึงบริการโรงพยาบาล การตรวจขึ้นพื้นฐานคือ HbA1c บ่งชี้การควบคุมเบาหวานให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์มาตรฐานได้ต่างกันระหว่างเขต ทำนองเดียวกันความแตกต่างลักษณะนี้ก็ปรากฏในบริการควบคุมความดันโลหิตสูง (รูป 5) ในภาพรวมทั้งประเทศอัตราป่วยตายจากภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตัดขาคนไข้เบาหวาน (รูป 7) มีแนวโน้มลดลง บ่งชี้คุณภาพบริการดีขึ้น มีข้อสังเกตว่า ตัวเลขการควบคุมเบาหวาน ปี 2556 ในรูป 4 ของบางเขตแตกต่างจากตัวเลขที่ผู้บริหารเขตนำเสนอในที่ประชุม 7 สิงหาคม 2557 ณ โรงแรมเซนทราศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ อย่างเด่นชัด (30% กับ 47%) นี่เป็นตัวอย่างชวนให้คิดว่า การบริหารระบบบริการด้วยตัวเลขต่างกันจะนำไปสู่ความเห็นร่วมได้ยากเพียงใด

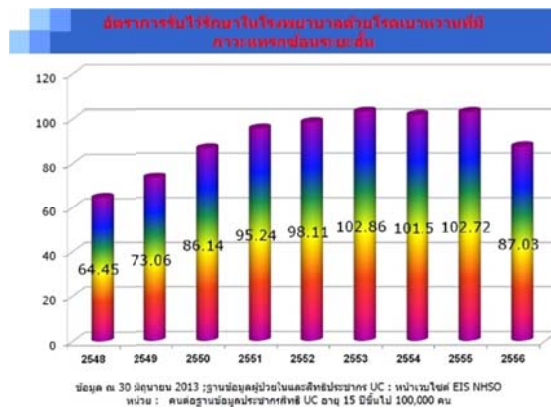


รูป 4 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ตามผล HbA1c ปี 2555-56



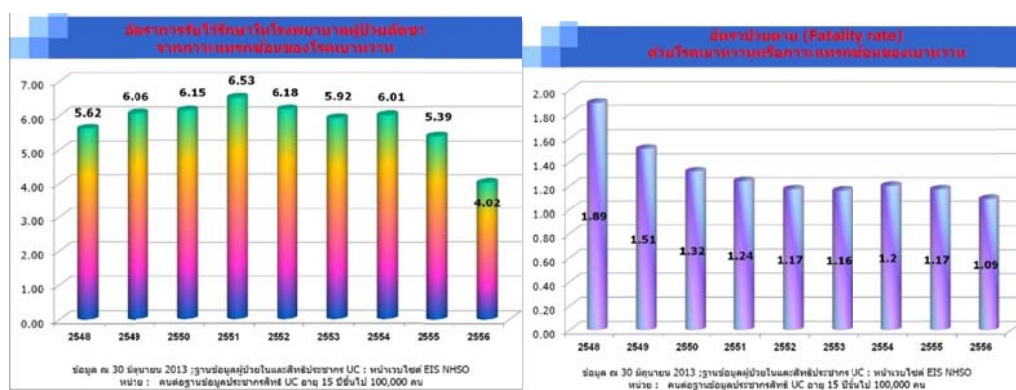
รูป 5 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ ปี 2555

- ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามขึ้นนำการพัฒนาบริการผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันมาช้านาน ด้วยการผลักดันนโยบาย เช่น สุขภาพดีวิถีไทย แผนงานควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อเบาหวานความดันหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โครงการภาคีร่วมใจคนไทยไร้พุง อย่างไรก็ตามยังไม่ปรากฏหลักฐานยืนยันว่าความพยายามดังกล่าวได้ผลจริง ในทางตรงกันข้าม ปรากฏหลักฐานว่าอาจไม่ได้ผลถึงขั้นลดภาวะแทรกซ้อน ดังแนวโน้มการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่าง 2548-2555 แล้วเริ่มลดลงในปี 2556 ดังรูป 6 อย่างไรก็ตามแนวโน้มดังกล่าวอาจสะท้อนการเข้าถึงโรงพยาบาลมากกว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพราะปรากฏแนวโน้มเช่นกันในรูป 7



รูป 6 แนวโน้มการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นระหว่าง 2548-2556

(http://dmht.thaimedresnet.org/files_2557/slide_dmht_ph4_01.pdf)



รูป 7 อัตราการตัดขา (ต่อแสนประชากร) และอัตราป่วยตายทุกร้อยรายของคนไข้เบาหวานระหว่าง

2548-2556 (http://dmht.thaimedresnet.org/files_2557/slide_dmht_ph4_01.pdf)

4. การเงินการคลัง ที่ผ่านมา สปสช. เป็นผู้ซื้อบริการหลัก โดยจัดสรรงบประมาณที่ค่อนข้างเจาะจงต่อการป้องกันควบคุมเบาหวานความดันในหมวด PP ดังสรุปเป็นตัวอย่างในรูป 8 นอกเหนือจากงบประมาณสนับสนุนบริการคนไข้นอกและคนไข้ใน ซึ่งไม่เจาะจงสองภาวะนี้ นอกจากซื้อบริการโดยตรง สปสช. ยังอุดหนุนการพัฒนาระบบสนับสนุนด้านข้อมูลเพื่อกำกับติดตามผลด้วยการสำรวจคุณภาพบริการทางคลินิก การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน และฐานข้อมูล 18 แฟ้ม (OP/PP) E-claim(IP)¹² ในทางปฏิบัติ การใช้ประโยชน์ของฐานข้อมูลเพื่อปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่องยังเป็นไปอย่างจำกัดมาก จึงต้องมีการสำรวจคุณภาพบริการทางคลินิกเป็นระยะ ทั้งนี้ข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์น่าจะมาจากข้อจำกัดด้านคุณภาพและความครบถ้วนของข้อมูล ตลอดจนสมรรถนะในการบริหารจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยปฏิบัติและหน่วยบริหารระดับจังหวัดและเขต ดังปรากฏหลักฐานในรายงานประเมินการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบฐานข้อมูลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับการวางแผนจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการบริการโรคเรื้อรังของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2556)¹³ และในรายงานการประเมินนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2554)¹⁴

P&P budgeting

	Area based	Expressed demand	vertical	community
กลุ่มเป้าหมาย	UC/NON UC เฉพาะโรค	UC CSMBS SS	UC (NON UC ?)	UC/NON UC
เม็ดเงินต่อหัว		82.43	15.47	37.50
Expense items			ยา วัสดุสิ้น เวชภัณฑ์ โมไซยา	
Actors				
ส่วนกลาง				
สปสชเขต				
สปสชจังหวัด*				
อปท.				
สถานพยาบาล				
สถานพยาบาลอื่น				

* รับผิดชอบบริหารระดับจังหวัด

กรม

รูป 8 การซื้อบริการส่งเสริมป้องกันโรค (PP) ของ สปสช. ปี 2550 จำแนกกลุ่มเป้าหมาย จำนวนเงิน ต่อหัว หมวดค่าใช้จ่ายย่อย และหน่วยบริการหรือผู้เกี่ยวข้องจัดบริการ

- กำลังคน ภายใต้นโยบายลดความแออัดในอดีตของกระทรวงสาธารณสุข การกระจายคนไข้เบาหวาน ความดันจากหน่วยบริการตติยภูมิและทุติยภูมิไปยังปฐมภูมิเป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญ บ่งชี้ว่า ที่ผ่านมารพ.สต. อันเป็นหน่วยบริการหลักชั้นปฐมภูมิถูกคาดหวังให้รองรับการดูแลคนไข้เบาหวานความดัน รายงานการประเมินนโยบาย รพ.สต. เมื่อกันยายน 2556 พบว่า ยังมีความขาดแคลนกำลังในระดับปฐมภูมิจนเป็นอุปสรรคต่อการตอบสนองนโยบายนั้น (ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2554)¹⁴ แม้ว่า รายงานชิ้นนี้ระบุว่ามีความพยายามแก้ปัญหากำลังคน โดยกระทรวงสาธารณสุขประสานสำนักงาน คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) เพื่อขออัตรากำลังเพิ่มเติม ประสานกับวิทยาลัยพยาบาล เพื่อเพิ่มการผลิต/การอบรม พัฒนาศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัว 18 เขต เพื่อพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทำแผนขยายอัตรากำลังคน และนำแผนสู่การปฏิบัติในระดับหนึ่ง

เมื่อพิจารณาทั้ง 5 ประการข้างต้นจะเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในอดีต การประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ จึงต้องคำนึงถึงบริบทและสถานการณ์ที่กล่าวมา เพื่อให้ เกิดความชัดเจนว่า นโยบายเขตบริการสุขภาพมีผลหรือไม่ต่อการพัฒนาบริการผู้เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

การเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมสืบเนื่องจากนโยบายเขตบริการสุขภาพ ในด้านการพัฒนาบริการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทั้ง 13 เขต แตกต่างกันขึ้นการวางแผนปฏิบัติการ และผลผลิต ดังสรุปไว้ในตาราง 1 ซึ่ง จะเห็นได้ว่า เขตส่วนใหญ่มีแผนปฏิบัติการ ส่วนผลผลิตมีหลักฐานปรากฏเป็นตัวเลขโดยมีรายละเอียด

แตกต่างกัน ในส่วนใหญ่ของเขตทั้งหมด และตัวเลขผลผลิตส่วนใหญ่ไม่ชัดเจนว่า ผ่านเกณฑ์ชีวิตของกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่

หลังดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพได้หนึ่งปี กระทรวงสาธารณสุข พยายามผลักดัน service plan ซึ่งเน้นบริการเฉพาะโรคให้เชื่อมโยงกับบริการปฐมภูมิ หรือระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) เนื่องจากปรากฏตัวอย่างหลายอำเภอที่เข้มแข็งในด้านการควบคุมเบาหวานความดัน การฟื้นฟูผู้พิการ และการรักษาปัญหาสุขภาพจิต โดยการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลใหญ่

“ไม่ว่าจะเป็นจิตเวช ท้นตะ NCD พวกเนี่ยพอตีความว่ามันคืองานปฐมภูมิ ซึ่งมันต้องเน้นในแง่ของ cut rate (ลดภาวะแทรกซ้อน) เพราะฉะนั้นมัน (service plan) ต้อง cover ลงไปจนถึงระดับที่ทางกระทรวงสาธารณสุขก็จะแบ่งเป็นระดับ level นะครับก็คงจะหลายๆ สาขาเนี่ยโดย standard เนี่ยต้องลงถึงระดับ F3 อยู่แล้วนะครับ แล้วก็หลายๆ สาขาควรจะไปได้ถึงระดับ primary”

ซีเอสโอ เขต ฝ

“โดยธรรมชาติถ้า Hemoglobin A1C เนี่ยที่เป็นอันที่เรียกว่า well control หรือว่าผู้รักษา รู้สึกว่าปล่อยได้ คือหมายถึงว่ามีความพอใจพอสมควรเนี่ย เราก็ควรจะเกลี้ยได้เป็นบางส่วนแหละ 40% เนี่ยมันควรจะอยู่แถว primary อันนี้พูดมานาน”

ซีเอสโอ เขต ฝ

ตรงกันข้าม ในระดับผลลัพธ์ไม่ปรากฏว่ามีเขตใดรายงานตัวเลขในลักษณะที่นักวิจัยสามารถเข้าถึงได้ การสัมภาษณ์ผู้บริหารพบว่า ผลกระทบที่ไม่คาดหมายสืบเนื่องจากการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพคือความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกและถูกเรียกเข้าประชุมวางแผน/ติดตามแผน ว่าอาจบันทึกเวลาทำงานทางคลินิก

ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับผลผลิตและผลลัพธ์เป็นตัวอย่างบ่งชี้ชัดจำกัดในการใช้ประโยชน์จากระบบสารสนเทศของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งๆ ที่หน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขต้องรายงานผลดำเนินงาน บริการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงคนไข้ให้ สปสช. และรายงานผลดำเนินงานบริการนำส่งผู้บาดเจ็บให้ สพฉ. ตามระบบเบิกจ่ายค่าดำเนินการของ สปสช. และ สพฉ. ในทางตรงกันข้ามสองหน่วยงานนั้นกลับมีผลวิเคราะห์สารสนเทศดังปรากฏตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้นในหัวข้อบริบท

ตาราง 1 ผลวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาบริการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
เปรียบเทียบ 13 เขต (เอกสารอ้างอิงอยู่ในภาคผนวก ; NA:ประเมินไม่ได้)

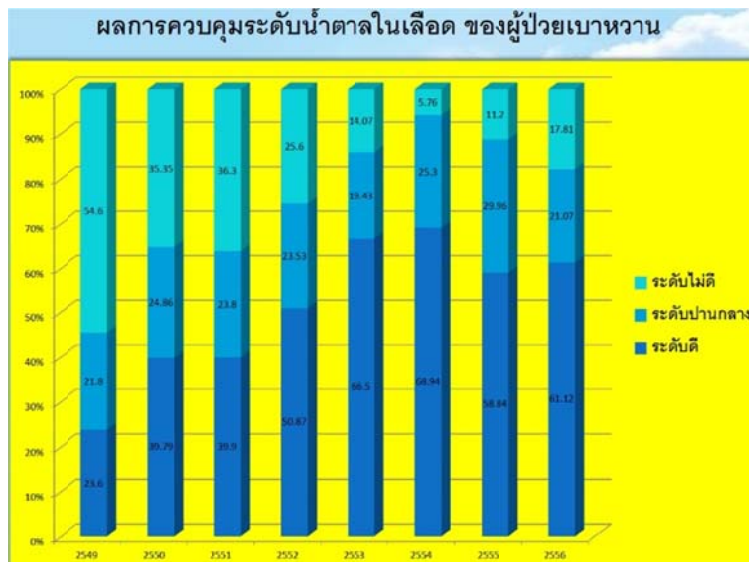
เขตบริการสุขภาพ	แผนปฏิบัติการ	ผลผลิต		ผลลัพธ์		สิ่งที่ไม่คาดหมาย
	เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	ก้าวหน้า	ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงฯ	ก้าวหน้า	ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงฯ	
ว	ชัดเจน	คืบหน้า/ถดถอย	ผ่าน	NA	NA	การประชุมถึงเฝ้าระวังกระทบเวลาทำงานทางคลินิก
ท	ชัดเจน	คืบหน้า	ผ่าน	NA	NA	
ทร	NA	NA	NA	NA	NA	
ฟ	ชัดเจน	คืบหน้า	ไม่ผ่าน	NA	NA	
ฝ	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	การประชุมถึงเฝ้าระวังกระทบเวลาทำงานทางคลินิก
ล	NA	NA	NA	NA	NA	
น	ชัดเจน	คืบหน้า	ผ่านส่วนน้อย	NA	NA	การประชุมถึงเฝ้าระวังกระทบเวลาทำงานทางคลินิก
ม	ชัดเจน	คืบหน้า	ผ่าน	NA	NA	การประชุมถึงเฝ้าระวังกระทบเวลาทำงานทางคลินิก
จ	NA	NA	ผ่าน	NA	ผ่าน	ประเมินผลผลิตและผลลัพธ์จากการนำเสนอเมื่อ 7 สค 2557 ที่โรงแรมเซนทรา แจ้งวัฒนะ
อ	NA	NA	NA	NA	NA	
ศ	ชัดเจน	คืบหน้า	NA	NA	NA	
ช	ชัดเจน	คืบหน้า 39%	NA	NA	NA	
ต	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	

แม้ในภาพใหญ่ ไม่เห็นหลักฐานบ่งชี้ผลลัพธ์ แต่ในภาพย่อย มีตัวอย่างอำเภอที่สามารถแสดงผลลัพธ์ได้ชัดเจน ในการควบคุมโรคเบาหวาน เช่น โรงพยาบาลครบุรี จ.นครราชสีมา ดังรูป 9¹⁵ โรงพยาบาลมวกเหล็ก จ.สระบุรี¹⁶ ทั้งสองตัวอย่างนี้เป็นพัฒนาการที่ดำเนินต่อเนื่องมากกว่า 5 ปีย้อนหลัง จากปี 2556 กรณีโรงพยาบาลครบุรี การพัฒนาตั้งต้นจากการเรียนรู้รูปแบบและแนวคิดของโรงพยาบาลเทพธารินทร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการปรับพฤติกรรมซึ่งเป็นจุดอ่อนในระบบบริการโรคเรื้อรัง แล้วต่อยอดด้วยการออกแบบกิจกรรมระดับครัวเรือน พร้อมการติดตามสนับสนุนจากทีมงานของโรงพยาบาลครบุรี นี่คือนวัตกรรมความร่วมมือภาครัฐและเอกชน อันส่งผลดีต่อประชาชน

“ปัญหาที่สองก็คือกระบวนการจัดการ ...เราไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเขาได้ เพราะถ้า มองว่าตรงนี้เป็นโรคของพฤติกรรมมารากินการอยู่การออกกำลังกายเนี่ยแหละ เราไม่สามารถ ที่จะเปลี่ยนเขาให้อยู่คงสถานะนั้นหรือว่าต่ำลงมา (ระดับความเสี่ยง)”

ชีเอสโอเขต ฝ

ทำนองเดียวกับภาพใหญ่ของระบบบริการ การสนับสนุนทางการเงินในสองกรณีนี้ก็ค่อนข้างชัดเจนว่าอาศัยเงินของ สปสช. ที่ส่งตรงมายังโรงพยาบาลชุมชนในฐานะ contracting unit of primary care และโดยอ้อมผ่านกองทุนสุขภาพตำบล



รูป 9 ตัวอย่างอำเภอที่สามารถแสดงผลลัพธ์ได้ชัดเจนในการควบคุมโรคเบาหวาน โรงพยาบาลครบุรี จ.นครราชสีมา

โอกาสพัฒนาการวางแผนและดำเนินแผนบริการผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ความท้าทายของการจัดบริการเบาหวานความดัน คือ การร้อยเรียงองค์ประกอบแห่งความสำเร็จมากมายให้สอดคล้องเป็นเอกภาพกัน ที่ผ่านมา สปสช. ได้ให้การอุดหนุนการฝึกอบรม system manager/case manager เพื่อทำหน้าที่ร้อยเรียง แล้วหวังว่าจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการ

“แล้วต้องมีผู้จัดการคุณภาพภายในคลินิกซึ่งผ่านการอบรม ซึ่งเขาก็จะรู้ทั้งในแง่ของเชิงรายละเอียดว่าผู้ป่วยอย่างเบาหวานเนี่ยสิ่งที่เป็นมาตรฐานของการรักษาคืออะไร แล้วระยะไหนที่ควรจะได้มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้าอะไรอย่างเนี่ยครับ แล้วก็ให้เขาไปผลักดันที่จะดึงความร่วมมือจากทุกส่วน”

ซีเอสโอเขต ๘

ในทางปฏิบัติ รูปแบบของอำเภอครบุรีและอำเภอมวกเหล็ก สอดคล้องกับหลักการร้อยเรียงนี้โดยมีความชัดเจนว่าความร่วมมือของคนไข้และครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งแห่งความสำเร็จ แต่น่าเสียดายว่า ณ ปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์ในภาพกว้างยังไม่กระจ่างในประเด็นการมีส่วนร่วมเช่นนี้ รวมทั้งความชัดเจนของ service plan ในแง่นี้ด้วย

สรุปและเสนอแนะ

1. การดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพด้านบริการเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ด้านหนึ่งนำไปสู่ service plan ในทุกเขตด้วยขอบเขตเชิงเนื้อหาและพื้นที่เป้าหมายต่างกัน เนื้อหาของเขต ฝ¹⁷ อาจเป็นตัวอย่างในแง่ความครอบคลุมชัดเจนตั้งแต่เป้าหมาย มาตรการ ระบบสนับสนุน และการระดมการมีส่วนร่วมจากชุมชน และ อปท. (เพื่อสนับสนุนสถานที่และบุคลากร)
2. ความก้าวหน้าในการนำแผนสู่การปฏิบัติ ปรากฏความคืบหน้าโดยส่วนใหญ่ของเขต โดยน่าจะเป็นผลสืบเนื่องมาตั้งแต่ก่อนมีนโยบายเขตบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ชัดจำกัดในการใช้ประโยชน์ของระบบสารสนเทศและตัวระบบสารสนเทศเองเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการออกแบบและพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องจัดการสองเรื่องนี้ให้จริงจังโดยพิจารณาการลงทุนพัฒนา software รองรับ การตัดสินใจทางคลินิกและการติดตามระดับนโยบายไปพร้อมๆ กัน โดยส่วนกลางตามหลัก economy of scale
3. ความท้าทายเชิงป้องกัน (primary prevention) การเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงยังคงดำรงอยู่ เมื่อพิจารณาจากการขยายตัวอย่างต่อเนื่องของความชุกสองภาวะนี้ควบคู่กับภาวะอ้วนและไขมันในเลือดสูง แสดงว่าการคัดกรองโรคและให้การรักษาที่เป็นอยู่ไม่เพียงพอแก่การหยุดยั้งการขยายตัวของปัญหา บ่งชี้ความต้องการยกระดับขีดความสามารถในการทำงานป้องกันข้ามกระทรวง เพื่อจัดการ social determinant of health¹⁸
4. ยังมีความเหลื่อมล้ำอย่างเด่นชัดในด้านความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด การเข้าถึงบริการคัดกรองระหว่างเขต ประเด็นนี้ ควรได้รับการเน้นให้เด่นชัดในกระบวนการและเนื้อหาของ service plan ในขณะเดียวกัน แผนการลงทุนในอนาคตของกระทรวงสาธารณสุข และแนวทางซื้อบริการของ สปสช. และ สพฉ. ก็ควรให้น้ำหนักกับการลดความเหลื่อมล้ำให้เด่นชัดยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง สำหรับกรณีศึกษา บริการผู้บาดเจ็บ/ห้องฉุกเฉิน/บริการกู้ชีพ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

1. เพ็ญศิริ เลอมานูวรัตน์ แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพปี 2557 เขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 9 “นครชัยบุรินทร์” 1 พฤศจิกายน 2556
2. คำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 3348/2555 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ (service achievement plan) ของเครือข่ายบริการที่ 12 ลงนามโดย สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ผู้ตรวจราชการกระทรวง ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 21 ธันวาคม 2555
3. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 5 ประจำปี 2557, มกราคม 2557
4. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ รายงานโครงการประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 9 กรกฎาคม 2556

5. ชมรมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย : Society Of Thai Emergency Physician ผนวก 1 แผนการสนับสนุนของ สปสช.ต่อการพัฒนาระบบบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2553 Available from :<http://www.sothep.com/taxonomy/term/15>
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริหารจัดการงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (กลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง) Available from :[http://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/การบริหารจัดการงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน \(กลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง\).pdf](http://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/การบริหารจัดการงบส่งเสริมการจัดบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (กลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง).pdf) กรกฎาคม 2556
7. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ สังเคราะห์นโยบายสาธารณะ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มค.-มีค. 2552
8. นายแพทย์วีระศักดิ์ อนุตรอังกูร รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ความเชื่อมโยง... จุดอ่อนกับเป้าหมาย! ระบบบริการเขตสุขภาพ (Service Plan) http://phdb.moph.go.th/ewtadmin/ewt/hss_webserv/ewt_dl_link.php?nid=2177&filename=index_6
9. Piyapong Jiwattanakulpaisarn, Kunnawee Kanitpong, Sattrawut Ponboon et al. Does law enforcement awareness affect motorcycle helmet use? Evidence from urban cities in Thailand. Global Health Promotion 09/2013; 20(3):14-24
10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผลวิเคราะห์ข้อมูลคัดกรองความเสี่ยง สำนักบริหารสารสนเทศ การประกัน พศจิกายน 2554
11. Panrasri Khonputsa Predicting future cardiovascular risks in the Thai population The Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness Project
12. วิชัย เอกพลากร การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 http://www.thaiheart.org/images/column_1387023976/NHES5_EGATMeeting13Dec13.pdf
13. กฤษ ลิ้มทองอิน ผู้จัดการกองทุนอาวุโส ระบบข้อมูลและการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
14. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ รายงานประเมินการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบฐานข้อมูลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการวางแผนจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการบริการโรคเรื้อรังของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร มุขนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กันยายน 2556
15. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มุขนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, กรกฎาคม 2554
16. สกาวเดือน นำแสงกุล เบาหวานอำเภอบรรณบุรี http://www.aihd.mahidol.ac.th/sites/default/files/images/new/chn/stage_develop_chs/stage7/02doc03_07.pdf

17. ศิรดา ภูริวัฒนพงศ์ บูรณาการเบาหวานด้วยกันไปทั้งอำเภอ จากเบาหวานสู่การขยายผล คลังข้อมูล และความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข <http://kb.hsri.or.th/dspace/เปิดอ่านเมื่อพฤษภาคม 2557>
18. เขตบริการสุขภาพที่ 5 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 5 สาขาบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและสุขภาพองค์รวม <http://region5.pbpro.moph.go.th/ServicePlan.html> อ่าน พฤษภาคม 2557
19. Kimmo Leppo, Eeva Ollila, Sebastián Peña, et al. Eds. Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies. European Observatory.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf

กรณีศึกษา : การติดเชื้อ HIV/Aids ของกลุ่มวัยทำงาน

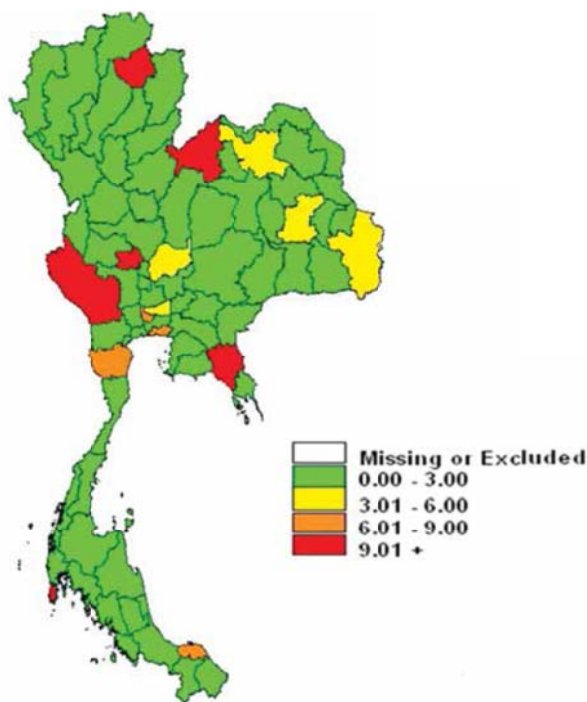
บริบท

การระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่รายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 จนถึงปัจจุบันเป็นเวลานานเกือบ 30 ปี การระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีเริ่มต้นจากกลุ่มผู้ขายยา ด้วยวิธีการฉีดยา และแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วจนกระทั่งปัจจุบัน และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในกลุ่มประชากรหลายกลุ่ม (ดังแสดงในตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนผู้ติดเชื้อกลุ่มต่างๆ ของประเทศไทย ปี 2548 และปี 2555

ข้อมูลประเทศไทย	ปี 2548	ปี 2555
จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่	580,000	495,000
จำนวนผู้หญิงอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่	220,000	194,000
จำนวนเด็กอายุ <15 ปีที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่	19,000	13,000
0 - 4 ปี	4,700	1,900
5 - 9 ปี	10,200	3,600
10 - 15 ปี	4,100	7,500
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (อายุ 15-49 ปี)	16,400	10,020
จำนวนเด็กอายุ 0-15 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่	800	350
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 15-49 ปีเสียชีวิต	18,200	24,100
จำนวนเด็กติดเชื้อเอชไอวีอายุ 0-15 ปีเสียชีวิต	1,190	440
จำนวนเด็กอายุ 0-15 ปีที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์รวมเด็กกำพร้าและเด็กอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	247,000	258,000

แหล่งที่มา : 2011 Global AIDS Report และ AEM“Asian Epidemic Model (AEM)”



รูปที่ 1 อัตราป่วยโรคเอดส์ (ต่อประชากรแสนคน) ปี พ.ศ. 2555

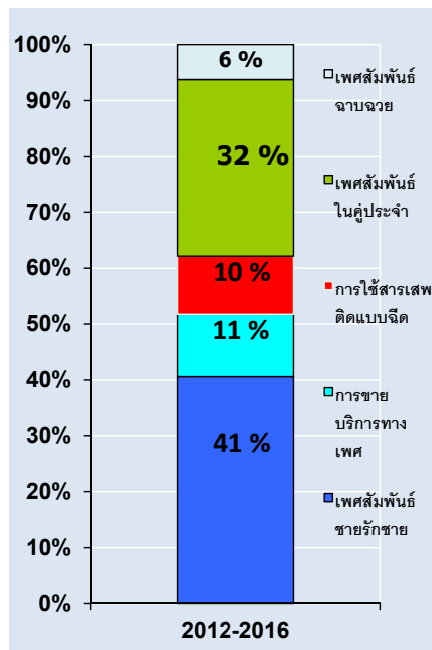
จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทยโดยใช้ AEM คาดว่าในปี พ.ศ. 2556 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 8,959 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 447,640 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสมตั้งแต่ปี พ.ศ.2528 - 2556 ประมาณ 1,166,549 คน นอกจากนี้ คาดว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ประมาณ 25,606 ราย ผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์สะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 - 2556 ประมาณ 721,511 ราย โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มผู้ใหญ่อายุส่วนใหญ่ได้รับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี สูงสุดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 3,510 คน รองลงมาพบในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อจากคู่นอน และในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดจำนวน 2,094 คน และ 904 คน (คิดเป็นร้อยละ 39.17, 23.37 และ 10.09 ตามลำดับ)

ประเทศไทยมีพัฒนาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ใน 3 ช่วงเวลาด้วยกัน ได้แก่ ระยะที่ 1 ก่อนปี พ.ศ. 2545 เน้นการรักษาอาการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวี และการพัฒนา เครือข่ายการให้บริการระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2545 - 2555 มีการขยายโอกาสเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอชไอวี และการให้บริการรักษาเข้าสู่ระบบปกติ และระยะที่ 3 พ.ศ.2556 - ปัจจุบัน การดำเนินการเพื่อบรรลุ เป้าหมาย Getting to Zero New HIV Infection ตอบสนองโครงการ ASEAN Cities Getting to Zero Project

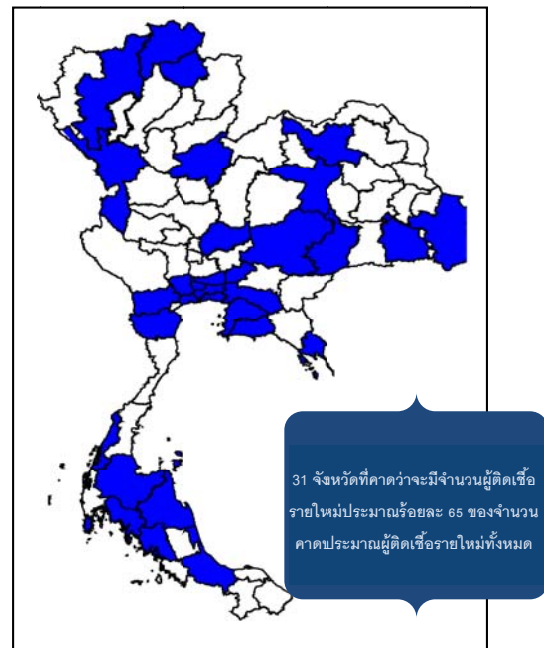
ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 แม้ว่าจะชะลอการ ระบาดที่เป็นไปอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษแรกแต่ในช่วงเวลาต่อมายังพบการระบาดอย่างต่อเนื่องและมี แนวโน้มที่น่าเป็นห่วงในกลุ่มประชากรหลัก (วัยแรงงาน) ได้แก่ พนักงานบริการหญิงชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ ชายรวมพนักงานบริการชายและสาวประเภทสอง รวมถึงกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีการฉีดและคู่อุปถัมภ์ของประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งเรียกกุ่มนี้ว่า ผู้ได้รับผลกระทบ (Key Affected Populations : KAPs) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ และดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงมีความสำคัญไม่น้อยกว่ากัน

การป้องกันและดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย : การเปลี่ยนแปลง และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. จากบันทึกรายงานโรค (รง. 506) ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยเอดส์มีอายุ 15-45 ปี (สำนักกระบาดวิทยา, 2555) สะท้อนถึงการติดเชื้อเอชไอวียังคงเกิดขึ้นวัยแรงงาน และยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่อยู่ในวัยแรงงานในปี 2555 ถึง 10,020 คน และสามารถคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555-2559 ซึ่งความชุกของการระบาดของ การติดเชื้อในทุกพื้นที่ของประเทศไทยในกลุ่มนี้มีจำนวนและกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน



รูป 2 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุ 15-49 ปี



รูป 3 จังหวัดที่คาดว่าจะมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่

2. ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุ 15-49 ปีของประเทศไทย ซึ่งเป็นวัยแรงงานมีถึง 600,000 คน หรือคิดเป็นความชุกในกลุ่มอายุ 15-49 ปีของประเทศไทยเท่ากับ 0.7% (เท่ากับความชุกในกลุ่มอายุ 15-49 ปีของประเทศกัมพูชาและพม่า) ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศในอาเซียนโดยเฉลี่ย (ดูตาราง 2) ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคบางคนกังวลว่าข้อเท็จจริงนี้สะท้อนสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของประเทศไทยที่มีจำนวนมากกว่าประเทศเพื่อนบ้านในอาเซียน ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาทำงานในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่มาจากประเทศกัมพูชาและพม่า (ข้อมูลสัมภาษณ์จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค) ดังสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ในอาเซียน

ตาราง 2 สถิติจำนวนผู้ติดเชื้อเปรียบเทียบกับของประเทศต่างๆ ในอาเซียน

ประเทศ	จำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด	อายุ15-49ปี ที่ติดเชื้อHIV	ความชุกในกลุ่ม อายุ15-49ปี*	ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน ผู้เสียชีวิต
บรูไน	n/a	n/a	<0.1 %	n/a	n/a
กัมพูชา	75,000	70,000	0.7 %	20,000	6,900
อินโดนีเซีย	270,000	270,000	0.2 %	54,000	8,700
สปป.ลาว	5,500	5,400	0.2 %	1,300	< 100
มาเลเซีย	80,000	79,000	0.5 %	21,000	3,900
พม่า	240,000	240,000	0.7 %	100,000	25,000
ฟิลิปปินส์	8,300	8,200	< 0.1 %	2,200	< 200
สิงคโปร์	4,200	4,100	< 0.1 %	1,200	< 200
ไทย	610,000	600,000	0.7 %	250,000	30,000
เวียดนาม	290,000	280,000	0.4 %	76,000	24,000
รวม	1,583,000	1,556,700	0.27 %	525,700	99,000

3. การให้บริการตรวจคัดกรองและบริการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยไม่น่าจะครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เนื่องจากธรรมชาติของโรคเอดส์เองที่ผู้ป่วยยังถูกตีตรา นำไปสู่พฤติกรรมอำพรางตัว จึงทำให้น่าจะมีผู้ที่ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่อีกเป็นจำนวนมาก และยังมีผู้ไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจเลือดคัดกรองและเข้ารับการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ สามารถสรุปปัญหาสำคัญได้ดังนี้

- 3.1 ปัญหาการตรวจเลือดในกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ต้องการรับบริการปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ไม่ต้องขอความเห็นชอบจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง
- 3.2 ปัญหาการตรวจเลือดคัดกรองในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาลงทะเบียนทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องตามกฎหมายได้ไม่ครอบคลุม แม้ว่าการคัดกรองได้รับสนับสนุนจากโครงการฟามิตร (PHAMIT) ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนเอดส์โลกฯ ดังจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2554 มีเพียง 4,000 คน (ถ้าใช้ตัวเลข 0.7 คำนวณจำนวนกลุ่มเสี่ยงคูณกับจำนวนแรงงานอพยพจากสองประเทศนี้ จะชัดเจนขึ้นว่า 4,000 คน เป็นตัวเลขที่ต่ำเพียงใด) เมื่อเป็นเช่นนี้ ย่อมมีจำนวนผู้ติดเชื้อโดยไม่รู้ตัวหรือไม่เปิดเผยอีกไม่น้อย อันเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีอย่างซ่อนเร้น จนน่าวิตก

3.3 ปัญหาแรงงานบางกลุ่มทำงานในลักษณะเคลื่อนย้ายบ่อย ทำให้เมื่อตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีอาจไม่ได้รับยาต้านไวรัสต่อเนื่องเพียงพอจึงยากต่อการควบคุมโรค หรือเกิดการดื้อยาต้านไวรัสขึ้นได้ สำหรับปัญหาของแรงงานข้ามชาติตามแนวชายแดนในจังหวัดภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดระนองและสงขลา คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นแรงงานพม่ารับจ้างทำประมง เมื่อเรือเข้าฝั่งส่วนใหญ่มักเที่ยวหญิงบริการทางเพศ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้ง่าย แม้มีความพยายามการรณรงค์เน้นการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มผู้หญิงขายบริการโดยศูนย์วิชาการ กรมควบคุมโรค ซึ่งผู้รับผิดชอบเห็นว่าหลังจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ งบประมาณของการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคของศูนย์วิชาการลดลง จึงมุ่งเน้นบทบาทด้านการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการ ความเห็นเช่นนี้บ่งชี้ความสับสนระหว่างบทบาทปฏิบัติการและบทบาทวิชาการของหน่วยงานควบคุมโรค จนอาจทำให้การกระตุ้น/โน้มน้าวหน่วยงานปฏิบัติ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ทำหน้าที่เป็นไปได้น้อยกว่าที่ควร ที่กล่าวมานี้เป็นสถานการณ์ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบในจังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดพะเยาและเชียงราย ซึ่งมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมาก

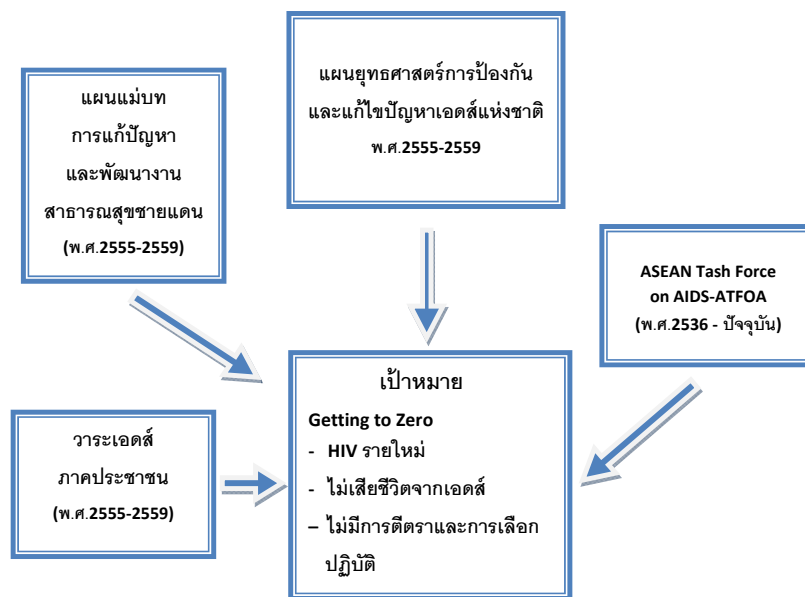
4. สำหรับคนไทยผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ การให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ได้มีการพัฒนามายาวนานและเป็นระบบ โดยการบริการ ณ ปัจจุบันได้รับการบูรณาการกับระบบการให้บริการปกติของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้ารับบริการการตรวจเลือดหา Viral Load การตรวจระดับ CD4 และการได้รับยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป โดยมีการจัดบริการเป็นคลินิกนิรนาม (ตรวจเฉพาะผู้ป่วยเอชไอวีเท่านั้น) และคลินิกทั่วไป (ตรวจรวมกับผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อลดการตีตรา กรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการเปิดเผยตัว) นอกจากนั้นบางจังหวัดยังได้ให้ผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลชุมชนได้ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทางและความสะดวกของผู้ป่วย อีกทั้งการเข้ารับบริการของผู้ป่วยยังยืดหยุ่นที่จะให้เข้ารับบริการสถานพยาบาลที่ไหนก็ได้ เพียงแต่แสดงเลขประจำตัว 13 หลัก (เพื่อใช้สิทธิในการเบิกยาต้านไวรัส ตรวจเลือดหา Viral Load และ CD4) ทั้งนี้อยู่ภายใต้ความร่วมมือในการดำเนินงานของภาครัฐ ภาคองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ และภาคประชาชน ตลอดจนความร่วมมือระดับภูมิภาค โดยแต่ละภาคส่วนมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างชัดเจน น่าจะเป็นจุดแข็งอย่างมากที่ทำให้การให้บริการโรคเอดส์ ด้านการป้องกันและการรักษาพยาบาลค่อนข้างมีความมั่นคงไม่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสของนโยบายต่างๆ ที่ผ่านมา รวมทั้งเขตสุขภาพและ service plan

“...เรื่องเอดส์ไม่เกี่ยวข้องกับเขตสุขภาพ และ service plan หรือ งานเอดส์ลงตัวหมดทุกอย่าง ไม่มีปัญหา ทั้งเรื่องงาน และงบประมาณ...ไม่กระทบกับงานเอดส์แน่นอน ตอนนี้มีแต่ทำงานไม่ทัน เงินมาเยอะเกินกำลังด้วยซ้ำ แต่ที่นี้งานเอดส์ทำงานเข้มข้น เครือข่ายภาคีก็ดี...”

นพ.สสจ.เขต ท

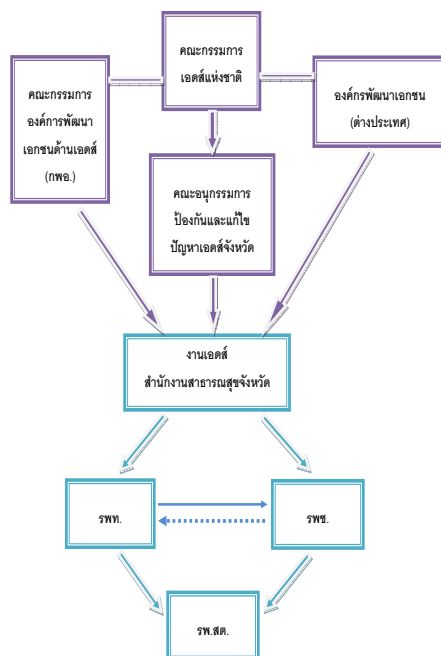
อาจกล่าวได้ว่าการดำเนินงานของงานเอดส์ในระดับพื้นที่ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง ภายหลังจากดำเนินการตามนโยบายเขตสุขภาพ และ service plan เนื่องจากโรคเอดส์ไม่ได้อยู่ใน 10 สาขาที่ถูกกำหนดให้จัดทำ service plan ในระดับเขตและระดับจังหวัด

5. การดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มียุทธศาสตร์รองรับทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค (อาเซียน) และภาคประชาชน ตลอดจนมีแผนการแก้ปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขแนวชายแดน เพื่อบรรลุเป้าหมาย Getting to Zero ประเทศไทยได้ดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกันในการประชุมสุดยอดอาเซียน เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2554 ณ เมืองบาหลี สาธารณรัฐอินโดนีเซียได้มีการรับรองแผนงานเรื่องโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ระยะที่ 4 (Fourth ASEAN Work Programme on HIV and AIDS 2011-2015 – AWP IV) ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาสุขภาพ ค.ศ. 2011-2015 (ASEAN Strategic Framework on Health Development, 2010-2015) ที่กำหนดไว้ใน ASEAN Socio-Cultural Blueprint (2009-2015) พร้อมกับการประกาศปฏิญญาข้อผูกพันอาเซียนว่าด้วยการสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ : ไม่ให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเลือกปฏิบัติ และหยุดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และต่อมาในการประชุมคณะทำงานเรื่องโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ครั้งที่ 19 ณ เมืองบันดุง สาธารณรัฐอินโดนีเซีย ระหว่างวันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2554 ได้มีการนำเสนอแนวคิดการร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกในการบรรลุสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ตามยุทธศาสตร์ของโครงการ โรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และปฏิญญาข้อผูกพันอาเซียนว่าด้วยการสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ : ไม่ให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเลือกปฏิบัติ และหยุดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ (ดังแสดงในรูป 4)



รูป 4 ยุทธศาสตร์ของโครงการโรคเอดส์ของประเทศไทย

สำหรับองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ของประเทศไทย จะดำเนินการเชื่อมโยงจากนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติได้ชัดเจน (ดังแสดงในรูป 5)



รูป 5 การเชื่อมโยงจากนโยบาย/แผนยุทธศาสตร์โรคเอดส์สู่การปฏิบัติ

ข้อสังเกตในเรื่องนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ มีดังนี้

- 1) ไม่มีตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งระดับเขต และระดับจังหวัด ทำให้โอกาสค่อนข้างน้อยที่วิสัยทัศน์จะนำไปสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติ) การไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์น่าจะเป็นจุดอ่อนสำคัญที่ทำให้การดำเนินการไม่เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...การทำงานเอดส์ตอนนี้ไม่มีตัวชี้วัดที่กำกับการทำงาน ไม่ได้รับการติดตาม แม้แต่ในเวทีตรวจราชการเขาจะเน้นไป ใน 10 สาขาโน่น ไม่มีตัวชี้วัดมาวัดงานเราด้วยครับ”

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

“...แต่เราก็ไม่อยากจะให้มีตัวชี้วัดในงานเรานะ บางทีมันก็เหนื่อย ปกติก็เหนื่อยอยู่แล้ว ถ้าให้เลือกได้ไม่มีดีกว่า...”

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

- 2) แม้ว่าสถานการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีจะมีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์ในพื้นที่พบว่า การทำงานที่ได้แบบเดิมในปัจจุบันนี้ เพราะเป็นหัวใจของคนทำงานด้านเอดส์ที่ทำงานภายใต้สถานการณ์ที่มีปัญหาด้านกำลังคน และขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคทั้งด้านการรักษาและการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นหากไม่มีแผนงานกำกับชัดเจน โอกาสที่จะเห็นผลสำเร็จของงานก็จะลดลง เนื่องจากบางพื้นที่ยอมรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้การเข้าถึงผู้ป่วยง่ายและสะดวก แต่บางพื้นที่ยังพบการตีตราผู้ป่วยเกิดขึ้น แม้แต่การให้บริการ ประกอบกับกลุ่มเสี่ยงในปัจจุบันเข้าถึงได้ยาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“...กลุ่มชายรักชาย หรือกลุ่มเสี่ยงสาวประเภทสอง แต่ละคนเขามีลักษณะแบบแผนชีวิตที่เฉพาะตัวของพวกเขา เราเข้าถึงเขาลำบาก บางทีไม่รู้เขาจะตื่นกี่โมง ทำงานอะไร โดยเฉพาะการเข้าไปสำรวจให้ได้จำนวนที่ชัดเจนเป็นไปได้ยากมาก เพราะกลุ่มนี้อาจรวมอยู่ทั้งในวัยเรียนและวัยทำงาน บางครั้งโดยส่วนตัวเราก็ไม่รู้จักด้วยในบางกลุ่ม แต่กลุ่มเขาตัวเองจะรู้กันว่าใครเป็นใครไม่เป็น โดยเฉพาะที่เขาเรียกตัวเองว่า “ตัวแม่” นั้นแหละจะรู้ดี สำหรับกลุ่มแรงงานต่างด้าว แม้ขณะนี้เราจะรู้ว่ามีที่อยู่ที่ทำงานอยู่กับนายจ้างโรงงานไหน แต่เราเข้าถึงลำบากเพราะเรื่องการสื่อสาร เคยเข้าไป พยายามสื่อสารใช้สัญลักษณ์ เอาแกนนำไปด้วย พออธิบายเขา นึกว่าเขาจะรู้เรื่องแต่ประเมินแล้วไม่รู้เรื่องเลยที่เราคุยไป...”

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

6. รูปแบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ของสถานพยาบาล มีข้อสังเกตดังนี้

- 1) จังหวัดที่มีความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูง มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาเรื่องนี้มานาน และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนต่างประเทศค่อนข้างมากตั้งแต่มีการระบาดในประเทศไทย เช่น จังหวัดพะเยา จังหวัดเชียงราย และจังหวัดนครสวรรค์ สถานพยาบาลทุกระดับจะมีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการอบรมให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลรักษาผู้ป่วย) และมีระบบการทำงานเป็นเครือข่ายกันอย่างดี โดยที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เอง สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการก็ส่งไปตรวจที่โรงพยาบาลทั่วไป กรณีที่มีปัญหาการดื้อยา หรือผู้ป่วยมีโรคฉวยโอกาสนี้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปด้วยเช่นกัน ทำให้ลดภาระงานของโรงพยาบาลทั่วไปได้เป็นอย่างดี การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ จะเป็นหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะเป็นผู้ทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ กรณีที่ผู้ป่วยเปิดเผยตัว
- 2) จังหวัดที่มีความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในลำดับรองลงมาจากข้อ 1 จะได้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์เช่นเดียวกันทั้งหมด โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์จะเป็นผู้ให้บริการตรวจคัดกรอง ดูแลรักษาทั้งหมด นอกจากการจ่ายยาต้านไวรัส (ARV) ที่ผู้ป่วยสมัครใจสามารถไปรับได้ที่โรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่ รพ.สต. จะเป็นผู้ทำการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้เช่นเดียวกับข้อ 1
- 3) จังหวัดที่มีปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ หรือพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ โดยพบว่าแม้ว่าจังหวัดเหล่านี้จะมีการดำเนินการบริการได้อย่างเป็นระบบมาระยะเวลาหนึ่ง แต่เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการทำงาน มีการยุบหน่วยงาน มีผลให้ขาดแคลนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ สถานพยาบาลเหล่านี้ได้มีการปรับการดำเนินการ โดยให้ผู้ติดเชื้อมาช่วยดำเนินงานในคลินิกในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน รวมทั้งการให้คำปรึกษาที่คลินิก และการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะอยู่ในการดูแลของแพทย์และพยาบาลประจำคลินิก ทำให้ช่วยการเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น
- 4) ประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553 (National Guidelines on HIV/AIDS Diagnosis and Treatment: Thailand 2010) แนวทางนี้ถูกนำไปใช้เป็นต้นแบบให้กับระบบบริการสุขภาพต่างๆ ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการข้าราชการ ในการนำไปพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ การพัฒนาคุณภาพบริการต่างๆ เช่น ระบบ Hospital Accreditation (HA) HIV Quality Thailand (HIVQUAL-T) ปัจจุบันมีการแก้ไขบทวน อยู่ระหว่างการปรับปรุงเผยแพร่ การปรับแนวทางปฏิบัติให้ง่ายขึ้น โดยมีคณะกรรมการที่เรียกว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ และคณะทำงานเป็นผู้ทบทวนและจัดทำเป็นคู่มือเผยแพร่ แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกคน ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

7. การรณรงค์และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีข้อสังเกตดังนี้

- 1) การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ได้รับงบดำเนินการโครงการรณรงค์ป้องกัน ทั้งจากกองทุนโลก งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค) งบประมาณด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แม้ว่าในปัจจุบันงบประมาณดังกล่าวได้ลดลง เช่น กองทุนโลกไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการในประเทศไทยมาตั้งแต่ 30 กันยายน พ.ศ. 2557 แต่หลายพื้นที่ก็ยังยืนยันว่าสามารถจัดหางบสนับสนุนรณรงค์และป้องกันได้ ซึ่งน่าจะขึ้นกับผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหรือโรงพยาบาลทั่วไปที่สามารถของบสนับสนุนเพิ่มเติมได้จากงบประมาณปกติ
- 2) การทำงานในด้านรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นงานที่ต้องทำเชิงรุก จากการขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ และขาดกำลังคนสนับสนุน (ไม่มีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับสนับสนุนการจ้างงานจากกองทุนโลก) ดังคำกล่าวที่ว่า

“...เมื่อก่อนคนทำงานมีหลายคน เดิมเรามี 4 – 5 คน ตอนนี้เหลือผมคนเดียว ทั้งสำนักงานผมต้องไปช่วยงานระบาดและข้อมูลด้วย งานในพื้นที่ เป็นวิทยากรกระบวนการ ผู้ประสานงานในโครงการ เยอะไปหมด มันทำไม่ไหวหรอกครับ คนทำงานก็แยะ ดูประชากรเป้าหมายในพื้นที่สิ ทำได้ไม่ครอบคลุมหรอก ต้องเลือกเอาว่าจะเริ่มที่ไหนก่อน ในโรงเรียนเหมือนกัน เรามีโรงเรียนตั้งเท่าไร ในเขตเมือง โรงงานเท่าไร เยอะ ผมคนเดียว ผมมามองว่าเราคนเดียวเราไม่ไหว เราก็มองหา ลุยไปลุยเลย แบบไม่มีอะไร ไปที่ อปท. ตอนนั้นะ เยาวชนของเราเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรอยู่พื้นที่เห็นความสำคัญเขาก็ร่วมมือกับเราด้วยแต่ก็ไม่ได้ทุกพื้นที่ เราก็ต้องเลือกเฉพาะที่เราจะสามารถทำได้ทั้งๆ ที่อีกหลายพื้นที่ยังเข้าถึงไม่ได้ละมีปัญหามาก”

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

การดำเนินงานรณรงค์ป้องกันของหลายจังหวัดได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานรณรงค์ป้องกัน ดังนี้

- 2.1) พัฒนาการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปรับเป้าหมายของงานเอดส์เป็นความเสี่ยงของกลุ่มวัยรุ่น (ผนวกงานความเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ที่ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์อายุน้อย พฤติกรรมการเสพยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ทำให้ได้รับความร่วมมือจากองค์กรท้องถิ่น สถานศึกษา และชุมชนมากขึ้น
- 2.2) การบูรณาการการทำงานร่วมกับกลุ่มงานของหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ โดยจัดทำโครงการรณรงค์ป้องกันผนวกไปด้วยกัน เช่น งานของกรมอนามัยที่แบ่งออกเป็นกลุ่มวัยต่างๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน หรือการบูรณาการโครงการรณรงค์กับสถาบันการศึกษาระดับต่างๆ ในพื้นที่

2.3) การทำงานร่วมกับภาคประชาชนมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่เข้าถึงยาก โดยการสนับสนุนให้ดำเนินการผ่านแกนนำโดยตรง และสร้างเป็นเครือข่าย เช่น กลุ่มชายรักชาย ซึ่งแนวทางนี้ได้ดำเนินการมาก่อน ส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO)

3) ขาดการจัดการถุงยางอนามัยที่เป็นระบบและเหมาะสม ทั้งระดับส่วนกลางและพื้นที่ ทำให้มีปัญหาการกระจายถุงยางอนามัยไม่ทั่วถึงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ และการที่ไม่สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยของกลุ่มเสี่ยง ประกอบกับปัญหานี้ยังคงเป็นประเด็นที่กลุ่มวัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้อย่างเปิดเผย ทั้งการไม่ยอมรับของครู ผู้ปกครอง ทำให้โรงเรียนส่วนใหญ่ไม่สามารถแจกถุงยางอนามัยได้อย่างเปิดเผยได้ มีประเด็นที่สำคัญดังนี้

3.1) จากการคาดประมาณความต้องการใช้ถุงยางอนามัยของประชากรไทยทั่วประเทศ พบว่ามีความต้องการใช้ถุงยางอนามัยปีละประมาณ 230 ล้านชิ้น ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถสนับสนุนได้เพียง 40 ล้านชิ้น การศึกษาข้อมูลการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดพบเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีการใช้ถุงยางอนามัยในปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 65.27 ปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 66.10 ปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 63.73 และปีพ.ศ. 2555 ร้อยละ 68.55 ตามลำดับ ส่วนผู้ใช้แรงงานมีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุด ปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 74.10 ปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 60.30 ปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 48.00 และ ปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 75.00 ตามลำดับ

3.2) งบประมาณที่จะจัดซื้อถุงยางอนามัยไม่เพียงพอกับความต้องการ งบประมาณของกรมควบคุมโรคสามารถสนับสนุนถุงยางอนามัยได้เฉพาะเพียงบางส่วน ของกลุ่มพนักงานบริการ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มเยาวชน และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และไม่เปิดเผยสถานะ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมความต้องการจำนวนทั้งหมดของกลุ่มประชากรเหล่านี้ ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนถุงยางอนามัยให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับยา ARV กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และมาขอตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ในขณะที่ระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถใช้งบประมาณสำหรับจัดซื้อถุงยางได้

3.3) การเบิกถุงยางอนามัยในโรงพยาบาล มีจุดอ่อนเรื่องการบริหารจัดการ คือ ไม่มีการประสานการทำงาน การประมาณการจำนวนการใช้ถุงยางอนามัย ไม่มีการสำรวจว่าในพื้นที่ของตนเองจะใช้ถุงยางอนามัยเท่าไร ทำให้ระบบการเบิกจ่ายส่วนนี้มีความผิดพลาด ประกอบกับระเบียบการเบิกจ่ายถุงยางจากหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) มีการเปลี่ยนแปลงการเบิกจ่าย

8. ความคิดเห็นต่อนโยบายเขตสุขภาพ และ service plan ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติระดับพื้นที่

การสื่อสารให้เกิดความเข้าใจต่อสาระนโยบายเขตสุขภาพในภาพรวม โดยเฉพาะการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขตที่ผ่านมาพบว่า ระดับหัวหน้างาน หรือผู้บริหารของงานเอดส์มีความเข้าใจต่อเขตสุขภาพ และ service plan แต่ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่เข้าใจแนวคิดดังกล่าว บางคนเคยได้ยินแต่ไม่ทราบรายละเอียดเป็นอย่างไร สามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) นโยบายเขตสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ นโยบายดังกล่าวเน้นด้านการจัดการบริการด้านการรักษามากกว่าการป้องกัน การเลือกสาขามาทำ service plan ผู้บริหารเลือกมาจากปัญหาสำคัญที่พบในระบบบริการของพื้นที่ และใช้การพิจารณาจากดัชนีสุขภาพที่เร่งด่วนเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดสาขาสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- 2) โรคเอดส์ไม่ใช่สาขาที่อยู่ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากสถานการณ์เอดส์ของประเทศไทยสามารถควบคุมการได้ระดับหนึ่ง เช่น อัตราการตายที่ลดทำให้ปัญหานี้ไม่ได้รับการติดตามทั้งในเชิงนโยบายในเวทีตรวจราชการระดับเขต และจากการที่งานเอดส์เป็นงานประจำ เป็นงานที่ใช้ทักษะการทำงานเฉพาะของเจ้าหน้าที่จึงไม่นำไปเป็นประเด็นพัฒนา service plan
- 3) ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดมีความคิดเห็นว่าการให้โรคเอดส์เข้าไปอยู่ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต และจัดทำ service plan เนื่องจากจะได้รับการติดตามจากผู้บริหารและจะได้มีการทำงานร่วมกันในระดับเขตสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการป้องกัน เนื่องจากปัจจุบันกองทุนโลก (ต่างประเทศ) ไม่ได้ให้การสนับสนุน และการได้ร่วมมือกันในการใช้ทรัพยากรและความรู้ จะทำให้งานเอดส์มีความเข้มแข็งทั้งงานดูแลรักษาและป้องกันโรค

สรุปและอภิปราย

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์มีแผนยุทธศาสตร์มารองรับการปฏิบัติที่ชัดเจน ทั้งระดับนานาชาติ ระดับชาติ ระดับเขต และระดับจังหวัด ปัจจุบันการดำเนินงานยังมีข้อจำกัดในการนำแผนสู่การปฏิบัติ แม้ว่าจะใช้ประเด็นยุทธศาสตร์ตามกลุ่มวัยเป็นตัวนำในการแก้ปัญหา โดยบูรณาการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีลงไป ในยุทธศาสตร์ตามกลุ่มวัย จึงขาดตัวชี้วัดจำเพาะงานนี้ในระดับกระทรวงและระดับเขต ผลที่ตามมาคือ ผู้บริหารหน่วยงานปฏิบัติมองว่าเป็นการลดความสำคัญของงาน นี่คือตัวอย่างปัญหาในระดับหลักคิดเกี่ยวกับการแปลงงานพัฒนาเป็นงานประจำ นั่นคือ การพัฒนางานไม่ได้คำนึงถึงการวางรากฐานรองรับงานพัฒนาเมื่อบูรณาการให้เป็นงานประจำ ปัญหาขั้นรากฐาน คือ

- ก) หลักคิดและเจตคติของผู้บริหารหน่วยงานเกี่ยวกับงานพัฒนากับงานประจำ นั่นคือการตีความคลาดเคลื่อนว่างานประจำไม่สำคัญเพราะไม่มีตัวชี้วัดระดับบนรองรับ และ/หรือ ไม่มีงบประมาณพิเศษ
- ข) ทักษะผิดพลาดว่างานประจำไม่ต้องการการพัฒนา จึงไม่สามารถพลิกแพลงรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับพฤติกรรมใช้บริการที่เปลี่ยนไป

- ค) ปัญหาหลักคิด เจตคติและทัศนคติที่กล่าวมาข้างต้นว่า แนวทางบริหารแผนงานโครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ของส่วนกลางในอดีตน่าจะมีลักษณะครอบงำผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ดังนั้นการกระจายอำนาจภายใต้นโยบายเขตบริการสุขภาพจึงเป็นทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งจะคลี่คลายปัญหารากฐานที่กล่าวมาได้ก็ต่อเมื่อผู้บริหารส่วนกลาง เขตและจังหวัด ส่งสัญญาณเป็นเอกภาพต่อเนื่องมายังหน่วยปฏิบัติให้ยึดหลักการทำงานที่มุ่งแก้ปัญหาของพื้นที่ รับผิดชอบ และให้อิสระในการตัดสินใจด้านคน เงิน ของ มากเพียงพอแก่การร้อยเรียงให้สอดคล้อง (alignment) กับการแก้ปัญหาในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรเดินหน้านโยบายเขตบริการสุขภาพโดยมอบอำนาจจากส่วนกลาง (ทุกหน่วย) มายังเขต จังหวัด และอำเภอ เพื่อให้ผู้รับผิดชอบสามารถร้อยเรียงระบบสนับสนุน (คน เงิน ของ) ให้สอดคล้องกับการแก้ปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ
2. การกำกับติดตามโดยส่วนกลาง (สธ./สปสช.) ควรมุ่งเน้นการวัดสมรรถนะการพลิกแพลง (agility) แก่ปัญหามากกว่ามุ่งผลลัพธ์ หรือประสิทธิภาพ (efficiency) ซึ่งเป็นภาวะค่อนข้างตายตัว (rigidity) นอกจากนี้ การกำกับติดตามยังควรมองหาโอกาสที่หน่วยเหนือขึ้นไปโดยลำดับจะให้การสนับสนุนที่จำเป็นและอยู่นอกเหนือขอบเขตอำนาจรับผิดชอบของพื้นที่ เช่น การปรับปรุงรายการยารักษาโรคเอดส์

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรอบยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 <http://area7.cloud-health.org/infor.php?r=report/documentation/meeting> (5 พฤษภาคม 2557)
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 นนทบุรี: กรมอนามัย
3. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์ (2555) ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
4. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์. (2556). รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์รอบปี พ.ศ. ๒๕๕๕ กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2527) แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

กรณีศึกษา : กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

บริบท

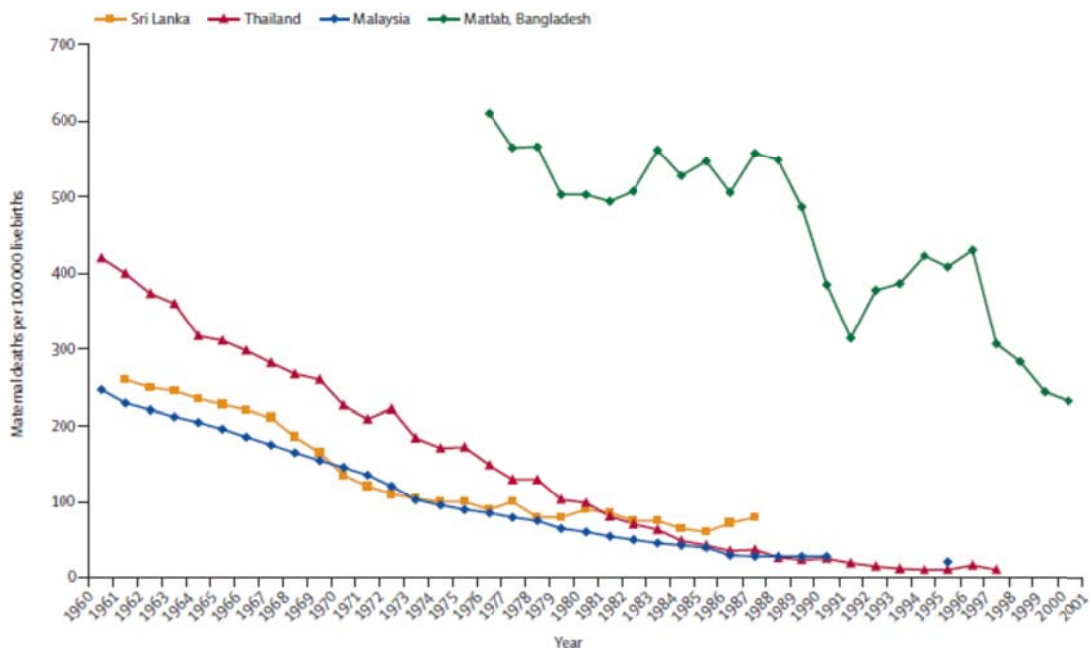
การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์มีการพัฒนาต่อเนื่องมาเป็นเวลาหลายสิบปี เนื่องจากเป็นนโยบายพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของประชากรในประเทศ โดยหน่วยงานหลักของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบคือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่หลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งในหญิงตั้งครรภ์และทารก โดยมีการแบ่งเขตการทำงานเป็น 12 เขตในส่วนภูมิภาค ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ตั้งแต่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปจนถึงระดับ โรงพยาบาลศูนย์ โดยมีการตั้งคณะกรรมการแม่และเด็ก (Maternal and Child Health board : MCH board) ขึ้น เพื่อเป็นคณะทำงานในระดับจังหวัด นอกจากนี้ ตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พศ. 2553 - 2557) ยังมีเป้าหมายให้ทุกจังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัด มีแผนแม่บทการจัดการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนเป้าหมายในการประกาศใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล

อย่างไรก็ตาม จากแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข 5 สาขาหลัก โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ พบว่า ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยยังประสบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพคุณภาพบริการความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลขนาดเล็กส่งต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากขึ้น ความแออัดของผู้มารับบริการในสถานพยาบาลระดับสูงสะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรที่ไม่สอดคล้องกับสมรรถนะของสถานพยาบาลในการให้บริการในปีงบประมาณ 2555 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบโดยการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีระยะเวลา 5 ปี (ปีงบประมาณ 2555 - 2559) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงสร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายโดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) ตามสภาพข้อเท็จจริงทางภูมิศาสตร์ และการคมนาคมโดยไม่มีเส้นแบ่งของการปกครองหรือการแบ่งเขตตรวจราชการ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ แผนดังกล่าวนำไปสู่การกำหนดตัวชี้วัด ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการบริการด้านสุขภาพ ทั้งนี้ยังรวมถึงโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก เช่น โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ในพระราชูปถัมภ์ฯ โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก ตามมาตรฐานของยูนิเซฟ ซึ่งกรมอนามัยได้นำมาบูรณาการเป็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก

จากข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าวจะเห็นได้ว่า สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกนั้นมีสถาบัน องค์กรที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก นำไปสู่นโยบายและตัวชี้วัดซึ่งมีผลต่อการบริการด้านนี้

สถานการณ์

ในอดีตสาเหตุการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ครรภ์เป็นพิษ และภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด หลังจากมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ได้มาตรฐาน ส่งเสริมให้มีการคลอดในสถานพยาบาล ปรับปรุงระบบการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้อัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ลดลงอย่างต่อเนื่อง

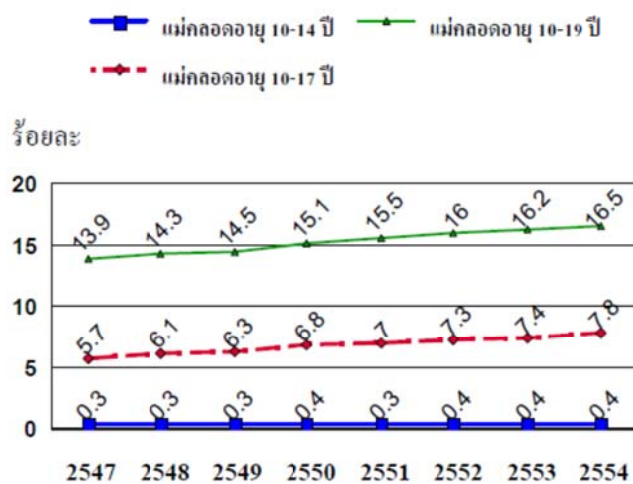


รูป 1 Trend of maternal mortality in Thailand, Malaysia, Sri Lanka, and Matlab, Bangladesh
ที่มา: Ronsmans C, Graham WJ., Lancet, 2006

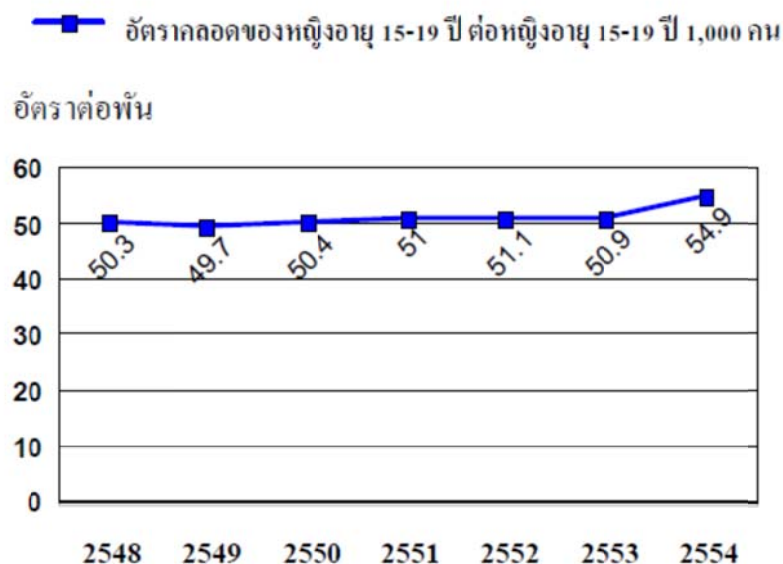
อย่างไรก็ตาม จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2556 ยังพบว่าปัญหาในภาพรวมที่พบในสาขาสตรีเวชกรรม ได้แก่ การผ่าตัด Caesarean Section มีจำนวนมากในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่ง WHO กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 15 ของการคลอดและคุณภาพการให้บริการรับฝากครรภ์ (antenatal care) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน ANC คุณภาพหากพิจารณาตามกลุ่มโรคยังพบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดและการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy) ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาที่สำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากคุณภาพการดูแลรักษา โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชนตามที่ระบุในผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง โดยกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2556 จึงมีการกำหนดให้โรงพยาบาลระดับ M1-F1 สามารถผ่าตัดคลอดได้เป็นเป้าหมายหนึ่งในสาขาสตรีกรรมใน service plan ปี 2556 โดยมีเงื่อนไขว่าต้องมีการสำรองเลือดไว้เสมอ⁽¹⁾

ผลการประเมินตามตัวชี้วัดตาม Service plan ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ พบว่ายังมีปัญหา ดังต่อไปนี้

- 1) การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและวัยรุ่นเริ่มกำลังเกิดขึ้นโดยทั่วไป และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยข้อมูลจากข้อมูลสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย พบแม่คลอดบุตรอายุ 10 ถึง 19 ปี เพิ่มจากร้อยละ 13.9 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 16.4 ในปี 2554 สอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ปี 2554 ซึ่งเปรียบเทียบอัตราการคลอดของ หญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี 1,000 คน ก็พบแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากอัตรา 50.3 ในปี 2548 เป็นอัตรา 54.9 ในปี 2554



รูป 2 สัดส่วนมารดาอายุ 10 ถึง 19 ปี ต่อหญิงคลอดทั้งหมด ปี 2547 ถึง 2554 (ข้อมูลทะเบียนการเกิด สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จัดทำข้อมูลโดย สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย)

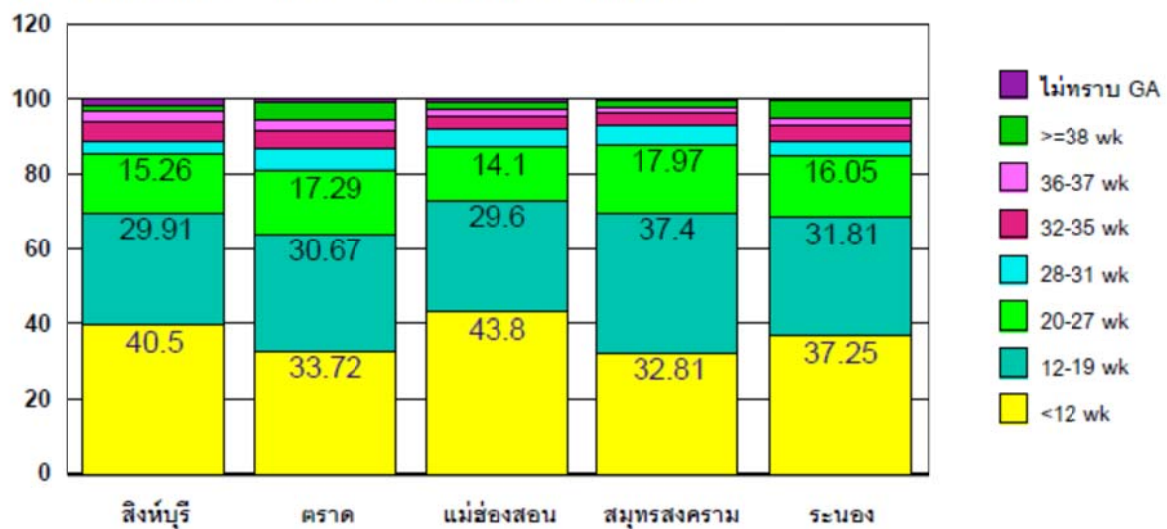


รูป 3 อัตราการคลอดต่อพันของหญิงอายุ 15 ถึง 19 ปี ในปี 2548 ถึง 2554 (ข้อมูลทะเบียนการเกิด สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จัดทำข้อมูลโดย สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย)

พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าผู้ที่มีอายุเกินกว่า 20 ปี ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดนานและภาวะคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการตายของมารดาอายุ 15 ถึง 19 ปี สูงกว่ามารดาที่มีอายุ 20-24 ปี ถึง 3 เท่า⁽²⁾

- 2) การฝากครรภ์มารดา ยังไม่ได้ตามมาตรฐาน หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพียงร้อยละ 52.4 และฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 79.6 ส่งผลต่อคุณภาพ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด ตลอดจนความพร้อมในการเป็นแม่และการเลี้ยงดูลูก⁽³⁾

ร้อยละของหญิงคลอดในแฟ้ม MCH เฉพาะที่มีข้อมูล ANC รวมทุกสิทธิ

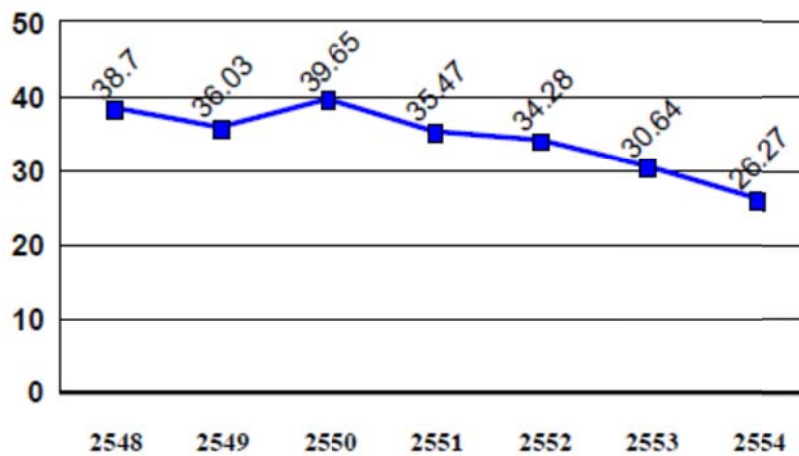


รูปที่ 4 สัดส่วนหญิงคลอดปี 2554 ตามอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกใน 5 จังหวัด⁽⁴⁾

- 3) อัตราการตายลดลงจาก 44.5 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในพ.ศ. 2547 เป็น 34.76 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในพ.ศ. 2556 ซึ่งก็ยังสูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย (MDGs) ที่กำหนดให้ลดอัตราส่วนการตายมารดาเหลือ 13 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คนใน พ.ศ. 2558

อัตราตายมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดในหน่วยบริการ

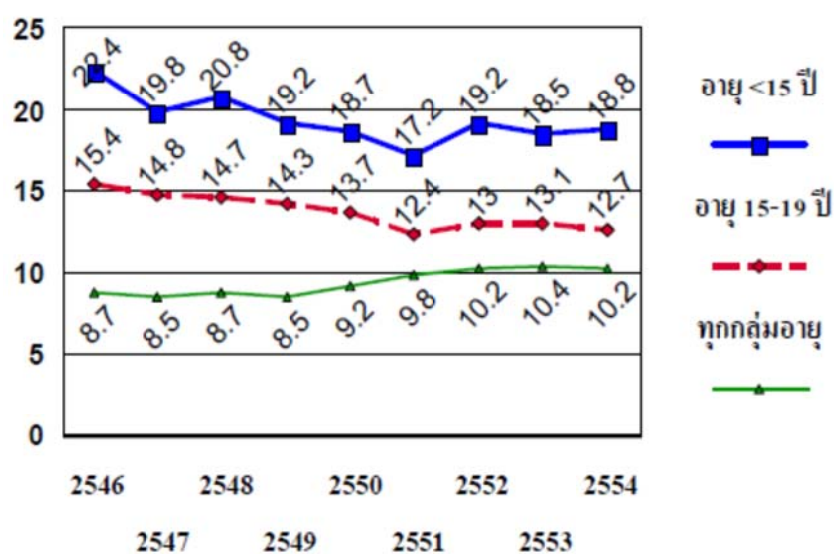
อัตราต่อแสนทารกเกิดมีชีพ ในหน่วยบริการ



รูปที่ 5 อัตราตายต่อแสนของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดในหน่วยบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2548 ถึง 2554⁽⁵⁾

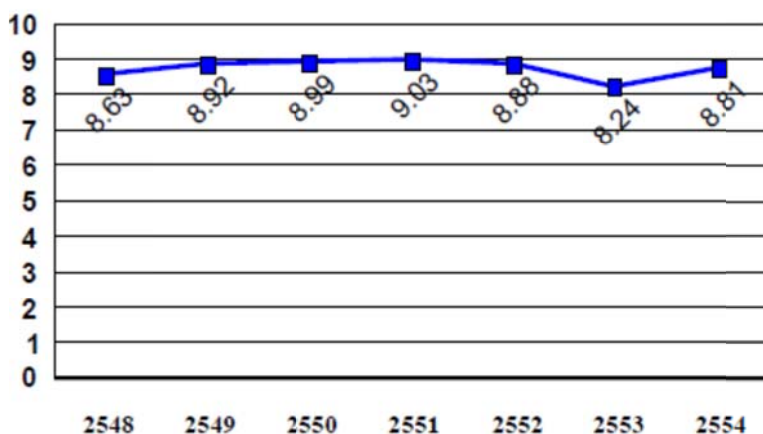
- 4) ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9 สูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 7) พัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีแนวโน้มลดลง⁽⁶⁻⁷⁾
- 5) ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์พบว่ามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 10.2 ในพ.ศ. 2533 เหลือร้อยละ 8.3 และ 8.9 ในพ.ศ. 2543 และ 2553 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.8 ในพ.ศ. 2554 จึงเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังต่อไป

ร้อยละ



รูปที่ 6 สัดส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำแนกตามอายุมารดา (ต่ำกว่า15 ปี, 15-19 ปี และทุกกลุ่มอายุ) ปี 2546 ถึง 2554⁽⁸⁾

- 6) อัตราการตายมีแนวโน้มลดลงจาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในพ.ศ. 2507 เหลือ 40.7 ใน พ.ศ. 2548 ถึง 2549 และคาดว่าจะเหลือ 11.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในพ.ศ. 2556 แต่อย่างไรก็ดี แม้ว่าอัตราการตายของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกแต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย



รูปที่ 7 อัตราตายปริกำเนิดต่อพันทารกเกิดมีชีพในหน่วยบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548 ถึง 2554 ⁽⁵⁾

โดยจากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานพัฒนานโยบาย สุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าสาเหตุการตายในกลุ่มเด็กทารกอายุ 0 ถึง 4 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นการตาย จากโรคติดเชื้อความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิดและภาวะโภชนาการบกพร่อง

ผลการศึกษาตามคำถามวิจัย

ที่มา (Formulation) และสมมติฐาน สอดคล้องกับองค์ความรู้ ข้อเท็จจริง และระบบคุณค่าอะไร เหมาะสมเพียงใด

จากสมมติฐานที่ว่า “การกระจายอำนาจสำนักงานปลัดฯ ไปยังเขตบริการสุขภาพและความร่วมมือกับ 3 กองทุนฯ โดยเฉพาะ สปสช. ในการจัดสรรงบประมาณ (bulk buying) พร้อมการสนับสนุนจากกรม วิชาการ จะทำให้เกิดการปรับปรุงระบบบริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น”

ผลการศึกษาในขณะนี้ยังไม่สามารถตอบคำถามนี้ได้อย่างชัดเจนมากนัก เนื่องจากในระยะเริ่มต้นของนโยบาย เขตสุขภาพนี้ การดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และเด็กยังไม่พบความร่วมมือของ 3 กองทุนที่เป็นรูปธรรม ส่วนที่ปรากฏในบางเขตนั้นเป็นสิ่งที่ปฏิบัติมาแต่เดิม ก่อนที่จะมีนโยบายนี้ เช่นเดียวกับการสนับสนุนจากกรม วิชาการ

“การทำงานในระดับเขตของ รพ.ศูนย์ขอนแก่นเดิมมีอยู่แล้ว นโยบายเขตสุขภาพเข้ามามีบทบาทช่วยในการปรับเปลี่ยนให้มีการเชื่อมโยง ความคล่องตัวในการบริหารจัดการ แต่ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาคนไข้ สำหรับผู้ปฏิบัติยังคงเดิม”

สุทธิแพทย์ รพศ.เขต น

ยังไม่มี ความชัดเจนในการร่วมมือกันระหว่าง คปสข. กับ อปสข.ในการทำงานเรื่องเขตสุขภาพ เนื่องจากยังมี ปัญหาซับซ้อนระหว่างผู้บริหารระดับสูงของทั้งสองฝ่าย

“อันที่จริง ผอ.สปสข. เขตก็เป็นกรรมการ คปสข. แต่พอมีปัญหาขัดข้องกันก็เลยมีคำสั่งไม่ให้ร่วมสังฆกรรมด้วย (ไม่สามารถทำสัญญาหรือลงนามร่วมกัน เนื่องจากมีคำสั่งจากกระทรวง สธฯ (ผู้สัมภาษณ์) ก็เลยไม่มีการทำงานร่วมกัน เวลาทาง สปสข. เชิญประชุมเราก็ไม่ได้เข้าไป จนกว่าจะมีการเคลียร์กับทางกระทรวงฯ ก่อน เช่นเดียวกันกับกรณี ที่ สปสข. แต่งตั้งข้าราชการสังกัดกระทรวง สธ. เป็นกรรมการใดๆ ก็ต้องผ่านกระทรวง สธ. ตอนนี้กรรมการมีการแต่งตั้งครบ แต่ไม่สามารถจัดสรรงานได้อย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากไม่ทราบบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน”

ผอ.รพ.จังหวัด อธิบดีประธาน MCH board

“การทำงานร่วมกับ สปสข. มีไม่มากนัก มีแต่การรับนโยบายมาและใช้ของ สปสข. ในการทำงาน เช่น เรื่อง Service plan ก็สามารถทำงานร่วมกันได้ ในเรื่องแม่และเด็กขณะนี้ยังไม่พบว่าทาง สปสข. อนุมัติเงินเข้ามาซื้อบริการใดเป็นพิเศษ”

นักวิชาการ สสจ.

นอกจากนี้ การแบ่งเขตของกรมวิชาการไม่ว่าจะเป็นกรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมวิทย์ กรมควบคุมโรค พบว่าพื้นที่ไม่ตรงกันกับการแบ่งเขตของสำนักปลัดฯ และ สปสข. ทำให้เป็นอุปสรรคในการดูแลสนับสนุน หรือบูรณาการงานในระดับเขต

“การแบ่งเขตของกรมอนามัยกับเขตบริการสุขภาพที่ไม่ตรงกันทำให้การทำงานของศูนย์อนามัยลำบากขึ้น และเวลาผู้ตรวจลงไปตรวจราชการ หรือ สปสข.จะให้งบประมาณทำโครงการอะไรก็จะดูเหมือนสองจังหวัดคือ สกลนครและนครพนม โดนทอดทิ้ง และศูนย์ก็ต้องส่งคนไปดูแลนิเทศงาน เพราะหาคนไปทำงานในเขต ม ยังไม่ได้”

นักวิชาการศูนย์อนามัยที่ น

แต่ละกรมในกระทรวงสาธารณสุขก็มีหน้าที่ทำงานดูแลระบบบริการแม่และเด็กเป็นส่วนๆ ทำให้เกิดปัญหาต่อผู้ปฏิบัติ

“ในการแบ่งส่วนการดูแลทำให้การทำแบบประเมินเกิดปัญหา เนื่องจากเดิมงานอนามัยแม่และเด็กเป็นของกรมอนามัยดูแลทั้งหมด ภายหลังส่วนหนึ่งจะแบ่งให้กรมการแพทย์ดูแล ห้องคลอดจึงมีปัญหา เพราะต้องทำตัวชี้วัดแยกกันและเครื่องมือที่ใช้วัดก็แตกต่างกัน โดยห้องคลอดกรมการแพทย์ดูแล แต่ ANC กรมอนามัยดูแล”

สูติแพทย์รพศ.เขต น

อย่างไรก็ตาม จากการใช้ service plan ซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และมีแนวทางในการใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเขต ทำให้เกิดการประชุม วางแผน สร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระดับเขต รวมทั้งการช่วยกำกับดูแลและการทำงานร่วมกันมากขึ้น มีการกระจายทรัพยากรทั้งสิ่งก่อสร้างและคนลงไปตามพื้นที่ตามความเหมาะสม แม้จะไม่สามารถทำได้เต็มที่ในระยะต้น แต่ก็มีการวางแผนในระยะต่อไป โดยเฉพาะการกระจายบุคลากร

“มีการจัดประชุมวิชาการและน่านโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีการประชุมของสูติแพทย์เพื่อตั้งเกณฑ์การทำงานอิงตาม WHO บริหารจัดการและแบ่งงานตามระดับความเสี่ยงของคนไข้ มีการระบุสถานที่คลอดชัดเจน ใช้เกณฑ์นี้ตั้งแต่ระดับ รพ.สต.จนถึงโรงพยาบาลอำเภอและประเมินคนไข้ทุกครั้งที่มีฝากครรภ์ นอกจากนี้แม่ไขนก็จะมีการออกติดตามดูแล รพ.ลูกข่าย โดยมีการแบ่งเขตรับผิดชอบชัดเจนในการสอน ดูแล ตรวจคนไข้เสี่ยงสูง การตรวจอัลตราซาวด์

เจ้าหน้าที่ สสจ.เขต ม

“มีการจัดระบบภายในเขตโดยคลินิกฝากครรภ์จะมีการส่งข้อมูลให้ห้องคลอด ทั้งจำนวนคนไข้ที่จะคลอดในแต่ละเดือนและคนไข้ที่เสี่ยงสูงต้องมีการเตรียมทีม ส่วนห้องคลอดได้มีการทบทวน CPG ตามประเด็นหรือภาวะที่เป็นปัญหา และลือไปตามแนวทางของกรมการแพทย์ ซึ่งดูแลเรื่องห้องคลอดคุณภาพ”

เจ้าหน้าที่ สสจ.เขต ม

“หลังมีนโยบายเขตสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงในแง่ความชัดเจนของนโยบาย และรูปแบบของระบบบริการ ตัวชี้วัดจะเน้นเฉพาะบางตัว การวัดจะวัดลึกไปถึงตำบลทำให้เกิดการบริการที่ดีในทุกกระดับ แต่ก่อนเรามีแค่การประกวดสถานีนอนามัย ไม่มีการรับรองคุณภาพ ตอนนี้เจ้าหน้าที่เลยตื่นตัว ชาวบ้านก็ได้การบริการที่ดีขึ้น”

“การกระจายอำนาจแบบใหม่ก็ดี เพราะการจัดสรรงบประมาณ การจัดการโครงสร้างมีการมองในภาพรวมของเขตมากยิ่งขึ้น แต่ละโหนดต้องการพัฒนาศักยภาพในด้านไหนบ้าง”

หัวหน้าห้องคลอด รพศ.เขต น

“นโยบาย Service plan มักเน้นอุปกรณ์ให้เพียงพอ และเน้นพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีคุณภาพยังไม่ค่อยชัดเจน ช่วงหลังก็จะเพิ่มจำนวนหมอ MFM (Maternal fetal medicine) สถานการณ์ของหมอสูติฯ อาจจะล้นเพราะถือเป็นสาขาขาดแคลน สามารถกลับไปเรียนต่อได้เร็ว โดยใช้ทุนแค่ปีเดียว อย่างไรก็ตามการกระจายตามแต่ละจังหวัดยังคงเป็นปัญหา อย่างโคราชหมอสูติฯ ข้างนอกก็มีไม่เยอะ แต่จะอาศัยการแบ่งโซน โรงพยาบาลไหนที่มีหมอสูติ จะเรียกโรงพยาบาลนั้นว่าโรงพยาบาลไหนด เช่น ปากช่องก็จะรับส่งต่อจาก รพช. ไกลเคียงและส่งต่อเข้ามา”

ศุภณัฏฐา นามัยเขต จ

สาระนโยบาย และยุทธศาสตร์ สอดคล้องกันหรือไม่ เหมาะสมเพียงใด

นโยบายเขตสุขภาพใช้การบูรณาการทรัพยากร และการบริหารจัดการในระดับเขตเป็นยุทธศาสตร์ในการกระจายอำนาจ โดยมี Service plan เป็น action plan หลักให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งเน้นตัวชี้วัดทั้งในเรื่องโครงสร้าง คน ผลผลิต ผลลัพธ์ ทำนองเดียวกับ Millennium Development Goal (MDG) ด้านสุขภาพมารดาและทารก โดย service plan ให้แต่ละพื้นที่จัดการในแง่ของกระบวนการ (process) ได้อย่างค่อนข้างอิสระ แต่ละเขตซึ่งมีพื้นฐานและบริบทเดิมแตกต่างกัน จึงมีการจัดกระบวนการ และการดำเนินงานแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามในแง่ของแนวทางการดูแลทั้งภาวะตกเลือดหลังคลอดและครรภ์เป็นพิษนั้น พบว่าทุกพื้นที่มีแนวทางการดูแลชัดเจนแต่มีเพียงบางพื้นที่เท่านั้นซึ่งมีการสร้างแนวทางร่วมกันในระดับเขต เพื่อให้การทำงานมีความสอดคล้อง และมีการส่งต่ออย่างราบรื่น

“ระบบส่งต่อ มีการตั้ง group line แตกต่างจากเดิมที่ใช้ refer link คือระบบกลาง ซึ่งรับส่งต่อคนไข้ทุกรายไม่ใช่เฉพาะสูติฯ ทำให้ไม่สะดวก และระบบอินเทอร์เน็ตก็ล่มบ่อย จึงเปลี่ยนมาใช้ไลน์ ซึ่งสามารถส่งรูป NST มาปรึกษาได้ ทำให้การปรึกษาสะดวกขึ้น นอกจากนี้มีการออกแบบใบส่งต่อเฉพาะซึ่งมีลักษณะเป็น check list ตามแต่ละภาวะ ทำให้รู้ถึงขั้นตอนในการดูแลด้วยว่ามีข้อบกพร่องหรือไม่ และจะมีการส่งข้อมูลสะท้อนกลับไปยังโรงพยาบาลต้นทาง”

เจ้าหน้าที่ สสจ.เขต ม

ในเขตที่มีขนาดเล็กและโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่เข้มแข็ง ยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการระดับเขต อาจจะเกิดปัญหาในช่วงต้น เนื่องจากขาดความพร้อมหลายด้าน

“การมีเขตสุขภาพขึ้นมาไม่ได้มีผลต่อ practice โดยตรง แม้แต่ service plan เอง ก็ไม่ได้อิงบริบทหรือไม่สามารถทำได้จริงใน practice เช่น การที่มีชื่อหมอเป็นที่ปรึกษาของทุกอนามัย หรือหมอต้องไปผ่าตัดตาม รพช. ก็อาจจะทำได้บางคน เพราะหมอบางคนก็รับคนไข้พิเศษ จึงเป็นไปได้ยาก ทั้งการไปเยี่ยมและไปผ่าตัด นอกจากนี้การขาดเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น คมยา ก็เป็นอุปสรรคในการทำผ่าตัดอย่างปลอดภัย นอกจากนี้การฟ้องร้องก็มีผลต่อการทำหัตถการที่ รพช. ซึ่งหมอที่ถูกฟ้องต้องแบกรับความรับผิดชอบ แม้จะมีกฎหมายละเมิด แต่หมอก็เดือดร้อน เพราะโดนฟ้องคดีอาญา”

“แม้แต่ สวรรค์ประชารักษ์เองก็ควรต้องมี MFM (maternal fetal medicine) เพราะมีเช่นนั้น ศักยภาพก็ไม่ต่างกับ รพ.อื่นในเขต ไม่รู้จะส่งคนไข้ไปทำไม ทั้งนี้รวมทั้งเรื่อง blood bank การมีเลือดและ blood component ที่เพียงพอ จึงควรพัฒนาศักยภาพทุกด้านรวมทั้งคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และการวางแผนการดูแลคนไข้ยังไม่ได้นำข้อมูลปัญหามาใช้เป็นแนวทางเท่าที่ควร จึงรู้สึกว่าได้ประโยชน์เท่าที่ควร การให้สูติแพทย์มาวางแผนกำลังคน กำลังของ การก่อสร้าง ซึ่งเป็นงานที่ไม่ถนัดและภาระงานในการดูแลคนไข้ก็มากอยู่แล้ว ทำให้มีปัญหาทั้งที่แนวนโยบายดี เช่นเดียวกับเรื่อง P4P”

สูติแพทย์ เขต ทร

แผนปฏิบัติการ สอดคล้องกับสารนโยบาย และยุทธศาสตร์หรือไม่ เหมาะสมเพียงใด

เขต บริการ สุขภาพ	แผนปฏิบัติการ	ผลผลิต		ผลลัพธ์		สิ่งที่ไม่คาดหมาย	
	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในภาวะตกเลือด หลังคลอด และ ภาวะครรภ์เป็นพิษ	ผ่าน เกณฑ์	ก้าวหน้า	ผ่านเกณฑ์	ก้าวหน้า	บวก	ลบ
ว	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า	ยังไม่ผ่าน	NA	มีระบบการดูแลผู้ป่วยระดับ เขตที่เข้มแข็งมานานกว่าสิบปี	
ท	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	NA	ยังไม่ผ่าน	NA		
ทร	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	NA	ยังไม่ผ่าน	NA		รพ.แม่ข่าย (ทร) ยังไม่มี ศักยภาพและบุคลากร มากพอ ในการรับส่งต่อ ยังมีปัญหาเรื่องการส่งต่อ fetal anomaly
ฟ	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	NA	ยังไม่ผ่าน	NA		
ฝ	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า		
ล	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	NA	ยังไม่ผ่าน	NA		ยังไม่มีความร่วมมือในระดับ เขตในการดูแลแม่และเด็ก และผู้ปฏิบัติงานยังไม่ทราบ นโยบายเขตบริการสุขภาพ
น	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า	มีการทำงานในระดับเขตมา ตั้งแต่ปี 2552 เนื่องจากมี โครงการของสมเด็จพระ พระวรราชาฯ เข้ามา	
ม	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า		
จ	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า	ยังไม่ผ่าน	NA	บทบาทของศูนย์อนามัยที่ ชัดเจนในการทำงานด้าน ส่งเสริมและป้องกัน โดยต้อง ใช้กลยุทธ์ในการทำงานร่วมกับ ผู้ให้บริการซึ่งทำงานด้านการ ดูแลรักษา	CEO มีบทบาทสำคัญในการ วางนโยบาย และความ ต่อเนื่องของงาน
ย	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า	ยังไม่ผ่าน	NA	มีเครือข่าย MCH board ระดับเขตที่เข้มแข็ง มีปฏิสัมพันธ์แบบพี่น้อง ได้งบประมาณมาทำโครงการ เพื่อพัฒนางาน PP และบริการ มากขึ้น	ศูนย์อนามัยของเขตมีความ ลำบากในการทำงาน เนื่องจากการแบ่งเขตที่ไม่ ตรงกับ สปสช.และ สธ.
ศ	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า		
ษ	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	คืบหน้า	ยังไม่ผ่าน	NA	ผู้บริหารสามารถบริหารจัดการ ให้นโยบายเขตบริการสุขภาพ เอื้อต่อการพัฒนาการบริการ ของเขต และทำงานประสาน กับ รพ.เอกชน รวมทั้ง รร. แพทย์ได้ดี	
ต	ชัดเจน	ยังไม่ผ่าน	NA	ยังไม่ผ่าน	NA		

แผนปฏิบัติการ โดยใช้ Service plan มีส่วนช่วยในการพัฒนาระบบบริการ การดูแลรักษา การใช้ทรัพยากร อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การดูแลรักษาบางอย่างที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และมีจำนวนผู้ป่วยไม่มากนัก เช่น การดูแลทารกที่มีความพิการตั้งแต่ในครรภ์ การผ่าตัดทารกที่มีความผิดปกติตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ควรจะมีการบริหารจัดการตามความเหมาะสมเพื่อให้เกิดความคุ้มค่า

“นครสวรรค์ มีหมอ oncologist และมีหมอสัลยกรรมเด็ก เราก็จะส่งคนไข้กลุ่มนี้คือคนไข้ มะเร็งกับเด็กที่มี surgical corrected anomalies ไปให้ การส่งต่อก็กว้างขึ้น แต่เค้าไม่มี MFM ดังนั้นในการวินิจฉัย anomaly ก็ต้องส่งไปมหาวิทยาลัยนเรศวรซึ่งอยู่คนละเขตก่อน คนไข้ก็ต้องเดินทางไปๆ มาๆ ค่อนข้างลำบาก อย่างน้อย รพ.แม่ข่ายจึงควรมีแพทย์เฉพาะ ทางเพื่อให้วินิจฉัยได้และวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม”

สุติแพทย์ เขต ทร

นอกจากนี้ service plan มุ่งเน้นการดูแลรักษาเป็นหลัก ขาดเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่ง สำคัญ เนื่องจากปัจจุบันพบว่าโรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็งในสตรี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยขึ้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เช่นเดียวกับกลุ่มประชากรทั่วไปในปัจจุบัน การปฏิบัติ ตามแนวทางการดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่พบบ่อย ซึ่งในทุกโรงพยาบาลมีอยู่แล้วจึงอาจจะยังไม่ เพียงพอในการลดการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเมื่องบประมาณของศูนย์อนามัยและ สสจ.ถูก ลดทอนลง ทำให้งานด้านส่งเสริมและป้องกันโรคทำได้ยากขึ้น

“ศูนย์วิชาการได้รับงบประมาณน้อยลง งบกลางแจ้งว่าจะโอนให้พื้นที่มากขึ้น ซึ่งในการลง พื้นที่แต่ละครั้งจึงต้องใช้งบในส่วนของพื้นที่นั้นๆ”

เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 เขต ท

ส่วนใหญ่โรงพยาบาลจะเน้นการบริการดูแลรักษา การทำงานด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพยังจำกัด เนื่องจากมองแค่ค่าใช้จ่ายในระยะสั้น และยังขาดกำลังคนในการออกไปทำงานเชิงรุก

“งานเชิงรุก แต่ละที่ทำน้อย มักจะเป็นเชิงตั้งรับเป็นหลัก อาจจะมีบ้างในเรื่องการตั้งครรภ์ วัยรุ่น เช่น การออกไปให้ความรู้ตามโรงเรียน ให้คนไข้ได้ฟังยาหลังคลอด แต่ตัวเลขของแม่ วัยรุ่นก็ยังสูงมาก และเป็นคนในเขตจริงๆ เพราะไม่ค่อยมีต่างเขตเข้ามา”

พยาบาลประจำห้องคลอดผู้ทำหน้าที่ประสานงาน MCH board ระดับเขต

“การลงทุนในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพยังจำกัด โดยเฉพาะเรื่องที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ยาฝังคุมกำเนิด เทียบกับการรักษาฉุกเฉินจะมีความจำเป็นมากกว่า และหมอที่ให้บริการเองรู้สึกไม่ อยากทำให้โรงพยาบาลขาดทุน โดยไม่จำเป็นจึงพยายามหลีกเลี่ยงการป้องกัน รักษาที่มี ค่าใช้จ่ายสูง”

สุติแพทย์เขต ข

สำหรับเขตที่ประกอบด้วยจังหวัดขนาดเล็ก ยังไม่มีโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มี facility ที่ดีพอการทำงานในระดับเขต โดยการใช้ service plan ยังมีปัญหาอุปสรรคมากมาย ทั้งในเรื่องกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ ส่งผลถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากไม่มีการวางแผนเรื่องกำลังคนและงบประมาณรองรับ กลไกของ MCH board ระดับเขตได้รับความสำคัญต่ำและมีปัญหาในแง่กลไกการทำงาน

“การบริหารจัดการหรือวางแผนงานรวมทั้งเรื่องเงินยังมีปัญหา เช่น เงินจะโอนมาที่จังหวัด ปีที่แล้ว 300,000 บาท โครงการที่เขียนแบบฉุกเฉินทุกในการทำ ANC คุณภาพก็ต้องมีการแบ่งเงินให้แต่ละที่ มีงานเอกสาร มีการสำรองเงิน ซึ่งก็ใช้ไม่หมด เพราะส่วนมากก็ทำแค่การจัดประชุม พอปีนี้ได้งบมาแค่ 50,000 บาท คิดจะทำโครงการอบรมการทำ ultrasound ก็ต้องมาหาวิทยากร ออกแบบการสอน และมีรายละเอียดอื่นๆ อีกมากมาย ทำให้ยังมีปัญหาเพราะไม่มีคนทำงานกลาง”

พยาบาลประจำห้องคลอดผู้ทำหน้าที่ประสานงาน MCH board ระดับเขต

“การทำ MCH board ระดับเขตก็เป็นไปยากเพราะหมอสูติฯ ก็ไม่ค่อยว่างอย่างที่รู้กัน แต่ในจังหวัดคนน้อยเราจึงนัดกันได้ เกิดมิตรร่วมกัน พอเป็นระดับเขตก็ยากเพราะไม่สามารถนัดได้ แต่การทำงานระดับจังหวัดดีมากเพราะเรามีข้อตกลงร่วมกัน เราเป็นเขตที่ไม่มีการฟ้องอาญาเลย แม้แต่ทำหมันแล้วท้องก็ไม่เคยโดนฟ้องให้จ่ายเงิน เพราะกรรมการประกอบด้วยหลายฝ่าย รวมทั้งตำรวจ อัยการ ทนายความ แต่ตอนหลัง สปสข. ตั้งกฎหมายก็จ่ายตามระเบียบ”

สูติแพทย์ ประธาน MCH board ระดับเขต

การนำสู่การปฏิบัติสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการหรือไม่ เหมาะสมเพียงใด

ทุกเขตเน้นการปฏิบัติตามตัวชี้วัดของ service plan แม้จะไม่รู้เรื่องนโยบายเขตสุขภาพเลยก็ตาม โดยตัวชี้วัดส่วนใหญ่ก็เป็นสิ่งที่ทำอยู่แล้ว และสอดคล้องกับตัวชี้วัดของกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย กรมการแพทย์ อย่างไรก็ตามทรัพยากรที่แต่ละสถานพยาบาลมีการบูรณาการงานของหลายกรมกองเข้าด้วยกันยังเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลตามตัวชี้วัดดังกล่าว

“รายละเอียดเรื่องเขตสุขภาพนั้นทางผู้ปฏิบัติยังไม่มีใครรู้ น่าจะเป็นผู้บริหารมากกว่าที่จะทราบนโยบายพวกนี้ โดยเฉพาะในเรื่องของงบประมาณ มีแต่การสั่งงาน เช่น ANC คุณภาพมีอะไรบ้าง 1, 2, 3... เดี่ยวจะมาประเมิน การประชุมที่ผ่านมาก็คล้ายๆ ปีที่แล้วคือแก้ปัญหาเรื่องการส่งต่อ”

ประธาน MCH board จังหวัดในเขต ล

“การมีเขตสุขภาพขึ้นมาไม่ได้มีผลต่อ practice โดยตรง แม้แต่ service plan เอง ก็ไม่ได้อิงบริบท หรือไม่สามารถทำได้จริงใน practice เช่น การที่มีชื่อหมอเป็นที่ปรึกษาของทุกอนามัยหรือหมอต้งไปผ่าตัดตาม รพช. ก็อาจจะทำได้บางคน เพราะหมอบางคนก็รับคนไข้พิเศษจึงเป็นไปได้อยาก ทั้งการไปเยี่ยมและไปผ่าตัด นอกจากนี้การขาดเจ้าหน้าที่อื่นๆ เช่น ตมยา ก็เป็นอุปสรรคในการทำผ่าตัดอย่างปลอดภัย นอกจากนี้การฟ้องร้องก็มีผลต่อการทำหัตถการที่ รพช. ซึ่งหมอที่ถูกฟ้องต้องแบกรับความรับผิดชอบ แม้จะมีกฎหมายละเมิด แต่หมอก็เดือดร้อน เพราะโดนฟ้องคดีอาญา แต่พิจิตรเองไม่เคยมีปัญหาเรื่องนี้แม้จะมีแม่ตาย ส่วนหนึ่งเพราะหมอเราไม่ทิ้งคนไข้ และมีทีมใกล้เคียงที่ดี มี End of life care และมีระบบการดูแลคนไข้ที่ดีทั้งจังหวัด ถ้าเขตทำเช่นนี้ได้ก็น่าจะดี ซึ่งตัวแปรสำคัญคือผู้ประสานงาน หรือคนที่จะเป็นผู้บริหารจัดการให้เกิดเครือข่ายการทำงานที่แท้จริง ซึ่งก็ขึ้นกับตัวบุคคลอีกเช่นกัน เพราะถ้ารู้จักกันหรือมีระบบที่ดีการส่งต่อก็ง่าย แต่ก็เป็นไปได้ยากหากยังขาดผู้ประสานงาน”

สุติแพทย์ ประธาน MCH board ระดับเขต

“หลังจากมีนโยบายเขตสุขภาพ การทำงานของศูนย์มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก เพราะเดิมเราก็ทำงานกับทีมนี้อยู่แล้วเหมือนพี่น้องพามีเขตสุขภาพการทำงานก็ชัดเจน แต่พื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยฯ จะครอบคลุมเขตบริการสุขภาพ 2 เขต ทางนี้เราจะทำงานกับสรรพสิทธิประสงค์เป็นหลัก ส่วนของ จ.สกลนครและนครพนม (เขต ม) ทางหมอที่สกลนครก็จะเป็นหลักให้เมื่อมีนโยบายเขตสุขภาพ บทบาทของแพทย์ในโรงพยาบาลชัดเจน จากเดิมทางศูนย์มักจะเป็นผู้ประสานงานและเชิญแพทย์เป็นวิทยากร ตอนนี้ทางผู้ตรวจฯมีคำสั่งลงมา ทางโรงพยาบาลกลายเป็นเจ้าภาพ และทางศูนย์อนามัยเข้ามาช่วย ทำให้การทำงานง่ายขึ้น แต่เวลาผู้ตรวจฯ ลงไปตรวจราชการ หรือ สปสช. จะให้งบประมาณทำโครงการอะไรก็จะดูเหมือนสองจังหวัดคือ สกลนครและนครพนม โดนทอดทิ้งและศูนย์ก็ต้องส่งคนไปดูแลนิเทศงาน เพราะหากคนไปทำงานในเขต ม ยังไม่ได้”

นักวิชาการศูนย์อนามัยเขต

นอกจากนี้ความไม่ชัดเจนในกระบวนการจัดการเรื่องเขตสุขภาพ เป็นโจทย์ให้ผู้ปฏิบัติงานต้องปรับยุทธศาสตร์การทำงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามตัวชี้วัดที่กำหนดได้

“ความเปลี่ยนแปลงในเรื่องการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กหลังจากมีนโยบายเขตสุขภาพยังไม่ชัดเจนมากนัก ผู้ปฏิบัติยังไม่ค่อยรู้เกี่ยวกับนโยบายนี้ แต่สังเกตว่าการนิเทศงานของผู้ตรวจฯมีการชี้แนะแนวทางชัดเจนมากขึ้น แต่งบประมาณที่ทาง สสจ.ได้รับมากล้นน้อยลง แม้ยังต้องการผลงานตามตัวชี้วัดเหมือนเดิม ทำให้ผู้ปฏิบัติต้องหาช่องทางทำงานเอง ทั้งเรื่องงบ

และคน เราต้องไปหางบเองจากพื้นที่ โดยงบส่วนใหญ่ไปขอที่ อบต. ซึ่งมีความลำบาก เพราะ อบต.เองเค้าทำแผนไปแล้ว แต่แผนของเรากว่าจะออกก็ช้ามาก ทั้งที่มีนโยบายมาแล้ว เช่น เรื่องการให้เหล็กบำรุงเลือด”

“นโยบายของกระทรวง สธ. จะมาในรูปแบบตัวชี้วัด ผู้ปฏิบัติต้องไปคิด Process เองว่าทำอย่างไรจึงจะผ่าน และบ่อยครั้งต้องหางบมาทำเอง”

นักวิชาการ สสจ.

แผนปฏิบัติการในระดับเขต เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละเขตมีความก้าวหน้าและผลงานที่แตกต่างกัน ขึ้นกับความเข้มแข็งที่มีอยู่เดิมของทีมผู้ปฏิบัติงานในเขตนั่นๆ ซึ่งในทุกพื้นที่การดูแลสุขภาพแม่และเด็กจะทำงานผ่าน MCH board ระดับอำเภอและจังหวัด บางพื้นที่มี board ระดับเขต โดยนโยบายการตั้งคณะกรรมการนี้มีมาตั้งแต่ปี 2543 สมัย นพ.วัลลภ ไทยเหนือ เป็นรองปลัดฯ และยังคงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ ในแต่ละพื้นที่ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานตามตัวชี้วัด

“ปัจจุบันยังไม่มี MCH board ของเขต ล จะมีแต่ระดับจังหวัดเท่านั้นตามนโยบายที่มีแต่เดิม โดยมีการจัดประชุมทุกสองเดือนคณะกรรมการประกอบด้วยสูติแพทย์ (รพ.ระยอง เป็นประธาน) กุมารแพทย์ พยาบาลหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด well child clinic เวชกรรมสังคม NICU, sick newborn เทศบาล และจากโรงพยาบาลชุมชน (GP) โดยการทำงานเน้นการพัฒนาบริการเป็นหลัก เพื่อให้การบริการที่มีมาตรฐาน เช่น ระบบการส่งต่อยังมีปัญหา ทาง MCH board ก็พยายามแก้ไขแนวทางการดูแลส่งต่อให้ปลอดภัยมากขึ้น โดยการทำงานเน้นที่ระบบบริการตามตัวชี้วัดใน service plan ล่าสุดที่ทางผู้ตรวจमानิเทศงานก็มีการเสนอให้มีการตั้ง MCH board ระดับเขตขึ้น”

นักวิชาการ สสจ.เขต ล

“ผมเป็นประธาน MCH Board ระดับเขต ประมาณ 10 กว่าปี ตั้งแต่เป็นแพทย์สูตินรีแพทย์ที่ จ.เชียงราย ได้ทำการเก็บข้อมูลประวัติคนไข้ได้พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลจนได้นำมาใช้กับโรงพยาบาลได้อย่างมีระบบ และมีการสร้างเครือข่ายทำงานร่วมกับโรงพยาบาลอื่นๆ ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลแม่และเด็ก”

อดีตประธาน MCH board เขต ว

“โรงพยาบาลหาดใหญ่สร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใน รพช. รพท.ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องปลอดภัย โดยเฉพาะภาวะที่ทำให้เกิด Maternal mortality, morbidity เช่น ตกเลือดหลังคลอดและครรภ์เป็นพิษ นอกจากนี้รายที่มีความเสี่ยงสูงมาก ต้องได้รับการดูแลโดยมดของที่ประชุมแพทย์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมี สนับสนุนทั้งด้านความรู้และเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อน หรือเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่ำแก่ รพช.”

ประธาน MCH board จังหวัด ส

หลายพื้นที่มีการทำงานในระดับเขตที่เข้มแข็งตั้งแต่ก่อนที่จะมีนโยบายเขตสุขภาพเมื่อมีนโยบายเขตสุขภาพ คณะทำงานก็สามารถเสนอโครงการและวางแผนเพื่อพัฒนาการบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น เสียงสะท้อนกลับมา ส่วนใหญ่เป็นในแง่บวก

“ด้านบวก มีการเชื่อมโยงการทำงานด้านแม่และเด็กมากขึ้น จากเดิมที่เป็นงานของทางกรมอนามัย หลังจากมี service plan ทำให้เกิดโครงสร้างงานที่ชัดเจน โดยเฉพาะเรื่องงบประมาณและกำลังคน ต่างจากเดิมที่เป็นงานลักษณะ volunteer ทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่มี แต่เมื่อมี service plan มีตัวชี้วัดก็ทำให้งานมีแบบแผนมากขึ้น มีการเชื่อมโยงการทำงานชัดเจนมากขึ้น และมีศักยภาพเพิ่มขึ้น (ตัวชี้วัดใน service กำหนดชัดเจนถึงโรค หรือภาวะที่ต้องดูแลให้ได้ตามแผน และการกำหนดให้มองภาพในระดับเขต ตลอดจนลดการส่งต่อนอกเขตทำให้แต่ละพื้นที่ในเขตต้องทำงานร่วมกัน_ผู้สัมภาษณ์) ส่วนอิสระในการทำงานก็ไม่กระทบมาก ยังคงเป็นการทำงานแบบ bottom up และเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการทำงานเดิม ด้านลบ อาจจะมีอิสระน้อยลงบ้าง แต่ก็ไม่แย่มาก 80 ถึง 90 เปอร์เซ็นต์ทำงานเหมือนเดิม แต่ต้องมีการถูกประเมิน”

ประธาน MCH board

“การแบ่งเขตสุขภาพมีข้อดีคือ สามารถบริหารทำเป็น Service plan วางแผนใน 5-10 ปี ได้ว่าจะทำอะไร ไม่ใช่ต่างคนต่างทำ เนื่องจากได้ทราบถึงรายละเอียดแต่ละพื้นที่บริการ แต่ต้องให้อิสระในแต่ละเขตบริการด้วย ซึ่งปลัดฯ ให้อยู่แล้วแต่คิดว่า สปสช. ควรให้เงิน capitation แต่ละ เขตอย่างเหมาะสม ไม่ควรจะเท่ากันทั้งประเทศเพราะปัญหาไม่เหมือนกัน นอกจากนี้ยังอาจจะช่วยเรื่องการใช้ทรัพยากรซ้ำซ้อนไม่จำเป็นและไม่คุ้มค่า ซึ่งสมัยก่อนก็เป็นเรื่อง politic ทั้งสิ้น”

ผอ.รพ.จังหวัด อดีตประธาน MCH board

ระบบการส่งต่อภายในเขต ซึ่งเป็นประเด็นที่ service plan พยายามพัฒนาให้เข้มแข็งและลดการส่งต่อนอกเขต พบว่าขึ้นกับความเข้มแข็งของ รพ.แม่ข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรต่างระดับ และการจัดระบบภายในเขต

“ในแง่ service plan การส่งต่อในเขตยังมีปัญหาด้านศักยภาพของ รพ.แม่ข่าย ที่จะรับส่งต่อ จาก รพ.อื่นๆ ทางเราก็ส่งไปนครสวรรค์บ้างแต่ไม่มาก ถ้าคนไข้ที่ซับซ้อน มีโรคต่อมไร้ท่อ เรา ก็ส่ง รพ.พุทธชินราชซึ่งมีศักยภาพสูงกว่า การส่งต่อก่อนข้างง่าย คิดว่า รพ.สวรรค์ประชารักษ์ ควรต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ”

“ในเขตนี้ไม่มี perinatologist ไม่สามารถให้คำปรึกษาเรื่อง fetal anomaly ได้ ทาง รพ. สวรรค์ประชารักษ์ เองก็มีหมอสูติฯ ไม่เพียงพอ ซึ่งในแง่ของ รพ.แม่ข่ายก็จะลำบาก ทั้งความ พร้อมของเครื่องมือ ธนาคารเลือด แพทย์สาขาอื่นๆ ซึ่งปัญหานี้ก็ไม่ทราบว่าผู้บริหารระดับสูง มีการแก้ปัญหาอย่างไร แต่คิดว่าควรทุ่มงบประมาณไปในการพัฒนาศักยภาพ รพ.แม่ข่าย ไม่ต้องเอามา กระจายเป็นเบี้ยหัวแตก”

พยาบาลประจำห้องคลอดผู้ทำหน้าที่ประสานงาน MCH board ระดับเขต

“ระบบการส่งต่อเริ่มพัฒนาตั้งแต่โครงการสายใยรัก เนื่องจากที่นี่เป็น รพศ. ซึ่งหมอสูติ 16 คน (oncologist 2, MFM 2, training 1) ให้ความร่วมมือดี ยินดีรับ consult ในจังหวัดแพทย์มีความสัมพันธ์ดี เพราะก่อนอยู่ รพช. ก็ได้มาเพิ่มพูนทักษะที่ รพ.นี้ จึงมีความสนิทสนม มีการปรึกษาผ่านทาง Line group กรณีไม่เร่งด่วน ถ้าด่วนก็โทรศัพท์”

สูติแพทย์ MCH board เขต ฮ

นอกจากนี้ผู้นำ หรือ CEO ของเขตมีบทบาทสำคัญมากในการมอบนโยบาย การสนับสนุน ตลอดจนกำกับดูแล เรื่องการปฏิบัติ โดยเฉพาะหากปัญหาเรื่องสุขภาพแม่และเด็กเป็นปัญหาที่ CEO ให้ความสำคัญ ในบางเขต CEO ลงมากำกับดูแลใกล้ชิด ติดตามผลสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ปฏิบัติ โดยเฉพาะแพทย์มีความตื่นตัวมากขึ้น ฝ่ายสนับสนุน เช่น สสจ.หรือกรมวิชาการต่างๆ มีความพึงพอใจ เนื่องจากลดภาระงานในการกำกับติดตาม อย่างไรก็ตาม หากผู้ปฏิบัติเห็นว่านโยบายจากกระทรวงฯ จะทำให้การดูแลผู้ป่วยด้วยคุณภาพ ก็มีการพูดคุยเพื่อตกลง กันภายในเขตก่อนที่จะนำมาปฏิบัติ

“ในสมัยผู้ตรวจคนเดิม (ท่านดำรง) ผอ.ศูนย์วิชาการเข้าไปอยู่ในจะอยู่ใน คปสข. แต่เมื่อ 4-5 เดือนก่อน มีการเปลี่ยน CEO มีการตั้ง กข.คือกรรมการเขต ซึ่งเน้นการบริการระดับปฐมภูมิ คณะกรรมการนี้จึงไม่มีในส่วนของศูนย์วิชาการเข้าไปจะมีแต่สถานพยาบาลสาธารณสุข เท่านั้น แต่ศูนย์อนามัยของเรากับ รพ.จิตเวชมีโอกาสได้เข้าไปเพราะเรามีงาน clinical service แต่เดิม คปสข.จะรวมทุกด้าน แต่ตอนนี้มี กข. มาแทนที่ โดยมีการประชุมเดือนละ ครั้งและมีตัวแทนจากหน่วยงานปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. ผอ.รพช. ไม่เน้นการขยายหรือสร้าง รพ. ใหญ่ๆ”

“นโยบายฝากครรภ์สี่ครั้งตามแบบ WHO จะเห็นว่าต่างจากบ้านเรา เพราะเค้าไม่มีเรื่องธาลัสซีเมีย การส่งเสริมเรื่องนมแม่ก็ไปทำกันหลังคลอดทีเดียว เราจึงต้องมีการพูดคุยทำความเข้าใจจนในที่สุดก็ตกลงกันได้ที่เปิดครั้ง ซึ่งนับรวมที่ผู้ป่วยมารับการ counseling ด้วย”

ผอ.รพ.จังหวัด อติตประธาน MCH board

“เงินเพิ่มขึ้นจากเขตจัดสรร แม่และเด็กได้มาสองล้านทั้งเขต จนทำงานไม่ทัน แต่ความใกล้ชิดกับเขตมากขึ้น ท่านผู้ตรวจฯ ติดตามความเคลื่อนไหวตลอด เข้มกว่าเดิม กำกับย่อยตามคณะฯ”

“MCH board ของเขตนี้มานานกว่า 20 ปี โดยศูนย์อนามัยที่ ๗ จังหวัด ข เป็นผู้ประสานหลัก แต่การทำงานยังไม่ work นัก การทำงานไม่ประสานกันเท่าตอนนี้ อาจจะเป็นที่ผู้บริหารไม่ได้เห็นความสำคัญ แต่ตอนนี้เป็นหนึ่งในเรื่องที่คุณผู้ตรวจฯให้ความสำคัญและกำหนดให้จังหวัด น เป็นหลักในการบริหารจัดการ เช่น การตรวจเยี่ยม นิเทศงาน ทีมงานก็ต้องทำงานหนัก แต่ MCH board ของอุดรฯ ก็ทำงานเข้มข้น อยู่ในอันดับต้นๆ มานานเพราะสสจ. เป็นหมอสูติฯ”

“ผู้ตรวจฯสำคัญ เขตนี้ไปเร็วเพราะผู้ตรวจฯ เข้มและเอาจริง ลงมาวิเคราะห์ถึงหน่วยย่อยในระดับอำเภอ”

เจ้าหน้าที่ สสจ.เขต ม

“ผู้ตรวจฯมีส่วนมาช่วยดูแลและผลักดันนโยบายช่วยให้มีความรวดเร็วขึ้นกว่าเดิม ซึ่งศูนย์วิชาการไม่มีสิทธิ์ที่จะลงไปกำกับดูแล รพ.ได้โดยตรง งานทุกอย่างค่อนข้างดีแล้ว เหลือแต่ในส่วนของบทบาทและขอบเขตของการทำงาน ว่าจะเป็นอย่างไหน”

เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขต ท

อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลที่สังกัดกองทัพ ยังมีส่วนร่วมน้อยในเรื่องของเขตสุขภาพ มีเพียงบางเขตที่เข้าร่วมประชุมใน MCH board แต่ก็ขึ้นเพียงการรับฟังนโยบายเท่านั้น สำหรับโรงเรียนแพทย์อาจจะมีความร่วมมือทางด้านวิชาการบ้าง แต่การวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ตลอดจนการเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลเหล่านี้ยังคงจำกัด ขึ้นกับความสัมพันธ์เดิมในแต่ละพื้นที่

“ในส่วนโรงเรียนแพทย์เค้าไม่ได้มีส่วนร่วมเต็มตัว มักจะเป็นที่ปรึกษาเป็นส่วนใหญ่หรืออาจจะมาบรรยายในการประชุมวิชาการของเขต แต่เราก็พยายามปลุกฝังให้แพทย์รุ่นใหม่ทำงานเป็นเครือข่ายซึ่งประสบการณ์แบบนี้เค้าอาจจะไม่เห็นในโรงเรียนแพทย์ แต่ในความ

เป็นจริงเราไม่สามารถแก้ปัญหาเองได้ทุกอย่างจึงต้องทำงานเป็นเครือข่ายจะได้ไม่โทษกัน และให้เค้าเห็น role model ในการทำงานที่ดี เช่น เชิญ อ.ธีระ ทองสง มาเป็นวิทยากร ส่วน รพ. เอกชนนั้นเค้าเน้นในแง่ของ profit มากกว่าประโยชน์ของคนไข้ การทำงานร่วมกันจึงยาก”

ผอ.รพ.จังหวัด อดีตประธาน MCH board

“จากผลการศึกษาพบว่านโยบายเขตสุขภาพจะไม่ได้รวม รพ.มหาวิทยาลัย เข้าไปด้วย ซึ่งก็ไม่ได้เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะจะถือเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านทรัพยากร ทรัพยากร สถานที่ และคน ซึ่งทางด้าน รพ.ศรีนครินทร์เองมีศูนย์วิจัยสิริกิตฯ 200 เตียง รพ.ศูนย์ก็ยังมี การสร้าง Heart Center ขึ้นอีก อันที่จริงควรจะมี facility ของ รพ.มหาวิทยาลัย รวมเข้าไปด้วย กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นแม่งาน ควรจะ Integrate กันทั้งภายนอกภายใน เนื่องจากนโยบายต่างๆ ก็จะลงไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น”

อดีตประธาน MCH board เขต น

“มีการแบ่งงานระหว่าง รพศ. และ รพ.มหาวิทยาลัยชัดเจนมากขึ้น โดยแต่เดิมแบ่งตามพื้นที่อำเภอ ปัจจุบันลดจำนวนอำเภอที่ส่งต่อโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และพิจารณาดูความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย ทรัพยากรที่ รพ.มีอยู่ และพยายามพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลโดยไม่ซ้ำซ้อนกัน เช่น เพิ่มจำนวนตู้อบเด็กเพื่อรองรับเด็กคลอดก่อนกำหนด แต่ถ้าเด็กมีโรคแทรกซ้อนหรือความพิการร่วมด้วย ก็จะส่งต่อ มอ. รวมทั้งรายที่ส่งต่อจากสามจังหวัดชายแดนใต้ซึ่งมักมีอาการรุนแรงอยู่แล้ว”

ประธาน MCH board จังหวัด เขต ข

ผลผลิต ผลลัพธ์ สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ หรือไม่ เหมาะสมเพียงใด

ผลผลิตและผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นผลพวงจากระบบการทำงานเดิมในแต่ละพื้นที่ ในระยะแรกของนโยบายเขตสุขภาพนี้ ยังไม่เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนแตกต่างจากเดิมตัวชี้วัดของ service plan ยังคงเป็นปัญหาที่คล้ายคลึงกันทุกเขต

“Low birth weight ซึ่งเป็นปัญหาเหมือนกันทุกเขต มักจะมาจาก preterm มาตามหมอ MFM (maternal fetal medicine) Maternal death: MMR ซึ่งแผนล่าสุดตั้งไว้ 15: 100,000 จากเดิม 18: 100,000 ซึ่งเราก็กังๆทำไม่ได้ ปีล่าสุดก็มีห้ารายในระดับเขตสาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจาก PPH และโรคหัวใจเมื่อมีข้อมูลจากเครือข่ายก็ทำให้เราได้วางแผนแก้ไขทันที ทั้งเครือข่ายและเชิญผู้โดยทำ MM conference เอา case เข้ามาคุยกันและเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความเห็นและวิเคราะห์ปัญหาเพื่อการแก้ไข”

สูติแพทย์ เขต ฮ

“ตัวชี้วัดของกระทรวง สธ. ที่มีอยู่เป็นจำนวนมากจากนโยบายเขตสุขภาพไม่สามารถปฏิบัติได้ทั้งหมด เช่น การผ่าตัดคลอดใน รพ.ชุมชน เนื่องจากยังขาดทีมแพทย์ พยาบาลและอุปกรณ์ แต่จากการใช้มาตรการดังที่กล่าวไป (ปรับปรุงระบบการส่งต่อโดยส่งกราฟบันทึกการดำเนินการคลอดมาปรึกษาแพทย์ที่รับส่งต่อทาง internet ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยมา_ผู้สัมภาษณ์) ก็ช่วยลดการส่งต่อผู้ป่วยมารับการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นได้เป็นจำนวนมาก”

สูติแพทย์ เขต ช

นอกจากนี้การจับเก็บข้อมูลและความถูกต้องของข้อมูลยังมีปัญหา ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของตัวชี้วัดต่างๆ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ในการวางนโยบาย การใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบเป็นสิ่งสำคัญซึ่งยังมีจำกัดในระบบสุขภาพไทย

“ในเรื่องตัวชี้วัดของกระทรวงตาม Service plan ถ้าจะเอาให้เป๊ะตามนั้นก็เป็นไปได้ยาก เพราะมักจะไม่ครบถ้วน เช่น ข้อมูลจาก รพ.เอกชน เราก็ไม่สามารถประสานงานเพื่อเอามาได้ แม้แต่ข้อมูลจาก รพช.เองก็ยังไม่มีความสับสนไม่สามารถแยกพื้นที่ได้เพราะคนไข้อยู่ และข้อมูลก็ซ้ำซ้อนจากหลายแหล่ง ทั้งจาก รพ.สต. ซึ่งให้อสม.เก็บและจาก รพช.เอง แต่มองโดยภาพรวมแล้วคิดว่าไม่ผ่านเกณฑ์ตาม KPI เช่น เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพทั้งเรื่องจำนวนครั้ง และการมาฝากครรภ์ครั้งแรก เพราะ รพ.สต. ไม่สามารถตรวจเลือดได้เอง ต้องส่งมา รพช. รพศ. รวมทั้งรายที่ไปตรวจครั้งแรกที่เอกชน แล้วค่อยย้ายมา รพ.รัฐฯ การนับอายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกจึงเกิน 12 สัปดาห์ และไม่ผ่านตัวชี้วัดซึ่งแต่ละพื้นที่ก็พยายามแก้ปัญหากันไป”

นักวิชาการ สสจ.

“อีกแง่หนึ่ง คำว่าตัวชี้วัดที่มีปัญหาอาจจะหมายถึง ตัวชี้วัดที่เก็บไม่ได้ ตัวชี้วัดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของแพทย์เฉพาะทาง โดยเฉพาะตัวชี้วัดของกรมฯ เช่น เรื่องพัฒนาการเด็กปัญหาคือการเก็บข้อมูล การหาข้อมูล การวัดผล การรายงานที่ไม่ครบถ้วน ไม่ตรง”

ศูนย์อนามัยเขต จ

สิ่งที่คาดหวังไม่ถึง ได้แก่ อะไร มีที่มาอย่างไร และมีความหมายอย่างไรต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

ปัญหาหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตในปัจจุบันพบว่ามีสาเหตุจากโรคทางอายุรกรรมมากขึ้น สัดส่วนการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด หรือครรภ์เป็นพิษลดลง อาจเนื่องมาจากการพัฒนาคุณภาพการป้องกันและดูแลผู้ป่วยภาวะทั้งสองนี้ได้ดีขึ้น

“สาเหตุการตายของแม่ มีตกเลือด 2 ถึง 3 ราย แต่ที่พบบ่อยขึ้นคือโรคทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ ซึ่งได้ส่งต่อคนไข้มาให้หมออายุรกรรมหัวใจ แต่มีความล่าช้าในการดูแลเนื่องจาก แพทย์อายุรกรรมทั่วไปไม่ได้รายงานแพทย์โรคหัวใจ คนไข้มีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต จึงต้องพยายามปรับปรุงโดยการคุยกันมากขึ้น ระหว่างหมอสูติฯและอายุรกรรม นอกจากนี้ก็มี มะเร็งรังไข่ ซึ่งส่งต่อมา พบว่ายังมีข้อบกพร่องในการประสานงานระหว่าง Oncologist กับ หมอสูติฯ จำนวนคนไข้ตายนับที่ รพ.ปลายทาง ดังนั้นอุดรธานีก็จะมีคนไข้เสียชีวิตมากกว่า ที่ควรจะเป็น ดังนั้นต่อไปเราจะต้องคุยทั้งเขตเพื่อให้เกิดระบบที่ดี”

นักวิชาการ สสจ.เขต ม

“แม่ตาย” เป็นปัญหาของเขตนี้ แต่เป็นเคสจากการ refer เนื่องจากมีการ refer ข้ามเขตของ รพ. ไกลเคียง เพราะเคสดังกล่าวเป็นคนพื้นที่ของเขตบริการที่ 7 มีการส่งต่อกลับมารักษาตัวที่บ้านเกิด ส่วนใหญ่ที่เสียชีวิตจะเกิดจาก severe preeclampsia, DM un-control มักเป็น medical complication เพิ่มมากขึ้น เช่น HIV, SLE inactive, ITP

สูติแพทย์ รพศ.เขต น

การดูแลสุขภาวะของสตรีมีครรภ์ในปัจจุบัน นอกจากวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยแล้ว ระบบบริการที่มีคุณภาพและนโยบายสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่สุขภาวะที่ดีของสตรีมีครรภ์และทารก

ภาวะตกเลือดหลังคลอดและครรภ์เป็นพิษยังคงเป็นสาเหตุอันดับต้นในการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยของสตรีมีครรภ์ อย่างไรก็ตามพบว่าโรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ มะเร็งในสตรี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยขึ้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เช่นเดียวกับคนทั่วไปในปัจจุบัน การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่พบบ่อย ซึ่งในทุกโรงพยาบาลมีอยู่แล้วจึงเป็นมาตรการที่ยังไม่เพียงพอในการลดการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ ควรมีมาตรการในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้เหล่านี้

จากผลการศึกษาพบว่า หลังจากมีนโยบายเขตสุขภาพ มีการพัฒนามาตรฐานในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้บรรลุตัวชี้วัด ซึ่งมีความชัดเจนมากกว่าเดิม แต่งานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบทบาทของกรมวิชาการต่างๆ รวมทั้งสาธารณสุขจังหวัดกลับลดลงตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ไม่ได้สัดส่วนกับขนาดและพลวัตของปัญหาสุขภาพสตรีมีครรภ์ นอกจากนี้หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพสตรีมีครรภ์ในกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนมากและมีหลายส่วนที่มีการทับซ้อนเกี่ยวโยงกัน แต่ละกรมต่างมี ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดเฉพาะซึ่งซ้ำซ้อนหรือแปลกแยกกัน หากแต่ละพื้นที่ไม่สามารถบูรณาการงานเหล่านี้ หรือบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสมจะทำให้เกิดความสับสนต่อผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเมื่อมีโครงการหรือนโยบายใหม่ ซึ่งขาดความชัดเจน เช่นเดียวกับนโยบายเขตสุขภาพ ซึ่งผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่เข้าใจหลักการหรือจุดประสงค์หลักของนโยบายนี้เท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะ

1. บูรณาการงานและงบประมาณของทุกกรมกองในกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพสตรีมีครรภ์ เช่น กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค เข้าด้วยกันทั้งยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด ตลอดจนการกำกับติดตามประเมิน เพื่อลดภาระและป้องกันความสับสนของผู้ปฏิบัติ
2. กระทรวงสาธารณสุขควรเดินหน้านโยบายเขตบริการสุขภาพโดยมอบอำนาจจากส่วนกลาง (ทุกหน่วย) มายังเขต จังหวัด และอำเภอเพื่อให้ผู้รับผิดชอบสามารถร้อยเรียงระบบสนับสนุน (คน เงิน ของ) ให้สอดคล้องการแก้ปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบ และเอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะในการปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่องเท่าทันพลวัตของปัญหาและความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่
3. การกำกับติดตามโดยส่วนกลาง (สธ./สปสช.) ควรมุ่งเน้นการวัดสมรรถนะการพลิกแพลง (agility) แก้ปัญหามากกว่ามุ่งผลลัพธ์ หรือประสิทธิภาพ (efficiency) ซึ่งเป็นภาวะค่อนข้างตายตัว (rigidity) นอกจากนี้ การกำกับติดตามยังควรมองหาโอกาสที่หน่วยเหนือขึ้นไปโดยลำดับจะให้การสนับสนุนที่จำเป็นและอยู่นอกเหนือขอบเขตอำนาจรับผิดชอบของพื้นที่
4. มีการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งจะนำไปสู่การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างคุ้มค่า นอกจากนี้ควรสร้างความร่วมมือระหว่างศูนย์บริการทางการแพทย์ต่างๆ ทั้ง รพ.เอกชน รพ.สังกัดมหาวิทยาลัย และกองทัพในพื้นที่ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนและสิ้นเปลือง

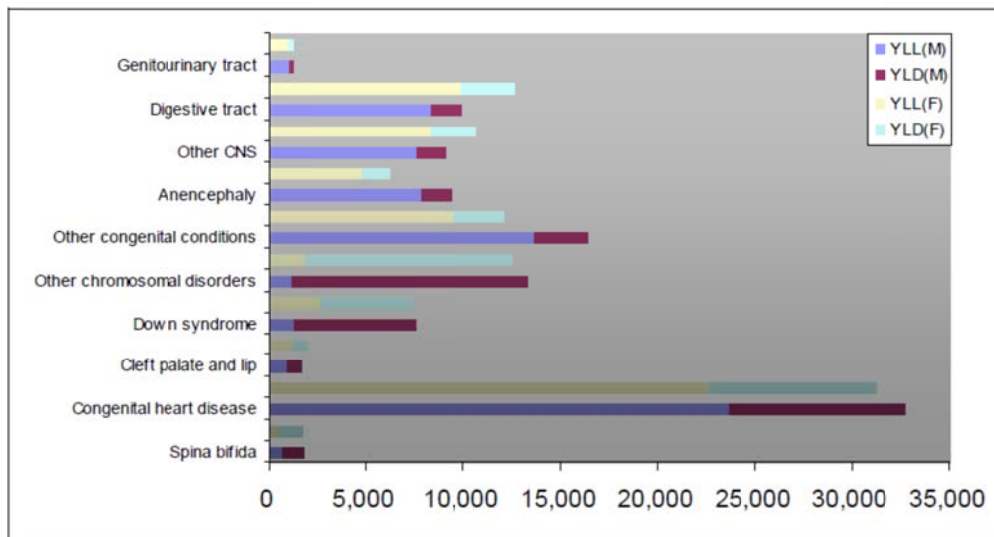
เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข 5 สาขาหลัก (สูติ-นรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์) (ฉบับ 25 มีนาคม 2556)
2. รายงานผลการศึกษา/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนา (ปฏิรูป) บทบาทภารกิจโครงสร้างและกลไกการทำงานกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข
3. ศูนย์อนามัยที่ 1 ถึง 12 ปี 2555
4. วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกและส่งเสริมสุขภาพ ปี 2554 (แฟ้ม MCH และ ANC) และปี 2553 (แฟ้ม ANC) รวบรวมฐานข้อมูลโดย สปสช.
5. ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548 ถึง 2554 สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สปสช.
6. รายงานผลการศึกษา/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนา (ปฏิรูป) บทบาทภารกิจโครงสร้างและกลไกการทำงานกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข
7. รายงานประจำปีกรมอนามัย 2555
8. ข้อมูลทะเบียนการเกิดสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ จัดทำข้อมูลโดยสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

กรณีศึกษา : ทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และระบบบริการสุขภาพในระดับเขต

บริบท

ความผิดปกติแต่กำเนิดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย พิการ หรือเสียชีวิต ผลการประมาณการตายจากความผิดปกติแต่กำเนิดของประเทศไทยในปี 2547 พบว่าสาเหตุอันดับหนึ่งของการตายในทุกกลุ่มอายุมาจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และสอดคล้องกับข้อมูลสถิติจากต่างประเทศ (สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) และพบว่า โรคหัวใจแต่กำเนิดเป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรคในกลุ่มเดียวกัน



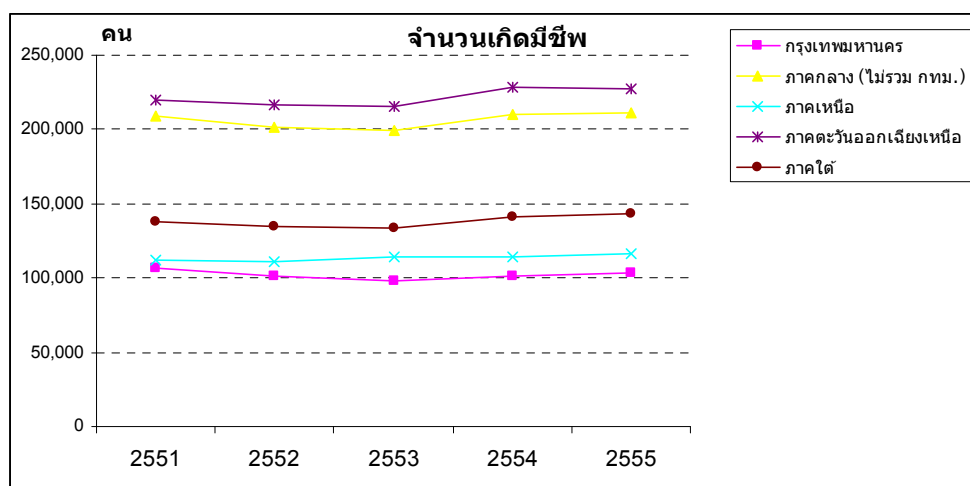
รูป 1 การศึกษาความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) จากความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital anomalies)
ที่มา : สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ข้อมูลสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 จนถึง ปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทย มีทารกคลอดมีชีพเฉลี่ยปีละประมาณเกือบ 800,000 ราย โดยมีจำนวนมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีอัตราการตายของทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี) ประมาณ 7 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน โดยหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ คือ การขาดออกซิเจน (asphyxia) ทั้งการขาดออกซิเจนขณะคลอด ความพิการแต่กำเนิด เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และการคลอดก่อนกำหนด

ตาราง 1 จำนวนเกิดมีชีพจำแนกรายภาค ปี พ.ศ. 2551 – 2555

	2551	2552	2553	2554	2555
ทั่วราชอาณาจักร	784,256	765,047	761,689	795,031	801,737
กรุงเทพมหานคร	106,655	101,112	98,134	101,019	103,280
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	209,044	201,604	199,877	210,293	211,742
ภาคเหนือ	111,558	111,057	114,501	114,146	116,014
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	219,434	216,893	215,605	228,195	227,213
ภาคใต้	137,565	134,380	133,563	141,378	143,488

ที่มา : http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=217&template=2R2C&yeartype=M&subcatid=15



รูป 2 จำนวนเกิดมีชีพจำแนกรายภาค ปี พ.ศ. 2551 – 2555

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบได้ทั่วโลก มีอุบัติการณ์ใกล้เคียงกัน รวมทั้งในประเทศไทย ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายใหม่ในประเทศไทยมีอัตรา 8 รายต่อเด็กที่เกิดมีชีวิต 1,000 รายต่อปี⁽¹⁾ และจากการศึกษาพบว่ามีการเกิดประมาณร้อยละ 10-30 เสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย⁽²⁾ ซึ่งหากรวมจำนวนทารกดังกล่าวด้วยแล้ว จะทำให้จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายใหม่ในประเทศไทยมีประมาณ 8,000 รายต่อปี ในจำนวนนี้พบว่าเป็นโรคหัวใจชนิดไม่เขียว ประมาณร้อยละ 65 และโรคหัวใจชนิดเขียวประมาณร้อยละ 35

กลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและชนิดไม่เขียวบางโรค มักจะมีความรุนแรงมากและมีอาการตั้งแต่วัยแรกเกิด ซึ่งเรียกว่า Critical Congenital Heart Disease (CCHD) หมายถึง กลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องการการรักษาโดยการผ่าตัดหรือสวนหัวใจเพื่อการรักษาร่วมด้วยภายในเดือนแรกของชีวิต จากงานวิจัยคาดการณ์ว่ามี CCHD ประมาณ 1-1.7 ต่อเด็กที่เกิดมีชีวิต 1,000 ราย⁽³⁾ ประกอบกับสถิติของสำนักนโยบาย

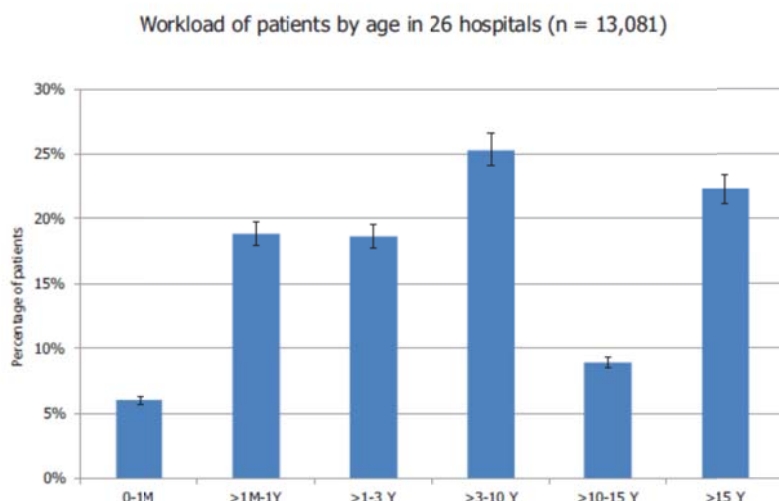
และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนเด็กที่เกิดมีชีวิตในประเทศไทยประมาณ 800,000 รายต่อปี (ที่มา สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2544 - 2555) จึงประมาณได้ว่าเด็กทารกแรกเกิดที่มี CCHD น่าจะมีจำนวน 1,360 รายต่อปี ดังนั้นประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เป็น CCHD ที่ต้องการการรักษาทั้งการผ่าตัดและสวนหัวใจเพื่อการรักษาถึงอย่างน้อยปีละ 1,000 ราย ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 คาดการณ์จำนวนทารกแรกเกิดที่มี critical congenital heart disease ต่อปี จำแนกรายภาค

	2551	2552	2553	2554	2555
ทั่วราชอาณาจักร	1,333	1,301	1,295	1,352	1,363
กรุงเทพมหานคร	181	172	167	172	176
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	355	343	340	357	360
ภาคเหนือ	190	189	195	194	197
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	373	369	367	388	386
ภาคใต้	234	228	227	240	244

งานวิจัยคาดการณ์ว่าจะมี CCHD ประมาณ 1.7 ต่อเด็กที่เกิดมีชีวิต 1,000 ราย

อย่างไรก็ตาม สถาบันที่สามารถให้บริการผ่าตัดทารกแรกเกิดได้ ยังคงมีภาระในการให้บริการผ่าตัดหัวใจสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่นๆ ด้วย โดยมีภาระงานในกลุ่มทารกแรกเกิดประมาณ ร้อยละ 6 (ข้อมูลช่วงปี 2549-2554) ดังแสดงในรูป 3 จำนวนโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดโรคหัวใจต่อปี เฉลี่ยปีละ 80 รายขึ้นไป มี 10 แห่ง ดังแสดงในตาราง 3 เมื่อพิจารณาตามจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจำแนกเป็น 3 กลุ่มย่อย พบว่า ในกลุ่มที่มีการผ่าตัดหัวใจ >500 ราย มีสัดส่วนของการผ่าตัดในกลุ่มทารกแรกเกิด ประมาณร้อยละ 6 (คิดเป็น 742 ราย) รองลงมาคือ กลุ่มที่มีการผ่าตัดหัวใจ 100-500 ราย มีสัดส่วนของการผ่าตัดในกลุ่มทารกแรกเกิด ประมาณร้อยละ 2.7 (คิดเป็น 41 ราย) ในขณะที่กลุ่มที่มีการผ่าตัดหัวใจ <100 ราย ไม่มีการผ่าตัดในกลุ่มทารกแรกเกิด หรือน้อยมาก จึงไม่มีในฐานข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ ดังแสดงในรูปภาพที่ 3 ซึ่งหากเทียบกับจำนวนคาดการณ์ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดที่ต่ำกว่าจำนวนคาดการณ์ ประมาณ 500 ราย ซึ่งยังไม่มีข้อมูลตัวเลขที่ชัดเจนถึงสาเหตุ เช่น อาจเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตก่อนการวินิจฉัย หรือเป็นกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการ

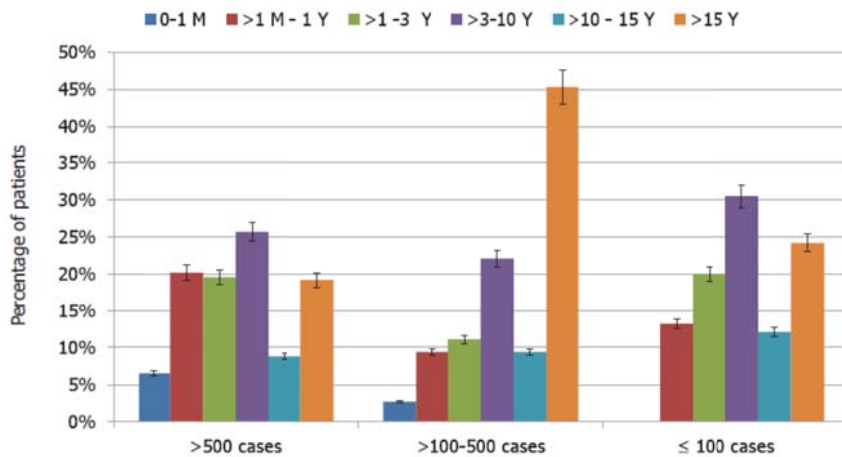


รูป 3 ภาระงานในการให้บริการผ่าตัดหัวใจในเด็กกลุ่มอายุต่างๆ
(ที่มา : First National Congenital Cardiac Surgical Database Report 2014)

ตาราง 3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลในทุกกลุ่มอายุ
จำแนกตามโรงพยาบาล ในช่วง 6 ปี (พ.ศ. 2549- 2554)

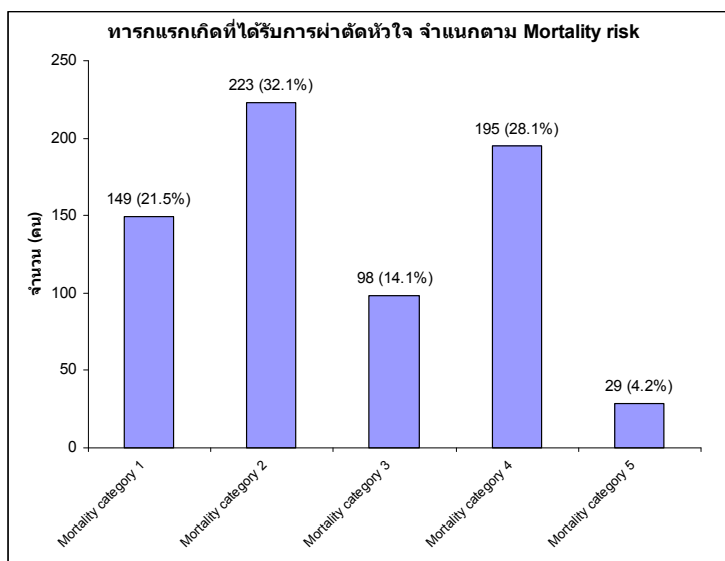
จำนวนผ่าตัด > 500 ราย			จำนวนผ่าตัด 100- 500 ราย			จำนวนผ่าตัด < 100 ราย		
รพ.	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล	รพ.	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล	รพ.	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล
A	584	7.5% (5.5-10.0)	K	107	8.4% (3.9-15.4)	Q	12	16.7% (2.1-48.4)
B	571	8.8% (6.6-11.4)	L	269	9.7% (6.4-13.8)	R	38	0.0%
C	2,036	4.8% (3.9-5.8)	M	374	1.3% (0.4-3.1)	S	65	1.5% (0.04-8.3)
D	1,000	5.3% (4.0-6.9)	N	396	3.5% (1.9-5.9)	T	44	9.1% (2.5-21.7)
E	563	9.0% (5.9-10.5)	O	122	0.8% (0.02-4.5)	U	41	0%
F	1,689	3.6% (2.7-4.5)	P	170	0%	V	4	0%
G	1,527	4.0% (3.1-5.1)				W	12	0%
H	517	7.5% (5.4-10.2)				X	1	0%
I	1,884	10.2% (8.9-11.7)				Y	10	0%
J	529	2.8% (1.6-4.6)				Z	21	0%

(ที่มา: First National Congenital Cardiac Surgical Database Report 2014)



รูป 4 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ในช่วง 6 ปี (2549 - 2554) จำแนกตามปริมาณ (ที่มา : First National Congenital Cardiac Surgical Database Report 2014)

เมื่อจำแนกผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจตามระดับความเสี่ยงของการเสียชีวิต พบว่า ร้อยละ 53 จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงของการเสียชีวิตในระดับ 1-2 และอีกร้อยละ 47 มีความเสี่ยงในระดับ 3-5 ซึ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลระดับที่มีความเชี่ยวชาญสูง



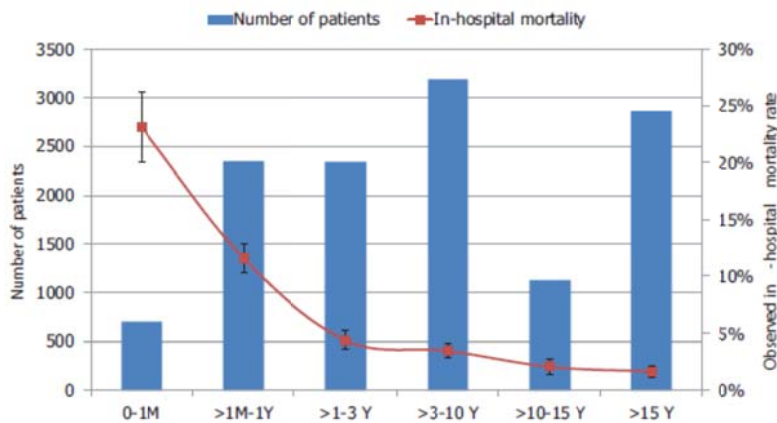
รูป 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจตามระดับความเสี่ยงของการเสียชีวิต (ที่มา : First National Congenital Cardiac Surgical Database Report 2014)

จากงานวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น แสดงว่าสถาบันที่มีจำนวนเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เข้ารับการผ่าตัดมากกว่า 100 รายต่อสถาบันต่อปี มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยน้อยกว่าสถาบันที่มีจำนวนเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เข้ารับการผ่าตัดน้อยกว่า 100 รายต่อปีอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁴⁾ ซึ่งอาจสะท้อนได้ว่าจำนวนเด็ก

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดในแต่ละปีที่มากพอ มีความสอดคล้องกับผลการรักษาที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับในประเทศไทยนั้นมีสถาบันที่ผ่าตัดเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมากกว่า 100 รายต่อปี จำนวน 14 สถาบัน ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวนการผ่าตัดโดยรวมประมาณ 3,000 รายต่อปี ถ้าประมาณการบนฐานงานวิจัยดังกล่าว จำนวนศูนย์หัวใจที่มีศักยภาพในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยกลุ่ม CCHD ในประเทศไทยควรมีอย่างน้อย 10 - 14 แห่ง และกระจายในแต่ละภูมิภาคอย่างเหมาะสม จากตารางคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยทารกที่ได้รับการผ่าตัด หากกำหนดให้จำนวนผ่าตัดประมาณ 100 รายต่อปีต่อสถาบัน จะเห็นได้ว่าภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือควรมีศูนย์หัวใจที่มีศักยภาพในการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยกลุ่ม CCHD มากกว่าภูมิภาคอื่นๆ (ประมาณ 4 แห่งต่อภาค) อย่างไรก็ตาม ระยะเวลารอคิวผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่สามารถส่งผลกระทบต่อการรักษา เช่น ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น หรือผู้ป่วยไม่กลับมาได้รับการรักษา ผลการศึกษาระยะเวลารอคิวผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปีงบประมาณ 2550 พบว่ามีค่ามัธยฐานสำหรับการรอผ่าตัด arterial switch operation, BT shunt และ VSD closure เท่ากับ 5, 69 และ 71 วัน ตามลำดับ และระยะเวลาดังกล่าวเมื่อเทียบกับปี 2547 (อภิชัย คงพัฒนโยธิน วิทยานิพนธ์ 2552) ดังนั้น การวางแผนและการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการให้บริการโรคเหล่านี้

ข้อมูลจากการศึกษาของ The Society of Thoracic Surgeons of Thailand (First National Congenital Cardiac Surgical Database Report 2014) รวบรวมจากโรงพยาบาลจำนวน 26 แห่ง ทั่วประเทศ (รายชื่อโรงพยาบาลดังแสดงในภาคผนวก) ซึ่งรวบรวมข้อมูลของทุกช่วงอายุ (n= 13,081) ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2554 โดยมีสัดส่วนของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคิดเป็นร้อยละ 83.4 และหากพิจารณาในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 81.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสัดส่วนทารกแรกเกิดที่มีภาวะ congenital heart disease และได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 6 (n= 783) ทั้งนี้ไม่นับรวมทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมที่ผ่าตัด PDA ligation อีกจำนวน 262 รายที่ไม่ได้รวมอยู่ในฐานข้อมูลระยะเวลานอนโรงพยาบาลภายหลังการผ่าตัดนานประมาณ 23 วัน (95%CI 19.5-25.5) ซึ่งนานกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และอัตราการเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลอย่างหยาบ (crude mortality rate) ของทารกแรกเกิดสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ โดยคิดเป็นร้อยละ 23

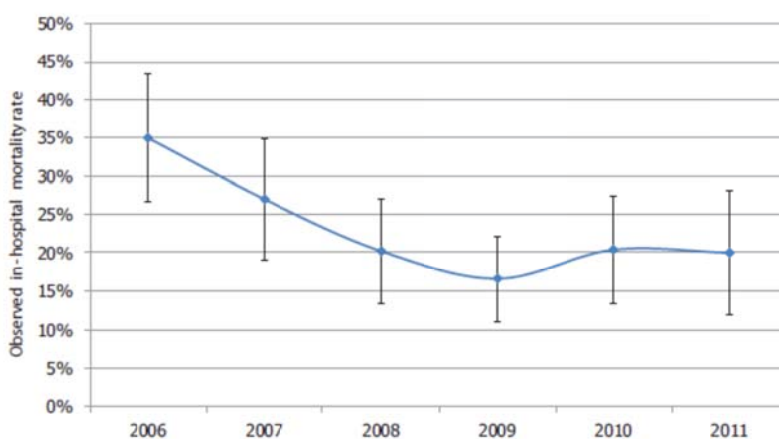
Patients by age and observed in-hospital mortality in 26 hospitals (n = 12,574)



รูป 6 แสดงอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแต่ละช่วงอายุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549-2554 (ที่มา : First National Congenital Cardiac Surgical Database Report 2014)

เมื่อจำแนกตามปี พบว่ามีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปี 2549 ดังรูป 6 preoperative risk factor ในกลุ่มทารกแรกเกิด ส่วนใหญ่ที่พบคือ mechanical ventilatory support เนื่องจากผู้ป่วยทารกประมาณ 20% ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนที่จะเข้าผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ respiratory insufficiency (15%) ซึ่งจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานกว่า 7 วัน รองลงมาคือ low cardiac output (12%), pneumonia (12%) ตามลำดับ 6 year survival rate ในกลุ่มทารกแรกเกิดภายหลังการผ่าตัดมีค่าอยู่ระหว่าง 93-96%

Newborn patients (0-30 day), observed in-hospital mortality rate and calendar year (n = 701)



รูป 7 แสดงอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549-2554

(ที่มา : First National Congenital Cardiac Surgical Database Report 2014)

แต่จากรายงานของสมาคมศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอกดังกล่าว พบว่าทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับการผ่าตัดภายในช่วงอายุ 1 เดือน เฉลี่ยเพียงปีละ 175 ราย ซึ่งน้อยกว่าประมาณการอยู่มาก ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย การวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดในช่วงเวลาวิกฤตที่มีอาการรุนแรงนั้นทำได้ยาก การวินิจฉัยและให้การรักษาเบื้องต้น รวมทั้งการส่งต่อที่ล่าช้า จะทำให้ผลการรักษาไม่ดีตามที่ควรจะเป็น ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน การขาดแคลนเตียงในการรักษาผู้ป่วยรายอื่นๆ ก็จะมาเกิดเป็นปัญหาในการบริหารจัดการ จึงควรให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงบริการในเวลาที่เหมาะสม

หลังจากรัฐบาลไทยประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนโรคหัวใจและหลอดเลือดให้เป็นโรคหลักโรคหนึ่งในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงและจัดสรรงบประมาณจำเพาะให้ โดยระหว่างปี พ.ศ. 2545 – 2549 ใช้งบประมาณสนับสนุนทั้งหมดไปกว่า 800 ล้านบาท⁽⁵⁾ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการที่ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา ให้มีหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพื่อพัฒนาเป็น excellent center ทางด้านโรคหัวใจ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับตามศักยภาพของสถาบันนั้นๆ อย่างไรก็ตามในช่วงแรกการพัฒนาในด้านการลงทุนกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (coronary heart diseases) และพัฒนาระบบการส่งต่อเป็นหลัก สำหรับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้นเน้นไปที่การลดระยะเวลาการรอผ่าตัดเนื่องจากมีคิวผ่าตัดที่นานมาก ในช่วงเวลาเดียวกัน รัฐบาลได้จัดให้มีโครงการแก้วตาดวงใจ ถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ เนื่องในวโรกาสครบ 72 พรรษา โดยสนับสนุนการผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในขณะที่มูลนิธิเด็กโรคหัวใจในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนากรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ได้จัดโครงการ 20,000 บาทต่อหนึ่งชีวิต โครงการเหล่านี้ผลักดันให้เกิดการผ่าตัดเด็กโรคหัวใจทั่วประเทศแบบเปิดเพิ่มขึ้นเป็น 3,729 รายในช่วงเวลา 1 ปี ระหว่างมิถุนายน 2548 ถึง 2549 ในจำนวนนี้เป็นผ่าตัดในเวลาราชการ 2,230 ราย และนอกเวลาราชการ 1,499 ราย การผ่าตัดที่เพิ่มสามารถลดอัตราการรอคอยของผู้ป่วยได้มาก แต่การเพิ่มขึ้นนี้มากน้อยแตกต่างกันไปตามแต่ละสถาบันด้วยข้อจำกัดที่แตกต่างกัน และ ไม่ได้เพิ่มขึ้นสม่ำเสมอต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของโครงการ ซึ่งปัจจุบันยังมีโครงการต่อเนื่อง และนอกจากนี้มูลนิธิเด็กโรคหัวใจยังเป็นศูนย์กลางในการประสานงานหรือรับส่งต่อเพื่อการผ่าตัดให้แก่โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคอีกด้วย

ประสบการณ์ในประเทศอังกฤษเกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้น⁽⁶⁾ มีจุดเริ่มต้นตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2001 จากการที่ภาคประชาสังคมให้ความสนใจและผลักดันให้เกิดการประเมินคุณภาพการผ่าตัดเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (the Bristol Royal Infirmary) ทำให้เกิดการศึกษาและประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จากหน่วยงานอิสระต่างๆ เช่น National Institute of Clinical Excellence (NICE) เป็นต้น จนกระทั่งมีคำแนะนำให้ลดจำนวนสถาบันที่ผ่าตัดเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจากเดิม 11 สถาบัน

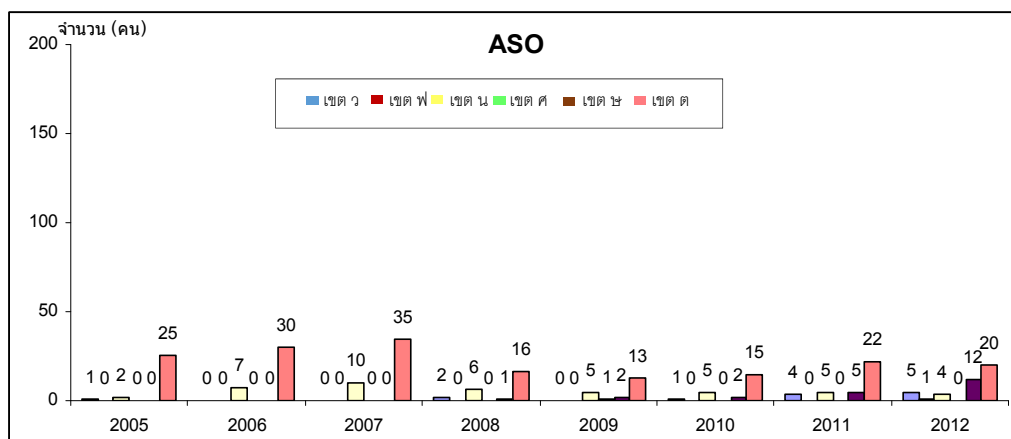
เหลือเพียง 6 - 7 สถาบัน เพื่อให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพและยั่งยืน โดยแต่ละสถาบันควรมีศัลยแพทย์อย่างน้อย 4 คน และมีจำนวนการผ่าตัดอย่างน้อยปีละ 500 หัตถการ หรือ 125 หัตถการต่อศัลยแพทย์ 1 คน รวมทั้งมีทีมงานที่จะดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง คณะกรรมการเสนอให้มีการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย มีฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ที่จะรายงานและวิเคราะห์ผลการรักษาอย่างเป็นระบบ จนถึงปัจจุบันแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทยยังเป็นในลักษณะที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการสร้างเครือข่ายการดูแลอย่างเป็นระบบและใช้คุณภาพการรักษาที่ได้มาตรฐานเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาจำนวนสถาบันที่เหมาะสม ซึ่งประเทศไทยอาจนำแนวทางการพัฒนาดังกล่าวของประเทศไทยมาเป็นบทเรียนในการสร้างระบบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

สรุปภาพรวมบริบทการให้บริการในอดีต

การเข้าถึงบริการ พบว่าทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถเข้าถึงบริการมากยิ่งขึ้น จากการที่มีหน่วยบริการมากขึ้นและการจัดการจากนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เห็นได้จากกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและได้รับการผ่าตัดใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงร้อยละ 81.4 อย่างไรก็ตามการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในระดับตติยภูมิขึ้นเลือนั้นยังมีความเหลื่อมล้ำ เนื่องจากการรักษาที่มีความซับซ้อนยังจำกัดในโรงเรียนแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ดังจะเห็นได้จากการผ่าตัด arterial switch operation ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อนและต้องทำในช่วงที่ทารกแรกเกิดมีอายุระหว่าง 2-3 สัปดาห์ จึงจะมีผลการรักษาที่ดี ยังจำกัดอยู่เพียงบางสถาบัน เป็นที่น่าสังเกตว่าการผ่าตัด palliative shunt นั้นมีโอกาที่จะเข้าถึงบริการได้มากกว่ามาก ระบบการส่งต่อเพื่อรับการผ่าตัดในสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญสูง ส่วนใหญ่ยังอาศัยการติดต่อไม่เป็นทางการ โดยกุมารแพทย์โรคหัวใจจะประสานไปยังสถาบันที่เคยเข้าฝึกอบรม หรือติดต่อไปยังมูลนิธิเด็กโรคหัวใจ ซึ่งบางครั้งอาจไม่เป็นตามเขตสุขภาพ เนื่องจากปัญหาด้านคิวรอผ่าตัด หรือจำนวนเตียงใน NICU ไม่เพียงพอ

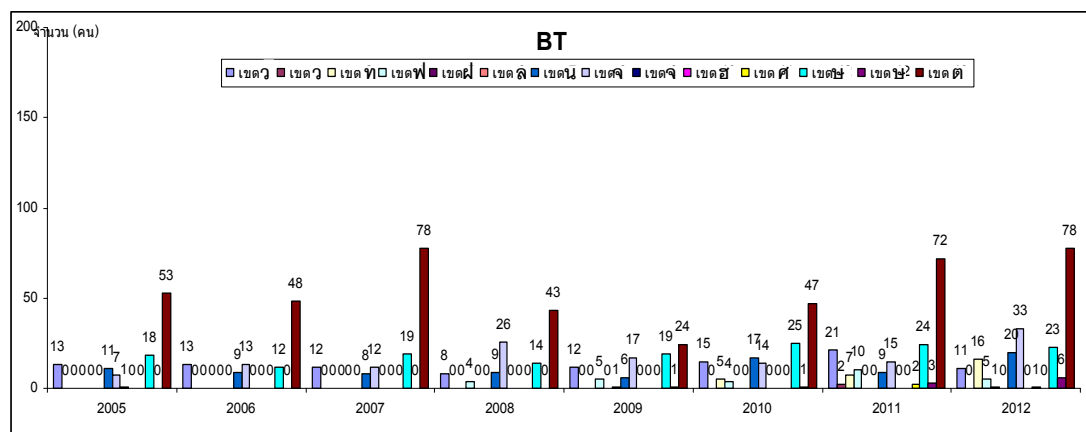
ตาราง 4 จำนวนที่ได้รับการผ่าตัด arterial switch operation แยกรายเขต ระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2555

	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
เขต ว	1	.	.	2	.	1	4	5
เขต ฟ	.	.	.	.	.	.	.	1
เขต น	2	7	10	6	5	5	5	4
เขต ศ	.	.	.	.	1	.	.	.
เขต ช	.	.	.	1	2	2	5	12
เขต ต	25	30	35	16	13	15	22	20
รวม	28	37	45	25	21	23	36	42



ตาราง 5 แสดงจำนวนที่ได้รับการผ่าตัด BT แยกรายเขต ระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2555

เขต	BT	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
ว		13	13	12	8	12	15	21	11
ท		.	.	.	.	.	.	2	.
ทร		.	.	.	.	.	5	7	16
พ		.	.	.	4	5	4	10	5
ฝ		.	.	.	.	.	.	.	1
ล		.	.	.	.	1	.	.	.
น		11	9	8	9	6	17	9	20
ม		7	13	12	26	17	14	15	33
จ		1	.	.	.	.	.	.	.
อ		.	.	.	.	.	.	.	1
ศ		.	.	.	.	.	.	2	.
ช		18	12	19	14	19	25	24	23
ช		.	.	.	.	1	1	3	6
ว		53	48	78	43	24	47	72	78
รวม		103	95	129	104	85	128	165	194



(ที่มา : วิเคราะห์ข้อมูล โดย รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์)

คุณภาพบริการ จะเห็นได้ว่าในภาพรวมของประเทศแล้ว อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ลดลงจากร้อยละ 35 ในปี พ.ศ. 2549 เหลือร้อยละ 23 ในปี พ.ศ. 2554 (First National Congenital Cardiac Surgical Database Report 2014) แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการบริการในภาพรวมที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามควรจะมีการพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมทุกสถาบันในประเทศต่อไป

ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในช่วงที่ผ่านมา เป็นผลจากนโยบายการพัฒนา excellent center ทางด้านหัวใจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโรงพยาบาลศูนย์เกือบทุกแห่งเป็น newborn excellent center ทำให้มีการสนับสนุนด้านทรัพยากรสำหรับการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด แต่อย่างไรก็ตามจากการประเมินผลการดำเนินการโครงการดังกล่าวแล้ว (นพ.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ) ได้เสนอให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพระดับชาติ ซึ่งมีใช้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อไม่ให้เกิดการจำกัดมุมมองและบทบาทการพัฒนาเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดตน และต้องสามารถจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาในภาพรวมของประเทศ ขณะเดียวกันต้องสามารถทำงานในลักษณะความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆได้อีกด้วย

นอกจากนี้บทบาทขององค์กรวิชาชีพ เช่น ชมรมกุมารแพทย์โรคหัวใจ ศัลยแพทย์โรคหัวใจเด็ก กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด และองค์กรการกุศล ได้แก่ มูลนิธิเด็กโรคหัวใจ ในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนตั้งแต่การช่วยเหลือให้ทุนแก่กุมารแพทย์ที่สนใจศึกษาต่อทางด้านโรคหัวใจในเด็ก สนับสนุนงานด้านวิชาการออกหน่วยช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจทั่วประเทศ โดยการคัดกรอง ติดตามผลการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถาบันที่เหมาะสมต่อไป มูลนิธิเด็กโรคหัวใจมีบทบาทชัดเจนยิ่ง คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจให้ได้รับการผ่าตัดผ่านโครงการผ่าตัดเด็กโรคหัวใจ 2,500 ราย ถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างพฤศจิกายน 2552 – กันยายน 2555 ซึ่งนับเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดรวดเร็วขึ้น มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นและในจำนวนนี้ก็มีทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรวมอยู่ด้วย

การเงินการคลังและกำลังคน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้งบประมาณสนับสนุนด้านโรคหัวใจทั้งหมดไปกว่า 800 ล้านบาท โดยแบ่งเป็นงบลงทุนร้อยละ 79 เช่น สนับสนุนงบสำหรับจัดซื้อเครื่องตรวจสวนหัวใจ ค่าตอบแทนร้อยละ 19 ขณะที่ใช้งบพัฒนาบุคลากรร้อยละ 3 ถึงแม้การบริหารงบประมาณจะทำให้ผลผลิตเพิ่มขึ้นก็ตาม ที่ผ่านมาก็ยังขาดความพอเพียงและแน่นอนของงบประมาณในการพัฒนา ด้านกำลังคนนั้น ในปัจจุบันประเทศไทยมีกุมารแพทย์โรคหัวใจทั้งหมด 114 คน และกระจายอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ในแต่ละภูมิภาคอย่างน้อย 1 คนต่อแห่ง และมีศัลยแพทย์โรคหัวใจที่สามารถผ่าตัดทารกแรกเกิดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ดีเพียงประมาณ 10 คนซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร ทั้งภาครัฐและเอกชน กุมารแพทย์

ทารกแรกเกิดก็ขาดแคลนเป็นอย่างมากและมีภาระงานปริมาณมากในการดูแลทารกแรกเกิด โดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย ทำให้เกิดข้อจำกัดอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

“อุบัติการณ์ของเด็กที่เป็นโรคหัวใจในศูนย์ของเรา จะมีเด็กที่เป็นโรคหัวใจในแต่ละปีที่เป็น new case 1,200-1,300 คนต่อปี เราจะมีทารกไหลเข้ามาเดือนละ 100 คน เฉลี่ยวันละ 3 คน”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลขนาดใหญ่

แต่อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมการกระจายตัวของกุมารแพทย์โรคหัวใจดีกว่าเดิมมาก รวมทั้งการมีกุมารแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทำให้การวินิจฉัยรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยที่ผ่านมามีการดำเนินโครงการคัดกรองผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในหลายจังหวัดทั่วประเทศ

“ปัจจุบัน แพทย์ GP ทุกคน น่าจะสามารถคัดกรองโรคได้ คิวตรวจวินิจฉัยไม่นาน Echocardiography สามารถทำได้ทุกวัน นัดตรวจสวนหัวใจได้คิวไม่นานเกินหนึ่งเดือน คิวผ่าตัดประมาณ 1-2 เดือน ถ้าตัวสามารถแทรกได้ตลอดเวลา”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

“ระบบการส่งต่อเร็วขึ้นเมื่อเทียบกับสมัยก่อน โดยปัจจุบัน รพ.จังหวัดทุกแห่ง สามารถคัดกรองโรคได้ด้วยเครื่อง Pulse oximeter แต่อย่างไรก็ตาม การให้ definite diagnosis ยังจำเป็นต้องส่งต่อมาที่ pediatric cardiologist”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

นโยบายบริการสุขภาพระดับเขต การเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้นมีความซับซ้อนมาก ตั้งแต่การวินิจฉัยที่จะต้องถูกต้องและรวดเร็ว กระบวนการส่งต่อ กระบวนการรักษา ระบบการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งด้านความพร้อมของบุคลากร เครื่องมือในการรักษา โดยเฉพาะการดูแลที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพ (service plan) ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา ในภาพรวมมีการกำหนดนโยบายในการดูแลกลุ่มแม่และเด็กอยู่แล้ว แต่กรณีทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่ได้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดชัดเจนในทุกเขตบริการสุขภาพ ส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากต้องดูแลอย่างบูรณาการจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ ถึงแม้จะมีการจัดตั้ง excellent cardiac center ของทั้งกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนก็ตาม การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในหลายเขตก็ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็น

ผลมาจากนโยบายเขตสุขภาพที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตามในบางเขตบริการสุขภาพ ผู้บริหารมองเห็นว่าการมีนโยบายเขตบริการสุขภาพก็เป็นโอกาสในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือในมุมมองของกุมารแพทย์โรคหัวใจ ก็เห็นว่าการมีนโยบายดังกล่าวมีส่วนช่วยในการสนับสนุนการทำงานเป็นเครือข่ายได้ง่ายขึ้น รวมถึงทำให้การจัดทำกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องสามารถของบประมาณมาสนับสนุนได้ง่ายขึ้น

“ยังไม่มีประเด็น Service plan สำหรับทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยตรง แต่จะอยู่ในส่วนย่อยของทารกแรกเกิด”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

“ใน service plan ปัญหาเรื่องเด็กมีความพิการทางหัวใจ เป็นปัญหาหนึ่งที่เรากำลังพัฒนาในโรงพยาบาล.....ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ เรามีหมอหัวใจเด็ก หมอผ่าตัดศัลยกรรมเด็กก็มี แต่ก็ไม่ได้เล่นเรื่องหัวใจ เพราะฉะนั้นถ้าเป็นโรคหัวใจที่ไม่ต้องผ่าตัดเราดูแลได้ แต่ถ้าหัวใจที่ต้องผ่าตัดเราต้องส่งเข้ากรุงเทพฯ กำลังพัฒนาแต่ไม่ง่าย เพราะหมอศัลยกรรมเด็กไม่ค่อยมีคนเรียน ยิ่งศัลยกรรมหัวใจเด็กยิ่งหายาก”

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง

“การมีนโยบาย Service plan เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ รพ. พยายามพัฒนาคุณภาพบริการ และช่วยทำให้การดำเนินกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อการบริการรักษาทำได้ง่ายขึ้น เช่น การได้รับงบประมาณสนับสนุน การได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานนอก รพ. เช่น ปัจจุบันมีการวางแผนทำโครงการติดตามผู้ป่วย loss of follow up”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

“เป็นนโยบายที่ดี แต่ต้องระวังประเด็นคนไข้เสียโอกาส หากกรณีที่มี complication แต่ รพ. ไม่ส่งต่อมารับการรักษา”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง

ในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง หลังจากมีนโยบายเขตบริการสุขภาพส่งผลให้มีการแบ่งพื้นที่การดูแลผู้ป่วยชัดเจนขึ้น มีการวางแผนจัดสรรทรัพยากรร่วมกันผ่านทาง MCH board โดยคำนึงถึงการระดมความร่วมมือจากบุคลากร ในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด จัดสรรเตียง/ตู้อบให้กับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิดมากยิ่งขึ้น มีระบบการส่งต่อไปยังโรงเรียนแพทย์ในกรณีที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ซับซ้อน ยกเว้นบางกรณีก็ต้องส่งเข้ากรุงเทพมหานคร

การแบ่งพื้นที่การดูแลผู้ป่วย การวางแผนจัดสรรทรัพยากรร่วมกันผ่านทาง MCH board

ตาราง 6 การแบ่งพื้นที่การดูแลผู้ป่วย การวางแผนจัดสรรทรัพยากรร่วมกันผ่านทาง MCH board

เขต บริการ สุขภาพ	แผน ปฏิบัติการ	ผลผลิต		ผลลัพธ์		สิ่งที่ไม่คาดหมาย	
	ทารกแรกเกิด ที่มีโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิด	ผ่าน เกณฑ์	ก้าวหน้า	ผ่าน เกณฑ์	ก้าวหน้า	บวก	ลบ
ว	ชัดเจน	คืบหน้า	NA	NA	NA	มีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล ในเขต ผ่าตัดในทารกแรกเกิดได้ พัฒนาทางด้านวิชาการ	
ท	ไม่ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	มีโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ที่มี ศักยภาพ	
ทร	NA	NA	NA	NA	NA		
ฟ	ไม่ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล นอกกระทรวงสาธารณสุข (รพ. ธรรมศาสตร์)	
ฝ	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	เน้นการวินิจฉัย ขาดแคลนบุคลากร กำลังพัฒนาการผ่าตัดในเด็ก	
ล	กำลังพัฒนา	NA	NA	NA	NA	มีกุมารแพทย์โรคหัวใจที่จะดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคหัวใจที่ไม่ต้องผ่าตัดแต่ขาดแคลน ศัลยแพทย์	
น	ชัดเจน	คืบหน้า	NA	ชัดเจน	NA	ดูแลรักษาผู้ป่วยภายในเขตได้มากยิ่งขึ้น มีการพัฒนาศูนย์โรคหัวใจ และ pediatric cardiac intervention	เกิดการแข่งขันกับ โรงพยาบาลนอก สังกัดกระทรวง สาธารณสุข
ม	กำลังพัฒนา	NA	NA	NA	NA	สามารถผ่าตัดชนิดไม่ซับซ้อน เช่น PDA ligation	
จ	ชัดเจน	คืบหน้า	NA	NA	NA	ปัจจุบันเป็นสถาบันฝึกกุมารแพทย์ โรคหัวใจ ร่วมกับ รพ.ธรรมศาสตร์	
ฮ	กำลังพัฒนา	NA	NA	NA	NA	มีศักยภาพในการดูแลทารกโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด ส่งต่อเฉพาะโรคซับซ้อน	
ศ	ชัดเจน	NA	NA	NA	NA	ขาดแคลนบุคลากร พัฒนาระบบการส่งต่อ	
ษ	กำลังพัฒนา	NA	NA	NA	NA	มีความร่วมมือที่ีระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ และโรงเรียนแพทย์ ส่งนอกเขตในกรณีโรค ชนิดซับซ้อน	ขาดแคลนเตียง สำหรับทารกแรก เกิด และ ศักยภาพ ในการผ่าตัดโรคที่ ซับซ้อนมาก
ด	NA	NA	NA	NA	NA	มีสถาบันที่มีศักยภาพสูงอยู่แล้ว หลายสถาบัน	

จากนโยบายเขตบริการสุขภาพส่งผลให้อย่างน้อย 4 เขตบริการ มีนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (critical congenital heart disease) ที่ต้องได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตอย่างเร่งด่วน แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนหนึ่งเกิดจากนโยบายเขตบริการสุขภาพ โดยพิจารณาเลือกที่จะพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยด้วย echocardiogram รวมถึงการผ่าตัดที่เป็น closed heart surgery ได้แก่ 1) PDA ligation ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มี patent ductus arteriosus 2) Palliative shunt โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว และการสวนหัวใจ 3) Balloon septostomy ในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ซึ่งในปัจจุบันอย่างน้อย 4 เขตบริการสุขภาพยังไม่สามารถทำการผ่าตัดรักษาได้ และในเขตที่รักษาได้ก็ยังไม่สามารถให้บริการได้เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วย หัตถการเหล่านี้ถือว่าการผ่าตัดที่ช่วยผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้รอดชีวิตในภาวะฉุกเฉิน เช่น ขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง (severe hypoxia) หัวใจล้มเหลว ปอดอักเสบ รวมทั้งในกรณีทารกที่มีน้ำหนักน้อยที่อาจจะยังไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติได้เนื่องจากปัญหาน้ำหนักน้อย การใส่เส้นเลือดเทียม (Palliative shunt/ Blalock Taussig Shunt) ไว้ก่อน ก็จะเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อให้การผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม และสัมภาษณ์กุมารแพทย์โรคหัวใจ 8 ท่านในทุกภูมิภาค สามารถสรุปข้อมูลได้ดังตารางที่ 8 จะเห็นว่านโยบายดังกล่าวที่จะให้แต่ละเขตบริการสุขภาพมีศักยภาพในการทำหัตถการดังกล่าวได้นั้น นับว่าจะทำให้ผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น เนื่องจากเป็นการลดภาวะแทรกซ้อน และทำให้มีเวลาในการบริหารจัดการในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถาบันที่สามารถให้การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความซับซ้อนมาก

ตาราง 8 ศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำแนกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	cardiac urgical database	Balloon atrial septostomy	Closed heart surgery		Open heart surgery/ASO	Pulse Oximeter screening
			PDA ligation	BT shunt		
ว	*	√√	√√	√√	√√	√
ท	*	√√	√√	√√	0	0
ทร	x	N/A	N/A	N/A	0	0
พ	*	√√	√	√	√	√
ผ	x	0	√	√	0	0
ล	x	N/A	√	√	0	0
น	*	√√	√√	√√	√√	√
ม	x	0	√	√	0	√
จ	*	√√	√√	√√	√	0
ฮ	*	√√	√√	√√	√	√
ศ	*	√	√√	√	0	0
ช	*	√√	√√	√√	√√	0
ด	*	√√	√√	√√	√√	0

0 หมายถึง ไม่สามารถทำการรักษาได้ (None)

✓ หมายถึง อยู่ระหว่างการพัฒนา (Developing)

✓✓ หมายถึง มีศักยภาพสูง/พัฒนาแล้ว (Developed) และดำเนินการก่อนมีนโยบายเขตสุขภาพ

N/A หมายถึง ไม่มีข้อมูล

X หมายถึง ไม่มีสถาบันที่เข้าร่วมในฐานข้อมูล

ASO= Arterial switch operation

PDA=Patent ductus arteriosus

แหล่งข้อมูลที่ใช้เพื่อประเมินศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มี 4 แหล่ง ได้แก่

- 1) ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โดย รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ในช่วงปี 2548-2555 โดยพิจารณาเฉพาะหัตถการ ASO/BT (Blalock Taussig Shunt)
- 2) รายงานวิจัยเรื่อง First National Congenital Cardiac Surgical Database Report 2014 ซึ่งจัดทำโดย The Society of Thoracic Surgeons of Thailand รวบรวมจากสถานพยาบาลจำนวน 26 แห่ง ทั่วประเทศ ซึ่งรวบรวมข้อมูลของทุกช่วงอายุ (n= 13,081) ในช่วงปี 2549-2554
- 3) โครงการวิจัย เรื่อง Newborn screening
- 4) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กุมารแพทย์โรคหัวใจ รวม 6 ท่าน

ถึงแม้จะมีนโยบายเขตสุขภาพผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แต่ก็ยังมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องจากระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งโรงเรียนแพทย์ ข้อจำกัดเรื่องจำนวนเตียงที่ไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ บางส่วนเกิดจากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวยังต้องรับผิดชอบ เช่น ค่าเดินทาง ค่าใช้สอยส่วนตัว เป็นต้น

“Service plan ช่วยให้การติดต่อวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยสะดวกมากขึ้น แต่ปัญหาที่พบส่วนหนึ่งคือ รพท. ที่มีกุมารแพทย์ทั่วไปมีความต้องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจน้อยโดยเฉพาะกรณีที่ต้องได้รับการส่งต่อและ รพท.ไม่มีเตียงและ ventilator รองรับ และมักมีการกล่าวอ้างเรื่องความรับผิดชอบของ รพท. ในเขตรับผิดชอบที่ต้องบริหารจัดการและรับผู้ป่วยไว้ดูแล ทั้งๆ ที่มีการวางแผนการรักษาไว้แล้ว และโดยศักยภาพของกุมารแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยระหว่างรอรับการส่งต่อได้”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ

“ปัญหาการรับส่งต่อของส่วนกลาง ณ ตอนนี้อย่างไม่มีระบบการจัดการอย่างเป็นระบบ และบางครั้ง ICU ไม่เพียงพอ ต้องรอคิวการผ่าตัด”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

“ยังคงมีรับส่งต่อจากข้ามเขตบ้าง เช่น จากสกลนคร ลพบุรี โดยกรณีนี้ส่งข้ามเขตมาเนื่องจากปัญหาโรคโควิดมานาน จึงได้ลองติดต่อมาที่นี่”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

“ขณะนี้ ประสบการณ์การให้การรักษายังอยู่ในช่วง learning curve โดยพยายามเลือกทำ case ที่ไม่ซับซ้อนก่อน ส่วน case ซับซ้อน จะส่งต่อ”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

“ปัญหาเร่งด่วน ณ ปัจจุบัน คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับการรักษาจากจังหวัดต่างๆ พบว่ามีการ loss of follow up และไม่แน่ใจว่าคนไข้ ได้เข้าถึงบริการอยู่หรือไม่”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

“ปัญหาส่วนใหญ่เป็นกรณีที่ on ET tube ซึ่งสถาบันหลักไม่มีเครื่อง ventilator รองรับและต้องรอจนกระทั่งมี ventilator วาง แต่ผู้ป่วยก็จะมีปัญหาแทรกซ้อนบางประการเกิดขึ้น เช่น pneumonia, cardiogenic shock, congestive heart failure ซึ่งบางรายเสียชีวิต”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

“ด้านการวินิจฉัยสามารถทำได้อย่างรวดเร็วในปัจจุบัน แต่ปัญหาหลักคือด้านการส่งต่อเพื่อรับการรักษา นับตั้งแต่เรื่องของเตียง ICU, ventilator รวมทั้งการเดินทางเพื่อไปรับการรักษา ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความลำบากในการเดินทางทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว รวมทั้งระบบการตรวจและการนัดหมายหลายครั้งก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดก็เป็นสาเหตุให้มีส่วนไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม”

กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

บทสรุปและภาพพึงประสงค์ในกรณีทารกแรกเกิดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์สุขภาพที่ชัดเจนโดยคำนึงถึงการรวมศูนย์บริการเฉพาะทางสำหรับภาวะพิการแต่กำเนิดซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนน้อยเกินกว่าจะรองรับการจําการรักษาขีดความสามารถเฉพาะทางหากกระจายบริการนี้ให้ครบทุกเขต

จากรายงานการวิจัยในสหรัฐอเมริกาพบว่าการที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 100 รายต่อปี เมื่อทำ risk adjusted mortality rate แล้วพบว่ามียัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าสถาบันที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่า 100 รายต่อปีอย่างมีนัยสำคัญ โดยปัจจัยที่สำคัญที่จะมีผลต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 1) จำนวนผู้ป่วยที่มากพอ ทั้งจำนวนต่อสถาบันและจำนวนผู้ป่วยต่อแพทย์ 2) สภาวะของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (preoperative status) 3) ระบบส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และหากพิจารณาจากประสบการณ์ของประเทศอังกฤษดังที่กล่าวข้างต้นประเทศไทยอาจจะต้องพิจารณาจำกัดการเพิ่มจำนวนหน่วยบริการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และจัดระบบการดูแลแบบเครือข่ายแทน ซึ่งอาจหมายถึงการเปิดโอกาสให้มีการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขตบริการสุขภาพกรณีที่ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดซับซ้อน เพื่อให้คุณภาพการรักษาที่ได้มาตรฐาน เกิดการลงทุนที่สามารถประหยัดตามขนาด และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยต่อไป

ภาพพึงประสงค์ในกรณีการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1. จัดระบบบริการผู้ป่วยทารกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในลักษณะสหสาขาวิชา (กุมารแพทย์โรคหัวใจ ศัลยแพทย์เด็กโรคหัวใจ กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด วิทยุณิแพทย์ และบุคลากรวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) โดยประกอบด้วยหน่วยบริการผ่าตัดที่ควรมีจำนวนผู้ป่วยมากเพียงพอ (อย่างน้อย 100 รายต่อปี) เพื่อรักษามาตรฐานในการรักษาที่ดี (minimum volume standardize) ภูมิภาคละ 1-2 แห่ง เชื่อมโยงกับหน่วยบริการระดับเขตที่มีความสามารถในการรักษาภาวะฉุกเฉินในสามกรณี ได้แก่ PDA ligation, Palliative shunt และ Balloon septostomy
2. มีการประเมินผลการรักษารวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างเป็นระบบ ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เช่น การวิเคราะห์ของสมาคมศัลยแพทย์โรคหัวใจ เป็นต้น ในกรณีนี้อาจจะจัดตั้งหน่วยงานอิสระเพื่อประเมินคุณภาพการรักษาในภาพรวมของประเทศ เหมือนในประเทศอังกฤษที่มี National Institute of Clinical Excellence (NICE)
3. สร้างระบบสารสนเทศมาตรฐานรองรับการบริหารและพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการทุกระดับ

เอกสารอ้างอิง

1. บุญชอบ พงษ์พานิชย์ ปัญหาโรคหัวใจในเด็กของประเทศไทย ใน: จุล ทิสยากร, พนิดา ขอบวณิชชา, ฉันทนา ดาวราย, บรรณาธิการ. ห่วงใยหัวใจเด็ก. กรุงเทพฯ: ศรีสยามการพิมพ์; 2542; 23.
2. M Abu-Harb, E Hey, C Wren. Death in infancy from unrecognised congenital heart disease. *Arch Dis Child*. Jul 1994; 71(1)3.
3. Schultz AH, Localio AR, Clark BJ, Ravishankar C, Videon N, Kimmel SE. Epidemiologic features of the presentation of critical congenital heart disease: implications for screening. *Pediatrics*. 2008 Apr; 121(4):751-7.
4. Hannan EL, Racz M, Kavey RE, Quaegebeur JM, Williams R. Pediatric Cardiac Surgery: The Effect of Hospital and Surgeon Volume on In-hospital Mortality. *Pediatrics* 1998; 101:6 963-969
5. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ ชุดโครงการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง (Excellent Center) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. มีนาคม 2551.
6. Health overview and scrutiny committee panel: Children's heart surgery consultation.
7. The first national congenital cardiac surgical database report demonstrating "Practice of congenital cardiac surgery in Thailand: Analysis of performance and outcome"; the society of thoracic surgeons of Thailand, 2014.
8. เอกสารประกอบการบรรยาย "การคัดกรองโรคหัวใจในเด็ก" โดย นพ. ชนะรัตน์ ulyangkur ประธานชมรมกุมารแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ณ สสจ. น่าน ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2556
9. หนังสือโครงการผ่าตัดเด็กโรคหัวใจ 2,500 ราย ถวายเป็นพระราชกุศลแด่ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์
10. บทสัมภาษณ์ กุมารแพทย์โรคหัวใจ 8 ท่าน ระหว่างมิถุนายน – สิงหาคม พ.ศ. 2557
11. บทสัมภาษณ์ผู้บริหารเขตบริการสุขภาพ คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ ผู้บริหารโรงพยาบาล และ MCH board

ภาคผนวก : The first national congenital cardiac surgical database report 2014

เขตบริการสุขภาพ	จังหวัด	รายชื่อโรงพยาบาลที่สนับสนุนข้อมูลให้รายงาน
เขตบริการสุขภาพที่ 1	เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์ รพ.ลำปาง
เขตบริการสุขภาพที่ 2	พิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์	รพ.พุทธชินราช รพ.มหาวิทยาลัยนเรศวร
เขตบริการสุขภาพที่ 3	นครสวรรค์ พิจิตร กำแพงเพชร อุทัยธานี ชัยนาท	
เขตบริการสุขภาพที่ 4	พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี นนทบุรี สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก	
เขตบริการสุขภาพที่ 5	ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม สมุทรสาคร เพชรบุรี ประจวบ	
เขตบริการสุขภาพที่ 6	ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สมุทรปราการ สระแก้ว ชลบุรี ตราด ระยอง จันทบุรี	รพ.พระปกเกล้า
เขตบริการสุขภาพที่ 7	ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม กาฬสินธุ์	รพ.ศรีนครินทร์ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์
เขตบริการสุขภาพที่ 8	หนองคาย หนองบัวลำภู เลย อุดรธานี บึงกาฬ นครพนม สกลนคร	
เขตบริการสุขภาพที่ 9	นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์	รพ.มหาราชนครราชสีมา
เขตบริการสุขภาพที่ 10	ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี มุกดาหาร	รพ.สรรพสิทธิประสงค์
เขตบริการสุขภาพที่ 11	ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ระนอง กระบี่ พังงา ภูเก็ต	รพ.สุราษฎร์ธานี
เขตบริการสุขภาพที่ 12	สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส พัทลุง ตรัง	รพ.ยะลา รพ.สงขลานครินทร์
เขตบริการสุขภาพที่ 13	กรุงเทพมหานคร	รพ.วชิรพยาบาล รพ.ธรรมศาสตร์ รพ.ศิริราช รพ.รามาธิบดี รพ.ราชวิถี สถาบันเด็กแห่งชาติ รพ.ตำรวจ รพ.พระมงกุฎเกล้าฯ รพ.จุฬาลงกรณ์ สถาบันโรคทรวงอก รพ.ภูมิพล รพ.บางปะกอก 9 (เอกชน) รพ.บำรุงราษฎร์ (เอกชน)

บทที่ 3

สรุปข้อค้นพบสำคัญ และข้อเสนอแนะทางนโยบาย

การติดตามนโยบายเขตบริการสุขภาพ ด้วยการผสมผสาน 4 วิธีการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงกลุ่มสนทนา การสังเกตการณ์ประชุม และการทบทวนเอกสาร ได้ข้อค้นสำคัญดังสรุปตามวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

ความเข้าใจต่อแนวคิด เขตสุขภาพ และ service plan ของผู้บริหาร สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนการสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (เขต) ส่วนใหญ่รับรู้แนวคิด หลักการ ตลอดจนกลไกสนับสนุนการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพในทิศทางเดียวกัน และเห็นชอบตรงกันว่าเป็นนโยบายที่ดีเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย แต่อาจจะยังไม่เชื่อมั่นว่าแนวคิดดังกล่าวจะสามารถนำมาสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effective) เนื่องจากนโยบายในขณะนี้ยังขาดความชัดเจน และมีความไม่แน่นอนสูง นอกจากนี้ นโยบายเขตบริการสุขภาพเป็นนโยบายที่ถูกผลักดันให้เกิดขึ้นโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขาดการมีส่วนร่วมของกรมวิชาการต่างๆ ตั้งแต่แรกเริ่ม เมื่อประกอบกับโครงสร้างแนวดิ่งของกรมต่างๆ จึงทำให้การดำเนินนโยบายขาดความเป็นเอกภาพ และก่อให้เกิดการระแวงสงสัยว่านโยบายอาจมีจุดหมายซ่อนเร้นบางอย่าง

ผู้บริหาร สปสช. ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค (เขต) ส่วนใหญ่รับรู้แนวคิด หลักการของนโยบายเขตบริการสุขภาพ แต่อาจจะไม่เห็นด้วยในรายละเอียดบางอย่าง นอกจากนี้ ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับหลักฐานรองรับหลักคิด minimum operating cost (MOC) ของฝ่ายนโยบายกระทรวงสาธารณสุขทำให้มีการคาดเดาว่ากระทรวงสาธารณสุขอาจจะอาศัยนโยบายเขตบริการสุขภาพเป็นเครื่องมือผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการงบประมาณของ สปสช. ให้เป็นไปในทิศทางที่กระทรวงฯ ต้องการ

ผู้บริหารส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข เห็นช่องว่างการนำนโยบายฯ สู่การปฏิบัติ นั่นคือช่องว่างการสนับสนุนเชิงนโยบายต่อแนวคิดดังกล่าวในแง่ต่อไปนี้

ด้านการกระจายอำนาจ ส่วนใหญ่เห็นว่าการกระจายอำนาจยังไม่เป็นผลในทางปฏิบัติตามที่คาดหวังทุกด้าน (คน เงิน ของ งบลงทุน) จนเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนและดำเนินการให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของเขต

ด้านการสนับสนุนทางการเงิน ผู้บริหารจำนวนหนึ่งเห็นว่าเงินสนับสนุนที่เขตได้รับโดยตรงจากกระทรวงสาธารณสุขเพียงพอสำหรับกิจกรรมจัดประชุมวางแผน และอบรมบุคลากรระดับปฏิบัติเท่านั้น ยกเว้นเขต ๒ ซึ่งได้งบประมาณเป็นกอบเป็นกำพอสำหรับการอุดหนุนบริการ และอาจรวมงบลงทุนด้วย

ด้านสนับสนุนวิชาการและกำกับติดตาม ผู้บริหารจำนวนมากเห็นว่ากรมวิชาการ (โดยเฉพาะจากส่วนกลาง) ไม่ใช่ที่พึ่งทางวิชาการในการจัดบริการทั้งเชิงรับและรุกของเขต ตลอดจนเห็นว่าการเปลี่ยนตัวชี้วัดของส่วนกลางซึ่งเกิดขึ้นรายปีชวนให้สับสนและเป็นภาระในการจัดเก็บข้อมูล จนทำให้เกิดผลเสียต่อการให้บริการสองประเด็นนี้บ่งชี้ว่า กรมวิชาการอาจมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับบริบทและความต้องการของพื้นที่ และขาดแรงจูงใจที่จะตอบสนองต่อความต้องการในพื้นที่

ผู้บริหารส่วนภูมิภาคส่วนใหญ่ไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างของบทบาทใหม่ของสาธารณสุขนิเทศก์ในฐานะ regulator ที่ควรจะเป็นอิสระจากผู้ตรวจราชการในฐานะ ซีอีโอ กับบทบาทเดิมที่อยู่ภายใต้ผู้ตรวจราชการ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมองค์กรอันสืบทอดมายาวนาน

ด้านระบบสารสนเทศ ทุกฝ่ายเห็นชอบการตัดสินใจยกเลิกการรายงานตามตัวชี้วัดของส่วนกลางที่อยู่นอกเหนือ 21/43 แพ้ม ถ้ามีผลในทางปฏิบัติจริง อาจจะทำให้ สปสช.ขาดข้อมูลผลผลิตบริการในส่วนองกระทรวงสาธารณสุขและกระทบต่อการวางแผนของ สปสช. ในอนาคต โปรดสังเกตว่า ความไม่ทันสมัยของระบบสารสนเทศนับเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับการประเมินการเปลี่ยนแปลงของทุกกรณีศึกษาในบทที่สองของรายงานนี้ แม้ว่าเขตบริการสุขภาพหลายเขตมีข้อมูลค่อนข้างทันสมัยแต่ก็เป็นข้อมูลภาคตัดขวางยากแก่การอนุมานที่มากเกินไป นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดด้านความรู้ของบุคลากรด้านระบบสารสนเทศในบางเขต ซึ่งสะท้อนในด้านการนำเสนอข้อมูลแต่ละเขตบนเว็บไซต์ที่ไม่เท่ากัน

ถัดจากความเห็นข้างต้น ความเปลี่ยนแปลงอันเกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบายฯ ในด้านต่างๆ เป็นดังนี้

ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ ไม่มีหลักฐานสนับสนุนว่าสิ่งที่เปลี่ยนแปลงเป็นผลจากการดำเนินนโยบายฯ สำหรับหลายเขต ซึ่งไม่น่าแปลกใจเมื่อคำนึงถึงระยะเวลาดำเนินนโยบายฯ และเม็ดเงินเพียง 1% จากกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเทียบกับงบประมาณที่หน่วยบริการในแต่ละเขตได้รับจาก สปสช. อย่างไรก็ตามบางเขต เช่น เขต ม สามารถบริหารจัดการจนเห็นการพัฒนาคุณภาพของระบบบัญชีและยกระดับสถานภาพทางการเงินของโรงพยาบาลที่ขาดทุน จนได้ผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนปรากฏหลักฐานเบื้องต้นบ่งชี้การขยายปริมาณและการกระจายทางภูมิศาสตร์ของบริการบางชนิด เช่น การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ในเขต ว ท ล ม และ จ

ด้านกระบวนการ ในหลายเขตกระบวนการวางแผนเป็นไปอย่างเร่งรัด ขาดการพิจารณาใช้ข้อมูลอย่างรอบคอบ การวางแผนกำลังคนไม่ได้ผลเพราะสำนักงานเขตหมดเวลาส่วนใหญ่ไปกับการตอบสนองต่อการเรียกหาข้อมูลของส่วนกลาง จนซีอีโอบางเขตสะท้อนว่า สำนักงานเขตไม่ได้ทำบทบาทวางแผนเชิงยุทธศาสตร์อย่างที่เหมาะสม

การวางแผนพัฒนาบริการเป็นไปในทิศทางที่เคยเป็นมาก่อนนโยบายเขตบริการสุขภาพ แต่ขยายขอบเขตสาขาเฉพาะกลุ่มโรคและกลุ่มประชากรมากขึ้น ปริมาณผู้มีส่วนร่วมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นในการวางแผนเขตบริการสุขภาพ จนมีความห่วงใยว่ากระทบต่อเวลาให้บริการเพราะความถี่ของการเรียกประชุมมาก ซึ่งสืบเนื่องมาจากความไม่แน่นอนของนโยบายที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทิศทางอยู่บ่อยครั้ง

ทั้งนี้ ขอบเขตผู้มีส่วนร่วมยังจำกัดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ แม้แต่กระบวนการที่คาดหวังคือ การวางแผนร่วมกันระหว่าง คปสข. กับ อปสข. ก็ไม่เกิดขึ้นในเขตส่วนใหญ่ ตลอดจนการเสนอขออนุมัติแผนไม่ได้เกี่ยวข้องกับ อปสข. ตามที่คาดหวัง ดังนั้นขอบเขตของการมีส่วนร่วมและฉันทานุมัติจึงจำกัดเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยกเว้น เขต ต เขต จ และเขต น ที่เริ่มเชิญผู้เชี่ยวชาญจากโรงเรียนแพทย์เข้ามาในกระบวนการวางแผน

สาระของแผนเขตบริการสุขภาพด้านหนึ่งมีความคล้ายคลึงกันระหว่างเขต นั่นคือมีความชัดเจนในส่วนบริการเฉพาะกลุ่มโรคมากกว่าในส่วนกลุ่มประชากรหรือ DHS (ยกเว้น เขต ฝ) และการจัดการกับ Social determinants of health นอกจากนี้ยังคล้ายกันในทิศทางที่มุ่งตอบสนองปัญหาและความต้องการของเขต ส่วนที่ต่างกันคือ **ความ เชื่อมโยงระหว่างแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติด้านต่างๆ มีความชัดเจนต่างกันระหว่างเขต** ตัวอย่างเขตที่มีความชัดเจนด้านนี้มาก เช่น เขต น ม ช

ความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามแผนมีความแตกต่างกันระหว่างเขต บางเขตนำแผนสู่การปฏิบัติจนเห็นผลผลิตชัดเจน (โดยอาศัยเงินอุดหนุนของ สปสข. และกองทุนอื่นๆ ดังที่เคยเป็นมาก่อนเริ่มนโยบายเขตบริการสุขภาพ) ในขณะที่บางเขตยังไม่ได้้นำแผนสู่การปฏิบัติ

การพิจารณาอนุมัติแผนลงทุนเขตโดยส่วนกลาง สำหรับบางเขตไม่สอดคล้องกับลำดับความสำคัญที่เขตเสนอ และอาจจะไม่ได้ทำความเข้าใจที่มาของการเปลี่ยนลำดับความสำคัญ จนทำให้ผู้บริหารในเขตรู้สึกท้อว่า อำนาจการตัดสินใจยังอยู่ที่ส่วนกลางเช่นเดิม โดยเขตเพียงสามารถเสนอแผนของตนเพื่อให้ส่วนกลางพิจารณาให้ความเห็นชอบเท่านั้น ซึ่งอาจสื่อถึงปัญหาด้านการสื่อสารว่านโยบายกระจายอำนาจที่กระทรวงสาธารณสุขอ้างว่าจะนำมาใช้ในนโยบายเขตสุขภาพนั้น เป็นการกระจายอย่างไรกันแน่ นอกจากนี้ **ไม่พบหลักฐานว่าได้ใช้เกณฑ์เกี่ยวกับความคุ้มค่า (efficiency) ในการจัดสรรการลงทุน**

a. ด้านปัจจัยนำเข้า

- i. ด้านเงินสนับสนุน ในภาพรวม เงินจากกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้เขตคิดเป็น 1% ของเงินอุดหนุนจาก สปสข. ในแต่ละเขต¹ จึงเพียงพอเฉพาะกิจกรรมวางแผน ติดตามการดำเนินงาน และอบรมผู้ปฏิบัติ ด้วยข้อจำกัดทางการเงินเช่นนี้ อาจเป็นไปได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขหวังให้เกิดกระบวนการวางแผนที่นำไปสู่สาระของแผนพัฒนาเขตบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความ

¹ ประมาณการตัวเลขนี้จากค่าเฉลี่ย 131 ล้านบาทต่อเขตที่กระทรวงสาธารณสุขคาดว่าจะจัดสรรให้แต่ละเขต (ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ การบริหารงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการของเขตบริการสุขภาพ 4 ตุลาคม 2556 โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี)

(เทียบกับงบเหมาจ่ายรายหัว 2,755.60 บาท (ปี 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว, ตุลาคม 2555 http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20131007134655_1_.pdf) คูณจำนวนประชากรประมาณการขั้นต่ำ 4 ล้านคนต่อเขต

ต้องการและบริบทของพื้นที่มากกว่าเดิม และสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน อย่างไรก็ตาม การบรรลุความหวังลักษณะนี้ยังไม่แน่นอน ท่ามกลางความไม่แน่นอนนี้กลับปรากฏตัวอย่างที่ น่าสนใจและเป็นบทเรียนแก่เขตอื่น ซึ่งอาจตีความได้ว่า ถ้าภาวะผู้นำในเขตมีความพร้อม การให้ โอกาสในเชิงทิศทางการนโยบายและการเงินอันจำกัดเท่าที่เป็นมา ได้นำไปสู่การสร้างนวัตกรรม จนเป็นแบบอย่างด้านการวางแผนระดับเขตภายใต้กรอบเวลาที่ก็ดูเหมือนจำกัดสำหรับพื้นที่ ส่วนใหญ่

- ii. ด้านกลไกระดับเขตเพื่อรองรับการวางแผนเขตบริการสุขภาพและดำเนินแผนเขตบริการสุขภาพ ทุกเขตมีลักษณะเหมือนกัน คือมีสำนักงานบริหารเขตบริการสุขภาพ ซึ่งยังไม่มีฐานะเป็นทางการ (เป็น functional unit) ที่ต่างกันคือ มีบางเขตเท่านั้นที่มี Chief Operation Officer ทำหน้าที่เต็ม เวลา เช่น เขต ม ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความก้าวหน้าของการวางแผนเขตบริการสุขภาพและดำเนิน แผนเขตบริการสุขภาพ สะท้อนภาวะผู้นำและความสามารถในการบริหารจัดการของ ซีอีโอ ที่เด่นกว่าเขตอื่น ที่น่าสนใจไม่น้อยคือ ซีอีโอบางเขตเห็นว่าสำนักงานบริหารเขตบริการสุขภาพไม่ สามารถทำบทบาทวางแผนและผลักดันแผนเชิงยุทธศาสตร์ (strategic functions) ได้ตามที่ควร จะเป็น
 - iii. ด้านการกำกับติดตามของส่วนกลาง เป็นไปโดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศและผู้แทนกรม โดยมีความถี่ในการตรวจราชการสูงสม่ำเสมอ แต่อาจกระทบต่อ งานประจำของจังหวัด ลักษณะการสื่อสารมักเป็นไปแบบทิศทางเดียว จากฝ่ายที่มิเทศ ส่วนกลางมากกว่าการพยายามทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างทุกฝ่าย จนอาจกระทบต่อการรับรู้ อย่างรอบด้าน และความเข้าใจคาดเคลื่อนเกี่ยวกับการกระจายอำนาจ
 - iv. ระบบสารสนเทศรองรับการกำกับติดตามการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันระหว่างเขต บางเขต มีเนื้อหาเกี่ยวกับแผน ความก้าวหน้าการจัดสรรเงิน และผลผลิตชัดเจนและเข้าถึงได้ทางเว็บไซต์ บาง เขต ยังไม่มีเว็บไซต์แสดงข้อมูลเหล่านั้น หรือมีแต่ไม่ได้แสดงบนเว็บไซต์ ทำให้การติดตาม ความก้าวหน้าอย่างเป็นระบบทำได้จำกัด และสะท้อนขีดความสามารถในการแสดงความโปร่งใส ได้ต่างกันระหว่างเขต ประการสุดท้าย เขตส่วนใหญ่ยังมีขีดจำกัดในการประมวลและวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อชี้แนะทิศทางและสารนโยบายและแผนในระดับเขตและระดับชาติ
- b. การเรียนรู้และปรับตัวของฝ่ายนโยบายฯ อาจกล่าวได้ว่า การดำเนินนโยบายฯ ด้วยการกำกับ ติดตามอย่างใกล้ชิดแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นของฝ่ายนโยบายฯ กระทรวงสาธารณสุขในการผลักดัน แนวคิดเขตบริการสุขภาพ ท่ามกลางความผันผวนทางการเมืองของประเทศ (วิกฤตรัฐบาลยิ่ง ลักษณ์ และตามมาด้วยการรัฐประหาร 22 พฤษภาคม 2557) และภายในสาขาสุขภาพ (การยุติ บทบาทของรัฐมนตรีภายหลังรัฐประหาร) ล่าสุดกระทรวงสาธารณสุขได้ยกร่างแผนกลยุทธ์ ครอบคลุม WHO 6 building blocks ซึ่งจะอภิปรายต่อไปในส่วนข้อเสนอแนะ

องค์ประกอบของภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบซื้อบริการ และจัดบริการสุขภาพในระดับเขตทั้ง 13 เขต

1. องค์ประกอบของภาวะผู้นำ ขึ้นกับลักษณะส่วนบุคคล และบริบทของแต่ละเขต

a. ด้านที่คล้ายกันระหว่างเขต ได้แก่ ภาวะผู้นำพบได้ในทุกระดับตั้งแต่เขตไปจนถึงอำเภอ พบได้ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เขตที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาคีต่างๆ เป็นไปในลักษณะเปิดมากมักปรากฏภาวะผู้นำที่นำไปสู่ความร่วมมือและนวัตกรรมได้กว้างขวาง เช่น เขต ว น ม จ ฮ ข มีข้อสังเกตว่าเขตเหล่านี้มีรายได้ต่อหัวประชากรต่ำกว่าเขตซึ่งมีพรมแดนติดกับ กทม. ยกเว้นเขต ข

b. ด้านที่แตกต่างกันระหว่างเขต ได้แก่

- 1) ภาวะผู้นำของผู้ตรวจราชการ (ซีอีโอ) ต่างกันในลักษณะที่บางเขต ซีอีโอเก่งคิด (คิดเร็วและชัดเจน รอบด้าน) เก่งคน (เลือกใช้คน) และเก่งงาน (รอบรู้เรื่องงาน) จะนำการวางแผนและดำเนินแผนตามนโยบายฯ ได้รวดเร็ว มีคุณภาพจนเป็นที่ยอมรับของหลายฝ่าย สามารถระดมทรัพยากรนอกเหนือจากเงินอุดหนุนของกระทรวงสาธารณสุข ตรงกันข้ามบางเขต ซีอีโอถูกมองว่าคิดไม่ชัด ใช้คนไม่เหมาะสม ไม่รอบรู้เท่ากับความคาดหวังแรก ทำให้ความก้าวหน้าในการวางแผนและดำเนินแผนตามนโยบายฯ ได้ช้า ผู้บริหารระดับจังหวัดไม่ชัดเจนว่าทิศทางของซีอีโอคืออะไร ประสิทธิภาพที่สามเป็นส่วนผสมระหว่างสองประเภทที่กล่าวมา
- 2) ภาวะผู้นำหมู่ (collective leadership) เขต จ เป็นตัวอย่างของเขตที่ภาวะผู้นำของซีอีโอไม่โดดเด่น แต่การวางแผนและผลผลิตก้าวหน้าชัดเจนในหลายด้าน จนเด่นกว่าหลายเขต คำอธิบายที่เป็นไปได้คือ ภาวะผู้นำหมู่อันเกิดจากปฏิสัมพันธ์หลายฝ่าย หลายระดับสืบเนื่องจากการทำงาน ในรูป คปสข. และหรือ อปสข. เป็นไปในลักษณะสร้างเสริมการมีส่วนร่วมหลายฝ่าย หลายระดับต่อเนื่องมานาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระจายอำนาจ สปสข. มายังเขต จ ตั้งแต่ 2545 บ่งชี้ว่าภาวะผู้นำหมู่จะมีความยั่งยืนมากกว่าภาวะผู้นำเดี่ยว
- 3) อย่างไรก็ดี กลไกที่จะสามารถสรรหาบุคลากรที่มีภาวะผู้นำมาเป็นผู้บริหารนโยบายเขตสุขภาพในแต่ละเขตเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขอาจต้องพิจารณาให้เกิดการสรรหาที่เป็นระบบ และขึ้นอยู่กับพื้นที่มากกว่าเน้นการแต่งตั้งจากส่วนกลาง

2. ธรรมาภิบาลในการพัฒนาการบริหารการจัดซื้อบริการและจัดบริการ

ความไม่แน่นอนของการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพทำให้เกิดกลไกและกระบวนการซื้อบริการตามทีออกแบไว้นั้นคือ คปสข.วางแผนบริการแล้วให้ อปสข. อนุมัติเงินสนับสนุน ดังนั้นจึงประเมินธรรมาภิบาลด้านการซื้อบริการไม่ได้ ข้อค้นพบต่อไปนี้จะจำกัดเฉพาะธรรมาภิบาลด้านการจัดบริการ

- i. โครงสร้างการบริหารจัดการในเขตบริการสุขภาพมีความชัดเจนเฉพาะในส่วนของผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ ซีอีโอ ในฐานะประธานคณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ และผู้อำนวยการเขตสุขภาพ ในแต่ละเขตบริการสุขภาพ พบความหลากหลายมากในเชิงโครงสร้าง สิ่งนี้บ่งชี้ความยืดหยุ่นในการดำเนินนโยบายฯ และนำไปสู่สมรรถนะอันหลากหลายของแต่ละเขตสุขภาพ
- ii. กระบวนการวางแผนและจัดบริการในเขตส่วนใหญ่ ปราศจากการมีส่วนร่วมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน จึงสุ่มเสี่ยงต่อความล้มเหลวในการดำเนินนโยบาย เนื่องจากอาจไม่ได้รับความร่วมมือหรือถูกขัดขวางจากผู้เสียประโยชน์
- iii. แม้ไม่พบหลักฐานว่ามีเจตนาลดทอนความโปร่งใสในแต่ละเขต แต่พบว่าระบบข้อมูลที่สามารถชี้ให้เห็นถึงระดับความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบการทำงานของเขตฯได้นั้นยังมีข้อจำกัดความโปร่งใสมีความหลากหลายมากระหว่างเขต บ่งชี้ข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความโปร่งใส

ประสิทธิภาพ (ความคุ้มค่า) และความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร การซื้อบริการและจัดบริการการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับวัตถุประสงค์ข้อนี้ประเมินได้เฉพาะสาระของแผนจัดบริการ และการตัดสินใจอนุมัติแผนลงทุน เนื่องจาก การจัดสรรและใช้ทรัพยากรยังไม่ชัดเจนในการใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์เพื่อความคุ้มค่า (allocative & technical efficiency) และไม่ชัดเจนในด้านการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม จึงไม่มีข้อมูลให้ประเมิน ทั้งนี้ความไม่ชัดเจนปรากฏในลักษณะดังนี้

- i. ได้เท่ากันเมื่อมีความจำเป็นทางสุขภาพอย่างเดียวกัน
- ii. มุ่งตอบสนองกลุ่มด้อยโอกาสให้ทัดเทียมกับกลุ่มอื่น ตอบสนองความจำเป็นด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง
- iii. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย
- iv. เสนอทางเลือกอันหลากหลายสำหรับผู้ใช้บริการ

เงื่อนไขพื้นฐานที่ขาดหายไปในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากร ซื้อและจัดบริการ คือ บัญชีต้นทุนมาตรฐาน และการตรวจสอบบัญชีโดยผู้ขึ้นทะเบียนตรวจสอบบัญชีอิสระ เมื่อสิ่งนี้หายไป ตัวเลขต้นทุนที่กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ใช้ในการหารือเกี่ยวกับการบริหารการจัดสรรทรัพยากร ซื้อและจัดบริการจึงไม่มีข้อยุติ

ข้อเสนอแนะ

โดยที่ขอบเขตการดำเนินนโยบายเขตบริการสุขภาพอาจจำแนกได้เป็นสองระดับคือ การปรับโครงสร้างบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในด้านนโยบายระดับประเทศ กับด้านนโยบายว่าด้วยเขตบริการสุขภาพ ข้อเสนอแนะจึงจำแนกเป็นสองระดับเช่นกัน พร้อมทั้งระยะดำเนินการ

ระยะสั้นเพื่อยกระดับนโยบายเขตบริการสุขภาพภายใต้โครงสร้างปัจจุบัน

1. กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาปรับปรุงเรื่องต่อไปนี้
 - a. วิธีการงบประมาณ
 - i. ให้พิจารณาลงทุนระบบบัญชีต้นทุนมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาล (รวมถึงนักบัญชี) เพื่อเป็นฐานรองรับการจัดทำงบประมาณที่ทุกฝ่ายยอมรับร่วมกัน และให้นำเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์มาใช้เป็นเกณฑ์จัดสรรงบประมาณเพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ คุ่มค่า และเป็นธรรม
 - ii. ควรขยายผลการวางแผนเชิงบูรณาการวิธีซื้อบริการ และอัตราการซื้อบริการซึ่งเป็นรูปธรรมระดับหนึ่งแล้วในบางเขต เพื่อให้การระดมและจัดสรรเงินเป็นเอกภาพระหว่างสามกองทุนหลักและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้กว้างขวางครอบคลุมทุกเขต
 - b. มอบอำนาจบริหารคน เงิน ของ จากปลัดกระทรวงสาธารณสุขไปยังผู้อำนวยการเขตบริการสุขภาพเต็มพิกัด พร้อมระบบสรรหา แต่งตั้ง ถอดถอนโดยอาจประยุกต์ใช้หลัก Merit System Principles and Performance Management (<http://www.opm.gov/policy-data-oversight/performance-management/reference-materials/more-topics/merit-system-principles-and-performance-management/>) อย่างไรก็ดี อำนาจที่เพิ่มขึ้นของผู้บริหารเขตต้องสัมพันธ์กับระดับความโปร่งใสตรวจสอบได้ของเขตด้วย ปลัดกระทรวงฯ อาจพิจารณามอบอำนาจให้เขตที่พร้อมก่อน คือ มีการจัดเก็บและแสดงข้อมูลการบริหารจัดการที่ดี
 - c. บทบาทของกรมวิชาการ เพื่อตั้งต้นให้กรมวิชาการเป็นหน่วยวิชาการที่เข้มแข็งจนเป็นที่พึ่งของเขตบริการสุขภาพได้จริง ควรกำหนดตัวชี้วัดกรมทุกระดับให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพ โดยอาจจำแนกโครงสร้างของกรมในเชิงปฏิบัติการ (functional unit) เป็น 13 หน่วยสอดคล้องกับเขตบริการสุขภาพและให้ผู้ทรงคุณวุฒิรับผิดชอบแต่ละหน่วย พร้อมปรับวิธีการงบประมาณ และการบริหารกำลังคนให้มุ่งเน้นภารกิจพัฒนาวิชาการด้วยการค้นคว้าวิจัยโดยร่วมกับเขตบริการสุขภาพในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของกรมส่วนหนึ่ง (อาจถ่วงน้ำหนักไม่น้อยกว่าร้อยละ 50) ไว้ที่การผลิตงานวิชาการที่เขตบริการสุขภาพนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ทั้งนี้ให้พิจารณารูปแบบและแนวทางของ IHPP และ HITAP เป็นตัวอย่างเพราะเป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นจริงในบริบทกระทรวงสาธารณสุข โดยนัยนี้ ต่อไป

กรมวิชาการจะไม่ต้องพัวพันกับการกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จของเขตบริการสุขภาพดังที่เป็นมา ถ้าจะเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดควรเป็นไปในลักษณะการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อให้เขตบริการสุขภาพพิจารณานำไปปรับใช้

- d. การนิเทศงานและกำกับติดตาม สำนักงานปลัดฯ ในฐานะหน่วยบริหารของเขตบริการสุขภาพ ควรร่วมกับเขตบริการสุขภาพกำหนดชุดตัวชี้วัดที่ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันหมดทุกเขตบริการสุขภาพ แต่ให้เป็นไปในทิศทางและกรอบการปฏิบัติเดียวกัน นั่นคือ การพึ่งตนเองของเขตบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟู อย่างเป็นธรรม คุ่มค่า และมีคุณภาพในแต่ละเขต และให้ชุดตัวชี้วัดที่ตกลงกันสอดคล้องกับแผนงบประมาณและแผนอัตรากำลังคนของแต่ละเขต นอกจากนี้ ควรอาศัยการนิเทศงาน/กำกับติดตามเสมือนเวทีเปิดให้พลังทางวิชาการและภาคีจากต่างสังกัดได้เข้ามาเสริมคุณค่าการเรียนรู้ร่วมกันให้รอบด้านและกว้างขวางยิ่งขึ้นภายในแต่ละเขต และระหว่างเขต
- e. ระบบสารสนเทศ สำนักงานปลัดฯ ในฐานะหน่วยบริหารของเขต พิจารณาสังคายนาระบบข้อมูลรายงานทั้งหมด โดยยกเลิกส่วนที่มีความเป็นไปได้ต่ำในการปรับปรุงคุณภาพข้อมูลให้น่าเชื่อถือจนใช้ได้จริงอย่างทันสมัย ส่งเสริมให้เขตบริการสุขภาพประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศที่เป็นแบบอย่าง เช่น ของเขตบริการสุขภาพ 8 เขตบริการสุขภาพ 12 เป็นต้น ทั้งนี้ ถ้าสามารถจัดการให้ระบบสารสนเทศของเขตบริการสุขภาพเป็นระบบเปิด นั่นคือเชื่อมโยงกับระบบอื่นและอำนวยความสะดวกให้นักวิชาการทุกสังกัดเข้าถึงได้ น่าจะเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาการยกระดับคุณภาพสารสนเทศ ทั้งนี้โดยยังคงรักษาความลับของคนไข้ไว้อย่างเคร่งครัด
- f. ด้านกำลังคน แผนกำลังคนของเขต ม เป็นตัวอย่างแสดงว่า การพัฒนาขีดความสามารถด้านการวางแผนกำลังคนอย่างเป็นระบบตามหลักวิชาในระดับเขตเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และอาจนำไปสู่การผลิต และการกระจายให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่โดยอาศัยกำลังการผลิตในเขตทางเลือกหนึ่ง ในการใช้ประโยชน์จากขีดความสามารถเช่นนี้คือสนับสนุนการดำเนินแผนพัฒนากำลังคนลักษณะนี้ ก่อนจะนำไปขยายผลทั่วประเทศ

ระยะยาวระดับประเทศ

หากพิจารณาความตั้งใจของนโยบายฯ ต่อการปรับปรุงภาพใหญ่ของระบบบริการสุขภาพทั้งประเทศ ความท้าทายมากประการหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขชี้ประเด็นไว้ภายหลังรัฐประหาร 22 พฤษภาคม 2557 (กลางปีที่สองของการดำเนินนโยบายฯ) คือ สภาวะเอกภาพจำกัดจนเป็นอุปสรรคในการคลี่คลายปัญหาในระบบสุขภาพ (รวมระบบบริการสุขภาพ) นำไปสู่การสูญเสียโอกาส และใช้ทรัพยากรเกินจำเป็น บ่งชี้ความซับซ้อนของระบบสุขภาพอันเป็นแรงต้านทานต่อความพยายามในการเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา อย่างเช่น ภาวะชะงักงันในการสร้างเอกภาพการซื้อบริการระหว่างสามกองทุนหลัก เอกภาพในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ^{i ii iii} แม้มีความพยายามดำเนินการมานานกว่าทศวรรษ

ภายใต้บริบทของความท้าทายในการสร้างเอกภาพ และแรงต้านทานต่อความพยายามในการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว คณะผู้วิจัยเสนอทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการถกแถลง (dialogue) ระหว่างภาคีต่างๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพโดยอิงข้อค้นพบข้างต้นและคำนึงถึงนวนโยบายล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข

ทางเลือกที่หนึ่ง

การจัดตั้ง National Health Policy Board (NHPB) ซึ่งอาจทำได้โดยการปรับขอบเขตอำนาจหน้าที่ ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2554^[3] หมวด 19 ดังต่อไปนี้

- a. มาตรา 42 ควรระบุให้ชัดเจนว่า กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่**กำหนดและกำกับทิศทาง**ว่าด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพอันหมายถึง การดำเนินนโยบายสาธารณะใดๆ ของทุกหน่วยงานที่มีหน้าที่โดยตรง และโดยอ้อมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน อำนาจดังกล่าวให้หมายถึงอำนาจเสนอกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบสุขภาพ กลั่นกรองงบประมาณ และแผนลงทุนของกองทุนสุขภาพ เขตสุขภาพ ตลอดจนหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน
- b. **มาตรา 43** ว่าด้วยส่วนราชการในสังกัด ควรปรับให้เป็นโครงสร้างใหม่ซึ่งสอดคล้องกับอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 42 ดังนี้
 - i. กำหนดให้มี NHPB เป็นองค์กร อันประกอบด้วย
 1. องค์กรที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม ซึ่งประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขาธิการ และผู้แทนจากสำนักงานงบประมาณ กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน กระทรวง ศึกษาธิการ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หอการค้าไทย สมาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย เครือข่ายผู้บริโภค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวัคซีนแห่งชาติ สภาวิจัยแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 2. องค์กรที่เน้นรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขาธิการ และผู้แทนจากสำนักงานงบประมาณ กระทรวงการคลัง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน กระทรวงศึกษาธิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาคมโรงพยาบาลเอกชน เครือข่ายผู้บริโภค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สภาวิจัยแห่งชาติ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สามกองทุนสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ทำหน้าที่พัฒนา/กลั่นกรอง นโยบาย แผนกลยุทธ์ เสนอต่อองค์กรทั้งสอง และกำกับติดตาม และประเมินผลการพัฒนาตามทิศทางที่ NHPB กำหนด โดยอาจพิจารณาให้ IHPP/HITAP/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นมันสมอง ทำหน้าที่ในรูปองค์กรอิสระและมีงบประมาณสนับสนุนอย่างยั่งยืน และเพียงพอ
- ii. ปรับลดขนาดหรือเปลี่ยนสถานะกรมวิชาการทั้งหมด และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ให้เป็นองค์กรมหาชนที่มีขนาดกระทัดรัด เพื่อที่ด้านหนึ่งมีความคล่องตัวและอิสระในการบังคับใช้กฎหมาย อีกด้านหนึ่งมีความเข้มแข็งทางวิชาการเพื่อพัฒนานโยบาย และแผนกลยุทธ์ในส่วนที่เป็นพันธกิจรองรับความต้องการของ NHPB และเขตสุขภาพ
- iii. เปลี่ยนสถานะหน่วยบริการ/หน่วยวิชาการสาขาในส่วนภูมิภาคในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและกรมทั้งหมด ให้ไปเป็นองค์กรมหาชนเหมือนโรงพยาบาลบ้านแพ้ว หรือเป็นโรงพยาบาลรัฐภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานเขตสุขภาพ ซึ่งจัดตั้งเป็นนิติบุคคลฐานะเทียบเท่ากรม ในกำกับดูแลของคณะกรรมการเขตสุขภาพ มีหน้าที่กำหนดนโยบาย และแผน อนุมัติงบประมาณ/งบลงทุนเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ และบริหารการสาธารณสุข (รวมการบังคับใช้กฎหมาย) คณะกรรมการเขตสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแทนจากวิชาชีพสุขภาพ สถาบันผลิตบุคลากรและวิชาการ ผู้อำนวยการเขตสุขภาพในฐานะผู้แทนเครือข่ายผู้บริหารการสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในแต่ละเขต เครือข่ายผู้บริโภครองครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน กองทุนสุขภาพ มีอำนาจแต่งตั้งและถอดถอน ผู้อำนวยการเขตบริการสุขภาพ ออกระเบียบบริหารเงินและบุคลากรของสำนักงานเขตสุขภาพ

ทางเลือกที่สอง

การจัดตั้ง National Health Policy Board (NHPB) โดยให้มี

กลไกระดับชาติทำหน้าที่กำหนดและกำกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนย่อย) ของสาขาสุขภาพ (health sector) เคียงคู่ไปกับการเกื้อหนุน (influence) นโยบายการพัฒนาของสาขาอื่น (non health sector) ให้มีผลกระทบต่อสุขภาพในทางบวกบนหลักความเท่าเทียม (equity) ของการมีส่วนร่วมและการรับผลได้เสียอย่างยั่งยืน (sustainability)

องค์ประกอบรองรับ ก) ความเป็นตัวแทน (representation) กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียอย่างทั่วถึงทัดเทียม รวมทั้งผู้แทนทุกกระทรวง และ ข) การเสนอแนะทางเลือก (choices) เพื่อการพัฒนาอย่างรอบด้านบนฐานการมี

ส่วนร่วมกลั่นกรอง (voices) อย่างเท่าเทียมด้วยความรู้อันมั่นคงตรงกันสมัย ทั้งนี้ให้มาจากการสรรหา การแต่งตั้ง (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และการสุ่มตัวอย่างตามหลักสถิติ โดยมีสัดส่วนจำนวนคนเท่าๆ กัน การสรรหาให้เป็นไปโดยกลไกเฉพาะกิจ อันประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนเขตสุขภาพ (เขตละ 3 คนโดยมาจากวิชาชีพสุขภาพ ประชาชน เอกชนนอกสาขาสุขภาพฝ่ายละ 1 คน) สมาชิกวุฒิสภา 1 คน สมาชิกสภาผู้แทน 1 คน

- a. สำนักงานรับผิดชอบการพัฒนาและกลั่นกรองข้อเสนอเชิงกลยุทธ์ (strategy) เพื่อนำสู่การตัดสินใจของ NHPB และรับผิดชอบการผลักดันสู่การปฏิบัติ โดยเป็นกลไกอิสระ (จากการแทรกแซงของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย)
- b. สำนักงานรับผิดชอบการกำกับติดตามและประเมินผลการทำงานของสำนักงานฯ และคณะกรรมการ โดยเป็นกลไกอิสระ (จากการแทรกแซงของกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย รวม NHPB และสำนักงานฯ)

ในสาขาบริการสุขภาพ เสนอให้จัดตั้งสื่อกลไกถ่วงดุลซึ่งกันและกัน โดยแต่ละกลไกควรมีงบประมาณเป็นของตนเองอย่างเพียงพอเพื่อบรรลุพันธกิจ ได้แก่

- a. คณะกรรมการผู้จัดบริการ ทำหน้าที่ กำหนดนโยบาย กำกับติดตาม และประเมินผล การจัดบริการ (อย่างมีคุณภาพ ครอบคลุม คุ่มค่า) ผลิตและพัฒนาบุคลากรของเขตบริการสุขภาพ ภายใต้ทิศทางของ NHPB ประกอบด้วย ตัวแทนจากวิชาชีพสุขภาพ สถาบันผลิตบุคลากรและวิชาการ ผู้อำนวยการเขตบริการสุขภาพในฐานะผู้แทนเครือข่ายผู้บริหารการสาธารณสุข รพ.รัฐและเอกชน ในแต่ละเขต เครือข่ายผู้บริโภคนอก อปท. สื่อมวลชน กองทุนสุขภาพ (ไม่มีสิทธิตัดสินใจ) บริหารจัดการ โดยมีสำนักงานในรูปองค์กรอิสระโดยคณะกรรมการผู้ให้บริการแต่งตั้งผู้อำนวยการ
- b. คณะกรรมการผู้ซื้อบริการ ทำหน้าที่ กำหนดนโยบาย กำกับติดตาม และประเมินผล การซื้อบริการ และการลงทุน ภายใต้ทิศทางของ NHPB ประกอบด้วย ตัวแทนจากกองทุนสุขภาพ วิชาชีพสุขภาพ สถาบันผลิตบุคลากรและวิชาการ (ไม่มีสิทธิตัดสินใจ) ผู้อำนวยการเขตสุขภาพ (ไม่มีสิทธิตัดสินใจ) เครือข่ายผู้บริโภคนอก อปท. สื่อมวลชน บริหารจัดการโดยมีสำนักงานในรูปองค์กรอิสระโดยคณะกรรมการผู้ซื้อบริการแต่งตั้งผู้อำนวยการ
- c. คณะกรรมการบริหารการสาธารณสุข ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย เสนอกฎหมาย กำกับติดตาม และประเมินผล การจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุน การบริหารการสาธารณสุข (รวมทั้งคุ้มครองผู้บริโภค) และการลงทุนที่เกี่ยวข้อง ภายใต้ทิศทางของ NHPB ประกอบด้วย ตัวแทนจากวิชาชีพสุขภาพ สถาบันผลิตบุคลากรและวิชาการ ผู้อำนวยการเขตสุขภาพ (ไม่มีสิทธิตัดสินใจ) เครือข่ายผู้บริโภคนอก อปท. สื่อมวลชน กองทุนสุขภาพ บริหารจัดการโดยมีสำนักงานในรูปองค์กรอิสระโดยคณะกรรมการบริหารการสาธารณสุขแต่งตั้งผู้อำนวยการ

- d. คณะกรรมการเขตบริการสุขภาพ ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพ บริหารการสาธารณสุข(รวมการบังคับใช้กฎหมาย) ผลิตและพัฒนา ขึ้นทะเบียนบุคลากรในแต่ละเขตภายใต้นโยบายของคณะกรรมการทั้งสาม ประกอบด้วย ผู้อำนวยการเขตสุขภาพ ตัวแทนจากวิชาชีพสุขภาพ สถาบันผลิตบุคลากรและวิชาการ เครือข่ายผู้บริโภค อปท. สื่อมวลชน กองทุนสุขภาพ บริหารจัดการโดยมีสำนักงานในรูปองค์กรอิสระโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพแต่งตั้งผู้อำนวยการ

ระยะยาวในกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากที่กล่าวมาควรปรับบทบาทของกรมวิชาการให้เป็นหน่วยวิชาการที่เข้มแข็งจนเป็นที่พึ่งของเขตบริการสุขภาพได้จริง โดยในเชิงโครงสร้างให้ถ่ายโอนสถานพยาบาลในสังกัดกรมทั้งหมดไปให้เขตบริการสุขภาพกำกับดูแล เพื่อให้โครงสร้างอัตรากำลังคนและภารกิจบริการแยกจากภารกิจวิชาการ ในเชิงงบประมาณควรปรับวิธีการงบประมาณทุกหมวดและการบริหารกำลังคนทุกระดับให้มุ่งเน้นภารกิจพัฒนาวิชาการด้วยการค้นคว้าวิจัยโดยร่วมกับเขตบริการสุขภาพในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่ต้นน้ำจนถึงปลายน้ำ และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของกรมส่วนหนึ่ง (อาจถ่วงน้ำหนักไม่น้อยกว่าร้อยละ 50) ไว้ที่การผลิตงานวิชาการที่เขตบริการสุขภาพนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ทั้งนี้ให้พิจารณารูปแบบและแนวทางของ IHPP และ HITAP เป็นตัวอย่างเพราะเป็นรูปธรรมที่เกิดขึ้นจริงในบริบทกระทรวงสาธารณสุข โดยนัยนี้ ต่อไปกรมวิชาการจะไม่ต้องพัวพันกับการกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จของเขตบริการสุขภาพดังที่เป็นมา ถ้าจะเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดควรเป็นไปในลักษณะการพัฒนาดัชนีชี้วัดเพื่อให้เขตบริการสุขภาพพิจารณานำไปปรับใช้

ⁱ Suwit Wibulpolprasert and Paichit Pengpaibon. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human Resources for Health* 2003, 1:12

ⁱⁱ Stian H. Thoresena, Angela Fieldingb. Universal health care in Thailand: Concerns among the health care workforce. *Health Policy. Volume 99, Issue 1*, January 2011, Pages 17–22

ⁱⁱⁱ Somsak Chunharas. Human Resources for Health Planning: A Review of the Thai Experience. http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_2_2_02.pdf